

Paula Anderle¹ 

Sheila Petry Rockenbach² 

Bárbara Niegia Garcia de Goulart¹ 

Reabilitação pós-AVC: identificação de sinais e sintomas fonoaudiológicos por enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde

Post-stroke rehabilitation: identification of speech-language disorders signs and symptoms by physicians and nurses in Primary Health Care

Descritores

Fonoaudiologia
Acidente Vascular Cerebral
Reabilitação
Saúde Pública
Atenção Primária à Saúde

Keywords

Speech, Language and Hearing Sciences
Stroke
Rehabilitation
Public Health
Primary Health Care

RESUMO

Objetivo: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um agravo comum para a população e um problema para a saúde pública global em termos de mortalidade, deficiência e demanda de custos. O objetivo deste estudo é verificar quais grupos de comorbidades ligados aos distúrbios fonoaudiológicos são identificados por médicos e enfermeiros das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para encaminhamento à reabilitação fonoaudiológica e continuidade do cuidado de pacientes pós-AVC nas Atenções Primária e Secundária à Saúde (APS). **Método:** Participaram 22 médicos e enfermeiros das equipes de ESF apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no sul do Brasil. Um questionário desenvolvido para este estudo foi respondido, explorando variáveis sociodemográficas, histórico de formação, atuação profissional e condutas ao paciente com AVC. Análise descritiva dos dados (frequências absoluta e relativa) foi realizada no Software SPSS 22. **Resultados:** Dos entrevistados, 77,3% encaminham pacientes pós-AVC para fisioterapia e 54,5%, para reabilitação fonoaudiológica. Nenhum profissional realiza encaminhamento por sequelas cognitivas de compreensão; 90,0% encaminham por distúrbios de linguagem expressiva na fala. Para alterações do sistema estomatognático, 80,0% dos médicos não encaminham para fonoaudiólogo e 83,3% dos enfermeiros o fazem. **Conclusão:** Os profissionais demonstraram dificuldade em identificar distúrbios fonoaudiológicos ligados à cognição e ao sistema estomatognático, não encaminhando para reabilitação fonoaudiológica nas Atenções Primária e Secundária à Saúde. Os resultados apontam para a necessidade de ações que auxiliem no processo de educação permanente e melhorem o conhecimento das equipes de APS, para que as sequelas fonoaudiológicas sejam devidamente identificadas e encaminhadas para reabilitação.

ABSTRACT

Purpose: Stroke is a common disease for people and a global public health concern in terms of mortality, disability, and cost demand. This study aims to assess which groups of comorbidities related to speech-language disorders are identified by physicians and nurses of the Family Health Strategy (FHS) as to be referred to post-stroke speech-language rehabilitation at Primary and Secondary Health Care. **Methods:** Twenty-two physicians and nurses, from the FHS supported by the Family Health Support Center in southern Brazil, answered a questionnaire developed for this study, exploring socio-demographic variables, education background, professional performance and conduct to post-stroke patients. A descriptive data analysis (absolute and relative frequencies) was performed in SPSS Software 22. **Results:** Among the participants, 77.3% refer post-stroke patients to physiotherapy and 54.5% to speech-language rehabilitation. None refer to patients to treatment due to cognitive comprehension sequelae; 90.0% refer for significant speech-language disorders. In case of changes in the stomatognathic system, 80.0% of physicians do not refer to speech-language pathologists, and 83.3% of nurses usually do. **Conclusion:** The professionals showed difficulty in identifying speech-language pathological signs and symptoms related to cognition and the stomatognathic system, not referring to speech-language rehabilitation at primary or secondary health care. The results highlight the importance of continuing education and improvement of the knowledge of the primary health care teams, so that speech-language sequelae are properly identified and sent for rehabilitation.

Endereço para correspondência:

Bárbara Niegia Garcia de Goulart
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcelos, 2700, Santa Cecília, Porto Alegre (RS), Brasil,
CEP: 90035-004
E-mail: bngoulart@gmail.com

Recebido em: Fevereiro 07, 2018

Aceito em: Outubro 03, 2018

Trabalho realizado no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, ênfase em Saúde Comunitária, Universidade Luterana do Brasil – ULBRA - Canoas (RS), Brasil.

¹ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS - Porto Alegre (RS), Brasil.

² Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Universidade Luterana do Brasil – ULBRA - Canoas (RS), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A carga global de Acidente Vascular Cerebral (AVC) é de 59,2%, sendo responsável por 5,7% dos anos vividos com deficiência em pessoas com 70 anos ou mais⁽¹⁾. Além disso, aproximadamente 90% das pessoas que sobrevivem ao AVC ficam com sequelas funcionais⁽²⁾ e apenas de 5% a 20% dos pacientes atingem a recuperação funcional completa⁽³⁾. O AVC não é apenas um dos agravos mais comuns da atualidade, mas um problema de saúde pública global em termos de mortalidade, deficiência e demanda de custos médicos e sociais^(4,5).

Com o aumento da expectativa de vida e o crescimento populacional nos últimos anos, mais pessoas atingem idades nas quais os distúrbios neurológicos são prevalentes⁽⁶⁾. Um estudo de base populacional realizado no Reino Unido apontou que a redução nas taxas de incidência do AVC se deve, principalmente, aos programas de prevenção realizados nos níveis de atenção primária à saúde (APS)^(7,6). O mesmo deve ocorrer no acompanhamento e processos de reabilitação, para que haja redução da prevalência das sequelas após o AVC⁽²⁾. As diretrizes de prática clínica recomendam avaliação rápida e abrangente, controle ativo para avaliação e planejamento precoce das intervenções de reabilitação, com programas de treinamento de profissionais e educação permanente das equipes multiprofissionais de assistência ao AVC, para melhoria nos planos de reabilitação após a alta hospitalar^(2,8). Neste consenso, a fim de melhorar o cuidado do evento agudo e das sequelas pós-evento, diversos países aderiram às unidades de cuidados ao AVC^(9,8).

No Brasil, a Linha de Cuidado do AVC foi instituída em 2012, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade, vislumbrando o tratamento desde o evento agudo até os programas de reabilitação ambulatoriais e domiciliares; deste modo, todos os setores de saúde devem estar envolvidos⁽¹⁰⁾. Nos centros de saúde pública, espera-se que as equipes de atenção primária forneçam os cuidados contínuos aos pacientes que receberam alta hospitalar⁽¹¹⁾. Portanto, para auxiliar nos tratamentos realizados na APS brasileira, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que pode ser composto por médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, entre outros, oferece suporte teórico e assistencial para profissionais e pacientes, respectivamente⁽¹²⁾.

Mesmo com essas medidas, estudos ao redor do mundo mostram que a continuidade do cuidado na comunidade está longe de ser ideal, apontando variações nos sistemas de prestação de serviços de saúde, problema de acesso a especialidades e falta de diretrizes no cuidado a longo prazo^(5,13). Ainda, apontam que existe compartilhamento de saberes e continuidade do cuidado entre as equipes hospitalares e comunitárias quando relacionado a doenças crônicas, mas que essa prática não é replicada quando se trata de pacientes acometidos pelo AVC⁽¹¹⁾.

Em países desenvolvidos, nos quais a APS é consolidada, profissionais especialistas em saúde da família atuam em centros de atenção primária para fornecer tratamento e reabilitação de qualidade, além de realizar os encaminhamentos necessários, uma vez que o acompanhamento e o gerenciamento multidisciplinar⁽¹³⁾ aceleram o tratamento dos pacientes e diminuem o tempo em filas de espera^(5,11). Países em desenvolvimento enfrentam desafios adicionais em termos de acesso aos serviços especializados

na assistência ao AVC e de falta de funcionários devidamente treinados para fornecer continuidade de reabilitação⁽⁵⁾.

Após a alta hospitalar, os benefícios do processo de reabilitação na comunidade ou no domicílio com equipes multidisciplinares são bem documentados⁽¹⁴⁾. Cerca de 60% dos pacientes sobreviventes ficam com sequelas motoras, cognitivas e distúrbios de comunicação⁽⁴⁾. Com relação à continuidade do cuidado fonoaudiológico, poucos estudos são realizados na atenção primária; e os que existem apontam queda na ocorrência do tratamento fonoaudiológico após a alta hospitalar⁽¹⁵⁾. No entanto, após a implementação de um serviço de acompanhamento na atenção primária, uma coorte com 591 pacientes apontou aumento de 12% para 36% na prevalência de pacientes acompanhados por fonoaudiólogo⁽¹⁴⁾.

Considerando o descrito acima, e levando-se em conta a importância da reabilitação após o AVC, este estudo tem por objetivo verificar quais grupos de comorbidades ligados aos distúrbios fonoaudiológicos são identificados por médicos e enfermeiros das equipes de Estratégia de Saúde da Família para encaminhamento à reabilitação fonoaudiológica. Ainda, pretende-se verificar as rotinas de consultoria com outros profissionais da área da saúde e os encaminhamentos para continuidade do cuidado dos pacientes acometidos pelo AVC na Atenção Primária e na Atenção Secundária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal do tipo censo, realizado com médicos e enfermeiros das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que contavam com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em município do sul do Brasil, no ano de 2013. Das 16 equipes que existiam no município em outubro daquele ano, onze foram elegíveis por terem apoio do NASF, contendo um universo de 12 médicos e 12 enfermeiros. Dois médicos não responderam ao questionário e foram excluídos; desta forma, dos 24 profissionais das 11 equipes, 22 compuseram a amostra final.

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário desenvolvido exclusivamente para esta pesquisa (Apêndice 1), testado em estudo-piloto prévio. O questionário, composto por 11 questões objetivas, foi aplicado no modo papel-caneta e autorrespondido pelos participantes. Foram abordados aspectos sociodemográficos como gênero, idade (em anos), histórico de formação (especialização) e de atuação profissional (tempo de serviço na atenção básica e experiência de trabalho em conjunto com fonoaudiólogo), bem como condutas diante de paciente com AVC (encaminhamento para especialidades e motivo para encaminhar para reabilitação fonoaudiológica).

A análise descritiva dos dados com frequências absoluta e relativa foi realizada com o Software SPSS 22. Foram recategorizadas as variáveis tempo de serviço na atenção básica (até 3 anos e 4 anos ou mais, devido ao prazo de contratação dos funcionários) e histórico de formação (ênfase na atenção básica, outra ênfase de atuação e não possui, uma vez que os participantes não contemplavam todas as possibilidades de resposta).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob o número 378.232. Os profissionais foram informados sobre o objetivo do trabalho e, após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Fizeram parte da amostra dez médicos e 12 enfermeiros das equipes de ESF apoiadas pelo NASF, sendo a maioria do gênero feminino (81,8%). A média de idade foi de 35,5 anos. Cinquenta por cento dos profissionais entrevistados possuíam especialização e, destes, 40,9% (n=9) tinham especialização com foco na Atenção Básica, Saúde da Família, Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Quanto ao tempo de atuação na Atenção Básica, 59,1% (n=13) tinham até 3 anos de serviço (Tabela 1).

Dos profissionais entrevistados neste estudo, 54,5% (n=12) costumam solicitar matriciamento para as equipes do NASF quando recebem pacientes pós-AVC. O matriciamento com

fisioterapeuta foi solicitado por 31,8% dos entrevistados, seguido do fonoaudiólogo (27,3%). Quando indagados sobre os encaminhamentos que realizam para o tratamento de pacientes acometidos pelo AVC, 77,3% e 72,7% da amostra encaminham para serviços de fisioterapia e neurologia, respectivamente; seguidos pelo serviço de fonoaudiologia (54,5%); sendo que médicos encaminham com mais frequência para neurologistas (90,0%) e enfermeiros, para fisioterapeutas (75,0%). Com relação ao contato com o fonoaudiólogo na trajetória profissional, 81,8% (n=18) responderam ter tido contato, ocorrendo prioritariamente (72,7%) nas Unidades Básicas de Saúde da APS, nos momentos de consultas (50,0%) ou interconsultas (40,9%) (Tabela 2). Quanto aos motivos de encaminhamento para o tratamento fonoaudiológico

Tabela 1. Sinais e sintomas identificados por médicos e enfermeiros das equipes de ESF como motivo para encaminhamento à reabilitação fonoaudiológica em um município do sul do Brasil, 2013 (N = 22)

Características	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gênero						
Feminino	7	70,0	11	91,7	18	81,8
Masculino	3	30,0	1	8,3	4	18,2
Especialização						
Ênfase na Atenção Básica	0	0	9	75,0	9	40,9
Outra ênfase de atuação	2	20,0	0	0	2	9,1
Não possui	8	80,0	3	25,0	11	50,0
Tempo na Atenção Básica						
Até 3 anos	9	90,0	4	33,3	13	59,1
4 anos ou mais	1	10,0	8	66,7	9	40,9
Total	10	100	12	100	22	100

Tabela 2. Rotinas de matriciamento e encaminhamentos realizados por médicos e enfermeiros das equipes de ESF em município do sul do Brasil, 2013 (N=22)

Características	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Solicita matriciamento						
Sim	6	60,0	6	50,0	12	54,5
Não	4	40,0	6	50,0	10	45,5
Para qual profissional solicita matriciamento*						
Fonoaudiólogo	3	30,0	3	25,0	6	27,3
Fisioterapeuta	4	40,0	3	25,0	7	31,8
Nutricionista	0	0	2	16,7	2	9,1
Neurologista	2	20,0	0	0	2	9,1
Outro	2	20,0	1	8,3	3	13,6
Para qual profissional realiza encaminhamento*						
Fonoaudiólogo	4	40,0	8	66,7	12	54,5
Fisioterapeuta	8	80,0	9	75,0	17	77,3
Nutricionista	2	20,0	5	41,7	7	31,8
Neurologista	9	90,0	7	58,3	16	72,7
Psicólogo	2	20,0	5	41,7	7	31,8
Outro	4	40,0	5	41,7	9	40,9
Contato com fonoaudiólogo						
Sim	6	60,0	12	100,0	18	81,8
Não	4	40,0	0	0	4	18,2
Onde este contato ocorreu*						
Unidade Básica de Saúde	6	60,0	10	83,3	16	72,7
Hospital	3	30,0	1	8,3	4	18,2

*Resposta de múltipla escolha, podendo ser selecionada mais de uma opção

Tabela 2. Continuação...

Características	Médicos		Enfermeiros		Total	
	N	%	N	%	N	%
Clínica multiprofissional	1	10,0	0	0	2	9,1
Outro	0	0	1	8,3	1	4,5
Como ocorreu este contato*						
Interconsulta	4	40,0	5	41,7	9	40,9
Matriciamento	0	0	2	16,7	2	9,1
Consulta	1	10,0	1	8,3	11	50,0
Conversa	4	40,0	4	33,3	8	36,4
Consultoria	3	30,0	1	8,3	4	18,2
Capacitação	0	0	4	33,3	4	18,2
Outro	0	0	2	16,7	2	9,1

*Resposta de múltipla escolha, podendo ser selecionada mais de uma opção

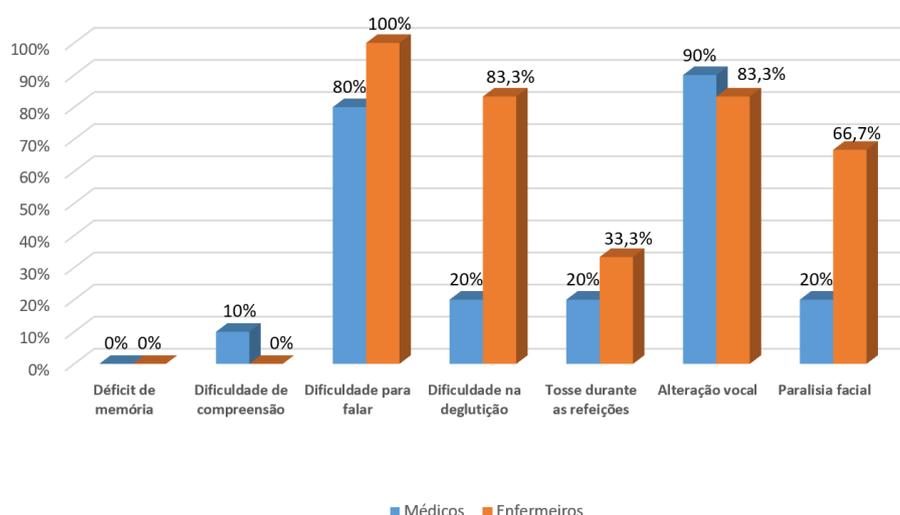


Figura 1. Identificação de sinais e sintomas que requerem encaminhamento para reabilitação fonoaudiológica pós-AVC, por médicos e enfermeiros das equipes de ESF em município do sul do Brasil, 2013

de sequelas cognitivas, nenhum entrevistado referiu o déficit de memória e apenas um profissional considerou a dificuldade de compreensão. Já para a dificuldade de fala, 90,0% (n=20) dos entrevistados realizam encaminhamento. As alterações da deglutição são consideradas motivos de encaminhamento por 20% dos médicos e 83,3% dos enfermeiros. Ainda, 72,7% (n=16) dos entrevistados não encaminham o paciente que apresenta tosse durante as refeições (Figura 1).

DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais apresentou dificuldade na identificação de sintomas que requerem continuidade da reabilitação fonoaudiológica na Atenção Primária e na Atenção Secundária à Saúde. Alterações cognitivas, como déficit de memória e dificuldade de compreensão, não foram identificadas, bem como alterações motoras relacionadas à fala e à alimentação, como tosse durante as refeições. Sequelas estas que necessitam de tratamento com fonoaudiólogo para serem reabilitadas.

Há diversos estudos sobre os serviços de atendimento agudo ao AVC e importantes avanços foram feitos quanto ao tratamento

imediate e à alta precoce^(8,16). Porém, quando comparado ao tratamento e ao gerenciamento após a alta hospitalar, o quantitativo de estudos publicados decresce^(7,17). O aumento da sobrevivência após o AVC traz um impacto nas necessidades de cuidado a longo prazo que precisam ser abordadas e as intervenções devem ser feitas por diversos profissionais de saúde na atenção primária⁽⁷⁾.

Um estudo sobre a caracterização dos distúrbios de comunicação oral de pacientes adultos internados após AVC apontou que nenhum participante recebeu atendimento fonoaudiológico durante a internação, tampouco foram encaminhados para iniciar tratamento com fonoaudiólogo após a alta hospitalar, sugerindo que estes pacientes, na melhor das hipóteses, receberiam atendimento integral de reabilitação por encaminhamento da equipe de saúde básica⁽¹⁸⁾. No entanto, com os resultados obtidos nesta pesquisa, que demonstram que 54,5% (n=12) encaminham os pacientes para a reabilitação fonoaudiológica e que 27,3% solicitam apoio matricial para este profissional, percebe-se que esta não é a realidade para esta parcela da população na APS. No município no qual foi realizado o estudo, o NASF foi implementado recentemente, o que pode contribuir com

os achados, uma vez que não havia fonoaudiólogo disponível anteriormente e os profissionais entrevistados não tinham rotinas de capacitações e histórico de consultoria fonoaudiológica.

Em países desenvolvidos como a Noruega, os serviços de reabilitação são compartilhados por equipes multidisciplinares entre o setor especializado e a APS⁽¹⁹⁾. Estas equipes são compostas por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e uma enfermeira treinada para pacientes com acidente vascular cerebral, sendo responsáveis pelo planejamento e implementação da reabilitação após a alta hospitalar⁽²⁰⁾. No Brasil, médicos e enfermeiros que compõem as equipes de atenção primária também são responsáveis por realizar este planejamento e encaminhar os pacientes para reabilitação; sendo que médicos o fazem com mais regularidade.

Nesta pesquisa, foi observado que os médicos solicitam mais matriciamento que os enfermeiros; no entanto, enfermeiros referem ter mais contato com o fonoaudiólogo e encaminhar para este profissional. Esses achados levam à reflexão sobre a configuração na estrutura das equipes de Estratégia de Saúde da Família e que a hierarquia para o direcionamento no tratamento dos pacientes, na qual o médico realiza as solicitações para atenção especializada, possa justificar esses resultados. Quando observado o contato dos médicos com o fonoaudiólogo, este ocorreu com mais frequência em interconsultas e conversas (discussão dos casos), fato que pode influenciar a resolução de dificuldades fonoaudiológicas mínimas dos pacientes, diminuindo os encaminhamentos por parte dos médicos.

Pacientes acometidos pelo AVC podem seguir com comprometimentos cognitivos, de comunicação e de deglutição. A prevalência das sequelas cognitivas ocorre em cerca de 22% dos casos; sendo que a afasia está presente entre 21% e 38% dos indivíduos⁽²¹⁾. A disfagia, alteração na deglutição que pode levar à desnutrição, desidratação, infecção pulmonar e morte⁽²²⁾, está presente entre 29% e 81% dos sobreviventes de AVC, sendo que até 52% dos pacientes disfágicos realizam aspiração laringotraqueal⁽²³⁾.

Neste estudo, a maioria dos profissionais, médicos ou enfermeiros, não reconhece alterações de memória e compreensão como sequelas fonoaudiológicas que necessitam de tratamento para serem reabilitadas. Distúrbios da comunicação oral, como dificuldade para falar e alteração vocal, parecem ser melhor identificados, aparecendo em 90,0% e 86,4% dos encaminhamentos, respectivamente. Provavelmente por serem distúrbios mais prevalentes nas sequelas pós-AVC, uma vez que cerca de 70% dos pacientes têm problemas na comunicação oral⁽²⁴⁾ e por serem mais reconhecidos como distúrbios fonoaudiológicos.

Além disso, 72,7% dos entrevistados não reconhecem a tosse durante as refeições como indicio de disfagia; dado ainda mais preocupante, considerando os riscos intrínsecos à disfagia. Mesmo que 54,5% encaminhem os pacientes para reabilitar a deglutição, 80,0% dos médicos – responsáveis pela maioria dos encaminhamentos – não o fazem. Fato que ocorreu, possivelmente, pela falta de informação e desconhecimento sobre os possíveis encaminhamentos e terapias de reabilitação disponibilizadas no município de pesquisa, o que corrobora a literatura encontrada⁽¹¹⁾. Uma pesquisa realizada com 121 profissionais especialistas em

saúde da família sobre cuidados pós-AVC mostrou que, para 26,9% dos entrevistados, a falta de informação sobre terapia de reabilitação causou dificuldade em prestar os cuidados necessários para o tratamento na atenção básica; 31,5% referiram sentir necessidade de reuniões regulares com equipe de apoio para discutir problemas específicos de pacientes acometidos pelo AVC. Além disso, 37,7% referiram que o tratamento do AVC na APS deve ser feito por equipe multiprofissional, sendo que 39,9% dos encaminhamentos são realizados para fisioterapeuta e 11,8% para fonoaudiólogo e para nutricionista⁽¹¹⁾. Esses dados diferem dos resultados encontrados nesta pesquisa, mas reforçam a hipótese de que encontros regulares de educação permanente, com orientação quanto aos processos de reabilitação destes pacientes são importantes no âmbito na APS, visto que o AVC é um agravo de alta prevalência, com sequelas motoras e cognitivas importantes associadas e que necessitam de reabilitação o mais cedo possível para a recuperação funcional e independência do paciente^(25,26).

Outra pesquisa realizada no Canadá, com 11050 pacientes acometidos pelo AVC, apontou que, durante o período de hospitalização, entre 57,7% e 61% dos pacientes eram acompanhados pelo fonoaudiólogo; entretanto, após a alta hospitalar, este acompanhamento caiu para 4,3-5,3%⁽¹⁵⁾. Com os resultados encontrados neste estudo, percebe-se a necessidade de maior interação e compartilhamento de saberes entre os profissionais, para que haja melhor identificação das sequelas a serem reabilitadas.

O suporte para reabilitação na comunidade, amparado por equipes de atenção primária, é benéfico em relação à reabilitação hospitalar⁽²⁰⁾; e a coordenação entre departamentos de saúde resulta na melhora do tratamento e melhor vigilância, planejamento e gerenciamento dos recursos⁽²⁷⁾. No Brasil, programas como o NASF⁽¹²⁾ e o Melhor em Casa⁽²⁸⁾ foram criados para aperfeiçoar as ações e os resultados da APS, com equipes multiprofissionais e equipes matriciais de apoio que atuam conjuntamente para o benefício no tratamento dos pacientes. Estratégias que corroboram a literatura encontrada e que estabelecem que mudanças dentro do sistema, com reuniões de equipe, educação permanente, apoio matricial e consultorias, melhoram a prática clínica dos profissionais⁽²⁹⁾.

O impacto real do AVC deve ser visto não apenas em termos de taxas de incidência e mortalidade mas também de deficiência, que necessita de cuidado a longo prazo⁽³⁰⁾. O processo de alta hospitalar com continuidade do cuidado na APS ou, se necessário, na atenção secundária deve ser fornecido por equipe multidisciplinar, para provisão do processo de reabilitação⁽¹⁴⁾. Para isso, reforça-se a importância de planejamento conjunto para o tratamento dos pacientes acometidos pelo AVC.

Este estudo apresenta uma limitação por ter sido realizado em uma única cidade do Brasil, ocasionando um censo pequeno. Ainda que seja relevante reproduzir este estudo com populações de profissionais de outras regiões do país e de outras equipes de saúde, espera-se que os dados apresentados contribuam para melhorar a provisão de serviços e a gestão dos cuidados do AVC na atenção básica.

CONCLUSÃO

Médicos e enfermeiros de ESF apresentaram dificuldade na identificação dos sinais e sintomas relacionados aos distúrbios fonoaudiológicos cognitivos e do sistema estomatognático que justificam encaminhamento para reabilitação fonoaudiológica na APS ou na Atenção Secundária. Ações que auxiliem no processo de educação permanente e que melhorem o conhecimento das equipes de APS poderiam favorecer que as sequelas fonoaudiológicas sejam devidamente identificadas e encaminhadas para reabilitação, especialmente aquelas relacionadas a sintomas indicativos de dificuldades de deglutição, de comunicação e de cognição.

REFERÊNCIAS

1. GBD: Global Burden of Disease. IHME: Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare data visualization [Internet]. Seattle: University of Washington, 2016 [cited 2017 Dec 7]. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
2. Carvalho-Pinto BPB, Faria CDCM. Health, function and disability in stroke patients in the community. *Braz J Phys Ther*. 2016;20(4):355-66. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0171>. PMID:27556392.
3. Pontes-Neto OM, Silva GS, Feitosa MR, De Figueiredo NL, Fiorot JA Jr, Rocha TN, et al. Stroke awareness in Brazil: Alarming results in a community-based study. *Stroke*. 2008;39(2):292-6. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.493908>. PMID:18162624.
4. Byeon H, Koh HW. The relationship between communication activities of daily living and quality of life among the elderly suffering from stroke. *J Phys Ther Sci*. 2016;28(5):1450-3. <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.28.1450>. PMID:27313349.
5. Abdul Aziz AF, Mohd Nordin NA, Ali MF, Abd Aziz NA, Sulong S, Aljunid SM. The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): a shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):35. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1963-8>. PMID:28086871.
6. GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol*. 2017;16(11):877-97. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30299-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30299-5). PMID:28931491.
7. Aziz NA, Pindus DM, Mullis R, Walter FM, Mant J. Understanding stroke survivors' and informal carers' experiences of and need for primary care and community health services — a systematic review of the qualitative literature: protocol: Table 1. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009244. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009244>. PMID:26739728.
8. Fountouki A, Theofanidis D. Service provision for stroke: the greek paradox. *J Vasc Nurs*. 2017;35(3):136-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvn.2017.03.003>. PMID:28838588.
9. Man S, Schold JD, Uchino K. Impact of stroke center certification on mortality after ischemic stroke: the medicare cohort from 2009 to 2013. *Stroke*. 2017;48(9):2527-33. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.016473>. PMID:28747463.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 665, de 12 de abril de 2012. *Diário Oficial da União*; Brasília; 12 abril 2012.
11. Abdul Aziz AF, Mohd Nordin NA, Abd Aziz N, Abdullah S, Sulong S, Aljunid SM. Care for post-stroke patients at Malaysian public health centres: self-reported practices of family medicine specialists. *BMC Fam Pract*. 2014;15(1):40. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-15-40>. PMID:24580779.
12. Brasil. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2017 Dec 7]. (Caderno de Atenção Básica; no. 27). Available from: www.saude.gov.br/bvs
13. Wissel J, Olver J, Sunnerhagen KS. Navigating the poststroke continuum of care. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2013;22(1):1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.05.021>. PMID:21733720.
14. Langstaff C, Martin C, Brown G, McGuinness D, Mather J, Loshaw J, et al. Enhancing Community-Based Rehabilitation for Stroke Survivors: Creating a Discharge Link. *Top Stroke Rehabil*. 2014;21(6):510-9. <http://dx.doi.org/10.1310/tsr2106-510>. PMID:25467399.
15. Huang K, Khan N, Kwan A, Fang J, Yun L, Kapral MK. Socioeconomic status and care after stroke: Results from the registry of the Canadian stroke network. *Stroke*. 2013;44(2):477-82. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.112.672121>. PMID:23321439.
16. National Audit Office. Progress in improving stroke care [Internet]. London: Department of Health National Audit Office; 2010 [cited 2017 Dec 7]. Available from: <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2010/02/0910291.pdf>
17. McKeivitt C, Fudge N, Redfern J, Sheldenkar A, Crichton S, Rudd AR, et al. Self-reported long-term needs after stroke. *Stroke*. 2011;42(5):1398-403. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.598839>. PMID:21441153.
18. Goulart BNG, Podalirio CB A, Silva MW, Oenning NSX, Lagni VB. Characterization of stroke with a focus on oral communication disorders in inpatients of a regional hospital. *Audiol Commun Res*. 2016;21:e1603. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1603>.
19. Johansen I, Lindbak M, Stanghelle JK, Brekke M. Independence, institutionalization, death and treatment costs 18 months after rehabilitation of older people in two different primary health care settings. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):400. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-400>. PMID:23150906.
20. Hofstad H, Naess H, Moe-Nilssen R, Skouen JS. Early supported discharge after stroke in Bergen (ESD Stroke Bergen): A randomized controlled trial comparing rehabilitation in a day unit or in the patients' homes with conventional treatment. *Int J Stroke*. 2013;8(7):582-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-4949.2012.00825.x>. PMID:22594689.
21. Draggia A. The role of speech-language pathologists in stroke rehabilitation. *R I Med J*. 2015;98(12):20-2.
22. Jones O, Cartwright J, Whitworth A, Cocks N. Dysphagia therapy post stroke: an exploration of the practices and clinical decision-making of speech-language pathologists in Australia. *Int J Speech Lang Pathol*. 2018;20(2):226-37. PMID:28079400.
23. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, Bosi M, Carpinteri F, Zingarelli A, et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2009;18(5):329-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.01.009>. PMID:19717014.
24. Forster A, Dickerson J, Young J, Patel A, Kalra L, Nixon J, et al. A cluster randomised controlled trial and economic evaluation of a structured training programme for caregivers of inpatients after stroke: the TRACS trial. *Health Technol Assess*. 2013;17(46):1-216. <http://dx.doi.org/10.3310/hta17460>. PMID:24153026.
25. Liu N, Cadilhac DA, Andrew NE, Zeng L, Li Z, Li J, et al. Randomized controlled trial of early rehabilitation after intracerebral hemorrhage stroke: Difference in outcomes within 6 months of stroke. *Stroke*. 2014;45(12):3502-7. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.005661>. PMID:25336514.
26. Luft AR, Kesselring J. Critique of A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). *Stroke*. 2016;47(1):291-2. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.010483>. PMID:26658440.
27. Li Y, Padrón NA, Mangla AT, Russo PG, Schlenker T, Pagán JA. Using systems science to inform population health strategies in local health departments: a case study in San Antonio, Texas. *Public Health Rep*. 2017;132(5):549. <http://dx.doi.org/10.1177/0033354917722149>. PMID:28813636.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo do melhor em casa [Internet]. Brasília; 2012. 30 p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf
29. Bland MD, Sturmöski A, Whitson M, Harris H, Connor LT, Fucetola R, et al. Clinician Adherence to a Standardized Assessment Battery Across Settings and Disciplines in a Poststroke Rehabilitation Population. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013;94(6):53.e1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.02.004>. PMID:23415809.
30. Norrving B, Kissela B. The global burden of stroke and need for a continuum of care. *Neurology*. 2013;80(3, Suppl 2):5-12. PMID:23319486.

Contribuições dos autores

PA foi responsável pela concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão do artigo de forma intelectualmente importante; aprovação final da versão a ser publicada; SPR foi responsável pela concepção e delineamento do estudo, revisão do artigo de forma intelectualmente importante; aprovação final da versão a ser publicada; BNGG foi responsável pela análise e interpretação dos dados; revisão do artigo de forma intelectualmente importante; aprovação final da versão a ser publicada.

APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO

1. Gênero: Feminino Masculino Idade: _____
2. Sua profissão: Enfermeiro Médico
3. Em que área você tem especialização?
 Saúde coletiva/Saúde pública/Saúde da família (Vigilância epidemiológica
 Urgência e Emergência (Residência em Saúde da família
 Não tem especialização Outra Qual? _____
4. Tempo de serviço na atenção básica:
 Até 1 ano 1 a 3 anos 4 a 6 anos 6 a 9 anos 10 anos ou mais
5. Tempo de serviço na atenção básica no município:
 Até 1 ano 1 a 3 anos 4 a 6 anos 6 a 9 anos 10 anos ou mais
6. Qual o tipo de vínculo empregatício?
 CLT Estatutário Cooperativado RPA
7. Já teve contato com fonoaudiólogo na sua vida profissional? Sim Não
8. Se você respondeu SIM à questão anterior, em que situações este contato aconteceu?
 Interconsulta Matriciamento Capacitação Conversa Consultoria Outro Qual? _____
9. Se você respondeu à questão anterior, em qual local aconteceu?
 Unidade Básica de Saúde Unidade Básica de Saúde da Família Hospital Clínica (Outro Qual? _____
10. Quando você se depara com um paciente acometido pelo AVC, quais encaminhamentos você costuma fazer?
 Neurologista Fisioterapeuta Nutricionista Psicólogo Fonoaudiólogo Outro Qual? _____
11. Por quais razões você encaminharia um paciente após AVC para o fonoaudiólogo?
 Déficit de memória
 Paralisia facial
 Dificuldade para se alimentar
 Paciente não consegue falar
 Dificuldade de compreensão
 Problemas na voz
 Paciente tosse durante as refeições