

Características das afasias no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Maligno

Characteristics of aphasias in Malignant Ischemic Stroke

Características de las afasias en el Ictus Isquémico Maligno

Raíssa Caroline Sales Costa¹, Yoná Silva Rabelo²,
Naiany Nascimento da Silva Figueiredo³, Romeu Vale Sant'Anna⁴,
Aline Mansueto Mourão⁵

1.Fonoaudióloga, Residente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC UFMG). Belo Horizonte-MG, Brasil.

2.Fonoaudióloga, Residente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC UFMG). Belo Horizonte-MG, Brasil.

3.Fonoaudióloga, Coordenadora da Unidade de AVC do Hospital Risoleta Tolentino Neves, com especialização em Saúde do Idoso pela Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da UFMG e especialização em Oncologia pelo Hospital Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte-MG, Brasil.

4.Neurologista, Coordenador da Unidade de AVC de Hospital Risoleta Tolentino Neves, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte-MG, Brasil.

5.Fonoaudióloga, Professora Doutora do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte-MG, Brasil.

Resumo

Objetivo. Investigar o quadro afásico de pacientes com AVCi maligno no hemisfério cerebral esquerdo durante a internação hospitalar. **Método.** Estudo descritivo, retrospectivo, com base em análise de prontuário, de uma série de casos, de pacientes internados na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC), do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2021. Os critérios de inclusão foram pacientes acima de 18 anos, de ambos os sexos, que receberam o diagnóstico de AVCi maligno pela Neurologia, e que passaram pela avaliação Fonoaudiológica, onde verificou-se a descrição das características da afasia dos pacientes, com foco nas sintomatologias linguísticas apresentadas, seguido pela intervenção fonoaudiológica na unidade. **Resultados.** Cinco pacientes foram selecionados e classificados com quadros afásicos não fluentes, porém com gravidades e características diferentes. Três dos participantes realizaram craniectomia descompressiva e todos os cinco participantes apresentaram quadro de disfagia. O tempo, em média, para início da abordagem dos aspectos de linguagem foram 10 dias, e os cinco pacientes apresentaram melhora da linguagem à alta hospitalar. **Conclusão.** Os pacientes apresentaram quadros afásicos não fluentes com melhora linguística após intervenção Fonoaudiológica, sendo a compreensão e a presença de expressões orais, as principais características evolutivas observadas entre os participantes.

Unitermos. AVC Isquêmico; Afasia; Craniectomia Descompressiva; Fonoaudiologia; Neurologia; Disfagia

Abstract

Objective. To investigate the aphasic profile of patients with malignant left cerebral hemisphere ischemic stroke during hospitalization. **Method.** Descriptive, retrospective study, based on the analysis of medical records, of a series of cases, of patients admitted to the Cerebrovascular Accident Unit (U-AVC), of Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), from January 2019 to December 2021. The inclusion criteria were patients over 18 years of age, of both sexes, who received the diagnosis of malignant ischemic stroke by Neurology, and who underwent the Speech-Language Pathology evaluation, where the description of the characteristics of the patients' aphasia was verified, focusing on the presented linguistic symptoms, followed by speech therapy intervention in the unit. **Results.** Five patients were selected and classified with non-fluent aphasic conditions, but with different severities and characteristics. Three of the participants underwent decompressive craniectomy and all five

participants had dysphagia. The average time to start addressing language aspects was 10 days, and the five patients showed improvement in language at hospital discharge. **Conclusions.** The patients presented non-fluent aphasic conditions with linguistic improvement after Speech-Language Pathology intervention, the comprehension and the presence of oral expressions, the main evolutionary characteristics observed among the participants.

Keywords. Ischemic stroke; Aphasia; Decompressive Craniectomy; Speech Therapy; Neurology; Dysphagia

Resumen

Objetivo. Investigar el perfil afásico de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico maligno en el hemisferio cerebral izquierdo durante la hospitalización. **Método.** Estudio descriptivo, retrospectivo, basado en el análisis de historias clínicas, de una serie de casos, de pacientes ingresados en la Unidad de Accidentes Cerebrovasculares (U-AVC), del Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), desde enero de 2019 hasta diciembre de 2021. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que recibieron el diagnóstico de ictus isquémico maligno por parte de Neurología, y a quienes se les realizó la evaluación de Logopedia, donde se verificó la descripción de las características de la afasia de los pacientes, con centrarse en los síntomas lingüísticos presentados, seguido de una intervención del lenguaje en la unidad. **Resultados.** Se seleccionaron y clasificaron cinco pacientes con condiciones afásicas no fluidas, pero con diferentes severidades y características. Tres de los participantes se sometieron a una craneectomía descompresiva y los cinco participantes tenían disfagia. El tiempo promedio para comenzar a abordar los aspectos del lenguaje fue de 10 días y los cinco pacientes mostraron una mejoría en el lenguaje al alta hospitalaria. **Conclusiones.** Los pacientes presentaron condiciones afásicas no fluidas con mejoría lingüística después de la intervención de Fonoaudiología, siendo la comprensión y la presencia de expresiones orales, las principales características evolutivas observadas entre los participantes.

Palabras clave. Accidente cerebrovascular isquémico; Afasia; Craneotomía descompresiva; Terapia del lenguaje; Neurología; disfagia

Trabalho realizado na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte-MG, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 19/06/2023

Aceito em: 21/09/2023

Endereço para correspondência: Aline Mansueto Mourão. Av. Prof. Alfredo Balena 190. Santa Efigênia. Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP 30130-100. Fone: (31) 3409-9791. E-mail: alinemmourao@ufmg.br

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado a principal causa da limitação comunicativa de indivíduos em decorrência da afasia¹⁻⁴, que se caracteriza por alterações linguísticas devido a um acometimento no hemisfério dominante para a linguagem o que compromete a compreensão e a expressão de símbolos verbais e/ou escritos, em diferentes graus²⁻⁴, e pode ser identificada em mais de 20% dos pacientes na fase aguda^{3,5}.

O avanço do tratamento na fase aguda do AVC tem reduzido significativamente a mortalidade e a morbidade, minimizando a frequência e/ou a gravidade de incapacidades. Apesar dos avanços obtidos nessa direção, o grande número de pessoas com deficiências adquiridas pós-AVC, incluindo os aspectos de linguagem, ainda é um desafio ao sistema de saúde no Brasil³.

O infarto encefálico isquêmico extenso ou Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) maligno, compreende-se pela ocorrência de uma isquemia que abrange cerca de 50% ou mais do território da artéria cerebral média (ACM), podendo evoluir para edema grave, hipertensão intracraniana e óbito em até 80% dos casos⁵⁻⁷.

A craniectomia descompressiva (CD) é uma abordagem cirúrgica invasiva utilizada na tentativa de reverter o efeito de massa e aliviar as alterações do tecido cerebral^{5,6}. Há evidências na literatura de que o procedimento reduz substancialmente a mortalidade. No entanto, a maioria dos pacientes sobreviventes ainda tendem a apresentar grande incapacidade funcional cognitiva e motora em decorrência, por exemplo, da afasia e da hemiplegia remanescentes⁶⁻⁸.

Com relação a tais aspectos incapacitantes, ou déficits apresentados pelos pacientes, submetidos ou não à craniectomia descompressiva, há correlação destes ao hemisfério afetado⁵⁻⁷. Estudos revelam que há melhora significativa da afasia associada à realização da craniectomia descompressiva no hemisfério esquerdo, principal área

responsável pela linguagem, onde se localiza a ACM esquerda^{6,8}.

As afasias são classificadas através da região cerebral acometida, e as habilidades linguísticas apresentadas, sendo elas a sintaxe, a semântica, a fonologia, a morfologia e a pragmática, em todas as modalidades (fala, escrita, leitura e canto) e nos modos de input (compreensão) e output (expressão)⁹. Tais alterações de linguagem podem implicar nos aspectos psíquicos, sociais e comportamentais dos pacientes acometidos¹, de forma leve a grave, destacando a importância de abordar as demandas comunicativas desses indivíduos, ainda no âmbito hospitalar³.

O presente estudo se faz necessário, pois há uma escassez de pesquisas na literatura, quanto à caracterização da linguagem dos pacientes acometidos pelo AVCi Maligno, submetidos ou não à CD, elucidando a necessidade da presença do fonoaudiólogo no período de tratamento, sendo sua participação de extrema importância para o auxílio no prognóstico funcional do paciente e sua qualidade de vida.

Dito isto, o estudo objetiva investigar o quadro afásico de pacientes com AVCi maligno no hemisfério cerebral esquerdo durante a internação hospitalar.

MÉTODO

Amostra

Trata-se de um estudo, descritivo, retrospectivo, com base em análise de prontuário, de uma série de casos, de pacientes internados na Unidade de Acidente Vascular

Cerebral (U-AVC), do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2021. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o parecer 5.311.165 (CAAE: 55091222.6.0000.5149).

Participaram deste estudo cinco pacientes adultos, de ambos os sexos, acometidos por AVC Maligno em hemisfério cerebral esquerdo. Inicialmente, a busca de dados foi realizada pelo setor de Tecnologia de Informação do HRTN por meio da lista com o código dos pacientes catalogados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), admitidos no hospital por AVC e atendidos pela equipe de Neurologia. Posteriormente, foi realizado um estudo de cada prontuário objetivando selecionar os pacientes com diagnóstico de AVCi maligno.

Os critérios de inclusão deste estudo foram: pacientes acima de 18 anos, de ambos os sexos, que receberam o diagnóstico de AVCi maligno pela Neurologia, e que passaram pela avaliação e intervenção fonoaudiológica de linguagem no setor da U-AVC. Os critérios de exclusão foram: pacientes com alterações de linguagem prévia ao ictus, histórico de alterações cognitivas e nível de consciência, delirium ou outras doenças neurológicas além do AVC, uso de traqueostomia sem condições de desinsuflexão do balonete no momento da avaliação da condição de expressão oral da linguagem, pacientes que apresentaram instabilidade clínica e/ou neurológica e que foram a óbito.

Procedimento

Na avaliação da Neurologia, utilizou-se o *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), o exame de imagem de Tomografia Computadorizada de Crânio (TCC) e o exame clínico neurológico de rotina. Para descrição das características da afasia dos pacientes, a avaliação fonoaudiológica foi realizada com foco nas sintomatologias linguísticas apresentadas.

As características do quadro linguístico de cada paciente foram baseadas no Sistema de Afasia de Boston Benson, D.F. (1987), desenvolvido pela seção de Patologia da Fala, unidade de Investigação da Afasia, Hospital de Administração Veterana, Boston¹⁰. Mediante ao exposto, as afasias foram divididas em fluentes e não fluentes, e cada síndrome afásica foi caracterizada a partir de um determinado grupo de habilidades linguísticas comprometidas. Portanto, cada habilidade linguística foi avaliada, e concomitantemente caracterizados os comportamentos linguísticos apresentados pelos pacientes.

Foram coletados dados do prontuário, referente à intervenção fonoaudiológica da comunicação, em que se utilizou da abordagem investigativa do quadro de linguagem à beira leito que engloba aspectos relacionados a comunicação oral no que se refere à linguagem expressiva e compreensiva. Posteriormente, após consulta ao prontuário de cada paciente, foram coletados dados referentes ao sexo, idade, comorbidades, AVC prévio, outras doenças, NIHSS, descrição da afasia na avaliação e alta hospitalar (inicial e

final), outras alterações fonoaudiológicas tais como apraxia, disartria, paralisia facial e disfagia, que foi embasada na *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) mediante a avaliação e a alta hospitalar (inicial e final), número de atendimentos fonoaudiológicos, presença de traqueostomia, tempo de intubação orotraqueal, realização de trombólise, necessidade de craniectomia descompressiva, tempo de permanência na U-AVC, e local de encaminhamento para continuidade do processo de reabilitação.

Na linguagem expressiva, foi avaliada fluência, por meio do discurso espontâneo e dirigido, por intermédio de conversa da terapeuta com o paciente no qual foi perguntado aspectos como nome, idade, dados sobre familiares e como é sua rotina, em seguida foi aplicada a figura Roubo dos Biscoitos. A avaliação de repetição ocorreu por meio de repetição de palavras e frases de curta e longa extensão. A avaliação da nomeação ocorreu por meio de imagens de categorias semânticas iguais e diferentes e evocação de itens dentro de um campo semântico. Na linguagem compreensiva, foi avaliada compreensão de ordens simples e complexas por meio de apontamento de partes do corpo e locais ao redor do paciente a partir dos comandos solicitados pela terapeuta e em seguida compreensão por confrontação de imagens de categorias semânticas iguais e diferentes. As informações com os resultados coletados foram descritas no prontuário de cada paciente.

RESULTADOS

O presente estudo teve amostra inicial de 265 pacientes internados com diagnóstico de AVC, nos anos de 2019 a 2021. Destes, 37 pacientes foram diagnosticados com AVCi Maligno pela equipe de Neurologia do hospital, sendo 17 de artéria cerebral média esquerda, contudo, 10 foram a óbito e dois pacientes estavam em uso de traqueostomia sem condições de ter o balonete desinsuflado. Mediante ao exposto, com base nos critérios de inclusão, apenas os cinco pacientes foram selecionados para o estudo.

A Tabela 1 demonstra habilidades linguísticas e a identificação do quadro afásico durante a internação hospitalar. Em todos os casos foi possível perceber pacientes com quadros afásicos não fluentes, porém com gravidades e características diferentes. Nos casos 1 e 4, os pacientes apresentaram alteração nas provas linguísticas de nomeação, repetição e fluência, e adequação para a prova de compreensão. Já nos casos 2 e 5, os pacientes tiveram comprometimentos em todas as habilidades linguísticas sendo a expressão e compreensão prejudicadas. Apenas o caso 3 apresentou as habilidades de compreensão e repetição preservadas. Não houve diferença quanto ao quadro de afasia não fluente durante o período de internação.

A Tabela 2 descreve os aspectos sociodemográficos, clínicos-neurológicos e fonoaudiológicos dos cinco pacientes analisados. Houve prevalência do sexo feminino (60%) e a média da idade foi de $58 \pm 14,8$ anos.

Tabela 1. Descrição das habilidades linguísticas e identificação do quadro afásico durante a internação hospitalar, segundo Boston 1987¹⁰.

	Compreensão		Nomeação		Repetição		Fluência		Características da afasia
Indivíduos	Início	Final	Início	Final	Início	Final	Início	Final	
Caso 1	P	P	C	C	C	C	C	C	Afasia não fluente Broca
Caso 2	C	C	C	C	C	C	C	C	Afasia não fluente Global
Caso 3	P	P	C	C	P	P	C	C	Afasia não fluente Transcortical motora
Caso 4	P	P	C	C	C	C	C	C	Afasia não fluente Broca
Caso 5	C	C	C	C	C	C	C	C	Afasia não fluente Global

P: preservada; C: Comprometida.

A maioria apresentou duas comorbidades. Apenas dois pacientes não realizaram craniectomia descompressiva. Três pacientes foram intubados e o uso de traqueostomia foi necessário em apenas um participante. 100% dos pacientes da pesquisa apresentaram disfagia, 60% apresentaram apraxia, 80% paralisia facial e 20% disartria. A respeito da afasia, todos os pacientes foram diagnosticados com afasia e de característica não fluente. Na alta hospitalar, todos os pacientes receberam encaminhamento fonoaudiológico na rede de atenção à saúde para continuidade ao tratamento.

Na Tabela 3, foram percorridos os aspectos comunicativos da linguagem oral dos pacientes, sendo a descrição das características neurolinguísticas da afasia na avaliação. A partir do momento em que o paciente começou a ser acompanhado pela equipe de Fonoaudiologia o tempo, em média, para iniciar a abordagem nos aspectos de linguagem foram $10 \pm 4,4$ dias. Isso se deve ao fato de que as condições clínicas não eram favoráveis para iniciar uma intervenção de linguagem.

Tabela 2. Descrição dos aspectos sociodemográficos, clínicos-neurológicos e fonoaudiológicos durante a internação hospitalar.

Casos	Idade	Sexo	Nº Comorb	NIHSS	CD	L	T	IOT	TQT	Afasia inicial	Afasia final	Disartria	Apraxia	Paralisia Facial	Disfagia	FOIS inicial	FOIS final	Nº AF	Conduta
1	49	F	3	25	N	FT	N	0	N	NF	NF	S	S	S	S	1	6	29	Hospital de Reabilitação
2	76	M	4	22	N	FT	N	0	N	NF	NF	N	N	S	S	1	4	20	Atenção Domiciliar
3	62	F	2	26	S	FT	N	2	N	NF	NF	N	S	S	S	1	6	14	Centro de Reabilitação
4	66	F	2	21	S	FT	S	4	S	NF	NF	N	N	N	S	1	6	19	Hospital de Reabilitação
5	46	M	2	22	S	FT	N	1	N	NF	NF	N	N	S	S	1	3	21	Hospital de Reabilitação

M: masculino; F: feminino; Nº Comorb.: Número de Comorbidades; CD: craniectomia descompressiva; L: Local da lesão neuronal; FT: frontotemporal; FTP: frontotemporoparietal; T: Trombólise; S: sim; N: não; IOT: tempo de intubação orotraqueal (em dias); TQT: traqueostomia; NF: não fluente; FOIS inicial: Escala Funcional de Ingestão por Via Oral na avaliação; FOIS final: Escala Funcional por Ingestão de Via Oral na alta hospitalar; AF: atendimento fonoaudiológico.

A Tabela 3 mostra a evolução do quadro de disfagia, apontado 4 pacientes com dieta por via oral exclusiva (FOIS $\geq$ 4). É importante salientar que os atendimentos não foram realizados de forma consecutiva, pois os pacientes apresentaram variação do sensório e do estado de alerta, não sendo possível uma abordagem eficaz.

Tabela 3. Análise descritiva dos aspectos comunicativos da linguagem oral na avaliação.

Paciente	Tempo (dias) para o início da reabilitação em linguagem	Descrição inicial da afasia
Caso 1	12	Compreensão de ordens simples preservada, mas com dificuldade para o aumento da complexidade. Prejuízo em automatismo, todas as demais habilidades linguísticas alteradas. Observados comportamentos linguísticos de: anomia, parafasia fonética, parafasia verbal formal e semântica e perseveração. Identificada prova terapêutica positiva com complementação de sentenças e apoio fonêmico. Verificados ensaios para emissão de fonemas alvo, apresentando também distorção dos mesmos (apraxia).
Caso 2	2	Afasia global sendo expressão oral reduzida apenas à vogal /A/ sem contexto e sem nenhuma outra resposta. Habilidade de compreensão, nomeação, fluência e repetição gravemente alteradas. Presença de alguns murmúrios descontextualizados.
Caso 3	11	Compreensão preservada, embora com dificuldade em tarefas de maior complexidade, habilidade de fluência e nomeação prejudicada. Foram observados os seguintes comportamentos linguísticos: parafasias verbais, verbal formal, semânticas, perseverações e dificuldade de acesso lexical (anomia). Repetição preservada para palavras e frases.
Caso 4	13	Compreensão de ordens simples e complexas preservadas, interação com a terapeuta por meio do olhar e mímica facial. À dígito-oclusão, observado demais habilidades linguísticas de repetição, nomeação e fluência alteradas.
Caso 5	11	Afasia global, todas as habilidades linguísticas gravemente comprometidas e presença do comportamento linguístico de mutismo.

A Tabela 4 descreve os aspectos comunicativos da linguagem oral da afasia na alta hospitalar e a quantidade de atendimentos exclusivamente voltados para reabilitação da linguagem. Foi possível observar que quatro dos cinco pacientes apresentaram alguma melhora linguística, contudo, todos permaneceram afásicos. Dos quatro que obtiveram melhora, esta foi discreta em relação ao quadro afásico na avaliação. Como citado anteriormente, os atendimentos fonoaudiológicos não se deram de forma contínua em decorrência de aspectos inerentes ao processo de hospitalização. Os atendimentos fonoaudiológicos realizados com objetivo na terapia da afasia, tiveram uma média de 8,2 dias.

Tabela 4. Análise descritiva dos aspectos comunicativos da linguagem oral na alta hospitalar.

Paciente	Tempo (dias) do número total de atendimentos em linguagem	Descrição final da Afasia
Caso 1	10	Melhora da compreensão inclusiva para ordens complexas e manteve afasia não fluente caracterizada por anomias, parafasias semântica, fonêmica, neologismo e perseveração. Manteve benefícios mediante pistas fonéticas e fonêmicas. Observado quadro de disartria interferindo na inteligibilidade do discurso.
Caso 2	4	Discreta melhora da compreensão e demais habilidades linguísticas permaneceram comprometidas como no quadro inicial. Não foi possível intervir de forma periódica, pois o paciente apresentou intercorrências clínicas que impediram dias corridos de atendimento.
Caso 3	3	Manteve as mesmas características linguísticas do primeiro atendimento.
Caso 4	12	Manteve boa compreensão de ordens simples e ordens complexas, presença de intenção comunicativa, expressão por meio da vogal /E/ de forma perseverativa e perseveração de outras palavras. Observados benefícios com pistas fonêmicas.
Caso 5	12	Paciente saiu do mutismo, apresentou discreta melhora da compreensão para ordens simples, mas ainda bastante dificuldade nessa habilidade. Notado comportamento linguístico de perseveração, neologismos, alternando entre momentos de verbalização de segmentos ininteligíveis. Automatismos sendo possíveis com apoio da terapeuta. Respeito a trocas de turno, interage no discurso com expressões de forma ininteligível, em alguns momentos repetindo várias vezes a mesma palavra (perseveração). Não demonstra compreender a maioria das solicitações e apresenta meneios de cabeça descontextualizados.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível identificar que todos os pacientes elegíveis apresentaram quadros afásicos não fluentes com gravidades e características diferentes. A

localização e a extensão do dano cerebral envolveram os lobos cerebrais frontal e temporal a esquerda e o nível de comprometimento neurológico foi grave, segundo a média de 23,2 pontos no NIHSS. Os pacientes apresentaram, ainda, quadro de disfagia e paralisia facial associados ao quadro de afasia. Ademais, o tempo médio para iniciar o atendimento de linguagem foram 10 dias, e quatro dos cinco pacientes apresentaram melhora linguística durante a internação hospitalar. Três pacientes foram submetidos à realização de CD e a atuação fonoaudiológica precoce nos pacientes internados contribuiu para a recuperação das habilidades linguísticas e alimentares.

Todos os pacientes do estudo apresentaram quadros afásicos não fluentes com gravidades e sintomas diferentes. Mediante a localização e extensão do dano cerebral, que envolveu os lobos cerebrais frontal e temporal a esquerda, e as sintomatologias linguísticas apresentadas, tal estudo vai de encontro ao estudo realizado por um autor, em que se observou grave comprometimento na fluência do discurso e um menor comprometimento da compreensão oral em pacientes com lesão em região frontal, bem como, alterações significativas nas habilidades linguísticas de compreensão oral, nomeação e repetição em pacientes com lesão em região temporal¹¹.

Foi evidenciado que mesmo os pacientes apresentando locais de acometimento similares com grande extensão da lesão cerebral, não houve quadros afásicos idênticos. Tal fato demonstra que o local da lesão não é determinante para

ocorrer características idênticas de alterações nas habilidades e comportamentos linguísticos, além de denotar que cada paciente é único e apresenta manifestações diferentes, o que se assemelha à estudo na literatura que afirma que uma mesma função linguística pode ativar áreas cerebrais distintas, além das grandes conexões cerebrais existentes entre elas¹².

Em quatro dos cinco casos, houve melhora linguística ao longo da internação hospitalar, no entanto, por se tratar de um hospital público, infere-se que o nível de escolaridade da população local seja baixo, o que corrobora com alguns estudos que identificaram associação significativa entre menor nível de escolaridade e menor desempenho nas provas de habilidades linguísticas e no processo terapêutico de pacientes pós-AVCi em hemisfério esquerdo²⁻⁴.

Do ponto de vista das habilidades linguísticas, observou-se que as habilidades mais alteradas foram nomeação e fluência verbal, seguida pela repetição, sendo os comportamentos linguísticos de parafasias, anomia e perseveração mais frequentes. Não existem estudos na literatura até o momento que caracterizam as alterações de linguagem em pacientes pós-AVCi maligno, sobretudo, há estudo no AVCi agudo em menor extensão, como o realizado por um autor, que salienta maiores alterações na evocação, seguida pela repetição e expressão (fluência do discurso)⁹. Contudo, o método de avaliação utilizado se diferencia do presente estudo, pela utilização de um modelo adaptado da Bateria MAC.

O nível de comprometimento neurológico dos pacientes selecionados segundo a média do NIHSS foi de 23,2 pontos, o que corresponde a um alto nível de gravidade clínica dos pacientes do estudo, mediante à avaliação da clínica neurológica. Tal resultado, está de acordo com a literatura que afirma que a presença da afasia, demonstra alta pontuação no NIHSS, sendo maior que 20 pontos no AVC maligno¹³. Um outro estudo atestou que a pontuação ≥ 16 no NIHSS relaciona-se com uma alta probabilidade de morte ou incapacidade grave¹⁴.

No processo de reabilitação, o tempo médio para iniciar o atendimento de linguagem foram 10 dias, e os atendimentos não foram realizados de forma consecutiva devido ao fato dos pacientes terem apresentado gravidade e instabilidade no quadro clínico, rebaixamento do sensório, disfagia grave, uso de via aérea artificial, processo longo de desmame do *cuff* e difícil manejo no controle da secreção laringotraqueal, o que acarretou no retardo da intervenção fonoaudiológica em determinados momentos. Importante salientar que, inicialmente, todos os pacientes tiveram disfagia classificada em FOIS 1, se tornando assim esta alteração, prioridade nos atendimentos fonoaudiológicos devido ao risco de broncoaspiração, pneumonias, desnutrição e possível evolução para óbito¹⁵⁻¹⁷.

Por conseguinte, os pacientes do presente estudo são considerados clinicamente graves, e apresentaram demandas fonoaudiológicas como disfagia e paralisia facial, sendo a frequência de 100% e 80% do grupo analisado,

respectivamente, acompanhadas pela apraxia e disartria que aparecem em menor frequência, salvo o quadro afásico instalado. A presença da disfagia nota-se evidente nos pacientes pós-AVCi agudo^{3,8,18}, e há estudo que constata também, a correlação entre a pontuação elevada do NIHSS ao grau elevado da disfagia¹⁹. Portanto, todas as alterações fonoaudiológicas que afetam diretamente a comunicação e a deglutição dos pacientes, podendo ocorrer de forma concomitante, como neste estudo, apresentaram como fatores prognósticos importantes para a sobrevida do paciente³.

Até o momento, não foram encontrados estudos que retratam a atuação do fonoaudiólogo na reabilitação da disfagia e afasia nos pacientes com AVCi maligno. Um estudo de revisão sistemática, esclareceu que dentre os pacientes pós-AVCi, houve melhora significativa do quadro de disfagia, o que nos leva a considerar que além da extensão e da localização da lesão neurológica, a intervenção fonoaudiológica precoce durante a internação foram primordiais para o bom prognóstico no processo de reabilitação^{4,17}, o que corrobora com os achados da nossa pesquisa em que todos os pacientes tiveram sucesso na reabilitação da disfagia.

A atuação fonoaudiológica precoce em pacientes internados, vítimas de AVCi, contribui para a recuperação das habilidades linguísticas e alimentares, tendo como benefício a diminuição do tempo de hospitalização e redução de custos para o hospital, promovendo a independência

funcional, motora e comunicativa, proporcionando melhor qualidade de vida para o paciente e seus familiares²⁰. Apesar da gravidade dos quadros, a estimulação de linguagem por meio da atuação deste profissional promove o processo de neuroplasticidade, ou seja, a capacidade do sistema nervoso de se adequar a nível estrutural e funcional à novas experiências. Estudos relatam que a estimulação de linguagem em pacientes pós-AVCi, induz alterações plásticas em grande escala¹³, o que vai de encontro aos resultados encontrados em um trabalho, onde a estimulação de linguagem na fase aguda demonstrou ser fator preditor mais relevante na recuperação dos pacientes em comparação à gravidade inicial do quadro²¹. Também é importante salientar que a presença do profissional da Fonoaudiologia dentro das Unidades de AVC, exerce um papel mediador e fundamental, tanto para intervenção da afasia, quanto para encaminhamento da continuidade do processo de reabilitação pós desospitalização, uma vez que no presente estudo, foi necessário que todos os pacientes dessem continuidade ao tratamento fonoaudiológico após a alta hospitalar²⁰.

A craniectomia descompressiva (CD) foi realizada em três dos cinco pacientes, sendo a idade superior a 60 anos em dois dos casos. Estudo revela que a CD se destaca como um importante procedimento com prognóstico de melhora nos quadros linguísticos²². Contudo, no presente estudo, observou-se que um dos três pacientes não apresentou qualquer melhora no quadro de linguagem. Infere-se que tal

dado pode estar associado ao fato de o paciente ter apresentado em seu processo de internação, intercorrências que impediram as intervenções de linguagem de forma contínua. Além do mais, um estudo relata que o nível de gravidade clínica é maior em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos após a realização da CD⁵⁻⁷, o que se assemelha aos resultados do nosso estudo. Dito isto, as recomendações clínicas contraindicam tal realização cirúrgica após os 60 anos, salvo as incertezas que tal realização implica nos indivíduos²³, bem como a presença de índices elevados de incapacidade e dependência funcional, cognitiva e motora que tal grupo populacional está suscetível⁸. Ademais, há evidências científicas que exibem ainda, níveis elevados de mortalidade independentemente da realização ou não da CD^{5,7}.

O paciente com AVCi maligno apresenta quadro clínico crítico, o que nos permite inferir que o processo de reabilitação da afasia pode ocorrer de forma lenta e gradual. A comunicação é fundamental para a qualidade de vida e não pode ser negligenciada. Achados semelhantes ao nosso estudo foram evidenciados por um autor, o qual mostra que o quadro afásico em pacientes pós-AVCi acomete principalmente indivíduos em uma fase produtiva de suas capacidades laborativas e intelectuais, sendo possível inferir que, em lesões de maior extensão e gravidade clínica, como no caso dos AVCi maligno, aumenta-se o impacto funcional. Sendo assim, ocorrem graves prejuízos socioculturais na vida dos indivíduos, como limitação das Atividades de Vida

Diária (AVDs), déficits tanto em habilidades linguísticas quanto em habilidades não linguísticas, além do fator emocional². Mediante ao exposto, fica a reflexão da importância da intervenção fonoaudiológica para reabilitação da afasia de forma mais precoce possível.

Como limitações, pontua-se, primeiramente, o tamanho da amostra do presente estudo. Atribuímos isso ao fato de a condição do AVC maligno não ser tão frequente, bem como de ser uma forma grave de manifestação da doença com número considerável de óbito. Para mais, o estudo foi realizado em apenas uma unidade hospitalar, o que diminuiu consideravelmente o número da amostra. Além disso, por se tratar de uma análise retrospectiva de prontuários, divergências e falta de informações foram observadas, como por exemplo, escolaridade e a dominância manual.

De toda forma, enfatizamos ser o primeiro estudo objetivando investigar os fatores clínico-neurológicos e a afasia em pacientes com AVCi maligno no hemisfério cerebral esquerdo, submetidos ou não a craniectomia descompressiva durante a internação hospitalar. Sendo assim, reiteramos a necessidade de mais estudos voltados ao tema, mais complexos e multicêntricos para poder avaliar de forma mais concisa a relação da gravidade clínica dos indivíduos pós-AVCi maligno e a afasia.

CONCLUSÕES

Conclui-se que a compreensão e presença de expressões orais podem ser as principais características evolutivas neste perfil de pacientes.

Recomenda-se a realização de novos estudos sobre afasias em pacientes pós-AVCi maligno e o prognóstico a curto e longo prazo com maior número de participantes, visando aprimorar e expandir os resultados encontrados nesta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à toda equipe do Hospital das Clínicas da UFMG, e do Hospital Risoleta Tolentino Neves, que nos forneceu auxílio durante a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- 1.Santana MT, Chun RY. Linguagem e funcionalidade de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Codas* 2017;29:e20150284. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172015284>
- 2.Arruda JS, Reis FP, Fonseca V. Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe. *Rev Cefac* 2014;16:853-62. <http://doi.org/10.1590/1982-021620142613>
- 3.Couto PB, Neves VD, Barreto SD. Frequência de afasia e perfil de usuários em hospital público municipal de referência. *Audiol Comm Res* 2020;25:e2288. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2288>
- 4.Verly YO, Barreto SD. Adesão ao tratamento fonoaudiológico por pessoas com afasia encaminhadas após alta hospitalar: estudo de dois casos. *Audiol Comm Res* 2020;25:e2289. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2289>
- 5.Guimarães CS. Craniectomia de descompressão no AVC. Uma série de casos. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2019; 68p. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/121376/2/343947.pdf>
- 6.Nobre MC, Monteiro M, Albuquerque AC, Veloso AT, Mendes VA, Silveira MF, *et al*. Craniectomia descompressiva para tratamento de hipertensão intracraniana secundária a infarto encefálico isquêmico

- extenso: análise de 34 casos. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65:107-13. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2007000100022>
- 7.Júnior MA, Fernandes CM, Naves ÉA, Costa GA. Craniotomia descompressiva: análise crítica baseada em relatos de caso. *Arq Bras Neurocirurg Braz Neurosurg* 2013;32:250-4. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1626024>
- 8.Sousa CDD, Jacinto ABG, Silva VC. Desfechos funcionais após craniectomia descompressiva secundária à acidente vascular encefálico. *Fisioter Bras* 2020;21:39. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i1.3260>
- 9.Sampaio GR, Moreira E. Caracterização dos distúrbios comunicativos em indivíduos pós AVCI por meio da aplicação adaptada da bateria MAC. *Dist Com* 2016;28:452-61. <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/26751/20851>
- 10.Benson DF. Aphasia and the Lateralization of Language. *Cortex* 1986;22:71-86. [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(86\)80033-8](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(86)80033-8)
- 11.Vieira AC, Roazzi A, Queiroga BM, Asfora R, Valença MM. Afasias e áreas cerebrais: argumentos prós e contras à perspectiva localizacionista. *Psicol Refl Crít* 2011;24:588-96. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000300020>
- 12.Dronkers N, Ogar J. Brain areas involved in speech production. *Brain* 2004;127:1461-2. <https://doi.org/10.1093/brain/awh233>
- 13.Guanci MM. Management of the Patient with Malignant Hemispheric Stroke. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2020;32:51-66. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.11.003>
- 14.Adams HP, Davis PH, Leira EC, Chang KC, Bendixen BH, Clarke WR, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: a report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). *Neurology* 1999;53:126. <https://doi.org/10.1212/WNL.53.1.126>
- 15.Rubiera AB, Plasencia LMM, Martínez YA. Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización. *Medisur* 2009;7:36-44. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000100007&lng=es
- 16.Hongo T, Yamamoto R, Liu K, Yaguchi T, Dote H, Saito R, et al. Association between timing of speech and language therapy initiation and outcomes among post-extubation dysphagia patients: a multicenter retrospective cohort study. *Critical Care* 2022;26:98. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03974-6>
- 17.Andrade JS, Souza WWOJ, Paranhos LR, Domenis DR, César CPHAR. Efeitos da Terapia da Fala em Pacientes Internados com Disfagia Pós-Acidente Cerebrovascular: Revisão Sistemática de Estudos Observacionais. *Acta Med Port* 2017;30:870-81. <https://doi.org/10.20344/amp.9183>
- 18.Jacques A, Cardoso MC. Acidente Vascular Cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. *Rev Neurocienc* 2011;19:229-36. <https://doi.org/10.34024/rnc.2011.v19.8371>

19. Rosendo BV, Gonçalves LF, Mituuti CT, Haas P. Fatores associados à disfagia em pacientes com AVC: uma revisão sistemática. *Rev Neurocienc* 2021;29:1-24.
<https://doi.org/10.34024/rnc.2021.v29.11940>
20. Goulart BN, Almeida CP, Silva MW, Oenning NS, Lagni VB. Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. *Audiol Comm Res* 2016;21:e1603. <http://doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1603>
21. Glize B, Villain M, Richert L, Vellay M, Gabory I, Mazaux JM, *et al.* Language features in the acute phase of poststroke severe aphasia could predict the outcome. *Eur J Phys Rehabil Med* 2017;53:249-55.
<https://doi.org/10.23736/S1973-9087.16.04255-6>
22. Kastrau F, Wolter M, Huber W, Block F. Recovery from aphasia after hemicraniectomy for infarction of the speech-dominant hemisphere. *Stroke* 2005;36:825-9.
<https://doi.org/10.1161/01.STR.0000157595.93115.70>
23. Wijdicks EF, Sheth KN, Carter BS, Greer DM, Kasner SE, Kimberly WT, *et al.* American Heart Association Stroke Council. Recommendations for the management of cerebral and cerebellar infarction with swelling: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014;45:1222-38.
<https://doi.org/10.1161/01.str.0000441965.15164.d6>