



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

*International Journal of Development Research*

Vol. 11, Issue, 01, pp. 44040-44045, January, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.20965.01.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## CONSIDERAÇÕES SOBRE A ALTA EM LINGUAGEM NOS ATENDIMENTOS FONOAUDIOLÓGICOS

\*<sup>1</sup>Giselle Carvalho Said and <sup>2</sup>Irani Rodrigues Maldonade

<sup>1</sup>Graduação em Fonoaudiologia (Universidade Estadual de Campinas - Brasil)

<sup>2</sup>Fonoaudióloga, Linguista, Docente e Pesquisadora do Departamento de Desenvolvimento Humano e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da (Universidade Estadual de Campinas – Brasil)

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 08<sup>th</sup> October, 2020

Received in revised form

17<sup>th</sup> November, 2020

Accepted 09<sup>th</sup> December, 2020

Published online 30<sup>th</sup> January, 2021

#### Key Words:

Alta, Fonoaudiologia,  
Terapia de Linguagem.

\*Corresponding author: *Giselle Carvalho Said*

### ABSTRACT

O presente estudo abordou a alta em linguagem, uma das principais etapas da terapia fonoaudiológica. O objetivo da pesquisa foi o de refletir como os profissionais a concebem, quais são os principais critérios que utilizam para validar sua decisão e como procedem neste momento terapêutico final. A pesquisa desenvolvida foi do tipo quanti e qualitativa, de caráter descritivo e corte transversal. Ela foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade sob o número 4.201.322/2020. Os dados foram colhidos por meio da aplicação de questionário semiestruturado em 11 fonoaudiólogas, que atuam no CEPRE/Unicamp. Todas as participantes eram do gênero feminino, tinham entre 22 e 65 anos de idade, 72,72% eram formadas em universidades públicas e 27,27%, em privadas. Os resultados mostraram que existem modos diferentes de se dar a alta fonoaudiológica, por este grupo de profissionais, para os sujeitos submetidos ao atendimento por apresentarem alterações em linguagem: um relacionado à Fonoaudiologia Tradicional, em que protocolos são normalmente utilizados, e outro relacionado à Fonoaudiologia não-Tradicional, em que roteiros são usados. Verificou-se também que existem poucos estudos que tratam da “alta” na área de Fonoaudiologia. Neste sentido, a pesquisa desenvolvida pode dar sua contribuição.

Copyright © 2021, *Giselle Carvalho Said and Irani Rodrigues Maldonade*. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: *Giselle Carvalho Said and Irani Rodrigues Maldonade, 2021.* “Considerações sobre a alta em linguagem nos atendimentos fonoaudiológicos”, *International Journal of Development Research*, 11, (01), 44040-44045

## INTRODUCTION

A idealização da Fonoaudiologia surgiu na década de 1930, devido à preocupação da Medicina e da Educação com relação ao aprendizado de crianças em idade escolar. Na década de 1960, surgiu o ensino da Fonoaudiologia em São Paulo como curso de graduação, que, ao final da década, teve seu tempo de duração estendido de um para três anos (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2007). Na década de 1970, movimentos começaram, a fim de reconhecer o curso de graduação como sendo de nível superior, mas foi somente no ano de 1981 que houve a regulamentação da profissão no Brasil, por meio da Lei nº 6965, na gestão do presidente João Figueiredo (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2007). Diante disso, é possível destacar que a Fonoaudiologia é uma profissão recente se comparada, por exemplo, à Medicina, que surgiu há alguns milênios antes de Cristo (CREMESP, 2013). De cunho milenar, ao longo de sua existência, a Medicina foi sendo dividida em especialidades, de forma que hoje em dia, existem mais de cinquenta e três (REZENDE, 2009). Em cada especialidade, o médico formula o diagnóstico, analisa qual o tratamento mais indicado para o paciente, atentando-se à história clínica passada e presente do paciente, que consista na anamnese, e nela pode ou não se utilizar de algum roteiro ou protocolo pré-estabelecido ou mesmo

criado por cada profissional, que acaba se utilizando da comparação com outros indivíduos (REZENDE, 2009). E, assim como a Medicina, a Fonoaudiologia possui suas áreas de atuação e especialidades, dentre elas está a linguagem, que, de acordo com o Conselho Regional de Fonoaudiologia (Crefono) da 8ª região (2018) “é a especialidade que trabalha com os aspectos que envolvem a comunicação oral e escrita”, considerando seu desenvolvimento que começa na infância e vai até a idade adulta. A ciência que se dedica aos estudos da linguagem é a Linguística. Porém, a linguagem também aparece como sendo foco de interesse na Fonoaudiologia, de forma que é possível que o profissional atue terapêuticamente em leitura e escrita, dificuldades na fala, em várias patologias, como por exemplo, o autismo, a gagueira, afasia, etc. Observa-se, entretanto, que em quaisquer dessas atuações em linguagem, raramente são encontrados estudos relacionados ao modo como as profissionais decidem o momento da alta de seus pacientes. A experiência clínica tem mostrado que os fonoaudiólogos ora usam protocolos como um parâmetro, ora usam roteiros, ou mesmo não usam nenhum dos dois, e isso pode variar conforme a perspectiva teórica adotada pelo profissional em suas práticas clínicas. Desse modo, configuram-se, de maneira geral, duas situações atuais: um grupo, em que fonoaudiólogos usam protocolos, e eles se situam numa posição que se pode considerar como sendo ligada à Fonoaudiologia Tradicional, e outro grupo, que em que não usam

protocolos, mas sim roteiros, podendo estes profissionais serem considerados como “interacionistas”, ou ainda, ligados à Fonoaudiologia não Tradicional. Na Fonoaudiologia Tradicional fica evidente que as principais condutas profissionais englobam a utilização de modelos terapêuticos criados para orientar o clínico na conduta a ser adotada nas etapas do diagnóstico e alta dos distúrbios de linguagem. Mota *et al* (2005) mencionam que existem diferentes modelos de terapia para o tratamento do desvio fonológico (DF), ou alterações fonêmicas. A principal contribuição deles consiste na possibilidade de se estimular a generalização resultante de cada um deles. A análise instrumental, de acordo com a Fonoaudiologia Tradicional, evidencia diferentes recursos que a criança aplica, que não são verificados apenas com a análise ouvindo (Giacchini *et al*, 2011). A Fonoaudiologia Tradicional tem se pautado pela aplicação de testes e/ou protocolos na área de linguagem para pautar o processo terapêutico nas suas reconhecidas etapas: avaliação/diagnóstico, seguimento terapêutico e a alta fonoaudiológica. Barrozo *et al* (2017) mencionam o *Percentage of Consonants Correct index* (PCC), em que compara o número total de consoantes contidas no teste com o número das produzidas corretamente em uma amostra de fala, indicando que existe um padrão a ser seguido. A utilização de protocolos tende a comparar um sujeito com o outro, visto que se utiliza um indivíduo como padrão. Tal abordagem tem suas raízes no paradigma médico de forma muito evidente até os dias de hoje. Outra importante característica reside no fato de a língua ser tomada como um objeto e não em seu funcionamento, que incluem não só o ser falante, mas sua relação com o outro no diálogo. Wertzner *et al* (2006) destacam que há testes específicos de fonologia, processamento fonológico, sistema mio-funcional oral, estimulabilidade, diadococinéticos, audiológicos, de linguagem oral, escrita e leitura que são usados para se realizar o diagnóstico de Transtorno Fonológico (TF).

Já as etapas do processo terapêutico da Fonoaudiologia não Tradicional tendem a seguir perspectivas teóricas de cunho qualitativo e subjetivo, na medida em que dá peso à interação e aos movimentos do sujeito no funcionamento linguístico. Normalmente, nesta perspectiva teórica, os fonoaudiólogos não necessariamente utilizam protocolos ou testes, como na Fonoaudiologia Tradicional ou mesmo na área médica. No que tange a alta, no campo da Medicina, ciência onde a fonoaudiologia também tem suas raízes e inspiração, existem dois tipos diferentes de alta: a alta médica e a alta hospitalar. A primeira está relacionada à finalização do tratamento que levou o paciente a permanecer internado por um tempo no hospital, ou seja, à cura; já o segundo, relaciona-se à saída do paciente do ambiente hospitalar para que este dê continuidade ao tratamento em sua casa, necessitando ainda de atendimentos ambulatoriais ou mesmo home care, ou seja, o paciente ainda não está curado (OLIVEIRA, 2010). Nos dois casos, a alta significa que um ciclo do tratamento foi encerrado. Já no campo da Psicologia, área que guarda certa proximidade nos seus fazeres clínicos com a Fonoaudiologia, existe um amplo processo de investigação, cuja avaliação e demanda depende exclusivamente do que é levado pelo paciente para que, assim, o profissional programe a decisão mais apropriada sobre a alta. Também, como na Fonoaudiologia, existem modelos clínicos que se pautam por testes (a psicologia experimental, por exemplo) e outros (psicanálise) que não se pautam. Pode-se dizer que, na Psicologia, o processo acontece por meio da coleta e interpretação de dados, tendo como base aspectos técnicos e teóricos. A escolha da quantidade de sessões, questões a serem respondidas e instrumentos/técnicas de avaliação são baseados nos elementos de contexto, no qual a avaliação psicológica se insere. São os construtos psicológicos que regem a terapia (NORONHA *et al*, 2013), ou seja, os critérios utilizados por esses profissionais, em algumas perspectivas teóricas são de cunho subjetivo, visto que dependem da demanda levada pelo paciente, assim como a necessidade da continuidade de atendimento nos vários contextos de atuação do psicólogo (NORONHA *et al*, 2013).

De modo semelhante, pode-se dizer que o processo de alta fonoaudiológica guarda semelhança com o processo de alta psicológica, visto que a Fonoaudiologia não Tradicional também é regida por construtos teóricos, principalmente pelos do interacionismo

brasileiro, onde a interação com o outro é fundamental (RAMOS *et al*, 2020). O material a ser analisado, ou seja, a fala é manifesta pelo sujeito, sendo de caráter individual e não previsível. Por isso, MALDONADE (2014) questiona a comparação entre sujeitos. Ao se pensar no processo de “alta” propriamente dito, pode-se identificar também, a alta assistida e a alta por limite terapêutico, que será considerada pelo fonoaudiólogo por sua análise, levando-se em consideração seus objetivos, tempo de intervenção e condições clínicas do paciente (FARIAS, 2012). A primeira ocorre quando o paciente ainda necessita ser assistido pelo profissional, mas não há mais necessidade de acompanhamento frequente, devido à evolução terapêutica que vem apresentando. Por exemplo, se um acompanhamento ocorre semanalmente, passará a ocorrer quinzenalmente. De acordo com Dimenstein e Bezerra (2009), esse acompanhamento atua como um importante dispositivo potencializador daquilo que já vinha sendo realizado com os pacientes. Já a alta por limite terapêutico caracteriza-se por uma estagnação terapêutica do paciente, ou seja, por mais que ocorra a diminuição da(s) queixa(s) e se dê continuidade ao acompanhamento fonoaudiológico, o paciente acaba não apresentando mais uma possibilidade de evolução em seu prognóstico. Logo, chega-se ao limite de seu processo terapêutico, devendo o profissional ficar atento para confirmar esse sinal e efetuar a “alta”.

Os atendimentos terapêuticos fonoaudiológicos consistem em quatro etapas. A primeira delas, a entrevista, ocorre quando o sujeito busca o fonoaudiólogo. Nela são coletados os dados de identificação do paciente e, na consulta, o terapeuta “escuta” a queixa que desencadeou a procura pelo fonoaudiólogo, que pode ser espontânea ou por encaminhamento, vindo de outro profissional. A segunda é a avaliação, que tem como objetivo avaliar as queixas do paciente e definir se realmente há necessidade de acompanhamento fonoaudiológico ou não. Na perspectiva da Fonoaudiologia não Tradicional, os profissionais não se utilizam de quaisquer protocolos para realizar esta etapa. Eles se valem dos construtos teóricos e, normalmente, pautam-se por roteiros. Caso o profissional observe que há necessidade de dar continuidade aos atendimentos, parte para a terceira etapa, que é o do processo terapêutico fonoaudiológico. O profissional realiza suas observações, intervenções e condutas em linguagem mediante as demandas que o paciente vai trazendo, ou seja, muitas vezes as atividades podem até ser parecidas, mas o foco muda para cada paciente.

A quarta etapa dos atendimentos fonoaudiológicos é a alta, que se constitui de um momento que pode gerar boa expectativa, pois se presume que houve melhora em relação à queixa trazida inicialmente. Na maioria das vezes, ela é dada quando o paciente já superou o(s) problema(s) que o trouxeram ao atendimento. Em muitos casos, o indivíduo consegue independência e autonomia. Porém existem alguns casos em que, mesmo com a evolução do caso, o paciente ainda necessita ser assistido, realizando um acompanhamento presencial mais espaçado, ou seja, é dada a alta assistida, até que se possa dar a alta, de fato, ou chegue-se ao limite terapêutico do caso, quando já não há mais possibilidade de evolução terapêutica. Na Fonoaudiologia Tradicional, tem-se a classificação dos desvios fonológicos conforme o grau de severidade, podendo ser classificados: em severo, moderado-severo, médio-severo e médio. Backes *et al* (2013) mencionam que, quanto maior o grau de desvio fonológico, mais sessões de terapia são necessárias para a estabilização do sistema fonológico, influenciando, então, na alta fonoaudiológica. Mostra-se, com isso, que a avaliação inicial, processo terapêutico e alta apresentam-se ligados. Para auxiliar no processo de alta aos pacientes, em 2013, o Conselho Federal de Fonoaudiologia criou um “Balizador de Tempo de Tratamento em Fonoaudiologia”. Sua elaboração visou atender às necessidades sobre o tempo de assistência fonoaudiológica em problemas relacionados à saúde, levando em conta aspectos da funcionalidade humana. A tabela 1, com o tempo estimado de atendimento na Linguagem encontra-se abaixo:

De acordo com a cartilha, não há obrigatoriedade em seguir o tempo de acompanhamento, frequência semanal e duração da consulta propostos no Balizador, visto que é apresentado como um instrumento

**Tabela 1. Duração estimada, frequência semanal e duração das consultas recomendadas para os tratamentos de linguagem na Fonoaudiologia**

	Gagueira	Transtornos Mistos de Hab. Escolares	T.E. de Leitura	T.E. da art. Fala	Transt. E. Linguagem	T.R. da Linguagem
Duração Estimada	6 meses	> 1 ano	> 1 ano	> 1 ano	> 1 ano	> 1 ano
Freq. Semanal	2x/semana	2x/semana	2x/semana	2x/semana	2x/semana	2x/semana
Duração da Consulta	45 minutos	45 minutos	45 minutos	45 minutos	45 minutos	45 minutos

Fonte: Balizador de Tempo de Tratamento em Fonoaudiologia (NOVAES, B. et al., 2013).

indicador de tempo de tratamento em Fonoaudiologia para os problemas mais comuns na área. Entretanto, para uso do balizador, são necessários seguir os cinco passos nele propostos, tais quais “identificação do código da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão)<sup>1</sup> principal em Fonoaudiologia”, “localização da categoria em um dos quatro balizadores, separados em Audiologia, Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz e Disfagia”, “acesso às informações relativas ao tempo de tratamento, conforme descrição, em meses, frequência de atendimento e duração da consulta”, “acesso às categorias da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)<sup>2</sup> relacionadas ao caso, que ajudam a justificar as alterações de funcionalidade pertinentes ao problema de saúde em questão” e “possibilidade de opção pelo modelo de relatório de justificativa de tempo – duração de tratamento”. Desta forma, poder-se-ia indagar se o indicador de tempo de atendimento terapêutico pode ser considerado um critério relevante para o processo de alta fonoaudiológica e como os fonoaudiólogos não tradicionais lidariam com isso?

Para buscar responder à questão, propõe-se esta pesquisa, cujo objetivo é refletir sobre como um grupo de fonoaudiólogos que atuam no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel de Oliveira da Silva Porto” (CEPRE), onde também funciona a clínica escola do curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) procedem ao dar alta aos pacientes submetidos à terapia de linguagem. Torna-se relevante compreender como os fonoaudiólogos concebem a alta, quais são os critérios utilizados neste momento do processo terapêutico, se usam protocolos ou roteiros, além de levantar como lidam com os pacientes e familiares.

## MATERIAIS E MÉTODO

O estudo teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp pelo parecer 4.201.322/2020. De cunho quali e quantitativo, descritivo e de corte transversal, a pesquisa buscou conhecer a visão dos profissionais fonoaudiólogos sobre a alta no processo terapêutico em linguagem. A pesquisa foi realizada com profissionais que possuem vínculo com o CEPRE - UNICAMP, mediante a autorização da coordenadora do local e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Após a aprovação do projeto, a coordenadora do CEPRE forneceu os números de telefones dos possíveis participantes da pesquisa. Em contato com cada fonoaudiólogo, a pesquisadora principal, aluna do curso de Fonoaudiologia da Unicamp, apresentava a finalidade do mesmo, que dizia respeito ao desenvolvimento da pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A pesquisadora explicou o objetivo da pesquisa e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois disso, perguntou se o(a) fonoaudiólogo(a) aceitava participar da pesquisa. Mediante resposta positiva, o e-mail de cada participante foi anotado pela aluna, a fim de enviar o TCLE, com as devidas assinaturas das pesquisadoras e o Questionário da pesquisa, a ser respondido pelo profissional. Dentro do prazo de 10 dias após o envio, cada participante respondeu o e-mail devolvendo o TCLE assinado e o Questionário para a pesquisadora. Eles foram 100% respondidos. Como critério de inclusão, os participantes deveriam ser fonoaudiólogos, atuando na

CEPRE/Unicamp no período da coleta de dados e estar atuando na área de linguagem seja como profissional, aluno de pós-graduação, supervisor, docente pesquisador ou residente. Os critérios de exclusão foram: não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não ser fonoaudiólogo, não estar vinculado ao CEPRE/Unicamp, não estar atuando na área de linguagem e não enviar o questionário respondido. A coleta de dados ocorreu mediante o envio do questionário semiestruturado aos participantes, cujo conteúdo versava sobre a identificação, situação funcional e questionário propriamente dito. Os conteúdos dos questionários referiram-se: a concepção da alta; a quantidade de altas dadas pelo fonoaudiólogo; entendimento do conceito de alta assistida; como abordam a alta com os pacientes e lidam com rejeições à alta ou quando estes pedem por ela, sem condições de obtê-la e as dificuldades na alta. Os dados dos questionários ficaram disponíveis para acesso apenas das pesquisadoras, que os utilizaram somente para fins científicos e acadêmicos. Depois de coletados, os dados foram analisados, mantendo-se o devido sigilo quanto à identificação dos participantes, sendo estes referidos na pesquisa como F1 (Fonoaudiólogo(a) 1) à F11 (Fonoaudiólogo(a) 11), sempre que necessário. A análise de dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo. Os dados foram selecionados e organizados a partir dos critérios de repetição e relevância salientados pelos significados das respostas dos participantes. O primeiro critério se define pela repetição de significados, dando o destaque dos dados importantes, para alcançar os objetivos da pesquisa (CHIODETTO; MALDONADE, 2018). Sendo assim, trechos foram selecionados a partir da relevância para o desenvolvimento do tema da pesquisa. Foram identificados três eixos temáticos: 1º) caracterização das participantes; 2º) manejo da alta; 3º) dificuldades com o processo de alta, que serão apresentados a seguir.

## RESULTADOS

**Eixo 1: caracterização dos participantes:** A pesquisa contou com a participação de 11 fonoaudiólogas, todas do gênero feminino, que atuam em linguagem. A média de idade por faixa etária é 22,8 (dos 18 a 24 anos e 11 meses), 34 (dos 25 aos 50 anos) e 63,5 (acima de 50 anos), que estão apresentadas no Quadro 1, abaixo, que também mostra a média do tempo de atuação nos atendimentos fonoaudiológicos em linguagem para cada média das idades.

**Quadro 1. Média das idades por faixa etária e tempo de atuação em linguagem**

Idades	18 a 24 anos e 11 meses	25 a 50 anos	> 50 anos
Médias das idades	22,8	34	63,5
Média do Tempo de atuação	1 ano e 3 meses	10 anos e 4 meses	41 anos

Observa-se que os profissionais que têm mais de 50 anos de idade também têm mais tempo de atuação na área. A quantidade de jovens profissionais, que constitui a maior porcentagem da amostra, contam com menor tempo de atuação. Desta forma, o Quadro 1 mostra que, quanto menor a idade, menor o tempo de atuação e, quanto maior a idade, maior tempo de atuação. Com relação à formação das profissionais, tem-se que: 18,18% são formadas por universidades privadas e 81,81%, por universidades públicas. O Quadro 2 indica se há utilização ou não de algum tipo de protocolo/roteiro seja na Avaliação Inicial ou no momento da Alta. Desse modo, observou-se que chama à atenção o número de profissionais que utilizam exclusivamente protocolos na avaliação inicial, que é igual a zero e,

<sup>1</sup> A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão é comumente utilizada como ponto de partida para as ações em saúde suplementar.

<sup>2</sup> Usada para apresentar a dimensão de cada problema.

na alta, igual a dois. No que tange o uso exclusivo de algum tipo de roteiro, o número aumenta para seis na Avaliação Inicial e cinco no momento da Alta. Quanto ao uso ora de protocolo ora de roteiro, quatro profissionais intercalam sua utilização e uma fonoaudióloga não utiliza nenhum dos dois. Das fonoaudiólogas que estudaram em Universidade Pública, a análise das respostas mostrou que quatro delas usam apenas roteiros, quatro usam ou protocolo ou roteiro, sendo que, do total, oito foram formadas pela Unicamp. Já das que estudaram em faculdades privadas (particulares), uma não utiliza nenhum dos dois métodos e outra utiliza protocolo. O quadro 3 mostra as respostas mais frequentes em relação à concepção de alta das participantes.

*manutenção dos ganhos terapêuticos sem o monitoramento semanal/quinzenal do fonoaudiólogo.*”

Quanto aos critérios utilizados pelas fonoaudiólogas para darem alta para os casos que atendem em linguagem: 72,72% se baseia na evolução do caso do paciente como critério para darem alta e, 36,36% citam a família/responsáveis como co-participantes no momento em que ela acontece, pois são eles quem relatam como está a evolução do paciente em seu ambiente doméstico. O quadro 4, a seguir, mostra que a maioria das fonoaudiólogas não costuma quantificar as altas que dá. Em relação ao conceito de alta assistida, houve maior divergência nas respostas, de forma que: 36,36% das fonoaudiólogas entendem

**Quadro 2. Utilização de protocolos e/ou roteiros na Avaliação Inicial e/ou na Alta**

	Protocolo	Roteiro	Roteiro Ou Protocolo	Nenhum
Avaliação Inicial	0	6	4	1
Alta	2	5	-	-

**Quadro 3. Percepção das fonoaudiólogas sobre a concepção da alta**

Quantidade de Profissionais	Respostas
9 de 11	Quando paciente não apresenta mais as queixas que tinha
3 de 11	Quando paciente chega ao limite terapêutico
3 de 11	Quando o paciente e/ou sua família e/ou terapeuta se sentem seguros para seguirem em frente, sem acompanhamento fonoaudiológico

**Quadro 4. Hábito de quantificar as altas que dá em seis meses**

Quantificam a alta	Não quantificam a alta	Nunca deu alta em lgg
36,36%	63,63%	9,09%

**Quadro 5. Intervalo de acompanhamento nos casos de alta assistida**

Fonoaudiólogas	Intervalo de acompanhamento
F1	3 meses; 6 meses
F2	3 meses
F3	1 mês; 2 meses; 3 meses
F4	15 dias; 1 mês; 6 meses
F5	2 meses; 6 meses; 12 meses
F6	15 dias; 1 mês
F7	6 meses
F8	1 mês
F9	Não respondeu
F10	15 dias; 1 mês; 3 meses
F11	Varia conforme o caso

**Quadro 6. Rejeição ou pedido de alta do paciente**

% de fonoaudiólogas	Rejeição com relação à alta
45,45%	Iniciam com a alta assistida
27,27%	Vai pontuando a evolução ao longo dos atendimentos
% de fonoaudiólogas	Pedem alta, mas não há condições de obtê-la
63,63%	Argumentam sobre a condição do paciente
27,27%	Nunca aconteceu
9,09%	Pede para assinar um termo de desligamento

Foi possível constatar que 9 das 11 fonoaudiólogas sugerem que a alta fonoaudiológica acontece quando o paciente não necessita mais do atendimento fonoaudiológico, pois já não há mais queixas/sintomas que existiam na avaliação inicial. Além disso, três delas mencionam a alta, quando o paciente chega ao seu limite terapêutico e três mencionam que a família e/ou o paciente e/ou terapeuta devem se sentir seguros no momento da alta. Segue um exemplo de resposta:

*“A alta se estabelece no ponto em que a família e o terapeuta enxergam que os resultados observados na terapia fonoaudiológica atingiram as expectativas quanto às queixas identificadas no momento da avaliação, sempre atendo-se às potencialidades e limites terapêuticos de cada caso. A alta se oficializa após o espaçamento gradual das sessões, período de tempo no qual o paciente pode experimentar sua capacidade de*

“que a alta assistida é uma alta com retornos periódicos, ou seja, mesmo com certo espaçamento, o paciente ainda retorna ao atendimento para realizar acompanhamento; 27,27% veem na alta assistida o objetivo de verificar se não houve nenhum retrocesso terapêutico relacionado às queixas que se tinha inicialmente e 18,18% entendem que a alta assistida é uma alta com retornos periódicos que têm como objetivo verificar se não houve retrocesso. Sobre o intervalo de acompanhamento nos casos de alta assistida, também houve diferentes respostas, que são ilustradas no quadro 5, na sequência”:

**Eixo 2: O manejo da alta:** Neste eixo, serão mostrados como as fonoaudiólogas participantes da pesquisa abordam o assunto da alta com as crianças, como lidam quando há rejeição diante dela, ou mesmo, quando ela é solicitada, mas o paciente ainda não está em condições de recebê-la. As respostas que organizam o Eixo 2, referem-se às questões de 14 a 17 do questionário.

No caso das altas dadas a crianças, todas as profissionais as incluem e seus pais/responsáveis em algum momento da alta. Porém, 36,36% só as incluem, em um primeiro momento, dependendo de sua idade e compreensão. Houve uma fonoaudióloga que referiu nunca ter dado alta em atendimento em linguagem. Ela também mencionou que incluiria a criança e os pais/responsáveis no processo de alta. Por isso, o resultado mostrou 100% de constatação para esta questão. Em uma das respostas, uma das profissionais mencionou o aspecto emocional da criança, como um fator que se deve dar extrema atenção:

*“Primeiramente durante os atendimentos mostro para criança a evolução que ela teve durante as atividades e explico sobre o processo de alta e inicio a conversa com os pais. Explicar para criança é de extrema importância, pois dependendo do vínculo terapeuta-paciente realizado, pode causar sofrimento e sentimento de luto ao encerrar a terapia, por isso sempre mostrar que a alta é algo bom, que ela não estaria mais indo nos atendimentos pela melhora da queixa inicial.”*

Para essa fonoaudióloga, deve-se observar cautelosamente o aspecto emocional da criança no momento da alta, recomendando que durante as atividades, deve-se já iniciar a conversa sobre o processo de alta, para que ele não seja sofrimento para a criança. No que tange a rejeição dos pacientes e pais/responsáveis com relação à alta fonoaudiológica, assim como quando pedem a alta, mas ainda não estão em condições de obtê-la, o Quadro 6, a seguir, mostra o que foi encontrado:

Alguns exemplos de respostas, para os aspectos abordados no Quadro 6, são apresentados na sequência:

Sobre a rejeição à alta:

*“Nesses casos acredito que é necessário empoderar paciente e/ou familiares sobre o processo terapêutico, iniciar com uma alta assistida para que o mesmo se sinta confortável e conforme aumenta a confiança ir afastando os atendimentos.”*

*“Primeiramente, mostro ao paciente e sua família o quanto evoluímos desde o início da terapia fonoaudiológica. Caso seja possível, argumento quanto aos critérios de normalidade e a evolução observada. Acredito, entretanto, que a alta se estabelece quando profissional e paciente observam as expectativas em relação ao caso sendo atingidas. Assim, nas sessões seguintes à rejeição da alta, tento mostrar ao paciente o quanto ele é capaz de manter os resultados atingidos sem a mediação terapêutica semanal/quinzenal. Deste modo, aos poucos espaço as sessões e sugiro a opção de alta assistida até que a alta possa ser realmente oficializada.”*

*“Durante os atendimentos pontuo com os familiares as evoluções do paciente e isto sempre auxilia a compreensão do porquê da alta.”*

Quando os pacientes pedem alta, mas não estão em condições de obtê-la:

*“Explico que a interrupção do tratamento pode trazer prejuízos pra criança e que o ideal é que a criança fique em terapia até que todos os objetivos sejam alcançados.”*

### **Eixo 3: Dificuldades no processo de alta**

Este eixo, além de também contar com questões voltadas à alta fonoaudiológica, dá maior saliência às dificuldades encontradas no momento em que ela ocorre. Tratam-se das respostas dadas à questão 20 do questionário: *“Na sua opinião, quais são as principais dificuldades na alta fonoaudiológica na sua área de atuação?”*

Pode-se dizer que houve diferentes pontos de vista das participantes, pois apesar de trabalharem em atendimentos em linguagem, havia fonoaudiólogas de diferentes subáreas, como as que trabalham em

surdez, leitura e escrita, autismo, que ofereceram uma visão diferente das dificuldades da alta. Por exemplo, 27,27% das profissionais citam que uma das grandes dificuldades encontradas na alta envolve a adesão do paciente e/ou da família ao atendimento terapêutico fonoaudiológico, principalmente para a realização de atividades e exercícios recomendados para se fazer em casa, fora do ambiente do atendimento. Neste sentido, a resposta abaixo é um exemplo.

*“A principal dificuldade é a adesão do paciente e família em realizar as atividades propostas em casa, muitas vezes o paciente tem apenas com 1h de atendimento semanal com a fono, não sendo o suficiente para chegar na alta.”*

No caso da fonoaudióloga que trabalha com crianças autistas, sua percepção envolve que a dificuldade da alta está, na verdade, relacionada a um processo terapêutico mais longo e que não depende somente do atendimento fonoaudiológico, mas, assim como citado por outras fonoaudiólogas, também depende da família:

*“Como lido com crianças pequenas e na sua maioria autistas, a questão da alta fonoaudiológica não se dá tão cedo (em questão temporal). Além disso, a terapia leva mais tempo, o que demanda da família o entendimento de que há questões de desenvolvimento que precisam ser tratadas ao longo do tempo.”*

## **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

Retomando os resultados apresentados sobre a alta em linguagem nos atendimentos fonoaudiológicos, o Eixo 1, mostra o perfil das participantes. 81,81% das fonoaudiólogas são formadas em universidades públicas e as que são maiores de cinquenta anos são também as profissionais mais experientes e, conseqüentemente, as mais novas são as que possuem menor tempo de atuação. De forma geral, elas chegam ao momento da alta de seus pacientes quando não há mais as queixas iniciais, ou quando se chega ao limite terapêutico ou ainda, quando o paciente e seus pais/responsáveis não se sentem seguros para receber a alta. Backes et al (2013), por exemplo, apontam que, quando as crianças, que possuem desvio fonológico, já apresentam algum conhecimento acerca dos fonemas/estruturas, geralmente, a alta delas é mais rápida. Além disso, a maioria das fonoaudiólogas se baseia na evolução do paciente como um critério para alta e 36,36% citaram a família como coparticipante nesse momento, pois os responsáveis, que estão no dia a dia do paciente, podem auxiliar na observação da evolução. Foi encontrado na literatura que, na prática clínica área de voz, a alta do paciente ocorre mediante melhora dos sintomas e das alterações diagnosticadas, desde que o quadro esteja estável (GAMA et al, 2012). O mesmo ocorre para as queixas da linguagem. Outro dado que chama bastante a atenção é com relação à quantificação das altas, visto que mais de 60% das profissionais que participaram da pesquisa não têm o hábito de contá-las. No que tange a alta assistida, as profissionais afirmaram que é uma alta com retornos periódicos, que auxilia na verificação do não retrocesso terapêutico relacionado às queixas iniciais e também as deixam seguras para dar alta definitivamente. Sobre o intervalo para a alta assistida, algumas profissionais mencionaram iniciá-la com espaçamentos de 15 dias, outras com 1 mês, outras com 3 meses, e o maior dentre eles, 6 meses. Em seu estudo, Bezerra et al (2013) mostra que os números de reinternações foram reduzidos a partir do Projeto de Alta-Assistida. No caso da linguagem, os resultados da pesquisa demonstraram que ela pode dar mais segurança para o profissional, mas pouco ficou evidenciado de sua eficiência para o paciente.

No Eixo 2, sobre o manejo da alta, é possível notar que 100% das profissionais que possuem vínculo com o CEPRE incluem a criança e os pais/responsáveis em algum momento da alta de seu paciente. Um aspecto importante foi destacado por uma das fonoaudiólogas, que se atentou para as questões emocionais das crianças, visto que durante os atendimentos, ocorre o vínculo entre terapeuta e paciente, o que ocasiona, muitas vezes, sofrimento para a criança quando há esse rompimento. Desta forma, ela aponta que é necessária uma

preparação, para que a alta ocorra com maior suavidade, não causando prejuízos emocionais à criança. Quando acontece de os pacientes e/ou responsáveis pedirem alta, mas ainda não estão em condições de obtê-la, mais de 60% das fonoaudiólogas procuram explicar as condições verdadeiras por meio da argumentação, utilizando-se de métodos comparativos como vídeos e/ou fotografias e argumentos teóricos. Quando, ainda sim, não é possível dar seguimento aos atendimentos, 45,45% delas iniciam a alta assistida. Em relação ao Eixo 3, que trata de dificuldades na alta, cada profissional mencionou visões diferentes diante das dificuldades da alta. Uma grande dificuldade encontrada foi a adesão do paciente e/ou família/responsável, principalmente para a realização de atividades e exercícios recomendados para se fazer em casa, fora do ambiente do atendimento. Ao finalizar, cabe ressaltar que, após ter feito uma revisão bibliográfica sobre a alta no processo terapêutico fonoaudiológico, foram encontrados poucos estudos. Logo, é possível afirmar que novas pesquisas precisam ser realizadas, dada a importância da alta no processo terapêutico fonoaudiológico, conforme os achados desta investigação puderam evidenciar.

## REFERÊNCIAS

- Backes, F. T.; Pegoraro, S. P.; Costa, V. P.; Wiethan, F. M.; Melo, R. M.; Mota, H. B. (2013) A influência da gravidade do desvio fonológico na determinação da alta fonoaudiológica. *Distúrb Comun, São Paulo*; pp. 65-72
- Barrozo, T.F.; Pagan-Neves, L.O.; Silva, J.P.; Wertzner, H.F. (2017) Sensibilidade e especificidade da Porcentagem de Consoantes Corretas Revisada na Identificação do transtorno fonológico. *Psic. Clin., Rio de Janeiro, Vol. 21, N.1*, pp. 15-32
- Bezerra, C. G.; Dimenstein, M.; (2009) Acompanhamento Terapêutico na Proposta de Alta-Assistida Implementada em Hospital Psiquiátrico: Relato de uma Experiência. *Psic. Clin., Rio de Janeiro, v. 21, N.1*, pp. 15-32
- Centro Regional de Fonoaudiologia 8ª região. (2018) Disponível em <http://www.crefono8.gov.br/areas-da-fonoaudiologia>
- Chiodetto, L.V. A. P.; Maldonade, I. R. (2018) Atuação do profissional e desafios da prática fonoaudiológica em rede de saúde pública municipal. *Distúrb Comun*. pp. 688-704
- CID 10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. (2013) Disponível em: <https://cid10.com.br/>
- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Disponível em [https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/historia-da\\_fonoaudiologia/Conselho\\_Federal\\_de\\_Fonoaudiologia](https://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/historia-da_fonoaudiologia/Conselho_Federal_de_Fonoaudiologia) (2007). Áreas de Competência do Fonoaudiólogo no Brasil. Conselho Federal de Fonoaudiologia. 2ª Edição; pp. 1-22
- Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. (2020) Disponível em <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/centro-de-estudos-e-pesquisas-em-reabilitacao-cepre>
- Farias, P. T.; Reis, M. R.; Santos, H. F. C. dos; Mendes, L. R. L.; Lima, M. B.; Santos, L. D. T. (2012) E quando chega ao limite terapêutico? Um relato de experiência. Apresentado no Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia. Oct. 31 - nov. 03; pp. 2799
- Gama, A. C. C; Bicalho, V. S.; Valentim, A. F.; Bassi, I. B.; Teixeira, L. T.; Assunção, A. A. (2012) Adesão a orientações fonoaudiológicas após a alta do tratamento vocal em docentes: estudo prospectivo. *Rev. CEFAC, Jul-Ago*; pp. 714-720
- Giacchini, V.; Mota, H.B.; Mezzomo, C.L. (2011) Diferentes Modelos de Terapia Fonoaudiológica nos Casos de Simplificação do Onset Complexo com Alongamento Compensatório. *Rev. CEFAC, Jan-Fev*; pp. 57-64
- Junior, L. M. (2013) História da Medicina. Edição 63; pp. 36-38
- Maldonade, I. R.; Rios, M. S. F. (2014) O estudo das díades nos atrasos de fala. *Prolíngua (João Pessoa)*. v. 8, pp. 202-213
- Mota, H. B.; Bagetti, T.; Keske-Soares, M.; Pereira, L. F. (2005) A generalização baseada nas relações implicacionais em sujeitos submetidos à terapia fonológica. *Pró-Fono R. Atual. Cient., Barueri (SP)*, v. 17, n. 1, pp. 99-110
- Noronha, A. P. P.; Amaral, A. E. V.; Werlang, B. S. G.; Reppold, C. T.; Nascimento, E.; Miguel, F. K., Filho, J. H. S.; Bueno, J. M. H.; Primi, R. (2013). *Cartilha Avaliação Psicológica*. Conselho Federal de Psicologia. 1ª edição. Brasília; pp. 1-56
- Oliveira, R. A. de. (2010) Sobre a diferenciação entre os termos "alta hospitalar" e "alta médica" com finalidade de definição de acesso a home care. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 116.015/09. Disponível em <http://www.cremesp.org.br>
- Ramos, A. P. M.; Maldonade, I. R. (2020) Reflexão sobre o deslocamento do fonoaudiólogo: da clínica tradicional para a clínica de linguagem. *International Journal of Development Research*. v. 10, n.12, pp. 42663-42669
- Rezende, J. M. (2009). O ato médico através da história. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. Editora Unifesp; São Paulo; pp. 111-119
- Wertzner, H. F.; Papp, A. C. C. S.; Galea, D. E. S. (2006) Provas de nomeação e imitação como instrumentos de diagnóstico do transtorno fonológico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. v. 18, n. 3, pp. 303-312

\*\*\*\*\*