

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
CARMEN SILVANA VIEIRA HAUSBERGER

**IMPACTO DE UM SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA
DISFAGIA PARA PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO E DISFAGIA**

CURITIBA

2014

CARMEN SILVANA VIEIRA HAUSBERGER

**IMPACTO DE UM SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA
DISFAGIA PARA PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO E DISFAGIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação da Universidade TUIUTI do Paraná, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vania Muniz Nequer Soares

CURITIBA

2014

TERMO DE APROVAÇÃO

CARMEN SILVANA VIEIRA HAUSBERGER

IMPACTO DE UM SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DISFAGIA PARA PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E DISFAGIA

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em no Programa de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Mestrado Acadêmico em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná.

Curitiba, 24 de março de 2014.

Profa. Dra. Claudia Giglio de Oliveira Gonçalves
Coordenadora do Programa de Mestrado e Doutorado em
Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Muniz Nequer Soares
Universidade Tuiuti do Paraná

Profa. Dra. Rosane Sampaio Santos
Universidade Tuiuti do Paraná

Dra. Edna Marcia da Silva Abudmaalssih

DEDICATÓRIAS

*A **Deus**, pois sem Ele nada seria possível.*

*Ao meu pai **João Acácio** (in memorian) e minha mãe **Carminha**, por me darem a vida e mostrarem o caminho do trabalho e da honestidade.*

*Ao meu esposo **Romeu**, por respeitar minhas escolhas, compreender minhas ausências e caminhar ao meu lado.*

*Aos meus amados filhos **Gabriel e Nicolas**, por compreenderem a minha ausência, amo vocês!*

*Aos colegas de turma, **Maria do Rocio G. Faria, Juliana Mendes, Sandra Maria Scheffer e Paulo Carneiro** (in memorian) e demais colegas pelo incentivo, companheirismo, amizade e bom humor que amenizaram momentos difíceis e proporcionaram momentos alegres.*

Aos funcionários e professores do Serviço de Endoscopia Peroral do Hospital de Clínicas da UFPR, pelo apoio e atenção.

*Ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo apoio recebido, em especial à secretaria **Luci Chiquim**, pela atenção dedicada aos discentes.*

*À Unidade Cirúrgica do Hospital de Clínicas da UFPR, na pessoa da Enfermeira Dra. **Vivian do Rocio Walach** e demais Enfermeiras, pelo incondicional apoio.*

AGRADECIMENTOS

*À **Profa. Dra. Vânia Muniz Nequer Soares**, pela paciência, pelas palavras de otimismo, pela sabedoria e ensinamentos. Obrigada!*

*Ao **Prof. Dr. Jair Marques**, pelo auxílio no tratamento estatístico.*

*Às fonoaudiólogas **Maria Cristina Nunes e Gisele Sant'Ana Pinto** pela atenção e parceria em disponibilizar os dados para a realização desta pesquisa.*

*Aos **Membros da Banca Examinadora de Avaliação de Defesa** desta Dissertação, pelas contribuições.*

*Aos **participantes** desta pesquisa, meu muito obrigado!*

E a todos os que direta ou indiretamente estiveram comigo durante este percurso.

“O homem não é nada além daquilo que a educação faz dele”

Immanuel Kant

RESUMO

INTRODUÇÃO: O adequado diagnóstico e gerenciamento dos distúrbios da deglutição e da alimentação são procedimentos importantes, devido à alta incidência e prevalência da disfagia e suas potenciais consequências. Estabelecer o diagnóstico e o prognóstico da disfagia é fundamental para nortear o gerenciamento deste distúrbio e a redução da morbidade e mortalidade a ele associado. **OBJETIVO:** Avaliar o impacto de um Serviço de Diagnóstico e Tratamento da Disfagia em pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE). **METODOLOGIA:** Estudo de abordagem quantitativa, de caso-controle pareado e retrospectivo. O estudo foi realizado em hospital de referência terciária, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dados para o grupo caso foram obtidos no Serviço de Endoscopia Peroral e os do grupo controle dos prontuários do Serviço de Neurologia. Foram analisados prontuários de 60 pacientes no grupo casos e pareados 60 pacientes para o grupo controle. Foram levantados dados sobre o perfil sociodemográfico e clínico, de reabilitação pós-alta e calculados indicadores fonoaudiológicos para medir o impacto deste serviço. **RESULTADOS:** O perfil epidemiológico dos pacientes com AVE do grupo casos revelou uma média de idade de 63,1 anos, 50% eram do sexo masculino e 50% do feminino. Os fatores de risco para AVE identificados nos dois grupos foram hipertensão arterial, tabagismo, diabete, dislipidemia. Os dados clínicos dos pacientes apontaram que cerca de 70,0% dos pacientes do grupo casos teve um único evento de AVE. Os dois grupos foram avaliados segundo a Escala de Glasgow e apresentaram escores semelhantes (14 e 15). A indicação da medicação trombolítica predominou no grupo casos com 53,3% contra 5% pacientes do grupo controle. Os principais sinais e sintomas na admissão foram disartria/afasia, seguido da hemiparesia e hemiplegia. A dificuldade de engolir foi registrada no prontuário de 11 (18,3%) pacientes do grupo casos e 24 (40,0%) do grupo controle. O tempo de internamento foi menor no grupo casos, com 7 a 13 dias de internamento (45%), nos controles o tempo ficou entre 14 a 20 dias (45%). A frequência de pneumonia aspirativa foi de 3,3% no grupo casos e 13,3% no grupo controle. O exame FOIS realizado no grupo casos permitiu identificar de forma mais precisa que 21 (35%) pacientes apresentavam alteração da deglutição e a avaliação instrumental da deglutição pelo exame FEES utilizando a Escala de Severidade identificou que 24 (40%) dos pacientes apresentavam algum grau de aspiração. A sonda nasogástrica ou nasoenteral foi prescrita para 17 (28,3%) pacientes no grupo casos, e para 16 (26,6%) no grupo controle. O tempo de uso desta via alternativa de alimentação para 55,5% dos pacientes do grupo casos foi de até 10 dias, e no grupo controle para 66,7% dos pacientes, acima de 10 dias. A alta com a via alternativa foi indicada para 11 (61,1%) pacientes no grupo casos e 14 (77,7%) dos pacientes do grupo controle. Na fase de reabilitação no pós-alta, foram encaminhados para fisioterapia (75% casos vs 43,3% controles), fonoterapia (43,3% casos VS 8,3% controle). Ocorreu continuidade na fonoterapia por 31,6% e 5% dos pacientes casos e controle, respectivamente. Os motivos da descontinuidade do tratamento na reabilitação pós-alta foram: estar aguardando vaga no SUS, dificuldade de locomoção e dificuldade financeiras. Quanto ao local para realização do tratamento fonoterápico foi referido o Hospital de Reabilitação da rede pública por 21,6% pacientes no grupo casos e 1,7% no grupo controle, houve procura por clínica particular por 11,7% do grupo controle. Relataram a permanência de dificuldade para engolir após a alta, 35% pacientes do grupo casos e 38,3% no grupo controle. O índice de avaliação fonoaudiológica da deglutição no serviço em estudo foi de 28,8% e o índice de pacientes avaliados pelo FEES foi de 33,9%. **CONCLUSÕES:** Os pacientes atendidos no serviço de gerenciamento da disfagia em estudo obtiveram melhores resultados terapêuticos e menores complicações durante o internamento. No entanto, houve limitações no processo de

reabilitação, havendo necessidade de ampliação da atenção com monitoramento adequado de cada paciente, observando sua evolução e recuperação.

Palavras-chaves: fonoaudiologia, gerenciamento da disfagia, acidente vascular encefálico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The proper diagnosis and management of swallowing disorders and feeding procedures are important because of the high incidence and prevalence of dysphagia and its potential consequences. Establishing the diagnosis and prognosis of dysphagia is crucial to guide the management of this disorder and the reduction of morbidity and mortality associated with it. The presence of the speech therapist in the hospital context contributes to better prognosis, rehabilitation potential sequelae and improved quality of life for patients. The role of speech therapy in hospitals is relatively recent, especially with regard to the monitoring of patients with dysphagia during hospitalization, shows up as a practice expanding in various services in Brazil, with a significant increase in research in this area.

OBJECTIVE: To evaluate the impact of speech attention on a Service Diagnosis and Treatment of Dysphagia in patients affected by cerebrovascular accident (CVA).

METHODOLOGY: This is a study of quantitative approach, the paired and retrospective case control. The study was conducted in a tertiary referral hospital, linked to the Unified Health System (SUS). The data for the case group were obtained at the Department of Peroral Endoscopy and the control group the records of the Neurology Service. Collected from 60 patients were analyzed in the group cases and 60 matched patients in the control group, data were recorded on the appropriate form prepared for the research. Data on sociodemographic and clinical profile of post-discharge rehabilitation and speech therapy's calculated to measure the impact of this service parameters were investigated.

RESULTS: The epidemiological profile of patients with stroke group patients, treated at this hospital revealed a mean age of 63.1 years, 50 % males and 50 % females predominated medium/higher education among cases and controls among elementary school. Risk factors for stroke identified in the two groups were hypertension, smoking, diabetes, dyslipidemia. The patients' clinical data showed that about 70.0 % of patients in the case group had a single event AVE. Both groups underwent Glasgow scale and showed similar mild neurological damage (50%). The indication of thrombolytic medication cases predominated in the group with 53.3 % against 5 % patients in the control group. The main signs and symptoms at admission were dysarthria/aphasia, followed by hemiparesis and unilateral paralysis. The difficulty of swallowing was recorded in the chart of 11 (18.3%) patients in group and 24 cases (40.0%) in the control group. The hospital stay was shorter in the control group, 45.0 % of cases were between 7 to 13 days of hospitalization, and 45.0 % among controls the time was between 14 to 20 days. The frequency of tracheostomy was 1.6 % in the case group and 3.3 % in the control group. The FOIS examination in case subjects allowed to identify more precisely which 21 (35%) patients had swallowing disorders and instrumental evaluation of swallowing through the FEES examination using Severity Scale identified 19 (31.6%) patients had some degree of aspiration, demonstrating swallowing disorders in these patients. A nasogastric tube was prescribed for 17 (28.3%) patients in the case group and 16 (26.6%) in the control group. The time of using this alternative route of supply for 55.5 % of patients in the case group was 10 days, and in the control group to 66.7 % of patients older than 10 days. High with the alternative pathway was indicated for 11 (61.1%) patients in the case group and 14 (77.7%) patients in the control group. The measures for rehabilitation post-discharge, the group cases were referral to physiotherapy (75% of cases), speech therapy (43.3 % of cases) and nutrition (43.3% of cases), while the control group was only 43.3 % cases referred for physical therapy, speech therapy to 8.3% , 11.6% for nutrition. There were continued on therapy for patients in 41.6% cases and 53.3% in control of auditory followed by 31.6% and 5% of patients, respectively. The reasons for discontinuation of treatment in post-discharge rehabilitation were waiting to be allocated SUS, limited mobility and financial difficulty. As to the site to perform the Speech therapy was referred to the Rehabilitation Hospital of the SUS by 21.6%

patients in the case group and 1.7% in the control group, there was demand for private clinic for 6.7% patients in the case group and 5.0% of the control group. Reported the persistence of difficulty swallowing after discharge, 35% patients in the case group and 38.3% in the control group. The rate of clinical evaluation of swallowing at this hospital was 28.8%. **CONCLUSIONS:** The study demonstrated that the speech attention in diagnostic services and treatment of dysphagia in patients with stroke, provided better therapeutic outcomes and fewer complications during hospitalization, however the continued rehabilitation of patients with stroke and dysphagia post-High is still insufficient. The calculated phonotological indicators were similar in both groups due to the small number of cases analyzed and the time of service deployment. The service management of dysphagia and speech attention needs to be deployed more effectively in the hospital under study, as well as in all public hospitals, as recommended by the Ministry of Health with a view to better treatment of dysphagia and its complications.

Keywords: speech therapy, management of dysphagia, stroke.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DO RASTREAMENTO DE DISFAGIA EM TODOS OS PACIENTES COM AVE	35
QUADRO 1 - ESCALA FUNCIONAL DE INGESTÃO POR VIA ORAL	44
QUADRO 2 - ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO	45
QUADRO 3 - SÍNTESE DOS INDICADORES DE GERENCIAMENTO DA DISFAGIA DO SERVIÇO EM ESTUDO	45

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	47
TABELA 2 - PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	49
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO GRUPO CASOS SEGUNDO A ESCALA FUNCIONAL DE INGESTA POR VIA ORAL (n=60)	50
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO GRUPO CASO SEGUNDO A ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO (n=60)	50
TABELA 5 - VIA DE ALIMENTAÇÃO E TEMPO DE USO DA VIA ALTERNATIVA DE IMENTAÇÃO	51
TABELA 6 - REABILITAÇÃO NO PÓS-ALTA DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (n=60)	52
TABELA 7 - SÍNTESE DOS INDICADORES DE IMPACTO DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DISFAGIA EM ESTUDO	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente vascular encefálico
AVEI	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
AVEH	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
DCV	Doença Cerebrovascular
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
EENM	Eletroestimulação Neuromuscular
FEES®	<i>Fiber Endoscopic Evalution Swallowing</i>
FOIS	<i>Functional Oral Intake Scale</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC-UFPR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PPVV	Pregas vocais
QV	Qualidade de Vida
rt-PA	Fator ativador do Plasminogênio Tecidual Recombinante
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SBDCV	Sociedade Brasileira de Doença Cérebro Vascular
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VAA	Via Alternativa de Alimentação
VO	Via oral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 DEGLUTIÇÃO E DISFAGIA.....	20
3.2 DISFAGIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	22
3.3 DIAGNÓSTICO DA DISFAGIA	25
3.3.1 Anamnese.....	27
3.3.2 Avaliação Fonoaudiológica da Disfagia	27
3.3.3 Avaliação Geral.....	28
3.3.4 Avaliação Estrutural	29
3.3.5 Avaliação Funcional da Alimentação.....	29
3.3.6 Avaliação Endoscópica da Deglutição	30
3.4 TRATAMENTO DA DISFAGIA	31
3.5 PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DA DISFAGIA NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.....	33
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	42
4.1 LOCAL DO ESTUDO	42
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	43
4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	43
4.3 COLETA DE DADOS	44
4.4 MÉTODOS ESTATÍSTICOS	46
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	46
5 RESULTADOS	47
6 DISCUSSÃO	54
7 CONCLUSÕES DO ESTUDO	66
8 RECOMENDAÇÕES	67
REFERÊNCIAS.....	68

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE PESQUISA (QUESTIONÁRIO)	81
ANEXO I – RESOLUÇÃO Nº 383, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2010 DO CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA	83
ANEXO II – PROTOCOLO DE SEGURANÇA DE AVALIAÇÃO NASOLARINGOFIBROSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (PSAND)	85
ANEXO III – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	88

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003) reconhecer prontamente e tratar apropriadamente a disfagia, são imprescindíveis devido às consequências na saúde e vida dos indivíduos e de suas famílias, pois podem ocasionar danos nos aspectos nutricionais, de hidratação, no estado pulmonar, no prazer alimentar e equilíbrio social dos indivíduos, mas constituem ainda um desafio a ser enfrentado.

O adequado diagnóstico e gerenciamento dos distúrbios da deglutição e da alimentação são importantes, devido à alta incidência e prevalência da disfagia e suas potenciais consequências, somando o impacto da disfagia quanto aos fatores socioeconômicos dos cuidados à saúde, qualidade de vida e sobrecarga aos cuidadores. Estabelecer o diagnóstico e o prognóstico da disfagia é fundamental para nortear o gerenciamento deste distúrbio e a redução da morbidade e mortalidade a ele associado. A presença do fonoaudiólogo dentro do hospital contribui para melhor prognóstico, reabilitação de possíveis sequelas e melhora da qualidade de vida dos pacientes (*AMERICAN SPEECH-ANGUAGE-HERING ASSOCIATION*, 2002, RUBIN *et al.*, 2007).

Autores observaram que pacientes com disfagia, nos primeiros dias após o Acidente Vascular Encefálico (AVE), mostram alta incidência de disfagia e aspiração traqueal e desenvolvimento de pneumonia, gerando um aumento do tempo de internação e morte (VEIS; LOGEMANN, 1985; SINGH; HAMDY, 2006; LANGDON; LEE; BINNS, 2007).

A causa de morte é devido a diversas ocorrências de aspiração traqueal e a maior razão de vítimas de AVE que desenvolverem esse problema é devido à disfagia (VEIS; LOGEMANN, 1985; MARTINO *et al.*, 2005).

Kind *et al.* (2007) em seu estudo com 5.250 pacientes que passaram por AVE, constataram que as infecções e a pneumonia aspirativa são os motivos mais corriqueiros que conduzem a re-hospitalização, correspondendo de 15% a 43% das reinternações de pacientes acometidos pelo AVE. Yamada *et al.* (2004) relatam que a pneumonia aspirativa é fator complicador, podendo ser identificada em 11% dos casos de AVE.

O estudo desenvolvido por Schindler *et al.* (2003) conclui que as ações tomadas em relação ao tempo de permanência utilizando a via alternativa de alimentação, e o tempo dispendido para retornar a alimentação por via oral de maneira segura e eficaz, bem como o tipo de alimentação ingerida e a existência de penetração e/ou aspiração traqueal de alimento podem ser bons indicadores para mensurar os resultados da disfagia orofaríngea.

Souza e Souza (2008) colocam que diante da complexidade dos elementos relacionados com o monitoramento dos pacientes com disfagia em situação de internamento, tem-se levado em consideração à necessidade da normatização dos procedimentos para as equipes multiprofissionais especializadas em disfagia, porque esta normatização se tornou indispensável para o progresso da forma de tratamento de pacientes que apresentam disfagia no país. Contudo, os autores apontam que não se observa em diversos serviços de atendimento ao paciente disfágico, a obrigatoriedade da existência de serviço que possa gerenciar o distúrbio da deglutição nos hospitais, de maneira a funcionar como equipe de apoio capaz de identificar, avaliar, nortear e trabalhar na reabilitação dos pacientes de risco por meio de uma avaliação clínica capaz de intervir de maneira direta e precoce no caso de necessidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) ao ser instituído em 1988 possibilitou inúmeros avanços no setor saúde, destacando-se em meio às diretrizes que o estruturam, a integralidade da atenção abrange uma estratégia de reorientação das práticas de cuidado, sendo recomendada no dia a dia dos serviços de saúde. A integralidade, ao longo da estruturação do SUS, passou a ser entendida como prática social e prática política, o que torna imprescindível o conhecimento e compreensão da maneira como os indivíduos vivem de modo a tornar viável o cuidado integral. Os profissionais podem utilizar esse processo na identificação das necessidades em saúde da população e considerar um dos significados da integralidade: a organização dos serviços de saúde em função das necessidades comprovadas (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Dessa forma, entende-se que a atenção à disfagia atingiria a maturidade de não estar limitada a ações isoladas da especialidade, mas de ganhar características multidisciplinares e atuar no trabalho de educação com o paciente, os cuidadores, familiares e profissionais, tornando-os mais esclarecidos e aptos para dar continuidade ao tratamento com qualidade (SOUZA; SOUZA, 2008).

Complementando, Ayres (2005) destaca que existe uma tendência de crescimento nos distintos níveis de atenção à saúde, da necessidade e obrigatoriedade do desenvolvimento do trabalho em equipe com o objetivo de alcançar um enfoque mais amplo acerca dos fenômenos que interferem diretamente na saúde da população.

O conceito de reabilitar inclui diagnóstico, intervenção precoce, utilização adequada de recursos tecnológicos, continuidade de atenção, e diversidade de modalidades de

atendimento. Visa à compensação da perda da funcionalidade do indivíduo, a melhoria ou manutenção da qualidade de vida e a inclusão social (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Na proposta desenvolvida por Pettigrew e Toole (2007) os autores destacam o papel do fonoaudiólogo como o profissional que possui o conhecimento necessário para tratar os distúrbios da comunicação e deglutição, abrangendo o diagnóstico distintivo, o tratamento e a administração desses distúrbios porque a administração do mesmo de forma inapropriada atribui risco maior para aspiração, infecção respiratória, choque, desnutrição, perda de peso, internação hospitalar e/ou alongamento do período de internação.

A equipe de enfermagem como parte integrante da equipe multidisciplinar, pela característica de seu atendimento possibilitar maior tempo ao lado dos pacientes proporcionando cuidados, é capaz de fazer a identificação de maneira mais rápida das situações de risco para aspiração e desnutrição em pacientes com disfagia. Contudo, os autores destacam o fato de haverem múltiplos estudos que demonstram a grande necessidade de investimentos na educação continuada deste profissional com o intuito de originar uma melhor administração deste distúrbio (ALBINI *et al.*, 2009; GUEDES *et al.*, 2009).

Diferentes estudiosos corroboram o exposto acima, e complementam que a apropriação dos conhecimentos da enfermagem e da fonoaudiologia, bem como o envolvimento destes profissionais podem apresentar resultados positivos no desenvolvimento de diretrizes e protocolos para originar medidas assertivas de assistência ao paciente com disfagia e desta forma, antecipar as possíveis complicações clínicas e nutricionais e estimular o aumento do apoio de familiares e pacientes à terapia fonoaudiológica (MOSCHETTI, 2004; WERNER, 2005; MORAES *et al.*, 2006; TRAPL *et al.*, 2007).

Assim, de acordo com Souza e Souza (2008) pode-se considerar a grande necessidade de que a disfagia e suas complicações sejam abordadas de forma ampla, baseada em ações associadas de profissionais da medicina, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, enfermagem, podendo ainda contar com a valiosa contribuição de psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, aprimorando um procedimento diferenciado com identificação prévia dos problemas, direcionamento e reabilitação do paciente disfágico.

Pesquisar o impacto de um serviço de gerenciamento e tratamento dos distúrbios da deglutição e da atenção fonouadiológica se justifica, pela sua fundamental importância para reabilitação dos pacientes em geral e especialmente de pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE), que apresentam como comorbidade a disfagia.

Segundo Souza e Souza (2008) diversos estudos vêm sendo realizados com o intuito de estabelecer as medidas preventivas, visando minimizar as complicações da disfagia em pacientes hospitalizados. Estes estudos apontam como essencial, uma avaliação detalhada da deglutição, composta pela avaliação clínica e complementada com exame objetivo, como a nasolaringofibroscopia da deglutição, essas avaliações devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional, buscando um diagnóstico preciso e um tratamento precoce e adequado a cada paciente.

Por outro lado, verifica-se que a disfagia, cotidianamente encontrada nos hospitais brasileiros, não tem sido diagnosticada, conduzida e tratada de maneira adequada, devido à inexistência de serviço de gerenciamento da disfagia. Assim, para enfrentamento destas dificuldades e na busca de melhores resultados no tratamento da disfagia, têm sido propostos e normatizados programas de gerenciamento da disfagia a serem implantados nos serviços hospitalares (SOUZA; SOUZA, 2008).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto de um Serviço de Diagnóstico e Tratamento da Disfagia em pacientes com acidente vascular encefálico e disfagia de um hospital geral de referência terciária do SUS.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar o perfil epidemiológico de pacientes com AVE e disfagia atendidos em um serviço de diagnóstico e tratamento da disfagia em um hospital terciário do SUS.

Identificar a evolução clínica da disfagia em pacientes com AVE acompanhados por um Serviço de Diagnóstico e Tratamento de Disfagia.

Comparar o resultado da evolução clínica dos pacientes com AVE atendida em um Serviço de Diagnóstico e Tratamento de Disfagia, com os resultados de pacientes com AVE que não foram acompanhados neste serviço.

Identificar as condições de reabilitação pós-alta hospitalar, dos pacientes com AVE e disfagia.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DEGLUTIÇÃO E DISFAGIA

A deglutição é o ato de engolir, responsável por levar o alimento e/ou saliva desde a boca até ao estômago. Esse ato processa-se por uma complexa ação neuromuscular sinérgica iniciada voluntariamente, tendo a finalidade de fornecer os nutrientes essenciais ao indivíduo e proteger a via aérea. A função primordial da deglutição é permitir uma nutrição e hidratação adequada aos indivíduos, aspectos indispensáveis à manutenção da vida (SILVA, 2006).

No entanto, esse processo só ocorrerá de maneira segura e eficaz se houver integridade do sistema nervoso central e das estruturas envolvidas com a deglutição, o que inclui preservar a sensibilidade e vias motoras, de maneira que seja garantida a chegada do conteúdo oral até ao estômago, com proteção das vias aéreas (SILVA, 2006).

O ato da deglutição é importante para a manutenção da vida, e desenvolve-se com o crescimento e maturação de estruturas e função oral e faríngea, é um ato neuromuscular onde ocorre um processo fisiológico ordenado e contínuo, resultando no transporte eficiente e seguro de alimentos da boca ao estômago (DOUGLAS, 1998; MACEDO FILHO; GOMES; FURKIM, 2000; JACOBI *et al.*, 2003).

Classicamente, a fisiologia da deglutição está dividida em quatro fases: fase oral preparatória, oral propriamente dita, faríngea e esofágica. A fase oral preparatória e parte da fase oral propriamente dita são voluntárias, enquanto as demais são involuntárias (DODDS, 1989; KAHILAS, 1994; MILLER *et al.*, 1997; PERLMAN; CHRISTENSEN, 1997; LOGEMANN, 1998; COOK; KAHILAS; AGA. 1999; MARCHESAN, 2003; JOTZ; DORNELLES, 2010; MACEDO FILHO; GOMES, 2011).

A disfagia é uma alteração da deglutição que surge sempre em decorrência de alguma doença. A alteração da deglutição ou disfagia após AVE afeta a vida dos pacientes, de diversas maneiras, direta ou indiretamente, levando a implicações que incluem não só problemas de ordem biológica, mas psicológica e social. Torna-se um desafio constante para os profissionais e autoridades de saúde o retorno dessas pessoas à vida em sociedade (PAIXÃO *et al.*, 2010).

Disfagias neurogênicas são desordens no processo de deglutição e ou alimentação causadas por doenças ou trauma neurológico. As disfunções neurológicas podem afetar a ação muscular responsável pelo transporte do bolo alimentar da cavidade oral para o esôfago,

raramente o comprometimento ocorre na fase oral e/ou faríngeo. Clinicamente, as disfagias orofaríngeas podem manifestar-se por meio de uma série de sintomas, como: desordem na mastigação, dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, controle de saliva diminuído ou tosse, ou engasgos durante as refeições (FURKIM, 1999).

Na prática profissional, os fonoaudiólogos trabalham com várias doenças neurológicas que apresentam alterações na deglutição. Essas alterações, chamadas de disfagias, podem conduzir o paciente a óbito por levarem à desnutrição, desidratação, aspiração traqueal e pneumonias de repetição (FURKIM; MATTANA, 2004; MICHOU; HAMDY, 2009).

Frequentemente as consequências de desnutrição incluem: confusão, desidratação, úlceras de pressão, obstipação, infecções e diminuição da qualidade de vida (FINESTONE; GREENE-FINESTONE; WILSON, 1995; GARIBALLA, 1999), afetando negativamente o resultado funcional da reabilitação. Em muitos casos o paciente disfágico não recebe um diagnóstico precoce, tornando-se aspiradores silenciosos sem manifestação clínica. Não possuem os reflexos de proteção, como reflexo do vômito e engasgo, ou tosse, com isto o bolo alimentar ou a saliva entram com frequência nas vias aéreas e, posteriormente nos pulmões (CASTRO, 2008), o que aumenta ainda mais a taxa de morbidade e/ou mortalidade.

Esta limitação na capacidade de ingerir quantidades seguras e adequadas de alimentos e líquidos coloca o paciente em risco clínico de desidratação, desnutrição, aspiração de saliva, de secreções ou de alimento para o pulmão (GORDON; HEWER; WADE, 1987) ou, de restos alimentares presentes no vestíbulo laríngeo antes, durante ou após a deglutição (SILVA, 2006). O que pode trazer problemas nos aspectos nutricionais, hidroeletrólíticos e no estado pulmonar do indivíduo, que pode culminar em broncopneumonia aspirativa (ABDULMASSIB *et al.*, 2009), aumentando a morbidade e/ou mortalidade, principalmente em doentes hospitalizados.

Os sintomas da disfagia nem sempre são evidentes. Muitas vezes, podem estar ocultos como na aspiração silenciosa, isto é, ocorrência da aspiração na ausência de tosse. Numa situação normal, a resposta fisiológica seria a presença de tosse. Desta forma, o reflexo de tosse protege a região supraglótica da aspiração de alimentos e líquidos durante a inspiração e deglutição (RAMSEY *et al.*, 2003; HAMMOND; GOLDSTEIN, 2006).

Diante disto, a disfagia é um complexo problema clínico que requer um adequado suporte nutricional. Quando mal diagnosticada, pode resultar em grave desnutrição calórico-

protéica, desidratação e pneumonia aspirativa (GARIBALLA, 1996), esta última muito perigosa e responsável pela maior parte das mortes.

3.2 DISFAGIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Um dos sintomas mais graves que podem comprometer o paciente com acidente vascular encefálico - AVE é a disfagia orofaríngea (KOLB; BROKER, 2009).

Segundo Rowland (2007) o AVE é a causa de pelo menos 10% do total de mortes no mundo, ou seja, cerca de seis milhões de óbitos, sendo que a maioria desses casos se concentram em países em desenvolvimento. A estimativa é que em 2015 sucedam 18 milhões de novos casos de AVE e em 2030 este valor pode atingir 23 milhões de novos casos. No Brasil a estimativa é de que os óbitos por doenças cardiovasculares alcancem a faixa de 40% das mortes onde exista a predominância de AVE, no que se refere à mortalidade por doença coronariana, infarto do miocárdio. Este valor chega a alcançar em números de óbitos aproximadamente 100 mil pacientes anualmente. Além de estar relacionado diretamente a um número excessivo de mortes, o AVE também pode deixar implicações de grande importância nos pacientes sobreviventes.

Complementando, a presença do AVE parece indicar comumente o surgimento da disfagia, já que este quadro pode ser encontrado em aproximadamente metade dos casos na fase aguda da doença. Fatores como lesões hemisféricas amplas ou bilaterais e lesões no tronco cerebral estão relacionados com o aumento do risco, contudo o quadro sucede de maneira relativamente repetida também em pacientes que não apresentam estas pré-características (AVIV *et al.*, 1997; PERRY; LOVE, 2001; KAWASHIMA *et al.*, 2004; SCHELP *et al.*, 2004).

Para se reconhecer o AVE deve-se atentar aos sinais de distúrbio focal (ou global) da função cerebral de desenvolvimento acelerado, que em média permanece por 24 horas e pode levar a óbito. Frequentemente, os casos de AVE são oriundos de uma isquemia, cerca de 80% dos casos por causa de uma oclusão de um vaso sanguíneo, aproximadamente 15% dos casos tem procedência hemorrágica. A oclusão determina uma descontinuidade do fluxo sanguíneo na direção de determinadas áreas do cérebro gerando um dano nas funções neurológicas que dependem da região comprometida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2002; ROWLAND, 2007).

Para Itaqui *et al.* (2011) quando sobrevém a disfagia por causa de um AVE, considera-se que existe uma morbidade relacionada com o tipo de lesão e a idade do paciente. Os sintomas ou sinais mais frequentes nos casos de disfagia são a tosse, pigarro, regurgitação nasal, emagrecimento, resíduos na cavidade oral e voz molhada.

O AVE tem a responsabilidade por um número elevado de casos de internações e igualmente constituem uma ameaça à qualidade de vida, devido a grande incidência de falta de capacidade funcional e cognitiva ocasionadas pela inversão de papéis na família, originando desgaste emocional e financeiro já que é de responsabilidade de algum membro da família o cuidado. Os custos indiretos decorrentes do AVE são altos porque o paciente que apresenta sequelas passa por dificuldades para voltar à vida profissional, e ainda tem a necessidade de um cuidador que, em muitos casos, precisa demitir-se do seu emprego para assumir o cuidado deste paciente, essa circunstância determina grande impacto socioeconômico para a família como um todo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2002; AZEREDO; MATOS, 2003).

Itaqui *et al.* (2011) em uma avaliação de 160 pacientes à beira do leito, evidenciaram que nas primeiras 24 horas de evolução da doença vascular, 54% apresentaram alterações de deglutição. Destes, 75% se alimentavam por via oral. Em outro estudo dos autores *op cit.*, em uma amostra de 121 pacientes com AVE, avaliados dentro de 24 horas do início do quadro determinou que 51% apresentaram risco de aspiração na admissão hospitalar. Estudos narrados por estes autores relatam que em uma amostragem de 50 pacientes avaliados em até 48h do início dos sintomas do AVE, 100% dos pacientes apresentaram disfagia com aspiração traqueal.

Nesta ótica, Remesso *et al.* (2009) realizaram um estudo retrospectivo de 492 prontuários de pacientes adultos com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico - AVEI e observaram disfagia em 91 (18,4%), sendo 82 (90,1%) com dificuldade leve e 9 (0,9%) dificuldade severa e a recuperação espontânea ocorreu em 78 (85,7%) pacientes.

Independente se para o indivíduo, a família, a sociedade ou o país, os óbitos são os desfechos mais desfavoráveis do AVE, pois podem ocorrer em qualquer faixa etária, embora em diferentes proporções, levam a vários prejuízos, alguns destes, impossíveis de serem contabilizados no custo total do AVE. Segundo o Atlas da Doença Cardíaca e AVE, no Brasil, em média, 10 a 14 anos vida são perdidos por causa do AVE (OMS, 2004).

Quando as mortes conseguem ser evitadas, a depender da área cerebral afetada, se o indivíduo não receber o tratamento preconizado pelos protocolos recomendados, podem surgir

as mais variadas limitações físicas ou incapacidades resultantes do AVE. Em decorrência desses desfechos, adultos em idade produtiva têm alta insatisfação com a vida em função da perda da autonomia, principalmente pela necessidade de ajuda dos familiares e/ou cuidadores para tarefas cotidianas. Não raro se tem conhecimento das drásticas mudanças na vida de famílias em função da ocorrência de um AVE em um dos seus familiares (FALCÃO *et al.*, 2004). Além de gerar esse alto custo social, o AVE também apresenta um alto custo econômico. O país perde o potencial de trabalho de indivíduos em idade produtiva de maneira precoce e junto com as altas taxas de internação hospitalar e o grande número de incapacitados, leva-se à necessidade de aplicação de mais recursos ao sistema de saúde (HERVÁS-ÂNGULO *et al.*, 2006).

O custo do AVC é importante desde o ponto de vista social, pois se trata de uma doença com grande impacto individual, familiar, social e para o Sistema Público de Saúde. Só esta conclusão deveria ser suficiente para que gestores da saúde repensassem o AVE como uma prioridade em suas agendas de governo. Mas é imprescindível para a gestão do AVE, o tempo em que as informações são disponibilizadas. Lembrando que os determinantes sociais de saúde que merecem a atenção são aqueles que podem ser potencialmente alterados pela ação baseada em informações (KRIEGER, 2001).

A pneumonia, a desidratação e a desnutrição também provocam grande transtorno na vida de pacientes e de familiares, como também, ao serviço de saúde. Esses eventos são prevalentes nos idosos que apresentam disfagia e favorecem o aumento do número e do tempo de internação e com alto risco de letalidade, podendo chegar a 50% dos casos (CHOUINARD; LAVIGNE; VILLENEUVE, 1998; HERBERT *et al.*, 2003).

Segundo Gomes (2001) a aspiração laringotraqueal e a pneumonia aspirativa são fatores que estão relacionados à disfagia orofaríngea, devido ao rebaixamento dos níveis cognitivo, de alerta ou de consciência do paciente. Logemann (1994) e Newton *et al.* (1994) relatam que o nível de consciência preservado diminui o risco de pneumonia aspirativa, considerando-se, então, uma variável protetiva que permite melhor prognóstico na melhoria da comunicação e da deglutição.

Abdulmassih *et al.* (2009) em pesquisa realizada em Curitiba/PR, avaliaram a evolução de 39 pacientes portadores de disfagia orofaríngea neurogênica pós-AVE, durante o período de internação até o momento da alta hospitalar, analisando grau da disfagia no pré-tratamento; diagnóstico instrumental; condutas fonoaudiológicas; e condições do paciente na alta hospitalar. Os resultados permitiram concluir que: houve prevalência da disfagia de grau

moderado, seguida pelos graus leve e severo; no diagnóstico instrumental ocorreu à prevalência de aspiração laríngea, seguida de alteração na fase orofaríngea, penetração laríngea, alteração na fase oral da deglutição. Nas condutas fonoaudiológicas, o uso concomitante das manobras posturais, manobras protetivas e manipulação de alimentos apresentaram excelentes resultados; assim na alta hospitalar, a prevalência foi de sujeitos que apresentaram estado clínico de nível bom, alimentando-se por via oral, com algumas modificações posturais e/ou da consistência alimentar sem o uso de sonda, seguido pelos que apresentaram nível regular, iniciando com dieta via oral fazendo uso de sonda, mas com possibilidade de retirada entre 30 a 60 dias do período hospitalar.

A adaptação à disfagia pós-ave é um processo de colaboração entre o paciente, família e outros profissionais de saúde. Essa colaboração não se limita aos ambientes hospitalares, devendo prosseguir durante toda a trajetória da doença. A detecção precoce dos problemas e o auxílio profissional para que os pacientes desenvolvam estratégias apropriadas de controle podem levar a uma diferença significativa na qualidade de vida.

3.3 DIAGNÓSTICO DA DISFAGIA

Segundo Singh e Hamdy (2006) a melhor prática seria a avaliação clínica conjugada com um exame instrumental, para identificar aspirações silentes e para orientar no manejo das disfagias. Concluem que disfagia tem implicações prognósticas e deve ser avaliada em todos os pacientes que apresentam sintomas de um AVE.

Dessa forma, a avaliação clínica da deglutição e os exames instrumentais de imagem são essenciais para análise mais apurada dessa função. Entre os exames de imagem, os mais indicados atualmente tem sido a videofluoscopia contrastada com bário modificado e a nasolaringofibroscopia de deglutição com uso de alimentos corados em diferentes consistências.

Em indivíduos com suspeita de disfunção laríngea, considera-se a *Fiber Endoscopic Evalution Swallowing* - FESS® o exame mais específico e vantajoso, por visualizar a estrutura laríngea durante a maior parte da execução do exame, além de eliminar o fator de radiação e também identificar a aspiração em até 90% dos casos (LANGMORE *et al.*, 1991; LEDER *et al.*, 1998). Ela é segura, não invasiva, tem baixo custo, é rápida, reproduzível e consome poucos recursos (RAMSEY *et al.*, 2003; CARNABY-MANN; LENIUS, 2008).

Manrique (1999) relata que a avaliação endoscópica tem por objetivo localizar, topograficamente, as alterações mais evidentes e significantes durante a deglutição. A *FEES*® abrange as avaliações de anatomia e fisiologia dos músculos, a função faríngea da deglutição e a efetividade das intervenções comportamentais, de postura e consistência (SWANSON; CARRAU; MURRY, 2009).

Autores como Ramsey *et al.* (2003) referem, por outro lado, que testes realizados a beira do leito, são importantes ferramentas para o rastreio precoce da disfagia e risco de aspiração, considerando como testes seguros, relativamente simples e fáceis de aplicar, porém pobres em detectar aspiração, principalmente as silentes. Bassi *et al.* (2004), no entanto analisaram os fatores que precedem a avaliação instrumental: a avaliação clínica da deglutição permite observar a capacidade de proteção das vias aéreas, as condições de alimentação por via oral e o estado cognitivo do paciente, tornando tão importante, que para alguns autores é considerado soberano em relação aos exames objetivos.

Martino *et al.*, (2005), analisaram vários pacientes com AVE e concluíram que a incidência de disfagia era baixa quando utilizada triagem para o diagnóstico de deglutição (37 a 45%), aumentava quando esse diagnóstico era por uma avaliação clínica (51 a 55%) e passava para 64-78 % quando algum exame instrumental era realizado.

No estudo retrospectivo desenvolvido por Barros, Queija e Marinho (2007) com o objetivo de caracterizar o primeiro trimestre de atendimento fonoaudiológico em pacientes internados (leito e unidade terapia intensiva) no Hospital Ana Costa em Santos-SP no ano de 2007, coletaram dados envolvendo os protocolos fonoaudiológicos de todos os pacientes internados, obtendo-se os seguintes resultados a partir do estudo de 45 pacientes atendidos no trimestre em avaliação: nove (20%) provinham da UTI neonatal e 36 (80%) da UTI geral e enfermaria. Segundo os dados analisados, a alteração na deglutição pode ser apontada como a principal causa do encaminhamento para o fonoaudiólogo. Cerca de 35,78% dos pacientes atendidos, 45 pacientes receberam o diagnóstico de disfagia, sendo que 23 apresentavam disfagia neurogênica e 12 a mecânica e, 34 deles recebiam alimentação unicamente por via alternativa no momento da avaliação fonoaudiológica. No momento da alta hospitalar, 14 (41%) pacientes conservaram a dieta específica por via alternativa, seis (18%) receberam a prescrição de dieta mista, 13 (38%) dieta exclusiva oral e um (3%) paciente foi a óbito. Os autores concluíram que o desempenho da fonoaudiologia no momento da internação se destaca como um trabalho de manutenção de vida, atuando de forma a prevenir prováveis complicações e promovendo uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Os resultados do exame clínico e instrumental são registrados em escalas validadas de avaliação da disfagia, tais como: *Functional Oral Intake Scale* (FOIS®) por Crary *et al.* (2005) e Escala de Severidade: aspiração e penetração Rosenbek *et al.* (1996).

Atualmente a literatura científica dispõe de uma série de protocolos validados de avaliação clínica da deglutição utilizando o método de *screening* para detecção precoce da disfagia no ambiente de internação hospitalar (LIM *et al.*, 2001; CICHERO; MURDOCH, 2006; BOURS *et al.*, 2009).

Para Macedo Filho, Gomes e Furkim (2000, p.120),

A avaliação clínica da deglutição deve ser anterior a qualquer avaliação instrumental, pois ela indica com precisão qual exame complementar é mais viável para cada caso. Deve ser realizada em três etapas: anamnese cuidadosa, exame do paciente e avaliação funcional da alimentação.

Marques, André e Rosso (2008) referem que os testes funcionais são instrumentos importantes na investigação dos distúrbios da deglutição, não demonstrando oferecer risco para o paciente, apresentando sua importância na definição de condutas na fase inicial do AVE, possui valor clínico, porém faz-se necessário a aplicação de métodos complementares para ampliar a avaliação e obter um diagnóstico seguro.

Assim a avaliação diagnóstica deve incluir:

3.3.1 Anamnese

A anamnese do paciente com suspeita de Disfagia Orofaríngea Neurogênica deve buscar e avaliar a etiologia da disfagia e seu processo de instalação, bem como condições associadas que possam interferir na deglutição ou nas suas consequências, tais como comprometimento respiratório e desnutrição (SMITH, 2006).

3.3.2 Avaliação Fonoaudiológica da Disfagia

Os dados obtidos durante a avaliação clínica devem fornecer subsídios para que o clínico responda as seguintes questões: a causa da disfagia, a capacidade do paciente em proteger as vias aéreas, as condições do paciente em se alimentar por via oral de forma competente e segura e indicar, se necessário, a avaliação instrumental para cada caso.

É de extrema importância antes do oferecimento da dieta teste por via oral que seja detalhadamente avaliada a função respiratória e a capacidade de proteger as vias aéreas inferiores, faz parte dessa avaliação o nível de consciência do paciente (GOMES, 2001).

3.3.3 Avaliação Geral

Para início da avaliação clínica é necessário que o paciente tenha controle hemodinâmico estável, os parâmetros de frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, temperatura e pressão arterial precisam estar estáveis. Se o paciente apresentar grave estado de debilitação ou sonolência, a avaliação deve ser questionada. O nível de consciência é um dos fatores preditivos para distúrbios da deglutição uma vez que a compreensão e a consciência podem colaborar para a proteção das vias aéreas (BRUCK, 2001; NORDMARK, 2001).

A Escala de Glasgow - ECG se constitui num instrumento que profissionais da saúde utilizam para aferir de forma objetiva o grau de consciência de um indivíduo. A ECG foi empregada primeiramente em pacientes que apresentavam quadro de traumatismo cranioencefálico. Posteriormente foi desenvolvida de forma a atender pacientes que apresentavam lesões no sistema nervoso central (SNC) e que registram alterações no nível de consciência (GRMEC; GASPAROVIC, 2001).

De acordo com Bordini *et al.* (2010) a ECG atua a partir de escores de "3" para "15", onde os escores mais altos sugerem níveis gradativamente mais elevados de consciência. Para Sadaka *et al.* (2011) a pontuação final é definida pelo somatório dos valores das respostas motora, verbal e de abertura ocular, onde este valor auxilia na classificação dos quatro níveis possíveis para a sobrevivência: normal (15); leve (13 – 14); moderado (9 – 12) e grave (< 9).

A escala de AVC denominada *National Institutes of Health Stroke Scale* - NIHSS é o instrumento mais empregado para fazer a avaliação de pacientes que apresentam AVCI agudo, que apresenta como resultado a possibilidade de avaliar se o paciente está propenso a desenvolver trombólise intra-arterial ou venosa e/ou trombectomia mecânica (SACCO, 2002).

Segundo Brott *et al.* (2002) os escores da escala apresentam variação de 0 a 42 pontos e possuem onze itens: nível de consciência, orientação, compreensão, motricidade ocular, campo visual, paresia facial, motricidade dos membros, ataxia, sensibilidade, linguagem, disartria e hemi-inatensão. Os valores mais altos relacionam-se com maior mortalidade, sequelas neurológicas, possibilidade de transformação hemorrágica e de

complicações intra-hospitalares, uma pontuação maior que aproximadamente 25 sugere um grande dano cerebral, e uma pontuação menor que 4 pode ainda indicar uma pequena lesão.

3.3.4 Avaliação Estrutural

A avaliação compreende dois elementos: avaliação topográfica (individual de cada estrutura) e avaliação funcional propriamente dita (dinâmica). Inicia-se avaliando criteriosamente as condições de higiene oral e a utilização de prótese dentária. A seguir solicita-se ao paciente a realização de movimentos de forma isolada das estruturas, observando a mobilidade de lábios, língua, palato, bochechas e mandíbula, verificando tônus, velocidade, amplitude, tensão e precisão dos movimentos. Ressalta-se que somente a mobilidade isolada não garante função eficiente. Avalia-se a presença de reflexos intra-orais (vômito e palatal), e se os mesmos se encontram exacerbados (WARMS; RICHARDS, 2000).

3.3.5 Avaliação Funcional da Alimentação

Somente pode-se fazer a avaliação funcional da alimentação se o paciente estiver consciente, hemodinamicamente estável e apresentar capacidade mínima de resguardar as vias aéreas. A posição ideal para a realização da avaliação funcional da deglutição é com o paciente sentado e com a cabeceira erguida 60 graus. O examinador precisa contar com diversos utensílios tais como: copo, colher, canudo e alimento de consistências distintas. A partir dessa avaliação pode-se observar de maneira direta a fase antecipatória, a fase oral da deglutição e deduzir acerca da coordenação entre as fases oral e faríngea. Existe a possibilidade de visualização clara da elevação da laringe durante a deglutição (FURQUIM, 1999; PRODOMO; CARRARA DE ANGELIS; BARROS, 2009).

A *Functional oral intake scale* (FOIS) é um instrumento de avaliação da conduta fonoaudiológica validada e recomendada por fonoaudiólogas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade da Flórida. A FOIS demonstrou ser uma ferramenta eficaz e apropriada para documentar clinicamente mudanças na ingestão oral funcional de alimentos e líquidos em sujeitos com AVE com consideração para modificações e também da necessidade para compensações da deglutição (CRARY *et al.*, 2005).

Essa ferramenta pode ser utilizada, para documentar o impacto funcional dos sintomas da disfagia na ingestão oral de alimento e líquido em sujeitos pós-AVE, com

intervenção na fase aguda da doença. Esta escala considera as modificações de dietas e compensações dos sujeitos, e todos os níveis focam o que o paciente consome em uma dieta diária. A saber: Nível 1: Nada por boca; Nível 2: Dependente de sonda com tentativa mínima de alimento ou líquido; Nível 3: Dependente de sonda com coerente ingestão oral de alimento ou líquido; Nível 4: Dieta oral total de uma única consistência; Nível 5: Dieta oral total com múltiplas consistências, mas requerendo preparação especial ou compensações; Nível 6: Dieta oral total com múltiplas consistências sem preparação especial, mas com limitações alimentares específicas; Nível 7: Dieta oral total com nenhuma restrição (CRARY *et al.*, 2005).

3.3.6 Avaliação Endoscópica da Deglutição

A avaliação clínica de forma isolada determina informações sem adequação apropriada da fase faríngea da deglutição. Existem relatos de que 40% dos pacientes que aspiram não são identificados na avaliação clínica (LANGMORE *et al.*, 1988). Desta forma, a aspiração silenciosa não pode ser definida somente pela avaliação clínica, sendo sua identificação desenvolvida por avaliações objetivas, como VFC ou nasofibroscopia da deglutição (LEDER *et al.*, 1998; LEDER; ESPINOSA, 2002; RAMSEY *et al.*, 2003; WARNECKE *et al.*, 2009). O estudo desenvolvido por Leder *et al.* (2011) obteve dados que confirmam que a aspiração silente é volume dependente, isto é, maiores volumes (90 mL) geram o reflexo de tosse nos pacientes que eram avaliados como aspiradores silentes com volumes menores (1-10 mL).

A avaliação endoscópica da deglutição foi descrita primeiramente por Langmore *et al.* (1988), sendo denominada de FEES® (*fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety*), que possibilita visão direta e clara da hipofaringe e da laringe. O ponto principal do exame é a identificação da aspiração e/ou a evidência de aspiração, que nesta avaliação encontra-se facilmente observada não havendo influência na fisiologia da deglutição.

As grandes vantagens do FEES® da deglutição são: ausência de exposição à radiação; evita-se o deslocamento para uma unidade de radiologia, o que nem sempre é possível; pode ser realizada ao lado do leito; ser repetida quantas vezes forem necessárias; e, principalmente, a avaliação da sensibilidade faringolaríngea. Desta forma, esse exame permite: avaliar vários parâmetros dos aspectos sensoriais e motores envolvidos na fase faríngea da deglutição e a proteção das vias aéreas; determina a forma mais segura e menos

restritiva para a ingestão oral; aplica técnicas adequadas de compensação e identifica um plano de reabilitação da disfagia (SILVA, 1997; WUET *et al.*, 1997; ECKLEY *et al.*, 2001; HISS; POSTMA, 2003; AMIN; POSTMA, 2004; REES, 2006; TABAEE *et al.*, 2006; WARNECKE *et al.*, 2009; ABE; TSUBAHARA, 2011).

Longemann (1994) refere que após a avaliação da deglutição, o processo decisório mais importante para quem trabalha com disfagia orofaríngea é a recomendação do momento em que o paciente pode receber a nutrição por via oral, usualmente feita por um fonoaudiólogo, baseado nos resultados de todas as avaliações do paciente.

Devido à complexidade do diagnóstico e tratamento dos distúrbios da deglutição, observa-se, nas publicações científicas, a tendência ao atendimento interdisciplinar no que diz respeito à disfagia. Essa equipe multiprofissional deveria ser composta por: médico fonoaudiólogo, nutricionista, equipe de enfermagem, dentista, fisioterapeuta, farmacêutico, e outros que possam ser relevantes na prestação da assistência adequada e integral ao paciente disfágico. Alguns desses profissionais podem desempenhar um papel importante na identificação e avaliação da disfagia (LONGEMANN, 1994).

3.4 TRATAMENTO DA DISFAGIA

Sendo a disfagia orofaríngea, distúrbio que pode acometer qualquer fase da deglutição, prejudicando a nutrição, hidratação e funções pulmonares. O fonoaudiólogo atua desde a prevenção, diagnóstico e reabilitação, visando reduzir e prevenir complicações e restabelecer a alimentação por via oral segura.

Com a terapia, a habilidade de deglutir seguramente pode ainda se manter, mesmo quando a voz e a habilidade de articulação forem semelhantes a uma comunicação oral ineficiente. Pacientes com desordens na fase orofaríngea da deglutição podem ser reabilitados através de programas de avaliação radiológica para definir as desordens de deglutição anatômicas ou fisiológicas, seguidos do uso de selecionadas e cuidadosas estratégias terapêuticas e/ou compensatórias (LOGEMANN, 1994).

As estratégias compensatórias são designadas para eliminar os sintomas da desordem de deglutição, aspiração e deglutição ineficiente, e incluem mudanças posturais, melhora dos *inputs* sensoriais, mudanças nas características da alimentação (viscosidade, temperatura, sabor), modificações no volume e no ritmo da apresentação, e manobras intra-orais. Estratégias terapêuticas são designadas para mudar a fisiologia da deglutição e incluem

uma série de exercícios de movimento, procedimentos de integração sensorial e motora, e manobras para deglutição. Os efeitos de todos esses procedimentos podem ser avaliados durante procedimentos de diagnóstico radiológico, uma vez que a anatomia orofaríngea do paciente e a fisiologia da deglutição podem ser definidas (LOGEMANN, 1994).

Dentre as diversas condutas utilizadas na reabilitação da deglutição o autor *op cit.* refere:

- a) estimulação sensorial térmica, tátil e gustativa;
- b) mudanças de postura e
- c) manobras voluntárias de deglutição.

Quanto ao objetivo da terapia de deglutição é levar a um padrão de normalidade na deglutição, ou pelo menos levar a um padrão de deglutição que seja o mais próximo possível da normalidade. As manobras utilizadas na terapia de deglutição são essenciais para eliminar a maneira incorreta de deglutir ou minimizá-la enquanto que as manobras utilizadas em disfagia são para favorecer a nutrição e evitar a aspiração traqueal (LOGEMANN, 1994).

A reabilitação da disfagia orofaríngea tem um novo instrumento terapêutico, a eletroestimulação neuromuscular (EENM). A terapêutica foi proposta como uma opção de tratamento para a disfagia orofaríngea, demonstrando benefícios para disfágicos após Acidente Vascular Encefálico (AVE), pós-radioterapia, em pacientes com xerostomia (BOSWELL, 1989), tensões e dores, com resultados favoráveis para o aumento na qualidade vocal e na deglutição desta população (PENA *et al.*, 2008).

A alteração da deglutição ou disfagia após AVE afeta a vida dos pacientes, de diversas maneiras, direta ou indiretamente, levando a implicações que incluem não só problemas de ordem biológica, mas psicológica e social. Torna-se um desafio constante para os profissionais e autoridades de saúde o retorno dessas pessoas à vida em sociedade (PAIXÃO *et al.*, 2010).

Diante do quadro de diagnóstico fonoaudiológico da disfagia, segundo uma abordagem ampla junto aos pacientes com AVE, independente das técnicas elencadas, é importante o papel do cuidador, da família e o paciente, que eles tenham claros os objetivos, o caminho escolhido e o papel de cada membro da equipe. Vale ressaltar que a família e o cuidador compõem a equipe de reabilitação e são membros-chave para o sucesso do programa (SANTANA; BARROS, 2010).

A utilização do trombolítico com rt-PA (Alteplase®) revolucionou o tratamento do AVEI devido a sua eficácia em diminuir os danos neurológicos na fase aguda do AVE como

foi comprovado pelos estudos científicos. Seu emprego recebeu aprovação do *Food and Drugs Administration (FDA)* nos Estados Unidos da América em julho de 1996. Este medicamento foi desenvolvido para utilização em pacientes com AVE isquêmico, e sua administração é feita por via endovenosa em até três horas do início dos sintomas (SBDCV, 2002), contudo, mesmo tendo seu efeito comprovado, o tratamento com Alteplase ainda mostra alguns problemas na sua implementação e são escassos os casos de pacientes com AVE que alcançam benefícios com este tratamento. O tempo é um dos principais fatores que limitam a terapêutica. A droga possui eficácia quando é ministrada nas primeiras três horas do início dos sintomas de AVE, e, quanto menor o espaço de tempo decorrido entre o princípio dos sintomas e a aplicação da medicação, maiores são as chances de um bom prognóstico (ZOPPO *et al.*, 2009).

Mesmo assim, diversos estudos ratificam sua eficiência, a partir da análise dos dados dos pacientes obtidos em pesquisas desenvolvidas sobre o emprego de alteplase na fase aguda do AVE isquêmico (BROTT, 2002; SARAIVA, 2011, WARDLAW, *et al.*, 2012). Nos referidos estudos, pacientes com AVE isquêmico agudo nos quais foi ministrado rt-PA após o princípio dos sintomas se mostravam mais predispostos a apresentar deficiência mínima ou nenhuma do que os pacientes que receberam placebo.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 664 de 12 de abril de 2012, determinou as diretrizes da Linha de Cuidados em AVC e aconselha a janela de tempo menor que 270 minutos; o tempo porta-tomografia menor que 25 minutos e o tempo porta-agulha menor que 60 minutos. As diretrizes sugeridas por essa portaria ministerial sugere o tempo imprescindível para que a zona de penumbra cerebral receba outra vez irrigação, atenuando ou até impedindo os danos cerebrais (BRASIL, 2012).

3.5 PROGRAMAS DE GERENCIAMENTO DA DISFAGIA NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

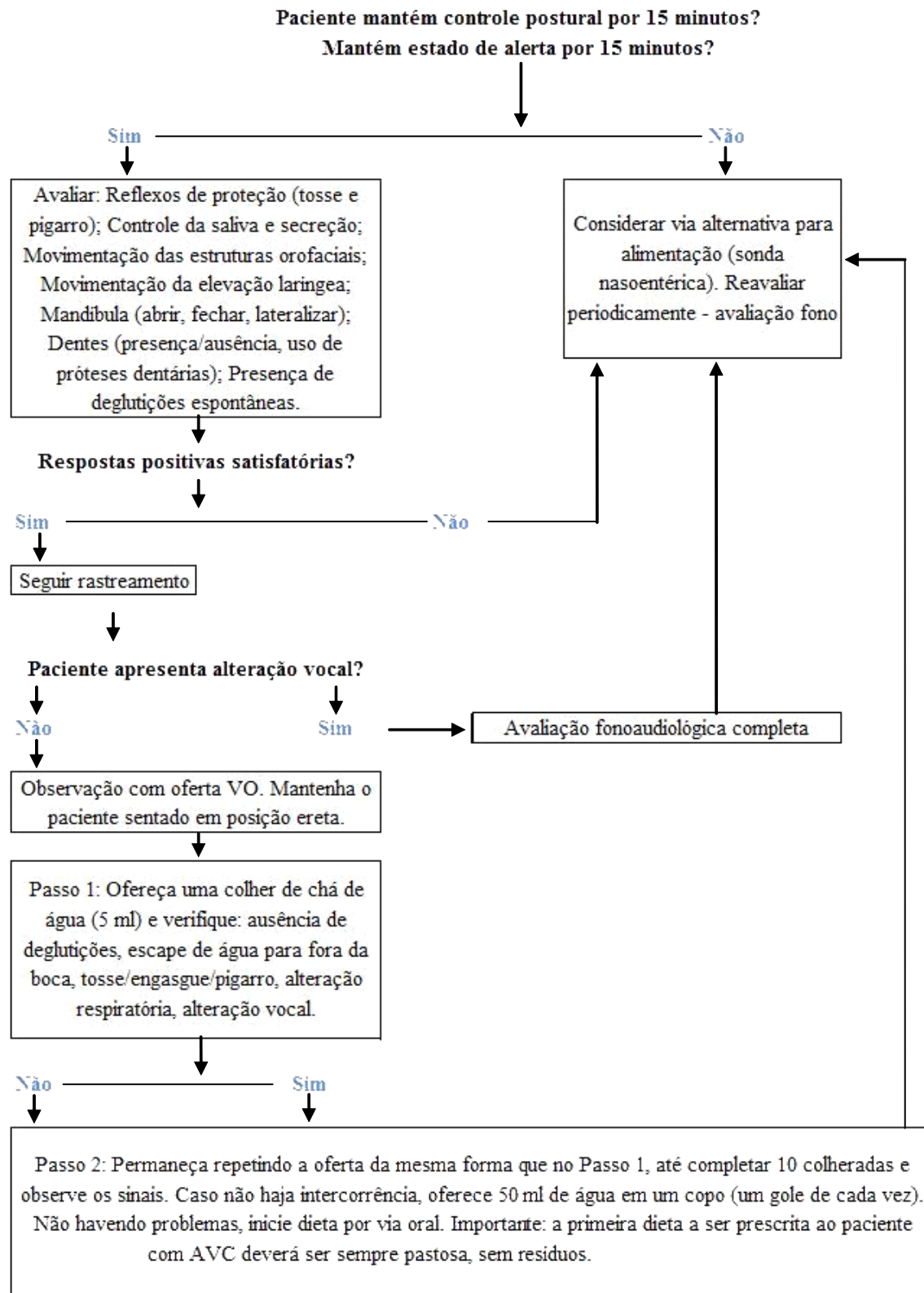
No âmbito hospitalar, a atuação das equipes de forma multi e interdisciplinar com o objetivo de prevenir e reduzir complicações, a partir do gerenciamento da deglutição e da comunicação de maneira segura e eficaz se faz necessária. Estas intervenções visam proporcionar ao paciente a redução do tempo de internação e a redução na taxa de reinternações (HAMMOND; GOLDSTEIN, 2006).

A atuação da fonoaudiologia em hospitais é relativamente recente, principalmente no que diz respeito ao acompanhamento de pacientes com disfagia internados, mostrando uma prática em expansão em vários serviços no Brasil, com aumento significativo de pesquisa nessa área (PADOVANI *et al.*, 2007; MACIEL *et al.*, 2008).

A prática dos profissionais, incluindo o fonoaudiólogo em programas de gerenciamento da disfagia em pacientes com AVE foi normatizada e está disponível no Manual de Rotinas para atenção ao AVE, do Ministério da Saúde (Brasil 2013).

Este manual foi disponibilizado na rede de atenção à Urgência e Emergências do SUS e apresenta as rotinas de atenção ao AVE em relação ao diagnóstico da disfagia e estabelecendo um fluxograma de rastreamento e atendimento deste sintoma (Figura 1), porém existem ressalvas, por parte de alguns profissionais da fonoaudiologia, em relação ao uso de líquidos para identificar a presença de alteração da deglutição, devido ao risco de bronco aspiração durante o teste. Ressalta-se que este fluxograma não é o utilizado no serviço em estudo.

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DO RASTREAMENTO DE DISFAGIA EM TODOS OS PACIENTES COM AVE



Para que o paciente possa ter uma boa recuperação e melhorar a qualidade de vida, é necessário que a avaliação da disfagia seja considerada um trabalho de equipe, uma vez que nenhuma área pode avaliar em detalhes por si só todas as fases de deglutição. Esta equipe prioriza minimizar os riscos de complicação no período agudo pós-AVE, iniciando a preparação para a reabilitação de sequelas da doença por meio de procedimentos específicos (ABDULMASSIB *et al.*, 2009).

Quanto mais precoce for a detecção da disfagia e intervenção estimuladora, menores são os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e maiores são as hipóteses de um prognóstico positivo (SILVA, 2006).

Concernente ao conceito *op cit.*, cabe apresentar o protocolo institucional do Hospital Sírío Libanês, que ressalta que o tratamento dos pacientes com AVE em unidades especializadas reduz significativamente a mortalidade e a incapacidade funcional, comparativamente ao tratamento sem protocolo específico. Existem várias medidas clínicas e cuidados gerais que podem prevenir complicações e influir no prognóstico dos pacientes com AVEI agudo. O suporte nutricional deve ser supervisionado para evitar a aspiração. Qualquer paciente com AVE agudo deve ser avaliado pelo médico quanto a possibilidade de disfagia (nas primeiras 24h de admissão) para evitar aspiração. Caso haja dificuldade para deglutição, o serviço de fonoaudiologia precisa ser acionado e a utilização de uma sonda nasoenteral necessita ser considerada (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2012).

Segundo o protocolo do HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS (2012, p. 2), os esforços da reabilitação visam aumentar a participação e independência do paciente principalmente em relação ao autocuidado, deglutição, comunicação, mobilidade segura, cognição e reintegração social. A intervenção precoce está fortemente relacionada à melhora funcional. A fisioterapia e a fonoaudiologia comumente iniciam suas intervenções antes mesmo da estabilização clínica, visando suporte e prevenção de complicações secundárias. O envolvimento do paciente e de seus cuidadores no processo de reabilitação deve ser encorajado. O dimensionamento da equipe dependerá das necessidades dos pacientes, sendo frequentemente composta por:

Fisiatra:

- a) identifica necessidades assistenciais iniciais de reabilitação na ocasião do acionamento pós-estabilização do quadro clínico;
- b) verifica necessidade de prescrição de órteses e meios auxiliares;

- c) auxilia em relação ao tratamento medicamentoso da espasticidade (e indicação e realização de bloqueios neuromusculares) e da dor, especialmente em relação ao ombro doloroso;
- d) coordena e integra equipe interdisciplinar, estabelecendo objetivos e estimando prazos para reabilitação;
- e) orienta pacientes e acompanhantes quanto às etapas da reabilitação, seus processos e objetivos.

Fisioterapeuta:

- a) promove assistência ventilatória, com enfoque em otimizar expansibilidade torácica, aeração alveolar e evitar o acúmulo de secreções;
- b) realiza terapia motora, promovendo mobilização precoce para manutenção de amplitude de movimento articular, prevenção de deformidades e adequação do tônus muscular, além de orientar correto posicionamento articular nas diferentes posturas;
- c) trabalha fortalecimento muscular, transferências posturais, equilíbrio e propriocepção. Aplica diferentes meios físicos visando analgesia e também eletroestimulação funcional como terapia adjuvante para ganho de força muscular;
- d) aplica diferentes intervenções baseadas nas evidências atuais (treino “tarefa específica”, treino de marcha sob suspensão).

Fonoaudiólogo:

- a) avalia e atua nos distúrbios da deglutição (disfagias);
- b) avalia e atua nos distúrbios da comunicação e fala (afasias, disartrofonias, apraxias);
- c) orienta familiares, cuidadores e equipe sobre estratégias a serem utilizadas para facilitar a comunicação e alimentação.

Terapeuta ocupacional:

- a) aplica escala de Medida de Independência Funcional (MIF) no início da reabilitação;
- b) analisa e atua sobre as dificuldades de realização das tarefas de autocuidado e atividades de vida diária;
- c) aplica estratégias terapêuticas para otimizar o estímulo à recuperação, com foco funcional;
- d) realiza estimulação sensorial, perceptual e cognitiva;

- e) propõe estratégias / técnicas compensatórias visando maior independência funcional;
- f) realiza adequação postural e introduz equipamentos e adaptações que promovam maior independência funcional;
- g) realiza, em casos específicos, consultoria domiciliar pré-alta hospitalar visando adequação ambiental e arquitetônica.

Psicólogo/neuropsicólogo:

- a) avalia déficits e habilidades cognitivas e suas repercussões funcionais, promovendo reabilitação;
- b) avalia e promove suporte terapêutico aos distúrbios comportamentais e de humor;
- c) oferece suporte e orientações aos familiares e cuidadores;
- d) frequência de terapias durante a internação.

Enfermagem:

A equipe de enfermagem que acompanha constantemente o paciente pode contribuir em vários aspectos na gestão da disfagia, tendo um papel importante na identificação desses pacientes por intermédio da observação clínica para detectar a dificuldade de deglutição, mediante sinais e sintomas relacionados à disfagia e que indicam risco de aspiração. Dentre esses a coordenação da deglutição e respiração, dificuldade em mastigar, alteração no comportamento vocal, perda de saliva ou alimentos pela boca, refluxo nasal, tosse, dispnéia, engasgos e/ou pigarros, tempo de alimentação aumentado, comprometimento da mecânica respiratória e diminuição do nível de consciência.

Neste contexto, Werner (2005, p. 213) coloca que:

[...] os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem têm um papel importante no cuidado dos pacientes com disfagia, pois são os profissionais que estão presentes nas vinte e quatro horas à beira do leito, principalmente na hora das refeições, podendo observar os sinais e sintomas de disfagia e, através da identificação, avaliação e estabelecimento precoce de intervenções de enfermagem, podem ajudar no tratamento e prevenção das complicações associadas à mesma.

O autor *op cit.* também relata em seu estudo, publicado pela associação americana de enfermeiros, os benefícios da Enfermeira Clínica Especialista em Disfagia: para facilitar uma abordagem coerente e fiscalizar a assistência de enfermagem na disfagia, participando como membro da equipe multidisciplinar, colaborando na elaboração de orientações práticas e protocolos que orientem a equipe de enfermagem à beira do leito em todos os turnos para detecção precoce e, consequentemente, redução das complicações relacionadas à disfagia, em

conjunto com o profissional fonoaudiólogo, avaliar as condições de deglutição antes de ofertar a dieta e/ou suplemento; estimular e registrar quantitativamente a ingesta da dieta e/ou suplemento ofertado. Bem como avaliar a tolerância gastrointestinal ao suplemento nutricional; manter rigorosamente a oferta do suplemento nutricional nos horários estipulados na prescrição dietética; avaliar a resolatividade do procedimento considerando possível necessidade de suplemento nutricional; comunicar e interagir com a nutricionista quanto à aceitação oral da dieta e/ou suplemento; identificar e registrar fatores que aumentem o catabolismo do usuário, tais como: úlcera de decúbito; febre; diarreia; perdas hídricas; sinais de infecção; imobilidade prolongada, fornecendo subsídios para interagir com a equipe. A observação clínica pelos profissionais de enfermagem dos sinais e sintomas de disfagia durante a oferta da alimentação aos pacientes é muito importante, pois, principalmente os portadores de déficit neurológicos, podem apresentar alterações em qualquer fase da deglutição.

Seguindo este modelo de atenção, pode-se citar o Hospital Israelita Albert Einstein que possui um Centro de atendimento ao paciente com Acidente Vascular Encefálico, com Protocolo definidos de AVE, isto é, foram desenvolvidas diretrizes para estabelecer o melhor tratamento do paciente com AVE baseadas em recomendações de sociedades nacionais e internacionais especializadas.

Quanto mais precoce for iniciada a reabilitação do paciente com AVE, melhor e mais rápida será sua recuperação e, conseqüentemente, menor o tempo de internação. O programa tem o apoio de profissionais na recuperação do paciente com AVE pelo treinamento e pela adaptação a atividades da vida diária, na recuperação da fala e, principalmente, na detecção e no tratamento da disfagia (dificuldade de deglutir), responsável pelo risco de aspiração e pneumonia (HOSPITAL ALBERT EINSTEIN, 2012).

Dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) pode-se mencionar o pioneirismo do Estado do Ceará, onde está o maior centro de atendimento de urgência aos pacientes com AVE do Brasil, implantado em 2009, no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Essa unidade contempla os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVE, no âmbito do SUS. Possui 20 leitos e equipe multiprofissional composta por médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos. A estruturação da Unidade de AVE do HGF exemplifica a prioridade que a Secretaria da Saúde dá na atenção aos pacientes acometidos pela doença que mais mata no Estado (BEZERRA, 2012).

A equipe multiprofissional é absolutamente necessária em todos os níveis de cuidados, com vistas na atuação de forma integrada na unidade especializada no atendimento do AVE, é de importância a presença da equipe de reabilitação, para identificar e tratar as diferentes necessidades do paciente de forma organizada e colaborativa. O envolvimento do paciente e de seus cuidadores no processo de reabilitação é encorajado. O dimensionamento da equipe dependerá das necessidades dos pacientes (MACHADO, 2011).

As Unidades de Acidente Vascular Encefálico, além da equipe de medicina e de enfermagem, os pacientes também usufruem de procedimentos de reabilitação com outros profissionais, que consistem em intervenções o mais cedo possível para redução das incapacidades, manutenção das funções preservadas e recuperação e/ou adaptações das funções perdidas para tornar o paciente outra vez independente (TIRADO, 2004).

Segundo Moraes (2010, p.11-12) em suas atribuições, a *American Speech and Language and Hearing Association* (ASHA) inclui, mas não limita os processos e responsabilidades do fonoaudiólogo no gerenciamento da disfagia:

- a) realizar avaliação clínica da deglutição e da alimentação;
- b) participar da avaliação instrumental para descrever as estruturas e dinâmicas da função de deglutição;
- c) definir as alterações das estruturas anatômicas da deglutição e diagnóstico das desordens de deglutição;
- d) elaborar recomendações a respeito do gerenciamento dos distúrbios da deglutição e alimentação;
- e) promover o adequado tratamento da disfagia, documentando o processo e determinando os critérios adequados;
- f) orientar e aconselhar os pacientes, familiares e/ou cuidadores, a respeito dos distúrbios de deglutição;
- g) orientar os demais profissionais a respeito das necessidades dos indivíduos com disfagia, assim como do papel da Fonoaudiologia na avaliação e gerenciamento dos distúrbios de deglutição e alimentação;
- h) integrar-se adequadamente como parte da equipe multidisciplinar e /ou interdisciplinar;
- i) buscar constantemente o conhecimento científico a respeito desta área de atuação;

- j) determinar os procedimentos apropriados para análise e integração das informações clínicas e instrumentais dentro de um processo formal e registro do diagnóstico;
- k) gerenciar questões relacionada à disfagia, incluindo como determinar os candidatos para intervenção, assim como implementar as técnicas de terapia para habilitação/reabilitação e compensações;
- l) identificar e utilizar as medidas de resultados funcionais apropriadamente;
- m) compreender o quadro clínico relacionado as alterações de deglutição e alimentação.

A atuação do fonoaudiólogo junto ao paciente com AVE pressupõe avaliação e reabilitação das funções de deglutição e comunicação. Todos os pacientes, após um AVE, com ou sem queixas relacionadas à deglutição devem receber a avaliação inicial do fonoaudiólogo. A intervenção fonoaudiológica precoce visa à identificação rápida da disfagia e à prevenção de complicações clínicas delas advindas, o que possibilitará a redução do tempo de internação. O dado mais alarmante é o fato da disfagia decorrente de AVE poder ser a principal causa de morbidade relacionada às complicações respiratórias e à desnutrição. Cerca de 30 a 50% dos pacientes com AVE apresentam disfagia neurogênica orofaríngea, podendo aumentar para até 80% nos casos de AVE em tronco cerebral (HINCHEY *et al.*, 2005).

De acordo com Furkim (1999, p. 231),

[...] na área hospitalar o fonoaudiólogo participa do atendimento ao paciente com disfagia de forma essencial, pois esse profissional está habilitado a avaliar e tratar a sensibilidade/mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios e a funcionalidade de todo o processo de alimentação para reabilitação desse paciente. Após a avaliação clínica, esse profissional é o responsável pelo manejo terapêutico desse paciente com o objetivo de otimizar a proteção das vias aéreas e introduzir de forma segura a dieta por via oral.

Salienta-se o reconhecimento da especialidade em disfagia no ano de 2010 pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia estabelecendo as atribuições e competências relativas à especialidade. Resolução nº 383, de 20 de fevereiro de 2010 - “Dispõe sobre as atribuições e competências relativas à especialidade em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências” (Anexo I).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, de caso-controle pareado e retrospectivo.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um Hospital Universitário, referência ao atendimento às urgências e emergências clínicas, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Curitiba/Paraná. O local onde foram obtidos os dados para o grupo caso, foi o Serviço de Endoscopia Peroral e para o grupo controle o Serviço de Neurologia. Atualmente a unidade de Neurologia conta com 10 leitos de internação para os portadores de AVE. O Serviço de Endoscopia Peroral que abrange o Serviço de Diagnóstico e Tratamento da Disfagia, em estudo, foi implantado parcialmente em 2007, ou seja, com ausência de uma avaliação completa realizada pelos profissionais e com caráter de ensino e pesquisa, atende em média 13 pacientes/mês; no período do estudo foram atendidos 468 pacientes adultos com avaliação fonoaudiológica (2010 -2012), sendo destes, 60 pacientes com avaliação completa (clínica e instrumental), e atuação da fonoaudiologia. Neste serviço, atuam um médico docente, residentes da otorrinolaringologia, dois fonoaudiólogos, um nutricionista, um fisioterapeuta, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos (UFPR, 2013).

No hospital em estudo, houve estruturação de uma equipe para diagnóstico e estudo da disfagia em 2007, por interesse do serviço de otorrinolaringologia e do setor de neurologia, que planejaram e desenvolveram os protocolos para este setor. Porém, devido à escassez de recursos humanos, por ser um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) e depender de concurso público para a contratação de profissionais, o serviço não se efetivou em termos burocráticos. No entanto, os docentes e profissionais do hospital destes setores, que também tinham interesse em desenvolver pesquisas clínicas sobre o tema, e com o apoio de Fonoaudiólogos voluntários e pesquisadores de uma Universidade em Curitiba, instituíram na prática um Serviço de Diagnóstico e Tratamento da Disfagia para pacientes com AVE.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos pacientes acometidos por AVEI internados na Unidade de Neurologia, atendidos pelo Serviço de Diagnóstico e Tratamento de Disfagia, em estudo no grupo casos, e de um grupo controle constituído por pacientes com AVE que não foram atendidos por este serviço.

Assim, a amostra ficou composta no grupo casos, por 60 pacientes com diagnóstico confirmado de AVEI, que foram avaliados no Serviço de Diagnóstico e Tratamento de Disfagia, e que 48 horas após o AVE realizaram o estudo da deglutição.

No grupo controle foram incluídos 60 pacientes pareados por sexo e idade, e número de ocorrência do AVE, internados no período anterior a implantação do serviço em estudo, portanto, que não foram atendidos por um serviço de gerenciamento de disfagia.

A avaliação clínica da deglutição, nos casos, foi realizada pelas fonoaudiólogas por meio do protocolo institucionalizado e a avaliação instrumental, realizada pelo médico otorrinolaringologista juntamente com as fonoaudiólogas com a utilização do aparelho nasofibroscópio. Os exames foram realizados às quintas-feiras pela manhã no Serviço de Endoscopia Peroral, e/ou a beira do leito, conforme a condição clínica do paciente. Foram considerados nesta amostra somente os pacientes internados após o AVEI.

A amostra final do grupo casos e grupo controle foi constituída por conveniência, mediante critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram utilizados como critérios de inclusão no grupo de casos: prontuários de pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos; de pacientes com estudo da deglutição pelo serviço de diagnóstico da disfagia; pacientes internados por AVEI no período de 2010 a 2012. Como critérios de exclusão no grupo de casos: pacientes que não tinham o estudo da deglutição com avaliação clínica e instrumental descrito no prontuário no período de 2010 a 2012; pacientes com prontuários incompletos que inviabilizasse a coleta de dados.

Para o grupo controle, foram utilizados como critérios de inclusão: prontuários de pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos; pacientes internados por AVEI no período de 2007 a 2009. E como critérios de exclusão: pacientes com prontuários incompletos que inviabilizasse a coleta de dados.

4.3 COLETA DE DADOS

O período de coleta foi de agosto a outubro de 2013. Os dados secundários foram obtidos dos prontuários de pacientes que realizaram a avaliação clínica e instrumental da deglutição, no período de 2010 a 2012 no grupo casos, e dos pacientes atendidos entre 2007 a 2009, no Serviço de Neurologia, período anterior à estruturação do Serviço de Diagnóstico de Disfagia no grupo controle do estudo.

Foram levantados dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade) e clínicos por um questionário semiestruturado elaborado pela pesquisadora (Apêndice I). Dentre os dados clínicos foi avaliado o uso de via alternativa de alimentação, o registro de pneumonia aspirativa e traqueostomia, tempo de internamento, tempo de uso da via alternativa de alimentação, encaminhamentos realizados para reabilitação pós-alta, levantados da ficha clínica da fonoaudiologia, os quais foram obtidos por contato telefônico com familiares e cuidadores dos pacientes.

Realizou-se a avaliação clínica funcional a partir do Protocolo de Segurança de Avaliação nasolaringofibrocópica da deglutição – PSAND, (FURQUIM *et al*, s/d, adaptado de MARIK, 2001) (Anexo II). Após a avaliação clínica funcional da deglutição, aplicou-se a Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – *Functional Oral Intake Scale* (FOIS®), proposta por Crary, Mann e Groher (2005) (quadro 1).

QUADRO 1 – ESCALA FUNCIONAL DE INGESTÃO POR VIA ORAL

Nível 1	Nada por via oral
Nível 2	Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido
Nível 3	Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido
Nível 4	Via oral total de uma única consistência
Nível 5	Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações.
Nível 6	Via oral com Múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares.
Nível 7	Via oral total sem restrições

FONTE: Crary, Mann e Groher (2005, p.1520)

Os dados coletados e registrados durante estes exames foram: a sensibilidade laríngea, a presença de escape intraoral posterior, os resíduos faríngeos em parede posterior da faringe, valéculas epiglóticas, recessos piriformes e o clareamento faríngeo (após três deglutições) e penetração laríngea ou aspiração traqueal (com ou sem reflexo de tosse) sendo aplicada a Escala de Severidade para Disfagia: Penetração e Aspiração no quadro 2 (ROSENBEEK *et al.*, 1996).

QUADRO 2 - ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO

Categoria	Pontuação	Descrição
Penetração	1	Contraste não entra em via aérea.
	2	Contraste entra até acima das ppvv, sem resíduo.
	3	Contraste permanece acima das ppvv, resíduo visível.
	4	Contraste atinge ppvv, sem resíduo.
	5	Contraste atinge ppvv, resíduo visível.
Aspiração	6	Contraste passa o nível glótico, mas não há resíduo no nível subglótico.
	7	Contraste passa o nível glótico com resíduo no nível subglótico apesar do paciente responder.
	8	Contraste passa a glote com resíduo na subglote, mas o paciente não responde.

FONTE: Rosenbeck *et al.* (1996, p. 96)

ppvv - pregas vocais

Para medir o impacto do Serviço de Diagnóstico e Tratamento da Disfagia em estudo, e da atenção fonoaudiológica, foram adequados alguns dos indicadores propostos no estudo de Moraes e Andrade (2011), que estabeleceu um painel de indicadores de gerenciamento de disfagia para unidades de internação hospitalar, apresentados no quadro 3.

QUADRO 3 – SÍNTESE DOS INDICADORES DE GERENCIAMENTO DA DISFAGIA DO SERVIÇO EM ESTUDO

Nome do Indicador	Objetivo	Fórmula e Interpretação
Tempo para retirada da Via alternativa de alimentação	Verificar o tempo (dias) deste a avaliação fonoaudiológica até a retirada da via alternativa de alimentação – VAA	% pacientes que retiraram a VAA de: 0 a 5 dias, 6 a 10 dias, 11a 15 dias ou acima de 15 dias e/ou média.
Índice de complicações relacionadas à deglutição	Proporção de casos com traqueostomia e pneumonia	% pacientes com disfagia que tiveram pneumonia ou usaram traqueostomia
Índice de avaliação da deglutição	Monitorar o desempenho do serviço quanto ao número de avaliações realizadas	Total de avaliações fonoaudiológicas/nº de internações/ (entradas hospitalares)
Índice de pacientes avaliados com exame FEES®	Monitorar o número de pacientes avaliados com exame FEES® no serviço de diagnóstico e tratamento da disfagia	Total de exames FEES®/ total de avaliações fonoaudiológicas

FONTE: adaptado de Moraes e Andrade (2011)

Para o cálculo do índice de avaliação da deglutição, foram calculados o número total de internações /mês (45) por AVE na instituição, considerando o período de três anos (1.260 internamentos) e o número de atendimentos fonoaudiológico - 468 pacientes (2010-2012) no Serviço de Diagnóstico e Tratamento da Disfagia, em estudo.

Índice de pacientes avaliados com exame FEES® = 159 exames (2010-2012).

A FOIS e o FEES® foram realizados pelos médicos e fonoaudiólogas e cedidos para esta pesquisa. Para o grupo controle não foram coletados esses dados, porque o serviço de deglutição foi implantado a partir de 2007.

Buscou-se demonstrar a importância desta avaliação no grupo de casos quanto ao adequado diagnóstico da disfagia e conseqüentemente de seu monitoramento e tratamento pela equipe multiprofissional.

4.4 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os resultados obtidos no estudo foram descritos por frequências e percentuais. Para a comparação dos grupos em relação às variáveis quantitativas foi considerado o teste exato de Fisher ou o teste de Qui-quadrado. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSSv.20.0.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas /UFPR, pelo protocolo Projeto CAAE: 15886013.5.0000.0096 em 19 de julho de 2013 (Anexo III). Seguiu-se a resolução nº 196 de 1996 sobre diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa em seres humanos (BRASIL, 1996).

Para o grupo caso foi utilizado o banco de dados, obtidos por meio da realização da pesquisa intitulada “Correlação entre lesão encefálica e a disfagia em pacientes adultos com Acidente Vascular Encefálico” aprovada em 30 de julho de 2010 sob o registro 2169.064/2010-03 pelo CEP/HC, com o consentimento da pesquisadora.

5 RESULTADOS

O perfil epidemiológico dos pacientes com AVE e disfagia do grupo casos revelou maior proporção de pacientes na faixa etária entre 63-77 anos, a idade mínima foi 30 anos e a máxima 86 anos, com uma média de 63,1 anos. Relativo à variável sexo observou-se que 50% eram do sexo feminino e 50% do masculino. Estas variáveis foram pareadas para o grupo controle.

Quanto à escolaridade no grupo casos predominou ensino médio/superior e o grupo controle apresentou maior proporção de pacientes com ensino fundamental, com diferença estatística significativa ($p=0,002$).

Os fatores de risco para AVE identificados no grupo controle foram em ordem decrescente: hipertensão arterial, tabagismo, diabetes, dislipidemia. No grupo controle a hipertensão arterial continuou como primeiro fator, mas a dislipidemia passou a ser o segundo e diabetes, tabagismo como terceiro e quarto mais frequentes. Houve diferença estatística em relação à prevalência da dislipidemia entre os dois grupos ($p=0,022$).

TABELA 1 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Variáveis	Caso (n=60)		Controle (n=60)		Valor de p
	Frequência	%	Frequência	%	
Idade (anos)					
33-47	6	10,0	6	10,0	
48-62	20	33,3	21	35,0	
63-77	29	48,3	27	45,0	
≥ 78	5	8,3	6	10,0	1
Sexo					
Masculino	30	50,0	30	50,0	
Feminino	30	50,0	30	50,0	1
Escolaridade					
Sem escolaridade	6	10,0	14	23,3	
Fundamental	20	33,3	32	53,4	
Médio/superior	34	56,7	14	23,3	0,002
Fatores de Risco para AVE					
Hipertensão	46	76,7	40	66,7	0,311
Tabagismo	15	25,0	12	20,0	0,662
Diabetes	13	21,7	17	28,3	0,527
Dislipidemia	10	16,7	22	36,7	0,022
Cardiopatia	6	10,0	3	5,0	0,491
Hipotireoidismo	8	13,3	3	5,0	0,204
Alcoolismo	3	5,0	5	8,3	0,717
Obesidade	0	0,0	4	6,7	0,119

Em relação aos dados clínicos dos pacientes e o número de eventos de AVE, verificou-se que para 75,0% dos pacientes do grupo casos foi o primeiro evento, e para o grupo controle foi 70,0%, ressalte-se que esta variável foi pareada no grupo controle, buscando-se evitar viés de resultados.

Na avaliação da Escala de Glasgow, 41(70.8%) pacientes do grupo casos apresentaram escores entre 14 a 15 pontos, ou seja, com danos neurológicos leve, e no grupo controle 30 (50,0%) pacientes apresentavam estes mesmos escores (tabela 2).

A indicação e uso de medicação trombolítica na fase aguda do AVEI, foi introduzida no serviço a partir de 2007 no hospital em estudo, o seu uso predominou no grupo casos, 32 (53,3%) pacientes receberam esta medicação, e no grupo controle apenas 3 (5%) receberam o trombolítico, ($p=0,001$).

Os sinais e sintomas mais frequentes dos pacientes com AVE, identificados durante a admissão foram disartria/afasia seguido da hemiparesia direita e hemiplegia esquerda. A dificuldade de engolir identificada na anamnese inicial durante o internamento, e registrada no prontuário foram de 11 (18.3%) pacientes no grupo caso e 24 (40,0%) no grupo controle, com valor de $p=0,015$.

O tempo de permanência de internação para 45,0% dos pacientes do grupo casos foi de 7 a 13 dias e no grupo controle 45,0% de 14 a 20 dias ($p= 0,001$). O tempo mínimo de internação foi de três dias e máximo de 30 dias, com média de 12.9 dias, no grupo caso, e no grupo controle o tempo mínimo foi de seis dias e o máximo 50 dias, com uma média de 14.7 dias, no grupo controle. A frequência de traqueostomia foi de 1 (1.6%) caso no grupo caso e 2 (3.3%) no grupo controle, com valor de $p=1$, conclui-se que não há diferença entre casos e controle em relação a esta variável.

TABELA 2 - PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Variáveis	Caso (n=60)		Controle (n=60)		Valor de P
	Frequência	%	Frequência	%	
Ocorrência do AVE					
AVE único	45	75,0	42	70,0	0,683
AVE múltiplo	15	25,0	18	30,0	
Escala de Glasgow					
8-10	2	3,4	3	5,1	0,089
11-13	15	25,0	26	44,1	
14-15	41	70,8	30	50,8	
Uso de medicação trombolítica					
Sim	32	53,3	3	5,0	<0,001
Não	28	46,7	57	95,0	
Sinais e sintomas na admissão					
Afasia/Disartria	49	81,6	36	60,0	0,015
Hemiparesia direita/ esquerda	23	38,3	27	45,0	0,579
Hemiplegia direita/ esquerda	24	40,0	9	15,0	0,004
Desvio de rima	13	21,7	0	0,0	<0,001
Dificuldade de engolir	11	18,3	24	40,0	0,015
Alteração cognitiva	5	8,3	4	6,7	1
Tempo de internamento (dias)					
< 7	16	26,6	3	5,0	<0,001
7-13	27	45,0	24	40,0	
14-20	10	16,7	27	45,0	
≥ 21	7	11,7	6	10,0	
Indicação de traqueostomia	1	1,6	2	3,3	1

Quando analisados os resultados do exame FOIS realizado pelas fonoaudiólogas, dos pacientes com AVE do grupo casos, observa-se que houve predomínio do nível 7 (alimentação por via oral total sem restrições), seguido do nível 1 (nada por via oral), e 4 (via oral total de uma única consistência). Considera-se que do nível 1 ao 6, que o paciente apresenta alteração. Portanto, 21 pacientes apresentavam alteração da deglutição segundo este exame, demonstrando 35 % de alteração na disfagia (tabela 3)

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO GRUPO CASOS SEGUNDO A ESCALA FUNCIONAL DE INGESTA POR VIA ORAL (n=60)

ESCALA DE FOIS		n	%
Nível 1	Nada por via oral	9	15,0
Nível 2	Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido	0	0,0
Nível 3	Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido	0	0,0
Nível 4	Via oral total de uma única consistência	8	13,3
Nível 5	Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações.	3	5,0
Nível 6	Via oral com Múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares.	1	1,7
Nível 7	Via oral total sem restrições	39	65,0

Na avaliação instrumental da deglutição por meio do exame FEES® com a utilização da Escala de Severidade de Penetração e Aspiração (tabela 4), identificou-se 24 pacientes (40%) com alteração da deglutição. Destes, cinco pacientes (8,4%) apresentaram alteração no nível de penetração e 19 pacientes (31,6%) apresentaram alteração no nível de aspiração, indicando nestes casos, alteração da deglutição ou disfagia.

Isto demonstra que a avaliação instrumental é um método bastante específico e seguro quando se busca identificar alterações na fase faríngea, em relação à avaliação clínica.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO GRUPO CASOS SEGUNDO ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO (n=60)

Variáveis	Categorias	Frequência	%
Nível de penetração	1 Contraste não entra em via aérea	36	60,0
	2 Contraste entra até acima das ppvv, sem resíduo.	2	3,3
	3 Contraste permanece acima das ppvv, resíduo visível	1	1,8
	4 Contraste atinge ppvv, sem resíduo.	0	0,0
	5 Contraste atinge ppvv, resíduo visível.	2	3,3
Nível de aspiração	6 Contraste passa o nível glótico, mas não há resíduo no nível subglótico	2	3,3
	7 Contraste passa o nível glótico com resíduo no nível subglótico apesar do paciente responder	5	8,3
	8 Contraste passa a glote com resíduo na subglote, mas o paciente não responde	12	20,0

ppvv = pregas vocais

Observou-se que a sonda nasogástrica ou nasoenteral foi indicada para 17 (28.3%) pacientes no grupo casos, e para 16 (26.6%) no grupo controle. Em relação ao tempo de uso desta via alternativa verificou-se que para 55.5% pacientes do grupo casos o tempo de uso foi até 10 dias, já para o grupo controle o tempo de uso da sonda para 66,7% dos pacientes foi acima de 10 dias. Em relação à alta com a via alternativa, 11 (61.1%) pacientes no grupo

casos e 14 (77.7%) dos pacientes do grupo controle tiveram alta com este dispositivo. Não houve, no entanto, diferença estatística destas variáveis entre os grupos estudados.

TABELA 5 - VIA DE ALIMENTAÇÃO E TEMPO DE USO DA VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO

VARIÁVEIS	n	Caso		Controle		Valor de p
		Frequência	%	Frequência	%	
Via de alimentação	60					
Oral		42	70	42	70	
SNE/ SNG		17	28,3	16	26,7	
Gastrostomia		1	1,7	2	3,3	1
Tempo de uso da via alternativa de alimentação (sonda nasogástrica/enteral+ gastrostomia) (dias)	18					
2-10		10	55,6	6	33,3	
≥ 11		8	44,4	12	66,7	0,314
Alta com via alternativa de alimentação	18					
Sim		11	61,1	14	77,8	
Não		7	38,9	4	22,2	0,470

Para o teste estatístico as classificações SNE/SNG e gastrostomia foram agrupadas. SNE/SNG= sonda nasoenteral/sonda nasogástrica

A tabela 6 refere-se às medidas para reabilitação no pós-alta, onde se observa que no grupo casos que foi atendido pelo serviço de gerenciamento da disfagia em estudo, houve um maior número de encaminhamentos para reabilitação, sendo para fisioterapia (75% dos casos), fonoterapia (43.3% dos casos), e nutrição (43.3% dos casos), enquanto no grupo controle houve apenas 43,3% dos casos foram encaminhados para fisioterapia, 8,3% para fonoterapia, 11,6% para nutrição.

Considerando a continuidade do tratamento para reabilitação após a alta hospitalar, observou-se que houve maior continuidade da fisioterapia, com 25 (41.6%) pacientes no grupo casos e 32 (53,3%) no controle ($p=0,273$) seguido da fonoterapia 19 (31.6%) e 3 (5%) respectivamente ($p=0,001$).

Os motivos da descontinuidade do tratamento para reabilitação foram: 8 (13,3%) pacientes aguardavam vaga no SUS grupo caso e 11 (18,3%) do grupo controle, a dificuldade de locomoção 4 (6,6%) no grupo caso e 3 (5,0%) no grupo controle, a dificuldade financeiras 17 (28,3%) no grupo casos e 8 (13,3%) no grupo controle.

Quanto ao local para realização do tratamento fonoterápico foi referido o Hospital de Reabilitação por 13 (21.6%) pacientes no grupo caso e 1 (1,7%) no grupo controle ; houve procura por clínica particular por 4 (6,7%) pacientes do grupo caso e 3 (5,0%) do grupo

controle. No total, nove pacientes, voltaram a unidade de saúde para buscar encaminhamento para fonoterapia.

Relataram a permanência de dificuldade para engolir após a alta, 21 (35%) pacientes do grupo caso e 23 (38.3%) no grupo controle ($p=0,859$).

TABELA 6 - REABILITAÇÃO NO PÓS-ALTA DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (n=60)

VARIÁVEIS	Caso (n=60)		Controle (n=60)		Valor de p
	Frequência	%	Frequência	%	
Encaminhamentos pós-alta					
Fisioterapia	45	75,0	26	43,3	1
Fonoterapia	26	43,3	5	8,3	<0,001
Nutrição	23	38,3	7	11,6	0,001
Outros	2	3,3	0	0,0	0,496
Continuidade do tratamento de reabilitação					
Fisioterapia	25	41,6	32	53,3	0,273
Fonoterapia	19	31,6	3	5,0	<0,001
Nutrição	10	16,6	3	5,0	0,075
Não continuou	29	48,3	22	36,6	0,268
Motivo da descontinuidade da reabilitação					
Aguarda vaga no SUS	8	13,3	11	18,3	0,4542
Dificuldade de locomoção	4	6,6	3	5,0	0,7084
Condições financeiras ruins	17	28,3	8	13,3	0,0452
Recebeu alta do tratamento	12	20,0	6	10,0	0,1277
Melhora espontânea	3	5,0	15	25,5	0,0023
Não soube informar	29	48,3	22	36,6	0,1973
Local do tratamento fonoterápico					
Hospital de reabilitação	13	21,7	1	1,7	0,001
Clinica particular/privado	4	6,7	3	5,0	0,719
Unidade de saúde	5	8,3	4	6,7	1
Não realizou	38	63,3	52	86,6	0,006
Permanência da disfagia após alta	21	35,0	23	38,3	0,859

A síntese dos indicadores fonoaudiológicos do serviço em estudo apresentado na tabela 7, reforça que o indicador tempo de retirada da via alternativa de alimentação apresentou melhor resultado no grupo caso, ficando entre 6 -10 dias e no grupo controle ficou acima de 10 dias (94,4%), no entanto não houve diferença estatística entre os dois grupos ($p=1$).

A frequência de pneumonia ocorreu em 2 (3.3%) pacientes no grupo caso e em 8 (13.3%) no grupo controle, não havendo diferença estatística significativa entre grupo casos e controle, conclui-se que não há evidências de diferença entre casos e controles em relação à propensão a ter pneumonia aspirativa, nesta amostra estudada.

Quanto ao índice de avaliação da deglutição, considerando a proporção de atendimento/mês, o índice foi de 28,8%.

TABELA 7 - SÍNTESE DOS INDICADORES DE IMPACTO DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DISFAGIA EM ESTUDO

Indicador	n	Caso		Controle		Valor de p
		Frequência	%	Frequência	%	
Tempo para retirada da via alternativa de alimentação (dias)	18					
0 – 5		2	11,2	1	5,6	
6 – 10		8	44,4	0	0,0	
≥11		8	44,4	17	94,4	1
Índice de complicações pós AVE	60					
Pneumonia aspirativa		2	3,3	8	13,3	0,095
% de avaliação fonoaudiológica da deglutição	60	468	28,8	-	-	
% da pacientes avaliados com FESS®	60	159	33,9	-	-	

Cálculo: 468 pacientes AVE/1620 internamentos (2010-2012) x 100= 28,8

Cálculo: 159 FEES/468 pacientes com avaliação fonoaudiológicas (2010-2012)x100=33,9

6 DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes com AVE atendidos no setor de neurologia evidenciou uma média de idade de 63,1 anos. O AVE é uma doença cerebrovascular passível de acontecer em qualquer faixa etária, mas sua incidência aumenta à medida que avança a idade, e dobra aproximadamente a cada década de vida. O AVE acomete com mais frequência em idosos acima de 60 anos. A população idosa também é suscetível a disfagia, logo se pode considerar a idade como um preditor de disfagia (CAMACHO; LOBATO, 2001; SCHELP *et al.*, 2004; MENEZES; GONCALVES; CHIARI, 2005; MAZZOLA *et al.*, 2007).

O perfil epidemiológico brasileiro é marcado por um acentuado aumento de mortes por doenças cerebrovasculares e também por um maior número de pessoas com doenças e incapacidades crônicas devido ao crescente envelhecimento populacional. Dentre as doenças cerebrovasculares, o AVC destaca-se como sendo uma das grandes preocupações da atualidade, tendo em vista ser a terceira maior causa de morte por doença no mundo (CAVALCANTE *et al.*, 2010).

A análise da escolaridade dos pacientes com AVE demonstrou predomínio do ensino médio superior no grupo casos e ensino fundamental no grupo controle. Uma possível explicação para esta diferença, é que os pacientes do grupo casos atendidos nos últimos três anos, tiveram acesso a melhor escolaridade, fenômeno observado na população em geral em períodos mais recentes. Estudos apontam que a escolaridade interfere na adesão à promoção, prevenção e tratamento de diferentes patologias, estando relacionada ao aumento da sobrevivência, e ao melhor controle dos fatores de riscos (LESSA, 2004; NEAUL, 1998). A escolaridade mais elevada pode possibilitar melhores condições de vida, maior controle sobre os fatores de risco, maior sobrevivência, maior capacidade de retornar as atividades, com conseqüentemente, impacto na redução da mortalidade precoce por AVE (FALCÃO *et al.*, 2004). A baixa escolaridade constitui-se uma barreira à autonomia da população, outras barreiras para a recuperação dos pacientes são a atenção inadequada aos processos de promoção da saúde e prevenção de doenças, pouca interação da população com os processos educativos, ausência de trabalhos com equipes multidisciplinares, pouca capacitação dos profissionais para sensibilização e motivação das pessoas (BIZZO, 2002).

Os principais fatores de risco para o AVE, identificados na amostra pesquisada (tabela 1) foram: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo, diabetes. Nas últimas décadas tem havido um grande esforço por órgãos legítimos como, OMS e Ministério da

Saúde para promover o controle dos fatores de risco pela população, e na prevenção de novos eventos. A HAS constitui o principal fator de risco modificável para o AVEI, com risco relativo de seis vezes maior para pacientes hipertensos desenvolverem AVEI (FAYAD, 2005). As principais causas modificáveis da HAS são os hábitos alimentares, principalmente ingestão de sal, níveis de exercício físico, obesidade e consumo excessivo de álcool (BRASIL, 2003).

O tabagismo é um fator de risco importante para as doenças cerebrovasculares, o abandono do cigarro reduz o risco de forma marcante apenas dois anos após sua interrupção, e isoladamente se constitui num significativo fator de risco para a incidência das doenças cerebrovasculares. Ele aumenta em cerca de duas a quatro vezes as chances de o indivíduo fumante desenvolver uma doença cerebrovascular principalmente nas mulheres (CHAVES, 2000).

O diabetes *mellitus* constitui risco para as doenças cerebrovasculares (DCV) por mecanismos aterogênicos diretos e por interagir com outros fatores de risco, como hipertensão e hiperlipidemia. Sua prevalência vem crescendo nas últimas décadas. O risco relativo de pacientes com DM desenvolverem DCV é de quatro vezes, diante disso, coloca-se entre os principais fatores de risco para AVEI (SBD, 2013). Tais aspectos reforçam o AVE como um importante problema de saúde pública, necessitando de políticas públicas abrangentes e efetivas para reduzir os riscos e, conseqüentemente, à incidência de DCV na população.

O AVE pode provocar comprometimento neurológico e conseqüentemente sequelas motoras, de linguagem, fala e na dinâmica da deglutição, sendo que mais da metade dos pacientes após um AVE apresentam disfagia. Lesões em hemisfério E apresentam, com maior frequência, disfunções na fase oral, com dificuldade na captação, no reconhecimento e na ejeção do bolo, com conseqüente aumento no tempo de trânsito oral e escape precoce, principalmente por dificuldades em executar e programar o movimento (SILVA, 1997).

Os sinais neurológicos variam de acordo com a localização do AVE, e desta forma, a localização é um dos fatores mais determinante do que o número de episódios de AVE e o acometimento da disfagia. Observou-se neste estudo maior frequência de um único episódio, com o predomínio da localização da lesão no hemisfério esquerdo.

Aspesi e Gobatto (2001), Neto (2002) e Fukujima (2005) relatam que aproximadamente 80% dos AVEs são causados por isquemia e os outros 20% pelo hemorrágico. Sendo assim, neste estudo optou-se por AVEI por ser uma amostra mais frequente, sendo excluídos os acidentes hemorrágicos.

Na avaliação neurológica pela Escala de Coma de Glasgow, evidenciou-se maior número de pacientes com pontuação entre 14 a 15 pontos em ambos os grupos, e todos os pacientes foram considerados em estado de alerta, com bom nível cognitivo. Autores relatam que a cognição preservada diminui o risco de pneumonia aspirativa (LONGEMANN, 1994; NEWTON *et al.*, 1994; MARTINO *et al.*, 2005), e que a presença de sonolência, caracterizando rebaixamento do nível de consciência, é um preditor da disfagia (PACIANORI *et al.*, 2004).

No Brasil o tratamento do AVE agudo com o uso de trombolíticos vem ocorrendo em número crescente de pacientes desde que foi aprovado pelo Ministério da Saúde, em 2001. No entanto, existem poucos hospitais públicos no país estruturados como Unidades de AVE, habilitados para realização de trombólise o que limita o acesso da população (MORO *et al.*, 2009).

O tratamento do AVEI agudo mudou nos últimos anos, com a introdução de protocolos bem definidos e profissionais de saúde capacitados para o atendimento, juntamente com uma política de gestão intra-hospitalar, para melhor atender os pacientes comprometidos por esta patologia. Apesar destes avanços, ainda se observa uma grande necessidade de informação e educação continuada na abordagem desta doença em muitos serviços.

No presente estudo observou-se que mais da metade do grupo casos (53,3%) foi beneficiado com esta terapia, já no grupo controle somente (5%), demonstrando que neste período o serviço do hospital em estudo não estava estruturado para este tipo de atendimento e/ou os pacientes não chegavam a tempo hábil para início da terapia. Em função do uso recente desta medicação, e do pequeno número analisado nos dois grupos, não foi possível avaliar o quanto o uso do trombolítico influencia no distúrbio da deglutição, para corroborar com estudos anteriores. Portanto, estudos futuros sobre o uso de trombolíticos seus efeitos no tratamento do AVE e na incidência/taxa da disfagia são recomendados.

São frequentes nos pacientes que desenvolvem um AVE os distúrbios da comunicação como a disartria/afasia. No presente estudo cerca de 81,6% dos pacientes do grupo casos apresentaram estas alterações. As disartrias são causadas por lesões decorrentes do sistema nervoso central ou periférico que provocam problemas na comunicação oral devido a uma paralisia, fraqueza ou incoordenação da musculatura da fala. É também considerada como um fator preditivo de risco para aspiração, na avaliação clínica. Observa-se comprometimento do controle motor da fala, fato este que pode levar a disfunções de deglutição, principalmente na fase oral, devido à participação da língua como estrutura

comum, para a fala, e na preparação e na retropropulsão do bolo alimentar (MURDOCH, 1997). Estas situações deveriam ser avaliadas e tratadas com o auxílio de fonoaudiólogos.

Um único paciente necessitou traqueostomia nos grupos estudados. A presença de cânula de traqueostomia é uma condição desfavorável à deglutição, caracterizada pela limitação da elevação e anteriorização laríngea, dessensibilização da laringe e ineficiência e aumento do tempo do fechamento glótico devido à diminuição da pressão supra-glótica. Bem como, da diminuição sensória da gustação e olfação, aumento da produção e acúmulo das secreções pela diminuição do processo muco ciliar normal para filtração e hidratação, alteração do olfato e paladar e alteração na umidificação, aquecimento e filtragem do ar. A presença de cânula com cuff ainda pode provocar compressão do esôfago, estimular formação de granulomas e promover acúmulo de secreção na região supra *cuff* (GOMES, 2001; GOMES; SENNA, 2008).

O tempo médio de internamento foi baixo, 12,9 dias no grupo casos. Segundo Smithard, Smeeton, Wolfe *et al.* (2007) os pacientes com disfagia apresentam maior período de internação hospitalar (44,8 dias, comparados com 24,4 dias de pacientes não disfágicos); afirmam que há evidências que a detecção precoce da disfagia em pacientes pós-AVE reduz não somente as complicações clínicas, como também o período de internação e os gastos hospitalares. Os autores observaram que o efetivo gerenciamento do distúrbio da deglutição por uma equipe capacitada, com conhecimento específico na área, e envolvida com o tema, reflete diretamente na melhora da qualidade de vida do paciente/família, humaniza o cuidado, além de reduzir custos hospitalares com reinternações, como evidenciou o estudo.

Estudos brasileiros identificaram frequência de disfagia que variaram entre 48 e 91% após o AVE (SHELP; COLA; GATO, 2004; BARROS; FABIO; FURKIM, 2006; XEREZ; CARVALHO; COSTA, 2004). Ressalte-se que o método utilizado foi a avaliação clínica, utilizando-se a escala FOIS, e este período de avaliação após o AVE foi em média 48 horas neste estudo. Desta forma na avaliação clínica fonoaudiológica deste estudo foi observada uma proporção de 35% de alteração da deglutição pelo exame FOIS, sendo 13,3% no nível 4, 5% no nível 5; 1,7% no nível 6 e 15% no nível 1.

A avaliação clínica da deglutição é rotineiramente a primeira a ser feita para observar as estruturas dos órgãos fonoarticulatórios envolvidos no processo de deglutição, referente ao tônus, mobilidade, sensibilidade e coordenação de movimentos. Fornari (2010) avaliou 15 pacientes pós-AVE utilizando a escala FOIS, destes 26,6% foram classificados no nível 1, 20% no nível 6; 20% no nível 5; 20% no nível 4 e 13,4% no nível 7. Com a finalidade

de reintrodução de alimentação por via oral segura nos pacientes com AVE em fase aguda concluiu como importante a intervenção fonoaudiológica precoce a fim de evitar complicações clínicas decorrentes da oferta de dieta inadequada.

Na avaliação instrumental em estudo 19 (31,6%), apresentaram algum grau de aspiração segundo Escala de Severidade, denotando disfagia e 5 (8,4%) apresentaram alteração da deglutição à nível de penetração. Na literatura destacam-se vários estudos sobre a incidência da disfagia no AVE pela avaliação instrumental, variando de 20,0% a 90,0% sua incidência (KAWASHIMA; MOTOHASHI; FUJISHIMA, 2004)

O método de avaliação e diagnóstico instrumental da disfagia apresentam aspectos positivos e negativos. O exame de FEES® da deglutição é bastante seguro, mas apresentam alguns riscos, como engasgos, laringoespasmo, reflexo vasovagal, reações adversas ao uso de anestésicos tópicos e epistaxe, além de ser um pouco desconfortável para o paciente (HISS; POSTMA, 2003).

A avaliação da deglutição comumente é dividida em avaliação clínica e avaliação instrumental da deglutição (nasofibrolaringoscopia), em virtude dos métodos fornecerem dados distintos, a incidência de disfagia depende de que forma foi utilizada a avaliação. O ideal seria a viabilidade de realização da avaliação clínica e instrumental, ambos para identificar aspiradores silentes e para orientar a conduta das disfagias.

A avaliação clínica da deglutição permite obter informações sobre a localização de caráter estrutural e funcional e a etiologia subjacente, além de determinar a efetividade de algumas condutas. Requer interpretação e baseia-se na observação da fase oral. A escala de FOIS é reconhecida estatisticamente e validada, avaliando especificamente os pacientes com disfagia, em estado pós AVE e reflete a funcionalidade da ingesta oral destes (CRARY *et al*, 2005).

A principal proposta para a validação clínica é identificar pacientes com risco para disfagia orofaríngea e ser a referencia inicial precoce para o diagnóstico e tratamento, com o objetivo de prevenir complicações e risco de morte (MARTINO; PRON; DIAMONT, 2000).

A avaliação instrumental por meio da nasofibrolaringoscopia da deglutição é um exame considerado simples e pouco invasivo, que permite observar a fase faríngea da deglutição, possibilita a realização de manobras de proteção de vias aéreas, permite melhor orientação da dieta destes pacientes e visualização de aspirações silentes.

Em um estudo desenvolvido por Sordi *et al*. (2009) em relação a correlação entre avaliação clínica e videoendoscópica por meio da classificação do grau de severidade,

concluiu que a concordância foi intermediária/ baixa entre as escalas classificação da severidade, reforçando a necessidade da realização de ambos os procedimentos de avaliação.

Segundo Postma (2003); Amin e Postma (2004); Rees (2006); Tabaei *et al.*, (2006); Warnecke *et al.*, (2009); Abe e Tsubahara (2011), as maiores vantagens da nasofibrobroncoscopia da deglutição são: ausência de exposição à radiação; evita o deslocamento para uma unidade de radiologia, o que nem sempre é possível; pode ser realizada ao lado do leito; ser repetida quantas vezes forem necessárias; e, principalmente, a avaliação da sensibilidade faringolaríngea, permitindo avaliar vários parâmetros dos aspectos sensoriais e motores envolvidos na fase faríngea da deglutição.

Warnecke *et al.* (2009) avaliaram a segurança do exame *op cit.* em 300 pacientes pós-AVE, nenhum deles apresentou comprometimento de vias aéreas, diminuição do nível de consciência (por exemplo: de alerta para estupor ou coma), sintomas de bradicardia/taquicardia ou laringoespasma (abdução glótica por mais de 2 segundos). Ocorreram 18 casos (6%) de epistaxe, mas não necessitaram de nenhum tipo de tratamento e finalizaram o exame. Não houve aumento de sangramento nasal, mesmo após a trombólise. Em relação ao desconforto do exame, dos 165 pacientes que puderam responder: 30,3% relataram que o exame foi desconfortável; 53,3%, levemente desconfortável; 13,3%, moderadamente desconfortável; e 3,0%, intensamente desconfortável. Este estudo demonstrou que o exame FEES® é pouco tolerado pelos pacientes, sendo, no entanto um exame seguro.

Na tabela 5 identificou-se que em relação à via de alimentação há um predomínio da via oral em ambos os grupos, seguido pela alimentação por SNG/SNE no grupo caso e no grupo controle. Esta via é mais utilizada, pelo fator protetivo que a sonda oferece em pacientes com cognitivo alterado, bem como para suprir as necessidades nutricionais do indivíduo. Sua indicação, no entanto, e o tempo de retirada devem ser avaliados por profissional habilitado. No grupo controle havia um número maior de pacientes usando sonda enteral, sem uma análise da sua real necessidade, demonstrando que a ausência da intervenção de uma equipe multidisciplinar prolonga as restrições dietéticas, e consequentemente as complicações clínicas e psicossociais.

Na alta hospitalar a proporção de pacientes que saíram com alimentação por via oral foi de 61,1% no grupo caso e 77,8% no grupo controle, inferior ao encontrado no estudo de Abudmaalssih *et al.* (2009) que conclui que 95% dos sujeitos pesquisados tiveram alta com alimentação por via oral (estado bom) com algumas modificações posturais e/ou de consistência alimentar.

Deve-se ressaltar que existem controvérsias quanto à eficiência do emprego de sondas de alimentação na prevenção das complicações pulmonares, tendo em vista que esta não elimina o risco de aspiração de secreções altas e a broncopneumonia. No entanto os estudiosos do tema concordam que deve haver uma análise criteriosa na prática clínica em relação ao emprego da sonda de alimentação, sua inserção representa fator potencial de risco para broncopneumonia, sendo mais elevado se a sonda for nasogástrica devido a fatores como: perda da integridade anatômica, aumento do pH gástrico com colonização bacteriana, migração de bactérias pela SNG e colonização faríngea (GOMES *et al.*, 2003).

Hansen, Larsen e Engberg (2008) desenvolveram um estudo com 173 pacientes que apresentavam lesão neurológica severa, identificando que 81% daqueles que apresentaram quadros de pneumonia, utilizavam via alternativa de alimentação exclusiva.

Nakajoh *et al.* (2000) em um estudo realizado com 143 idosos acima de 65 anos, sobre a relação entre a incidência de pneumonia e os reflexos protetores em pacientes pós AVE, concluíram que os reflexos protetores tem uma relação significativa com a incidência de pneumonia, e que a alimentação por sonda pode ter um papel favorável na prevenção de pneumonia aspirativa em pacientes com reflexos protetores diminuídos.

Gomes *et al.* (2003), em estudo por eles realizado, concluem que pacientes com doenças cerebrovasculares que desenvolvem disfagia e usuários de sondas nasoenterais, apresentam maior acúmulo de secreções na faringe, aumento do pH intragástrico com consequente colonização bacteriana. Esta situação aumenta o risco de aspiração e pneumonia, o uso da sonda enteral deveria ser restrito e bem indicado, destacam os autores.

Em pesquisa prospectiva com 100 pacientes, realizada num período de 18 meses, visando identificar a taxa de pneumonia em pacientes com AVE e que apresentaram disfagia e eram usuários de sonda para a alimentação identificou a presença de pneumonia aspirativa em 44% dos pacientes, no segundo ou terceiro dia de AVE; concluindo que as sondas enteral oferecem apenas uma proteção limitada contra a pneumonia aspirativa em pacientes com disfagia aguda após o AVE (DZIEWAS *et al.*, 2004).

A necessidade de um diagnóstico precoce e apropriado da disfagia a fim de reduzir a incidência de pneumonia e melhorar a qualidade de vida dos pacientes é recomendada no estudo de Rosenvinge e Stark (2005) que concluiu que pacientes disfágicos não percebem o problema e são os cuidadores os responsáveis pela segurança no engolir, ficando comprovado neste mesmo estudo que garantindo uma alimentação mais lenta, se evita a broncoaspiração.

Diferentes autores descreveram a redução da incidência de pneumonia de 51% no primeiro dia para 17% em um mês, para 11% em seis meses quando o paciente era acompanhado por equipe multidisciplinar no monitoramento do alimento. A disfagia isolada ou em associação com outras incapacidades funcionais está relacionada com um pior prognóstico, aumentando o risco de pneumonias, como também com desnutrição, hospitalização prolongada, institucionalização pós-alta e maior mortalidade (RAMSEY; SMITHARD; KALRA, 2003; KIND *et al.*, 2007; SMITHARD; SMEETON; WOLFE, 2007; MARQUES; ANDRÉ; ROSSO, 2008).

Muitas destas complicações podem ser prevenidas por meio de uma avaliação frequente da disfagia, e pela providência de intervenções mais apropriadas, o que permitirá a alimentação por via oral adequada e segura ou a adoção de outras estratégias adequadas para a minimização de riscos (BARROS; FABIO; FURKIM, 2006).

Os dados da presente pesquisa apontam uma menor ocorrência de pneumonia diagnosticada no grupo casos (3,3%) e, os que tiveram a pneumonia tinham sido acometidos por mais de um episódio de AVE e também apresentavam outros fatores de risco; no grupo controle a relevância foi maior de casos de pneumonia (13.3%), dados que reforçam que um diagnóstico precoce com atuação de uma equipe multidisciplinar reduz as complicações respiratórias, embora não tenha havido diferença estatística significativa, provavelmente devido ao pequeno número de pacientes analisados e tempo de observação. Recomenda-se uma ampliação deste estudo visando à confirmação desta análise.

Referente à reabilitação (Tabela 6), a fonoterapia foi a segunda mais indicada depois da fisioterapia, no entanto a continuidade das terapias de reabilitação após a alta foi realizada por uma pequena fração de pacientes, pelas condições financeiras e pela demora de agendamento pela rede pública como referido. Observou-se que o local do atendimento fonoaudiológico ocorreu no principal Centro de Reabilitação do SUS, haja vista, este ser atualmente referência para o atendimento aos usuários do SUS, contudo, 13 (50%) a metade dos pacientes encaminhados para fonoterapia desistiram da terapia.

Os dados encontrado no presente estudo, diferem do estudo de Ribeiro *et al.* (2012) que teve como objetivo caracterizar o acesso a reabilitação de pacientes acometidos por AVE na Paraíba, identificou que 67,1% fizeram reabilitação pós-AVE, enquanto 32,9% não tiveram acesso a esse procedimento. Dentre os que tiveram acesso, 67,4% iniciaram a reabilitação logo nos primeiros seis meses após o acometimento, 40% o fizeram por maior tempo no domicílio, 50,5% no centro de reabilitação e 9,5% no hospital.

Conforme portaria Ministerial nº665/2012, os pacientes devem ser reavaliados 30, 60 e 90 dias após a alta hospitalar em ambulatório especializado por equipe multidisciplinar (BRASIL, 2012).

A reabilitação envolve a utilização de técnicas e ações interdisciplinares e o esforço conjunto dos profissionais e familiares, dentro e fora das instituições com o objetivo comum de restabelecer e/ou reabilitar as funções perdidas e ao máximo a qualidade de vida de cada indivíduo.

Para tanto é fundamental que o paciente seja analisado e tratado por uma equipe multidisciplinar, uma vez que este pode apresentar diversas complicações, como alterações comportamentais e cognitivas, dificuldades na fala, dificuldade para alimentar-se, depressão e outras decorrentes da imobilidade e pelo acometimento muscular. (PAVAN *et al.*, 2008).

Um estudo com 100 indivíduos que sofreram AVE demonstrou que 62% apresentavam incapacidade motora, 35% não realizava nenhum tipo de tratamento de reabilitação por causa de dificuldade de acesso e da falta de encaminhamento para um Centro de Reabilitação Especializado (PAVAN *et al.*, 2008).

As ações de reabilitação no Brasil ocorrem ainda em uma rede precária e desarticulada com dificuldade de comunicação e não contemplam uma política integral de atendimento às necessidades de cada indivíduo. Há uma descontinuidade entre as ações das esferas pública e privada, sendo a assistência prestada a um número reduzido de pessoas (RIBEIRO *et al.*, 2010).

É imperativo na instituição em estudo, a efetivação de uma equipe que trabalhe os distúrbio da deglutição, principalmente com a presença do profissional de fonoaudiologia, que é habilitado para prevenir, avaliar e reabilitar os distúrbios da deglutição, pois atualmente muitos pacientes deixam de ser avaliados e tratados de forma adequada, incidindo em prejuízo ao paciente e sociedade.

A ausência de um serviço de gerenciamento da disfagia estruturado de forma institucionalizada e sistematizada ocasiona prejuízo tanto no pronto reconhecimento, como no resultado do tratamento proposto e expõe o paciente a complicações preveníveis, gerando insatisfação com o atendimento. Também é necessária a continuidade do tratamento de reabilitação, pois este distúrbio pode afetar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, no decorrer do processo da doença caracterizando em desordens fisiológica, econômica e psicossocial.

Também cabe salientar que com o aumento da expectativa de vida e ao mesmo tempo em que se eleva a incidência de AVE, torna essencial às políticas que invistam na promoção e prevenção dos fatores de risco para o AVE, com campanhas que busquem evitar a instalação da doença e até mesmo retardar ou melhorar a evolução dos pacientes acometidos, ofertando serviços especializados.

Nas últimas décadas tem-se observado uma maior preocupação com a qualidade de vida dos doentes crônicos, e maior atenção e monitoração das sequelas impostas pelas doenças.

No campo das pesquisas científicas sempre houve uma grande preocupação relacionada às formas empregadas para o tratamento de patologias, visando aumentar a sobrevida da população. Mas, ao mesmo tempo, a qualidade de vida (QV) relacionada à sobrevida não era valorizada. Recentemente vem ocorrendo uma crescente preocupação não só com a frequência e a severidade das doenças neurológicas, mas também com a avaliação de medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias, medidas de percepção da saúde e medidas de disfunção/*status* funcional (POLESE *et al.*, 2008; CESÁRIO; PENASSO; OLIVEIRA, 2006).

Portanto para um tratamento mais eficaz deve ser considerada a perspectiva do paciente, ou seja, medir a qualidade de vida, incluindo função e bem-estar, e a sua satisfação, permitindo-nos compreender a experiência humana de viver com disfagia. Isto porque, função fisiológica não é sinônimo, de funcionamento e bem-estar. A avaliação da QV relacionada com disfagia permite conhecer e interpretar a percepção paciente sobre a disfagia, em várias fases do seu tratamento. Conhecer o impacto da disfagia na QV, de forma mensurável, permite direcionar o tratamento de forma mais adequada (MCHORNEY *et al.*, 2002).

Ward *et al.* (2007) desenvolveram um estudo onde sugeriram um indicador de tempo médio para avaliação fonoaudiológica como possível parâmetro indicativo do início do retorno da alimentação por via oral. Na pesquisa de Padovani *et al.* (2010) este tempo abrange o período de admissão do paciente até o momento da avaliação fonoaudiológica analisando se o paciente apresenta condições para começar a reabilitação, porque se fundamenta na probabilidade de intercorrências presentes no período de admissão e avaliação fonoaudiológica, que em grande parte dos casos se refere à falta de possibilidade de alimentação por via oral. No que diz respeito ao gerenciamento do quadro, um tempo médio para avaliação fonoaudiológica zero (fonoaudiólogo faz a intervenção no mesmo dia em que há a passagem da sonda) implicaria na antecipação do início do processo.

Referente ao índice de avaliação fonoaudiológica, no presente estudo, foi calculado um índice de 28,8%, que pode ser valorizado, pois o serviço encontra-se em fase inicial de implantação, com funcionamento parcial, as quintas-feiras pela manhã em caráter interno, para fins de pesquisa, bem como registro ineficaz do atendimento pelos profissionais. As dificuldades encontradas são decorrentes da escassez de recursos humanos, insumos e materiais no setor público. Por outro lado, mesmo com inúmeras dificuldades, os profissionais continuam a prestar assistência e a melhorar a qualidade de vida dos pacientes atendidos, evidenciando a necessidade de expandir esse serviço às demais áreas do Hospital.

Schindler *et al.* (2008) em estudo para dimensionamento da demanda de pacientes ao serviço frente ao número de pacientes internados no mesmo período (índice de avaliação fonoaudiológica) discute que embora este índice seja baixo (0.6%) o número absoluto (222 pacientes) foi significativo, e que comparando este índice com outros hospitais com índice significativamente maior se justificam pela diferença existente na forma de coleta do indicador, sendo que a comparação da análise crítica de um desempenho só pode ser válida se os critérios dos indicadores forem os mesmos.

Uma vez fechado o diagnóstico fonoaudiológico da disfagia, segundo uma abordagem fonoaudiológica junto aos pacientes com AVE, independente das técnicas elencadas, é importante o papel do cuidador, da família e do paciente e, sempre que possível que estes tenham claros os objetivos, o caminho escolhido e o papel de cada membro da equipe. Vale ressaltar que a família e o cuidador compõem a equipe de reabilitação e são membros-chave para o sucesso do programa (SANTANA; BARROS, 2010).

Entretanto, os principais equívocos cometidos durante a oferta de dieta ao paciente disfágico estão relacionados ao posicionamento, às técnicas inadequadas do uso de utensílio e ao ritmo de oferta alterado, o que aumenta o risco de aspiração traqueal. As orientações fornecidas em relação à disfagia devem ser: higiene oral adequada, evitar distrações durante a alimentação do doente, checar estado de alerta e cognitivo antes da oferta da dieta, checar se o doente tem dificuldades de fala e deglutição, presença de sialorréia ou xerostomia. Também se faz necessário checar via de alimentação, posicionamento de cabeça e tronco, controle motor, tipo de consistência orientada, (como a pastosa e o líquido espessado, considerados os mais seguros para o disfágico), técnicas de auxílio da oferta de dieta, indicação de utensílios adequados, forma de oferta de medicação via oral e monitoramento após a oferta da deglutição (KILLEN, 1996; BRAUER, 2001; CHADWICK, 2002; RESDSTONE; WEST, 2004; GARCIA; MOLANDER, 2005).

Neste contexto a enfermagem tem papel preponderante no atendimento do paciente com AVE, tanto na identificação de sinais e sintomas sugestivos de disfagia como em ações simples, sendo estas atribuições da equipe de enfermagem (NUNES *et al.*, 2009).

Albini *et al.* (2013) concluíram em seu estudo sobre o conhecimento teórico e prático da equipe de enfermagem, que o atendimento aos pacientes com disfagia ainda constitui um desafio, mesmo em Hospitais Universitários, uma vez que depende do gerenciamento adequado dos cuidados e de uma atuação interdisciplinar que envolva o fonoaudiólogo, o enfermeiro, os médicos especialistas da área dentre outros profissionais capacitados.

Nesse sentido, este estudo contribuiu não só para dar foco à questão do gerenciamento da disfagia e das falhas na reabilitação, como também complementar este conhecimento, evidenciar as necessidades e influenciar positivamente no trabalho da equipe multidisciplinar, para favorecer o alcance de melhores resultados junto aos pacientes vítimas de AVE com disfagia.

Ressaltam-se as limitações ao se levantar dados em prontuários, devido a registros incompletos em alguns prontuários, sem uma continuidade; como também a população do estudo que se restringiu aos casos de disfagia apenas em pacientes com AVEI. Portanto, apesar da importância dos dados levantados, fazem-se necessários novos estudos nesta área com uma amostra maior e diferentes patologias e com outros enfoques, inclusive com comparativo entre as instituições hospitalares, para que os resultados sejam ainda mais consistentes e abrangentes.

7 CONCLUSÕES

Conforme os objetivos propostos, conclui-se inicialmente que, o perfil epidemiológico dos pacientes com AVE, do grupo casos do serviço em estudo, é de indivíduos de mais de 60 anos, de ambos os sexos, com ensino médio/superior, com antecedentes de hipertensão arterial, tabagismo, diabete, dislipidemia e apresentavam alta incidência de disfagia na fase aguda da doença.

Os pacientes do grupo casos foram diagnosticados e tratados precocemente, devido a uma melhor avaliação clínica com exames específicos e pelo acompanhamento fonoaudiológico e multiprofissional. Os pacientes atendidos no serviço em estudo tiveram melhor evolução clínica em geral e o diagnóstico precoce e gerenciamento da disfagia reduziu o risco de broncopneumonia.

Houve diferença significativa quanto ao tempo de internação entre casos e controles, com um tempo menor de internação no grupo casos. Os pacientes com via alternativa de alimentação tiveram um tempo de uso menor, porém não houve diferença estatística entre casos e controles quanto ao tempo de retirada da via alternativa de alimentação e tempo para reintrodução da alimentação por via oral.

Constatou-se, porém, limitações na abrangência do processo de reabilitação pela fonoaudiologia. Apesar de existir encaminhamentos à fonoaudiologia, estes ainda são insuficientes, e identificou-se ainda que os registros em relação ao distúrbio da deglutição são escassos e incompletos, havendo a necessidade de ampliação da atenção fonoaudiologia no pós-alta e registro destes atendimentos para um monitoramento adequado de cada paciente, observando-se sua evolução e efetiva recuperação.

8 RECOMENDAÇÕES

Os resultados do presente estudo permitem recomendar a ampliação do Serviço de Gerenciamento da Disfagia na instituição em estudo, uma vez que a presença de fonoaudiólogos de forma temporária na reabilitação dos pacientes com AVE é insuficiente, face a demanda. Faz-se necessária, assim, a ampliação do número de profissionais de forma definitiva e ações programadas que viabilizem a realização de uma assistência mais acessível aos pacientes com AVE e com disfagia no momento da internação e no pós-alta, dando continuidade ao tratamento.

O efetivo gerenciamento do distúrbio deglutição, por uma equipe capacitada, com conhecimento específico na área e, envolvidos com o tema, refletirá diretamente na melhora da qualidade de vida do paciente/família, humanizando o cuidado, além de reduzir custos hospitalares com reinternações.

Recomenda-se a continuidade do monitoramento do serviço em estudo por meio de indicadores fonoaudiológicos e de reabilitação.

Estudos futuros que utilizem a metodologia da Prática Baseada em Evidências são essenciais para aprofundar os achados no presente estudo. Também são necessárias políticas públicas que invistam na promoção e prevenção dos fatores de risco para o AVE, tendo em vista o alto índice de ocorrência desta patologia.

REFERÊNCIAS

- ABUDMAALSSIH, E. M. S.; FILHO, E. D. M.; SANTOS, R. S.; JURKIEWICZ, A. L. Evolution of Patients with Oropharyngeal Dysphasia in Hospital Environment. *Intl Arch otorhinolaryngol.*, v. 13, n. 1, p. 55-62, 2009.
- ABE, H.; TSUBAHARA, A. Observation of arytenoid movement during laryngeal elevation using videoendoscopic evaluation of swallowing. *Dysphagia*, v. 26, n. 2, p. 150-154, 2011.
- ALBINI, R. M. N.; SOARES, V. M. N.; WOLF, A. E. E GONÇALVES, C. G. O. Conhecimento da Enfermagem sobre cuidados a pacientes disfágicos internados em unidade de terapia intensiva. *Rev .CEFAC*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 18-23, jan./mar. 2013.
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION - ASHA. Knowledge and skills needed by speech-language pathologists providing services to individuals with swallowing and/or feeding disorders. *Knowledge and Skil*, v. 1, n. 9, 2002.
- AMIN, M. R.; POSTMA, G. N. Office evaluation of swallowing. *Ear Nose Throat J.*, Suppl 2, v. 83, n. 7, p. 13-16, 2004.
- ASPESI, N.; GOBATO, P. *Acidente vascular cerebral*. 2001. Disponível em: <<http://www.abcdcorposalutar.com.br>>. Acesso em: 15 de nov. 2013.
- AVIV, J. E.; SACCO, R. L.; THOMSON, J.; TANDON, R.; DIAMOND, B.; MARTIN, J. H.; CLOSE, L. G. Silent laryngopharyngeal sensory deficits after stroke. *Ann Otol Rhinol Laryngol.*, n. 106, p. 87-93, 1997.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COMBRA JUNIOR, C. E. A. (Orgs.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 91-108.
- AZEREDO, Z.; MATOS, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *RFML*, v. 8, n. 4, p. 199-204, 2003.
- BARROS, A.; FÁBIO, S.; FURKIM, A. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 64, n. 4, p. 1009-1014, ago. 2006.
- BARROS, A. P. B.; QUEIJA, D. S.; MARINHO, M. C. C. R. Caracterização do atendimento fonoaudiológico em pacientes internados. *Revista Médica Ana Costa*, v. 12, n. 2, p. 34-37, abr./jun.2007.
- BASSI, A. E. R.; MITRE, E. L.; SILVA, M. A. O. M.; ARROYO, M. A. S.; PEREIRA, M. C. Associação entre disfagia e o topodiagnóstico da lesão encefálica pós-acidente vascular encefálico. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 132-142, abr./jun.2004.
- BEZERRA, A. M. S. *Trombólise em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo: aspectos epidemiológicos e funcionais na admissão e alta hospitalar*. 2012. 96p.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

BIZZO, M. L. G. Difusão científica, comunicação e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 307-314, jan./fev. 2002.

BOURS, G. J. J. W. *et al.* Bedside screening tests vs. videofluoroscopy or fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, v. 65, n. 3, p. 477-493, mar.2009.

BOSWELL, N. Neuroelectric therapy eliminates xerostomia during radiotherapy-a case history. *Med Electron*, p. 105-107, feb. 1989.

BORDINI, A. L. *et al.* Coma scales: a historical review. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 68, n. 6, p. 930-937, 2010.

BRAUER C, FRAME D. *Manual de disfagia: guia de deglutição para profissionais da saúde e famílias de pacientes disfágicos*. Carupicuíba: Pró-Fono, 2001. 22p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196*, de 10 de outubro de 1996 - Dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Brasília, 1996.

_____. *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: OPAS/OMS, 2003.

_____, Ministério da saúde. *Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012*. Critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC, 2012. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/html>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

_____. *Implantando a linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral – AVC na Rede de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BROTT, T. *et al.* ESCALA DE AVC DO NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE – NIHSS. A combined metanalysis of NINDS, ECASSI I and II, ATLANTIS. In: *International Stroke Conference*. San Antônio, TX, EUA, 7-9 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org>>. Acesso em: 1 dez. 2013.

BRUCK, I. *et al.* Epilepsy in children with cerebral palsy. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, v. 59, n. 1, p. 35-39, mar. 2001.

CAMACHO-LOBATO, L. Disfagia orofaríngea. *Compacta, Temas em Gastroenterologia*, v. 1, n. 9, jan. 2001.

CARNABY-MANN, G.; LENIUS, K. The bedside examination in dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, v. 19, n. 4, p. 747-768, nov. 2008.

CASTRO, S. M. *O envelhecimento natural da laringe: disfagia uma abordagem*

multidisciplinar. 41p. Trabalho de conclusão de curso (Formação de Oficiais do Serviço de Saúde - Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares). Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.

CAVALCANTE, T. F.; MOREIRA, R. P.; ARAUJO, T. L.; LOPES, M. V. O. Demographic factors and risk indicators of stroke: comparison between inhabitants of Fortaleza municipal district and the national profile. *Rev Latino-Am Enfermagem.*, v. 18, n. 4, p. 703-708, 2010.

CESÁRIO, C. M. M.; PENASSO, P.; OLIVEIRA, A. P. R. Impact of the motor dysfunction in the quality of life in patients with Stroke. *Rev. Neurocienc.*, v. 14, n. 1, p. 6-9, 2006.

CHADWICK, D. D.; JOLLIFFE, J.; GOLBART, J. Carer knowledge of dysphagia management strategies. *Int J Lan Commun Dis.*, v. 3, n. 37, p. 345-357, 2002.

CHAVES, M. L. acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Revista Brasileira de Hipertensão*, n. 4, p. 372-382, 2000.

CHOUINARD, J; LAVIGNE, E; VILLENEUVE, C. Weight loss, dysphagia, and outcome in advanced dementia. *Dysphagia*, n.13, p. 151-155, 1998.

CICHERO, J. A.; MURDOCH, B. E. *Dysphagia: foundation, theory and practice*. London: John Wiley & Sons, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Resolução nº 383, de 20 de fevereiro de 2010*. Atribuições e competências relativas à especialidade em Disfagia. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.abr.10/Iels75/U_RS-CFFa-383_200210.pdf. Acesso em: 30 nov. 2013.

CRARY, M.; MANN, G.; GROHER, M. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Chicago, v. 86, p. 1516-1520, aug. 2005.

COOK, I. J.; KAHRILAS, P. J. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*, n. 116, p. 455-478, 1999.

DZIEWAS, R.; RITTER, M.; SCHILLING, M.; KONRAD, C.; OESLENBERG, S.; NABAVI, D. G. *et al.* Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, n. 75, p. 852-856, set. 2004.

DODDS, W. J. Physiology of swallowing. *Dysphagia*, n. 3, p. 171-178, 1989.

DOUGLAS, C. R. Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada a odontologia e fonoaudiologia. *Pancast*, São Paulo, p. 273-277, 1998.

ECKLEY, C. A.; BLAIN, O.; FRAGA, A.; DUPRAT, A. C.; COSTA, H. O. Proposta de protocolo para avaliação nasofibrolaringoscópica de distúrbio da deglutição. *Rev. Bras Otorrinolaringo.*, v. 67, n. 1, p. 61-65, 2001.

FALCÃO, I. V.; CARVALHO, M. F.; BARRETO, K. M. L.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo sistema Único de Saúde. *Rev Bras. Matern. Infant.*, v. 4, n. 1, p. 95-102, 2004.

FAYAD, P. Medical, interventional and surgical therapy for ischemic stroke prevention. *Syllabi on CD-RUM*, American Academy of Neurology, 2005.

FORNARI, L. H. T. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? *Scientia Medica*. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-193, 2010.

FINESTONE, M. D.; GREENE-FINESTONE, L. S.; WILSON, E. S. Malnutrition in Stroke Patients on the Rehabilitation Service and at Follow-Up: Prevalence and Predictors. *Arch Phys Med Rehabil.*, n. 76, p. 310-316, abr. 1995.

FUKUJIMA, M. Acidente Vascular Cerebral. In: ORTIZ, K. (org.). *Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Fala*. Barueri: Manole, 2005.

FURKIM, A. M. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogênicas: In: FURKIM, A.; SANTINI, C. (Orgs.). *Disfagias orofaríngeas*. São Paulo: Pró-fono, 1999.

FURKIM, A. M.; MATTANA, A. Fisiologia da deglutição orofaríngea. In: FERREIRA, L.; BEFI-LOPES, D.; LIMONGE, S. *Tratado de fonoaudiologia*. São Paulo: Rocca; v. 19, 2004. p. 212-218.

FURKIM, A. M.; NUNES, M. C. A.; TRILO, S. T.; SAMPAIO, R. S.; SÓRIA, F. S.; BUENO, M. M. *et al.* Protocolo de segurança de avaliação nasolaringofibroscópica da deglutição (PSAND), In: SUSANIBAR, F. *et al.* (coors). *Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines*. Madri: Editora EOS. s/d. p. 30.

GARCIA, J. M.; CHAMBERS, I. V. E.; MOLANDER, M. Thichened liquids: practice patterns of speech language pathologists. *Am J of Speech Pathology*, v. 4, n. 14, p. 4-13, 2005.

GARIBALLA, S. Poor Nutritional Status on Admission Predicts Poor Outcomes After Stroke. *Stroke*, n. 34, p. 1450-1456, 1999.

GOMES, G. *Identificação de fatores preditivos de pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cerebrovascular complicada por disfagia orofaríngea*. 2001. 86p. Tese (Doutorado - Ciências da Saúde) Universidade do Paraná. Curitiba, 2001.

GOMES, G. F.; CAMPOS, A. C. L.; PISANI, J.; MACEDO FILHO, E. D.; RIBAS FILHO, J. M.; MALAFAIA, O.; CZECHKO, N. G. Sonda nasointestinal, aspiração traqueal e pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cérebro-vascular complicada por disfagia orofaríngea. *ABCD Arq Bras Cir Dig.*, n.16, p.189-92, 2003.

GOMES, S. R.; SENNA, M. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. *Cogitare enferm.*, v. 13, n. 2, p. 220-226, jan./mar. 2008.

GORDON, C.; HEWER, R. L.; WADE, D. T. Dysphagia in Acute Stroke. *Br Med J.*, n. 295, p. 411-414, 1987.

GRMEC, S.; GASPAROVIC, V. Comparison of APACHE II, MEES Glasgow Coma Scale in patients with nontraumatic coma for prediction of mortality. *Critical Care London*, v. 5, n.1, p. 19-23, 2001.

GUEDES, L. U.; VICENTE, L. C. C.; PAULA, C. M.; OLIVEIRA, E.; ANDRADE, E. A.; BARCELOS, W. C. O. B. Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alteração da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. *Rev da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 372-380, 2009.

HAMMOND, C. A. S.; GOLDSTEIN, L. B. Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia- ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, v. 129, n. 1, p. 154S-168S, jan. 2006.

HANSEN, T. S.; LARSEN, K.; ENGBERG, W. The Association of Functional Oral Intake and Pneumonia in Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil.*, n. 89, p. 2114-2120, 2008.

HERBERT, L. E.; SCHERR, P. A.; BIENIAS, J. L.; BENNETT, D. A.; EVANS, D. A. Alzheimer Disease in U.S. population: prevalence estimates using the 2000 census. *Archives of Neurology*, v. 60, n. p. 1119-1122, aug. 2003.

HERVÁS-ÂNGULO A. *et al.* Custos do AVC numa perspectiva social. Estudo retrospectivo com seguimento em três anos. *REV NEUROL.*, n. 43, p. 518-525, 2006.

HINCHEY, J. A.; SHEPHARD, T.; FURIE, K.; SMITH, D.; WANG, D.; TONN, S. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*, n. 36, p.1972-1976, 2005.

HISS, S. G.; POSTMA, G. N. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. *Laryngoscope*, n. 108, p. 1712-1716, 2003.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - *Protocolo clínico e diretrizes assistenciais no acidente vascular cerebral*. Versão eletrônica atualizada em Outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.einstein.br/Hospital./protocolo-e-diretrizes.aspx>>. Acesso em: 01 dez. 2013.

HOSPITAL ISRAELITA SÍRIO LIBANÊS. *Centro de reabilitação*. Disponível em: <<http://hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidade/centroreabilitacao/documents/rebnov11.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

ITAQUY, R. B; FAVERO, S. R.; RIBEIRO, M. C.; BAREA, L. M.; ALMEIDA, S. T.; MANCOPES, R. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.*, São Paulo, v. 23, n. 4, dez. 2011.

JACOBI, J. S.; LEVY, D.; CORREA, L. M. Disfagia - Avaliação e Tratamento. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

JOTZ, G. P.; DORNELLES, S. Fisiologia da deglutição. In: JOTZ, G.P; ANGELIS, E. C.; BARROS, A. P. B. *Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança*. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. p.16-19.

KAWASHIMA, K.; MOTOHASHI, Y.; FUJISHIMA, I. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia*, v. 19, n. 4, p. 266-271, 2004.

KIND, A. J. H.; SMITH, M. A.; PANDHI, N.; FRYTAK, J. R. Bouncing-Back: rehospitalization in patients with complicated transitions in the first thisty days after hospital discharge for acute stroke. *Home Health Care Serv Q.*, v. 26, n. 4, p. 37-55, oct. 2007.

KOLB, G.; BROKER, M. State of the art in aspiration assessment and the idea of a new non invasive predictive test for the risk of aspiration in stroke. *J Nutr Health Aging*, v. 3, n. 5, p. 429-233, 2009.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. *J. Epidemiology Community Health*, n. 55, p. 693-700, 2001.

LANGDON, C.; LEE, A.; BINNS, C. Dysphagia in acute ischaemic stroke: severity, recovery and relationship to stroke subtype. *Journal of Clinical Neuroscience*, Austrália, v. 14, n. 7, p. 630-634, jul. 2007.

LANGMORE, S.; SCHATZ, K.; OLSEN, N. Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. *Dysphagia*, v. 2, n. 4, p. 216-219, 1988.

LANGMORE, S. E.; SCHATZ, K.; OLSON, N. Endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing and aspiration. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, v. 100, n. 8, p. 678-681, 1991.

LEDER, S. B.; SASAKI, C. T.; BURRELL, M. I. Fiberoptic endoscopic evaluation of dysphagia to identify silent aspiration. *Dysphagia*, n.13, p.19-21, 1998.

LEDER, S. B.; SUITER, D. M.; GREEN, B. G. Silent aspiration risk is volume-dependent. *Dysphagia*, v. 26, n. 3, p. 304-309, 2011.

LEDER, S.; ESPINOSA, J. Aspiration risk after acute stroke: comparison of clinical examination and fibroscopic evaluation of swallowing. *Dysphagia*, New Haven, v. 17, n. 3, p. 214-218, 2002.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciências Saúde Colet.*, v. 9, n. 4, p. 931-943, out. 2004.

LIM, S. H. B.; LIEU, P. K.; PHUA, S. Y.; SESHADRI, R.; VENKETASUBRAMANIAN, N.; LEE, S. H.; CHOO, P. W. J. Accuracy of bedside clinical methods compared with fiberoptic endoscopic examination of swallowing (FESS) in determining the risk of aspiration in acute stroke patients. *Dysphagia*, n. 16, p. 1-6, 2001.

LONGEMANN, J. A. Rehabilitation of oropharyngeal swallowing disorders. *Acta Otorhinol Belg*, v. 48, n. 2, p. 207-215, 1994.

KAHRILAS, P. J. Anatomy, Physiology and Pathophysiology of dysphagia. *Acta Oto- Rhinologygica Belg.*, n. 48, p. 97-117, 1994.

KILLEN, J. M. Understanding dysphagia: interventions for care. *Medsurg Nursing*, v. 5, n. 2, p. 99-105, 1996.

MACEDO FILHO, E. D.; GOMES, G. F.; FURKIM, A. M. Sinais de Alerta. In: _____. *Manual de Cuidados do Paciente com Disfagia*. São Paulo: Lovise, 2000. p. 105-120.

MACEDO FILHO, E. D.; GOMES, G. F. Disfagia orofaríngea. In: CALDAS NETO, S.; MELLO JUNIOR, J. F.; MARTINS, R. H. G.; COSTA, S. S. *Tratado de otorrinolaringologia e cirurgia cervicofacial*. 2. ed. São Paulo: Editora Roca, 2011. p.488-493.

MACHADO, F. S. (Org.). *Protocolo De Diagnóstico e Tratamento do Paciente Com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo do Hospital Sírio Libanês*. Mai./2011. Disponível em: <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/protocolos/AVCI.pdf> . Acesso em: 02 mar.2013.

MACIEL, K. R. A.; ALBINO, R. C. M.; PINTO, M. M. A. A prevalência de distúrbio miofuncional orofacial nos pacientes atendidos no ambulatório de pediatria do Hospital Luís de França. *Rev Pediatr.*, v. 8, n. 2, p. 81-90, jul./dez. 2008.

MANN, G.; HANKEY, G. J.; CAMERON, D. Swallowing function after stroke. *Stroke*, n. 30, p. 744-748, 1999.

MANRIQUE, D. Avaliação otorrinolaringológica da deglutição. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. *Disfagias orofaríngeas*. Carapicuíba: Pró-Fono, 1999. p. 49-60.

MARCHESAN, I. Q. O que se considera normal na deglutição. In: JACOBI, J. S.; LEVY, D. S.; SILVA, L. M. C. *Disfagia - Avaliação e Tratamento*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003. p. 3-17.

MARIK, P. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Eng J MED*. Boston, v. 344, n. 9, p. 665-671, 2001.

MARQUES, C.; ANDRÉ, C.; ROSSO, A. Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre métodos de avaliação. *Ata Fisiátrica*, v. 15, n. 2, p. 106-110, 2008.

MARTINO, R.; PRON, G.; DIAMANT, N. Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: insufficient evidence for guidelines. *Dysphagia*, v. 15, n.1 p.19-30, 2000.

MARTINO, R.; FOLEY, N.; BHOGAL, S.; DIAMANT, N.; SPEECHLEY, M.; TEASELL, R. Dysphagia after stroke. Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, n. 36, p. 2756-2763, 2005.

MAZZOLA, D.; POLESE, J. C.; SCHUSTER, R. C.; OLIVEIRA, S. G. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na Clínica de Fisioterapia Neurológica da UPF. *Rev Bras Prom Saúde*, Passo Fundo, v. 20, n. 1, p. 22-27, 2007.

MC CANN, R. Falta de evidências sobre alimentação por sonda – elementos a se considerar. *J. Am. Med.Assoc.*, v. 4, n. 2, p. 2819-2820, 2000.

MC HORNEY, C. A.; ROBBINS, J.; LOMAX, K.; ROSENBEK, J. C.; CHIGNELL, K.; KRAMER, A. E. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcome tools for oropharyngeal

dysphagia in adults: III - documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, n. 17, p. 97-114, 2002.

MENEZES, F. T.; GONCALVES, M. I. R.; CHIARI, B. M. Adaptações alimentares em adultos após AVCI sem queixas de disfagia. *Fono Atual.*, n. 34, p. 14-24, set./dez.2005.

MICHOU, E.; HAMDY, S. Cortical input in control of swallowing. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.*, v. 17, n. 3, p. 166-171, 2009.

MILLER, A. J.; BIEGER, D.; CONKLIN, J. L. Functional controls of deglutition. In: PERLMAN, A. L.; SCHULZE-DELRIEU, K. *Deglutition and its disorders. Anatomy, physiology, clinical diagnosis, and management*. San Diego, California: Singular Publishing Group, 1997, p. 43-97.

MORAES, A. M. S.; COELHO, W. J. P.; CASTRO, G.; NEMR, K. Incidência de disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista CEFAC*, v. 8, n. 2, p. 171-177, abr./jun.2006.

MORAES, D. P. *Estruturação de um Serviço de Fonoaudiologia Hospitalar*. 2010. 77p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Ciências da Reabilitação. São Paulo, 2010.

MORAES, D. P. e ANDRADE, C. R. F. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em unidade de internação hospitalar. *J Soc Brasileira de fonoaudiologia*. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 89-94, 2011.

MORRIS, H. Dysphagia in general practice population. *Nurs older people*, v. 17, n. 18, p. 20-23, 2005.

MORO, C. H. C. *et al. Programa de aperfeiçoamento continuado no tratamento do acidente vascular cerebral - Pacto AVC*. 2. ed. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, 2009.

MOSCHETTI, M. B. Disfagia Orofaríngea no Centro de Terapia Intensiva - CTI. In: JACOBI, J. S.; LEVY, D. S. E SILVA, L. M. *Disfagia: avaliação e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004, p. 209-224.

MURDOCH, B. E. Desenvolvimento da fala e distúrbios da linguagem: uma visão neuroanatômica e Funcional. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

NAKAJOH, K.; NAKAGAWA, T.; SEKIZAWA, K.; MATSUI, T.; ARAI, H.; SASAKI, H. Relation between incidence of pneumonia and protective reflexes in post-stroke patients with oral or tube feeding. *Journal of Internal Medicine*, n. 247, p. 39-42, 2000.

NEAUL, J. P. Function recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovas Dis.*, v. 8, n. 5, p. 296-302, jan.1998.

NETO, A. Acidente vascular cerebral. 2002. Disponível em: <<http://www.medstudentes.com.Br/neuro/neuro8.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

NEWTON, H. B.; CHERYL, N.; PEROLA, N.; DAVIDSON, T. Swallowing assessment in primary brain tumor patients with dysphagia. *Neurology*, n. 44, p. 1927-1932, 1994.

NORDMARK, E.; HAGGLUND, G.; LAGERGREN, J. Cerebral palsy in southern Sweden I. Prevalence and clinical features. *Acta Paediatrica*, n. 90, p. 1271-1276, 2001.

NUNES, M. C. A.; JURKIEWICZ, A. L.; SANTOS, R. S.; FURKIM, A. M.; MASSI, G.; PINTO, G. S.; LANGE, M. C. Correlação entre a lesão encefálica e a disfagia em pacientes adultos com acidente vascular encefálico. *International Archives of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 16, n. 3, p.313-321, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7162/S1809-97772012000300003>> Acesso em: 6 nov. 2013.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. São Paulo: EDUSP, 2003.

_____. *Global burden of stroke, in The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Geneva: MacKay, J. & Mensah, G. editors, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>. Acesso em: 10 mai. 2013.

PACIANORI, M.; MAZZOTA, G.; COREA, F.; CASO, V.; VENTI, M.; MILIA, P. Dysphagia following stroke. *Euro Neurol*, n. 51, p. 162-167, 2004.

PADOVANI, A. R.; MORAES, D. P.; MANGILI, L. D.; ANDRADE, C. R. F. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol.*, v. 12, n. 3, p. 199-205, 2007.

PADOVANI, A. R. *Protocolo Fonoaudiologia de introdução e transição da alimentação por via oral para pacientes com risco para disfagia (PITA)*. 2010. 81p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. São Paulo, 2010.

PAIXÃO, C.; SILVA, L.; CAMERINI, F. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Rev. Rene*. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 181-190, jan./mar.2010.

PAVAN, K.; CAMPOS, P.; LIANZA, R.; GAGIARDI, R. J.; LIANZA, S. Identificação de pacientes com incapacidades pós AVC no ambulatório de neurologia da Santa Casa de São Paulo do ponto de vista reabilitacional. *Med. Reabil*, v. 27, n. 3, p. 93-97, 2008.

PENNA, C. B.; PEREIRA, M. M. B.; BIANCHINI, E. M. G. Características do tipo de alimentação e da fala de crianças com e sem apinhamento dentário. *Revista CEFAC*, v.10, n.1, p. 58-67, 2008.

PERRY, L.; LOVE, C. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia*, v. 16, n. 1, p. 7-18, jan. 2001.

PETTIGREW, C. M.; TOOLE, C. O. Dysphagia evaluation practices of speech and language therapist in Ireland: Clinical assessment and instrumental examination decision-making. *Dysphagia*, n. 22, p. 235-244, jul. 2007.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 21-36.

POLESE, J. C. *et al.* Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurocienc.*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 175-178, 2008.

PRODOMO, L.; CARRARA DE ANGELIS, E.; BARROS, A. Avaliação clínica fonoaudiológicas das disfagias. In: JOTZ, G.; CARRARA DE ANGELIS, E.; BARROS, A. *Tratado da deglutição e disfagia*. No adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. p. 61-67.

RAMSEY, D.; SMITHARD, D.; KALRA, L. Early assessment of dysphagia and aspiration risk in acute patients. *Stroke*, London, v. 34, n. 5, p. 1252-1257, 2003.

REES, C. J. Flexible endoscopic evaluation of swallowing with sensory testing. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.*, n. 14, p. 425-30, 2006.

RESDESTONE, F.; WEST, J. F. The importance of postural control for feeding. *Pediatric nursing*, v. 30, n. 2, p. 97-100, 2004.

REMESSO, G. *et al.* Alteração da deglutição após acidente cerebrovascular isquêmico. In: *Anais... 17º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia e 1.º Congresso Ibero Americano de Fonoaudiologia*, 2009, Salvador, p. 762. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br?portal/anais/2008/anais-select.php?op=PT&cid=762&tid=1>. Acesso em: 13 mar. 2013.

RIBEIRO, C. T. M.; RIBEIRO, M. G.; ARAUJO, A. P.; MELLO, L. R.; RUBIM, L. C.; FERREIRA, J. E. S. O sistema público de saúde e as ações de reabilitações no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 28, p. 43-48, ago.2010.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; NEVES, R. F.; SOUSA, K. M.; LUCENA, E. M. F.; BATISTA, H. R. L. Acesso a Reabilitação no Pós-AVC na Cidade de João Pessoa, Paraíba. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 36, n. 3, p. 699-712, jul/set.2012.

ROSENBECK, J. C.; ROBBINS, J. A.; ROECKER, E. B.; COYLE, J. L.; WOOD, J. L. A penetration aspiration scale. *Dysphagia*, n. 11, p. 93-98, 1996.

ROSENVINGE, S. K.; STARK, I. D. Improving care for patients with dysphagia. *Age agein*, v. 34, n. 6, p. 587-593, aug. 2005.

ROWLAND, L. P. *Tratado de neurologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RUBIN, J. S.; WENDLER, J.; WOISARD, V.; DEJONCKERE, P. H.; WELLENS, W.; KOTBY, N. Phoniatric provision and training: current European perspectives. *J Laryngol Otol PubMed.*, n. 121, p. 427-430, set. 2007.

SACCO, R. L. Patogênese, Classificação e epidemiologia das doenças Vasculares Cerebrais. In: ROWLAND, L. P. MERRIT. *Tratado de Neurologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 184-194.

SADAKA, F.; PATEL, D.; LAKSHMANAN, R. The FOUR score predicts outcome in patients after traumatic brain injury. *Neurocritical care*, v. 16, n.1, p. 95-101, 2011.

SANTANA, R. B.; BARROS, A. P. B. Acidentes Vasculares Encefálicos. In: JOTZ, G. P.; ANGELIS, E. C.; BARROS, A. P. B. *Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança*. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. p. 260-265.

SARAIVA N. Tratamento trombolítico do acidente vascular cerebral isquêmico. Novas perspectivas. 2011. 19p. Dissertação (Mestrado integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Faculdade de Medicina do Porto, Portugal. 2011.

SCHELP, A. O.; COLA, P. C.; GATTO, A. R.; SILVA, R. G.; CARVALHO, L. R. Incidência de disfagia orofaríngea após o acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v. 62, n. 2, p. 503-506, jan. 2004.

SCHINDLER, A.; GROSSO, E.; TIDDIS, C.; CAVALOT, A. L.; RICCA, G.; OTTAVIANI, F.; SCHINDLER, O. Swallowing disorders: Management data. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* PubMed, n. 23, p. 180-182, oct.2003.

SCHINDLER, A.; VINCON, E.; GROSSO, E.; MILETTO, A. M.; DI ROSA, R.; SCHINDLER, O. Rehabitive management of oropharyngeal dysphagia in acutecare settings: data from a large Italian Teaching Hospital. *Dysphagia*, n. 23, p. 230-236, 2008.

SINGH, S.; HAMDY, S. Dysphagia in stoke patients. *Postgrad Med J*, Manchester, v. 82, n. 968, p. 383-391, 2006.

SMITH, P. A. Nutrition, hydration, and dysphagia in long-term care: Differing opinions on the effects of aspiration. *J Am Med Dir Assoc*, v. 7, n. 9, p. 545-549, 2006.

SMITHARD, D. G.; SMEETON, N. C.; WOLFE, C. D. A. Long-term outome after stroke: does dysphagia matter? *Agein*, n. 36, p. 86-94, 2007.

SILVA, L. M. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 9, n. 2, p. 93-106, 2006.

SILVA, R. *Disfagia neurogênica em adultos pós-acidente vascular encefálico: identificação e classificação*.1997. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. Primeiro consenso brasileiro para trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 60, n. 3-A, p. 675-80, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n3A/11149.pdf> >. Acesso em: 12 mai. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Educação e Prevenção. Disponível em: <http://www.diamundialdodiabetes.org.br/2013/12/02/educacao-e-prevencao/>. Acesso em 02 dez. 2013.

SOUZA, J. L.; SOUZA, M. L. M. B. Proposta para regulamentação técnica de equipe multidisciplinar hospitalar especializada em disfagia. *Rev. Bras. de Otorrinolaringologia*, v. 74, p. 1, jan./fev. 2008.

SORDI, M.; MOURÃO, L. F.; SILVA, A. A.; FLOSI, L. C. L. Interdisciplinary evaluation of dysphagia: clinical swallowing evaluation and videoendoscopy of swallowing. *Braz J Otorhinolaryngol*, v. 45, n. 6, p.776-87, 2009.

SWANSON, P.; CARRAU, R.; MURRY, T. Avaliação da deglutição com fibroendoscópio – FEES®. In: JOTZ, G.; CARRARA de ANGELIS, E.; BARROS, A. In: *Tratado da deglutição e disfagia. No adulto e na criança*. 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. p. 76-81.

TABAEI, A.; JOHNSON, P. E.; GARTNER, C. J.; KALWERISKY, K.; DESLOGE, R. B.; STEWART, M. G. Patient-controlled comparison of flexible endoscopic evaluation of swallowing with sensory testing (FEESST) and videofluoroscopy. *Laryngoscope*, n. 116, 821-825, 2006.

TIRADO, M. G. A. Reabilitação e manutenção da capacidade funcional. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 144-151.

TRAPL, M.; ENDERLE, P.; NOWOTNY, M.; TEUSCHL, Y.; MATZ, K.; DACHENHAUSEN, A.; BRAININ, M. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients – the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, v. 38, p. 2948-2952, 2007.

WARDLAW, J. M. *et al.* The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke (the third international stroke trial [IST-3]): a randomised controlled trial. *The Lancet*, v. 379, n. 9834, p. 2352-2363, may. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612607387>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

WARD, E. C.; GEEN, K.; MORTON, A. L. Patterns and predictors of swallowing resolution following adult traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, v. 22, n. 3, p. 184-190, 2007.

WARMS, T.; RICHARDS, J. Wet voice as a predictor of penetration and aspiration in oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*, n. 15, p. 84-88, 2000.

WARNECKE, T.; KRÖGER, M, R. B.; OELENBERG, S. *et al.* Fiberoptic Endoscopic Dysphagia Severity Scale Predicts Outcome after Acute Stroke. *Cerebrovasc Dis.*, v. 28, p. 283–289, 2009.

WERNER, H. The benefits of the dysphagia clinical nurse specialist. *Journal of neuroscience nursing. Am Assoc Neurosci Nurses*, v. 37, n. 4, p. 212-215, 2005.

VEIS, S.; LOGEMANN, J. Swallowing disorders in persons with cerebrovascular accident. *Arch Phys Med Rehabil.*, v. 66, n. 6, p. 372-375, dec. 1985.

XEREZ, D. R.; CARVALHO, Y. S. V.; COSTA, M. M. B. Estudo clínico e videofluoroscópio da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. *Radiol.Bras.*, São Paulo, v. 37, n. 1, jan./fev. 2004.

YAMADA, E. K.; SIQUEIRA, K. O.; XEREZ, D.; KOCH, H. A.; COSTA, M. M. B. A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. *Arq. Gastroenterologia*, v. 41, n. 1, p. 18-23, 2004.

ZOPPO, G. J. D.; JEFREY, L.; EDWARD, C.; HAROLD, P.; ADAMS, J. R. Intravenous tissue plasminogen activator: a science advisory from the expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with. *Stroke*, n. 40, p. 2945-2948, 2009. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/40/8/2945>. Acesso em: 01 jun. 2013.

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE PESQUISA (QUESTIONÁRIO)

IMPACTO DE UM SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DISFAGIA E DA ATENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PARA PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E DISFAGIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data da internação: _____

1. Nome: _____ Idade: _____

2. Unidade de internação: _____

3. Registro: _____

4. Sexo: masculino () feminino ()

5. Escolaridade: () ensino fundamental incompleto
() ensino fundamental completo () ensino médio incompleto
() ensino fundamental completo () superior incompleto () Superior completo
() pós graduação.

6. Estado Civil: () Solteiro () casado () viúvo () divorciado () Outros

7. Município de origem: _____

8. Ocupação: _____

DADOS CLÍNICOS

9. Diagnóstico clínico: CID _____ AVE () AVE Múltiplos ()

10. Escala de Glasgow: () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12
() 13 () 14 () 15 () NA

11. Uso de Trombolítico: () sim () não

12. Sinais e Sintomas da Admissão: _____

13. Fatores de Risco relacionados: _____

14. Dieta via oral: () sim () não.

15. Via alternativa de alimentação: oral () parenteral () sne () sog () sng ()
gastrostomia () jejunostomia ()

16. Escala Funcional De Ingestão Por Via Oral (*FOIS®*) (CRARY; MANN; GROHER, 2005)
Níveis 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

17. Escala De Severidade: Penetração E Aspiração (ROSENBEK *et al.*, 1996) Pontuações: 1
() 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ()

18. Complicações clínicas: pneumonia () sim () não
traqueostomia () sim () não

19. Dificuldade de engolir durante o internamento (registro): () sim () Não

20. Profissionais que participaram do acompanhamento da disfagia:
() Neurologista () Fonoaudiólogo () Nutricionista () Enfermeiro
() Otorrinolaringologista

DADOS DA ALTA HOSPITALAR

21. Data da alta: _____

22. Dias de hospitalização: _____

23. Tempo de uso da via alternativa de alimentação _____ dias.

24. Alta com via alternativa: () sim () não

25. Encaminhamentos para reabilitação: () Fisioterapia () Fonoterapia

- () Nutrição () Não informado () Outros
26. Profissionais que participaram da alta:
- () Neurologista () Fonoaudiólogo () Nutricionista () Enfermeiro
() Otorrinolaringologista

DADOS PÓS-ALTA HOSPITALAR

27. Queixas relacionadas à deglutição: () sim. () não
28. Consistência do alimento: () líquido () pastoso () sólido
29. Continuidade do tratamento com () Fisioterapia () Fonoterapia () Nutrição
() Outros
30. Local de acompanhamento fonoterápico _____
31. Motivo da descontinuidade _____

ANEXO I – RESOLUÇÃO Nº 383, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2010 DO CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA

Art. 1º - Estabelecer as atribuições e competências relativas à especialidade em Disfagia.

Art. 2º - O profissional especialista em Disfagia está apto, nos distúrbios da deglutição, a intervir com precisão em situações que envolvam a avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico dirigidos à população nos diferentes ciclos de vida;

Art. 3º - As competências relativas à especialidade em Disfagia ficam assim definidas:

1. Disfagia:

1.1 - Área do Conhecimento: A disfagia é um distúrbio de deglutição, com sinais e sintomas específicos caracterizados por alterações em qualquer fase ou entre as fases da dinâmica de deglutição, de origem congênita ou adquirida, podendo gerar prejuízo pulmonar, nutricional e social;

1.2 - O Fonoaudiólogo se habilitará ao título de “Fonoaudiólogo Especialista em Disfagia”.

1.3 - Função: Prevenção, avaliação, diagnóstico, habilitação/reabilitação funcional da deglutição e gerenciamento dos distúrbios de deglutição;

1.4 - Amplitude: Unidades de baixa, média e alta complexidade, hospitais (ambulatorios, enfermarias, berçários e UTIs neonatal, pediátrica e adulta), centros de reabilitação, domicílios, postos de saúde, clínicas, empresas prestadoras de serviços em saúde, dentre outros;

1.5 - Processo Produtivo: O domínio do especialista em Disfagia inclui aprofundamento em estudos específicos e atuação em situações que impliquem em:

- a) Orientar a equipe de saúde para a identificação de indivíduos com risco de disfagia e encaminhamento para avaliação fonoaudiológica;
- b) Avaliar, classificar e fazer o diagnóstico funcional da deglutição e do processo de alimentação, através da avaliação clínica fonoaudiológica da disfagia;
- c) Analisar o processo de deglutição observando a presença dos aspectos funcionais esperados para cada uma de suas etapas, bem como, solicitar exames complementares que auxiliam no processo diagnóstico e terapêutico dos distúrbios de deglutição;
- d) Realizar o tratamento - habilitação/ reabilitação/ compensação/adaptação/ gerenciamento – dos distúrbios da deglutição;
- e) Prescrever a consistência alimentar, o volume, o ritmo de oferta, os utensílios, as manobras e posturas necessárias para a administração da dieta por via oral de forma segura;
- f) Realizar as intervenções necessárias junto ao indivíduo com disfagia, mensurando a eficácia dos procedimentos, para que o mesmo possa minimizar, compensar ou adaptar as dificuldades de deglutição;
- g) Colaborar, junto à equipe na indicação de colocação e retirada de via alternativa de alimentação, quando classificado o risco de alimentação via oral;
- h) Elaborar e conduzir os procedimentos relativos à oferta da dieta, manobras compensatórias e técnicas posturais durante exames instrumentais e objetivos da deglutição, ambulatoriais ou hospitalares, realizando análise e laudo funcional da deglutição;
- i) Indicar e adaptar as válvulas de fala unidirecionais para o restabelecimento da comunicação e deglutição funcionais;
- j) Realizar e analisar os dados provenientes da eletromiografia de superfície, ausculta cervical entre outros exames coadjuvantes à avaliação e ao tratamento dos distúrbios de deglutição;
- k) Avaliar os parâmetros respiratórios como frequência respiratória e saturação de oxigênio devido ao risco de complicações pulmonares ocasionadas pela disfagia;
- l) Realizar, quando necessário, procedimentos de limpeza das vias aéreas antes, durante e/ou após a execução de procedimentos fonoaudiológicos;

- m) Gerenciar programas de reabilitação dos distúrbios da deglutição e definir indicadores apropriados de qualidade para controle dos resultados;
- n) Atuar como perito e/ou como auditor em situações nas quais esteja em questão o processo de deglutição normal ou alterado;
- o) Conduzir pesquisas relacionadas à atuação na área da disfagia para benefício da assistência à comunidade e do ensino profissional (CFF, 2010, s/p).

ANEXO II - PROTOCOLO DE SEGURANÇA DE AVALIAÇÃO NASOLARINGOFIBROSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (PSAND)

FURKIM, A. M.; NUNES, M. C. A.; TRILO, S. T.; SAMPAIO, R. S.; SÓRIA, F. S.; BUENO, M. M.; FUGMANN, E. A.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO REGISTRO: _____

Tipo do exame: FEESST () VDF ()

Nome: _____ Data do exame: ____ / ____ / ____

Sexo: F () M () Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Diagnóstico: _____

1: AVE () 2: demência () 3: cardíaco () 4: pneumonia () 5: câncer () 6: TCE ()

7: PC () 8: doenças degenerativas () 9: outros: _____

2. HISTÓRICO DA DIETA

2.1. PERDA DE PESO NOS ÚLTIMOS 3 MESES: não () sim ()

2.2. DIETA ATUAL: VO total VO parcial: _____ (volume/consistência)

sne () sng () sog () gastrostomia () jejunostomia () parenteral ()

() líquido: _____ () mel () néctar () pudim () nenhum

() sólido: _____ () purê () pastoso () regular () nenhum

2.3. O PACIENTE SE ALIMENTA SOZINHO? não () sim ()

2.4. APRESENTA SINAL CLÍNICO DE ASPIRAÇÃO (tosse, dispneia e voz “molhada”)

enquanto come: não () sim () - Especificamente com: _____

3. EXAME FÍSICO

3.1. ALERTA: não () sim ()

3.2. COMUNICAÇÃO FUNCIONAL: eficiente () não eficiente () ausente ()

3.3. LÁBIOS: normal () assimétrico ()

3.4. PARA O SEGUINTE COLOQUE: (1) eficiente (2) não eficiente (3) ausente

3.4.1. Movimento de Língua: ()

3.4.2. Força de Língua: ()

3.4.3. Movimento de Palato Mole: () (produção de a ã)

3.4.4. Reflexo de Vômito: ()

3.4.5. Tosse Voluntária: ()

3.4.6. Deglutição Voluntária: ()

3.4.7. Deglutição Espontânea: ()

3.4.8. Elevação Laríngea: ()

3.4.9. Dificuldade de Elevação Laríngea:

Assimetria não () sim ()

Trepidação não () sim ()

3.4.10. Qualidade Vocal: normal () rouca () úmida ()

4. MONITORAMENTO

4.1. FREQUÊNCIA CARDÍACA NO PRÉ-TESTE: _____ (batimentos por min)

4.2. SpO2: _____ T: _____ Pa: _____ Fr: _____

5. EXAME ENDOSCÓPICO

5.1. ADUÇÃO DE PREGA VOCAL: completa () incompleta ()

5.2. SENSACÃO LARINGOFARINGE: normal () déficit moderado () déficit grave ()

Direita: _____ Esquerda: _____

5.3. SEGURANÇA

5.3.1. Comprometimento de Vias Aéreas: não () sim ()

5.3.2. Epistaxe: não () sim ()

5.3.3. Desconforto do Paciente: nenhum () leve () moderado () grave ()

6. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

6.1. POSICIONAMENTO NO TESTE: cadeira 90° () cadeira 45° () cama 90° () cama 45° ()

Instruções: Complete 0= não; 1= sim.

Achados \ Consistência	PUDIM	MEL	NÉCTAR	LÍQUIDA
Escape intraoral posterior*				
Penetração laringea				
Capaz de limpar				
Resíduo faríngeo**				
Valéculas epiglóticas				
Recessos piriformes				
Parede posterior de faringe				
Capaz de limpar				
Aspiração traqueal				
Resposta: silente/ tosse				
Capaz de limpar				
Refluxo				
Capaz de limpar				
Manobras testadas				

Nota: *o bólus entra na parte laríngea da faringe maior que 1 segundo antes da resposta da deglutição

ocorrer; ** após terceira deglutição do mesmo bólus.

7. MODIFICAÇÃO COMPORTAMENTAL

7.1. MUDANÇA DE POSTURA: ____ Outras medidas: (pigarro, pequenos pedaços, sorver)

8. RISCO AUMENTADO DE ASPIRAÇÃO DEVIDO:

8.1. POBRE CONTROLE ORAL: não () sim ()

8.2. GRANDE QUANTIDADE DE RESÍDUO: não () sim ()

8.3. DIMINUIÇÃO DA SENSACÃO PARTE LARÍNGEA DA FARINGE: não () sim ()

8.4. ESCAPE PREMATURO DO BÓLUS: não () sim ()

8.5. INABILIDADE PARA CLAREAR O MATERIAL DE VALÉCULAS

EPIGLÓTICAS, FARINGE, RECESSOS PIRIFORMES: não () sim ()

8.6. REFLUXO: não () sim ()

9. MONITORAMENTO

9.1. FREQUÊNCIA CARDÍACA APÓS O TESTE: ____ (batimentos por min)

9.2. FR : ____ T: ____ Spo2: ____ PA: ____

10. CONSISTÊNCIAS OFERECIDAS NO EXAME (seguiram o padrão da ADA, 2002):

() Líquida

() Néctar: 200ml líquido + 10g espessante comercial (2 sachês)

() Mel: 200ml líquido + 12,5g espessante (2 ½ saches)

() Pudim: 200ml líquido + 15g espessante (3 sachês)

11. ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO (ROSENBEK et al., 1996):

Pontuação: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ()

CONCLUSÃO:

Fonoaudiólogo Responsável: _____

CRF^a: _____

ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO
(ROSENBEEK et al., 1996)

CATEGORIA	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO
PENETRAÇÃO	1	Contraste não entra em via aérea.
	2	Contraste entra até acima das pregas vocais, sem resíduo.
	3	Contraste permanece acima de pregas vocais, resíduo visível.
	4	Contraste atinge pregas vocais, sem resíduo.
	5	Contraste atinge pregas vocais, resíduo visível.
ASPIRAÇÃO	6	Contraste passa o nível glótico, mas não há resíduos no nível subglótico
	7	Contraste passa o nível glótico com resíduo no subglótico apesar do paciente responder.
	8	Contraste passa a glote com resíduo na subglote, mas o paciente não responde.

ANEXO III – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto De Um Serviço de Diagnóstico de Disfagia em um Hospital Geral

Pesquisador: Carmen Silvana Vieira Hausberger

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 15886013.5.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 337.333

Data da Relatoria: 23/07/2013

Apresentação do Projeto:

Idem ao dados apresentados no Parecer do CEP nº 272.311 de 30/04/2013 e Parecer do CEP nº 329.807 de 02/07/2013.

Objetivo da Pesquisa:

Idem ao dados apresentados no Parecer do CEP nº 272.311 de 30/04/2013 e Parecer do CEP nº 329.807 de 02/07/2013.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao dados apresentados no Parecer do CEP nº 272.311 de 30/04/2013 e Parecer do CEP nº 329.807 de 02/07/2013.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem ao dados apresentados no Parecer do CEP nº 272.311 de 30/04/2013 e Parecer do CEP nº 329.807 de 02/07/2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos adequados. Foi incluída a solicitação de dispensa do TCLE.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

CEP: 80 060-900

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 337.333

encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

CURITIBA, 19 de Julho de 2013

Assinador por:

Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80 060-900

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br