

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
LILA JERUSA NASCIMENTO PEREIRA ABREU

**PERFIL DOS CUIDADORES E SEUS CONHECIMENTOS A
RESPEITO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA EM PACIENTES COM
SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
HOSPITALIZADOS**

CURITIBA
2013

LILA JERUSA NASCIMENTO PEREIRA ABREU

**PERFIL DOS CUIDADORES E SEUS CONHECIMENTOS A
RESPEITO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA EM PACIENTES COM
SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
HOSPITALIZADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná como requisito para obtenção do grau de mestre.

Orientador: Profº. Dr. Jair Mendes Marques

Co-orientadora: Profª. Dra. Rosane S. Santos

CURITIBA

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

LILA JERUSA NASCIMENTO PEREIRA ABREU

**PERFIL DOS CUIDADORES E SEUS CONHECIMENTOS A
RESPEITO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA EM PACIENTES COM
SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
HOSPITALIZADOS**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios de Comunicação do Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná.

Curitiba, 30 de setembro de 2013.

Mestrado em Distúrbios da Comunicação
Universidade Tuiuti do Paraná

Orientador: Profº. Dr. Jair Mendes Marques
Universidade Tuiuti do Paraná

Profª. Dra. Cláudia Giglio Gonçalves
Universidade Tuiuti do Paraná

Profª. Dra. Edna M. S. Abdulmassih
Universidade Federal do Paraná

Ao meu esposo Nelson que demonstrou seu respeito à minha busca por novos conhecimentos, expresso meu imenso e verdadeiro amor.

À minha filha Laura que nasceu durante o decorrer do mestrado ao qual me dividi e que hoje é a alegria do meu viver.

À minha mãe Iracema, por me mostrar que tudo é possível, ser um grande exemplo para eu seguir e por fortalecer laços de amor e carinho, dedico este trabalho.

Agradeço ao Mestrado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná e cada um dos professores por enaltecerem a Fonoaudiologia e possibilitarem nosso avanço profissional.

À Prof^a. Rosane Sampaio Santos agradeço pela disponibilidade, pelas orientações e críticas que me possibilitaram crescimento profissional assim como pessoal;

À Prof^a. Dra. Claudia Gonçalves Giglio, sou grata pela confiança e força disponibilizada nos meus momentos de dificuldades;

Ao Prof^o. Dr. Jair Marques Mendes, por clarificar a indispensável aplicação estatística na análise deste estudo;

À secretaria Luci, pela dedicação e carinho;

Ao setor de Terapias complementares, equipe interdisciplinar da U-AVC e em especial, Claudinéia pelo auxílio, compreensão e sua colaboração;

Às enfermeiras da U-AVC e neurocirurgia pela disponibilidade e troca de informações;

Às colegas de trabalho, Fonoaudiólogas Miriam Rocha e Daniela Roos pelo apoio e auxílio nas minhas ausências;

À cada um dos cuidadores, enfermeiros e técnicos de enfermagem do HMSJ, pelo papel fundamental que exerceram neste trabalho.

Não importa aonde você parou...
Em que momento da vida você cansou...
O que importa é que sempre é possível e necessário "Recomeçar".
Recomeçar é dar uma chance a si mesmo...
É renovar as esperanças na vida e o mais importante...
Acreditar em você de novo.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Introdução: Os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) são a maior causa de deficiência motora adquirida e morte do mundo. Dentre as sequelas, a disfagia é responsável por 23% a 81% das incapacidades encontradas nas admissões hospitalares. Por sua complexidade e necessidade de cuidados específicos a cada caso, pacientes necessitam de assistência fonoaudiológica e colaboração de cuidadores no sentido de manutenção e monitoramento desses cuidados na alimentação devido ao alto risco de pneumonias aspirativas e complicações nutricionais. **Objetivo:** Determinar o perfil de cuidadores e os seus conhecimentos e dificuldades sobre disfagia orofaríngea e ações durante a alimentação de pacientes disfágicos acometidos por acidente vascular encefálico. **Método:** Estudo transversal exploratório, com 59 cuidadores de pacientes disfágicos atendidos no Hospital Municipal São José em Joinville/SC, no período de julho e agosto de 2013. A coleta de dados aconteceu em duas etapas: busca ativa dos pacientes disfágicos em prontuário eletrônico conforme prescrição médica e avaliação fonoaudiológica, e após seus cuidadores responderam um questionário elaborado pela pesquisadora. **Resultados:** Os resultados indicam que o perfil do cuidador é na maioria do sexo feminino, idade média de 47,3 anos e desvio-padrão de 13,9 anos, alfabetizados, informais, casados, com dedicação parcial e integral (até 10 horas) e com experiência menor que 1 ano, sendo 47,5% leigos. Os cuidadores demonstraram ter conhecimentos a respeito dos cuidados na alimentação, tais como a postura correta (91,5%), risco de complicações respiratórias e nutricionais (88,1%), sabem que a higiene oral contribui para uma alimentação melhor e segura (81,4%), consistência ideal (62,7%), reconhecem que existe algum distúrbio de deglutição de sólidos e líquidos (64,4% e 54,2% respectivamente), e quem reintroduz via oral (55,0%). Entretanto, a amostra comprovou que existe a necessidade de orientações específicas quanto as dificuldades ao ofertar dieta por via oral (74,5%), realizar a higiene oral (71,2%) conforme rotina hospitalar, reconhecer os sinais e sintomas da disfagia (23,7%), e como agir corretamente diante de um engasgo (10,2%). **Conclusão:** Neste estudo sobre cuidadores de pacientes com disfagia pós AVE, observou-se que somente dez de 59 sujeitos são cuidadores formais e grande maioria eram cuidadores informais, filhos, casados, do sexo feminino e que foram sujeitos a esta condição por necessidade ocasionada pelas deficiências de seus entes. Estes demonstraram alguns conhecimentos sobre as ações gerais no cuidado e oferta alimentar das pessoas e dificuldades específicas durante o processo de alimentação do paciente disfágico independente do tempo de experiência, pois o fator escolaridade foi um diferencial sobre as ações.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico, disfagia, cuidadores

ABSTRACT

Introduction: Stroke is the leading cause of acquired physical disability and death in the world. Among the consequences, dysphagia is responsible for 23% to 81% of disabilities found in post-stroke hospitalized patients. Due to its complexity and need for individualized care, patients require speech therapy assistance and caregivers' collaboration towards maintenance and monitoring feeding once aspiration pneumonia and malnutrition are common complications. **Objective:** To determine the profile, knowledge and difficulty of caregivers towards oropharyngeal dysphagia and their behavior while feeding post-stroke dysphagic patients. **Method:** Cross-sectional exploratory study with 59 dysphagic patients' caregivers treated at Hospital Municipal São José at Joinville / SC, between July and August 2013. Data acquisition took place in two steps: active search through digital medical records for dysphagic patients previously evaluated by a speech therapist and providing a questionnaire to be answered by their respectively caregivers. **Results:** The results suggest the caregivers' profile to be mostly female, mean age 47.3 years, ± 13.9 years, literate, informal, married, working part and fulltime (10 hours), less than 1 year experienced and 47.5% were lay. Caregivers demonstrated their knowledge towards feeding precautions, such as the correct feeding posture (91.5 %), risk of respiratory and nutritional complications (88.1 %), oral hygiene contribution for better nutrition and lung's safety (81.4 %), ideal food consistency (62.7 %), recognizing some solids and liquids swallowing disturbances (64.4 % and 54.2 % respectively) and what professional will allow reintroduction of oral feeding (55.0 %). However, the results also suggest the need for specific orientation about oral diet offering (74.5 %), performing oral hygiene according the hospital routine (71.2 %), recognizing the signs and symptoms of dysphagia (23.7 %) and how to act before choking (10.2%). **Conclusion:** This study observed that only 10 of 59 subjects were formal caregivers the great part were informal caregivers mostly patients' adult children, married, female and have been subjected to this condition by the patient's needs. Caregivers showed some knowledge about general care and feeding the dysphagic patients and also about specific difficulties during the care process regardless of caregiving experience time. The education level was the main determinant factor.

Keywords: Stroke, dysphagia, caregivers.

LISTAS DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 01- SINTOMAS DE DISFAGIA PÓS AVE ASSOCIADA FISIOPATOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO	26
TABELA 01 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO PERFIL DOS CUIDADORES (N=59)	38
TABELA 02 - TEMPO DE TRABALHO COMO CUIDADOR (N=59)	39
TABELA 03 - CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES - POSTURA (N=59).....	39
TABELA 04 - CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES - SINTOMAS DA DISFAGIA (N=59)	40
TABELA 05 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E CONHECIMENTOS DOS RISCOS EM DISFÁGICOS (N=59).....	40
TABELA 06 - RELAÇÃO ENTRE TEMPO COMO CUIDADOR E RISCOS EM DISFÁGICOS(N=59).....	41
TABELA 07 - CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES - QUANDO REINICIAR A VIA ORAL EM PACIENTES COM SONDA (N=59).....	41
TABELA 08 - CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES - HIGIENE DA BOCA (N=59).....	41
TABELA 09 - CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES - COMO É FEITA A HIGIENE DA BOCA (N=59)	42
TABELA 10 - RELAÇÃO ENTRE TEMPO COMO CUIDADOR E HIGIENE ORAL (N=59).....	42
TABELA 11 - RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E HIGIENE ORAL	43
TABELA 12 - CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES - QUE CONSISTÊNCIA DE ALIMENTO PODERÁ SER INICIADA A VIA ORAL COM OU SEM SONDA ENTERAL (N=59)	43
TABELA 13 - CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES - DE QUEM RECEBEU ORIENTAÇÕES SOBRE AÇÕES DURANTE A ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE DISFÁGICO (N=59)	44
TABELA 14 - CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES - MAIOR DIFICULDADE PARA O CUIDADOR (N=59)	44
TABELA 15 – CONHECIMENTOS DOS CUIDADORES - MAIOR DIFICULDADE	

OBSERVADA NO PACIENTE COM DISFAGIA OROFARÍNGEA (N=59).....	45
TABELA 16 - RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E ATITUDE FRENTE AO ENGASGO (N=59).....	45
TABELA 17 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E ATITUDE FRENTE AO ENGASGO (N=59).....	46

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC = Acidente Vascular Cerebral

AVE = Acidente Vascular Encefálico

AIT/TIA = Acidente Isquêmico Transitório

AVEH = Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico

AVEI = Acidente Vascular Encefálico Isquêmico

CBO = Classificação Brasileira de Ocupações

CSSF = Comissão de Seguridade Social e Família

ESE = Esfíncter Superior do Esôfago

JGP = Junção glossopalatal

EMG = Estimulação Magnética Transcraniana

HMSJ = Hospital Municipal de Joinville

HSA = Hemorragia Subaracnóidea

PAH = Pneumonia Adquirida no Hospital

PL = Projeto de Lei

PNM = Pneumonia

RIND = Déficit neurológico isquêmico reversível

TOAST = Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment

U-AVC = Unidade de Acidente Vascular Cerebral

V.O. = Via Oral

SUS = Sistema Único de Saúde

SBV = Suporte Básico de Vida

WHO = World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

WSO = World Stroke Organization (Organização Mundial de AVE)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1	DEFINIÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	16
3.2	EPIDEMIOLOGIA	16
3.3	CLASSIFICAÇÃO	17
3.4	FATORES DE RISCO	19
3.5	SINTOMATOLOGIA	20
3.5.1	Sinais de foco definido.....	20
3.5.2	Sinais focais ou globais inespecíficos.....	20
3.6	NEUROFISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO E ÁREAS CEREBRAIS	21
3.7	DISFAGIA E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	23
3.8	TRATAMENTO DA DISFAGIA	27
3.9	NECESSIDADE DO CUIDADOR NA DISFAGIA.....	28
3.10	CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO	30
4	MÉTODO.....	34
4.1	CASUÍSTICA	34
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA COLETA	34
4.2.1	Critérios de inclusão	35
4.2.2	Critérios de exclusão	35
4.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	36
5	RESULTADOS	37
5.1	PERFIL DOS CUIDADORES	37
5.2	CONHECIMENTOS SOBRE OS CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO	39
6	DISCUSSÃO	47
7	CONCLUSÃO	56
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS.....	59
	APÊNDICES	66
	ANEXOS	69

1 – INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a principal causa de incapacidade no adulto e idoso, e constitui-se a representação de um problema de saúde pública por ser a primeira causa de óbito no mundo (SACCO *et al.*, 2013). Segundo a Organização Mundial de AVE (WORLD STROKE ORGANIZATION, 2012), uma a cada seis pessoas no mundo inteiro poderá ter um AVE, independente do sexo.

Estudos apontam o AVE como distúrbio local ou global do suprimento sanguíneo do cérebro que pode desencadear sequelas em variados graus de dependência por perda do controle motor, alterações de sensibilidade, deficiência cognitiva ou da linguagem, e desequilíbrio ou coma (FRIEDRICH *et al.*, 2008; XEREZ, 2010). Esse distúrbio quando interfere em uma ou mais regiões corticais anteriores, tronco cerebral e território infratentorial, podem resultar em desordem nos canais sensoriais e / ou controle motor das estruturas envolvidas no processo de deglutição, desencadeando a chamada disfagia orofaríngea (SILVA, 1999; GONÇALVES e CÉSAR, 2010; BARROS e SANTANA, 2010; NUNES *et al.*, 2012).

A disfagia orofaríngea altera a progressão dos alimentos pelo trato digestivo (da boca ao estômago) por ineficiência nas fases oral, faríngea e / ou esofágica (COSTA e CASTRO, 2003; ABDULMASSIH *et al.*, 2009). A literatura busca estabelecer a incidência da disfagia em pacientes pós AVE com *rankins* de 23% a 81% (GONÇALVES, 1999 apud O' NEILL *et al.*, 1999; DANIELS, 2000 apud HAMDY e SINGH , 2006; DANIELS, S. e HUCKABEE, M., 2008) e aponta como fator de risco para ocorrência de complicações por déficits nutricionais e de hidratação ao indivíduo, bem como comprometimentos do estado pulmonar podendo culminar em pneumonia aspirativa, uma das complicações mais frequentes do AVE (ABDULMASSIH *et al.*, 2009).

A disfagia ocorre na fase aguda do AVE, os sinais e sintomas podem ser silenciosos e outros reconhecidos durante a refeição, tais como: escape extra-oral de alimentos, ausência ou retardo de reflexo de deglutição, controle lingual pobre, tosse e disfonia relacionada à alimentação, restos de alimentos na boca (SILVA, 1999; XEREZ, 2010). Há necessidade do pronto reconhecimento desses sintomas e oferta de cuidados e assistência adequada durante a alimentação a fim de evitar essas complicações.

Dentre os cuidados básicos intra-hospitalares, a alimentação geralmente é delegada aos acompanhantes ou cuidadores dos pacientes devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais da enfermagem (PASSOS e SADIGUSKYII, 2011; SILVA, 2007).

O cuidador formal é o profissional contratado e responsável por zelar pelo bem estar do paciente e auxiliar na realização cuidados preventivos de saúde, mobilidade, apoio emocional, convivência social, rotinas de higiene pessoal e oral. A regulamentação desta profissão estabelece que ele possa ser responsável por alimentar e administrar medicamentos por via oral. Entretanto, nem sempre este profissional é contratado para realizar estes cuidados, assumindo muitas vezes a família o papel de cuidador informal. A literatura enfatiza que o cuidador nem sempre está capacitado para reconhecer problemas relacionados à deglutição (BRETAN, 2003; BARROS *et al.*, 2006; SILVA, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Desta forma, a justificativa para realização deste estudo refere que apesar do tratamento da disfagia pós AVE requerer uma equipe interdisciplinar que inclui fonoaudiólogo, enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, neurologista e fisiatria, verifica-se que é o cuidador que fica a maior parte do dia com este paciente, realizando atividades como alimentação assistida, e outros cuidados de vida diária, sendo um membro-chave do processo de reabilitação (GIANNINI, 2007; SILVA, 2007; SANTANA e BARROS, 2010). O que gera indagação a respeito dos conhecimentos destes cuidadores para tal função.

2 – OBJETIVOS

2.1 – OBJETIVO GERAL:

- Determinar o perfil de cuidadores, os seus conhecimentos e ações sobre disfagia orofaríngea durante a alimentação.

2.2 – OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Caracterizar o perfil dos cuidadores de pacientes com disfagia pós AVE em relação às variáveis: sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, grau de parentesco, tempo de dedicação ao paciente e experiência como cuidador prévia;
- Caracterizar o conhecimento do cuidador em relação aos sinais e sintomas da disfagia neurogênica, riscos de alimentação por via oral, quando iniciar a via oral e em qual consistência, ações durante a higiene oral, diante de um engasgo e posicionamento adequado na alimentação;
- Apontar dificuldades encontradas pelos cuidadores e propor abordagem fonoaudiológica junto aos cuidadores que atuam com pacientes pós AVE.

3 - REVISÕES DE LITERATURA

3.1 – DEFINIÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é definido por um distúrbio local do suprimento sanguíneo no cérebro. Pode advir de uma isquemia (80% dos casos), que consiste na oclusão de um vaso sanguíneo, interrompendo o fluxo de sangue para regiões específicas do cérebro e causando prejuízo nas funções neurológicas dependentes da região afetada, ou de uma hemorragia (cerca de 20% dos casos) (FRIEDRICH *et al.*, 2008).

O déficit neurológico é de início súbito, caracterizado por perda do controle motor, alterações de sensibilidade, deficiência cognitiva ou da linguagem, desequilíbrio ou coma (XEREZ, 2010).

Segundo a recomendação da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013), a definição do AVE é caracterizado por desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular, provocando alterações nos planos cognitivo e sensório-motor, de acordo com a área e extensão da lesão. Os Acidentes Isquêmicos Transitórios (AIT) não são considerados como um acidente vascular encefálico, pois sua duração é menor que 24 horas. Pode ser necessária avaliação cuidadosa da história do paciente para diferenciar entre um acidente vascular encefálico anterior e AIT anterior, os dois episódios podem ser confundidos.

O AVE é uma doença silenciosa e cada vez mais tem-se observado estudos sobre suas causa e dados epidemiológicos.

3.2 – EPIDEMIOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a principal causa de morte e deficiência em escala mundial (SACCO *et al.* 2013). É uma doença que ocorre predominantemente em adultos e idosos. Nas últimas décadas, o Brasil vem mu-

dando o seu perfil de morbimortalidade, e entre as doenças crônicas não transmissíveis está o AVE, que é uma das principais causas de internações e mortalidade, causando na grande maioria dos pacientes, algum tipo de deficiência, seja parcial ou completa.

Dados provenientes de estudo prospectivo nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) indicaram incidência anual de 108 casos por 100.000 habitantes, taxa de fatalidade aos 30 dias de 18,5% e aos 12 meses de 30,9%, sendo o índice de recorrência após um ano de 15,9%.

No Brasil, em 2010 da faixa etária 30 a 59 anos houve uma taxa de internação por AVE de 6,77 para cada 10.000, o que induziu ao AVE ser considerado como primeira causa de óbito entre as mulheres adultas no Brasil com 16,1 óbitos /100 mil e a quarta causa de morte entre os homens, segundo os dados de domínio público do Sistema Único de Saúde referente ao pacto de saúde biênio 2010-2011, do Ministério da Saúde. Em 2010 a taxa de mortalidade foi de 52,3 a cada grupo de 100.000 habitantes e em Santa Catarina é de 45,6 / 100.000.

Em Santa Catarina, no estudo epidemiológico institucional realizado por Cabral *et al.* (1997) na cidade de Joinville no período de 1 ano entre 1995 -1996, estes avaliaram e registraram 429 pacientes no período (175 mulheres e 254 homens); 74,5% foi primeiro episódio de AVE e 25,5% episódios recorrentes (320 e 109 casos, respectivamente). A média de idade geral, entre mulheres e homens com AVE, foi de 65,2 anos e o desvio-padrão 14,7 no primeiro episódio e 63,2 anos e o desvio-padrão 14,1 nos casos recorrentes. E demonstrou que a taxa de incidência anual ajustada por idade em primeiro episódio de AVE foi de 156 / 100.000 e é mais elevada do que a taxa anual mundial do presente ano. A taxa de mortalidade anual padronizada foi 25 / 100.000 e a letalidade foi 26% condizentes com as taxas nacionais no período.

3.3 – CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

A classificação se faz em decorrência do mecanismo de instalação do Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) em relação ao mecanismo de instalação do AVE, destaca

que a maioria pode ser isquêmico (85%), hemorrágico intracerebral (10%) e subaracnóideo (5%). Cada um dos tipos podem produzir sintomas clínicos que preenchem a definição de acidente vascular cerebral, no entanto, distinguem-se no que diz respeito à sobrevivência a longo prazo.

O Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi) é causado por uma oclusão súbita de artérias que suprem o parênquima cerebral. A oclusão pode ser devido a um trombo formado diretamente no local da oclusão (AVE isquêmico aterotrombótico), ou ser um trombo formado num determinado local na artéria, que desloca-se e segue o fluxo de sangue até obstruir as artérias no cérebro (AVE isquêmico embólico) (XEREZ, 2010).

Existem subtipos de AVEi, utilizam-se os critérios diagnósticos do estudo Trial of Org. 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) (ADAMS *et al.*, 1999): 1) aterotrombótico de grande artéria; 2) oclusão de pequeno vaso (lacuna); 3) cardioembólico; 4) etiologia indeterminada (investigação incompleta, duas ou mais causas presentes, investigação negativa); 5) outra etiologia determinada.

O Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEh) é quando existe extravasamento de sangue de uma das artérias cerebrais para o parênquima do cérebro. A lesão provoca sintomas que imitam aqueles vistos para no AVEi. O diagnóstico de hemorragia intracerebral depende do acesso à neuroimagem, onde ele pode ser diferenciado do acidente vascular encefálico isquêmico. Hemorragia intracerebral espontânea pode ser mais prevalente nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; XEREZ, 2010).

O AVE hemorrágico subaracnóide (HSA) é caracterizado por sangramento arterial no espaço entre duas meninges, a pia-máter e aracnóidea. Os sintomas típicos são de início súbito muito forte dor de cabeça e consciência geralmente prejudicada. O diagnóstico pode ser estabelecida quer por neuroimagens ou por punção lombar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

O estudo institucional realizado por Cabral *et al.* (1997), a distribuição por diagnóstico foi similar: 73,4% para Infarto Cerebral, 18,4% para Hemorragia Cerebral e 7,5% para Hemorragia Subaracnóidea. Carvalho *et al.* (2011) em seu estudo, encontraram o AVEi foi como o mais frequente (72,9%) seguido por Hemorrágico Intracerebral (15,2%), e Hemorrágico Subaracnóideo (6,0%), Acidentes Isquêmicos

Transitórios (3,0%), e AVE indeterminados (2,9%). A média para início dos sintomas até a chegada no hospital foi de 12.9 (3.8 – 32.5) horas.

Segundo Xerez (2010), a maneira de instalação do Acidente Vascular Encefálico pode ser por Ataque Isquêmico Transitório (AIT), déficit neurológico isquêmico reversível (RIND) e o AVE (em curso ou completado). O AIT é caracterizado por déficits neurológicos que se desenvolvem e regredem em horas e desaparecem totalmente em 24 horas, frequentemente associado à doença aterosclerótica das carótidas; No RIND raramente ocorrem déficits reversíveis em períodos maiores que 24 horas e decorre de pequenos infartos lacunares na substância branca. O AVE se subdivide em embólico (instalação súbita), hemorrágico (uma a duas horas de instalação) e o trombótico (tempo variável).

3.4 - FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Considera-se que os fatores de riscos podem ser divididos em não-tratáveis e tratáveis. Os principais fatores de risco não-tratáveis são: a idade, sendo mais comum em indivíduos com idade mais avançada; o sexo, com maior prevalência para o sexo masculino; a raça, predominando em negros; presença de história familiar, materna ou paterna; AVE ou AIT prévios (XEREZ, 2010).

Entre os fatores de risco tratáveis, destaca-se a hipertensão arterial pela sua alta prevalência; o diabetes *mellitus*, pela sua susceptibilidade à aterosclerose das artérias coronárias, cerebrais e periféricas; a dislipidemia por ser um importante fator de risco relacionado à cardiopatia isquêmica; a presença de doença cardiovascular prévia; a obesidade, pela frequente associação ao diabetes mellitus, e à dislipidemia, constituintes da “Síndrome metabólica”; o tabagismo, a ingestão abusiva de álcool e a vida sedentária, dependentes do estilo de vida do paciente; o uso de anticoncepcionais orais, principalmente se relacionados a eventos trombóticos prévios ou tabagismo (XEREZ, 2010 apud KRAFT, 2003). Entre as várias causas cardíacas relacionadas com o risco de AVEI de origem embólica, a fibrilação atrial é uma das mais importantes. A doença carotídea assintomática (estenose > 50%) está presente entre 7 a 10% dos homens e entre 5 a 7% das mulheres acima de 65 anos.

No estudo realizado em Joinville, dentre a população investigada a hipertensão arterial esteve presente em 79,7% sendo o fator de risco mais incidente, o AVE prévio em 25,4%, diabetes *mellitus* em 24,7%, tabagismo em 23,5%, alcoolismo em 9,3%, cardiopatia isquêmica em 8,3%, fibrilação atrial em 8,3%, dislipidemia em 4,1%, uso de contraceptivos orais em 1,6%, uso de anticoagulante e toxicomania em 0,2% (CABRAL *et al.*, 1997).

3.5 - SINTOMATOLOGIA

A definição de Acidente Vascular Encefálico inclui referência aos sintomas de distúrbio de foco definido da função cerebral ou globais inespecíficos, descritos a seguir:

3.5.1- Sinais de foco definido

Sinais focais definidos são apresentações clínicas, que podem ser aceitas como indicativos de um AVE. Tais como: comprometimento motor unilateral ou bilateral (incluindo incoordenação), deficiência sensorial unilateral ou bilateral, afasia, disfasia, hemianopia, diplopia, olhar forçado (desvio conjugado), apraxia de início agudo, ataxia de início agudo e déficit de percepção espacial de início agudo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

3.5.2 - Sinais focais ou globais inespecíficos

As apresentações clínicas descritas a seguir não são adequadas para o diagnóstico do acidente vascular encefálico, apesar de serem sintomas presentes e frequentes em uma pessoa com AVE, pode, uma vez serem obtidos como resultado também de outras doenças ou alterações (por exemplo, desidratação, insuficiência cardíaca, infecções, demência e desnutrição). Mesmo que eles se desenvolvam de forma repentina e durem mais que 24 horas, outras provas adicionais devem ser obtidas para o diagnóstico do AVE. Os sinais são: dor de cabeça localizada, visão turva de ambos os olhos, disartria, função cognitiva prejudicada (incluindo confusão),

consciência prejudicada, convulsões e disfagia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O termo "global" refere-se a pacientes com hemorragia subaracnóide ou coma profundo, mas excluindo coma de origem vascular sistêmica, como choque, síndrome de Stokes-Adams ou encefalopatia hipertensiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

3.6 - NEUROFISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO E ÁREAS CEREBRAIS

A biomecânica da deglutição é dividida em cinco fases, sendo estas a fase antecipatória, preparatória oral, oral, faríngea e esofágica. A fase antecipatória é prévia a entrada dos alimentos na cavidade oral e é influenciada por vários fatores como fome, grau de saciedade, aspectos dos alimentos, ambiente alimentar, estado emocional, influências sociais, utilização de utensílios, coordenação mão-boca, posturas cervicais, entre outros. A fase preparatória oral envolve a mastigação do bolo e sua mistura com a saliva. O bolo então é preparado, definido e modelado e posicionado sobre a língua; na fase oral propriamente dita ou fase de transporte, o bolo é ejetado da cavidade oral para a faringe; na fase faríngea o bolo é transportado para o esôfago, e, finalmente, na fase esofágica o bolo é propulsionado para o estômago (LEOPOLD e KAGEL, 1997; HABER, 2003).

Estas fases envolvem a coordenação e interação de diversos músculos e nervos, que se inter-relacionam e compõem um complexo processo dinâmico, com refinado controle neuromotor. O sincronismo fisiológico entre as fases permite que o material deglutido e saliva sejam transportados da boca ao estômago, sem que haja penetração e ou aspiração laringotraqueal (MACEDO FILHO, 2003).

Referente à relação a todo processo da deglutição, sabe-se que este é uma sequência complexa de eventos neuromusculares que transportam o alimento da boca ao estômago. Esse controle neuromuscular é geralmente dividido em três elementos, sendo um o sistema aferente, que consiste de fibras do V, VII, IX e X nervos cranianos (envolvidos principalmente na fase oral propriamente dita), fornecendo *feedback* sensorial para a deglutição, outro o tronco cerebral como centro da deglutição, reflexamente coordenando a deglutição via eferente das fases oral e faríngea V, VII, IX, X, XII núcleos motores e por último os centros mais altos,

incluindo o córtex frontal, o qual inicia e modula a deglutição. Com relação à fase esofágica da deglutição, esta é resultado de impulsos nervosos enviados do centro da deglutição no tronco encefálico (JOTZ e DORNELLES, 2010; ESTRELA *et al.*, 2010).

Outros autores destacam que os impulsos sensoriais transmitidos como resultado de estimulação dos receptores sobre as fauces, tonsilas, palato mole, base da língua e parede posterior da faringe. Esses impulsos alcançam a medula primariamente através dos VII, IX e X pares de nervos cranianos, enquanto a função eferente é mediada através dos IX, X e XII (BASS e MORREL, 1997).

A seguir está descrita a ocorrência mecânica do processo de deglutição normal: 1) Elevação e retração do véu palatino, com o fechamento da nasofaringe; 2) Abertura do esfíncter superior do esôfago (ESE); 3) Fechamento laríngeo no nível do vestíbulo laríngeo; 4) Elevação posterior da língua com abertura da junção glossopalatal (JGP); 5) Propulsão da língua; e 6) Contração da faringe com *clearance faríngeo* (MACEDO FILHO, 2003).

Quanto ao controle central da deglutição, alguns autores relataram de duas maneiras o controle neuronal das fases oral e faríngea da deglutição. Uma delas seria o movimento do bolo alimentar através da boca e faringe, que estimula os receptores sensoriais e desencadeia o próximo passo na seqüência da deglutição. Outra hipótese é que uma vez a deglutição iniciada ativa-se um controle programado de uma rede de neurônios no tronco cerebral, centro da deglutição, cuja função é independente de *feedback* sensorial. Referiram, ainda, que o volume do bolo alimentar pode alterar a seqüência da deglutição, alterando, por exemplo, o tempo de abertura do esfíncter cricofaríngeo, sem alterar outras variáveis, como a magnitude da contração faríngea (DODDS *et al.*, 1990).

Para Dodds *et al.* (1990) referiram que as aferências na cavidade oral posterior, faringe e mucosa da laringe, que são transmitidas para o núcleo do trato solitário e para o córtex cerebral, são necessárias para desencadear a resposta faríngea da deglutição na região orofaríngea. Alguns neurônios pré-motores ou interneurônios são encontrados na formação reticular, os quais podem iniciar ou organizar os neurônios motores da deglutição. Esses neurônios são localizados em volta do núcleo do trato solitário e em volta do núcleo ambíguo.

Estudos recentes com exames de neuroimagem funcional possibilitaram a melhor compreensão da biomecânica da deglutição, não estar somente associada

ao tronco cerebral. Houveram estudos com indivíduos saudáveis (MICHOU e HAMDY, 2009), através do exame de ressonância magnética funcional, mostrou que a ativação é cortical, subcortical e difusa, durante a deglutição, ocorrendo em vários locais nos lobos frontal, parietal e temporal. A deglutição voluntária foi representada bilateralmente na ínsula, na área pré-frontal, região cingular e região parietoccipital, além do córtex sensório-motor primário. As ativações foram bilaterais, sendo que algumas destas regiões, particularmente córtex pré-motor, insular e opérculo frontal, direcionaram a lateralização para um ou outro hemisfério cortical dominante para esta função.

3.7 - DISFAGIA E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Numerosos estudos têm tentado estabelecer a incidência de disfagia após o Acidente Vascular Encefálico (AVE) com *rankins* de 23% a 81% (DANIELS, 2000 *apud* HAMDY e SINGH, 2006; DANIELS, S. e HUCKABEE, M., 2008). Esta variação da incidência da disfagia é devido, em partes, o método de seleção da amostra de pacientes, método de avaliação, tempo de avaliação após o *ictus* (1 semana ou 1 mês) e a definição utilizada da disfagia.

Segundo Schelp *et al.* (2004, p. 505) “a maior sensibilidade do exame videofluoroscópico permite detectar tanto formas leves de disfagia, como alterações de fase faríngea dificilmente visualizadas pela avaliação clínica”.

Mann e col *apud* Schelp *et al.* (2004) estudaram 161 pacientes pós AVE, clínica e videofluoroscopicamente, e também encontraram maior incidência de disfagia através do exame objetivo (64%), em comparação com os 51% detectados na avaliação clínica. Observou-se em um hospital público de referência em AVE a incidência de disfagia 76,5% dos pacientes avaliados clinicamente, este percentual elevando-se a 91% com avaliação videofluoroscópica. A alta incidência de disfagia observada neste estudo que avaliou pacientes com amplo espectro de gravidade, em diferentes fases de recuperação, ressalta a importância de equipe multidisciplinar, incluindo fonoaudiólogos capacitados, para avaliar os distúrbios da deglutição nos diversos momentos de recuperação do AVE.

A literatura explica através de uma série de estudos, o desenvolvimento disfagia após o AVE. Hamdy e Singh, (2006) apud Hamdy *et al.* (1996) usaram a estimulação magnética transcraniana (EMT) para investigar o papel do córtex motor na adultos saudáveis e pós-AVE. EMT é um método seguro e a técnica não-invasiva pode estimular áreas focais do córtex cerebral e, assim, a partir de ligações do motor mapa córtex ao músculos alvo. A força das projeções do córtex motor é indicada pela amplitude de eletromiográficas (EMG) e vestígios no músculo alvo. Estudos iniciais em voluntários saudáveis descreveram que os músculos da deglutição são representados bilateralmente próximo a linha média no córtex motor, mas de forma assimétrica. Isto levou à hipótese de que alguns indivíduos têm um hemisfério “dominante” quando se refere a função de engolir. Posteriormente, foi postulado que o acidente vascular encefálico que afeta hemisfério dominante era o mais provável provocar a disfagia. Neste estudo vinte pacientes foram recrutados após seu primeiro acidente vascular cerebral confirmados pós tomografia computadorizada do cérebro. EMT foi realizada nos locais em ambos os hemisférios e a resposta EMG no músculos da faringe foram gravadas. Oito dos pacientes apresentaram disfagia orofaríngea. A estimulação do hemisfério afetado produziu resultado pequeno e semelhante em respostas de EMG em ambos os pacientes disfágicos e não disfágicos. Em contraste, a TMF do hemisfério não afetado produziu respostas significativamente menores nos pacientes disfágicos. Este, de fato, sugere que lesões do hemisfério dominante eram mais propensos a resultar em disfagia.

Outros estudos correlacionam lesões pós AVE de território supratentorial com disfagia, e destacam que lesões corticais de hemisfério esquerdo, quando comprometida a deglutição, afetam 100% da fase oral, com consequente comprometimento da fase faríngea devido a sucessão de fenômenos inter-relacionados neste processo (SILVA, 1999; BARROS e SANTANA, 2010), principalmente por dificuldades na programação e execução dos movimento voluntários presentes na fase oral.

Já lesões corticais de hemisfério direito comprometem a fase faríngea, com maiores riscos de broncoaspiração devido a um tempo de deglutição mais longo. Com relação a lesões de sistema piramidal, o sujeito poderá apresentar um quadro disfágico pseudobulbar característico de lesões de neurônio motor superior, cujos sintomas são fraqueza muscular, ausência de trofismo, hiper-reflexia, hipertonia,

disartria espástica, diminuição da coordenação e das funções voluntárias de língua, palato e faringe (BARROS e SANTANA, 2010).

Com relação a lesões de território infratentorial destacam lesões de cerebelo, que o indivíduo pode evoluir com um quadro de disartrofonia atáxica e/ou disfagia com comprometimento da fase oral e da proteção de vias respiratórias, além de incoordenação respiratória; as de tronco cerebral que tendem a desencadear quadros disfágicos mais graves e com pior prognóstico, uma vez que englobam uma região nobre onde se encontra o maior número de núcleos de nervos cranianos envolvidos na deglutição, bem como centros de controle da respiração e deglutição (formação reticular do bulbo, núcleo do trato solitário e núcleo ambíguo), por esta razão lesões de tronco trazem sintomatologia e graus de disfagia bem diferenciados; e de neurônios motor inferior que geralmente há paralisia flácida e pode ser chamada de disfagia bulbar, nestes casos, há consequência clínicas graves como fraqueza muscular, atrofia muscular, ausência de reflexos, fasciculações, hipotonía, disartrofonia, alterações do reflexo de deglutição e sucção. (BARROS e SANTANA, 2010).

O estudo prospectivo, realizado por Nunes *et al.* (2012) correlacionou a lesão encefálica com a disfagia em pacientes com diagnóstico de AVE, considerando-se o tipo e a localização do AVE, concluiu que houve predomínio da disfagia na localização da lesão no córtex cerebral e do tipo isquêmico.

Daniels *et al.* (2008) estudaram 55 pacientes com AVEi dentro de cinco dias do evento, através da avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição com o objetivo de determinar a frequência e preditores clínicos de aspiração nestes pacientes. Observaram que a disfagia ocorreu em 36 (65%) dos pacientes, sendo que 13 (36%) tinham disfagia moderada a severa, 10 (28%) disfagia moderada e 13 (36%) disfagia leve. O resultado do estudo sugeriu que muitos pacientes com AVE tem alto risco de aspirarem dentro dos primeiros dias.

Sinais e sintomas da disfagia no paciente com seqüela de AVE podem silenciosos e outros reconhecidos também durante as refeições, tais como ausência ou retardos de reflexo de deglutição, controle lingual pobre, engasgos, tosse relacionada à alimentação, disfonia associada à alimentação, regurgitar, redução do reflexo nauseoso, tempo prolongado para fazer as refeições, restos alimentares na boca após a refeição e escape anterior de alimentos pela boca (XEREZ, 2010).

Outros sintomas de disfagia após AVE são destacados no quadro a seguir, destacando-se a disfagia por ineficiência em uma ou mais fases da deglutição.

**QUADRO 1 – SINTOMAS DE DISFAGIA PÓS AVE ASSOCIADA A
FISIOPATOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO**

OS SINTOMAS SÃO	OCORRÊNCIA	PODE SER SECUNDÁRIA A	PRESENTE EM QUE FASE
Escape anterior			
Inadequada preparação do bolo	Pré deglutição		
Inadequado formação do bolo			
Resíduo oral	Pós deglutição		
Escape posterior prematuro	Pré deglutição	Pobre controle oral	Oral
Regurgitação nasal			
Inadequada deflexão da epiglote	Durante a deglutição	Atraso na deglutição faríngea Mobilidade faríngea pobre Diminuição da elevação laríngea mudanças estruturais intrínsecas em tecido de suporte	
Resíduos em valéculas	Após a deglutição	Abaixamento da base da língua e aproximação para a parede posterior da faringe Inadequada deflexão da epiglote	Faríngea
Inadequada abertura da EES*	Durante a deglutição	Diminuição da anteriorização do hióide Mudança estrutural intrínseca do músculo cricofaríngeo	
Resíduos em seios piriformes	Após deglutição	Inadequada abertura do EES	Faríngea
Penetração laringotraqueal	Pré deglutição	Resíduo faríngeo	Oral
	Durante a Deglutição		Faríngeo
		Resíduo faríngeo	Oral
		Deflexão inadequada da epiglote	
		Inadequada elevação laríngea	Faríngea
Aspiração	Após a deglutição	Resíduo oral	Oral
		Resíduo faríngeo	Faríngea
	Pré deglutição	Resíduo faríngeo	Oral
	Durante a deglutição	Inadequada oclusão das cordas vocais verdadeiras	Faríngea
	Após a deglutição	Resíduo oral	Oral
		Resíduo faríngeo	Faríngea

Fonte: DANIELS e HUCKABEE , 2008.

3.8 - TRATAMENTO DA DISFAGIA

Os músculos envolvidos na deglutição são assimetricamente representados em ambos os córtices motores, como citado anteriormente, o Acidente Vascular encefálico (AVE) afeta o hemisfério dominante em projeções do cortex motor que representam a deglutição, resulta em disfagia. Entretanto a recuperação clínica tem sido correlacionada com mudanças compensatórias no anteriormente hemisfério não-dominante, o não afetado. Esta bilateralidade assimétrica pode explicar porque até metade dos pacientes com AVE apresentam disfagia orofaríngea e porque muitos vão recuperar a deglutição segura durante um comparativamente curto período de tempo. Apesar desta tendência de recuperação, disfagia leva um risco aumentado de pneumonia aspirativa sete vezes maior, sendo um preditor independente de mortalidade (HAMDY e SINGH, 2006).

A disfagia orofaríngea ocorre em pacientes na fase aguda intra-hospitalar, mas podem ser resolvidos dentro de duas semanas (O' NEILL *et al.*, 1999). A disfagia persistente além deste período é associada com uma alta taxa de mortalidade, maior fase de dependência, hospitalização mais longa e complicações respiratórias e desnutrição.

A incidência dos pacientes com disfagia é alta na população com AVE, mesmo considerando que alguns pacientes terão a melhora espontânea, se estes, durante a fase aguda na hospitalização, não receberem o atendimento e gerenciamento da disfagia adequado acabam evoluindo com agravos por pneumonia (PNM) e desnutrição (ABDULMASSIH *et al.*, 2009; XEREZ, 2010).

Considerando a alta prevalência das doenças cerebrovasculares e sua importância como causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, o Ministério da Saúde preconizou através da Portaria Nº. 665, de 12 de abril de 2012 os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e instituiu o respectivo incentivo financeiro, aprovando a Linha de Cuidados em AVE, adequando também o número de profissionais da equipe multidisciplinar em cada tipo de unidade de atendimento ao paciente acometido por AVE.

O atendimento ao paciente disfágico requer cuidados de uma equipe interdisciplinar que inclui fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas com

especialidade motora e respiratória, terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, clínicos gerais, neurologistas, gastroenterologistas, otorrinolaringologistas, pneumologistas, geriatras e fisiatras (FURKIM e SANTINI, 1999; GIANNINI, 2007).

Uma vez fechado o diagnóstico fonoaudiológico da disfagia, dentro de uma abordagem fonoaudiológica junto aos pacientes com AVE, independente das técnicas elencadas, é importante o papel do cuidador, a família e o paciente (sempre que possível) 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 e BARROS, 2010).

3.9 - NECESSIDADE DO CUIDADOR NA DISFAGIA

A profissão do cuidador é reconhecida e inserida na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego com código de 5162-10 – cuidador de idosos: acompanhante de idosos, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idosos domiciliar, cuidador de idosos institucional, ger-sitter. A CBO é o documento que reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. E descreve que o cuidador é quem cuida de idosos e dependentes, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BORN, 2008 *apud* CBO, 2002).

Atualmente está em tramitação no senado o Projeto de lei (PL) para a criação da profissão do cuidador PL 4702/2012 e aguarda o Parecer na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), também descreve o cuidador como o profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência exclusivamente à pessoa idosa e dependente, incluindo o auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição.

Os cuidadores são pessoas que se dedicam a função de cuidar de alguém quando este não consegue desempenhar tarefas da vida diária sem auxílio, sejam

elas membro da família que, voluntariamente ou não, assumem esta atividade. Existem dois tipos de cuidadores: o formal e o informal. O cuidador formal é o profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados em domicílio ou ambiente hospitalar, segundo as necessidades específicas do paciente. O cuidador informal é um membro da família ou comunidade, não pago, que presta cuidados de forma parcial ou integral ao paciente com déficit de auto cuidado. O cuidador pode ser classificado como primário ou secundário, sendo primário aquele cuidador que tem responsabilidade total em relação ao fornecimento da ajuda e os demais são os secundários (BRAUNER e FRAME, 2001; KAWASAKI e DIOGO, 2001; BORN, 2008).

Após ser acometido por um AVE, o indivíduo geralmente apresenta déficits facilmente perceptíveis na realização de várias atividades. Por causa das necessidades, a pessoa deficiente, frequentemente, depende de cuidadores ou dos membros da família para o apoio emocional, contato social e cuidado físico, dentre eles, os da alimentação. Assim, o cuidador mostra sua relevância como instrumento de reabilitação, seja ele familiar ou não, principalmente se o período de adaptações, individuais e coletivas, ocorrerem no caso de um evento cerebrovascular. E dependendo do nível de dependência por assistência é determinado pelo grau das incapacidades do paciente, o que representa um desafio ao cuidador formal e familiar (BOCHI, 2004).

Conforme Born (2008) organizadora do Manual do Cuidador da Pessoa Idosa publicado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos em 2008, as tarefas do cuidador informal e do cuidador formal são: cuidar do vestuário e da aparência da pessoa idosa de modo a aumentar a sua autoestima; facilitar e estimular a comunicação; acompanhar em seus passeios e incentivar a realizar exercícios físicos, sempre que autorizados pelos profissionais de saúde; acompanhar a pessoa idosa aos exames, consultas e tratamentos de saúde, relatando qualquer intercorrência ao profissional; cuidar da medicação oral da pessoa idosa e ajudar, estimular e realizar, caso seja indispensável, as atividades da vida diária, tais como higiene pessoal e bucal, alimentação e locomoção, etc.

Conforme as readaptações na alimentação devido à disfagia, devem-se considerar alguns fatores, tais como: estado mental, postura, dentição, estado imunológico, idade, e co-morbidade respiratória, potenciais de risco ao paciente.

Tais alterações podem levar ao mau estado nutricional que pode interferir no declínio constante da disfagia e implicam no mal prognostico devido a uma correlação absoluta destes fatores com aspiração e consequente pneumonia (PNM) aspirativa dificultando o manejo do cuidador devido ao aumento dos cuidados a este paciente. Cerca de 12% a 30% de todos os pacientes com AVE vão sofrer uma infecção durante sua internação (HAMDY e SINGH,2006).

Cabe ao cuidador do paciente disfágico adesão às orientações sobre como preparar e ofertar os alimentos, sua disposição, seu tempo e sua relação afetiva com o paciente são aspectos importantes. Cuidados inadequados na técnica alimentar e falta de adesão da enfermagem às recomendações da equipe que cuida do paciente disfágico são sérios problemas (BRETAN,2003 *apud* COLODNY, 2001). Idosos cuidados por familiares são bem alimentados e têm menos quadros aspirativos, já idosos, disfágicos ou não, institucionalizados, ocorrem mais quadros de aspirativos e mais óbitos por PNM, principalmente se forem acamados e dependentes (BRETAN, 2003 *apud* LANGMORE, 1998). Depender de um cuidador significa estar exposto a maior morbidade e mortalidade (BRETAN, 2003 *apud* SIEBENS, 1996).

O estudo realizado por Silva (2007) com 40 cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica foi observado que estes possuíam poucos conhecimentos sobre os cuidados na alimentação, necessitando de orientações específicas fonoaudiológicas.

Desta forma, é fundamental o estímulo do fonoaudiólogo e da equipe de saúde e cuidadores para que a família se habitue às limitações, sejam elas temporárias ou definitivas, que serão enfrentadas pelo núcleo parental na convivência diária com o indivíduo incapacitado. Sendo que, alguns cuidados podem evitar complicações e precisam ser repetidos em cada refeição para o bem estar desse paciente. Destaca-se que a motivação do cuidador em seguir recomendações dadas pelo fonoaudiólogo, principal reabilitador da disfagia, são um fator que determina o prognóstico de reabilitação da Via Oral (GIANNINI, 2007).

3.10 - CUIDADOS NA ALIMENTAÇÃO

A alimentação exerce grande influência sobre o indivíduo, principalmente, sobre sua saúde, suas capacidades físicas e laborais, e longevidade. Cuidar da

alimentação é cuidar de uma necessidade básica do homem, de extrema importância. Saber alimentar-se de acordo com as necessidades significa “comer para viver” (PASSOS, 2007).

O alimento fornece a nutrição e detém um significado simbólico. O ato de dar ou receber alimento faz parte de cerimônias, reuniões, tradições de feriados, eventos religiosos, dentre outros. A decisão por suspender a alimentação por via oral durante o processo da doença, e oferecê-la por meio de nutrientes intravenosos, traz impacto na aceitação do paciente e da família (POTTER e PERRY, 2004).

Os alimentos podem ser oferecidos aos pacientes por via oral, ou quando houver uma disfagia que impossibilite a deglutição de alimentos por esta via, podem-se utilizar as dietas enterais que são colocadas diretamente no trato gastrintestinal ou através da via parenteral. Os pacientes alimentados por via enteral recebem fórmulas através de sondas nasoenterais, jejuna ou gástricas. A alimentação por estas vias possui baixo risco de aspiração e garantem ao pacientes nutrientes essenciais para a sustentação da vida. A alimentação por via parenteral é outro recurso que pode ser utilizado para suprir as necessidades nutricionais do paciente, onde os nutrientes especiais são fornecidos por via endovenosa. Estes tipos de nutrição, a equipe de enfermagem oferta os cuidados intra-hospitalares e deve respeitar os princípios de assepsia e controle de infusão para assegurar o suporte nutricional seguro (POTTER e PERRY, 2004).

Após a avaliação da deglutição realizada, no caso de pacientes com disfagia, o objetivo do tratamento fonoaudiológico é definir a via de alimentação mais segura e, quando possível, reabilitar a alimentação por via oral e contribuir para devolver o prazer alimentar aos pacientes e aperfeiçoar condições nutricionais e de hidratação, minimizar ou eliminar riscos de aspiração laringotraqueal do alimento, saliva e secreções para os pulmões. Cabe lembrar que um programa de reabilitação efetivo deve garantir que paciente e familiar se entendam e cumpram este programa, o que muitas vezes, requer prática de atividades que precisam ser treinadas (OLIVEIRA, 2003; SANTANA e BARROS, 2010).

O cuidador informal, em particular um membro da família ou amigo, nem sempre está capacitado a exercer esta função o que pode tornar a relação com a pessoa com deficiência conflituosa. Não existe procedimento para se diminuir o estresse da relação paciente versus cuidador, mas alguns cuidados podem minimizar situações de desconforto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A seguir, destacam-se os cuidados e informações que devem ser dadas pela equipe de saúde aos cuidadores formais e informais, tais como: o paciente deve estar alerta (bem acordado) e compreendendo ordens simples; o ambiente de alimentação deve ser calmo e com o mínimo de distrações; nunca oferte comida à pessoa deitada, salvo em caso de orientações específicas; ofereça sempre a comida do lado hemiplégico; em caso de má adaptação das próteses dentárias, retire-as; oferte colheradas menores e não misture comida e bebida na boca ao mesmo tempo; ofereça os alimentos sem pressa; não permita que a pessoa fale com a comida na boca; evite que a pessoa coma com a cabeça inclinada para trás salvo com orientação profissional; incentive a pessoa a mastigar bem os alimentos; verifique se a boca está vazia antes de ofertar outro gole ou colherada; evite oferecer alimentos que você acha difícil de engolir, como alimentos duros e secos; não use canudos a menos que um fonoaudiólogo recomende isto para você; peça ao médico para prescrever seus medicamentos em calda ou na forma líquida. verifique com o médico ou farmacêutico se existe possibilidade de esmagar os comprimidos sem perda do efeito do medicamento; caso necessário ofereça alimentos mais pastosos e líquidos engrossados, pois o engasgo com alimento líquido é o mais freqüente; deixe a pessoa que teve um AVE sentado por meia hora após as refeições para ajudar a digestão; em caso de engasgos solicitar tosse e manobras para que o alimento seja expulso, aguardar a pessoa se reorganizar para continuar a alimentação; cuidadores e familiares certifiquem-se de compreender os problemas de deglutição para apoiar e incentivar a pessoa com disfagia (ABREU, 2012; WORLD STROKE ASSOCIATION, 2012).

Dentre os cuidados realizados pelo cuidador e relacionados à alimentação estão as manobras de higiene oral, com o uso de anticépticos orais, como a clorexidina, que têm se mostrado úteis na diminuição de sua incidência de pneumonias nosocomiais (AMARAL *et al.*, 2009). Deve-se ter atenção durante a higiene oral em pacientes disfágicos pós AVE devido risco de broncoaspiração de líquidos em pacientes com disfagia moderada a severa (SILVA, 1999; GONÇALVES e CÉSAR, 2006; QUEIROZ *et al.*, 2009). Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos postularam mecanismos que conduzem à pneumonia nosocomial. Além da aspiração de patógenos que colonizam a orofaringe, foi consideradas também a inalação de aerossóis que contêm bactérias, a transmissão hematogênica para partes distantes do corpo e a translocação bacteriana do trato

gastrointestinal. Dentre esses, a aspiração de organismos da orofaringe foi considerada o fator de maior prevalência nesse mecanismo (AMARAL *et al.*, 2009 *apud* HOUSTON *et al.*, 2002).

Diante dos engasgos, as diretrizes do Suporte Básico de Vida (SBV) preconizam as atitudes que as pessoas devem ter diante de um engasgo, inclusive leigo, que de ser: encorajar a vítima com obstrução de via aérea por corpo estranho a tossir fortemente, somente em caso de insucesso na desobstrução por tosse voluntária deve-se primeiramente pedir ajuda e iniciar a manobra de Heimlich para desobstrução de vias aéreas. A manobra de Heimlich acontece por meio de pressão abdominal que eleva o diafragma, aumentando a pressão do ar, forçando-o para fora dos pulmões, que pode ser suficiente para criar tosse artificial, e expelir o corpo estranho das vias aéreas (FERREIRA e GARCIA, 2001).

4- MÉTODOS

O estudo foi realizado através de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa e corte transversal que buscou ressaltar os perfil de cuidadores e seus conhecimentos sobre as ações na disfagia ocasionados pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE) do paciente em ambiente intra-hospitalar.

4.1 - CASUÍSTICA

A amostra estudada consistiu-se de 59 pessoas, adultos e idosos, que estavam desempenhando função de alimentar e realizar cuidados de higiene oral em pacientes disfágicos pós AVE, durante o período de julho e agosto do ano de 2013.

A amostra foi baseada na busca ativa de prescrições médicas via prontuário eletrônico, chamado MV2000. Este é um sistema de gestão hospitalar que permite administrar as informações geradas em vários setores do hospital.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 377.958 do Hospital Municipal São José (HMSJ), (ANEXO I). Os indivíduos estudados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com o conhecimento dos objetivos, procedimentos e responsabilidades, bem como de respostas a eventuais dúvidas referentes à pesquisa (ANEXO II).

4.2 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA COLETA

O estudo foi realizado no Hospital Municipal São José (HMSJ), na cidade de Joinville/SC, atende uma demanda exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS). É referência para a cidade de Joinville e norte catarinense, em urgência e emergência, tratamento intensivo, Neurocirurgia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia e transplantes renais. Sua unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) completou 16 anos, e é considerada uma referência nacional em tratamento de Acidente Vascular Encefálico. Os setores onde a pesquisa foi realizada foram: a U-AVC que possui 19 leitos, neurocirurgia que possui 19 leitos, neuroradiologia que possui seis, neuroclínica que possui seis leitos e pronto socorro (observação feminina e masculina) que possui 43 leitos. O hospital possui quatro fonoaudiólogas

e semanalmente oferta curso educativo aos cuidadores de pacientes com sequela de AVE.

4.2.1. Critérios de inclusão

Os informantes para a pesquisa foram cuidadores com ou sem qualificação, familiares e membros da comunidade, com idade superior a 18 anos e de ambos os sexos que durante o ano de 2013 cuidaram de pacientes disfágicos internados acometidos por Acidente Vascular Encefálico. Foram incluídos cuidadores que estavam responsáveis por desempenhar a atividade de alimentar o paciente disfágico na data da aplicação do questionário.

4.2.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos cuidadores menores de 18 anos de idade e cuidadores pacientes que possuam outras comorbidades como Parkinson, demências e outras doenças neurológicas.

4.3 - PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi baseada em duas etapas: Na primeira etapa foi realizada a busca ativa via sistema MV 2000 de pacientes com sequela de AVE. Na segunda etapa foi realizado aplicado o questionário com perguntas fechadas, e elaborado pela autora, conforme Apêndice um.

O questionário versou sobre o perfil dos cuidadores (sete perguntas fechadas) e os conhecimentos sobre a disfagia orofaríngea e ações realizadas no paciente acometido por AVE (Quatro perguntas fechadas e sete perguntas de múltiplas escolhas).

Os dados relacionados ao perfil foram: sexo, idade, escolaridade, estado civil, tempo de trabalho em horas e tempo de trabalho em anos.

Os dados coletados quanto aos conhecimentos foram: a postura correta durante a alimentação; saber do risco de complicações respiratórias e nutricionais ao paciente disfágico; quando iniciar a via oral; higiene oral como contribuição para

uma alimentação segura em pacientes disfágicos; como realizam a higiene oral e sua contribuição para a alimentação; consistência que deverá ser iniciada por via oral do paciente disfágico, com e sem uso de sonda enteral de alimentação, maior dificuldade dos cuidadores, quem orientou o cuidador e atitude diante de um engasgo.

4.4 – ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística foi estilizada com o uso de métodos descritivos e inferencial. As tabelas utilizadas foram de dois tipos: tabela de freqüência simples (entrada de uma única variável) e tabelas de freqüências cruzadas (entrada para duas).

A análise inferencial foi realizada o uso do Teste Qui-quadrado, sendo adotado o nível de significância de 0,05 (5%), nas variáveis de escolaridade e tempo como cuidador em relação com conhecimentos dos riscos em alimentar um disfágico

5 - RESULTADOS

5.1 - PERFIL DO CUIDADOR

Os caracteres abordados em relação ao perfil da amostra foram relacionados ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, grau de parentesco, tempo de dedicação (horas) de cuidador e tempo na função de cuidador (anos) e a seguir demonstrados nas tabelas um e dois.

Com relação à amostra, a tabela 1 revelou o sexo dos cuidadores e constatou que a maioria dos cuidadores 50 (84,7%) era do sexo feminino.

A média de idade dos cuidadores foi de 47,3 anos, a idade mínima 18 anos, a idade máxima 70 anos e o desvio-padrão 13,9 anos.

Quanto à escolaridade, observou-se que 56 (94,9%) da amostra dos cuidadores são alfabetizados, a maioria 24 (40,7%) possui o ensino médio completo, 19 (32,2%) possuem o fundamental incompleto e totalizam três (5,1%) que são analfabetos.

Observou-se que 50 (83,1%) eram cuidadores informais o que inclui os familiares, como cônjuge, irmãos, nora, netos, filhos e vizinhos, já os cuidadores formais totalizaram uma minoria 10 (16,9%), pagos pelos familiares para desempenhar a função.

Referente ao estado civil verificou-se que 28 (47,5%) eram casados.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo perfil dos cuidadores (N=59)

PERFIL DO CUIDADOR	FREQUÊNCIA	%
SEXO		
Feminino	50	84,7
Masculino	9	15,3
IDADES (ANOS)		
Menos de 30 anos	7	12,0
30 a 39 anos	10	16,9
40 a 49 anos	16	27,1
50 a 59 anos	10	16,9
60 anos ou mais	16	27,1
GRAU DE ESCOLARIDADE		
Analfabeto	3	5,1
Fundamental incompleto	19	32,2
Fundamental completo	4	6,8
Ensino médio incompleto	2	3,4
Ensino médio completo	24	40,7
Superior incompleto	1	1,7
Superior completo	6	10,2
Técnico de enfermagem	0	0,0
GRAU DE PARENTESCO		
Cônjugue	11	18,6
Filho (a)	24	40,7
Vizinho (a)	4	6,8
Irmão (a)	4	6,8
Cuidador (a)	10	16,9
Neto	3	5,1
Nora	2	3,4
Sobrinho (a)	1	1,7
ESTADO CIVIL		
Solteiro	9	15,3
Casado	28	47,5
União estável	12	20,3
Separado/divorciado	8	13,5
Viúvo	2	3,4

Fonte: A autora

Com relação aos dados da tabela 2, verificou-se que o tempo de trabalho mais evidente foi dos cuidadores que trabalham menos de 10 horas por dia 32 (54,2%) em regime integral e parcial.

O tempo médio foi de 5,6 anos e desvio-padrão de 7,4 anos. Dos cuidadores com menos de um ano 37 (62,7%), 28 (47,5%) eram leigos com menos que um mês de experiência e oito (15,2%) estavam menos de seis meses de contato com paciente disfágico vítima de AVE.

Tabela 2 - Tempo de trabalho como cuidador (N=59)

TEMPO COMO CUIDADOR	FREQUÊNCIA	%
HORAS/DIA		
Menos de 6	16	27,1
7 - 10	16	27,1
10 a 19	12	20,3
20 ou mais	15	25,5
ANOS		
Menos de 1	37	62,7
1 a 5	12	20,3
5 a 9	4	6,8
10 a 19	4	6,8
20 ou mais	2	3,4

Fonte: A autora

5.2 – CONHECIMENTOS SOBRE AS AÇÕES NA ALIMENTAÇÃO

Os dados apresentados nas tabelas de 3 a 17 demonstraram os conhecimentos dos cuidadores em relação à disfagia e as ações necessárias a alimentação segura e eficiente do paciente disfágico.

A tabela 3 mostra que 54 (91,5%) dos cuidadores consideram que a postura correta durante a alimentação é o paciente sentado.

Tabela 3 – Conhecimentos dos cuidadores – postura (N=59)

POSTURA	FREQUÊNCIA	%
Sentado	54	91,5
Deitado	5	8,5

Fonte: A autora

A tabela 4 exibe que apenas 14 (23,7%) dos cuidadores reconheceram todos os sinais e sintomas da disfagia presentes no paciente disfágico acometido por AVE. A amostra evidenciou maior conhecimento sobre o sintoma da tosse 42 (71,2%) durante as refeições, escape de alimentos pela boca 39 (66,1%), tempo aumentado nas refeições 32 (54,2%) e restos de comida na boca 31 (52,5).

Tabela 4 – Conhecimentos dos cuidadores – sintomas da disfagia (N=59)

SINTOMAS	FREQUÊNCIA	%
Cansaço para comer	25	42,4
Escape alimentos pela boca	39	66,1
Esquece os alimentos na boca	24	40,7
Febre sem causa aparente	7	14,3
Tosse nas refeições	42	71,2
Tempo aumentado das refeições	32	54,2
Restos de comida na boca	31	52,5
Voz rouca durante a refeição	14	23,7
Todas as opções estão certas	14	23,7

Fonte: A autora

A tabela 5 indica que 52 (88,1%) dos cuidadores souberam do risco de complicações respiratórias e nutricionais ao paciente disfágico. E de acordo com análise através do Teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05 (5%), verifica-se que não existe dependência significativa entre escolaridade e o conhecimento dos riscos em pacientes disfágicos ($p = 0,4081$).

Tabela 5 – Relação entre escolaridade e conhecimentos dos riscos em disfágicos (N=59)

RISCOS	ESCOLARIDADE		TOTAL
	Até o Ensino Fundamental	Pelo menos o Ensino Médio	
Sim	22	30	52 (88,1%)
Não	2	1	3 (5,1%)
Não sabe	4	-	4 (6,8%)
TOTAL	28	31	59(100,0)

Fonte: A autora

Na tabela 6 verifica-se, através do Teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05 (5%), que não existe dependência significativa entre tempo

como cuidador e conhecimentos dos riscos de complicações em pacientes disfágicos ($p = 0,7113$).

Tabela 6 – Relação entre tempo como cuidador e riscos em disfágicos (N=59)

RISCOS	TEMPO (ANOS)		TOTAL
	Menos de 10 anos	10 anos ou mais	
Sim	29	23	52 (88,1%)
Não	2	1	3 (5,1%)
Não sabe	1	3	4 (6,8%)
TOTAL	32	27	59(100,0)

Fonte: A autora

A tabela 7 indica que uma média de 54 (91,5%) dos cuidadores entenderam que ambas as especialidades definem quando iniciar a dieta por via oral, médico e fonoaudiólogo (57,6% e 52,5% respectivamente).

Tabela 7 – Conhecimentos dos cuidadores – quando reiniciar a via oral em pacientes com sonda (N=59)

QUANDO REINICIAR	FREQUÊNCIA	%
Quando achar necessário	3	5,1
Quando for orientado pelo fonoaudiólogo	31	52,5
Quando o paciente pedir	2	3,4
Quando o médico recomenda	34	57,6

Fonte: A autora

A tabela 8 revela que 48 (81,4%) souberam que a higiene oral pode contribuir para uma alimentação segura em pacientes disfágicos.

Tabela 8 – Conhecimentos dos cuidadores - higiene da boca (N=59)

HIGIENE DA BOCA	FREQUÊNCIA	%
Sim	48	81,4
Não	2	3,4
Não sabe	9	15,2

Fonte: A autora

E como a higiene é realizada interfere na segurança da higiene oral, a tabela 9 demonstra que 44 (72,9%) usavam escova de dente, pasta e copo de água,

enxaguante bucal, molharam a boca com água ou gaze úmida ou não realizaram a higiene oral, desta forma, não realizaram a higiene oral conforme a recomendação do Hospital Municipal São José para os pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico disfágicos e com os estudos recentes que visam prevenção de Pneumonia Adquirida no Hospital (PAH) oferecendo riscos aos pacientes disfágicos.

Tabela 9 – Conhecimentos dos cuidadores – como é feita a higiene da boca (N=59)

COMO É REALIZADA A HIGIENE ORAL	FREQUÊNCIA	%
Escova de dente, pasta e copo de água	27	45,8
Espátula de madeira, gaze e clorexidina	25	42,4
Enxaguante bucal	1	1,7
Molha a boca com água ou gaze úmida	7	11,9
Não faz	9	15,2

Fonte: A autora

Na tabela 10 observa-se que em relação ao tempo como cuidador os que tinham menos que 10 anos de experiência realizam a higiene oral com espátula de madeira, gaze e clorexidina (16) e os que têm mais de 10 anos foram os que realizaram mais a higiene com escova, pasta de dente e copo de água (16).

Tabela 10 – Relação entre tempo como cuidador e higiene oral (N=59)

COMO É REALIZADA A HIGIENE ORAL	TEMPO (ANOS)		CUIDADORES
	Menos de 10 anos	Mais de 10 anos	
Escova de dente, pasta e copo de água	11	16	27
Espátula de madeira, gaze e clorexidina	16	9	25
Enxaguante bucal	-	1	1
Molha a boca com água ou gaze úmida	3	4	7
Não faz	6	3	9
TOTAL	36	33	69

Fonte: A autora

Na tabela 11 verifica-se que sete (70%) dos cuidadores formais usam a espátula de madeira, clorexidina e gaze conforme o protocolo do hospital estudado e 24 (49,0%) dos cuidadores informais fazem uso escova de dente, pasta e copo de

água. E que dentre os cuidadores informais se observa atitudes com potencial de risco de complicações respiratórias, tais como molhar a boca ou não fazer a higiene oral do disfágico.

Tabela 11 – Relação entre cuidador e higiene oral (N=59)

COMO É REALIZADA A HIGIENE ORAL	CUIDADOR	
	INFORMAL (N =49)	FORMAL (N=10)
Escova de dente, pasta e copo de água	24 (49,0%)	4 (40,0%)
Espátula de madeira, gaze e clorexidina	17 (34,7%)	7 (70,0%)
Enxaguante bucal	1 (2,1%)	- (0,0%)
Molha a boca com água ou gaze úmida	6 (12,3%)	1 (10,0%)
Não faz	9 (18,4%)	- (0,0%)

Fonte: A autora

A amostra revela que 37 (62,7%) dos cuidadores possuíam conhecimentos sobre a consistência alimentar que deverá ser iniciada a via oral do paciente disfágico (pastosa), com e sem uso de sonda enteral de alimentação e 19 (32,2%) não sabiam qual seria relatando que a dieta a ser iniciada seria a consistência líquida e três (5,1%) sólida (Tabela 12).

Tabela 12 – Conhecimentos dos cuidadores – que consistência de alimento poderá ser iniciada a via oral com ou sem sonda enteral (N=59)

CONSISTÊNCIA ALIMENTAR	FREQUÊNCIA	%
Líquida	19	32,2
Sólida	3	5,1
Pastosa	37	62,7

Fonte: A autora

A tabela 13 exibe que 29 (49,2%) dos cuidadores de pacientes disfágicos receberam informações do fonoaudiólogo sobre os cuidados durante a alimentação, 11 (18,6%) receberam informações durante o curso de cuidadores e outros através de orientações da equipe interdisciplinar em menor frequência. E 33,9% não recebeu orientação nenhuma.

Tabela 13 – Conhecimentos dos cuidadores – de quem recebeu orientações sobre ações durante a alimentação do paciente disfágico (N=59)

QUEM ORIENTOU	FREQUÊNCIA	%
Neurologista	9	15,2
Enfermeira	2	3,4
Fonoaudiólogo	29	49,2
Nutricionista	7	11,9
Técnico de enfermagem	7	11,9
Terapeuta ocupacional	1	1,7
Fisioterapeuta	2	3,4
Não recebeu	20	33,9
Curso de cuidadores	11	18,6
Outros	1	1,7

Fonte: A autora

Na tabela 14, 44 (74,5%) referiram que a maior dificuldade foi ofertar alimentos ao paciente com disfagia pós AVE.

Tabela 14 – Conhecimentos dos cuidadores – maior dificuldade para o cuidador (N=59)

MAIOR DIFICULDADE	FREQUÊNCIA	%
Ofertar dieta pela sonda de alimentação	13	22,0
Ofertar dieta por via oral	44	74,5
Outros	2	3,5

Fonte: A autora

A tabela 15 apresenta as principais dificuldades de alimentação observada pelo cuidador. Indica que 32 (54,2%) dos cuidadores reconhecem que seus pacientes têm problemas para ingerir líquidos, 38 (64,4%) que tem dificuldades para engolir a comida, 31 (52,2%) percebem que aceitar a comida em bom volume é difícil.

Tabela 15 – Conhecimentos dos cuidadores – maior dificuldade observada no paciente com disfagia orofaríngea (N=59)

MAIOR DIFICULDADE	FREQUÊNCIA	%
Morder os alimentos	8	13,6
Mastigar os alimentos	16	27,1
Aceitar a dieta em bom volume	31	52,5
Engolir a comida	38	64,4
Tomar líquidos	32	54,2
Outros	5	8,5

Fonte: A autora

A tabela 16 revela que no total de 45 (76,3%) dos cuidadores procurariam assistência médica ou da enfermagem, entretanto deste percentual corretamente apenas oito (13,6%) realizariam a manobra de Heimlich ou estímulo de tosse como segundo passo. Outros tomariam atitudes pouco resolutivas, como 13 (22%) que levantariam os braços do paciente, quatro (6,8%) relataram medidas caseiras e sem eficiência. Nenhum cuidadores referiu que incentivariam a tosse voluntária.

E verifica-se a relação entre cuidadores formais nove (90%) que apresentariam a atitude de procurar assistência médica ou da enfermagem, três (30,0%) conhecem e utilizariam a manobra de Heimlich ou estímulo de tosse, quanto aos informais 36 (73,5) procurariam a assistência médica ou da enfermagem e somente cinco (10,2%) conhecem e utilizariam a técnica da manobra de Heimlich ou estímulo de tosse.

Tabela 16 – Relação entre cuidador e atitude frente ao engasgo (N=59)

ATITUDE	CUIDADOR		TOTAL (N=59)
	INFORMAL (N=49)	FORMAL (N=10)	
Bate nas costas	18 (36,7%)	1 (10,0%)	19 (32,2%)
Espera e vê o que acontece	5 (10,2%)	1 (10,0%)	6 (10,2%)
Manobra de Heimlich ou estímulo de tosse	5 (10,2%)	3 (30,0%)	8 (13,6%)
Levantar os braços da pessoa	12 (24,5%)	1(10,0%)	13 (22,0%)
Procura assistência médica ou enfermagem	36 (73,5%)	9 (90,0%)	45 (76,3%)
Outros	3 (6,1%)	1(10,0%)	4 (6,8%)

Fonte: A autora

A tabela 17 demonstra que os cuidadores com escolaridade de pelo menos o ensino médio apresentaram maior conhecimento sobre a atitude correta diante de um engasgo (8).

Tabela 17 – Relação entre escolaridade e atitude frente ao engasgo (N=59)

ATITUDE	ESCOLARIDADE		TOTAL
	Até o Ensino Fundamental	Pelo menos o Ensino Médio	
Bate nas costas	11	8	19
Espera e vê o que acontece	1	5	6
Manobra de Heimlich ou estímulo de tosse	-	8	8
Levantar os braços da pessoa	8	5	13
Procura assistência médica ou da enfermagem	21	24	45
Outros	2	2	4
TOTAL	43	52	95

Fonte: A autora

6 - DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu o levantamento do perfil do cuidador e seus conhecimentos sobre as ações durante a alimentação do paciente disfágico.

A faixa etária dos cuidadores variou de 18 anos a 70 anos com idade média de 47,3 anos concordando com Gonçalves (2002) *apud* Stone, Cafferata e Sangi (1987) apontam que cuidadores são tipicamente mulheres de meia idade como o demonstrado na tabela um, e destes dez (16,7%) eram pessoas com idade mais avançada, a idade pode ser um fator preocupante no processo de cuidar, pois os cuidadores mais velhos podem apresentar limitações físicas e funcionais (VIERA e FIALHO, 2010), decorrentes do processo de envelhecimento normal, com vulnerabilidade para depressão, desgaste fisiológico e problemas crônico-degenerativos (NAKATANI *et al.*, 2003).

O papel de cuidador frequentemente é realizado pelas mulheres, o que concorda com este estudo 50 (84,7%), e pode ser explicado, provavelmente porque cuidar é uma tarefa socialmente realizada por mulheres. Este dado aponta que a mulher ainda é a principal responsável pelo cuidado, compreendido muitas vezes como uma extensão das atividades domésticas (GONÇALVES, 2002; LAVINSKY e VIERA, 2004; VIERA e FIALHO, 2010).

Assim como se observa a inversão de papéis e valores da família, constatou-se que a maioria são os cuidadores informais 50 (84,7%), dentre eles, os filhos 24 (40,7%) são os maiores responsáveis pelo cuidado do paciente, seguidos por cônjuges 11 (18,6%), irmãos, netos, nora, sobrinho e vizinhos. Cattani e Girardon-Perlino (2004) ressaltam que a responsabilidade dos cuidados é transferida para os filhos quando o cônjuge já é falecido ou não pode desempenhar este papel. Neste caso, também existe uma relação de obrigação proveniente de valores impostos pela cultura familiar, ou seja, o cuidar é uma obrigação moral: quando eram crianças, os pais cuidaram dos filhos e agora, quando os pais estão dependentes, chegou a hora dos filhos cuidarem dos pais. Entretanto, em se tratando de reabilitação do paciente disfágico este é um fator positivo, pois o cuidado da família junto ao paciente vítima de AVE é muito importante para a recuperação e reabilitação da disfagia, assim como a reintegração social deste (FURKIM, 1999; NAKATANI *et al.*, 2003).

A escolaridade é fator que pode interferir na prestação de cuidados aos pacientes disfágicos direta ou indiretamente. A maioria dos cuidadores desse estudo é alfabetizado 57 (94,9%), o que é muito positivo, em sua maioria de nível médio completo 24 (40,7%) (Tabela 1) e demonstraram ter conhecimentos sobre atitudes diante de um engasgo (Tabela 17). A literatura abordada concorda com este estudo, a escolaridade infere na assimilação das orientações recebidas por profissionais de saúde e qualidade do serviço prestado, pois o cuidador necessita compreender e seguir dietas, prescrições e manusear medicamentos (NAKATANI *et al.*, 2003; VIERA e FIALHO, 2010), bons cuidados no processo de alimentação de pacientes disfágicos poderão facilitar o processo de reabilitação do paciente com sequela de AVE e contar de forma significativa no prognóstico deste paciente (SANTANA e BARROS, 2010). Para assegurar a compreensão dos cuidados de qualidade ao cuidador do paciente com disfagia é necessário atenção da equipe interdisciplinar no intuito de ensiná-los a prevenir possíveis enganos, além disso, com orientações específicas, linguagem clara e acessível ao nível de compreensão e escolaridade do cuidador (SOUZA *et al.*, 2005).

O estado civil do cuidador também requer atenção (Tabela 1). Observou-se que 28 (47,5%) eram casados e 12 (20,3%) com união estável, ser casado pode ser um fator positivo e facilitador quando constitui um apoio para as atividades desenvolvidas e vínculos afetivos com o paciente, ou negativo quando gera sobrecarga ao cuidador pelo acúmulo de papéis. Este estudo discorda de outros estudos, pois eram nove (15,3%) os solteiros, ou seja, a minoria, que desempenham papel de cuidador com mais disponibilidade para cuidar por não ter família constituída, em sua maioria são informais (filhos e netos) (SOUZA *et al.*, 2005; GIANNINI, 2007).

Os cuidados intra-hospitalares requerem atenção 24 horas, com relação aos cuidados básicos, dentre eles a alimentação, geralmente são delegados aos acompanhantes dos pacientes devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais da enfermagem (PASSOS e SADIGUSKYII, 2011), neste estudo observou-se 16 (27,1%) (Tabela 2) dedicam em regime parcial, até 6 horas diárias, estes podem alternar períodos de repouso ou trabalho em outras funções. Este fato pode estar associado tanto a benefícios quanto a prejuízos. Sob a perspectiva de benefícios, possibilita ao cuidador oportunidade de descanso, além de favorecer a interação social, minimizando problemas de isolamento, depressão e estresse físico e

emocional (GONÇALVES, 2002; BUGGE *et al.*, 1999) Pode, entretanto, ser visto como prejudicial quando o cuidador secundário não possui conhecimentos para esta atividade, podendo provocar agravos à saúde do paciente, principalmente, no caso de pacientes disfágicos, podendo levar pneumonias e até a morte (GONÇALVES, 2002; XEREZ, 2010). E 16 (27,1%) dos acompanhantes cuidadores dedicam-se ao paciente por até dez horas diárias, esses tem mais tempo para requerem prática, serem treinados pela equipe interdisciplinar para executar os cuidados de forma eficiente e monitorarem de forma contínua aumentando as chances de observar alguma intercorrência, sendo assim, contribuem para o sucesso da reabilitação da disfagia deste paciente (OLIVEIRA, 2003; SANTANA e BARROS, 2010).

Dos cuidadores com menos de um ano (62,7%), 47,5% (28) são leigos havendo menos que um mês de experiência e 15,2% apresentam menos de seis meses de contato com paciente disfágico vítima de AVE. O cuidador leigo necessita de conhecimentos, e orientações adequadas para cuidar de pacientes com dificuldades para engolir (SANTANA e BARROS, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), isto só reforça a necessidade e importância de cursos para cuidadores no intuito de preparar o cuidador para as dificuldades encontradas (SOUZA *et al.*, 2005).

Quanto a questões relacionadas aos conhecimentos sobre as ações na alimentação, um dos quesitos mais importante é a postura, na tabela 3, destaca-se que 54 (91,5%) dos cuidadores consideram que a postura correta durante a oferta da alimentação é com paciente sentado e cinco (8,5%) erroneamente afirmam que devem posicionar o paciente deitado. Os dados deste estudo concordam com a literatura afirmando que a postura ao sentar promove o alinhamento anatômico correto facilita o trânsito dos alimentos da faringe ao esôfago, devendo o paciente estar sentado com a cabeça pendendo ligeiramente para frente, auxiliando o fechamento do trato aéreo. Tanto no leito ou cadeira, o tronco do paciente deve estar elevado sempre que possível em 45 a 90 graus e a cabeça ereta para facilitar o mecanismo de deglutição adequado (BRAUNER e FRAME, 2001; FURKIM e MATTANA, 2010). Os pés e braços do paciente devem estar apoiados, como nos pacientes neurológicos são comuns alterações de tônus, espasticidade, paresias ou paralisias, ataxias, muitos deles não têm controle cervical e são necessárias adaptações para o adequado posicionamento e deglutição segura (FURKIM e SANTINI, 1999; FURKIM e MATTANA, 2010).

Neste estudo 55,4% dos sintomas da disfagia deixaram de ser reconhecidos e uma minoria, apenas 14 (23,7%) dos cuidadores reconheceram todos os sinais e sintomas da disfagia presentes no paciente disfágico acometido por AVE como opções pertinentes (SILVA, 1999; DANIELS e HUCKABEE, 2008; TEIXEIRA e SILVA, 2009), o que demonstra uma falta de reconhecimento de disfagia. Sintomas mais evidentes foram reconhecidos tais como escape de alimentos pela boca (66,1%), restos de alimentos na boca (52,5%), tempo aumentado na refeição (54,2%) e tosse nas refeições (65%) provocada por penetração do alimento na laringe e presença de reflexo de tosse por mecanismo de proteção de vias aéreas, a tosse é facilmente identificada por ser um sinal auditivo (SILVA, 1999). Sabe-se que ocorrem 25% de incidência de episódio de aspiração laringotraqueal em pacientes com AVE (SHARP, 2006) e a presença de tosse persistente, produtiva ou não, com ou sem alteração de sonoridade, é um sinal de alerta para a existência potencial de aspiração laringotraqueal, principalmente quando observada durante as refeições. A aspiração pode ocorrer antes, durante e após o ato da deglutição (SILVA, 1999; GONÇALVES e CÉSAR, 2006). A tosse e engasgos podem ser os primeiros sintomas de uma disfagia, levando o paciente a um estado de extrema ansiedade na hora das refeições (BOCHI, 2004).

A alimentação por via oral pode ser um risco para os pacientes disfágicos. A tabela cinco indica que 88,1% dos cuidadores sabem do risco de complicações respiratórias e nutricionais ao paciente disfágico, independente das variáveis tempo e escolaridade, como revelou as tabelas cinco e seis. A alimentação por via oral quando mal indicada, em casos de disfágicos, pode provocar complicações como a aspiração laringotraqueal, o que pode resultar em agravo por pneumonias aspirativas e de repetição, desidratação e desnutrição sendo necessária uma via alternativa de alimentação (XEREZ, 2010; FURKIM e MATTANA, 2004).

Segundo as diretrizes da Linha de Cuidados em Acidente Vascular Encefálico (AVE) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) o momento para iniciar a Via Oral (V.O.) para pacientes com AVE, depende da avaliação da capacidade adequada de deglutição pela Fonoaudiologia – SNE se impossibilidade de V.O., salvo pacientes em trombólises que a recomendação é de prescrição de dieta suspensa. Os dados desse estudo indicam que os familiares estão reconhecendo que reiniciar a V.O. após o AVE depende das duas especialidades (57,6% médico e 52,5% fonoaudióloga), pois os dados seguem as

diretrizes da linha de cuidados e foram coletados num serviço referenciado em AVE e neurocirurgia, onde há um acompanhamento interdisciplinar, sendo sistematicamente a decisão compartilhada em visitas técnicas e discussões clínicas.

A maioria 44 (81,4%) sabe que a higiene oral pode contribuir para uma alimentação segura em pacientes disfágicos, pois evita complicações. Quando realizada adequadamente, a higiene oral é eficiente na prevenção de pneumonias aspirativas, e quando esta higiene é negligenciada em casos de pacientes que fazem uso de sonda enteral de alimentação aumenta a colonização destas bactérias (TONIOLI NETO *et al.*, 2007; SAINTRAIN e VIEIRA, 2008).

Observou-se neste estudo que 44 (72,5%) dos cuidadores não estavam realizando a higiene da forma adequada independente do tempo de experiência como cuidador, ou seja, conforme o protocolo de higiene oral proposto na instituição para pacientes disfágicos pós AVE, destes sete (11,9%) molham a boca do paciente, nove (15,9%) não fazem a higiene oral e 24 (49,0%) dos cuidadores informais usam a escova de dente, pasta e copo de água, aumentando os riscos de translocações de bactérias patogênicas da orofaringe e broncoaspiração laringotraqueal de líquidos para a via respiratória causando a Pneumonia Adquirida no Hospital (PAH) (AMARAL, 2009).

O recomendado pelo Hospital Municipal São José para realizar a higiene oral de pacientes disfágicos com sequela de AVE é o uso da espátula de madeira, gaze e clorexidina, sendo entregue este kit ao cuidador e realizado treino de higiene oral por toda equipe interdisciplinar. Neste estudo verificou-se que somente os cuidadores formais estavam realizando este procedimento, dentre os produtos ofertados há a clorexidina, um agente antimicrobiano com amplo espectro de atividade contra gram-positivos. Esta é absorvida pelos tecidos, gera menos secreção que produtos abrasivos, e ocasiona um efeito residual ao longo do tempo, apresentando atividade mesmo cinco horas após a aplicação (BERALDO e ANDRADE, 2008). Para o uso de escova de dente, pasta e copo de água, além dos cuidados na escovação para que não haja lesões em gengivas, o cuidador deve ter o conhecimento sobre os riscos de broncoaspiração, e não ofertar água para o bochecho em pacientes com disfagia para líquidos devido à dificuldade de controle motor oral das estruturas sequeladas após o AVE e escape posterior do líquido antes da deglutição em direção a via respiratória (SILVA, 1999; GONÇALVES e CÉSAR, 2006; QUEIROZ *et al.*, 2009).

Os dados deste estudo referem que 37 (62,7%) dos pacientes possuem conhecimentos sobre a consistência que deverá ser iniciada a via oral do paciente disfágico, com e sem uso de sonda enteral de alimentação e uma minoria 19 (23,3%) relatam que a dieta a ser iniciada será a líquida (Tabela 12). O que corrobora com a recomendação do Ministério da Saúde (2012), na linha de cuidados do paciente com AVE na rede de urgência e emergência que em caso de incapacidade de um fonoaudiólogo capacitado para avaliar a deglutição do paciente, a consistência que deverá ser indicada é pastosa hipossódica. Santos e Macedo Filho (2000) em seu estudo, apontam diferenças para a deglutição de líquidos e alimentos pastosos e observaram que para o tempo para deglutição de 10 ml de líquido era em 1,67s e para deglutição de 10 ml de pastoso era mais lento em 1,85s, pensando na consistência pastosa, esta beneficia pacientes com atraso em tempo de ejeção faríngea, por exemplo. Além de sua consistência ser mais viscosa, com maior peso molecular em comparado ao líquido, favorece a percepção deste alimento na cavidade oral e na força empregada pela língua na formação do bolo alimentar (SILVA, 1999). Enquanto que líquidos podem não se percebidos e escapar em direção a orofaringe e ádito laríngeo podendo ser broncoaspirado antes da deglutição (GONÇALVES, 2002; QUEIROZ, 2009). Entretanto, cabe ressaltar que dependendo do grau da disfagia e localização da lesão (cortical e subcortical em AVE isquêmicos principalmente) é possível o escape posterior intra-oral prematuro para todas as consistências e aspiração laringotraqueal do material deglutido (NUNES *et al.*, 2012).

A pesquisa destacou que 29 (49,2%) dos cuidadores de pacientes disfágicos. O que concorda com a literatura que afirma que dentro do processo de reabilitação da deglutição, o fonoaudiólogo é o principal agente no treinamento e orientação dos cuidados na deglutição e alimentação (RESOLUÇÃO 383, 20 de fevereiro de 2010), incluindo a família e o cuidador como membros da equipe de reabilitação (SANTANA e BARROS, 2010; FURKIM e MATTANA, 2010). A equipe de saúde também deve estar envolvida no reconhecimento das dificuldades e orientação dos cuidados recomendados para uma alimentação segura (GIANNINI, 2007). Porém 33,9% (Tabela 13) não receberam orientação alguma, isto pode estar associado a dois quesitos o número de fonoaudiólogos insuficiente para o atendimento hospitalar em todos os âmbitos deste estudo (COSTA e GUIMARÃES, 2012) e a frequente

alternância entre os cuidadores informais secundários foi prejudicial quanto à aquisição destas orientações (GONÇALVES, 2002).

Os dados revelam na tabela 14 que 44 (74,5%) dos cuidadores referem como a maior dificuldade encontrada pelo cuidador é a oferta de alimentos por via oral e 13 (22%) consideram mais complexa a alimentação por via sonda. Outros dois (3,5%) referem dificuldades de posicionar o paciente devido macas mal conservadas pertencentes ao hospital, falta de materiais e utensílios inadequados como colheres de plástico. A alimentação por via oral depende de alguns fatores como cognição e colaboração do paciente, estado geral de saúde, grau de comprometimento da musculatura da cavidade oral ocasionadas pela lesão cerebral e que limitam a função de deglutição, devendo ser identificadas pela equipe e compensadas através de manobras, sabores e consistência alimentar visando uma alimentação prazerosa e segura (BRANDÃO *et al.*, 2009; FURKIM e MATTANA, 2010). A alimentação via sondas não é prazerosa, as sondas são passadas transnasalmente até o estomago ou duodeno, tornando-se um impedimento mecânico a respiração, causando a respiração oral e concomitante alteração de olfato, paladar e sensibilidade da região intra-oral, pode irritar estruturas, sua vantagem é que são facilmente colocadas e recolocadas, e garantem um melhor resultado no estado nutricional do paciente reduzindo-se riscos de complicações respiratórias (SILVA, 1999). É necessário enfatizar que a administração das dietas enterais é realizada pelo serviço de enfermagem do hospital, sendo consideradas fáceis, pois são objetivas e não dependem do cuidador (HOLMAN e ROBERTS, 2006), mas exigem conhecimentos sobre os cuidados, pois pode haver complicações, tais como: mau posicionamento da sonda, má fixação da sonda na face, contaminação da dieta, sendo que uma das mais comuns complicações da alimentação enteral é a diarréia causada pela sobrecarga de infusão muito rápida (UNAMUNO e MARCHIN, 2002).

E outro fator relevante indica que 38 (64,4%) dos cuidadores reconhecem que seus pacientes têm problemas para deglutir sólidos e 32 (54,2%) líquidos, e 31 (52,5%) perceberam que a aceitação da comida por parte de seus pacientes em bom volume é difícil. Este dado evidencia que o cuidador tem o conhecimento sobre as dificuldades encontradas no paciente, pois para os pacientes disfágicos o líquido e sólido são mais difíceis de serem preparados e deglutidos em volume adequado, desta forma é necessário, na maioria dos casos, modificarem a consistência dos alimentos quer seja espessando os líquidos ou triturando os sólidos. A modificação

das consistências pode evitar agravos como complicações respiratórias e nutricionais, portanto necessitando de um gerenciamento da disfagia adequado e ações específicas a gravidade de cada caso (SOUZA *et al.*, 2003).

Frente a um episódio de engasgo, por não saberem como agir no momento do engasgo a maioria dos cuidadores 45 (76,3%) procuram assistência médica ou da enfermagem, entretanto o primeiro passo do Suporte Básico de Vida (SBV), recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e consagrado internacionalmente, é pedir para a vítima do engasgo tossir fortemente, pois isto em obstruções parciais pode resolver, somente em insucesso e após pedir ajuda seguido de introdução da manobra de desobstrução de via aérea, a chamada manobra de Heimlich (FERREIRA e GARCIA, 2001), somente oito (13,6%) a realizariam após a comunicação da ajuda a assistência médica e da enfermagem, dentre eles, todos tinham pelo menos nível médio (Tabela 17), e somente três (30%) eram cuidadores formais (Tabela 16). Pesquisas realizadas com cuidadores de pacientes fragilizados ou de alta dependência concordam com este dado e indicam o desejo dos familiares de contar com uma pessoa treinada, a exemplo o técnico de enfermagem, para ajudar com os cuidados dos pacientes, tornando clara a necessidade que a família tem de apoio e auxílio profissional qualificado (SOUZA *et al.*, 2005; LAVINSKY e VIERA, 2004). Outros diante de engasgos tomam atitudes pouco resolutivas como 13 (22%) que levantam os braços do paciente, dentre os outros quatro (6,8%) relatam que uso de medidas caseiras e sem eficácia ou os que têm mais conhecimento aspirariam à cavidade oral e faringe. Entretanto estes desconhecem técnicas de conhecimento público e recomendadas mundialmente para leigos como a manobra de Heimlich (FERREIRA e GARCIA, 2001) ou estimular de tosse voluntária ou involuntária. Segundo um estudo realizado por Daniels *et al.* (1998) com 55 pacientes disfágicos após AVE com menos de cinco dias de evolução, concorda que a tosse voluntária e tosse com deglutição, preveniriam a aspiração em 78% da população de seu estudo.

Esta pesquisa demonstrou que 48 (81,4%) dos cuidadores não realizaram cursos para cuidadores, evidenciando que estes ainda não estão preparados para reconhecer os problemas relacionados à deglutição e as ações com o paciente disfágico na hora da oferta e engasgos (SILVA, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) ou não conseguiram obter conhecimentos através destes cursos,

necessitando de trabalho educativo com treinamento específico e ativo do fonoaudiólogo (GIANNINI, 2007; SANTANA e BARROS, 2010).

7 – CONCLUSÃO

Neste estudo sobre cuidadores de pacientes com disfagia pós AVE, observou-se que somente dez sujeitos são cuidadores formais e grande maioria eram cuidadores informais, filhos, casados, do sexo feminino, idade média de 47,3 desvio – padrão de 13,9 anos, alfabetizados em nível médio, com dedicação parcial e integral (inferior a 10 horas) e com experiência menor que um ano, sendo 47,5% leigos (menos que um mês de experiência).

Estes cuidadores demonstraram ter conhecimentos a respeito dos cuidados gerais na alimentação, tais como: 91,5% a postura correta; 88,1% sabem do risco de complicações respiratórias e nutricionais ao paciente disfágico independente do tempo como cuidador ou escolaridade; 81,4% sabem que a higiene oral pode contribuir para uma alimentação segura em pacientes disfágicos; 62,7% sabem que a consistência pastosa é ideal para iniciar alimentação por Via Oral; 64,4% reconhecem dificuldades na deglutição de sólidos e 54,2% em líquidos; 55,1% relatam que o início da via oral se dará quando o médico e o fonoaudiólogo orientar. E referem dificuldades específicas durante a oferta por via oral dos pacientes disfágicos independente do tempo de experiência, tais como: 74,5% dos cuidadores referem como a maior dificuldade encontrada pelo cuidador é a oferta de alimentos por via oral; 72,9% não realizam a higiene oral conforme a rotina de AVE no Hospital Municipal São José, 23,7% reconheceram todos os sinais e sintomas da disfagia presentes no paciente acometido por AVE e apenas 10,2 % dos cuidadores com nível médio conheceram a atitude correta diante de um engasgo conforme o Suporte Básico de Vida.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve evolução quanto aos conhecimentos dos cuidadores sobre as ações na alimentação em comparação com trabalhos anteriores que usaram mesmo método de avaliação. Atualmente os cuidadores formais e informais estão sendo preparados, e isto está associado à inserção do fonoaudiólogo na equipe interdisciplinar e as normas e recomendações do Ministério da Saúde quanto à linha de cuidados do paciente na fase subaguda com Acidente Vascular Encefálico nos hospitais das redes de urgência e emergência. Entretanto, ainda existe a necessidade de orientações específicas, devido às dificuldades dos cuidadores em reter estas informações, frequente alternância entre os cuidadores secundários e falta de adesão aos cursos de cuidadores.

Esta pesquisa contribui para o hospital devido salientar lacunas deixadas no cuidado prestado a disfágicos pós Acidente Vascular Encefálico e que podem subsidiar a formulação de manual de disfagia direcionado aos cuidadores apropriado a essa população, com intuito de informar tanto a sociedade e até profissionais da equipe interdisciplinar sobre a importância e a necessidade do trabalho educacional no nível terciário e continuidade em outros níveis de atenção a saúde. Estes apontamentos propõem também estratégias fonoaudiológicas mais efetivas, tais como a educação continuada com entrega de material informativo por escrito e fixação das orientações em local visível a todos os cuidadores secundários, abordagem da fonoaudióloga voltada não somente a técnicas de identificação e manejo da disfagia, mas associada ao suporte do cuidador, seja familiar ou não, com monitoramento fonoaudiológico da atividade do cuidador durante a alimentação para correção de posturas e ações, e assim como sanar as dúvidas que surgem durante essa oferta.

O suporte fonoaudiológico no serviço público hospitalar pode contribuir diretamente sobre as ações realizadas pelo cuidador durante a alimentação da demanda de pacientes disfágicos do hospital através de orientações, treinamentos individuais de caso a caso e participação ativa no gerenciamento da disfagia e programas de educação do cuidador. A finalidade desse suporte é acrescer e aprimorar os conhecimentos do cuidador para o reconhecimento de sinais da disfagia e ações com o paciente disfágico na hora da oferta via oral e engasgos.

Desta forma é possível acelerar o processo de alta hospitalar e minimizar riscos ou reinternações por complicações respiratórias e nutricionais.

REFERÊNCIAS

- ABDULMASSIH, E. M. S.; MACEDO FILHO, E. D.; SANTOS, R. S.; JURKIEWICZ, A. L. Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*. V. 13, N. 1, jan/mar, 2009.
- ABREU, L. J. N. P. Dificuldades de deglutição após o Acidente Vascular Cerebral. *Associação Brasil AVC*. 2012. Disponível: <<http://www.abavc.org.br/dificuldades-de-degluticao-apos-o-avc/>> Acesso em: jul.2013.
- ADAMS, H. P. Jr; BENDIXEN, B. H.; KAPPELLE, L. J.; BILLER, J.; LOVE, B. B.; GORDON, D. L.; MARSH, E. E. The TOAST Investigators. Classification of subtype of acute ischemic stroke: definitions for use in a multicenter clinical trial. *Stroke*, v.24, p.33-41, 1993. Disponível em: <<http://stroke.ahajournals.org/content/24/1/35>>. Acesso em: jun. 2013.
- AMARAL, S. M.; CORTÊS, A. Q; PIRES, F. R. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.35, n.11, p. 1116-1124. São Paulo, nov, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009001100010>. Acesso em: 18. Ago.2013.
- BASS, N. H.; MORREL, R. M. The neurology of swallowing. In: GROHER ME. *Dysphagia: diagnosis and management*. 3 ed. Boston: Butterworth-Heinemann, 1997. p. 1-29. Disponível em:<<http://www.dysphagiaplus.com/resource-links/neurology-of-swallowing.pdf>>.Acesso em: 16 jul.2013;
- BERALDO, C.C.; ANDRADE, H. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, n.34, v.9, p.707-714, 2008.
- BOCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir - a - ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise de conhecimento. *Revista Latino - americana de Enfermagem*. n.12, v.1, p. 115-21, 2004.
- BORN, T. Manual do cuidador da pessoa idosa: cuidar melhor e evitar a violência. Brasília: Subsecretaria de promoção e defesa dos direitos humanos, 2008. Disponível em:< <http://pt.scribd.com/doc/18763895/Manual-Cuidador>> Acesso em: ago. 2013.
- BRANDÃO, D. M.; NASCIMENTO, J. L.; VIANNA, L. G. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. *Revista da Associação Brasileira de Medicina*, n. 55, v.6, p. 738-43, 2009.
- BRASIL. Acidente Vascular Cerebral (AVC). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-idoso/acidente-vascularcerebral-avc>>. Acesso em: jul. 2013.
- BRASIL, Ministério da saúde. PORTARIA Nº. 665, 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/PRT0665_12_04_2012.html. Acesso em: jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 - 2011. Brasília, 2011, p. 151 Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2011.pdf>. Acesso em: 10. jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linha_cuidado_avc_rede_urg_emer.pdf> abr, 2012. Acesso em 12. jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/acidvascII_cp.pdf> Acesso em: 26. jul. 2013.

BRAUNER, C.; FRAME, D., Manual de disfagia. Pro - fono. São Paulo: Carapicuíba, 2001.

BRETAN, O. O fundamental da Avaliação clínica do paciente disfágico. In: COSTA, M.; CASTRO, L. P. *Tópicos em deglutição e disfagia*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

BUGGE, C. R. N.; ALEXANDER, H.; HAGEN, S. Stroke Patients' Informal Caregivers Patient, Caregiver, and Service Factors That Affect Caregiver Strain. *Stroke*. v. 30, p.1517-1523, 1999. Disponível em: <<http://stroke.ahajournals.org/content/30/8/1517>>. Acesso em: 12. ago. 2013.

CABRAL, N. L.; LONGO, A.L; MORO, C. H. C.; AMARAL, C. H.; KISS, H. C. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares em Joinville, Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 55, p.357-363, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v55n3A/02.pdf>>. Acesso em: 23. jul. 2013.

CARVALHO, J. J. F.; ALVES, M. B.; VIANA, G. A. A.; MACHADO, C. B.; SANTOS, B. F. C.; KANAMURA, A. H.; LOTTENBERG, C. L.; NETO, C. L.; SILVA, G. S.; Stroke Epidemiology, Patterns of Management, and Outcomes in Fortaleza, Brazil - A Hospital-Based Multicenter Prospective Study. *Stroke*, v.42, p.3341-3346, 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.626523>>. Acesso em: 23. jul. 2013.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. n. 6, v.2, p.254-271, 2004.

COSTA, M.; CASTRO, L. P. Tópicos em deglutição e disfagia. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

COSTA, K. N.; GUIMARÃES, V. C. Fonoaudiologia nos serviços de urgência e emergência do Brasil: série histórica de 2005 a 2011. *Distúrbios Da Comunicação*, n.24, v.1, p. 69-75, abr, 2012.

DANIELS, S.; HUCKABEE, M. L. *Dysphagia Following stroke*. San Diego: Plural Publishing, 2008.

DANIELS, S. K.; BRAILEY, K.; PRIESTLY, D. H.; HERRINGTON, L. R.; WEISBERG, L. A.; FOUNDAS, A. L. Aspiration in patients with acute stroke. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*. v.79, p.14-19, jan.1998.

DODDS, W. J.; STEWART, E. D.; LOGEMANN, J. A. Physiology and radiology of the normal oral and pharyngeal phases of swallowing. *American Journal Roentgenology*. n. 154, p. 953-63, mai, 1990. Disponível em: <<http://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/ajr.154.5.2108569>>. Acesso em: 16. jul. 2013.

ESTRELA, F.; SCHNEIDER, F. L.; AQUINI, M. G.; MARRONE, A. C. H.; STEFFANI, M. A.; JOTZ, G. P. Controle neurológico 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, p.20-34, 2010.

EUZÉBIO, C. J. V.; RABINOVICH, E. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com seqüela de Acidente Vascular Encefálico. *Temas em psicologia*. n.14, v. 1, p. 63-79, 2006.

FERREIRA, A. V. S.; GARCIA, E. Suporte Básico de Vida. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v.2, p.214-225, 2001.

FURKIM, A. M.; MATTANA, A. Disfagia Orofaríngea Neurogênica. *Revista da Fonoaudiologia*, São Paulo: n.56, v.2, 2004.

FURKIM, A. M.; MATTANA, A. Disfagia Neurogênica: Terapia. In: ORTIZ, K. Z. (Org.). *Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Fala e Deglutição*. Barueri. Ed. Manole, p. 302, 2010.

FRIEDRICH, M. A. G; MARTINS, M. P.; VALLER, L.; KLAMT, C. L. Neurologia. In: STEFANI, S. D.; BARROS, E. *Clínica médica*. Porto Alegre: Artmed, p. 445-446, 2008.

GIANNINI, M. I. B. Tratamento fonoaudiológico da disfagia e a prática da bioética. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2007.

GONÇALVES, M. I. R.; VIDIGAL, M. L. N. Avaliação videofluoroscópica das disfagias. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. *Disfagias orofaríngeas*. São Paulo: 1^a ed. Carapicuíba, 1999.

GONÇALVES, M. I. R.; CÉSAR, S. R.; Disfagias neurogênicas: Avaliação. In: ORTIZ, K. Z. (Org.). *Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Fala e Deglutição*. Barueri: Ed. Manole, p. 302, 2006.

GONÇALVES, L. O. Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na clínica escola de fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí –UNIVALI.2002.96f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

PASSOS, S.S. Prestação de cuidados rotineiros ao paciente dependente hospitalizado. 2007.81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

HABER, S.N. The primate basal ganglia: parallel and integrative networks. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, New York, n. 26, p. 317–30, out, 2003. Disponível em: <<http://jeremy.fix.free.fr/BasalGanglia/Papiers/Haber2003.pdf>>. Acesso em: 16 jul 2013.

HAMDY, S.; SINGH, S. Dysphagia in stroke patients. *Postgrad Med Journal*. v.82, n. 968, p. 383–391, jun, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563739/>>. Acesso em: 17. jul. 2013.

HOLMAN,C.; ROBERTS,S.; NICOL,M. Promoting adequate nutrition: using artificial feeding. *Nurse Older People*. n.17, v.10, p.31-32, 2006.

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.p.16-19, 2010.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M.J.D. Assistência domiciliaria ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* . São Paulo: n. 35, v. 03, p. 257 - 264, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a08.pdf>> Acesso em: 26. jul.2013.

LAVINSKY, A.E; VIERA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá. n. 26, v. 1, p. 41-45, 2004. Disponível em : <<https://desenvrepositorio.ufba.br/ri/bitstream/123456789/1762/1/1056.pdf>> Acesso em: 09. ago.2013.

LEOPOLD, N.A.; KAGEL, M.C. Dysphagia – ingestion or deglutition?: a proposed paradigm. *Dysphagia*, Pennsylvania, n.12, v.4, p. 202-6, 1997.

MACEDO FILHO, E. D. O papel da fase faríngea nos processos disfágicos. In: COSTA, M; CASTRO, L P. *Tópicos em deglutição e disfagia*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Medsi, p.37-45, 2003.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SE/DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS IBGE: base demográfica. dez, 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 12. jun. 2013.

NAKATANI, A. Y. K.; SOUTO, C. C. S.; PAULETTE, L. M.; MELO, T. S.; SOUZA, M. M. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, n. 5, v. 1 p. 15 – 20, 2003. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/Revista>> Acesso em : 08 ago.2013.

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*. v.16, n.3, São Paulo, jul-set, 2012. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.7162/S1809-97772012000300003>> Acesso em: 17. ago. 2013.

OLIVEIRA, S. T. Fonoaudiologia hospitalar. São Paulo: Lovise, 2003.

PASSOS, S. S.; SADIGUSKYII, D. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. *Revista de enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro, n.19, v.4, p.598-603, out/dez, 2011.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

QUEIROZ, M. A. S; HAGUETTE, R. C. B; HAGUETTE, E. F. Achados da videoendoscopia da deglutição em adultos com disfagia orofaríngea neurogênica. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. n.14, v.4, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342009000400005>> Acesso em: 10. ago.2013.

RESOLUÇÃO 383, 20 de fev de 2010. Atribuições e competências relativas à especialidade em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Disponível em: < ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2010/rels.abr.10/rels75/U_RS-CFFa-383_200210.pdf>. Acesso em: 30. jul. 2013.

SACCO, R. L; KASNER, S. C., BRODERICK, J. P.; CAPLAN, L. P.; CONNORS, J. J.; CULEBRAS, A. *et al.* An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. p.1-27, mai,2013. Disponível em:< <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2013/05/07/STR.0b013e318296aeca.full.pdf+html>. Acesso em: 12. ago. 2013.

SAINTRAIN, M. V.; VIEIRA, L. J. E. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.13, v.4, p.1127-1132, 2008.

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, p.260-265, 2010.

SANTOS, R. S.; MACEDO FILHO, E. D. Sonar Doppler como instrumento de avaliação da deglutição. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*. São Paulo, n.10, v.3, p. 182-191, 2006.

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

SHARP, H. M. Ethical issues in the management of dysphagia after stroke. *Top Stroke Rehabilitation*, n.13, v.4, p.18-25, 2006.

SILVA, R. G. Disfagia neurogênica em adultos pós-acidente vascular encefálico: identificação e classificação. In: MACEDO FILHO, E. D.; PISSANI, J. C.; CARNEIRO, H. J.; GOMES, F. G.; *Disfagia: abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Frontis Editorial, 1999.

SILVA, M. M. Cuidadores de paciente com disfagia neurogênica: perfil e conhecimentos relacionados à alimentação. 2007. 88f. Dissertação (Mestrado em ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2007.

SMITHARD, D. G.; O'NEILL, P. A.; PARK, C. I., Complications and outcome after acute stroke. *Stroke*. n.27, p.1200-1204, 1996.

SMITHARD, D.G.; O'NEILL, P.A.; PARK, C. I. Can bedside assessment reliably exclude aspiration following acute stroke? *Age ageing*, n.27, v.2, p. 99-106, 1998.

SOUZA, N. R.; OLIVEIRA, M. M. L.; SANTOS, C. V. S.; SILVA, A. C. C.; VIEIRA, A. B. A. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. *Revista Saúde.com*, n.01, v.01, p. 51-59, 2005.

SOUZA, B. B. A.; MARTINS, C.; CAMPOS, D. J.; BALSINI, J. D.; MEYER, L. R. Nutrição e disfagia: guia para profissionais. Curitiba. Editora Nutriclínica, 2003.

TEIXEIRA, P. SILVA, L. D. As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. *Enfermagem global*. n.15, v.2. 2009.

TONIOLI NETO, J.; PINTARELLI, V. L.; YAMATO,T. H. À beira do leito: geriatria e gerontologia na prática hospitalar. Barueri. Editora Manole, 2007.

UNAMUNO, M. R.; MARCHIN, J. Sonda nasogástrica / nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. *Medicina*, Ribeirão Preto, n.35, p. 95-101, jan./mar. 2002. Disponível em:<http://www.proac.uff.br/esai2/sites/default/files/sonda_nasogastrica_artigo.pdf>. Acesso em: 10 ago.2013.

VIEIRA, C. P. B; FIALHO, A. V. M. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. *Revista Rene*. Fortaleza. n. 11, v. 2, p. 161-169, abr./jun.2010.

XEREZ, D. Disfagia e Acidente Vascular Encefálico In: COSTA, M.; CASTRO, L. P. *Tópicos em deglutição e disfagia*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Stroke, cerebrovascular accident. Disponível em: < http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/>. Acesso em: 15.jul.2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION .The WHO stepwise approach to stroke surveillance: Overview and Manual (version 2.0). *Noncommunicable Diseases and Mental Health. World Health Organization*. jan, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_stroke_manual_v1.2.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2013.

WORLD STROKE ASSOCIATION. Swallowing problems after stroke. Abr, 2012. Factsheet 05, version 01. Disponível em: < <http://www.stroke.org.uk/sites/default/files/Swallowing%20problems%20after%20stroke.pdf>>. Acesso em 26. jul. 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO A SER APLICADO NOS CUIDADORES DE PACIENTES COM SEQUELA DE AVC.

I – Perfil do Cuidador:

NOME: _____

PACIENTE CUIDADO: _____ Tempo de internação: _____

1. Idade: _____

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Grau de escolaridade

Analfabeto

Fundamental _____ Completo Incompleto

Ensino médio _____ Completo Incompleto

Superior _____ Completo Incompleto

Curso de cuidador Curso técnico de enfermagem

4. Grau de parentesco:

Cônjuge

Filho (a)

Tio (a)

Vizinho (a)

Irmão (ã)

Cuidador (a)

Técnico de enfermagem

5. Estado civil:

Solteiro

Casado

União Estável

Separado/Divorciado

6. Qual é o tempo que você se dedica na função de cuidador?

Meio período (4 horas por dia)

Período integral (8 horas por dia)

Outros _____

7. Há quanto tempo você está exercendo o papel de cuidador?

menos de 1 mês menos de 6 meses Outros _____ (quanto tempo?)

II – Conhecimentos sobre cuidados na alimentação:

1. Qual é a postura adequada para alimentar pacientes com problemas para engolir a comida ?
 Sentado Deitado Em pé

2. Quais são os sintomas de dificuldade de comer (disfagia)?
 Cansaço para comer Tosse nas refeições
 Escapa alimentos da boca Tempo aumentado das refeições
 Esquece os alimentos na boca Restos de comida na boca
 Febre sem causa aparente Voz Rouca durante a refeição
 Todas as opções estão certas

3. Quando deve ser o momento de reiniciar a alimentação por boca para os pacientes com dificuldades de comer que usam sonda de alimentação?
 Quando eu achar necessário
 Quando for orientado pelo fonoaudiólogo
 Quando o paciente pedir
 Quando o médico recomenda.

4. Existem riscos de complicações respiratórias (pneumonias, por exemplo) ou nutricionais (desnutrição, anemia, por exemplo), quando o paciente apresenta dificuldades de engolir o alimento pela boca?
 Sim Não Não Sei

5. Você sabe como a higiene da boca contribui para promoção de uma alimentação mais segura?
 Sim Não Não Sei

6. Com o que você faz a higiene da boca?
 Escova de dente,pasta e copo de água
 Espátula de madeira, gaze e clorexidina fornecido pelo hospital
 Enxaguante bucal
 Somente molho a boca com água ou gaze úmida
 Não faço

7. Qual a consistência de alimento poderá ser iniciada a alimentação do paciente com problemas de engolir com uso ou não de sonda nasoenteral?

- () Líquido- água, café... () Sólidos – carnes, bolachas... () pastosos (purês)
8. De quem você já recebeu orientações sobre cuidados durante a alimentação do paciente disfágico (com dificuldade de engolir)?
- () Neurologista () Enfermeira () Fonoaudiólogo () Nutricionista
() Técnico de Enfermagem () Terapeuta Ocupacional () Fisioterapeuta ()
Não recebi () Curso de cuidadores
() Outros _____
9. Qual é a maior dificuldade para o cuidador de paciente com disfagia (dificuldade de comer)?
- () Ofertar dieta pela sonda de alimentação
() Ofertar alimentos pela boca (carne, purês, bolachas, pão...)
() Ofertar líquidos pela boca (água, café, sucos...)
() Outros _____ (posicionar o paciente?
Utensílios inadequados? Falta de material?)
10. Qual é a maior dificuldade que você observa no paciente com dificuldade de engolir que você cuida?
- () Morder os alimentos
() Mastigar os alimentos
() Aceitar a dieta em bom volume
() Engolir a comida
() Tomar líquidos
() outros _____
11. Qual sua atitude diante de um engasgo?
- () Bate nas costas
() Espera e vê o que acontece
() Depende posso fazer manobra de Heimlich ou estímulo de tosse
() Levantar os braços da pessoa
() Procura assistência médica ou da enfermagem
() Outros _____

ANEXOS

I – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA

HOSPITAL MUNICIPAL SÃO
JOSÉ/ HMSJ JOINVILLE/ SC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DOS CUIDADORES E SEUS CONHECIMENTOS A RESPEITO DA DISFAGIA
EM PACIENTES COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Pesquisador: LILA JERUSA NASCIMENTO PEREIRA ABREU

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18047513.8.0000.5362

Instituição Proponente: Hospital Municipal São José/ HMSJ/ JOINVILE/SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 377.958

Data da Relatoria: 09/09/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado de forma sucinta.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos desta pesquisa são:

- Determinar o perfil de cuidadores e seus conhecimentos sobre disfagia neurogênica;
- Determinar os cuidados prestados pelos cuidadores na alimentação de pacientes atendidos nos setores de pronto socorro, neurologia clínica, neurocirurgia e U-AVC do Hospital Municipal São José na cidade de Joinville /SC no período de agosto de 2013;
- Caracterizar o perfil dos cuidadores de pacientes com disfagia pós AVC em relação às variáveis sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, grau de parentesco, tempo de dedicação ao paciente, experiência prévia como cuidador;
- Caracterizar o conhecimento do cuidador em relação a etiologia da disfagia neurogênica, dos cuidados na alimentação por via oral, consistência de alimentação, utensílios utilizados na oferta, riscos de alimentação por via oral, importância da tosse, postura adequada na alimentação;
- Apontar dificuldades encontradas pelos cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora explica que esta pesquisa expõe a riscos mínimos as partes envolvidas na

Endereço: Rua Plácido Gomes, 488

Bairro: Anita Garibaldi

CEP: 89.202-050

UF: SC

Município: JOINVILLE

Telefone: (47)3441-6629

Fax: (47)3441-6629

E-mail: cep.hmsj@yahoo.com.br

HOSPITAL MUNICIPAL SÃO
JOSÉ/ HMSJ JOINVILLE/ SC



Continuação do Parecer: 377.958

pesquisa, pois é um questionário, não sendo revelado nome do cuidador, somente dados percentuais sobre as análises dos resultados.

os benefícios apresentados são:

- Informar a sociedade e os profissionais a importância e necessidade de trabalho educacional na disfagia com orientações;
- Maiores informações sobre os cuidados com disfagia o que minimiza potencializadores de disfagia
- Subsídio para confecção de material informativo de acordo com a necessidade do hospital e perfil dos cuidadores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Realizadas alterações solicitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

realizadas alterações solicitadas.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências.

Situação do Parecer:

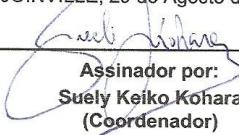
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JOINVILLE, 29 de Agosto de 2013


Assinador por:
Suely Keiko Kohara
(Coordenador)

Endereço: Rua Plácido Gomes, 488
Bairro: Anita Garibaldi CEP: 89.202-050
UF: SC Município: JOINVILLE
Telefone: (47)3441-6629 Fax: (47)3441-6629 E-mail: cep.hmsj@yahoo.com.br

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este estudo será realizado através de uma pesquisa buscará conhecer o perfil de cuidadores e seus conhecimentos sobre os cuidados aos pacientes com disfagia(dificuldade de comer) acometidos por sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) com objetivo de avaliar a importância do trabalho educativo nos cuidados de alimentação. A coleta de dados consiste em uma entrevista com perguntas relacionadas à alimentação aos cuidadores. Após isto será realizada a análise destas perguntas feita para investigadora. O resultado desta investigação poderá ser divulgado em congressos, revistas científicas, e em tese de mestrado. Serão excluídos menores de 18 anos da pesquisa. Esta pesquisa não expõe a riscos nenhuma das partes envolvidas na pesquisa, nem pesquisadores e nem pesquisados. Em caso de dúvidas sobre os cuidados na alimentação, terá a garantia de ser esclarecido. Independente da opção de participar ou não do estudo, não haverá prejuízos ao tratamento realizado no hospital.

Todas as informações que dizem respeito a sua identidade (nome, por exemplo) serão mantidos em segredo.

Se o (a) senhor (a) tiver qualquer pergunta, de qualquer natureza, a respeito do estudo (surgida após a explanação de hoje) ou deseje interromper o estudo, por favor, telefone para a fonoaudióloga Lila Abreu, fone (47) 9125- 5254 .

Assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o (a) senhor (a) (cuidador ou familiar responsável) afirma ter lido as informações acima, ter recebido as explicações necessárias do investigador, ter tido oportunidade de tirar todas as dúvidas que julgaram necessárias e que concorda em fazer parte do estudo.

Nome do cuidador

Assinatura do cuidador

_____/_____/____

Data

Eu afirmo que o presente protocolo de pesquisa foi explicado para o indivíduo acima (Familiar / cuidador responsável) por mim incluindo o propósito, os procedimentos a serem realizados, os possíveis riscos e potenciais benefícios associados à participação nesse estudo. Houve tempo suficiente para dúvidas e todas as questões levantadas foram prontamente respondidas, sem exceções.

Lila Jerusa Nascimento Pereira Abreu

Assinatura

_____/_____/____

Data

Fonoaudióloga do Hospital Municipal São José
U-AVC e investigadora

Uma cópia deste TCLE será entregue ao senhor (a) para que fique em seu poder.

