

MAYSA ANDRADE SANTOS

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DISFÁGICOS ATENDIDOS PELO SETOR
DE FONOAUDIOLOGIA/ESTÁGIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Volume Único

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao curso de Fonoaudiologia como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora Profa. Dra. Ana Maria Furkim.

Área de concentração: Disfagia

FLORIANÓPOLIS

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Santos, Maysa Andrade

Caracterização dos pacientes disfágicos atendidos pelo
setor de fonoaudiologia/estágio em um hospital
universitário / Maysa Andrade Santos ; orientadora, Ana
Maria Furkim - Florianópolis, SC, 2015.

69 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde. Graduação em Fonoaudiologia.

Inclui referências

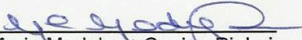
1. Fonoaudiologia. 2. Fonoaudiologia. 3. Transtornos de
Deglutição. 4. Grupos de Risco. I. Furkim, Ana Maria. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Fonoaudiologia. III. Título.

Maysa Andrade Santos

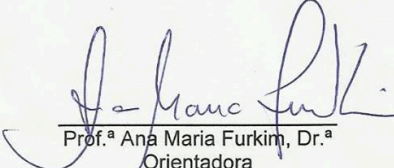
**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DISFÁGICOS ATENDIDOS PELO
SETOR DE FONOAUDIOLOGIA/ESTÁGIO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

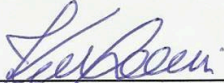
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de "Bacharel em Fonoaudiologia", e aprovado em sua forma final pela Coordenadoria Especial de Fonoaudiologia.


Florianópolis, 15 de junho de 2015.


Prof.ª Maria Madalena Canina Pinheiro, Dr.ª
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:


Prof.ª Ana Maria Furkim, Dr.ª
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof.ª Karen Fontes Luchesi, Dr.ª
Universidade Federal de Santa Catarina


Prof.ª Cláudia Tiemi Mituuti, Dr.ª
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos meus pais, Marcos A. Baade dos Santos e Elisângela C. Andrade Santos, e a minha irmã, Mayara A. Santos, que nunca deixaram de faltar nada, não medindo esforços para eu chegar aqui. Palavras não são suficientes para agradecer por tudo que fizeram e fazem por mim, todos os dias. Este trabalho é fruto do trabalho diário e do esforço sem fim de vocês. Eu amo muito vocês! Em segundo lugar, gostaria de agradecer a toda minha família, que sempre torceram pelo meu sucesso e pela minha felicidade. Em especial a minha tia Suely Baade (*in memorian*) e a minha bisavó Angélica Dias (*in memorian*), que de alguma forma sempre se fizeram presentes, tenho certeza que estão muito felizes por mais esta conquista. Saudades Eternas!

Gostaria de agradecer ao meu namorado, Rodrigo L. Reinert, pela compreensão nos meus momentos de ausência durante a elaboração da minha monografia e rotina acadêmica. Obrigada pelo apoio, pelo amor, pelo respeito, pela paciência, pelas palavras de incentivo... Apesar da distância, sempre esteve presente. Eu te amo muito!

As amigadas que fiz nestes quatro anos de faculdade. A Beatriz Medeiros, Fabíola. Bisnélli, Jéssica Quintino, Julia Pereira.... só guardarei os momentos especiais e divertidos. Em especial, a Idineide Viana e a Cintya M. de Souza pelo apoio incondicional, ajuda mútua nesses últimos semestres, amizade e companheirismo. Todas vocês foram fundamentais nesta graduação e com certeza são inesquecíveis.

A turma de Fonoaudiologia 2011.2 por todos os momentos divertidos. Em especial a turma do Estágio II pelo incentivo e apoio nesta reta final.

A minha querida orientadora, Ana Maria Furkim, por apresentar a Disfagia da forma mais incrível que eu poderia imaginar, sou encantada por esta área desde primeira aula ministrada. Obrigada pelas palavras de apoio e incentivo, pela paciência e confiança depositada.

Ao corpo docente do curso, em especial às professoras Karina Mary P. Vianna, Maria Isabel D'Avila Freitas, Maria Rita Pimenta Rolim, Margarete Barboza, Elisabeth Eliassen e Renata Scharlach por todos os ensinamentos nesta caminhada. Agradeço o Prof. Dr. Marcos J. Machado, pela ajuda com as análises estatísticas e pelos conselhos. Aos pacientes participantes e seus familiares, por disponibilizarem o seu tempo para contribuir com este estudo. A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desse trabalho.

*"Descobri como é bom chegar quando se tem paciência.
E para se chegar, onde quer que seja, aprendi
que não é preciso dominar a força, mas a razão.
É preciso, antes de mais nada, querer".*
Amyr Klink

RESUMO

Introdução: As alterações no processo da deglutição são denominadas de disfagia, um sintoma de uma doença de base que pode acometer qualquer parte do trato digestivo, desde a cavidade oral até o estômago. Essa disfunção pode trazer complicações clínicas como, permeação das vias aéreas, desnutrição e desidratação. É considerada grave e pode alterar a qualidade de vida dos indivíduos. Uma das maiores dificuldades é estabelecer programas de atendimento ao paciente disfágico. Desse modo, compreende-se que se faz necessário estudar a população de risco para disfagia orofaríngea e o fluxograma do setor de fonoaudiologia a esta população. **Objetivos:** Caracterizar o perfil e o processo de atendimento dos pacientes com disfagia pelo setor de fonoaudiologia/estágio do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal por meio da aplicação de um instrumento de coleta com dados de prontuários e registro do setor de fonoaudiologia, que contemplam dados sócio demográficos e o tempo de internação, tipo de atendimento fonoaudiológico, aspectos clínicos dos pacientes e os procedimentos de atendimento em disfagia orofaríngea. **Resultados:** A amostra foi composta de 65 pacientes, com média de 61,67, variando de 22 a 95 anos, caracterizada por 53,80% do sexo feminino e 47,20% para o sexo masculino. A maioria da população exerce alguma profissão ativamente (23%) e mora em Florianópolis -SC (54%). O tempo médio de internação foi de 22,64 dias. Durante este período sete indivíduos foram a óbito. A média do tempo de internação foi 22,64 dias. As intervenções se deram em pacientes que realizam protocolo de broncoaspiração (41,50%), terapia (18,50%) e protocolo de broncoaspiração e terapia concomitantes (40%). Foi prevalente doença de base de risco para disfagia orofaríngea. Observou-se maior ocorrência de hipertensão arterial sistêmica como comorbidade associada. A intubação oro-traqueal foi o suporte ventilatório mais encontrado. Sobre a via de alimentação, a via oral foi a mais verificada no momento de entrada hospitalar, houve predomínio da sonda nasoenteral durante o período de internação e na ocasião de alta hospitalar houve reintrodução da ingestão por via oral. Além disso, verificou-se evolução da ingestão por via oral, segundo o marcador *Functional Oral Intake Scale*. Foram realizadas 31 triagens e a avaliação fonoaudiológica é realizada nos primeiros cinco dias de internação. A videofluoroscopia da deglutição foi realizada em quatro pacientes. **Conclusão:** A população apresentou algum risco para disfagia orofaríngea, sugere-se então que estabeleça programas de atendimento fonoaudiológico, para promover maior controle das ações, principalmente na população idosa.

Palavras chaves: Fonoaudiologia, Transtorno de deglutição, Grupos de risco.

ABSTRACT

Introduction: The alterations in the swallowing process are called dysphagia, a symptom of a base disease which can attack any part of the digestive tract. This dysfunction can bring clinical complications as, permeation of the airways, malnutrition and dehydration. It is considerate serious and can change the life quality of the individual. One of the greatest difficulties is to establish treatment programs to the dysphagic patient. Therefore, it is understood that the study of the risk population for oropharyngeal dysphagia and the flowchart of the Speech language pathologist sector from this population is required. Goals: Characterize the profile and the treatment process of the patients with dysphagia from the sector of Speech language pathologist/internship of the "*Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago*". **Methodology:** A cross-sectional study through the application of a collection tool with data from medical records and registry speech therapy sector, which includes sociology-demographic data and the length of stay, type of Speech language pathologist treatment, clinical aspects of the patients and the treatment proceedings for oropharyngeal dysphagia. **Results:** The sample consisted of 65 patients, with a median of 61,67 years, ranging from 22 to 95 years, characterized by 53.80% female and 47.20% for males. Most of the population carries some actively profession (23%), lives in Florianópolis - SC (54%) The average length of stay was 22.64 days. During the hospital stay seven individuals died. The interventions were in patients that realize the bronchoaspiration protocol (41,50%), therapy (18,50%) and, bronchoaspiration protocol and therapy together (40%). It was prevalent as base risk disease the oropharyngeal dysphagia. It was observed major occurrence of systemic arterial hypertension as associative comorbidity. The tracheal intubation was the most ventilatory support found. About the feeding route, the oral via was the most seen in the hospital entrance, during the hospital stay was used a nasogastric tube and in the occasion of hospital outcome it was reintroduced orally. Furthermore, it was verified an evolution of oral intake according to *Functional Oral Intake Scale* marker. Totally, 31 trials were conducted and the Speech language pathologist evaluation was conducted in the first five days of hospitalization. The videofluoroscopy was performed in four patients. **Conclusion:** The population that presented some risk for oropharyngeal dysphagia, it is suggested that establishes Speech language pathologist treatment programs, to promote greater control of the actions, especially in the elderly population.

Keywords: Speech language pathologist, Swallowing Trouble, Risk Groups.

LISTA DE GRÁFICOS

- Figura 1-** Distribuição, segundo, sexo dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.36
- Figura 2** – Histograma de frequências relativas à idade dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um HU/UFSC entre fevereiro a dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.37
- Figura 3** – Distribuição, segundo, procedência dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um Hospital Universitário. Florianópolis – SC, 2015.39
- Figura 4** – Distribuição, segundo, ocupação dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio atendidos em um Hospital Universitário. Florianópolis – SC, 2015.....39
- Figura 5** – Distribuição, segundo, frequência relativa do tempo entre o dia de internação e a primeira avaliação fonoaudiológica dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um HU/UFSC entre fevereiro e setembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.....50
- Figura 6** – Distribuição, segundo, frequência relativa do tempo de internação dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um HU/UFSC entre fevereiro e setembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.....52

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** –Distribuição, segundo frequência, dos grupos de tratamento dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.....40
- Tabela 2-** Distribuição, segundo frequência, das doenças de base de risco dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.....41
- Tabela 3** – Distribuição, segundo frequência, das comorbidades apresentadas pelos dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.....43
- Tabela 4** – Distribuição, segundo frequência, dos sinais clínicos de aspiração apresentados pelos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngeos atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.45
- Tabela 5** – Distribuição com relação à via de alimentação, segundo tipo de tratamento dos indivíduo com Disfagia atendidos pelo setor de Fonoaudiologia/Estágio do HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014 que fizeram uso da/o VAA. Florianópolis – SC, 2015.....47
- Tabela 6** – Distribuição, segundo frequência, da *Functional Oral Intake Scale – FOIS®* no momento da internação e da alta hospitalar dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.....49

LISTA DE SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DM – Diabete mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HU – Hospital Universitário

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

IOT – Intubação orotraqueal

MS – Ministério da Saúde

PBA – Protocolo de Broncoaspiração

SPP - Serviço de Prontuário do Paciente

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TQT – Traqueostomia

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

VFD – Videofluoroscopia da Deglutição

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FOIS® - *Functional Oral Intake Scale*

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	12
2OBJETIVOS	15
2.1OBJETIVO GERAL	15
2.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO	16
3.1.1Fases da Deglutição	16
3.2DISFAGIA	17
3.2.1Sintomas, sinais e complicações da Disfagia Orofaríngea	18
3.2.2Doenças de risco para disfagia orofaríngea	19
3.2.3Idoso frágil e presbifagia	21
3.3PROCESSO DE ATENDIMENTO EM DISFAGIA OROFARÍNGEA	23
3.3.1 Triagem em Disfagia Orofaríngea	23
3.3.2 Avaliação da Deglutição	25
3.3.3 Avaliação instrumental de deglutição	25
3.4ASPECTOS RELACIONADOS À RESPIRAÇÃO	26
3.4.1 Traqueostomia	27
3.4.2 Intubação Orotraqueal	27
3.5 TRATAMENTO EM DISFAGIA OROFARÍNGEA	28
3.5.1 Vias de alimentação	29
3.6FUNCTIONAL ORAL -FOIS®	30
4METODOLOGIA	31
4.1 TIPO DE ESTUDO	31
4.2 LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO	31
4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão	31
4.3PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS	32
4.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	34
4.5 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS	25
5. RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS	36
5.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO	36
5.2 ASPECTOS CLÍNICOS DA POPULAÇÃO	40

	12
5.3. PROCESSO DE ATENDIMENTO EM DISFAGIA OROFARÍNGEA	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
7 CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	63
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	63
ANEXO B - Projeto vinculado: Processos de comunicação e alimentação saudáveis para os usuários do SUS do Estado de Santa Catarina.	66
APÊNDICE	68
APÊNDICE A - Autorização do Responsável legal do Hospital Universitário Professor Polidoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) para a obtenção de dados aos prontuários.....	68
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de pesquisa	69

1 INTRODUÇÃO

A deglutição é uma atividade complexa composta de ações voluntárias e involuntárias com objetivo de transportar líquidos e alimentos da cavidade oral até o estômago de forma segura, a fim de manter o estado nutricional e proteger as vias aéreas do indivíduo (MENDELL & LOGEMANN, 2007).

A dinâmica da deglutição envolve fases sucessivas e relacionadas, dividida conforme as peculiaridades anatômicas e funcionais, sendo elas a fase oral, faríngea e esofágica (COSTA, 1998).

Qualquer alteração durante o processo da deglutição é caracterizada como disfagia, um distúrbio com sinais e sintomas específicos, que pode acometer qualquer fase durante o transporte do bolo alimentar, desde a boca até o estômago (LONGEMANN, 1984; DONNER, 1986; MALAGELADA et al., 2004; PINTO, 2008; ICKENSTEIN et al., 2010; CHAVES et al., 2011; DANTAS; SANTOS; CASSIANI, 2011).

A disfagia é classificada em disfagia orofaríngea ou esofágica de acordo com o local da passagem do bolo onde ocorre a alteração (MALAGELADA et al., 2004). Pode ser decorrente de comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico, ocorrendo em qualquer idade (HINCAPIE-HENAO et al., 2010; CHAVES et al., 2011).

Alterações durante a função da deglutição podem ocasionar complicações como pneumonia aspirativa, desnutrição, desidratação, que podem levar o indivíduo a óbito (DONNER, 1986; SMITHARD; O'NEILL; MORRIS, 1996; AURÉLIO; GENARO, 2002, MACEDO-FILHO, 2002; CLAVÉ et al., 2006; PADOVANI et al., 2007; SANTORO, 2008; BARROS; PORTA, QUEIJAS, 2009; ICKENSTEIN et al., 2010; DANTAS; SANTOS; CASSIANI, 2011; SHAKER et al., 2011).

A alimentação, na nossa cultura, além de suprir as necessidades de sobrevivência, atua como uma fonte de prazer, caracterizando-se, como um ato social e facilitador da interação. O profissional Fonoaudiólogo visa à habilitação e à reabilitação de indivíduos que estão impossibilitados de se alimentar, para proporcionar uma qualidade de vida melhor (FURKIM, 1999).

Com a detecção e intervenção precoce da disfagia orofaríngea no quadro clínico do indivíduo, os riscos de agravamento diminuem, aumentando as chances de se obter um prognóstico positivo.

Neste sentido, o fonoaudiólogo pode participar efetivamente de programas de triagem para os grupos de risco e de programas de reabilitação com técnicas específicas, para desenvolver o funcionamento adequado das estruturas relacionadas à função de deglutição até

a auto alimentação quando possível, prevenindo e amenizando o risco de broncopneumonia aspirativa (ABDULMASSIH, 2009).

No estudo realizado por Guimarães, Barbosa & Porto (2009) com 25 Hospitais Universitários, apontou que 16 (64%) possuem serviços de Fonoaudiologia e nove (36%) referiram não oferecer este tipo de serviço.

Observa-se que vários serviços de saúde ainda não possuem, além de fonoaudiólogos, equipes interdisciplinares especializadas e organizadas para o atendimento de pacientes disfágicos.

Diante do impacto da disfagia orofaríngea na qualidade vida dos indivíduos e escassez de literatura referente aos atendimentos fonoaudiológicos realizados, se faz necessário ampliar as pesquisas na área da Fonoaudiologia Hospitalar. A atuação da Fonoaudiologia Hospitalar, na área da Disfagia, no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina(HU/UFSC) é relativamente recente, sendo assim, faz-se necessário mostrar a importância da atuação e acompanhamento destes profissionais, para trazer melhor qualidade de vida aos indivíduos com disfagia orofaríngea.

Além disso, por ser um hospital universitário com atuação de professores e estagiários, auxilia na formação dos acadêmicos para assumir os hospitais de campo. Sendo assim, o objetivo geral desta pesquisa é caracterizar o perfil e o processo de atendimento dos indivíduos com disfagia atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio do HU/UFSC.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Caracterizar o perfil e o processo de atendimento dos pacientes com disfagia pelo setor de fonoaudiologia/estágio do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2.2 Objetivos específicos

- Descrever características sócio demográficas e o tempo de internação da população;
- Identificar o tipo de atendimento fonoaudiológico;
- Verificar os aspectos clínicos dos indivíduos de acordo com o tipo de atendimento oferecido pela fonoaudiologia.
- Analisar os procedimentos de atendimento em disfagia orofaríngea;

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO

A deglutição é uma atividade complexa composta de ações voluntárias e involuntárias com objetivo de transportar líquidos e alimentos da cavidade oral até o estômago de forma segura, a fim de manter o estado nutricional e proteger as vias aéreas do indivíduo (MENDELL & LOGEMANN, 2007).

Segundo White e colaboradores (2008) a deglutição é uma atividade complexa composta por ações voluntárias e involuntárias que depende da coordenação de músculos e áreas do cérebro.

Alguns aspectos da representação neuroanatômica do funcionamento cortical que controla a deglutição têm sido investigados e identificados em humanos, utilizando-se técnicas de mapeamento cerebral, como a Ressonância Magnética funcional. Esta ressonância é considerada uma das avaliações mais recentes e avançados métodos de neuroimagem funcional, sem o uso de radiação ionizante. Ela permite uma melhor detecção e quantificação das modificações organizacionais durante a ativação cortical, com melhor resolução espacial e temporal (MOSIER et al., 1999).

O estudo realizado por Suzuki e colaboradores (2003) encontrou regiões ativadas durante a deglutição. Foram observadas no córtex sensório-motor, ínsula, cerebelo, putâmen, globo pálido, tálamo, giro cingulado anterior, a área motora suplementar, giro temporal superior, e na substância negra; o cerebelo foi ativado bilateralmente, especialmente no lado esquerdo; ativação dos globus palidus e putâmen foi encontrada bilateralmente.

Estudo realizado por Hamdy e colaboradores (1996) apontou que os músculos envolvidos no processo de deglutição representam-se a nível bilateral no córtex pré-central, em áreas discretas topográficas, apresentando assimetria inter-hemisférica, independente da lateralidade. Além disso, mostra-se que o córtex está envolvido, na mastigação, no início, no preparo e no ato de engolir.

3.1.1 Fases da Deglutição

A dinâmica da deglutição envolve fases sucessivas e relacionadas, dividida conforme as peculiaridades anatômicas e funcionais, sendo elas: fase oral, fase faríngea e esofágica.

A fase oral da deglutição pode ser dividida em preparação, qualificação, organização e ejeção do bolo a ser deglutido da cavidade oral para a faringe. No processo de preparação o alimento é triturado e umidificado para formação do bolo, por meio da mastigação. Na qualificação, o bolo é percebido em seu volume, consistência, densidade, grau de umidificação, e em significativo número de outras características físicas e químicas que importam para uma melhor ejeção(COSTA, 1998).

O mesmo autor aponta que no processo de organização, o bolo é posicionado, habitualmente sobre o dorso da língua, e as estruturas ósteo-músculo-articulares responsáveis pela morfofuncionalidade da cavidade oral se organizam para a ejeção.

A fase faríngea é mais complexa e sua qualidade depende da efetividade das fases anteriores. Esta fase ocorre no período em que o bolo, junto ao movimento posterior da língua, estimula a aferência da região da orofaringe e se iniciam os movimentos sequenciais para proteger as vias aéreas do alimento e para o bolo ser direcionado para o esôfago (BARROS; PORTAS; QUEIJAS, 2009).

Na fase faríngea quando o bolo alcança a região da orofaringe o véu palatino eleva, a laringe fecha-se em três níveis (pregas vocais, pregas vestibulares, vocais e aritenóides com epiglote) e eleva-se e anterioriza para simultaneamente a transição faringo esofágica abrir e o bolo passar da faringe para o esôfago (BARROS; PORTAS; QUEIJAS, 2009). Fatores como volume e consistência do bolo podem influenciar nessa dinâmica (DANTAS; SANTOS; CASSIANI, 2011).

A fase esofágica se dá após a passagem do bolo pela transição faringo esofágica, por meio das ondas peristálticas que produzem o movimento do bolo até o estômago (BARROS; PORTAS; QUEIJAS, 2009).

3.2 DISFAGIA

A disfagia é um distúrbio com sinais e sintomas específicos que interferem no processo da deglutição, pode acometer qualquer fase durante o transporte do bolo alimentar, desde a boca até o estômago (LONGEMANN, 1984; DONNER, 1986; MALAGELADA et al., 2004; PINTO, 2008; ICKENSTEIN et al.,2010; CHAVES et al., 2011; DANTAS; SANTOS; CASSIANI, 2011).

É caracterizada como disfagia orofaríngea ou esofágica de acordo com o local da passagem do bolo onde ocorre a alteração (MALAGELADA et al., 2004). Pode ser decorrente

de comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico, ocorrendo em qualquer idade (HINCAPIE-HENAO et al., 2010; CHAVES et al., 2011).

Alterações durante a função da deglutição pode ocasionar complicações como pneumonia aspirativa, desnutrição, desidratação, que podem levar o indivíduo a óbito (DONNER, 1986; SMITHARD; O'NEILL; MORRIS, 1996; AURÉLIO; GENARO, 2002, MACEDO-FILHO, 2002; CLAVÉ et al., 2006; PADOVANI et al., 2007; SANTORO, 2008; BARROS; PORTA, QUEIJAS, 2009; ICKENSTEIN et al., 2010; DANTAS; SANTOS; CASSIANI, 2011; SHAKER et al, 2011).

O aspecto clínico de um paciente hospitalizado geralmente reflete o prognóstico de sua doença de base. As preocupações dos profissionais da saúde que atendem pacientes disfágicos acabam se voltando para risco de pneumonia aspirativa, porém, esses indivíduos também podem apresentar quadro de desnutrição que pode agravar as complicações existentes, influenciando no prognóstico final do indivíduo (CAMPOS, 2005).

3.2.1 Sintomas, sinais e complicações da Disfagia Orofaríngea

Dentre os sinais e sintomas da disfagia orofaríngea, Logemann (1998) destaca a dificuldade em posicionar e controlar o alimento ou saliva na boca, presença de tosse antes, durante ou depois da deglutição, pneumonias recorrentes, perda de peso quando não há outro motivo esclarecido, qualidade vocal alterada, caracterizando-se como molhada, ou ainda aumento da secreção na laringe e pulmão após a deglutição.

Outros estudos apontam dificuldades como em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, controle da saliva diminuído ou tosse e/ou engasgos durante as refeições, dor no peito, sensação de alimento parado na garganta, desidratação, perda de peso, tempo da refeição prolongado, diminuição de apetite e pneumonia aspirativa ou outras complicações pulmonares (SANTINI, 1999; KARKOS et al., 2009).

Nas disfagias orofaríngeas, fatores como permeação de alimento, saliva ou secreções na via aérea podem acarretar implicações como tosse, asfixia e aspiração traqueobrônquica, o que pode provocar infecções pulmonares (BILTON e COUTO, 2006).

A aspiração é caracterizada como a inalação de conteúdos gástricos ou orofaríngeos até a laringe e trato respiratório baixo, cuja consequência clínica mais comum é a pneumonia. O risco de desenvolvimento de pneumonia por aspiração pode aumentar quando o indivíduo é desnutrido, com reflexo de tosse diminuído e imunidade debilitada (MARIK; KAPLAN, 2003). Durante o envelhecimento ocorrem modificações fisiológicas sobre a deglutição, que

deixam o mecanismo da deglutição vulnerável, e quando associados a doenças, pode favorecer a aspiração de secreções e alimentos (GROHER, 1999).

A aspiração silente significa a entrada de saliva e/ou do bolo alimentar abaixo das pregas vocais, sem apresentar sinal clínico e dificuldade respiratória durante o processo de deglutição, devido ao fechamento glótico protetor insuficiente (AVIV et al., 1997; ELPERN et al., 1994).

Esses sinais e sintomas descritos na literatura fazem parte de muitos protocolos de rastreamento das disfagias em diversos setores hospitalares. Para Clavé et al. (2006) sinais e sintomas que se referem à biomecânica alterada da deglutição podem ser classificados como deglutição eficaz ou não. Sinais e sintomas relacionados à proteção de vias aéreas são classificados como segurança da deglutição, tal classificação tem auxiliado a observar a disfagia orofaríngea não apenas como risco de aspiração, mas de desnutrição e desidratação, o que é fundamental para a estabilidade clínica do paciente.

3.2.2 Doenças de risco para disfagia orofaríngea

As doenças cardiovasculares são consideradas o conjunto de doenças que afetam o sistema cardiovascular, incluindo coração e pericárdio, artérias, veias e vasos capilares (JOHNSTON; CARVALHO, 2006).

Entre os principais fatores de risco para doença cardiovascular destacam-se hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, idade avançada, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, diabetes *mellitus* (DM) e antecedentes familiares (ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000).

Com o aumento da expectativa de vida em todo o mundo observou-se uma maior incidência e prevalência das doenças crônicas, particularmente as doenças cardiovasculares (MIRANDA et al., 2002).

Outra doença com prevalência nos dias atuais é DM. É uma doença metabólica crônica degenerativa, que surge quando o pâncreas não produz insulina em quantidade suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar de modo eficaz a insulina produzida, pode trazer complicações no tubo digestivo e alterações da absorção de água e de eletrólitos. A prevalência de DM varia muito entre as diversas regiões do mundo, e dentro da mesma região, esperando-se que até o ano de 2025 a população de diabéticos do mundo duplicará quando comparado ao número de diabéticos existentes em 2000 (150 milhões para 300 milhões) (ALVARENGA et al., 2005).

A presença de pelo menos uma queixa digestiva pode ocorrer em mais de três quartos dos casos de diabetes e sintomas como disfagia, dispepsia, dor abdominal, constipação intestinal, diarreia e incontinência fecal podem, isoladamente, incidir em proporções variáveis de casos, que vão de um quinto a um terço dos diabéticos, dependendo do sintoma estudado(FELDMAN; SCHILLER 1983).

Os pesquisadores Silva, Moura e Godoy (2008) apontam que HAS, DM, tabagismo, consumo de álcool, algumas doenças cardíacas e obesidade são fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular encefálico (AVE).

De acordo com o estudo realizado por Santoro (2008), frequentemente a disfagia orofaríngea associa-se a doenças sistêmicas ou neurológicas como AVE, câncer de cabeça e pescoço, efeitos colaterais aos medicamentos ou quadro degenerativo próprio do envelhecimento. Segundo este estudo, a disfagia acomete 16% a 22% da população com mais de 50 anos, alcançando índices de 70% a 90% nas populações mais idosas. Estima-se que 20% a 40% dos pacientes após AVE apresentam disfagia orofaríngea, sendo que até 55% destes apresentam aspiração. Nos indivíduos com doença de Parkinson a disfagia orofaríngea acomete mais de 95%, sendo que apenas 15% a 20% percebem sua limitação funcional, queixando-se espontaneamente. A autora refere que a broncopneumonia aspirativa é a principal causa de mortalidade na população parkinsoniana.

A disfagia presente na população neurológica internada é caracterizada normalmente por alterações complexas e que cursam com rebaixamento do nível de consciência, intubação orotraqueal, traqueostomia, ventilação mecânica, instabilidade clínica e questões críticas (SILVA; COLA; GATTO, 2014).

Além disso, outras doenças podem trazer consequência relacionada à disfagia, como a doenças do sistema respiratório. Estas doenças podem acarretar alterações no padrão respiratório e/ou ventilatório, que podem influenciar a coordenação entre deglutição e respiração, sendo o sincronismo dessa coordenação essencial para a proteção adequada da via aérea inferior (KIJIMA; ISONO; NISHONO, 1999).

Entre as doenças respiratórias crônicas, a Doença Pulmonar Obstrutiva (DPOC) é a que mais causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo. É uma doença evitável e tratável comum, caracterizada pela persistente limitação do fluxo aéreo, geralmente progressiva associada a uma resposta inflamatória anormal do pulmão a partículas ou gases nocivos(GOLD, 2015).

Alguns estudos verificaram evolução no processo de deglutição após intervenção fonoterápica em pacientes diagnosticados com AVE (CRARY, 1995; ELMSTA et. al., 1999; LIN et al., 2003; CRARY et al., 2004; HAGG; LARSSON, 2004; CARNABY; HANKEY; PIZZI, 2006). Segundo Ickenstein et al. (2010) a intervenção fonoaudiológica precoce em indivíduos com disfagia orofaríngea também pode diminuir o risco de pneumonia.

3.2.3 Idoso frágil e presbifagia

Ocorreram diversas transformações na população brasileira no decorrer do século XX. Dentre as transformações, verificou-se a mudança no perfil de morbidade e mortalidade da população, observando-se crescimento no número de pessoas idosas, destacando-se em especial, as pessoas acima dos 80 anos de idade, alterando a composição interna do próprio grupo (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

Não há consenso científico quanto à terminologia referente à fragilidade, sua definição, seus indicadores e como poderia ser identificada ou avaliada (FRIED et al., 2001; FABRÍCIO-WEHBE 2009).

A fragilidade constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que torna-se um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos - declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Ela pode estar associada à idade, apesar de não ser exclusivamente resultante do processo de envelhecimento, leva-se em consideração que a maioria dos idosos não se torna frágil obrigatoriamente (MACEDO; GAZZOLA; NAJAS, 2008).

Teixeira (2008) classifica a fragilidade em três categorias:

- Dependência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária;
- Vulnerabilidade a estressores ambientais, às doenças, ao declínio funcional e às consequências adversas e
- Estados patológicos agudos e crônicos.

Devido ao surgimento de doenças e agravos à saúde, a capacidade funcional do idoso pode ser modificada. A capacidade funcional refere-se à condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio. A perda dessa capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, a um risco aumentado

de quedas e de morte e a problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (CORDEIRO et. al., 2002).

Segundo Muniz, Fernandes e Ciporkin (2008), a principal diferença entre incapacidade e fragilidade, caracteriza-se pela perda de função em relação à incapacidade e na fragilidade ocorrem estabilidade e risco para um futuro declínio funcional.

São encontrados pelos profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, idosos com problemas crônicos de saúde e incapacidades. Quando estes idosos quando são identificados tardiamente, dificultam intervenções que possam trazer melhorias ao seu quadro geral de saúde (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

Desse modo, com a detecção precoce dos possíveis agravos que possam ocorrer devido à fragilização, possibilitará promover ações preventivas e ações curativas. Além disso, possibilitará redução de custos econômicos e sociais por parte do poder público, possibilitado investirem outras áreas e/ou populações (ALVES; LEITE; MACHADO 2010).

Uma das mudanças das alterações no envelhecimento está relacionada à deglutição, na qual se caracteriza por alterações em todo processo de deglutição, verificando comprometimentos em todas as suas fases, este comprometimentos é classificado como presbifagia. A presbifagia são modificações e adaptações que ocorrem pela degeneração fisiológica do mecanismo da deglutição, devido ao envelhecimento sadio das fibras nervosas e musculares (ACOSTA; CARDOSO, 2012).

Os mesmos autores apontam que, devido ao envelhecimento do mecanismo de deglutição, esta população apresenta mais risco para ocorrência da disfagia, sendo a do tipo orofaríngea a mais frequente nesta população.

No estudo realizado por Perissinoto et al. (2002) apontam que nos idosos é comum ocorrer diminuição lenta e progressiva da massa muscular, um aumento gradativo no percentual de gordura corporal, diminuição na densidade óssea e perda hídrica. Tais mudanças ocorrem em maior ou menor escala na dependência do grau de atividade física, dos hábitos alimentares e da genética do indivíduo.

O aumento da população idosa mundial faz com que os gestores públicos aumentem sua atenção e destinem investimentos que garantam condições de vida com qualidade a estas pessoas. Nessa perspectiva, a avaliação da prevalência de fragilidade é essencial para o desenvolvimento, implantação e avaliação de políticas públicas na promoção de saúde para a população idosa (TRIBESS; OLIVEIRA, 2011).

3.3 PROCESSO DE ATENDIMENTO EM DISFAGIA OROFARÍNGEA

Nas duas últimas décadas têm sido preconizado o manejo com disfagia orofaríngea como gerenciamento institucionalizado e não apenas a atuação do profissional fonoaudiólogo como clínico que atua com características que se vinculavam a avaliação clínica de um determinado profissional e sua conduta isolada, fosse ele fonoaudiólogo, nutricionista, enfermeiro ou médico de qualquer especialidade (FURKIM; MATTANA, 2004).

Entende-se com clareza que a detecção e intervenção precoce dos grupos de risco para disfagia orofaríngea reduz os custos hospitalares e melhora significativamente a qualidade de vida dos pacientes (CLAVÉ et al., 2004, SANTORO, 2008; KARKOS et al., 2008; ABDULMASSIH, 2009).

Para realizar o tratamento eficaz de acordo com a fisiopatologia de cada indivíduo, Clavé et al. (2004) ressaltam que é fundamental propor uma estratégia de diagnóstico. Através de um programa de diagnóstico é possível avaliar a capacidade do paciente em ingerir todas as calorias ou água que ele necessita para manter-se adequadamente nutrido e hidratado, sem complicações respiratórias.

Estes pesquisadores classificam dois métodos de diagnóstico. O método clínico composto por avaliações específicas de deglutição, história médica e o exame clínico. E através da exploração da deglutição utilizando estudos complementares específicos, como a videofluoroscopia, endoscopia e manometria (CLAVÉ et al., 2004).

Assim, o gerenciamento de processos institucionalizados e protocolos interdisciplinares envolvendo a especialização em disfagia orofaríngea de toda a equipe de saúde se tornaram primordial e necessária, envolvendo planos governamentais que apoiem essa atuação. Temos como exemplo a Portaria do Acidente Vascular Encefálico, disponível no Manual de Rotinas ao AVE do Ministério da Saúde (2013).

Por estes motivos, o paciente com distúrbio de deglutição deve ser diagnosticado o mais cedo possível e ser avaliada por um especialista para que sejam implementadas técnicas e estratégias de deglutição segura, além de melhores condições de alimentação ao paciente (HINCAPIE-HENAO et al., 2010).

3.3.1 Triagem em Disfagia Orofaríngea

A seguir serão explicitados os procedimentos mais utilizados em fonoaudiologia com atuação em disfagia hospitalar.

Um dos procedimentos é a avaliação a beira do leito é o *screening* (triagem), caracterizado como passa ou falha, com objetivo de identificar os pacientes que precisam de uma avaliação completa da deglutição (SWIGERT et al., 2007). É um procedimento de identificação das características relacionadas ao risco de desnutrição e disfagia orofaríngea, na qual se diferenciam os indivíduos em risco daqueles com comprometimento estabelecido. Desse modo, ela determina as prioridades de assistência (BARROCAS, 2001).

A detecção para o risco de disfagia orofaríngea é multiprofissional, composta por alguns itens importantes, sendo eles: doença de base, antecedentes e comorbidades, sinais clínicos de aspiração, complicações pulmonares e funcionalidade da alimentação (SIMOMURA et al., 2011).

Para o Ministério da Saúde (MS) (2010), o rastreamento viabiliza a identificação de indivíduos que têm a doença, mas que ainda não apresentam sintomas. Entretanto, confunde-se a questão do rastreamento com a simples utilização de protocolos, recomendações de associações médicas ou outras instituições respeitadas sobre condutas profissionais. A forma que é aplicado caracteriza-se como rastreio oportunístico, onde é aplicado a população que oportunamente chega às unidades de saúde.

O MS ainda descreve dois tipos de rastreamento, um através de programa de rastreamento organizado e o outro chamado rastreamento oportunístico. O rastreio oportunístico se dá quando o indivíduo procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco. Essa forma de proceder tem sido a predominante na maioria dos serviços de saúde no mundo.

Os programas de rastreamento organizados são aqueles nos quais se detém maior controle das ações e informações, pois são sistematizados e voltados para a detecção precoce de uma determinada doença, condição ou risco, oferecidos à população assintomática em geral e realizados por instituições de saúde de abrangência populacional (usualmente Sistemas Nacionais de Saúde) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Essas instituições têm o compromisso e a responsabilidade de prover a todas as pessoas incluídas no programa a continuidade do processo diagnóstico até o tratamento do problema quando detectado. Os programas de rastreamento costumam ser mais efetivos porque há um domínio maior da informação e os passos ao longo dos níveis de atenção estão bem estabelecidos e pactuados. Sendo assim, quando a pessoa atinge determinada faixa etária que a habilita ao programa é convidada a participar e, uma vez que esteja fazendo parte dele, será acompanhada ao longo de toda a sua vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

3.3.2 Avaliação da Deglutição

Se o paciente não passar na triagem, ele realizará a segunda etapa do processo, que é a avaliação da deglutição.

A avaliação da deglutição é composta pela avaliação clínica e complementar através de exames objetivos, que preferencialmente deve ser desempenhada por uma equipe interdisciplinar. A avaliação permite o diagnóstico mais preciso e um melhor acompanhamento do quadro clínico (SANTORO et al., 2011). Os procedimentos de diagnóstico para a avaliação devem identificar a anatomia e fisiologia de todas as fases da deglutição e verificar os aspectos alterados (LOGEMANN, 1984).

A avaliação completa a beira do leito tem como objetivo identificar qualquer sintoma de disfagia e/ou broncoaspiração nos pacientes que apresentam pré-disposição a este distúrbio. Nesta avaliação deve estar incluso as informações do histórico e do quadro clínico do paciente, dados relacionados à dificuldade de engolir, avaliação das estruturas orofaciais envolvidas na deglutição e voz e, observação do indivíduo durante a alimentação com diferentes consistências (EDELMAN; SHEEHY-DEARDORFF; WHITE, 2008).

A avaliação clínica estrutural tem como objetivo verificar o aspecto físico da cavidade oral, da faringe e da laringe e também, averiguar a mobilidade e a tonicidade das estruturas relacionadas com a deglutição (SIMOMURA et al. 2011).

O objetivo da avaliação clínica funcional da deglutição é identificar os achados e relacioná-los com os distúrbios apresentados na dinâmica da deglutição (SILVA; VALSECKI, 2000). Observar-se também, a ingestão de diferentes consistências alimentares (SIMOMURA et al., 2011). Caracterizando a disfagia orofaríngea quanto à gravidade e causas, promovendo um programa de reabilitação e verificando os resultados do tratamento (MACCARINI et al., 2007).

3.3.3 Avaliação instrumental de deglutição

Os exames ou avaliações instrumentais são considerados complementares a avaliação clínica da deglutição, os mais utilizados são a videofluoroscopia da deglutição e a nasoendoscopia da deglutição.

A videofluoroscopia da deglutição (VFD) é tida como um método de grande importância diagnóstica, pois permite a identificação de alterações morfofuncionais importantes que não são observadas durante a anamnese (SUZUKI et al., 2006). Além de

permitir o diagnóstico adequado, a VDF norteia a conduta a ser tomada. É considerado o método padrão-ouro no estudo da deglutição e sua disfunção (COSTA, 2010).

Este exame é considerado o melhor para avaliar objetivamente a dinâmica da deglutição, pois é possível visualizar todas as fases (GONÇALVES; VIDIGIAL, 2004; SPADOTTO et al., 2008).

Além de verificar alterações na dinâmica da deglutição, é possível averiguar as manobras, as consistências e o volume mais adequado do bolo alimentar para uma deglutição eficiente, possibilitando a visibilidade da função e comprovando a eficiência do método utilizado (GONÇALVES; VIDIGIAL, 2004; GATTO; REHDER, 2006). Considerado o método mais indicado em situações que há suspeita de aspiração silente (GONÇALVES; VIDIGIAL, 2004).

No entanto, este procedimento expõe o indivíduo à radiação, não sendo é aconselhado indicar para realização de avaliação de alterações estruturais como tumores (GONÇALVES; VIDIGIAL, 2004).

Outro método de avaliação de deglutição é a nasendoscopia, este método foi inicialmente descrita por Lanngmore, Shatz e Olsem (1988), sendo registrada como FEEES – Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing.

É considerado de fácil realização, baixo custo, sem exposição à radiação, podendo ser realizado ao lado do leito do paciente; não oferece riscos ao indivíduo, na maioria dos casos, podendo ser repetido diversas vezes para a observação do sucesso da terapia fonoaudiológica (AVIV et al., 2005).

Apesar de oferecer subsídios para auxiliar no diagnóstico de disfagia orofaríngea, este exame não permite visualizar todas as fases de deglutição e a sua sincronia (QUEIROZ; HAGUETTE; HAGUETTE, 2009).

3.4 ASPECTOS RELACIONADOS À RESPIRAÇÃO

Como observado na literatura à maioria dos protocolos de triagem e de avaliação clínica procuram por sinais de eficácia da biomecânica e segurança da deglutição, que podem colocar o paciente em risco. Serão expostos abaixo alguns tópicos relativos a esses aspectos.

Os quadros mais graves e instáveis podem necessitar de suporte respiratório como a traqueostomia (TQT) e a intubação orotraqueal (IOT). A dependência destes suportes para respiração diminui a capacidade de proteção de vias aéreas, o que pode acarretar no aumento do risco do quadro clínico do paciente e das intervenções fonoterápicas utilizando alimento (FURKIM; SACCO,2008).

3.4.1 Traqueostomia

Este tipo de suporte ventilatório pode acarretar impacto na fisiologia da deglutição tanto no aspecto mecânico, quanto no aspecto funcional. O impacto mecânico está relacionado com a comunicação e a restrição da elevação da laringe no pescoço. O impacto funcional está relacionado com a redução da pressão e da quantidade do fluxo, devido ao desvio do fluxo aéreo para o estoma do pescoço, fazendo com que as pregas vocais se fechem com menos força, facilitando a aspiração do bolo alimentar (BARROS, PORTA, QUEIJA, 2009).

Os mesmos autores ressaltam que estes fatores observados separadamente talvez não apresentem grande repercussão na deglutição, porém, quando relacionado à doença de base, a redução da elevação da laringe e a redução da pressão do fluxo para o adequado fechamento das pregas vocais, possivelmente acarretarão alterações na função de deglutição. Além disso, o indivíduo poderá apresentar ausência de tosse protetora e o efeito de limpeza no caso de entrada de alimento nas vias aéreas ou estase pode estar ausente, ou, presente com intensidade fraca. E também, causar alterações no olfato e no paladar, dificultando ainda a primeira fase da deglutição devido à ausência de estímulo, reduzindo o apetite.

3.4.2 Intubação Orotraqueal

A IOT prolongada pode causar lesões na cavidade oral, faringe e laringe, que originam diminuição da motricidade e da sensibilidade local e comprometem o processo da deglutição, trazendo consequências como: ausência ou diminuição de vedação labial antes ou durante a deglutição ocasionando escape de alimento para fora da cavidade oral, incapacidade ou lentidão dos movimentos da língua e da mandíbula durante a preparação e posicionamento do bolo em cavidade oral antes da deglutição, presença de alimentos em cavidade oral após a deglutição, redução da sensibilidade oral, escape de alimentos da cavidade oral para faringe antes do início da fase faríngea da deglutição, presença da ejeção do bolo alimentar antes do fechamento laríngeo, presença de resíduos alimentares na região da parede posterior da faringe após três deglutições, redução de sensibilidade laringofaríngea, presença de resíduos alimentares em valéculas e seios piriformes, penetração e aspiração laríngea (KUNIGK; CHETHER, 2007).

Os mesmos autores afirmam que a reintrodução da alimentação por via oral nestes indivíduos deve ser cautelosa para garantir a nutrição adequada e evitar complicações respiratórias.

Um programa de reabilitação pode colaborar para minimizar os efeitos negativos da restrição alimentar, que envolvem o desconforto, atrofia muscular, diminuição da sensibilidade das estruturas orofaríngeas e deficiências nutricionais (RODRIGUES et al., 2015).

3.5 TRATAMENTO EM DISFAGIA OROFARÍNGEA

Após a detecção de pacientes com risco para disfagia orofaríngea ou com a disfagia orofaríngea propriamente dita, deve-se realizar o tratamento de acordo a fisiopatologia da biomecânica da deglutição de cada paciente.

Na nossa cultura, a alimentação, além de suprir as necessidades de sobrevivência, atua como uma fonte de prazer, caracterizando-se, como um ato social e facilitador da interação. No setor hospitalar, o fonoaudiólogo é um dos profissionais que participa do atendimento do paciente com disfagia de forma essencial, pois está habilitado para avaliar e realizar o tratamento da sensibilidade/mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios e a funcionalidade de todo o processo da alimentação, correlacionando, até mesmo, os aspectos de voz e de linguagem durante a reabilitação (FURKIM, 1999).

A abordagem deve ser multidisciplinar para garantir a avaliação e o acesso a todos os fatores que estão relacionados com o caso, bem como para tomar as condutas que permitam o controle da disfunção, prevenindo as complicações que potencialize a saúde geral do indivíduo(SANTORO et al., 2011).

Silva (2007) e De Pippo et al. (1994) apontam que a objetivo da reabilitação em disfagia orofaríngea é fazer com que o paciente alimente-se por via oral, estabilize o aspecto nutricional, elimine os riscos de aspiração laringotraqueal e consequentes complicações associadas.

Os fonoaudiólogos além de avaliar a possibilidade de alimentação por via oral segura indicam, quando necessário, adaptações durante a alimentação com objetivo proporcionar segurança durante a deglutição, pois se o indivíduo apresentar alteração grave referente a esta função, pode ocorrer contraindicação de tipo de alimentação por via oral, necessitando de via de alimentação exclusiva alternativa (STANICH; MENEZES, 2014).

3.5.1. Vias de alimentação

Em alguns indivíduos, de acordo com a sua fisiopatologia da deglutição, a terapia fonoaudiológica pode não ser suficiente. Sendo assim, deve-se recorrer à via de alimentação alternativa que pode estar associada ao tratamento fonoaudiológico, pois é considerado vital que o paciente esteja nutrido e hidratado, para obter-se melhor prognóstico.

Quando a alimentação por via oral não é suficiente para suprir as necessidades orgânicas e nutricionais do indivíduo, ou quando é contra indicada em vista de uma disfagia orofaríngea grave, com riscos de penetração ou aspiração pulmonar, é necessário optar pelo suporte nutricional através das vias alternativas (LOGEMANN, 1984).

Deve-se levar em consideração que a desnutrição é um fator que aumenta as taxas de morbidades e mortalidade, ocasionando aumento do tipo de internação do indivíduo e possibilitando maiores complicações. É indispensável iniciar a terapia nutricional após a estabilização hemodinâmica do paciente. Esta terapia nutricional está relacionada com a oferta de nutrientes por via oral, enteral ou paraenteral, visando a oferta terapêutica adequada de proteínas, energia, minerais, vitaminas e água aos pacientes de acordo com a sua doença de base e o estado geral de saúde (ALVES; SOUZA, 2014).

De acordo com os mesmos autores, dieta por via oral deve ser introduzida nos indivíduos que apresentam nível de consciência adequada, apresentar atividade gastrointestinal e não ter dificuldade durante a deglutição.

A nutrição enteral depende da integralidade do tubo digestivo do paciente, pois o seu acesso é realizado através de dispositivos como sonda nasogástrica, sonda nasoentérica e ostomias (gastrostomia e enterostomia), desde que o paciente apresente o tubo digestivo íntegro. A nutrição parenteral total é recomendada para indivíduos com o tubo digestivo prejudicado, seja por cirurgia ou alterações disabsortivas, ou se a nutrição enteral não for capaz de suprir todas as necessidades orgânicas e nutricionais. A nutrição parenteral apresenta taxas maiores de complicações comparadas à nutrição enteral (MACEDO FILHO; GOMES; FURKIM, 2000). A disfagia é apontada na literatura como o principal fator de indicação da gastrostomia (MINICUCCI et al., 2005).

A nutrição do indivíduo também pode ser realizada por mais de uma via simultaneamente. Dependendo do estado de saúde geral do paciente e do grau de disfagia pode-se associar a via oral e nutrição enteral. Contudo necessita-se utilizar técnicas específicas para amenizar o potencial de aspiração e/ou facilitar a deglutição, além de supervisão durante a alimentação (PADOVANI et al., 2007).

3.6 FUNCTIONAL ORAL INTAKE SCALE-*FOIS*®

Crary; Mann; Groher (2005) traduzido por Silva et. al. (2013) elaboraram e validaram a Functional Oral Intake Scale – *FOIS*® que possui confiabilidade, validade, e sensibilidade na ingestão oral, pode ser aplicada ao longo do processo de fonoterapia, documentando a mudança na alimentação e habilidades funcionais do paciente. A escala funcional de ingestão por via oral é composta por sete níveis, sendo eles:

Nível 1: nenhuma dieta por via oral

Nível 2: via alternativa de alimentação + oferta mínima de alimento ou líquido

Nível 3: via alternativa de alimentação + oferta de alimento por via oral, com restrição de consistência

Nível 4: Oferta da dieta total por via oral com uma única consistência

Nível 5: Oferta da dieta total por via oral com múltiplas consistências, mas com adaptação da consistência e ou compensações

Nível 6: Oferta da dieta total por via oral com múltiplas consistências, sem adaptação de consistência, mas com restrição de alguns alimentos

Nível 7: Oferta da dieta por via oral sem restrições

A recomendação da introdução da dieta por via oral em pacientes com risco para disfagia orofaríngea deve ser realizada por um fonoaudiólogo, através das informações obtidas na avaliação clínica da deglutição à beira do leito, podendo ser complementada por exames objetivos quando necessário. Os dois principais aspectos utilizados para determinar a conduta sobre a reintrodução da dieta por via oral baseiam-se na ausência de sinais clínicos de aspiração e na presença do reflexo de tosse (STANICH; MENEZES, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com análise de prontuários disponibilizados pelo Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) e pelo registro hospitalar do setor de fonoaudiologia, estagiários e professores do no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) entre fevereiro de 2014 a dezembro de 2014.

4.2 LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO

A população de estudo foi constituída por sujeitos adultos, que foram atendidos pelo setor de fonoaudiologia, estagiários e professores.

O curso de Graduação em Fonoaudiologia foi implantado em 2008 na UFSC. E a inserção da Fonoaudiologia no HU/UFSC iniciou com o curso em 2010, com a inserção de professoras e estagiárias, em seguida deu-se continuidade com a admissão de servidoras.

O HU é uma Instituição Federal, situada na cidade de Florianópolis – Santa Catarina, vinculada a UFSC. Segundo levantamento realizado por Nienkotter (2011)este hospital apresenta aproximadamente cerca de 270 leitos nas áreas de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Tratamento Dialítico, Unidade de Terapia Intensiva (adulto e pediátrico), Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, Centros Cirúrgicos, Serviços Ambulatoriais gerais e especializado, Hemodinâmica e Onco-hematologia. Além disso, possui ainda serviço de Emergência Adulto, Infantil e Gineco-obstetrícia, Centro Obstétrico e Centro de Incentivo ao Aleitamento.

No momento, o quadro de Fonoaudiólogos do HU/UFSC é composto por quatro profissionais fonoaudiólogos, responsáveis por avaliar, acompanhar, monitorar, orientar, encaminhar e discutir casos dos indivíduos internados com disfagia e após a alta hospitalar.

4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão:

- Indivíduos adultos com idade igual e/ou superior a 18 anos com registro no HU/UFSC entre fevereiro a dezembro de 2014;

- Indivíduos que realizaram terapia fonoaudiológica ou protocolo de broncoaspiração durante o período de internação;
- Indivíduos aceitaram participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão:

- Foram excluídos prontuários incompletos.

4.3 PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada com a obtenção de dados secundários, através da revisão de prontuários disponibilizados pelo Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) e através do registro hospitalar do setor de fonoaudiologia de pacientes internados e atendidos pelo setor de fonoaudiologia no leito do HU/UFSC nas clínicas médicas, cirúrgicas e unidade de terapia intensiva adulto no período entre fevereiro a dezembro de 2015.

Estes indivíduos foram encaminhados por parecer médico ou realizaram triagem fonoaudiológica para distúrbio de deglutição.

Após o consentimento para a realização da pesquisa pelo responsável legal da instituição (APÊNDICE A), os responsáveis pelos sujeitos, assim como os sujeitos, foram convidados a participar da pesquisa. Os que aceitaram leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), onde fica registrada a confidencialidade da identificação dos pacientes garantida pela pesquisadora. Os dados foram coletados no período de janeiro de 2014 a maio de 2015.

Entre março e dezembro de 2014, 205 indivíduos foram atendidos pelo setor de fonoaudiologia, com indicação de terapia ou protocolo de broncoaspiração. Porém, foram excluídos desta pesquisa 140 prontuários, devido à ausência de dados nos prontuários e no registro do setor de fonoaudiologia. A população deste estudo é caracterizada pela participação de 65 indivíduos.

No HU/UFSC o setor de Disfagia utiliza a triagem para realizar a classificação dos indivíduos entre passa (aqueles não apresentaram risco para Disfagia Orofaríngea) e falha (aqueles com risco para Disfagia Orofaríngea) (BASSI et al., 2014). Ela é considerada universal e realizada apenas uma vez, quando a paciente interna na clínica. Os itens que verificados são: dados pessoais, co-morbidades, medicações em uso, doença de base;

respiração; via de alimentação, queixas alimentares, avaliação da dentição e avaliação funcional da deglutição.

Para a avaliação da deglutição, o serviço utiliza o protocolo de avaliação segura da deglutição – ASED (Adaptado de FURKIM, et al; In: SUSANIBAR; et al, 2014 –no prelo), contempla dados de identificação, tempo e local de lesão, medicação, histórico clínico do paciente, quadro respiratório, via de alimentação, nível de consciência e cognitivo, avaliação em repouso, deglutição espontânea, avaliação estrutural da deglutição, observação de questões orais: dentição, uso de prótese, tipo e classe de mordida, sensibilidade intra e extraoral, presença e/ou ausência de reflexos e mobilidade isolada dos órgãos fonoarticulatórios. Avaliação vocal antes e após deglutição, e avaliação funcional da deglutição baseada na classificação da American Dietetic Association (2002).

Conforme a alteração apresentada pelo indivíduo, indica-se terapia fonoaudiológica, que pode envolver estimulação sensorial térmica e tátil e gustativa, exercícios para controle oral do bolo, exercício para melhorar a elevação da laringe, mudanças de postura, manobras facilitadoras e manobras voluntárias de deglutição.

Além disso, na rotina hospitalar do HU/UFSC é aplicado em indivíduos previamente atendidos pelo serviço de fonoaudiologia/disfagia que apresentem no momento deglutição normal ou funcional, sem sinais de broncoaspiração, o protocolo de broncoaspiração (PBA). O indivíduo, por continuar internado com possibilidade de mudanças no quadro clínico que propiciem risco para disfagia orofaríngea, é mantido em acompanhamento para identificação precoce de alterações. Pode ser realizado durante a internação hospitalar, após avaliação e/ou terapia fonoaudiológica, sem indicação de outras intervenções terapêuticas. Este protocolo pode ser aplicado na Unidade de Terapia Intensiva, Clínicas Médicas, Clínicas Cirúrgicas e Emergência Adulto.

A aplicação do PBA tem como objetivo acompanhar o paciente diariamente no leito, durante oferta da dieta via oral. Se não for possível observar o desempenho do paciente com a refeição, ofertar líquido e analisar a deglutição; reforçar as orientações de comer o mais aleta possível, sentado, não deitar até uma hora após se alimentar e seguir adequadamente as prescrições de consistências prescritas pela equipe de saúde. Caso mantenha segurança para alimentação VO repetir o procedimento até a alta hospitalar.

Foi elaborada uma ficha de coleta, na qual os dados foram preenchidos e analisados (APÊNDICEB). As variáveis pesquisadas nesta pesquisa foram:
Características sócio demográficas e o tempo de internação da população:

- Sexo;
- Procedência(cidade);
- Ocupação;
- Tempo internação

Características do tipo de atendimento fonoaudiológico:

- Indicação e número de realizações do PBA nos indivíduos internados.
- Indicação e número de realizações de terapia fonoaudiológica nos indivíduos internados.
- Indicação e número de realizações do PBA e terapia fonoaudiológica concomitante nos indivíduos internados.

Características dos aspectos clínicos dos indivíduos de acordo com o tipo de atendimento oferecido pela fonoaudiologia:

- Doença de base;
- Comorbidade associada;
- Sinais clínicos de aspiração;
- Suporte ventilatório (traqueostomia e intubação orotraqueal);
- Via de alimentação na entrada, durante e na alta hospitalar;
- Mensuração da escala *FOIS*® no início e na ocasião da alta hospitalar.

Características referentes aos procedimentos de atendimento em disfagia orofaríngea:

- Triagem fonoaudiológica;
- Avaliação clínica da deglutição;
- Avaliação instrumental da deglutição (videofluoroscopia);
- Tempo entre o dia de internação e a primeira avaliação fonoaudiológica.

Para análise das doenças de base, a população foi dividida em dois grupos devido à heterogeneidade das doenças, classificadas como:

Doença de base com risco para disfagia orofaríngea: doenças respiratórias, doenças neurológicas, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Doença de base sem risco para disfagia orofaríngea: doenças gastrointestinais, doenças toxicológicas, doenças imunológicas e traumas cervicais e costais.

4.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta e seleção dos dados, estes foram organizados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2007.

Os dados coletados foram analisados estatisticamente por meio do programa computacional de análise MedCalc®, versão 12.7.5 (MedCalc Software bvba 1993-2013, Mariakerke, Bélgica). A análise dos dados ocorreu de forma descritiva, por meio das análises relativas e absolutas.

4.5 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

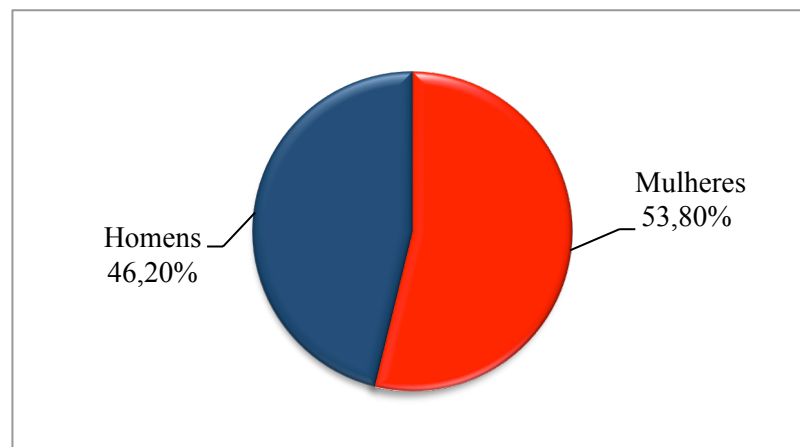
Esta pesquisa está vinculada ao projeto intitulado **PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEIS PARA OS USUÁRIOS DO SUS DO ESTADO DE SANTA CATARINA** sob coordenação da professora Doutora Maria Rita Pimenta Rolim e Vice coordenadora e Professora Doutora Ana Maria Furkim, com aprovação no Comitê de ética em pesquisa na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em vinte e quatro de Junho de 2013 sob número de registro 313.933 (ANEXO B). Foram respeitados os princípios de ética em pesquisa com seres humanos presentes na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assim como respeitados os sigilos éticos e de privacidade.

5.RESULTADO E DICUSSÃO DOS DADOS

5.1.CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

Foram analisados 65 prontuários dos indivíduos internados no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), destes 35 (53,80%) são do sexo feminino e 30 (46,20%) do sexo masculino (FIGURA 1). Destes 65 indivíduos, sete foram a óbito durante o período de internação.

Figura 1-Distribuição, segundo, sexo dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio no HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.

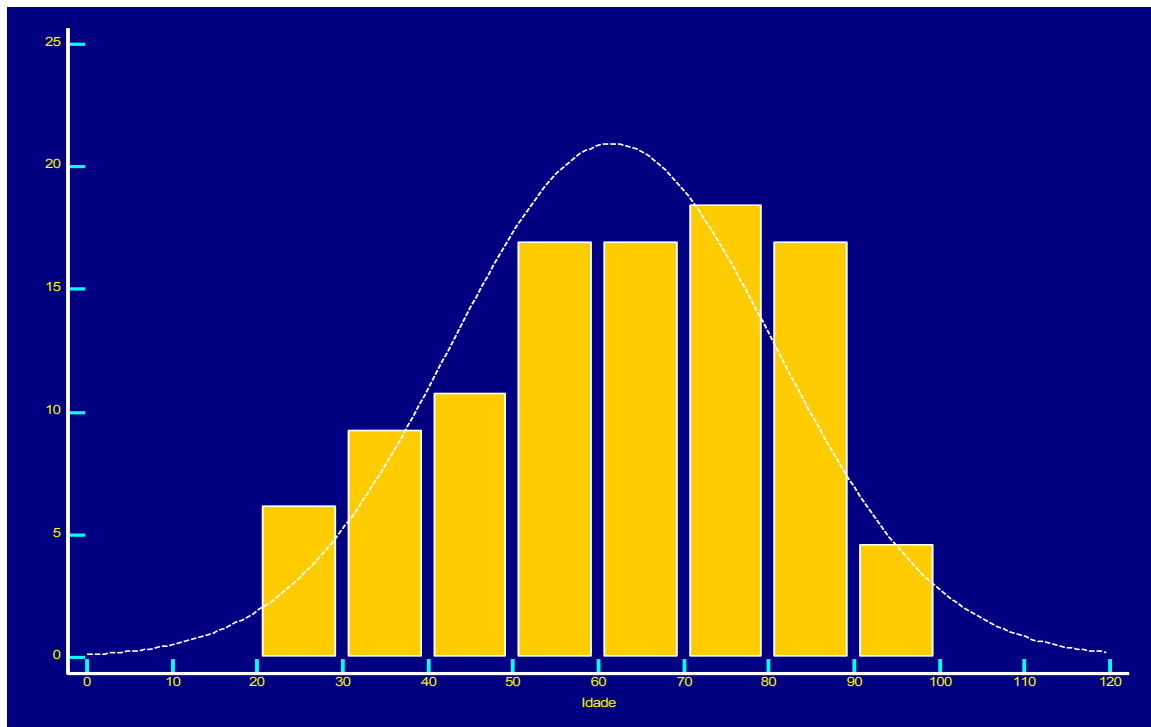


Porém, na literatura pesquisada, a prevalência é do sexo masculino (FARIA et al. 2013; NOGUEIRA et al. 2012).

Apenas no estudo realizado por Padovani e colaboradores (2013), 51% da amostra encaminhada para avaliação fonoaudiológica clínica de deglutição durante o período que permaneceram em uma unidade de terapia intensiva de emergências clínicas era formada por indivíduos do sexo feminino.

Com relação à idade dos 65 sujeitos, a média desta amostra corresponde a 61,67 anos, variando entre 22 a 95 anos. Em relação à demanda por faixa etária (FIGURA 2), as faixas entre 50 a 90 anos concentram mais da metade dos atendimentos realizados neste período.

Figura 2 –Histograma de frequências relativas à idade dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio no HU/UFSC entre fevereiro a dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.



Outros estudos estão de acordo com os achados desta pesquisa. Sendo eles, o estudo realizado por Bassi et al. (2014), na qual a amostra era composta por indivíduos com mais de 60 anos.

Em outra pesquisa, realizada por Padovani et. al. (2013) a média de idade dos indivíduos encaminhados para avaliação fonoaudiológica clínica da deglutição correspondia a 54 anos.

Os resultados obtidos na pesquisa de Filho e outros pesquisadores (2004) também corroboraram com os achados desta pesquisa, observou-se que as internações concentraram-se nas faixas etárias extrema, com aumento gradualmente após a quinta década de vida.

De acordo com o censo demográfico brasileiro do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, houve crescimento na participação relativa da população com 65 anos ou mais, em 1991 (com 4,8%), 2000 (com 5,9%) e em 2010 (com 7,4%). O crescimento absoluto da população do Brasil nos últimos dez anos ocorreu principalmente em função do crescimento da população adulta, destacando-se o aumento da participação da população idosa.

Na comparação entre as regiões realizada pelo IBGE, o Sul e o Sudeste apresentam evolução desta população semelhante, consideradas as regiões com mais idosos no País. Em 2010, os idosos com 65 anos ou mais constituíam 8,1% da população nessas regiões.

Levando em consideração que a amostra deste estudo apresenta a média de idade com 61,67 anos e que o envelhecimento pode estar associado ao maior risco de ocorrência da síndrome da fragilidade, na qual reflete um estado de instabilidade e risco para um futuro declínio funcional.

É de extrema importância desenvolver estratégias que possam prevenir e assistir esse grupo mais efetivamente (OLIVEIRA; MENEZES, 2011). Pois, sabe-se que não necessariamente a idade acarretará perda da capacidade funcional, porém quando associado a outros fatores, principalmente doenças crônicas e degenerativas, pode ocorrer o declínio da funcionalidade (MUNIZ; FERNANDES; CIPORKIN, 2008).

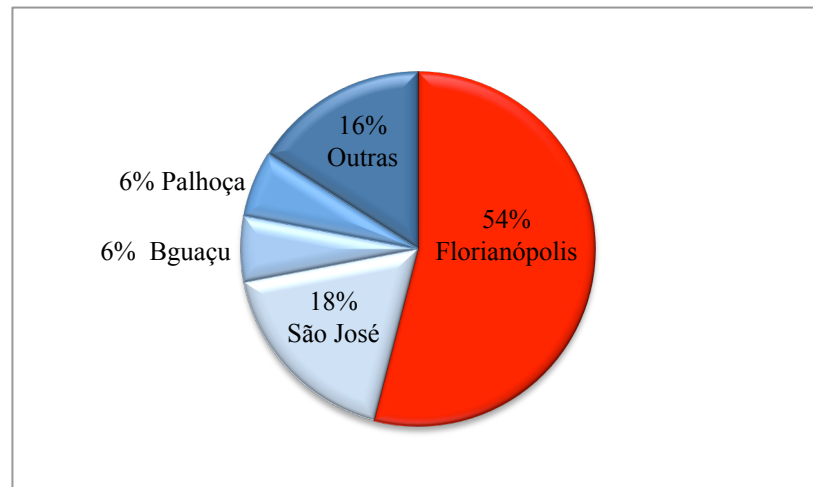
É possível constatar também a preocupação dos profissionais que atuam na área da gerontologia com os idosos fragilizados, onde as condições físicas diminuídas e a redução nas funções cognitivas podem interagir com as mudanças naturais do envelhecimento. Muitas vezes, esses idosos fragilizados não conseguem realizar as adaptações necessárias, favorecendo o aparecimento dos distúrbios de deglutição que podem rapidamente alterar o estado nutricional e de hidratação (BILTON, 2000).

Para Tanure et al. (2005), a população idosa, por apresentar envelhecimento no mecanismo da deglutição, é considerado um grupo de risco para a ocorrência da disfagia.

Atualmente há uma mudança na expectativa de vida dos idosos, como consequência do grande avanço da ciência nas últimas décadas. Com base nessa nova visão, torna-se imperioso formar profissionais de saúde especializados que pretendam atuar neste segmento. Neste contexto, a fonoaudiologia ganha espaço significativo dentro das equipes multidisciplinares.

Em relação à procedência, a maioria dos indivíduos que foram atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio é procedente da capital de Santa Catarina (Florianópolis) correspondendo a 54% da amostra (FIGURA 3).

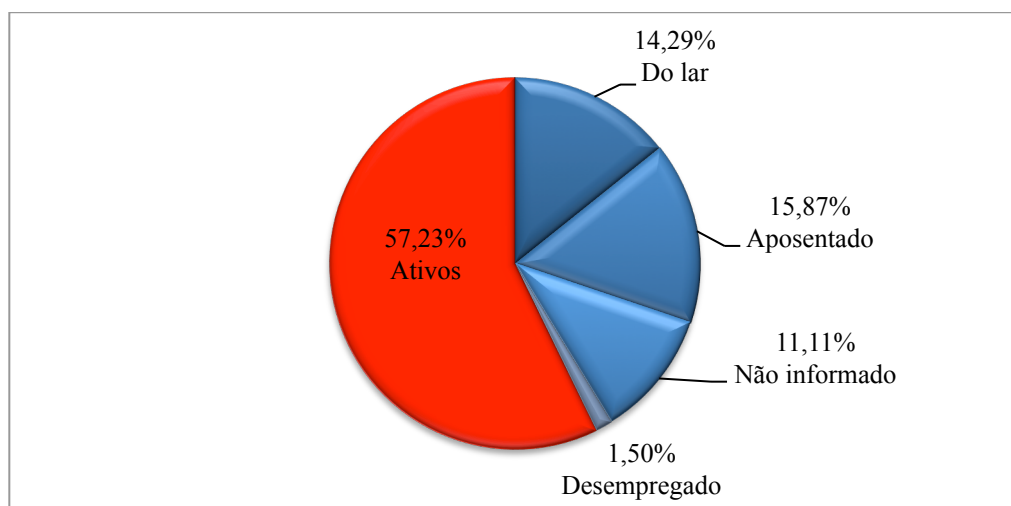
Figura 3 – Distribuição, segundo, procedência dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio no HU/UFSC. Florianópolis – SC, 2015.



O estudo realizado por Faria e outros pesquisadores (2010) corrobora com estes achados, na qual os indivíduos atendidos pela fonoaudiologia em um Hospital Universitário também se originavam da capital ou região metropolitana do seu Estado.

Neste estudo, houve prevalência de indivíduos ativos (57,23%), ou seja, que exercem alguma profissão. Seguidos de indivíduos aposentados (15,87%) e indivíduos do lar (14,29%) (FIGURA 4).

Figura 4 – Distribuição, segundo, ocupação dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio atendidos no HU/UFSC. Florianópolis – SC, 2015.



De acordo com o que foi encontrada nesta pesquisa, grande parte dos indivíduos hospitalizados exerce alguma profissão e estava ativo no período que foi internado. Deve-se levar em consideração o impacto da disfagia orofaríngea na vida destes indivíduos, visto que associada a outros fatores, pode aumentar o tempo de internação e trazer complicações no quadro clínico geral, aumentando as dificuldades financeiras e sociais.

Sabe-se que a detecção e intervenção precoce possibilitam a diminuição do tempo de internação, e dessa forma o paciente poderá apresentar melhor qualidade de vida e retornar mais cedo para a sua atividade diária.

5.2 ASPECTOS CLÍNICOS DA POPULAÇÃO

Nesta pesquisa 27 (41,50%) sujeitos realizaram protocolo de broncoaspiração (PBA) e terapia fonoaudiológica, 12 (18,50%) sujeitos tiveram apenas terapia fonoaudiológica e 26 (40%) sujeitos que tiveram apenas PBA.

Quanto ao total de procedimentos realizados em cada grupo, verificou-se que no grupo indicado para PBA ocorreram um total de 123 realizações, seguidos de 109 realizações no grupo em terapia fonoaudiológica e 485 realizações no grupo com PBA e terapia fonoaudiológica concomitantemente (TABELA 1).

Tabela 1 –Distribuição, segundo frequência, dos grupos de tratamento dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio no HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.

Grupos de Tratamento	Número de Realizações	Número de pessoas	%
PBA e Terapia concomitante	485	27	41,50
Apenas Terapia	109	12	18,50
Apenas PBA	123	26	40

Diante dos achados encontrados nesta pesquisa, pode-se verificar que o grupo PBA e terapia e o grupo apenas PBA apresentam homogeneidade entre os percentuais. Neste caso, não houve diferença importante entre a indicação do tipo de atendimento fonoaudiológico.

Não foi possível discutir os tipos de dados encontrados no presente estudo com a literatura devido à dificuldade de realizar trabalhos com este desenho de atendimento

fonaaudiológico ou que tenham quantificado o número de atendimentos fonaaudiológicos em relação a todo o hospital.

Na população estudada os motivos de internação são variados em função do serviço não ser considerado de referência para nenhuma área específica, sendo considerado generalista. A amostra estudada apresentou prevalência da doença de base com risco para disfagia orofaríngea nos três grupos, caracterizada como: doenças respiratórias, doenças neurológicas, doenças cardiovasculares e doenças cerebrovasculares.

A doença de base de risco para disfagia orofaríngea foi prevalente nos três grupos estudados, o grupo PBA com 60,40%, o grupo terapia com 59% e o grupo PBA e terapia concomitante com 59,30% (TABELA 2).

Tabela 2- Distribuição, segundo frequência, das doenças de base de risco dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonaaudiologia/estágio no HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.

Doença de Base	PBA	TERAPIA	PBA E TERAPIA
segundo risco	%	%	%
para Disfagia			
Doença de base			
sem risco	39,60	41	40,70
Doença de base			
com risco	60,40	59	59,30

Outros estudos verificaram maior prevalência de indivíduos com doença de base de origem neurológica. Nos estudos realizado por Moraes et al. (2006) e Nogueira et al. (2012), os indivíduos com doença de base com origem neurológica corresponderam a 61% e 70,3% da amostra, respectivamente.

Bassi (2014) em seu estudo apontou como grupo de risco para disfagia orofaríngea durante o período de internação: indivíduos que apresentaram doenças respiratórias, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva e xerostomia.

Para Santini (1999), as complicações da disfagia são, na maioria das vezes, identificadas em indivíduos que sofreram Acidente Vascular Encefálico, isquêmico ou hemorrágico, Paralisia Cerebral, Doença de Parkinson, Traumatismo Crânio Encefálico, Esclerose Lateral Amiotrófica, Miastenia Gravis, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, entre

outros. Além dessas doenças, podem ser caracterizados como risco, os idosos que apresentam presbifagia.

Os achados do estudo referentes aos indivíduos que apresentam doenças de base sem risco para disfagia orofaríngea e que estão sendo acompanhados pelo serviço de fonoaudiologia/estágio, pode justificar-se pelo fato de que os indivíduos não dependem necessariamente da doença de base com risco para receber alguma intervenção durante o período de internação. Outros fatores como: idade, rebaixamento do nível cognitivo, do nível de alerta ou do nível de consciência, uso suportes para respiração, sem critério para alimentação por via oral, comprometimento funcional ou de hidratação, podem fazer com que necessitem de acompanhamento fonoaudiológico.

Referente às comorbidades associadas neste estudo pode-se verificar que quatro são mais prevalentes. Sendo elas: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

A HAS é a comorbidade associada mais prevalente, apresentou-se no grupo PBA em 50,94% dos indivíduos, no grupo de terapia em 38,46% e no grupo de PBA associado à terapia em 48,15% da amostra.

A segunda mais prevalente foi DM, apresentou-se no grupo PBA em 24,23%, no grupo de terapia em 28,21% dos indivíduos e no grupo de PBA e terapia concomitante em 29,63% da amostra.

A terceira foi ICC apresentou-se no grupo PBA em 18,87% dos indivíduos, no grupo Terapia (17,95% dos pacientes) e no grupo PBA e terapia associado (22,22% dos pacientes).

Por último, a DPOC, na qual se apresentou no grupo PBA (16,98%), no grupo Terapia 15,38% dos indivíduos e no grupo PBA e terapia associado 14,81% dos pacientes (TABELA 3).

Tabela 3 – Distribuição, segundo frequência, das comorbidades apresentadas pelos dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio no HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.

Co-morbidades associadas	PBA	TERAPIA	PBA E TERAPIA
	%	%	%
Broncopneumonia	1,89	2,56	3,7
Obesidade	1,89	2,56	3,7
Etilismo	3,77	2,56	3,7
Infarto Agudo do Miocárdio	5,66	5,13	3,7
Tabagismo	13,21	12,82	14,81
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	16,98	15,38	14,81
Insuficiência Cardíaca Congestiva	18,87	17,95	22,22
Diabetes Mellitus	24,53	28,21	29,63
Hipertensão Arterial Sistêmica	50,94	38,46	48,15

Em um estudo realizado por Bassi (2014) as comorbidades mais associadas aos indivíduos com sintomas e sinais de disfagia orofaríngea foram DPOC, HAS, ICC, DM e infarto agudo do miocárdio.

A HAS é o primeiro distúrbio mais verificado na população estudada. Vale ressaltar, que as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, e a hipertensão arterial sistêmica participa de quase metade delas. A HAS está associada a condições bastante frequentes em adultos e idosos, como doença arterial coronária, doença cerebrovasculares, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, doença renal terminal, doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda e disfunção diastólica (MIRANDA et al., 2002).

Esta comorbidade apresenta importantes riscos para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares como o acidente vascular encefálico (AVE)(SILVA; MOURA; GODOY 2008).O AVE pode ocasionar déficits neurológicos, sendo um importante fator de risco para disfagia orofaríngea (ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000).

Estima-se que 17,5 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares em 2012, o que representa 46% de todas as mortes globais. Dessas mortes, estima-se que 7,4

milhões foram devido à doença cardíaca coronária e 6,7 milhões foram devido a acidente vascular encefálico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), as doenças cerebrovasculares estão no segundo lugar no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, perdendo a posição apenas para as doenças cardiovasculares. As pesquisas indicam que esta posição tende a se manter até o ano de 2030.

A DM, segundo distúrbio mais encontrado nesta população. Ela é considerada um problema de saúde pública por seu caráter crônico e por ser uma doença que afeta grandes proporções da população. E representa, na atualidade, um dos principais problemas de saúde pública, principalmente pelo aumento de sua incidência e prevalência mundialmente. Por se tratar de uma doença progressiva e de difícil controle, os indivíduos acometidos tendem a agravar seu estado de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002).

A DPOC foi o quarto distúrbio mais encontrado nos indivíduos estudados nesta pesquisa. Os indivíduos com DPOC apresentam incoordenação entre a deglutição e a respiração, e isso pode responder pelos achados em disfagia (GROSS et al.,2009). Há indicativos que em 2020 esta doença ocupe o quinto lugar na posição mundial entre as doenças mais prevalente na população (GOLD, 2013).

Chaves (2011) também encontrou resultados que mostraram a relação entre indivíduos com DPOC e sintomas de disfagia. Seus dados estão relacionados à fase faríngea e esofágica da deglutição, ao mecanismo de proteção das vias aéreas, ao histórico de pneumonia e aos sintomas alimentares.

Cabré, et al.(2010) encontraram uma incidência de 55% de disfagia em indivíduos idosos com infecções respiratórias e, relacionaram a disfagia e broncoaspiração como uma das principais causas das doenças respiratórias nesta população.

Sobre os sinais clínicos de aspiração mais prevalentes nesta amostra, podemos elencar a tosse, a ausculta cervical positiva e a voz molhada. A tosse foi o sinal clínico mais verificado, apresentou-se no grupo PBA em 61,54% dos indivíduos, no grupo terapia em 61,54% e no grupo PBA associado à terapia em 74,07% da amostra.

O segundo sinal clínico mais observado foi ausculta cervical positiva, apresentou-se no grupo PBA em 60,38% dos indivíduos, no grupo terapia em 48,72% dos indivíduos e no grupo PBA associado à terapia em 59,23% da amostra.

O terceiro sinal clínico foi voz molhada que, apresentou-se no grupo PBA em 24,53% dos indivíduos, no grupo terapia em 20,51% dos indivíduos e no grupo PBA e terapia associado em 22,22% da amostra (TABELA 4).

Tabela 4 – Distribuição, segundo frequência, dos sinais clínicos de aspiração apresentados pelos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngeos atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio no HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.

Sinais Clínicos de Aspiração	PBA (%)	TERAPIA (%)	PBA E TERAPIA (%)
Engasgo	5,66	2,56	3,7
Queda da Saturação	9,43	7,69	11,11
Dispneia	16,98	7,69	11,11
Voz Molhada	24,53	20,51	22,22
Ausculta Cervical	60,38	48,72	59,26
positiva			
Tosse	67,92	61,54	74,07

Averiguou-se que os indivíduos que estavam apenas em PBA apresentou as maiores porcentagens nas comorbidades associadas em relação ao grupo que realizou apenas terapia ou PBA e terapia concomitante.

Quanto aos indivíduos que fizeram uso de algum suporte ventilatório, intubação orotraqueal (IOT) e traqueostomia (TQT), esta análise foi realizada através do teste Qui-quadrado, observou-se que a IOT foi realizada nos três grupos estudados. O grupo PBA em 21,50% dos indivíduos, o grupo terapia em 12,30% e o grupo que realizou PBA e terapia em 9,20% da amostra.

Entretanto, a TQT foi observada apenas no grupo que realizou PBA em 1,50% dos indivíduos no grupo que realizou apenas terapia em 3,10% dos indivíduos.

Considera-se que uso de suporte ventilatório invasivo pode ocasionar a disfagia orofaríngea. Em um estudo realizado em pacientes pós intubadospor mais de 48 horas, verificou-se a incidência de 56% de aspiração, um fator contribuinte de pneumonia, morbidade, mortalidade e custo em indivíduos na unidade de terapia intensiva (AJEMIAN et al., 2001).

Entre os sujeitos submetidos previamente a IOT, observou-se prevalência de disfagia orofaríngea em 64% das avaliações, sendo constatada redução da gravidade da disfagia orofaríngea após intervenção fonoaudiológica, com necessidade de prosseguir com a intervenção fonoaudiológica na enfermaria em 39% dos casos (PADOVANI; FURKIM, 2007).

A dependência destes suportes para respiração diminui a capacidade de proteção de vias aéreas, o que pode acarretar no aumento do risco do quadro clínico do paciente e das intervenções fototerápicas utilizando alimento (FURKIM; SACCO, 2008)

Observou-se nesta pesquisa que os indivíduos que estavam em PBA apresentaram maior prevalência de uso de IOT e TQT em relação aos demais grupos.

Pode-se levar em consideração o fato de que, o PBA é indicado a pacientes que apresentam deglutição normal ou funcional, sem sinais clínicos aparentes. Mas que permanecem internados com possíveis alterações no quadro clínico geral que possam acarretar risco para disfagia orofaríngea. Neste caso, ele é mantido em acompanhamento para a identificação destas possíveis mudanças. O uso de IOT ou TQT pode necessitar de um acompanhamento fonoaudiológico, pois são reconhecidos como grupos de risco para disfagia orofaríngea.

Inclusive, a IOT foi incluída nas Diretrizes da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2014) como protocolo de intervenção fonoaudiológica, quando presente por mais de 24 horas.

Nos achados referentes a via da alimentação, constatou-se que a via oral foi a mais prevalente nos três grupos no dia de internação, representada no grupo PBA em 78,50% dos indivíduos, no grupo terapia em 53,80% e no grupo PBA associado à terapia em 38,50% da amostra.

Durante o período de internação os três grupos contemplaram indícios que fizeram uso de via de alimentação alternativa (VAA). A mais prevalente foi a sonda nasoenteral (SNE), representando-se no grupo PBA em 32,30% dos indivíduos, no grupo terapia em 27,70% e no grupo PBA e terapia associado em 24,60% da amostra.

No momento da alta hospitalar verificou-se prevalência da ingestão por via oral. associado de 31,0% da amostra. Porém, também observou-se uso de VAA na alta hospitalar, correspondendo a SNE no grupo PBA em 10,30% dos indivíduos, no grupo terapia em 8,60% e no grupo PBA associado à terapia em 8,60% da amostra.

Além disso, verificou-se uso da gastrostomia no grupo PBA em 1,50% dos indivíduos, no grupo terapia em 3,40% e no grupo PBA e terapia concomitante em 1,70% da amostra. Para analisar a via de alimentação no momento da alta hospitalar, foi desconsiderado os indivíduos que foram aóbito (TABELA 5).

Tabela 5 – Distribuição com relação à via de alimentação, segundo tipo de tratamento dos indivíduos com Disfagia atendidos pelo setor de Fonoaudiologia/Estágio no HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014 que fizeram uso da via de alimentação. Florianópolis – SC, 2015.

Via de alimentação	PBA		
	Entrada(%)	Durante (%)	Saída*(%)
Via Oral	78,50	47,70	70,70
Nasoenteral	3,10	32,30	10,30
Jejunostomia	-	-	-
Gastrostomia	-	1,50	1,50
	TERAPIA		
	Entrada (%)	Durante (%)	Saída* (%)
Via Oral	53,80	27,70	44,80
Nasoenteral	3,10	27,70	8,60
Jejunostomia	1,50	1,50	1,70
Gastrostomia	1,50	3,10	3,40
	PBA E TERAPIA		
	Entrada (%)	Durante (%)	Saída* (%)
Via Oral	38,50	15,40	31,00
Nasoenteral	3,10	24,60	8,60
Jejunostomia	--	--	-
Gastrostomia	--	1,50%	1,70

O estudo realizado por Nogueira et al. (2012) corrobora com os achados desse estudo, a via de alimentação mais utilizada foi a sonda nasoenteral durante o período de internação dos indivíduos com disfagia, representando 82,53% dos indivíduos.

Verificou-se, na presente pesquisa, que os indivíduos que estão em terapia fonoaudiológica apresentaram percentuais mais favoráveis que os outros grupos, visto que a

terapia fonoaudiológica tem como objetivo a reintrodução da alimentação por via oral de forma segura.

De forma geral, observou semelhança entre o processo de evolução encontrado nestes grupos, na qual se verificou prevalência da ingestão por via oral na entrada hospitalar, o uso de sonda SNE no período de internação e o restabelecimento da ingestão por via oral no momento da alta hospitalar o que pode estar relacionados com o aspecto clínico geral dos indivíduos durante o período de internação.

Sobre a influência de outros fatores, como: idade, rebaixamento do nível cognitivo, do nível de alerta ou do nível de consciência, uso suportes para respiração, comprometimento funcional ou de hidratação, os indivíduos não apresentaram critério de alimentação por via oral, deste modo, necessitando de algum suporte para mantê-los nutridos e hidratados.

Vale destacar que, não há precedentes na literatura sobre indicação de alguma via de alimentação alternativa para indivíduos em protocolo de broncoaspiração.

Sobre a mensuração da escala de ingestão por via oral, a *FOIS*® forneceu o resultado objetivo da evolução dos três grupos estudados. No momento da internação, apresentou-se prevalência da *FOIS*® 1 (nenhuma dieta por via oral) nos três grupos analisados, o grupo PBA representando 35,80% dos indivíduos, grupo terapia em 48,70% e o grupo PBA e terapia concomitantes em 51,90% da amostra.

Durante o momento da alta hospitalar, verificou-se evolução da ingestão por via oral no grupo PBA em 31,20% dos indivíduos para a *FOIS*® 6, ou seja, oferta da dieta total por via oral com múltiplas consistências, sem adaptação de consistência, mas com restrição de alguns alimentos.

No grupo terapia em 32,40% e no grupo PBA e terapia concomitante em 33,30% dos indivíduos evoluíram para a *FOIS*® 5, caracterizada como oferta da dieta total por via oral com múltiplas consistências, mas com adaptação da consistência e ou compensações.

Para realizar a porcentagem da classificação da Escala *FOIS*® no momento da alta hospitalar foi desconsiderado o número de indivíduos que foram a óbito (TABELA 6).

Tabela 6 – Distribuição, segundo frequência, da *Functional Oral Intake Scale* – *FOIS*® no momento da internação e da alta hospitalar dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio em um HU/UFSC entre fevereiro e dezembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.

<i>FOIS</i> ®	PBA		TERAPIA		PBA e terapia	
	Entrada	Saída*	Entrada	Saída*	Entrada	Saída*
	%	%	%	%	%	%
1	35,80%	8,30%	48,70%	14,70%	51,90%	12,50%
2	1,90%	2,10%	--	2,90%	--	4,20%
3	15,10%	6,20%	12,80%	--	11,10%	--
4	7,50%	6,20%	--	2,90%	--	4,20%
5	20,80%	29,20%	23,10%	32,40%	22,20%	33,30%
6	13,20%	31,20%	12,80%	29,40%	14,80%	29,20%
7	5,70%	16,70%	2,60%	17,60%	--	16,70%

O estudo realizado por Silvério, Hernandez e Gonçalves (2010) corrobora com os achados desta pesquisa, na qual os pacientes que estavam internados evoluíram a quantidade e consistência de alimentos por via oral.

Outro estudo realizado por Furkim & Sacco (2008) mostra que 36 (73,5%) pacientes evoluíram o nível da *FOIS* pós-terapia, 11 indivíduos (22,4%) mantiveram o mesmo nível na escala *FOIS*® pré e pós fonoterapia, enquanto que dois indivíduos (4,1%) apresentaram piora na *FOIS* durante o processo terapêutico. A piora desses dois pacientes foi associada à piora clínica da doença de base.

No presente estudo permitiu verificar que a maioria dos indivíduos que realizaram terapia fonoaudiológica durante o período de internação, evoluiu o nível de ingestão de alimento por via oral, mensurado pela escala *FOIS*®.

Sobre os indivíduos que estavam apenas em acompanhamento com PBA também foi perceptível a evolução no caso. Deve-se levar em consideração que apesar de não ter realizado terapia fonoaudiológica, os pacientes em PBA estavam em acompanhamento por apresentarem risco para disfagia orofaríngea. Durante o período de internação a alimentação por via oral pode ser restrita devido ao estado clínico geral do paciente, conforme a evolução do caso pode ocorrer o restabelecimento do processo de deglutição, pode ser contemplada através de orientações e manobras facilitadora.

5.3 PROCESSO DE ATENDIMENTO EM DISFAGIA OROFARÍNGEA

Dos 65 indivíduos da amostra, somente quatro indivíduos (6,15%) realizaram avaliação instrumental da deglutição, utilizando a videofluoroscopia da deglutição (VFD). Destes quatro, apenas um foi encaminhado durante o período de terapia fonoaudiológica e três estavam realizando terapia e acompanhamento com o PBA associado.

Em outros países a realização da avaliação instrumental da deglutição está inserida na rotina de atendimentos da fonoaudiologia. Após a avaliação clínica da deglutição, o paciente é encaminhado no leito para realização do exame instrumental, a fim de complementar o diagnóstico e estabelecer as intervenções fonoaudiológicas necessárias (ICKENSTEIN, 2011).

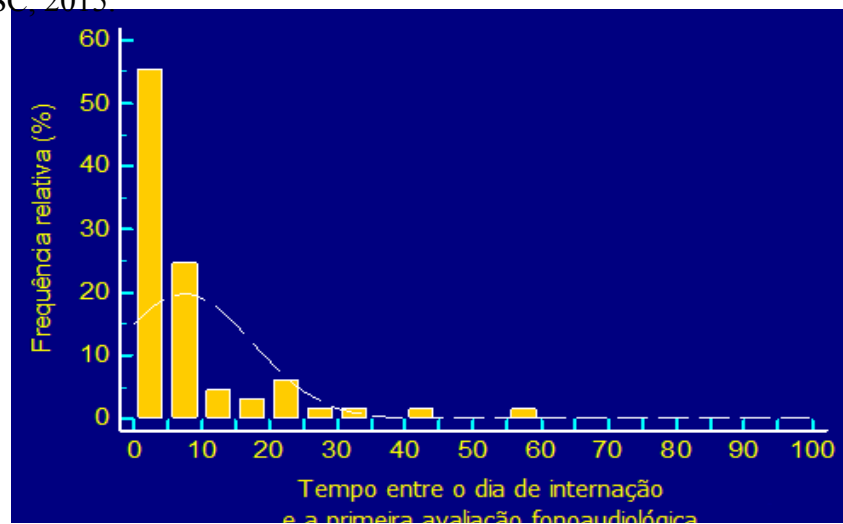
Levando em consideração os achados, na qual os indivíduos foram encaminhados para a realização da VFD durante o período de terapia e/ou PBA e terapia concomitantes, verifica-se que o setor de fonoaudiologia/estágio do HU/UFSC não utiliza em sua prática clínica a avaliação instrumental para complementar a avaliação clínica da deglutição, ou seja, não faz uso de exame complementar para estabelecer o diagnóstico do paciente e nortear a conduta terapêutica mais eficaz para o caso.

Porém, devem-se levar em consideração outros fatores para este número reduzido de avaliação, tais como, o difícil acesso entre o leito e a sala de avaliação no Setor de Radiologia do hospital.

Sobre a triagem fonoaudiológica, constatou-se que dos 65 indivíduos do estudo, apenas 31 (47,69%) foram triados pela fonoaudiologia no momento da entrada hospitalar.

Em relação ao tempo entre o dia de internação e a primeira avaliação fonoaudiológica observou-se que 55% da população deste estudo foram atendidas nos primeiros cinco dias de internação (FIGURA 5).

Figura 5 – Distribuição, segundo, frequência relativa do tempo entre o dia de internação e a primeira avaliação fonoaudiológica dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio no HU/UFSC entre fevereiro e setembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.



Na rotina clínica, ainda observa-se atraso entre a admissão no hospital e o diagnóstico de disfagia orofaríngea. Neste intervalo o indivíduo pode realizar a aspiração tanto pelo consumo do próprio alimento, quanto pela oferta realizada pelos familiares, principalmente à noite e no fim de semana, que são os momentos em que o diagnóstico e terapia são menos frequentes (ICKENSTEIN et al., 2011).

Alguns autores afirmam que é necessário estabelecer um indicador de tempo para iniciar a intervenção fonoaudiológica, pois se acredita que no intervalo de tempo de admissão entre a avaliação fonoaudiológica pode ocorrer intercorrências no processo de deglutição (PADOVANI et al., 2007).

Segundo estudo realizado por Etges e outros pesquisadores (2014), os instrumentos de rastreio em disfagia orofaríngea são heterogêneos e foram desenvolvidos para diferentes grupos de pessoas, sendo eles: crianças, adultos e idosos saudáveis ou com alguma doença de base. Na literatura pesquisada, não há um consenso sobre o melhor ou mais correto método a ser aplicado. A escolha será realizada pelo profissional, de acordo com a sua realidade de atuação, do funcionamento do serviço e do perfil dos indivíduos que serão rastreados.

É fundamental estabelecer um programa de disfagia orofaríngea, composto inicialmente por uma triagem e exame clínico da deglutição por um especialista. A triagem pode representar um indicador de risco para a disfagia orofaríngea (ICKENSTEIN et al., 2011).

Inckenstein et al. (2010) afirmam ser fundamental a prática de triagem realizada por enfermeiros, na qual deve ser a primeira consideração na rotina de um programa de disfagia em seu país.

Para Clavé et al. (2004) são necessárias estratégias de diagnóstico para indivíduos com disfagia orofaríngea, estabelecendo um programa eficaz para a sua detecção. O objetivo do programa de diagnóstico é avaliar a capacidade do paciente para ingerir as calorias e água necessárias para manter-se nutrido e hidratado, sem causar complicações respiratórias.

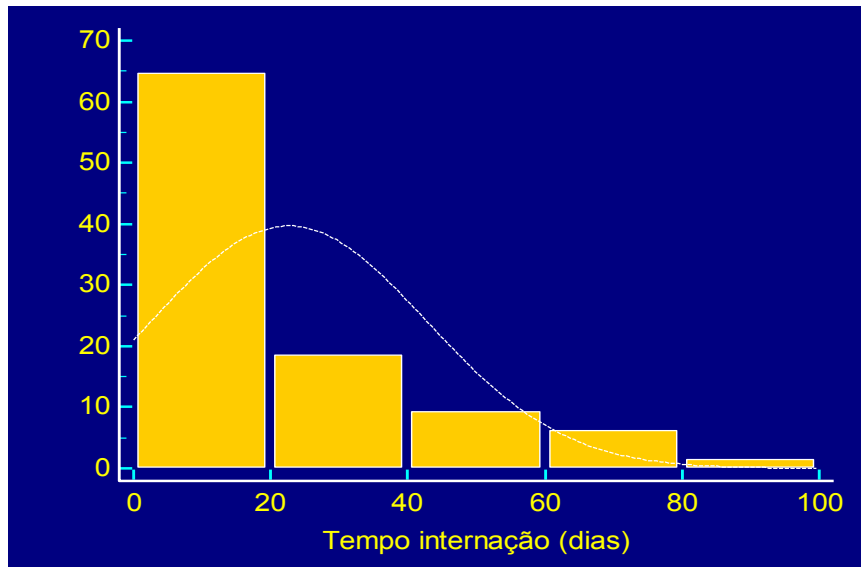
O Ministério de saúde (2010) destaca que a triagem é um direito assegurado do cidadão a uma atenção à saúde de qualidade. Não sendo necessário solicitar uma requisição de um profissional médico ou técnico/ terapeuta especialista para realizá-lo, pois não se trata de diagnóstico de um quadro clínico.

Desse modo, os hospitais universitários ligados a Instituições de Ensino Superior do governo federal devem estar conectados a esses programas de atenção e políticas de

antecipação e prevenção evitando qualquer tipo de complicações não apenas de broncoaspiração para protocolos de risco de quedas, úlceras entre outros.

Em relação ao tempo de internação destes indivíduos, o menor tempo foi três dias e o maior tempo caracteriza-se 92 dias. A média da amostra foi 22,64 dias (FIGURA 6).

Figura 6 – Distribuição, segundo, frequência relativa do tempo de internação dos indivíduos (n=65) com disfagia orofaríngea atendidos pelo setor de fonoaudiologia/estágio no HU/UFSC entre fevereiro e setembro de 2014. Florianópolis – SC, 2015.



Diante dos achados desta pesquisa e do grande impacto da disfagia orofaríngea observa-se a importância de um programa fonoaudiológico estabelecido na rotina hospitalar, sendo fundamental que o profissional da saúde esteja apto para identificar precocemente os sinais, sintomas e complicações decorrentes do processo de deglutição, para que ocorra a intervenção precoce nas primeiras 24 horas de atendimento.

A partir da triagem é possível realizar a detecção precoce dos grupos de risco para disfagia orofaríngea indicando, se houver necessidade, o paciente para a avaliação clínica e instrumental da deglutição, a fim de realizar o diagnóstico para dar continuidade ao acompanhamento fonoaudiológico durante o período de internação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerou importante o estudo neste local por ser um centro de formação de profissional na área de saúde que busca modelo para os futuros profissionais que serão inseridos no sistema.

Visto que, com a detecção precoce de uma população assintomática em geral, pode-se realizar avaliação e intervenção necessária, mas é fundamental que a instituição ofereça condições adequadas para cada caso.

Sendo assim, com o estabelecimento de gerenciamento em disfagia orofaríngea, torna-se possível avaliar o impacto deste distúrbio na população em geral, realizar ajustes de dados reais e aprimorar a sua execução. Considerando-o de extrema importância quando se refere à qualidade de vida dos indivíduos internados e a dos seus familiares.

Destaca-se que o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) está no rumo dos processos, pois está estabelecendo os Procedimentos de Operação Padrão de cada setor, o que pode trazer melhorias nos processos de atendimento do setor de fonoaudiologia.

Nesse HU/UFSC o atendimento aos indivíduos disfágicos realizado pela fonoaudiologia é através de solicitação via parecer médico, pois não há processo estabelecido. Os indivíduos que são atendidos e recebem intervenção fonoterápica parecem apresentar benefícios, porém, não é possível confirmar, pois esse estudo não tem grupo controle sem terapia. Contudo, comparando os grupos de PBA, terapia e PBA e terapia concomitante, constatou-se homogeneidade. Considerando o ponto fraco deste trabalho.

As dificuldades para realizar esta pesquisa estão relacionadas com a ausência de informações muito específicas para complementar a pesquisa, que não eram contemplados nos prontuários.

E também, encontrou-se dificuldade em encontrar literatura sobre os processos institucionais de disfagia orofaríngea. Pois, os processos institucionais são recentes, principalmente nos aspectos relacionados à sua implantação.

7CONCLUSÃO

A partir dos dados encontrados na presente pesquisa, podemos considerar que os pacientes atendidos pelo serviço de fonoaudiologia/estágio do HU/UFSC com disfagia são caracteristicamente idosos, do sexo feminino, ativos, residentes do próprio município e ficam internados em média de 22,64 dias

Os pacientes são atendidos em quatro modalidades: por parecer médico com avaliação clínica, triagem fonoaudiológica assistemática, protocolo de broncoaspiração e terapia.

A maioria dos pacientes que evoluíram com disfagia tinham história de doença de base de risco como doenças neurológicas, cardiovasculares ou respiratórias. A comorbidade associada mais verificada foi hipertensão arterial sistêmica.

Em relação a análise do procedimento de atendimento do hospital no que concerne ao atendimento dos pacientes com disfagia orofaríngea o serviço de fonoaudiologia/estágio, no período levantado, realiza triagens a depender do movimento hospitalar e rotina do serviço, avaliações clínicas sob parecer médico, terapia fonoaudiológica a beira do leito, protocolos preventivos de broncoaspiração e videofluoroscopia da deglutição sob pedido de especialista.

Não há Protocolo Institucionalizado Multiprofissional em todas as clínicas e setores do hospital para detecção precoce da disfagia orofaríngea.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDULMASSIH, E. M. S. et al. Evolution of Patients with Oropharyngeal Dysphasia in Hospital Environment. **Arq. Int. Otorrinolaringol**, São Paulo, , vol. 13, n.1, p.55-62,2009.
- ACOSTA, N. B.; CARDOSO, M. C. A. F. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 143-154, 2012.
- ALMEIDA, E. **Frequência e fatores relacionados à disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico** [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2009.
- ALVARENGA, K. F. et al. Potencial cognitivo P300 em indivíduos com diabetes mellitus. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v.71, n.2, p.202-207, 2005.
- ALVES, J. C. D.; SOUZA, J. L. A. Enfermagem no cenário da Unidade de Terapia Intensiva. In: FURKIM, A. M.; RODRIGUES, K. A. **Disfagias nas unidades de terapia intensiva**. Roca. ed.1, v.1, p.9-39, 2014.
- ALVES, L. C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev SaúdePública**, v.44, n.3, 2010.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. **Academy of nutrition and dietetics**. [Internet]. 2002. [cited 2012 Sep. 10]. Disponível em: < <https://nutritioncaremanual.org/index.cfm> > Acesso em: 05 de março de 2015.
- ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos Fatores de Risco Tradicionais. **Rev. Soc. Cardiol. Est. S. Paulo**, São Paulo, v.10, n.6, p.686-693, 2000.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. **Fonoaudiologia na UTI é fundamental no processo de recuperação do paciente crítico**. 2014. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/fonoaudiologia-na-uti-e-fundamental-no-processo-de-recuperacao-do-paciente-critico/>> Acesso em: 04/06/2015.
- AURÉLIO, SR; GENARO KF; MACEDO-FILHO, E. D. Análise comparativa dos padrões de deglutição de crianças com paralisia cerebral e crianças normais. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. Sao Paulo, v.68, n.2, p.167-173, 2002.
- AVIV, J. E et al. Flexible endoscopic evaluation of swallowing with sensory testing: patient characteristics and analysis of safety in 1,340 consecutive examinations. **Journal Ann OtolRhinolLaryngol**, v. 114, n.3, p.173-176, 2005.
- AVIV, J. E. et al. Silent laryngopharyngeal sensory deficits after stroke. **Journal Ann Otolrhinollaryngol**. v. 106, p. 87-93, 1997.

BARROCAS, A. Rastreamento nutricional. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

BARROS, A. P. B.; PORTAS, J. G.; QUEIJA, D. S. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição. **Rev. Bras. Cirur. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 202 – 207, 2009.

BASSI, D. et al. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. CoDAS**, São Paulo, v.26 no.1, p.17-27, 2014.

BILTON, T. L. **Estudo da dinâmica da deglutição e das suas variações associadas ao envelhecim- Efeitos do envelhecimento na deglutição, avaliadas por videodeglutoesofagograma, em adultos assintomáticos de 20 a 86 anos** [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2000.

BILTON, T. L.; COUTO, E. A. B. **Fonoaudiologia em gerontologia**.In: GORZONI, M. L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2006, p.1174-1176.

CABRÉ, M.; et al. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia.**Age Ageing**, v. 39. p.: 39–45. 2010.

CAMPOS, A. C. L. et al. Nutrição: Aspecto gerais e terapia nutricional. IN: COELHO, J. **Aparelho digestivo – Clínica e cirurgia**. São Paulo, ed.4, Atheneu, 4ª ed., v.1. p.78-81, 2005.

CARNABY, G.; HANKEY, G. J.; PIZZI, J. Behavioural intervention for dysphagia in acute stroke: a randomised controlled trial. **Lancet Neurol.**, vol.5, n.1, p. 31-37, 2006.

CHAVES, R. D. et al. Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC* Symptomsofdysphagia in patientswith COPD.**J Bras Pneumol**, São Paulo, v.37, n.2, p.173-183, 2011. 2011.

CLAVÉ, P. et al. Approaching oropharyngeal dysphagia.**Rev Esp. Enferm. Dig.**, Madrid, v.93, p.119-131, 2004.

CLAVÉ, P. et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia.**Journalcompilation**, Barcelona, v.24, n.9, p.1385-1394,2006.

CORDEIRO, R. C. et al. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. **Rev. Fisioter.**,São Paulo, v. 9, n.2, p. 69-77, 2002.

COSTA, M. M. B. Dinâmica da deglutição : fases oral e faríngea. In: COSTA, M.M.B.; LEMME, E.M.O; KOCH, H.A. **Deglutição e disfagia abordagem multidisciplinar**. SUPRASET, Rio de Janeiro - RJ, p 01- 11. 1998.

COSTA, M.M. B. Videofluoroscopy: the gold standard exam for studying swallowing and its dysfunction. **Arq. Gastroenterol**, São Paulo, v.47, n.4, p.327-328, 2010.

CRARY, M. A. A direct intervention program for chronic neurogenic dysphagia secondary to brainstem stroke.**Dysphagia**. v.10, n.1, p. 6-18.1995.

CRARY, M. A. et al. Functional benefits of dysphagia therapy using adjunctive sEMG biofeedback. **Dysphagia**.v.19, cap.3, p.160-164, 2004.

CRARY, M. A.; CAMABY, M. G. D.; GROHER, M. E. Initial psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients. **Arch. Phys. Med. Rehabil.** v. 86, n.8, p.1516-1520, 2005.

DANTAS, R. O.; SANTOS, C. M.; CASSIANI, R. A. **Deglutição**.In: ZARTEKA, S.; EISIG, J. N. Tratado de Gastroenterologia da graduação á pos graduação. Ed Atheneu. Sao Paulo, pag 177-180., cap.18, 2011.

DE PIPPO, K. L. et al. Dysphagia therapy following stroke: a controlled trial. **Rev. Neurol.**, Minneapolis, v. 44, n. 9, p. 1655-1660, 1994.

DONNER, M. W. Dysphagia [Editorial].**Dysphagia**.1986.

ELDMAN, D. A.; SHEEHY-DEARDORFF, D. A.; WHITE, M. T. Bedside assestement of swallowing is predictive of abnormal barium swallow examinatin. **J BurnCare Res**, v. 29, n.1, p.89-96,2008.

ELPERN, E. H et al. Pulmonary aspiration in mechanically ventilated patients with tracheostomies.**JournalChest**, Washington, v.105, n.5, p.563-566, 1994.

ETGES, C. A. Instrumentos de rastreio em disfagia: uma revisão sistemática. **JournalCoDAS**, São Paulo, v.26, n.5, p.343-349, 2014.

FABRÍCIO- WEHBE, S. C. C. et al..Cross-cultural adaptation and validity of the “Edmonton Frail Scale - EFS” in a Brazilian elderly sample.**Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.17, n.6, p.1046-1049, 2009.

FARIA, K. C. F. et al. Perfil do paciente atendido pela fonoaudiologia na unidade de urgência. **Rev. Audiol. Commun. Res.** São Paulo, v.18, n.4, p.308-313,2013.

FELDMAN, M.; SCHILLER, L.R. Disorders of gastrointestinal motility associated with diabetes mellitus. **Ann Intern Med**,v. 98, p.378-384, 1983.

FILHO, J. L et al. Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. In: **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. vol. 30, ed.2, 2004.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol Series A – Biolog Sciences and Medic. Sciences**, United States, v.56, n.3, p.146-156, 2001.

FURKIM, A. M. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-fono, p. 229-258,1999.

FURKIM, A. M.; MATTANA, A. V. Disfagia orofaríngea neurogênica. **Revista de Fonoaudiologia do Conselho Regional de Fonoaudiologia**. 2ª região, São Paulo, v. 56, p.21 – 21, 2004.

FURKIM, A. M.; SACCO, A. B. F. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.10, n.4, p. 503-512, 2008.

FURKIM, A.M. et al. Evaluación clínica de las disfagias orofaríngeas. In: SUSANIBAR, F. et al. (Org.). **Tratado de evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines**. Madrid: EOS, 2014

GATTO, A. R.; REHDER, M. I. B. C. Comparação entre queixas de deglutição e achados videofluoroscópicos no paciente pós-acidente vascular encefálico. **Ver CEFAC**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 320-327, 2006.

GOLD. **Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD** [updated 2015] Disponível em: <http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket_2015_Feb18.pdf> Acesso em: 10 de abril de 2015.

GOLD. **Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of** [updated 2013] Disponível em: <http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf. Acesso em: 10 de abril de 2015.

GONÇALVES, M. I. R.; VIDIGIAL, M. L. N. Avaliação Videofluoroscópica das disfagias. In: **Disfagias Orofaríngeas**. Pró-fono, 2004.

GROHER, M. E. **Distúrbios de deglutição em idosos**. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. (Org.). **Disfagias orofaríngeas**. Carapicuíba: Pró-Fono, p. 97-107., 1999.

GROSS, RD.; et al. The coordination of breathing and swallowing in chronic obstructive pulmonary disease. **AmJ Respir. Crit. Care. Med.** v. 179, n.7. p.559-565, 2009.

HAGG, M.; LARSSON, B. Effects of motor and sensory stimulation in stroke patients with long-lasting dysphagia. **Dysphagia**. v.19, cap. 4, p. 219-230, 2004.

HAMDY, S. et al. The cortical topography of human swallowing musculature in the health and disease. **Journal Nature Medicine**, New York, v. 2, n. 11, p. 1217–1224, 1996.

HINCAPIE-HENAO, L. et al. Prevalência de disfagia em unidade de cuidados especiais. **Rev CES Med**, Medellín, v. 24, n.2, p.21-30, 2010.

ICKENSTEIN, G. W. et al. **Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia**: Bremen: uni-MED, ed.1, p.94, 2011.

ICKENSTEIN, G. W. et al. Pneumonia and in-hospital mortality in the context of neurogenic oropharyngeal dysphagia (NOD) in stroke and a new NOD step-wise concept. **J Neurol**. vol.257, n.9, p.1492-1499, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799**. Disponível em:<

<http://censo2010.ibge.gov.br/pt/noticias-censo?busca=1&idnoticia=1866&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-pessoas&view=noticia>. Acesso em: 07 de março de 2015.

JOHNSTON,CP; CARVALHO, WB. Pressão positiva contínua em vias aéreas para o tratamento de hipoxemia no pós-operatória. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v.52, n.2, p.63,2006.

KARKOS, P. D. et al. Current evaluation of the dysphagic patient. **Hippokratia**, v.13, n.3, p. 141-149, 2009.

KIJIMA, J.; ISONO, S.; NISHINO, T. Coordination of swallowing and phases of respiration during added respiratory loads in awake subjects. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v.159, n.6, p.1898-1902, 1999.

KUNIGK, M. R. G.; CHETHER, E. Disfagia Orofárea em pacientes submetidos à entubação orotraqueal. **Ver. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 12, n.4, p.287-291, 2007.

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

LIN L. et al. Efficacy of swallowing training for residents following stroke. **Journal Adv. Nurs.**, v.44, n.5, p.469-478, 2003.

LOGEMANN, J. A. **Evaluation and treatment of swallowing disorders**. 2. ed. Austin: ProEd, p.71-133, 1998.

LOGEMANN, J.A. Evaluation and treatment of swallowing disorders. **Texas: Pro-ed**; ed.1, 1984.

MACCARINI, A. et al. Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. **Ata Otorhinolaryngologica**, Itália. v.27, n. 6, p.299-305, 2007.

MACEDO FILHO, E. D.; GOMES; G. F.; FURKIM, A. M. **Manual de cuidados do paciente com disfagia**. Sao Paulo: Louise; 2000.

MACEDO, C.; GAZZOLA, J. M.; NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, São Paulo, v.33, n. 3, p. 177-184, 2008.

MALAGELADA, J. R. et al. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: **Disfagia**. 2004.

MARIK, P.; KANPLAN, D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. **Journal Chest**, Washington, vol.124, n.1, p.328-336, 2003.

MENDELL, D. A.; LOGEMANN, J. A. Temporal sequence of swallow events during the oropharyngeal swallow. **J. Speech Lang. Hear. Res.** vol.50, n.5, p.1256-1271, 2007.

- AJEMIAN, M. S. et al. Routine Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing Following Prolonged Intubation. **ArchSurg**, vol. 136, n.4, p.434-437, 2001.
- MINICUCCI, M. F. et al. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. **Rev. Nutr.**, Campinas, vol.19, n.4, p.553-559, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária**, n. 29 Brasília – DF 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria no 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília (DF): MS; 2006.
- MIRANDA R. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v. 9, n.3, p.293-300, 2002.
- MORAES, A. M. S. et al. Incidence of dysphagia in Intensive Therapy Service of adults. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.8, n.2, 171-177, 2006.
- MOSIER, K. et al. Cortical representation of swallowing normal adults: functional implications. **Laryngoscope**, Rhode Island, vol.109, p.1417-1423, 1999.
- MUNIZ, C. D.; FERNANDES, M.; CIPORKIN, J. P. **Fragilidade**. In: JACOB FILHO, W. (org.) *Terapêutica do idoso: manual da liga do GAMA*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008, cap.13, p.189-201.
- NIENKOTTER, S. M. V. **Acolhimento aos acompanhantes de pessoas adultas em situação crítica de saúde em serviço de emergência**. [Dissertação mestrado]– Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- NOGUEIRA, S. C et al. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um Hospital Universitário. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.15, n.1, 2012.
- OLIVEIRA, L. P. B.; MENEZES, R. M. P. **Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, vol.20, cap.2, p. 301-309, 2011.
- PADOVANI, A. R. et al. **Avaliação Clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva**. *CoDAS* vol.25 no.1 São Paulo 2013.
- PADOVANI, A. R. et al. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.** São Paulo, vol.12, n.3, p.199-205, 2007.

PADOVANI, R. P.; FURKIM, C. R. Perfil funcional da deglutição em unidade de terapia intensiva clínica. **Einstein**. São Paulo, vol.5, n.4, p.358-362, 2007.

PERISSINOTO, E. et al. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. *British Journal Nutrition*. v. 87, n. 2, p.177-186, 2002.

PINTO, R. A. S. R. **Neurologia da deglutição**. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. R. Q. S. (org). *Disfagias Orofaríngeas*. São Paulo: Pró-Fono, 2008, v.2. p.1-14

QUEIROZ, M. A.; HAGUETTE, R. C. B.; HAGUETTE, E. F. Achados da videoendoscopia da deglutição em adultos com disfagia orofaríngea neurogênica. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, vol.14, cap.3, p.454-462, 2009.

RODRIGUES, K. A. et al. Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade. **Rev. Bras Ter Intensiva**. São Paulo, vol.27, n.1, p.64-71, 2015.

SANTINI C. S. **Disfagia neurogênica**. In: FURKIM, A. M., SANTINI, C.S. organizadores. *Disfagias orofaríngeas*. São Paulo: Pró-fono; 1999. p.19-34.

SANTORO, P. P. Disfagia Orofaríngea: Panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.10, n.2, p.1-5, 2008.

SANTORO, P. P. et al. Otolaryngology and Speech Therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. **Braz J Otorhinolaryngol**. São Paulo, v. 2, n. 77, p. 201-213, 2011.

SHAKER, R. M. D. et al. Management of Dysphagia in Stroke Patients. **Gastroenterology & Hepatology**, Nova York, v.7, n.5, p.308-332, 2011.

SILVA, L. L. M.; MOURA, C. E. M.; GODOY, J. R. Fatores de risco para o acidente vascular encefálico. **Universitas Ciências da Saúde**, v.13, n.1, p-145-160, 2008.

SILVA, R. G.; COLA, P. C.; GATTO, A. R. **Critérios de enquadramento para a terapia fonoaudiológica na unidade de terapia intensiva para indivíduos adultos com disfagia orofaríngea neurogênica**. In: FURKIM, A. M.; RODRIGUES, K. A. *Disfagias nas Unidades de Terapia Intensiva*. Editora Roca, São Paulo, ed.1, p.151- 172., 2014.

SILVA, R.G. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, vol.19, n.1, 2007.

SILVA, S. R. C.; VALSECKI, J. A. Avaliação das condições da saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Revista Panamericana. Salud Publica*. v. 8, n. 4, p. 268-339, 2000.

SILVÉRIO, C. C.; HERNANDEZ, A. M.; GONÇALVES, M. I. R. **Ingestão oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica**. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v.12, n.6, p. 964-970, 2010.

SIMOMURA, F. et al. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos hospitalizados**. Barueri, SP: Minha Editora. 2011.

SMITHARD, D.; O'NEILL, P. A.; MORRIS, J. Complications and outcome after acute stroke: does dysphagia matter?. **Stroke**, v.27,p.1200-1204, 1996.

SPADOTTO, A. A. et al. Swallowing quantitative analysis software. **RadiolBras**, Botucatu, vol.41, n.1, p.25-28, 2008.

STANICH, P. S.; MENEZES, P. S. Atuação nutricional e condutas fonoaudiológicas no paciente grave. In: FURKIM, A. M.; RODRIGUES, K. A. **Disfagias nas unidades de terapia intensiva**: Roca. Ed. 1. Pag. 252-267, 2014.

SUZUKI, H. S. et al. .Avaliação clínica e videofluoroscópica de pacientes com distúrbios da deglutição — estudo comparativo em dois grupos etários: adultos e idosos. **Arq. Gastroenterol**, Sao Paulo, vol.43 no.3, 2006.

SUZUKI, M. et al. Activation of Cerebellum and Basal Ganglia on Volitional Swallowing Detected by Functional Magnetic Resonance Imaging. **Dysphagia**. v.18, p.71–7, 2003.

SWIGERT, N.B. et al. Dysphagia Screening for patients with stroke: challenges in implementing a Joint Commission Guideline. **The Asha Leader**, v.3, n.12, p. 28 -29. 2007.

TANURE, C. M. C. et al. A deglutição no processo normal de envelhecimento. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 171-177, 2005.

TEIXEIRA, I. N. D. O. Revisão da literatura sobre conceitos e definições de fragilidade em idosos. **RBPS**, v. 21, n. 4, 297-305, 2008.

TRIBESS, S.; OLIVEIRA, R. J. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistematica. **Rev. salud pública**. vol.13, n.5, p.853-864, 2011.

WHITE, G. N. et al. Dysphagia: causes,assessment, treatment and mangmente. **Geriatrics**, v. 63, n. 5, p.15-20, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**.2014. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 Acesso: 08 de abril de 2015.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTACATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa FAPESC

Prezado Paciente e/ou Responsável Legal

Estamos desenvolvendo a pesquisa **“PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEIS PARA OS USUÁRIOS DO SUS DO ESTADO DE SANTA CATARINA”** com o objetivo principal de avaliar e realizar tratamento interdisciplinar relacionado à voz e deglutição nos pacientes dos ambulatórios de voz e disfagia. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça aos responsáveis pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

Você será avaliado por uma equipe multidisciplinar composta por Fonoaudiólogos e médico Otorrinolaringologista e Radiologista, quando necessário. Além disso, no decorrer das avaliações, poderá ser solicitado pelo médico que sejam realizados exames complementares para esclarecimento à cerca de possíveis alterações relacionadas à sua voz e/ou deglutição.

Essas avaliações compreendem uma anamnese inicial onde serão coletadas informações sobre sua queixa e histórico e, com base nesses, serão realizadas avaliações direcionadas como avaliação comportamental, avaliação perceptivo auditiva (protocolo CAPEV) e análise acústica pelo programa VOXmetria no que diz respeito à alterações de voz, além de Videolaringoscopia quando solicitado. E avaliações específicas para distúrbios de deglutição quando a queixa for relacionada à disfagia, como Videofluoroscopia da Deglutição, realizada em conjunto com o médico radiologista. Para realizar os procedimentos é necessário que o médico o encaminhe com um pedido dos respectivos procedimentos. Esses dados só serão utilizados para pesquisa se houver indicação da equipe de saúde da necessidade do senhor (a) realizar esses exames. Eles não serão realizadas com o único objetivo de servir a pesquisa.

A Videofluoroscopia pode trazer certo risco e desconforto à você como ser exposto a dose de radiação do aparelho que realiza o exame, porém só serão realizados procedimentos que realmente se fizerem necessários além de que você estará amparado por uma equipe profissional preparada para lidar com esses eventuais riscos e desconfortos. Ao término das avaliações e procedimentos, caso seja necessário, você será acompanhado pela equipe realizando a terapia adequada ao seu quadro.

A Videolaringoscopia pode trazer certo risco e incomodo à você como desconforto nasal, porém só serão realizados procedimentos que realmente se fizerem necessários além de que você estará amparado por uma equipe profissional preparada para lidar com esses eventuais riscos e desconfortos. Ao término das avaliações e procedimentos, caso seja necessário, você será acompanhado pela equipe realizando a terapia adequada ao seu quadro.

Você tem liberdade para concordar com as avaliações e procedimentos, participando do estudo, bem como realizar os exames necessários e não permitir seu uso para a pesquisa. Poderá cancelar a participação a qualquer momento durante a pesquisa, sem que haja qualquer prejuízo para você. Não haverá despesas, nem remuneração de nenhum tipo para sua participação na pesquisa. Para participar, é necessário que você aceite esse termo por livre e espontânea vontade. Caso aceite participar, garantimos que todas as informações pessoais recebidas serão mantidas em sigilo e só serão utilizadas neste estudo.

Essa pesquisa trará benefícios diretos para você e outros participantes, uma vez que ao realizar as avaliações e procedimentos, e seja necessária uma intervenção da equipe, você receberá todo o tratamento indicado, mesmo se não concordar em participar da pesquisa. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, observacional e longitudinal que contribuirá para o estabelecimento de normas e rotinas para o atendimento de pacientes com alterações vocais e/ ou disfagia, possibilitando o estabelecimento do Centro de Referência em Voz e Disfagia para o estado de Santa Catarina atendendo adequadamente os usuários do SUS, desenvolvendo políticas públicas de atuação na área de voz e disfagia, beneficiando a população usuária do Sistema Único de Saúde, melhorando a qualidade de ensino da graduação em Fonoaudiologia e Medicina, atuação dos residentes multiprofissionais do Hospital Universitário, promover o avanço tecnológico em diagnóstico de Voz e Disfagia no estado, além de estabelecer uma visão Inter profissional na atuação com os pacientes.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou desistir de fazer parte do mesmo, entre em contato com Maria Rita Pimenta Rolim, pelo telefone (48) 91017868.

Eu, _____,
responsável por _____ fui
esclarecido sobre a pesquisa **“PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E ALIMENTAÇÃO
SAUDÁVEIS PARA OS USUÁRIOS DO SUS DO ESTADO DE SANTA CATARINA”**
e concordo que sejam realizadas todas as avaliações e procedimentos, além de tratamento,
contempladas na mesma.
Florianópolis, ____ de _____ 20 ____.

Assinatura do Participante ou Responsável Legal

RG: _____

Assinatura da Pesquisadora Principal Responsável.

Assinatura da Pesquisadora Orientadora Responsável.


Assinatura da Pesquisadora Assistente Responsável.

Pesquisador principal: Maria Rita Pimenta Rolim (48-91017868)
Pesquisadora Orientadora: Ana Maria Furkim
Pesquisadores assistentes: Alunos Voluntários do Curso de Fonoaudiologia da UFSC
Contatos: rita.pimenta@ufsc.br

Elaborado com base na Resolução 196/96 do CNS

ANEXO B -Projeto vinculado: Processos de comunicação e alimentação saudáveis para os usuários do SUS do Estado de Santa Catarina.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEIS PARA OS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Pesquisador: MARIA RITA FEMENTA ROLIM

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03742512.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 313.933

Data da Relatoria: 24/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta à pendência de um Estudo exploratório, descritivo, observacional, longitudinal, com análise estatística, que concorre ao edital da FAFESC que pretende atender pessoas com queixa de cefaleia e disfunção do ponto de vista fonocardiológico e identificar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no Hospital Universitário/UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar avaliação e acompanhamento interdisciplinar na relação de voz e deglutição, aos usuários do SUS. **Objetivo Secundário:** Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com alteração vocal e/ou transtornos da deglutição do Estado de Santa Catarina. Estabelecer pontos de atendimento aos pacientes com queixas de alterações vocais e/ou deglutição nos três níveis de atenção à saúde. Promover interdisciplinaras em voz e deglutição no meio acadêmico e científico.

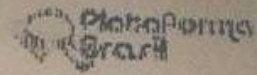
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora reviu a orientação do CEP quanto aos riscos e fez as devidas alterações necessárias relativas aos mesmos (descrição dos riscos e conduta dos pesquisadores). Os pacientes, além de atendidos do ponto de vista fonocardiológico, igualmente passarão pela avaliação da equipe de Fonoaudiólogos e médicos. Sendo esta avaliação dividida em etapas: primeiro avaliação Fonoaudiológica com dados de anamnese, avaliação comportamental, avaliação perceptiva auditiva.

Endereço: Campus Universitário Reitor João Dória - Itacorubi - Florianópolis - SC
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48) 212-3500 **Fax:** (48) 212-5898 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

PQ1 - 21/4/13

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Contribuição 11/2004-2005

pele protocolo CAPEV (ANSA 2004) e análise acústica pelo programa Voxmetria da CTS Informática. O paciente será, como consta no projeto, encaminhado para avaliação Otorrinolaringológica que realizará avaliação videolaringoscópica gravada, utilizando endoscópio rígido tipo Hopkins. Os pacientes serão encaminhados pelo médico que os atenderá, sendo acompanhados posteriormente pelo mesmo durante todo o atendimento fonaudiológico. Os benefícios apontados para pesquisadores vão de acordo com: Propor a melhoria

na conciliação inicial do paciente com alterações de voz e disfagia que não tem atendimento pelo SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Fornece a resposta adequada às pendências com a apresentação do TCLE re-arrumado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi readaptado, contemplando adequadamente o solicitado pela resolução 196/93

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORENÓPOLIS, 21 de Junho de 2013


Assinado por:
Washington Portes de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Florenópolis - Rua José Manoel Filho, 100
Bairro: Indaial CEP: 86.300-000
UF: SC Município: FLORENÓPOLIS
Telefones: (51) 3721-9276 Fax: (51) 3721-1695 E-mail: zap@ufsc.br

Formulário 02

APÊNDICE

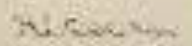
APÊNDICE A - Autorização do Responsável legal do Hospital Universitário Professor Polidoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) para a obtenção de dados aos prontuários.


 SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 -
 FLORIANÓPOLIS / SC
 TELEFONE +55 (48) 3721-9154 - FAX +55 (48) 3721-9254

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES COM DISFAGIA ATENDIDOS PELO SETOR DE FONOAUDIOLOGIA E ESTÁGIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO** e cumprirei os termos da Resolução CNS 486/12 e suas complementares, e como esta Instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 09/07/2015.


 Prof. Carlos Alberto Justo da Silva
 Diretor Geral HU/UFSC

APÊNDICE B -Instrumento de coleta de pesquisa

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DISFÁGICOS ATENDIDOS PELO SETOR DE FONOAUDIOLOGIA/ESTÁGIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	
CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA	
Paciente	
Idade	
Procedência (cidade)	
Profissão	
Sexo	
Tempo de internação (dias)	
ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO	
Data de internação	
Triagem fonoaudiológica	() Sim () Não
Data da avaliação clínica fonoaudiológica	
Tempo entre a internação e a avaliação fonoaudiológica (dias)	
Realização de avaliação instrumental – videofluoroscopia da deglutição	() Sim () Não
Atendimento fonoaudiológico	() Protocolo de broncoaspiração () Terapia Fonoaudiológica
ASPECTOS CLÍNICOS	
Doença de base	
Comorbidades	
ALIMENTAÇÃO	
Via de alimentação - entrada hospitalar	
Via de alimentação - durante o período de internação	
Via de alimentação – alta hospitalar	
RESPIRAÇÃO	
Traqueostomia	() Sim () Não
Intubação orotraqueal	() Sim () Não
Sinais clínicos de aspiração	
FUNCTIONAL ORAL INSTAKE SCALE	
Entrada hospitalar	
Altahospitalar	

