

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA**

**USO DE VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO EM PACIENTES DISFÁGICOS
HOSPITALIZADOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

JOANNA CALLADO

**FLORIANÓPOLIS
2014**

JOANNA CALLADO

**USO DE VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO EM PACIENTES DISFÁGICOS
HOSPITALIZADOS: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

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

Orientadora: Fga. Esp. Hyeda Regina Querino.

Área de concentração: Disfagia

**FLORIANÓPOLIS
2014**

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

Callado, Joanna

Uso de via alternativa de alimentação em pacientes
disfágicos hospitalizados : Uma revisão da literatura /
Joanna Callado ; orientadora, Hyeda Regina Querino -
Florianópolis, SC, 2014.

46 p.

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

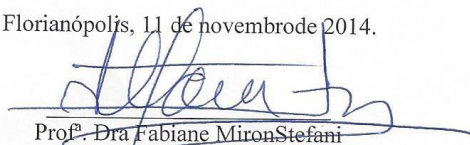
Inclui referências

1. Fonoaudiologia. 2. Disfagia. I. Regina Querino,
Hyeda . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Fonoaudiologia. III. Título.

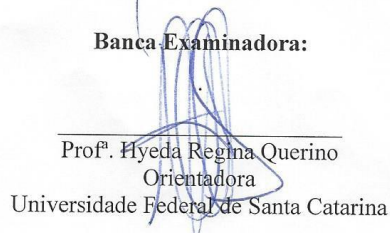
TERMO DE APROVAÇÃO**Joanna Callado****Uso de via alternativa de alimentação em pacientes disfágicos hospitalizados: uma
revisão da literatura**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do Título de
Bacharel em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 de novembro de 2014.



Prof.^a Dra Fabiane Miron Stefani
Coordenadora do Curso de Fonoaudiologia
Universidade Federal de Santa Catarina

Banca Examinadora:

Prof.^a Hyeda Regina Querino
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Dr.^a Fga. Eliza Gomes Vieira
Parecerista
Universidade Federal de Santa Catarina



Dr. Esp. Kayo Augusto Gheno
Parecerista
Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

DEDICATÓRIA

Esse trabalho é dedicado a minha mãe Clotildes, por toda a responsabilidade na formação do meu caminho que trouxe até aqui. Se hoje eu sou essa mulher, é graças a você mãe! Dedico também ao meu pai, Annibal, que mesmo tornando-se uma estrela há muitos anos, deixou-me seu exemplo de educação e determinação nas conquistas que eu sigo todos os dias.

AGRADECIMENTOS

O que vivo hoje é uma realidade que pareceu por muito tempo bem distante. Precisei de muito esforço, determinação e paciência para chegar até aqui, e isso que não estou nem perto do fim da estrada... Desde o fim do ensino médio, essa já era a terceira faculdade, e será que seria isso mesmo? Será que era esse meu dom? Servir aos outros? Hoje posso responder que sim para todas essas dúvidas que antes existiam. Devo essa minha longa caminhada a muitas pessoas, pois, como todos nós, não seria capaz de nada sozinha, sem minhas bases, meus apoios, pessoas especiais que acreditam em mim sempre, acima de tudo.

Agradeço primeiramente aos meus pais, Annibal e Clotildes, pois eles merecem muito mais que só a dedicatória do trabalho. Digo que agradeço aos meus pais, pois foram quem me colocaram no mundo. Quem me conhece deve estar se perguntando, mas porque agradece ao seu pai, que virou uma estrelinha há tanto tempo? Antes de nos deixar, ele entregou meus cuidados as melhores pessoas possíveis, passou tudo que queria que eu soubesse a essas pessoas, que durante todos esses anos me repassaram com muito carinho e paciência. Minha mãe, minha luz, que fez sempre o papel de pai e mãe, passou tudo que o meu pai não teve tempo. Ajudou-me quando eu precisei me deu bronca quando era necessário... Fez-me ser quem eu sou hoje! Você me ensinou a persistir nos meus objetivos, a lutar pelos meus direitos e a era essa pessoa determinada e decidida. Tudo que sou, tenho e sinto devo a você, mãe e ao meu pai, porque afinal como já dizia a música, “Quem foi que disse que para estar junto precisa estar perto?”. Obrigado por tudo, muito muito mesmo.

As minhas irmãs, Simone e Patricia, pelo incentivo enorme na minha vida toda. Obrigado por tudo que me ensinaram, obrigado também por ao lado da nossa mãe, fazer o papel do nosso pai e me ensinar tudo que ele ensinou a vocês... Sou muito grata de verdade! Vocês dedicaram parte das vidas para mim, para a caçula chata que roubou a cena quando chegou, e eu juro que vou recompensar vocês da melhor forma possível. Vocês são os meus exemplos, minhas ancoras, e é vocês que eu penso quando tenho problemas ou quando tenho algo bom para contar, e são vocês que eu sei que sempre poderei estar ao lado! Minha faculdade foi realizada graças ao apoio de vocês, assim como tudo na minha vida. Eram vocês que me pegavam na escola, ajudavam nos deveres de casa, me davam broncas (muito piores que as da mãe) para que eu sempre fizesse o certo, e deu certo. Além disso, vocês foram as responsáveis por me dar os maiores presentes que alguém pode receber meus sobrinhos.

Então, aos meus sobrinhos, fica aqui o meu agradecimento pelos melhores beijos e abraços do mundo. O que é uma pessoa sem amor sincero? E eu tenho muitos. Marcella,

minha eterna bebê que já é gente grande, obrigado por toda a parceria e paciência pela minha ausência. Luiza, linda da tia, valeu por todos os nossos passeios e por entender que nem sempre eu podia estar com vocês, afinal, a graduação me roubou um pouco do mundo... Aos meus bebês Vitor e Bernardo, senti muita falta de vocês, e quero compensar esse tempo estando bem pertinho cada vez mais, e Vitor, adorei nossos cinemas ok? Pra fechar, meu amor, meu afilhado, Pedro, luz dos meus dias. Sei que hoje não entendes muito bem porque a Dinda só passa às vezes para te ver, e às vezes tão rapidinho entre uma aula e outra. Daqui pra frente, o tempo é nosso, para sempre! Um beijo e um abraço de urso da Dinda.

Ao meu namorado, Rafael, agradeço por todo o amor e carinho, por toda paciência que me dedica, mesmo em todas as minhas neuras e chateações. Eu consegui amor, viu? Como você sempre disse... Obrigado por sempre me apoiar nas minhas atividades da faculdade, sempre dizendo que estava tudo ótimo, era um ótimo incentivo. Obrigado por seu meu parceiro, meu namorado, meu companheiro todos os dias, por dividir comigo toda a vida. Você é responsável por eu nunca ter desistido e ter chego até aqui com tanto entusiasmo. Te amo, e a partir de agora vamos construir juntos tudo que nos cabe de melhor.

A minha orientadora linda, Hyeda Querino, por todo apoio e atenção durante o trabalho de conclusão de curso. Obrigado por ter acreditado em mim no meio do furacão, por ter me aceitado e me orientado da forma mais digna e perfeita que um professor pode fazer. Hoje eu entrego esse trabalho por sua causa, graças a você tudo pode ser feito e concluído a tempo. Você foi a responsável por eu não desistir depois de tudo, e repito hoje o que disse há alguns dias em uma orientação: Eu tenho a melhor orientadora do mundo! Obrigado mais uma vez por tudo, e saiba que além da minha gratidão, terá sempre meus pensamentos, pois será na profissional que você é que eu me inspirarei sempre.

As minhas amigas, Ana e Stella em especial, por serem, durante 4 anos a extensão da minha família fora de casa. Vocês foram às irmãs que eu precisei na faculdade, foram meu apoio e meu espelho. Obrigado por todo o apoio e cumplicidade de tivemos durante todo esse tempo, obrigado por estarem sempre presentes em minha vida. Compartilho essa conquista com vocês, e será ao lado de vocês que eu pegarei meu diploma de bacharel em Fonoaudiologia com muito orgulho, e espero ter a honra de trabalhar ao lado de excelentes profissionais que se tornarão. Quem sabe na nossa clinica meninas? Amo muito vocês!

Obrigado a todo que fizeram parte dessa conquista, de alguma forma, vocês são muito especiais.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”. (Marcel Proust)

RESUMO

Introdução: A manutenção da nutrição e hidratação do ser humano depende da ingestão adequada de alimentos, fator que é responsável por suprir as necessidades nutricionais fundamentais para o funcionamento do organismo. Algumas pessoas não conseguem se alimentar por via oral de forma segura e com adequada manutenção do estado nutricional e de hidratação. Essa alteração pode estar relacionada com várias causas, dentre elas a disfagia, que pode ter como causa fatores neurogênicos, mecânicos ou psicogênicos. As neurogênicas são aquelas associadas a um distúrbio neurológico como principal causa, as mecânicas são as causadas por perda de estruturas responsáveis pela deglutição, e as psicogênicas são aquelas onde há um distúrbio psicológico impedindo a alimentação por via oral. As disfagias impossibilitam a ingestão segura de alimentação por via oral, tendo algumas vezes a necessidade de indicação de vias alternativas para a manutenção da nutrição e hidratação. Essas vias alternativas podem ser administradas de duas formas: nutrição enteral ou parenteral. A nutrição enteral se caracteriza por uma dieta balanceada, levada ao paciente por meio de sondas. A nutrição parenteral é aquela que leva os nutrientes diretamente a corrente sanguínea. Os pacientes disfágicos em uso de via alternativa de alimentação necessitam de um acompanhamento multidisciplinar especializado para indicação e manutenção da sonda.

Objetivos: Realizar uma revisão da literatura sobre o uso de via alternativa de alimentação em pacientes disfágicos, levantando a incidência do uso alternativo para alimentação nessa população, assim como a associação entre os tipos de disfagia e a via alternativa de alimentação (VAA). **Metodologia:** Revisão literária baseada nos artigos buscados nas bases de dados online Scielo, Lilacs, Pubmed e nas bibliotecas virtuais, com data de publicação de 2004 a 2014, utilizando como descritores: “Disfagia”, “Hospitalar”, “via alternativa de alimentação”, “multidisciplinar” e “Fonoaudiologia”, utilizando o “AND” entre as palavras de modo que relacione os temas na pesquisa, selecionando a partir desses resultados artigos com títulos relevantes para a pesquisa. **Resultados:** Foram encontrados 66 artigos no total, sendo destes apenas 20 foram relevantes para o estudo. **Conclusão:** Há poucos estudos sobre o uso de via alternativa de alimentação em pacientes disfágicos hospitalizados, sendo que nenhum dos estudos trata a incidência dessa utilização. É necessário um maior número de pesquisas na área assim como relacionando a atuação fonoaudiológica na equipe multidisciplinar que atende esses pacientes.

Palavras-chaves: Disfagia, hospitalar, via alternativa de alimentação.

ABSTRACT

Introduction: The human maintenance of nutrition and hydration depends on the adequate food intake, which is responsible by supplying the nutritional needs essential for the organisms running. Some people may not feed orally in a safe way and with adequate maintenance of nutritional and hydration status. This alteration may be linked with many causes, among them, the dysphagia. The dysphagia may be caused by neurogenic, mechanical or psychogenic factors. The neurogenic are those associated to a neurological disorder as the main cause, the mechanical are caused by loss of structures responsible for swallowing, and the psychogenic are those where there is a psychological disorder, preventing the orally feed. The dysphagia preclude the safe intake of orally feed, having sometimes the necessity of indication of alternative ways to the maintenance of nutrition and hydration. This alternative ways can be administered in two forms: enteral or parenteral nutrition. The enteral nutrition is characterized by a balanced diet, brought to the patient by means of probes. The parenteral is that which takes the nutrients directly to the bloodstream. **Goals:** Conduct a review of literature about the use of alternative ways of feeding in dysphagic patients, rising incidence of alternative use to the feed in this population, as well as the association between the types of dysphagia and the alternative ways of feeding. **Methodology:** Literature review based on the articles searches in databases Scielo, Lilacs, Pubmed and in virtual libraries, with publication date from 2004 to 2014, using as descriptors: “Dysphagia”, “Hospital”, “Alternative ways of feeding”, “Multidisciplinary” and “Phonoaudiology”, using the “AND” between the words so that relates the subjects in research, selecting from this outcomes articles with relevant titles to the research. **Outcomes:** There was found 66 articles at total, which only 20 of these were relevant to the study. The articles were found in databases Scielo, Lilacs, Pubmed and virtual libraries in health as the methodology. **Conclusion:** There are few studies about the using of alternative ways of feeding in hospitalized dysphagic patients, wherein none of them treats the incidence of this using. It is necessary a larger number of reaserches in the area as well as relating the phonoaudiologic atuation in the multidisciplinary team that meets these patients. **Keywords:** Dysphagia, Hospital, Alternative ways of feeding.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Artigos encontrados e utilizados por base de dados.....	32
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Via alternativa de alimentação	24
Quadro 2 - Estudos utilizados	32
Quadro 3 - Fonoaudiologia nos estudos de caso	36
Quadro 4 - Atuação da fonoaudiologia – Artigos específicos	37
Quadro 5 - Atuação fonoaudiológica	38
Quadro 6 - Via alternativa de alimentação na disfagia.....	40

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Relação de artigos por base de dados	29
Figura 2 - Resultado por descritor em banco de dados - Disfagia AND Hospitalar	29
Figura 3 - Resultado por descritor em banco de dados - Disfagia AND via alternativa de alimentação	30
Figura 4 - Resultado por descritor em banco de dados - Disfagia AND Multidisciplinar AND Fonoaudiologia	30
Figura 5 - Resultado por descritor em banco de dados - Disfagia AND Hospitalar AND fonoaudiologia.....	31
Figura 6 - Resultado por descritor em banco de dados - Disfagia AND Hospitalar AND Via alternativa de alimentação	31
Figura 8 - Percentual por características dos estudos.....	34
Figura 9 - População dos estudos	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

VAA	<i>Via alternativa de alimentação</i>
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
LILACS	<i>Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</i>
PUBMED	<i>Publicações médicas</i>
AVC	<i>Acidente Vascular Cerebral</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Problematização.....	17
1.2 Objetivos.....	17
<i>1.2.1 Objetivo geral..</i>	17
<i>1.2.2 Objetivos específicos</i>	17
1.3 Justificativa..	17
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1 Disfagia.....	19
2.2 Pneumonia Aspirativa.....	20
2.3 Avaliação.....	21
2.4 Via alternativa de alimentação	23
2.5 Atuação da fonoaudiologia e a equipe multidisciplinar Hospitalar.....	25
3 METODOLOGIA.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
4.1 Característica dos estudos.....	34
4.2 População dos estudos	35
5 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS:	43

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano é constituído por uma sequência de transformações que resultam em um aumento gradativo de complexidade do sistema orgânico, onde com o passar do tempo e com os nutrientes necessários, a composição e o funcionamento celular são alterados, os órgãos adquirem novas funções e o sistema como um todo sofre maturação. A alimentação adequada deve fornecer quantidade de alimento necessário para suprir as necessidades nutricionais fundamentais para o desenvolvimento do organismo. (Furkim, 2008)

Algumas pessoas não conseguem se alimentar por via oral de forma segura e com adequada manutenção do estado nutricional e de hidratação. Esse distúrbio na deglutição pode estar relacionado com várias causas, dentre elas a disfagia, que é caracterizada, segundo Furkim (2008) pela desordem na deglutição, que engloba a passagem do conteúdo oral para o estômago.

Clinicamente, a disfagia pode apresentar alguns sintomas a serem identificados sem a ajuda de exames complementares, dentre esses sintomas estão às alterações na mastigação, a regurgitação nasal, a falta de controle da saliva, tosse ou engasgos durante a alimentação, podendo ser resultante de alterações neurológicas, mecânicas ou psicológicas. Quando neurogênica é causada pela perda do controle neural da deglutição, não tendo necessariamente um comprometimento mecânico. Segundo Miller (1994) e Ehrichmann (1989) a alteração neurogênica é a maior causa entre as disfagia, sendo responsável por cerca de 80% dos diagnósticos.

A disfagia mecânica, segundo Fúria (2010) é causada pela perda de estruturas responsáveis pela deglutição, tendo normalmente o controle neurológico central e periférico preservado, podendo ser causada por uma alteração estrutural ou funcional. Já as disfagias psicogênicas são aquelas onde há um distúrbio psicológico impedindo a alimentação por via oral. Esse tipo de disfagia pode ser incluído, segundo a Associação Americana de Psiquiatria (1987) no transtorno de conversão, ligado às fobias e transtornos de simulação, sendo esse caracterizado pela perda física ou alteração funcional, sem que tenha uma doença como causa, podendo ser de forma consciente ou inconsciente. Na literatura também encontramos o termo fagofobia para descrever esse quadro, onde o paciente desenvolve uma fobia a qualquer tipo de alimentação oral, tendo sintomas como estreitamento de garganta, sudorese e náuseas (Çiyiltepe e Türkbay 2006).

A manutenção segura da alimentação por via oral é impossibilitada com a disfagia, sendo necessária muitas vezes à indicação de vias alternativas de alimentação (VAA) para manutenção nutricional e da hidratação. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as vias alternativas de alimentação podem ser enterais ou parenterais. A Nutrição Enteral é, segundo a resolução RCD n.63 da ANVISA (1997), todo alimento com ingestão controlada de nutrientes, elaborados para uso por sondas, utilizadas para substituir ou complementar a alimentação oral conforme as necessidades nutricionais do paciente, levando alimentação diretamente ao estômago ou intestino para ocorrer à absorção de nutrientes.

As vias de administração da nutrição enteral podem ser determinadas de acordo com a estimativa de tempo necessário de uso, o grau de risco de aspiração ou descolamento da sonda, presença ou ausência da digestão e absorção normal e questões como consistência e volume da dieta. A nutrição enteral tem diferentes vias de acesso, podendo ser elas a via nasogástrica, colocação de sonda pelo nariz até o estômago; nasoentérica (nasoduodenal e nasojejunal), colocação de sonda pelo nariz levando alimento até o intestino diretamente, orogastrica, colocação de sonda pela cavidade oral até o estômago; oroentérica, colocação de sonda pela cavidade oral até o intestino. Quando o tempo de uso estimado for maior que seis semanas, pode-se estudar a colocação de uma via de forma cirúrgica, sendo elas a gastrostomia, que é a colocação de acesso de forma cirúrgica diretamente no estômago do paciente e a jejunostomia, onde há a colocação de acesso de forma cirúrgica diretamente no intestino. (WAITZBERG, 2009).

A nutrição parenteral é aquela que leva os nutrientes diretamente a corrente sanguínea, consiste basicamente de uma solução preparada para estar em equilíbrio com as demandas do organismo de nutrientes como carboidratos, aminoácidos, lipídeos, vitaminas e minerais (WAITZBERG, 2009). Ela pode ser administrada por via central, onde o cateter é introduzido diretamente em uma das veias principais ou por via periférica, nas quais o acesso para a introdução fica nas veias dos membros superiores.

Pacientes disfágicos, em uso de VAA, necessitam de um acompanhamento multidisciplinar especializado para prover a reabilitação da ingestão alimentar por via oral de forma segura. Segundo Silvério et al. (2010), o fonoaudiólogo no ambiente hospitalar tem a função de avaliar e reabilitar a deglutição desse paciente, colaborando com a equipe interdisciplinar na melhora clínica, podendo reduzir o tempo de uso das vias alternativas de alimentação e o tempo de hospitalização, trazendo uma melhora no quadro clínico e pulmonar.

O restabelecimento funcional da deglutição é fundamental, Bigal (2007) ressalta que quando no ambiente hospitalar o paciente se envolve com a equipe, obtendo condições favoráveis para a reabilitação da alimentação. Dessa forma pretende-se estudar a incidência do uso de VAA em pacientes disfágicos hospitalizados, assim como a importância da atuação fonoaudiológica na tomada de decisão no que diz respeito à indicação, manutenção e retirada da VAA, levantando através dos artigos relacionados a esse tema a importância do atendimento multidisciplinar especializado dentro do atendimento hospitalar.

1.1 Problematização

Qual a prevalência do uso de VAA em pacientes disfágicos hospitalizados? Qual o papel do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar para a indicação e manutenção da VAA?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Conhecer a incidência do uso de VAA em pacientes disfágicos hospitalizados, assim como a atuação da fonoaudiologia na equipe multidisciplinar responsável por esses casos.

1.2.2 Objetivos específicos

- Associar o uso de VAA com a disfagia.
- Verificar a prevalência do uso de vias alternativas de alimentação em pacientes disfágicos.
- Relacionar o tipo de VAA com o tipo de disfagia caracterizado.
- Investigar a atuação fonoaudiológica na equipe multidisciplinar da unidade Hospitalar como participante na indicação e manutenção das vias alternativas de alimentação.

1.3 Justificativa

O uso de VAA na internação hospitalar ainda é pouco estudado no Brasil quando relacionado ao diagnóstico de disfagia. Percebe-se isso pelo baixo número de artigos que relacionam a utilização da via alternativa da alimentação na disfagia, sua incidência e o trabalho da fonoaudiologia nas equipes multidisciplinares hospitalares.

O interesse em aprimorar os conhecimentos sobre o tema nasceu da curiosidade sobre a ocorrência do uso de VAA nos pacientes disfágicos hospitalizados, assim como a forma que o fonoaudiólogo participa das decisões da equipe multidisciplinar especializada tanto para a indicação quando para a manutenção dessas vias.

Sabe-se que muitas são as áreas de atuação da Fonoaudiologia. Na disfagia trabalhamos com os pacientes que possuem alterações na deglutição, tendo como objetivo a reintrodução da alimentação por via oral de forma segura e eficiente. Investigar a existência dos casos de uso de VAA nos pacientes disfágicos, os critérios mais utilizados para a colocação dessa forma de alimentação e a função atual do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar, é de extrema importância para que se possa realizar um plano de ação. Elaboração estratégias específicas voltadas para esses pacientes e para os diferentes profissionais que atuarão em conjunto, uma vez que passe a se conhecer os mais prevalentes motivos de indicação de VAA e o papel do profissional fonoaudiólogo na equipe hospitalar, proporcionando elaborar um plano de ação específico para esses casos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Disfagia

A alimentação é responsável pela manutenção do estado nutricional e de hidratação do ser humano. Naturalmente, ela ocorre com a ingestão dos alimentos por via oral, porém quando há alteração em algum componente do sistema responsável pela deglutição e a via de alimentação oral se torna indisponível passa a caracterizar em alguns casos a disfagia, definida como uma desordem na deglutição. A disfagia pode provocar desidratação, desnutrição e disfunções no trato respiratório, tendo sua incidência aumentada na medida em que a expectativa de vida da população também se eleva. (Maciel, Oliveira, Tada, Santoro e Furkim, 2008).

Um fator decisivo na qualidade da deglutição é o correto funcionamento dos órgãos, musculaturas e mecanismos envolvidos nesse processo, que tem interferência com o decorrer da idade, devido à degeneração muscular e funcional do sistema estomatognático. Os sintomas da alteração na deglutição, nos idosos, por exemplo, aparecem de forma gradual, e muitas vezes não são valorizados pela família, que tem os sinais como comuns para a idade. A disfagia é altamente debilitante, e a detecção do risco da disfagia é um ponto muito importante para a determinação de uma via segura de alimentação, pois ela pode levar a broncoaspiração que pode ser fatal, além de causar desnutrição e baixa da imunidade, deixando o paciente suscetível a outras doenças. (Silvério et al, 2010; Mendes e Horikawa 2011).

A disfagia pode ser causada por alterações fisiológicas, sensoriais, redução da sensibilidade, alteração da capacidade mastigatória, podendo ser influenciada pela doença de base ou fatores psicossociais. Deixa de ser uma forma segura de introdução de nutrientes, alterando o funcionamento corporal e podendo ter como consequência a desnutrição, sendo necessária muitas vezes à indicação de VAA. (Furkim, 2008; Padovani, Moraes e Sassi, 2013).

Nos hospitais, a prevalência de pacientes denutridos vem variando entre 19% e 80%, tendo índice maior entre os idosos e mulheres. A desnutrição inter-hospitalar é a maior causa do aumento da morbimortalidade na internação. Tendo em vista esse quadro, a avaliação nutricional deve ser realizada em todos os pacientes internados nas primeiras 48 horas a partir da entrada no hospital, verificando a existência ou não de disfagia, que pode chegar a atingir

50% da população idosa, aumentando os riscos clínicos e alterando a qualidade de vida. (Maciel, Oliveira e Tada, 2008; Souza, Gloria e Cardoso, 2011).

Dos pacientes hospitalizados, de 12% a 30% apresentam disfagia aspirativa, e 44% a 87% apresentam o sintoma após a extubação. Nas unidades de terapia intensiva (UTI), os pacientes tem um maior risco para a broncoaspiração devido ao rebaixamento do nível de consciência, posição supina e a presença da traqueostomia. É muito importante que ocorra a identificação precoce do sintoma para que seja possível a oferta segura da alimentação por via oral. (Santoro, 2008, Padovani, Moraes e Sassi, 2013).

As disfagias neurogênicas, que são causadas por uma alteração neurológica no controle da deglutição, estão entre as mais comuns, sendo responsáveis por cerca de 80% dos diagnósticos (Miller, 1994; Ehrichmann, 1989). A disfagia mecânica é causada pela perda de estruturas responsáveis pela deglutição, tendo normalmente o controle neurológico central e periférico preservado, podendo ser causada por uma alteração estrutural ou funcional. As disfagias psicogênicas são aquelas nas quais há um distúrbio psicológico impedindo a alimentação por via oral (Fúria, 2010).

Dentre as causas da disfagia, o AVE é a mais comum entre as neurogênicas, afetando a integridade física e emocional, aparecendo em cerca de 51% dos pacientes ainda nos primeiros dias de acometimento neurológico. Podendo desaparecer após 6 meses, mantendo-se presente em apenas 8% dos pacientes. (Abdumassib, Macedo e Santos 2009).

Além dos pacientes com acometimentos funcionais da deglutição como sintoma de uma patologia de base, também existem os pacientes que apresentam condições funcionais para alimentação por via oral, mas não conseguem se alimentar. Isso pode ocorrer devido à necessidade de reconstrução do esquema corporal após uma doença, ou seja, autoimagem e autoestima (Souza e Duarte, 2009).

A disfagia pode levar a diversas complicações, entre elas a pneumonia aspirativa.

2.2 Pneumonia Aspirativa

A pneumonia aspirativa é responsável pela mortalidade de até 72% dos pacientes que são acometidos, sendo causada pela aspiração pulmonar, onde os pacientes das UTI'S são a população de maior risco, segundo Toufen (2007). Vários fatores levam a esse aumento do risco, entre eles esta a posição supina em que se encontram a gastroparesia, presença de sonda nasogástrica, utilização de narcóticos e bloqueadores neuromusculares. Após a extubação em

pacientes intubados por mais 48 horas, o número de aspirações chega a 50%, sendo que até 20% desses casos são de aspiração silente, sendo causadas normalmente por uma redução na sensibilidade, lesões da mucosa laríngea, atrofia muscular, edema de faringe na intubação, incoordenação da respiração e deglutição, diminuição do reflexo de proteção e efeito dos medicamentos.

A pneumonia aspirativa atinge até 50% dos pacientes em ambiente hospitalar, reduzindo para 13% quando os pacientes com risco para aspiração passam a utilizar sonda para alimentação. A demora na identificação das alterações de deglutição determina a ocorrência ou não de graves complicações pulmonares, que poderiam ser evitadas se desde o início da internação hospitalar o paciente fosse avaliado e medidas preventivas fossem realizadas. A detecção previa de possíveis alterações na deglutição podem reduzir a incidência de pneumonia aspirativa nos pacientes hospitalizados. (Toufen et al, 2007; Costa e Guimarães, 2012).

2.3 Avaliação

A disfagia deve ser avaliada e classificada em graus de comprometimento, podendo ser utilizadas diversos tipos de escalas e nomenclaturas, como por exemplo, a classificação em disfagia leve, moderada e grave (Silva et al, 2012). Essa identificação é realizada pela avaliação clínica a beira do leito, incluindo coleta de informações sobre a deglutição, revisão do histórico médico, análise estrutural e funcional da deglutição. A literatura considera que a videofluoroscopia é o padrão ouro para a detecção das desordens da deglutição, porém essa prática diária a beira do leito nem sempre é viável. (Padovani, Moraes e Sassi, 2013).

A videofluoroscopia da deglutição é uma avaliação completa no que diz respeito à visibilidade de todas as estruturas e fases da deglutição. Consiste em uma imagem radiológica dinâmica desde a captação do bolo alimentar até a sua entrada no estômago. A indicação desse exame ultrapassa o objetivo diagnóstico e também contribui para o entendimento do grau das alterações encontradas e sua respectiva etiologia, o que fortalece o planejamento terapêutico, que passa a ser baseado em imagem funcional. Tamanhas são as captadas por meio deste exame descartando o conceito de complementaridade à avaliação clínica.

A videofluoroscopia contribui para o diagnóstico das patologias que afetam o processo de deglutição, auxiliando na conduta terapêutica adequada a cada caso. Durante o exame são ofertados alimentos contrastados com solução de sulfato de bário em diferentes consistências,

quantidades, viscosidades e temperaturas. A adaptação de postura, manobras de proteção e limpeza, podem ser avaliadas durante o exame.

Para mensurar a eficácia da fonoterapia na reabilitação da disfagia, a avaliação do grau de comprometimento da ingestão oral deve ser realizada antes e após a terapia, sendo muito discutida ainda pelos profissionais. Atualmente, a classificação do grau de severidade da disfagia é feita apenas levando em consideração os sinais clínicos de aspiração laríngea e alterações na fase faríngea, ignorando a gravidade dos pacientes que tem transito oral lentificado, que também tem um prognostico ruim para a alimentação por via oral. (Silva et al, 2010).

A utilização de escalas para classificar o grau de comprometimento da disfagia vem sendo proposta desde a década de 90, sendo que esses protocolos priorizam a penetração laríngea e a aspiração laringotraqueal como os definidores da gravidade do caso, priorizando o risco pulmonar. A variação entre as escalas atualmente utilizadas indica uma ausência de consenso na definição da classificação das disfagias entre leve, moderada e grave. O uso desses parâmetros para a classificação da gravidade não inclui a quantidade e frequência do deslocamento laríngeo, a capacidade de defesa das vias aéreas, evidenciando a necessidade da criação de diferentes critérios para os diferentes tipos de penetração. Um quadro grade com líquido pode ser moderado pastoso, modificando completamente a conduta terapêutica. (Silva et al, 2012).

Dentro do hospital, nos casos de acometimento neurológico pelo AVE, Para a avaliação o fonoaudiólogo deve considerar o nível de consciência, pois o rebaixamento interfere na prontidão dos reflexos, piorando a deglutição e quando responsivo proporcionam maiores possibilidades de proteção devia aérea. A avaliação deve ser realizada clinicamente ou através de exames, como a endoscopia ou videofluoroscopia, lembrando que é imprescindível levar em consideração o impacto da disfagia na vida social do paciente. (Abdumassib, Macedo e Santos 2009).

No meio hospitalar, o Fonoaudiólogo também deve realizar a avaliação nas emergências, a fim de verificar a presença da disfunção da deglutição, assim como verificar a gravidade por meio de avaliação estrutura e funcional, iniciando quando necessária uma VAA, ou adaptando a consistência da dieta. A disfagia chega a 33% dos pacientes atendidos nas emergências, fazendo com que os que consumam menos de 60% dos nutrientes necessários sejam indicados a uma VAA suplementar. A equipe deve ter consciência de encaminhar precocemente o paciente para avaliação e tratamento quando se tem fatores de risco para disfagia, como doenças neuromusculares, encefalopatia, traumas e tumores de

cabeça e pescoço, paralisia facial, ausência de dentição entre outros. (Mendes e Horikawa, 2011).

2.4 Via alternativa de alimentação

No contexto hospitalar, acredita-se que cerca de 48% dos pacientes estão em estado de desnutrição devido a fatores como doença de base, dor, náuseas, vômitos, disfagia e até mesmo pela alimentação fornecida pelo hospital. Como solução a esse problema a via de nutrição enteral é necessária, a pesar de retirar o prazer relacionado à alimentação, deixando o momento da refeição não mais corresponder a um momento de integração e conforto. Esse tipo de alternativa normalmente não é bem quisto pelos pacientes, tendo que ser imposto pelos profissionais. Com a utilização, a ideia de rejeição da sonda vai se modificando, não deixando de transparecer a ideia de artificial, gerando medo e desconfiança quando falta informação sobre o procedimento. O tempo de utilização da nutrição enteral, a auto percepção e o suporte familiar são fundamentais para a aceitação da nova forma de alimentação, assim como a equipe de saúde tem a obrigação de diminuir a rejeição dos pacientes, explicando melhor sobre o procedimento e até mesmo mudando seus conceitos negativos, que acabam sendo passados pelos pacientes, que tem na maioria das vezes como questão de honra alimentar-se por via oral. (Barbosa e Freitas, 2005).

A escolha do tipo de VAA a ser utilizada deve se basear no tempo necessário de seu uso, onde a sonda enteral é indicada para uso inferior a 30 dias. A partir desse prazo, a indicação é de gastrostomia ou jejunostomia, que é a incisão cirúrgica em via abdominal da sonda, apresentando menores desconfortos e menores complicações. Nesses pacientes, a equipe deve estar pronta para ouvir e esclarecer possíveis dúvidas, superando o medo e os anseios quanto à utilização da VAA. Cada paciente se relaciona de uma forma diferente com a sonda, devendo esta ser respeitada pelo profissional da saúde. (Barbosa, 2012).

As VAA podem ser enterais ou parenterais. A Nutrição Enteral é, segundo a resolução RCD n.63 da ANVISA (1997), todo alimento com ingestão controlada de nutrientes, elaborados para uso por sondas, utilizadas para substituir ou complementar a alimentação oral conforme as necessidades nutricionais do paciente, levando alimentação diretamente ao estômago ou intestino para ocorrer à absorção de nutrientes. Elas podem ocorrer por via nasogástrica, nasoentérica ou por ostomia. A maior causa da indicação das ostomias é a disfagia, sendo um recurso para pacientes que necessitam de nutrição enteral por

mais de 30 dias. Quando esse tipo de via alternativa não supre mais as necessidades nutricionais do pacientes, é então recomendada a nutrição parenteral. (Nogueira et al, 2013).

Quadro 1- Via alternativa de alimentação

(Continua)

Acesso	Tipo de via alternativa	Localização	Indicação	Tempo indicado para o uso
Enteral	Nasogastrica	Da cavidade nasal ao estômago	Ausência de risco para aspiração pulmonar	< 6 semanas
	Nasoduodenal	Da cavidade nasal a parte distal do intestino	Risco de aspiração pulmonar ou gastroparesia	
	Nasojunal	Da cavidade nasal a parte medial do intestino (Jejuno)	Risco de aspiração pulmonar, pancreatite e fístulas.	
	Gastrostomia	Inserção cirúrgica diretamente no estômago, com balão de fixação interna.	Insuficiência respiratória, sem risco de aspiração pulmonar.	> 6 semanas
	Jejunostomia	Inserção cirúrgica ou endoscópica percutânea diretamente no intestino	Intolerância a gastrostomia, dismotilidade gástrica.	
Parenteral	Periférica	Acesso intravenoso em veias periféricas	Trato gastrointestinal não está íntegro, sem possibilidade de absorção de nutrientes.	< 3 semanas
	Central	Acesso intravenoso em veias central de grosso calibre e alto fluxo sanguíneo: Subclávia e jugular		

Fonte: A autora

A maior justificativa para a indicação da VAA tem-se o rebaixamento no nível de consciência, e a fonoaudiologia ausente no processo multidisciplinar contribui para a disfagia não ser diagnosticada previamente e tratada, causando complicações. (Nogueira et al, 2013).

2.5 Atuação da fonoaudiologia e a equipe multidisciplinar Hospitalar

O profissional mais capacitado para atender a disfagia é o fonoaudiólogo, sendo responsável pela avaliação, definição de condutas terapêuticas responsáveis por devolver ao paciente a capacidade de se alimentar. Além da fonoaudiologia, o paciente disfágico em ambiente hospitalar precisa de atendimento multidisciplinar, que inclui gastroenterologistas, neurologias, enfermeiros e nutricionistas, minimizando os riscos de complicações, preparando o paciente para a reabilitação, reduzindo o tempo de uso de VAA, o tempo de hospitalização e buscando a melhora da condição pulmonar. O paciente deve ser atendido de forma integral, levando sempre em consideração sua melhora na qualidade de vida. A equipe é responsável pela reintrodução oral feita de forma segura e gradativa, monitorando consistências e quantidades, a fim de prevenir a aspiração, mantendo o estado de nutrição e hidratação do paciente. Os profissionais envolvidos devem estimular a adesão ao tratamento, levando ao paciente autoestima e bem estar nutricional. Oliveira et al (2008)

A fonoaudiologia hospitalar atua com o paciente ainda no leito, de forma preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica, dando o respaldo técnico à equipe multidisciplinar. A intervenção do fonoaudiólogo deve iniciar logo que os sinais vitais estejam reestabelecidos pela equipe médica, sem horário estipulado e na maior frequência possível. Leite et al (2004)

A terapia fonoaudiológica nesse ambiente tende a identificar a disfagia rapidamente, reduzindo o tempo de uso de VAA e até mesmo o tempo de hospitalização, por diminuir os riscos de complicações. Um dos motivos da terapia não ter efetividade é o rebaixamento do nível de consciência, visto que a reabilitação deve ser realizada quando o paciente corresponde aos comandos e realiza a adaptação da via oral de forma segura, fazendo com que os pacientes que tem piora no quadro não evoluam. A terapia fonoaudiológica pode reabilitar a alimentação por via oral, segundo a pesquisa, em até 92% dos pacientes, reduzindo consideravelmente os custos hospitalares das vias alternativas de alimentação. A fonoterapia deve evitar o agravamento dos pacientes e futuras complicações, reabilitando a deglutição e levando a uma remoção de possíveis vias alternativas de alimentação. (Costa e Guimarães, 2012; Inaoka e Albuquerque, 2014).

A fonoterapia melhora significavelmente a ingestão oral, independente do tempo de acometimento da disfagia, reduzindo também os casos de pneumonias, independente da patologia de base. A intervenção fonoaudiológica, pode significar a redução no tempo de internação e a diminuição das re-internações por complicações da disfagia, devendo atuar desde a internação hospitalar, participando das orientações pré e pós-operatórias, tranquilizando o indivíduo, fortalecendo o vínculo profissional-paciente. Uma adequada avaliação da deglutição a fim de identificar precocemente a disfagia é fundamental para o melhor prognóstico, uma vez que a fonoterapia em ambiente hospitalar é capaz de progredir para a alimentação por via oral de forma segura, reduzindo o tempo de internação e os custos hospitalares. (Silvério et al, 2010; Mancopes et al, 2013).

O objetivo das terapias são a melhora da qualidade de vida do paciente por meio da melhora da função ou compensação das habilidades. A reabilitação do paciente disfágico significa trabalhar para ter uma deglutição segura, tendo como objetivo a cura do sintoma. A eficácia dessa reabilitação depende da elaboração de um plano terapêutico capaz de melhorar a dinâmica da deglutição, evoluindo o quadro clínico geral do paciente. (Silva, 2007; Silvério et al, 2010).

Nos casos de AVE, esses pacientes necessitam de intervenção fonoaudiológica nas primeiras 48 horas após a internação hospitalar, sendo esse tempo necessário para a identificação rápida da disfagia, prevenindo complicações e reduzindo o tempo de internação. (Abdumassib, Macedo e Santos 2009, Padovani, Moraes e Sassi 2013).

Dentro do hospital, a equipe de fonoaudiologia deve estar presente nos atendimentos de emergência, atuando de forma multidisciplinar, sistematizando o trabalho a fim de melhorar os resultados e reduzir custos. A Fonoaudiologia deve estar inserida nessa equipe, atendendo a emergência mediante parecer de outras especialidades ou por meio de busca ativa. Mesmo com o aumento de fonoaudiólogos nos serviços de urgência e emergência, em 2011 os 185 hospitais que atendem pelo sistema único de saúde contavam com 60 profissionais da área. A fonoaudiologia deve assumir na emergência um atendimento diferenciado, no local e na situação em que o paciente encontra-se, baseando-se principalmente na avaliação do sistema estomatognático e funções neurovegetativas do paciente, identificando entre as alterações os problemas de deglutição (Costa e Guimarães 2012).

O trabalho do fonoaudiólogo nos pacientes com alterações emocionais, que afetem a deglutição, deve ser realizado para que esse paciente recupere sua segurança e volte a se alimentar por via oral, levando em conta aspectos psíquicos, ajudando no enfrentamento,

conhecendo o paciente e criando condições para compreender possíveis motivos para a dificuldade da alimentação. A equipe multidisciplinar deve considerar o paciente como um todo, lembrando que a integridade orgânica não é suficiente para o funcionamento do sujeito. Deve-se sempre ter um olhar humanizado, uma vez que a escuta e a sensibilidade deve estar presente em todos os profissionais da saúde. O fonoaudiólogo deve trabalhar baseado na escuta e na interpretação das questões emocionais do paciente. (Souza e Duarte, 2009).

3 METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão de literatura integrativa e descritiva, onde os artigos com datas de publicação do ano de 2004 ao ano de 2014 serão adquiridos nas bases de dados online Scielo, Lilacs, Pubmed e nas bibliotecas virtuais.

Serão utilizados como descritores: “Disfagia”, “Hospitalar”, “via alternativa de alimentação”, “multidisciplinar” e “fonoaudiologia”, utilizando o “AND” entre as palavras de modo que relacione os temas na pesquisa, selecionando a partir desses resultados artigos relevantes para a pesquisa com publicação entre 2004 e 2014.

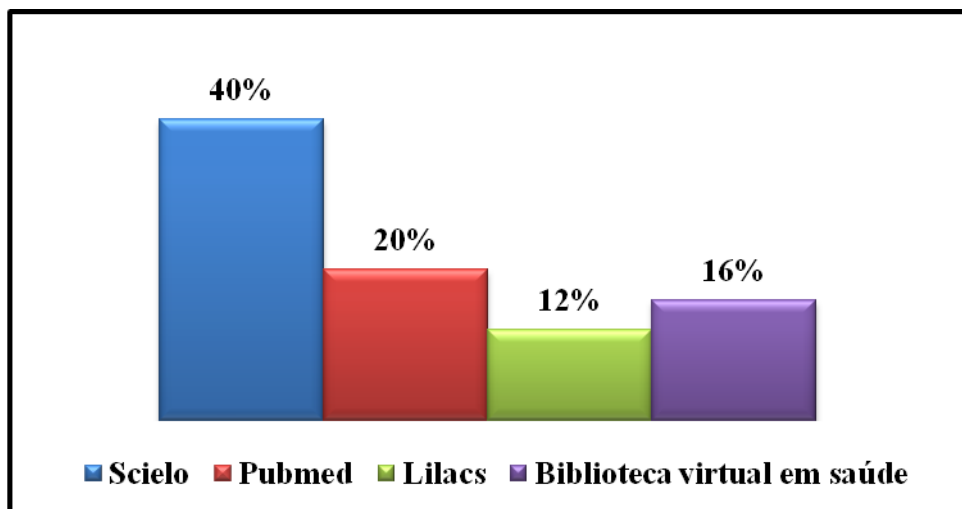
Os artigos selecionados serão filtrados pelo Abstract e metodologia, sendo excluídos aqueles que não apresentarem relação com o tema proposto, assim como os que não apresentarem informações necessárias para o cumprimento do objetivo da pesquisa.

Os dados coletados serão armazenados no Programa Excel e serão realizadas análises descritivas para caracterizar a população de estudo, segundo características descritas de acordo com os objetivos específicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados selecionados para estudo foram extraídos de pesquisas nas bases de dados Pubmed, Lilacs, Scielo e Bibliotecas virtuais em saúde, utilizando os descritores e seus cruzamentos, resultando em um total de 66 artigos, conforme gráfico da Figura 1.

Figura 1 - Relação de artigos por base de dados



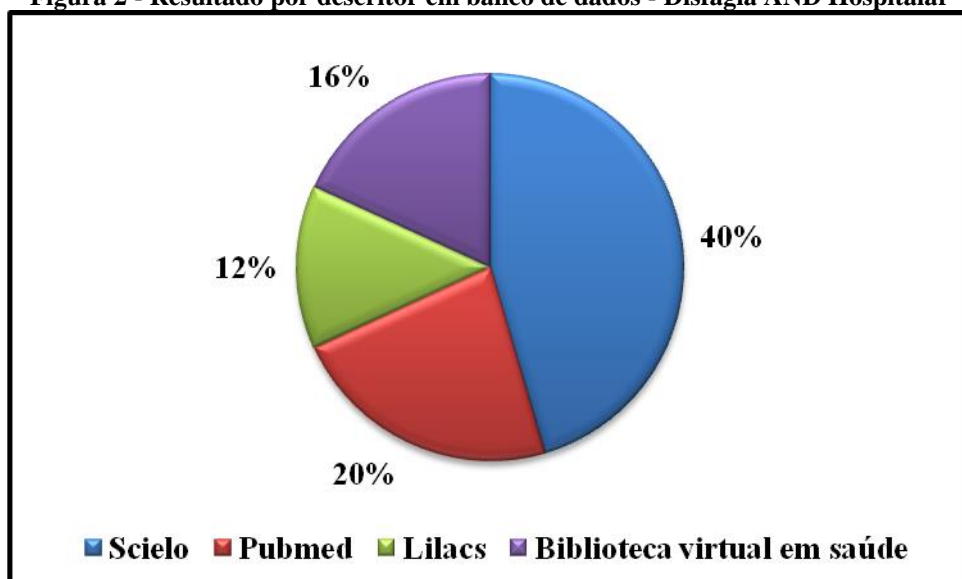
Fonte: Dados da pesquisa

Os descritores foram pesquisados conforme figura abaixo:

- Descritor: Disfagia AND Hospitalar.

Com esse descritor, foram encontrados um total de 43 artigos, conforme figura 2.

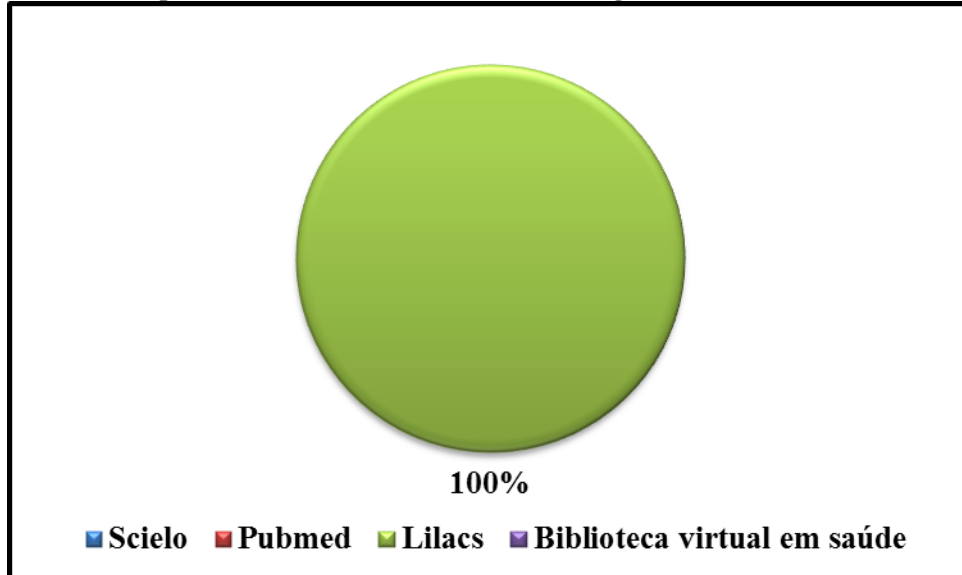
Figura 2 - Resultado por descritor em banco de dados - Disfagia AND Hospitalar



Fonte: Dados da pesquisa

- Descritor: Disfagia AND Via alternativa de alimentação
Com esse descritor, foram encontrados um total de 7 artigos, conforme figura 3.

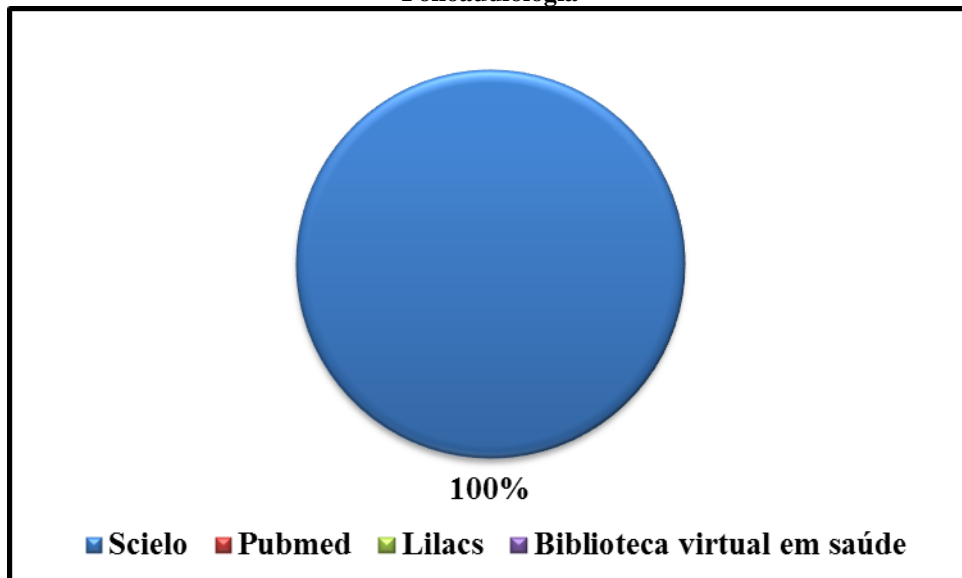
Figura 3 - Resultado por descritor em banco de dados - Disfagia AND via alternativa de alimentação



Fonte: Dados da pesquisa

- Disfagia AND Multidisciplinar AND Fonoaudiologia
Com esse descritor, foram encontrados um total de 3 artigos, conforme figura 4.

Figura 4 - Resultado por descritor em banco de dados – Descritor: Disfagia AND Multidisciplinar AND Fonoaudiologia

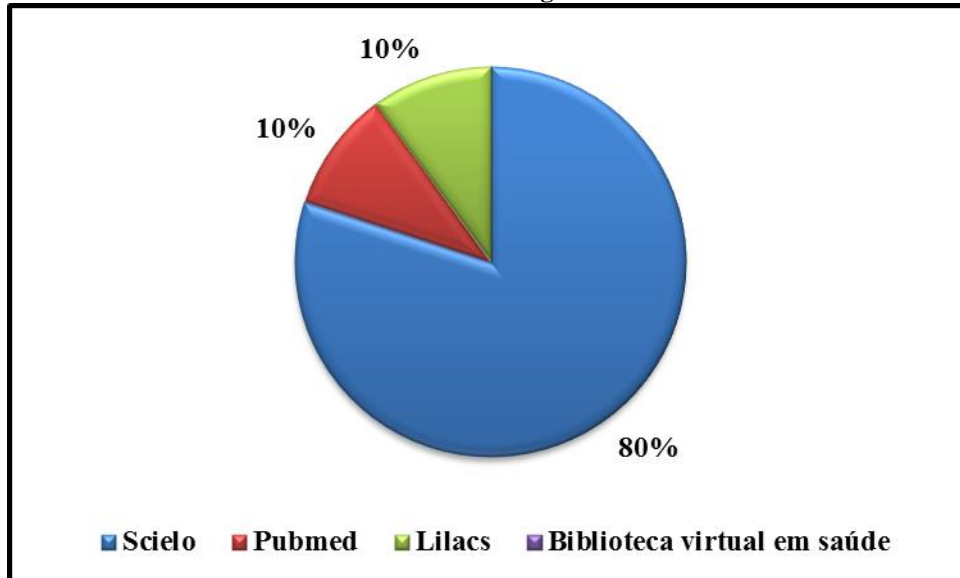


Fonte: Dados da pesquisa

- Disfagia AND Hospitalar AND Fonoaudiologia

Com esse descritor, foram encontrados um total de 10 artigos, conforme figura 5.

Figura 5 - Resultado por descritor em banco de dados – Descritor - Disfagia AND Hospitalar AND fonoaudiologia

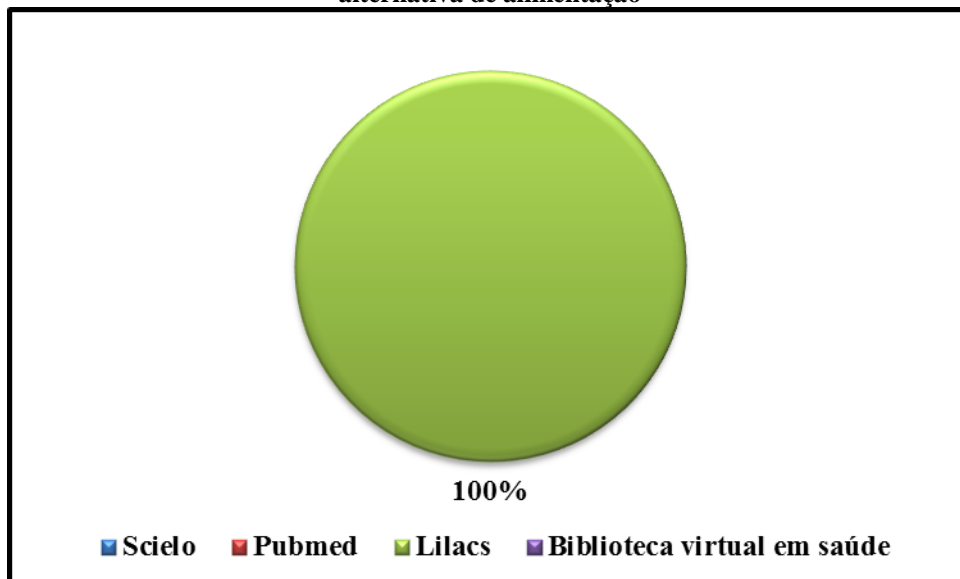


Fonte: Dados da pesquisa

- Disfagia AND Hospitalar AND Via alternativa de alimentação

Com esse descritor, foram encontrados um total de 3 artigos, conforme figura 6.

Figura 6 - Resultado por descritor em banco de dados – Descritor - Disfagia AND Hospitalar AND Via alternativa de alimentação



Fonte: Dados da pesquisa

- Disfagia AND Hospitalar AND Multidisciplinar AND Fonoaudiologia
Com esse descritor não foram encontrados artigos nos bancos de dados

Destes artigos, 20 foram filtrados de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa, sendo retirados dos bancos de dados conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Artigos encontrados e utilizados por base de dados

Banco de Dados	Artigos Encontrados	Artigos Utilizados
Scielo	28	9
Pubmed	2	1
Lilacs	29	4
Bibliotecas virtuais	7	5

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da pesquisa, foram filtrados 20 artigos que apresentaram relevância para a pesquisa, sendo eles apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Estudos utilizados

(Continua)

Autor	Ano	Título	Tipo de estudo
Abdubmassib E.M.S, Macedo F., Santos R.S.	2009	Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar.	Quantitativo
Barbosa J.A.G.	2012	O que pensam os Pacientes sobre o uso de sondas para se alimentar	Qualitativo
Barbosa J.A.G; Freitas M.I.F.	2005	Representações sociais sobre a alimentação por sonda obtidas de pacientes adultos hospitalizados	Qualitativo
Costa K.N; Guimarães V.C.	2012	Fonoaudiologia nos serviços de urgência e emergência do Brasil: série histórica de 2005 a 2011	Qualitativo

Quadro 2 - Estudos utilizados

(Continuação)

Autor	Ano	Título	Tipo de estudo
Inaoka C; Albuquerque C.	2014	Efetividade da Intervenção Fonoaudiológica na progressão da alimentação Via Oral em Pacientes com Disfagia Orofaríngea Pós AVE	Quantitativo
Leite I.C.G; Clemente M.C,K.C; Martins L.S; Bittar C.L.	2004	Fonoaudiologia hospitalar	Qualitativo
Maciel J.R.V; Oliveira C.J.R; Tada C.M.P.	2008	Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília	Quantitativo
Mancopes R.; Gonçalves B.F.T; Costa CC; Flores T.G; Santos L.D; Drozd D.R.C	2013	Relato de caso. A importância da atuação multiprofissional	Estudo de caso.
Mendes F.S; Horikawa D.	2011	Importância da intervenção interdisciplinar em idosos com disfagia	Qualitativo
Nogueira S.C.J; Carvalho A.P.C; Melo C.B	2013	Perfil de Pacientes em Uso de Via Alternativa de Alimentação Internados em um Hospital Geral	Qualitativo
Oliveira M.M.G; Teruel S.L; Lima J.L	2008	Terapia Nutricional em Disfagia: A Importância do Acompanhamento Nutricional	Qualitativo
Padovani A.R; Moraes D.P; Sassi F.C	2013	Avaliação Clínica da Deglutição em Unidade de Terapia Intensiva	Quantitativo
Santoro P.P	2008	Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras.	Quantitativo
Silva R.G	2007	A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea	Revisão de literatura

Quadro 2 - Estudos utilizados

(Conclusão)

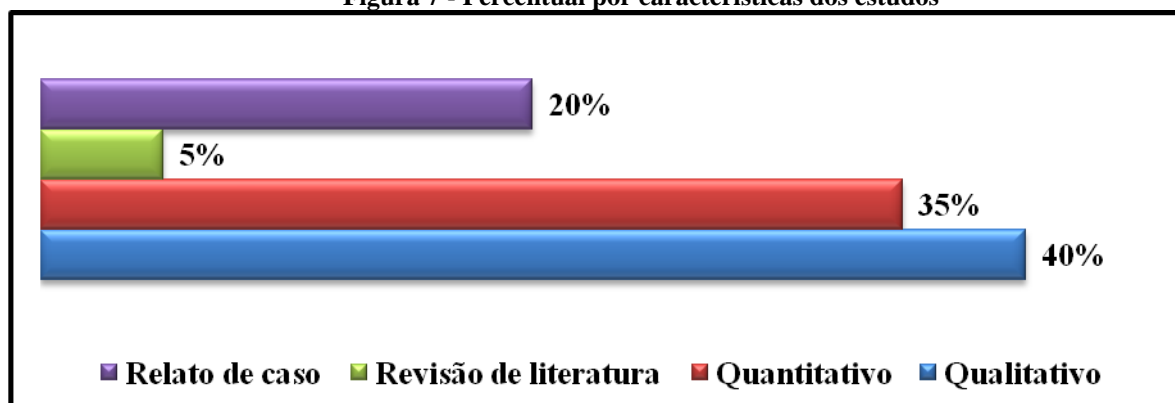
Autor	Ano	Título	Tipo de estudo
Silva R.G; Jorge A.G; Peres F.M.	2010	Protocolo para Controle de Eficácia Terapêutica em Disfagia Orofaríngea	Estudo de caso
Silva R.G; Motonaga S.M; Cola P.C	2012	Estudo Multicêntrico Sobre Escalas para Grau de Comprometimento em Disfagia Orofaríngea Neurogênica	Quantitativo
Silverio C.C; Hernandez A.M; Gonçalves M.I	2010	Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica	Quantitativo
Sousa A.A; Gloria M.S; Cardoso T.S	2011	Aceitação de dietas em ambiente hospitalar	Qualitativo
Souza L.A.P; Duarte M.J.F	2009	Recusa de Via natural de Alimentação Após Reabilitação Funcional da Disfagia em Contexto Hospitalar: Implicações Biopsíquicas	Estudo de caso
Toufen C.J; Camargo F.P; Carvalho C.R.R	2007	Pneumonia Aspirativa Associada e alterações da deglutição. Relato de caso	Estudo de caso

Fonte: A autora

4.1 Característica dos estudos

Após análise dos trabalhos encontrados foi possível conhecer as características dos estudos, utilizadas pelos autores. O resultado está exposto na Figura 7

Figura 7 - Percentual por características dos estudos

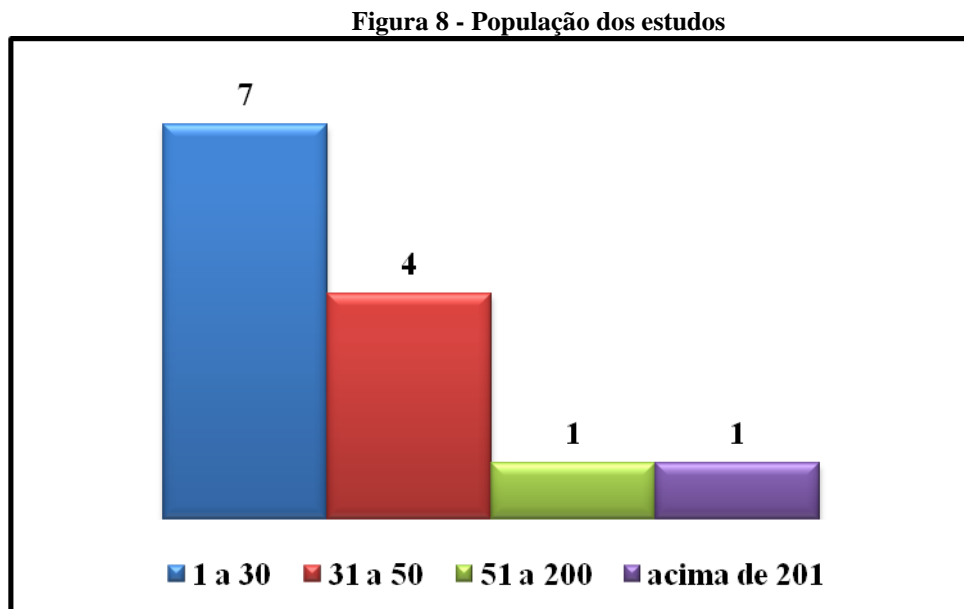


Fonte: Dados da pesquisa

Conforme figura 8, a maioria dos estudos encontrados foi do tipo qualitativo, sendo utilizados oito (8) artigos, seguidos por estudo quantitativo com sete (7) artigos, relato de caso com quatro (4) artigos e revisão de literatura com apenas um (1) artigo.

4.2 População dos estudos

Após a análise dos trabalhos selecionados, foi possível observar que os estudos possuem em sua maioria um número baixo de participantes, indo de um (1) participante nos casos clínicos, até 229 nos estudos que utilizaram como base o prontuário dos pacientes, conforme figura 8.



Fonte: Dados da pesquisa

É possível observar que na maioria dos estudos a população utilizada não passa de 30 voluntários, porém, tem-se esse número pois boa parte dos trabalhos encontrados realizam um estudo de caso, onde existe apenas um participante em questão. No caso, dos 7 artigos que tiveram até 30 pessoas como população, 4 se tratavam de relato de um único caso.

Os números apresentados indicam uma baixa precisão nos estudos, pois tem-se no meio acadêmico que, quanto maior a população estudada, maior a fidelidade do trabalho. Nos casos de relato de caso, o que é observado em apenas um paciente se torna inconsistente quando ampliamos para um grande grupo, impossibilitando a generalização dos resultados (Ministério da Educação, 2008)

Nos estudos de caso, os autores trabalharam com temas como elaboração de protocolos, a atuação multiprofissional, recusa alimentar e a pneumonia aspirativa. Visto isso,

os artigos tiveram como tema comum a atuação fonoaudiológica, conforme quadro 3 por ordem alfabética do nome do autor.

Quadro 3 - Fonoaudiologia nos estudos de caso

Autor	Resultado
Mancopes R, Gonçalves B.F.T, Costa C.C, Flores T.G, Santos L.D; Drozd D.R.C	A fonoaudiologia deve atuar desde a internação hospitalar, participando das orientações pré e pós-operatórias, tranquilizando o paciente e fortalecendo o vínculo. A fonoterapia é responsável por progredir o paciente para a alimentação por via oral de forma segura reduzindo os custos hospitalares.
Silva R.G; Jorge A.G; Peres F.M	A eficácia da fonoterapia ainda é muito discutida entre os profissionais.
Souza L.A; Duarte M.J.F	O trabalho do fonoaudiólogo deve auxiliar o paciente a recuperar a segurança ao se alimentar, ajudando no enfrentamento e compreendendo possíveis motivos que levem a uma dificuldade na alimentação. Deve-se sempre trabalhar baseado na escuta e interpretação emocional do paciente.
Toufen J.C; Camargo F.P; Carvalho C.R.R	O fonoaudiólogo deve realizar avaliação da deglutição nos pacientes hospitalizados, a fim de determinar a ocorrência ou não de complicações pulmonares, evitando a evolução para o quadro de pneumonia aspirativa.

Fonte: A autora

Além dos estudos de caso, outros autores trazem a questão da atuação da fonoaudiologia em seus estudos, alguns focando na eficácia da terapia fonoaudiológica nos pacientes disfágicos, outros na atuação da fonoaudiologia como parte da equipe multidisciplinar hospitalar. Os resultados sobre esse assunto, encontrados nos artigos que tratam especificamente sobre a atuação da fonoaudiologia estão dispostos no quadro 4 por ordem alfabética do nome do autor.

Quadro 4 - Atuação da fonoaudiologia – Artigos específicos

Autor	Resultado
Costa K.N; Guimarães V.C	A fonoaudiologia deve estar inserida na equipe de emergência, atendendo os pacientes mediante parecer de outras especialidades ou por meio de busca ativa. É importante que o fonoaudiólogo assuma na emergência um atendimento diferenciado, no local e na situação em que for necessária, avaliando o sistema estomatognático e as funções neurovegetativas, identificando os problemas de deglutição. A fonoterapia deve evitar o agravamento dos pacientes e futuras complicações, reabilitando a deglutição e levando a uma possível remoção das vias alternativas de alimentação, reduzindo o tempo de internação e os custos hospitalares.
Inaoka C; Albuquerque C.	A terapia fonoaudiológica no ambiente hospitalar tende a identificar a disfagia rapidamente, reduzindo o tempo de uso de via alternativa de alimentação e o tempo de hospitalização, reduzindo conseqüentemente os custos hospitalares. A fonoterapia pode reabilitar até 92% dos pacientes.
Leite I.C.G; Simões A.G; Clemente M.C.K.C; Martins L.S; Bittar A.S; Bittar A.L; Homem J.A; Mattos V.S	O fonoaudiólogo deve, dentro do ambiente hospitalar, atuar com o paciente ainda no leito, de forma preventiva, intensiva, pré e pós cirúrgica, dando o respaldo técnico a equipe multidisciplinar. A intervenção da fonoaudiologia deve iniciar assim que os sinais vitais do paciente estejam reestabelecidos pela equipe médica, sem horário estipulado e na maior frequência possível.
Mendes F.S; Horikawa D.	A fonoaudiologia deve avaliar e verificar a presença da disfunção da deglutição já na entrada do paciente pela emergência, verificando a gravidade por meio de avaliação estrutural e funcional, iniciando o mais rapidamente a terapia para reabilitação e quando necessária uma via alternativa de alimentação.

Fonte: A autora

Pode-se observar nos resultados acima que uma constatação importante para a fonoaudiologia é que sua atuação nos pacientes hospitalizados tem o potencial de reduzir o tempo de internação, reduzindo os custos hospitalares, tornando-se a equipe multidisciplinar uma necessidade e um investimento, a fim de trabalhar com redução de custo final da internação. Além do citado, outros autores referem à importância da fonoterapia hospitalar não só na redução do tempo de internação, mas também na diminuição dos casos de reinternação por complicações pulmonares e/ou de deglutição.

Outros autores tratam da questão da fonoaudiologia hospitalar, lembrando a importância da fonoterapia de diversas formas nesse ambiente, conforme resultados no quadro 5.

Quadro 5 - Atuação fonoaudiológica

Autor	Resultados
Oliveira M.M.G; Teruel S.L; Lima J.L	O fonoaudiólogo é o profissional mais capacitado para atender a disfagia, sendo responsável pela avaliação, definição de condutas terapêuticas e de devolver ao paciente a capacidade de se alimentar.
Silva R.G	A fonoterapia tem como objetivo a melhora da qualidade de vida do paciente, por meio da melhora da função ou compensação de suas habilidades. A eficácia da reabilitação depende da elaboração de um plano terapêutico capaz de melhorar a dinâmica da deglutição evoluindo o quadro clínico geral do paciente.
Padovani A.R; Moraes D.P; Sassi C.	A intervenção fonoaudiológica nos pacientes disfágicos pode reduzir o tempo de internação e de re-internações por complicações da disfunção na deglutição.
Abdumassib E.S; Macedo F.E.D; Santos R.S	Nos pacientes acometidos com disfagia após acidente vascular cerebral, a fonoaudiologia deve realizar avaliação considerando o nível cognitivo, pois o rebaixamento do nível de consciência interfere na prontidão dos reflexos, piorando a deglutição. A avaliação pode ser realizada clinicamente ou através de exames como a endoscopia e a videofluoroscopia.
Nogueira S.C.J; Carvalho A.P.C; Melo C.B	A ausência do atendimento fonoaudiológico inserido na equipe multidisciplinar pode resultar na demora do diagnóstico da disfagia, retardando o tratamento e causando complicações clínicas.
Silvério C.C; Hernandez A.M; Gonçalves M.I	O atendimento especializado da fonoaudiologia deve colaborar com a equipe multidisciplinar, sendo responsável pela redução do tempo de uso da via alternativa de alimentação e pelo tempo de hospitalização, buscando a melhora do estado pulmonar. A fonoterapia melhora significavelmente a ingestão oral, independente do tempo de acometimento da disfagia.

Fonte: A autora

Costa e Guimarães (2012) apontam que a fonoaudiologia deve estar inserida na equipe de emergência, assumindo um atendimento diferenciado, opinião que também é expressa por Mendes e Horikawa (2011) que falam sobre a importância do atendimento fonoaudiológico já

na emergência, a fim de verificar riscos para complicações da deglutição, realizando uma avaliação, seja por meio ativo ou a partir de pedidos de parecer da equipe. Leite, Simões, Clemente, Martins, Bittar, Homem e Mattos (2004) completam que dentro do ambiente hospitalar a fonoaudiologia deve atuar de forma preventiva e intensiva, dando respaldo técnico à equipe multidisciplinar, iniciando o atendimento o mais breve possível a partir da entrada do paciente no hospital, concordando com Mancopes El al. Toufen, Camargo e Carvalho (2007) quando reafirmam que o fonoaudiólogo deve realizar a avaliação da deglutição em todos os pacientes hospitalizados, a fim de evitar uma complicação pulmonar.

Oliveira et al (2008) afirma que o fonoaudiólogo é o profissional mais capacitado para atender a disfagia, desde sua avaliação a definição da conduta terapêutica, Silva, Jorge e Peres (2007) concordam com Inaoka e Albuquerque (2014) ao afirmar que o trabalho desse profissional deve auxiliar o paciente a recuperar a segurança alimentar, reduzindo o tempo de uso de VAA, podendo reabilitar até 92% dos pacientes.

O objetivo da fonoterapia é colocado por Silva (2007), como a melhora da qualidade de vida do paciente, a partir da melhora de suas habilidades. A eficácia dessa reabilitação depende também, segundo Abdumassib et al (2009) do nível cognitivo que o paciente se apresenta, visto que a queda do nível de consciência interfere nas respostas ao tratamento.

A intervenção fonoaudiológica na disfagia é responsável pela redução do tempo de internação com a retirada da via alternativa com mais rapidez, diminuindo assim os custos hospitalares, como constataram Padovani, Moraes e Sassi (2013); Silvério, Hernandez e Gonçalves (2010); Inaoka e Albuquerque (2014); Costa e Guimarães (2012 e Mancopes, Gonçalves, Costa, Flores, Santos e Drozd (2013)).

A fonoaudiologia deve fazer parte da equipe multidisciplinar, a fim de colaborar com o auxílio técnico aos outros profissionais, além de acelerar o diagnóstico da disfagia, evitando complicações clínicas, sendo o profissional responsável pela reabilitação da capacidade de se alimentar por via oral (Nogueira S.C.J, Carvalho A.P.C, Melo C.B – 2013). Observa-se então que a indicação do uso de VAA nos pacientes disfágicos é realizada a partir da avaliação fonoaudiológica realizada, porém não parte desse profissional a decisão da colocação nem a escolha do tipo de sonda mais eficiente.

Dos artigos estudados, 7 artigos não relatavam o fonoaudiólogo para realização de nenhuma atividade com os pacientes, falando apenas de atuação terapêutica de forma geral e de equipe disciplinar. Algo que pode-se observar em comum em quase todos os artigos estudados é a associação entre disfagia e a VAA, sem o dado de incidência do uso das vias alternativas nesses pacientes, nem a indicação do tipo de via alternativa utilizada em cada

caso. Apenas Maciel, Oliveira e Tada (2008), Gloria e Cardoso (2001), Padovani, Moraes e Sassi (2013), Santoro (2008), Abdubmassib, Macedo e Santos (2009), Silva, Motonaga e Cola (2012), Souza e Duarte (2009), Oliveira, Teruel e Lima (2008), Leite, Simões, Clemente, Martins, Bittar, Homem e Mattos (2004), Silva, R.G (2007), Silva, R.G; Jorge, A.G; Peres, F.M (2010) não comentam sobre o uso de VAA na disfagia. Os artigos tratam a VAA conforme Quadro abaixo:

Quadro 6 - Via alternativa de alimentação na disfagia

(Continua)

Autor	Resultados
Toufen, C.J; Camargo, F.P; Carvalho, C.R.R	O uso de via alternativa de alimentação na disfagia reduz de 50% para 13% os casos de pneumonia aspirativa nos pacientes internados em unidade de terapia intensiva.
Mendes, F.S; Horikawa, D	A via alternativa de alimentação deve ser iniciada após a avaliação fonoaudiológica, já nas emergências.
Barbosa, J.A.G; Freitas, M.I.F	A via alternativa é utilizada para evitar a desnutrição dos pacientes, porém a ausência da alimentação por via oral faz com que o momento da refeição deixe de ser um momento prazeroso, fazendo com que a maioria dos pacientes não aceite a utilização da sonda. O tempo de utilização da VAA e a percepção da família são fundamentais para a aceitação da dieta.
Barbosa, J.A	A escolha do tipo de VAA deve ser baseada no tempo necessário de uso, sendo tanto a sonda enteral como a sonda nasogátrica indicadas para um prazo inferior a 30 dias, e a partir desse tempo a indicação é das sondas de gastrostomia ou jejunostomia. Cada paciente se relaciona de uma forma diferente com o uso da sonda, devendo o profissional respeitar e solucionar eventuais angústias e dúvidas.
Nogueira, S.C.J; Carvalho, A.P.C; Melo, C.B	A nutrição enteral é realizada através de sondas nasogástricas, nasoentéricas ou ostomias, e deve ser associada ou substituída pela nutrição enteral quando a sondagem não for suficiente. A VAA é indicada na maioria das vezes devido ao rebaixamento do nível de consciência, que impede o paciente de se alimentar por via oral.
Inaoka, C; Albuquerque, C	O tempo de uso de VAA pode ser diminuído com a terapia fonoaudiológica.

Quadro 6 - Via alternativa de alimentação na disfagia

(Conclusão)

Autor	Resultados
Costa, K.N, Guimarães, V.C	A remoção da VAA é antecipada com a fonoterapia reabilitando a deglutição.
Mancopes, R; Gonçalves, B.F.T; Costa, C.C; Flores, T.G; Santos, L.D; Drozdz D.R.C	A fonoterapia é responsável pela progressão da alimentação alternativa para alimentação por via oral.

Fonte: A autora

Durante a revisão da literatura não foi possível encontrar artigos que enfatizassem a incidência do uso de VAA nos pacientes disfágicos hospitalizados. Os artigos tratam na maioria das vezes, sobre o uso das vias alternativas, da equipe multidisciplinar responsável pelos cuidados desses pacientes e a percepção do próprio paciente sobre o uso de uma alimentação artificial. O uso da VAA é relacionado diretamente a disfagia e a desnutrição hospitalar, ora tratada como sintoma de uma patologia de base, ora como resultado de uma deficiência na deglutição.

Quando há indicação de VAA, ela deve acontecer após a avaliação fonoaudiológica já na emergência, evitando a desnutrição dos pacientes. Os casos de indicação mais comuns da VAA são nos casos de rebaixamento do nível de consciência, que impede a alimentação por via oral. A escolha do tipo de VAA deve ser baseada no tempo necessário do uso, podendo esse tempo ser reduzido com a atuação da fonoaudiologia de forma terapêutica.

Toufen, Camargo e Carvalho (2007) ressaltam que o uso da VAA nos pacientes disfágicos hospitalizados reduz de 50% para 13% os casos de pneumonias aspirativas nos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva. O paciente que utiliza a via alternativa para se alimentar deve ser avaliado de forma total, lembrando sempre que o momento da alimentação deixou de ser algo prazeroso e social. A percepção familiar e do paciente sobre a sonda é fundamental para a reabilitação, sendo que o profissional deve respeitar e solucionar eventuais dúvidas sobre a sondagem.

5 CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados obtidos, pode-se perceber que o uso de VAA nos pacientes hospitalizados com disfagia é um tema pouco estudado. A VAA utilizada em cada tipo de disfagia e a incidência do uso dessas vias alternativas ainda são desconhecidos, sendo necessário que haja mais pesquisas na área a fim de verificar a indicação dessa forma alimentar, assim como todos os outros aspectos vinculados a utilização desse meio dentro do ambiente hospitalar.

Também se pode verificar que a fonoaudiologia ainda não é levada em consideração no tratamento e indicação desse tipo de alimentação por todos os autores, reforçando a importância de novos estudos na área focando a importância da fonoaudiologia na participação da equipe multidisciplinar, como profissional qualificado para avaliar, indicar e reabilitar a deglutição.

REFERÊNCIAS:

- ABDUBMASSIB, Edna Márcia da Silva; MACEDO FILHO, Evakdi Dacheux; SANTOS, Rosane Sampaio. **Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar**. Otorrinolaringologia, São Paulo, v. 13, n. 1, p.55-62, mar. 2009.
- SOUSA, A.A., GLORIA M. S., CARDOSO T. S. **Aceitação de dietas em ambiente hospitalar** Revista de nutrição, Campinas, 24(2):287-294, Mar/abr, 2011
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Fourth edition (DSM-IV). Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
- APPOLINÁRIO, J. C; CLAUDINO, A M. **Transtornos alimentares**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 2000. P.28-31
- BARBOSA, J.A.G., FREITAS M.I.F. **Representações sociais sobre a alimentação por sonda obtidas de pacientes adultos hospitalizados**. Rev Latino-am Enfermagem 2005 março-abril; 13(2):235-42.
- BARBOSA, J. A. G. **O que pensam os Pacientes sobre o uso de sondas para se alimentar**. Tecer, Belo Horizonte, v. 5, n. 9, p.30-37, nov. 2012.
- BIGAL A, HÁRUMI D, LUZ M, LUCCIA G, ET AL. **Disfagia do idoso: estudo videofluoroscópico de idosos com e sem doença de Parkinson**. Disturb Comun 2007; 19(2): 213-23.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da diretoria colegiada - rcd nº 63**. Brasília, 6 de julho de 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar** – Brasília, 2005.
- COSTA, K.N., GUIMARÃES, V.C. **Fonoaudiologia nos serviços de urgência e emergência do Brasil: série histórica de 2005 a 2011**. Distúrb Comun, São Paulo, 24(1): 69-75, abril, 2012.
- CORDÁS, T.A. **Transtornos alimentares: classificação e Diagnóstico**. Revista de Psiquiatria Clínica. 31 (4); 154-157, 2004
- EHRlichmann, M. - **Public Health Service: The Role of Speech Language Pathologists in the Management of Dysphagia**. Health technology assessment reports, 1989(1):1-8.

FERREIRA, I. K. C. **Terapia Nutricional em Unidade de Terapia Intensiva**. Terapia Intensiva, São Paulo, v. 19, n. 1, p.90-97, mar. 2007.

FURIA C.L.B.. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Tratado de Fonoaudiologia. **Disfagias Mecânicas**. São Paulo: Editora Roca; 2010. p.386-404.

FURKIM A.M, SCCO A.B.F. **Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador**. Rev CEFAC 2008;10(4):503-12.

GUIMARÃES D. B. S. SALZANO F. T. ABREU C. N. **Indicações para internação hospitalar completa ou parcial**. Revista Brasileira de Psiquiatria vol.24suppl.3 São Paulo Dec. 2002.

INAOKA, C., ALBUQUERQUE, C. **Efetividade da Intervenção Fonoaudiológica na progressão da alimentação Via Oral em Pacientes com Disfagia Orofaríngea Pós AVE**. Cefac, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.187-196, jan-fez. 2014

LEITE I.C.G, SIMÕES A.G, CLEMENTE M.C.K.C, MARTINS L.S, BITTAR A.S, BITTAR C.L, HOMEM J.A DE S, MATTOS V.S. **Fonoaudiologia hospitalar**. J Bras Fonoaudiol 2004; 4(17)

MACIEL, J.R.V.; OLIVEIRA, C.J.R.; TADA, C.M.P. **Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília**. Nutrição, Campinas, v. 4, n. 21, p.411-421, jul-ago.2008.

MANCOPES R, GONÇALVES B.F.T, COSTA C.C, FLORES T.G, SANTOS L.D, DROZDZ D.R.C. **Relato de caso. A importância da atuação multiprofissional**. Rev. CEFAC. 2013 Set-Out; 15(5):1379-1386

MENDES, F.S.; HORIKAWA, D. **Importância da intervenção interdisciplinar em idosos com disfagia**. Crinorte [online].2011, vol. 24. [31/08/2014]

MILLER, R.M.; LANGMORE, S.E. - **Treatment Efficacy for Adults with Oropharyngeal Dysphagia**. ARCH PHYS MED REHABIL , 75: 1256-62, 1994.

MORAES, D.P.; ANDRADE, C.R.F. **Indicadores de Qualidade para o Gerenciamento da Disfagia em Unidades de Internação Hospitalar**. Fonoaudiologia, São Paulo, v. 1, n. 23, p.89-94, mar. 2011.

NOGUEIRA, S.C.J.; CARVALHO, A.P.C.; MELO, C. B. **Perfil de Pacientes em Uso de Via Alternativa de Alimentação Internados em um Hospital Geral**. Cefac, São Paulo, v. 15, n. 1, p.94-104, jan. 2013.

OLIVEIRA, M.M.G.; TERUEL, S.L.; LIMA, J.L. **Terapia Nutricional em Disfagia: A Importância do Acompanhamento Nutricional**. Brasileira de Ciências da Saúde, São Paulo, v. 16, n. 6, p.71-76, abr. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros) e suas equipes auxiliares**. Genebra: Organização Pan-Americana de Saúde; 1999.

PADOVANI, A.R.; MORAES, D.P.; SASSI, F.C. **Avaliação Clínica da Deglutição em Unidade de Terapia Intensiva**. Cogas, São Paulo, v. 25, n. 1, p.1-7, jul. 2013.

SANTORO, P.P. **Editorial II - disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras**. Rev. CEFAC [online]. 2008, vol.10, n.2, pp. 0-0. ISSN 1982-0216.

SILVA, R.G. JORGE, A.G.; PERES, F.M. **Protocolo para Controle de Eficácia Terapêutica em Disfagia Orofaríngea Neurigênica**. Cefac, São Paulo, v. 12, n. 1, p.75-81, jan. 2010.

SILVA, R.G.; MOTONAGA, S.M.; COLA, P.C. **Estudo Multicêntrico Sobre Escalas para Grau de Comprometimento em Disfagia Orofaríngea Neurogênica**. Brasileira de Fonoaudiologia, São Paulo, v. 17, n. 2, p.167-170, fev. 2012.

SILVA R. G. **A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea**. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v. 19, n. 1, p.123-130, jan.-abr. 2007.

SILVÉRIO, C.C; HERNANDEZ A.M.; GONÇALVES M.I. **Infesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica**. São Paulo. CEFAC, 2010. Nov-Dez; 12(6);964-970.

SIGULEM D. M.; DEVINCENZI M. U, LESSA A. C. **Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente**. Jornal da Pediatria, Rio de Janeiro, 2000; Ed.76(Supl.3): s275-s84.

SOUZA, L.A.P.; DUARTE, M.J.F. **Recusa de Via natural de Alimentação Após Reabilitação Funcional da Disfagia em Contexto Hospitalar: Implicações Biopsíquicas**. Distúrbio Comum, São Paulo, v. 21, n. 2, p.251-257, ago. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional ad criança e do adolescente – Manual de orientação** / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia – são Paulo, 2009.

SWEZZIA, S.L.; TRENCH, B. **Admirável lugar no mundo dos velhos: práticas e vivências fonoaudiológicas em hospitais**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p.78-91, set-dez. 2004.

TALBOTT J., HALES R.; YUDOFKY S. **Tratado de psiquiatria**. Porto Alegre, Editora Artes Médicas; 1992. P. 303 -314.

TOUFEN JUNIOR, C.; CAMARGO, F.P.; CARVALHO, C.R.R. **Pneumonia Aspirativa Associada e alterações da deglutição. Relato de caso.** Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 19, n. 1, p.118-122, jan. 2007.

WAITZBERG D. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica.** São Paulo: Atheneu, 2006.