



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO
ERNANI DE SÃO THIAGO**



DAIANE BASSI

**DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA:
CONSIDERAÇÕES SOBRE DEGLUTIÇÃO E QUALIDADE
DE VIDA**

Florianópolis

2014

DAIANE BASSI

**DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA:
CONSIDERAÇÕES SOBRE DEGLUTIÇÃO E QUALIDADE
DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção de título de Mestra em Saúde – Área de Concentração: Cuidados intensivos. Linha de Pesquisa: Tecnologias e Inovações no cuidado.

Orientadora: Fga. Dra. Ana Maria Furkim

Florianópolis

2014



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM
SAÚDE**

**“Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: considerações
sobre deglutição e qualidade de vida”.**

Daiane Bassi

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
SAÚDE**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos**

Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncetto

Coordenadora do Mestrado Profissional Multidisciplinar em
Saúde

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Furkim (Presidente)

Prof. Dr. Maria Rita Pimenta Rolim (Membro)

Profa. Dra. Leila John Marques Steidle (Membro)

Prof. Dr. Elisa Gomes Vieira (Membro)

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

Bassi, Daiane
Doença Pulmonar Obstrutiva
Crônica: considerações sobre
deglutição e qualidade de vida /
Daiane Bassi ; orientadora, Ana
Maria Furkim - Florianópolis, SC,
2014. 86 p.

Dissertação (mestrado
profissional) - Universidade Federal
de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Transtornos da
deglutição. 3. DPOC. 4. Qualidade
de vida. 5. Fonoaudiologia. I.
Furkim, Ana Maria. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa
de Pós-Graduação Multidisciplinar
em Saúde. III. Título.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o porto seguro a fonte de fé e coragem;

Mãe e a mana, meus exemplos maiores, minhas fontes de amor, carinho e força pra seguir em frente;

À minha amiga, irmã e comadre Julinha, por todos os momentos, conhecimentos, conversas, amizade e amor compartilhados e, a tia Goret e tio Ademar por me receberem como filha;

Às fono do HU-UFSC e queridas amigas Isa e Mari, e as residentes e também queridas amigas Nati e Babi pela parceria, ajuda e amizade.

À professora Furkim, minha orientadora, desorientadora, com quem aprendo, rio, invento, cresço e a quem eu admiro;

Às Dras. Leila e Mariangela pela ajuda;

Às fisios mestradas da UDESC, Aline e Karoliny pela colaboração;

Aos pacientes que aceitaram fazer parte deste estudo;

À banca examinadora, Dra. Leila, Dra. Mariangela, Fga. Maria Rita e Fga. Elisa, por aceitarem o convite e pelas contribuições;

À equipe da Radiologia – Hu- UFSC;

E a todos que sempre me apoiaram para conquistar mais esta etapa!

Com muito carinho deixo aqui, o meu agradecimento e votos que todos os laços construídos tenham sim, embelezado o percurso e agregado conhecimento a esta jornada!

*Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena
acreditar no sonho que se tem.
Ou que seus planos nunca vão dar certo,
ou que você nunca vai ser alguém.
Tem gente que machuca os outros,
tem gente que não sabe amar.
Mas eu sei que um dia a gente aprende...
Se você quiser alguém em quem confiar...
Confie em si mesmo...
Quem acredita sempre alcança!*

(Renato Russo)

RESUMO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença respiratória prevenível e tratável, caracterizada pela obstrução ao fluxo aéreo persistente ou, parcialmente reversível. Há a necessidade de se estudar esta população quanto às alterações da deglutição e risco para disfagia orofaríngea para um diagnóstico e tratamento adequados e possível redução do índice de complicações pulmonares. **Objetivo:** Verificar o padrão de deglutição e aspectos de qualidade de vida em pacientes com DPOC. **Métodos:** A pesquisa foi transversal do tipo exploratória, com análise quantitativa dos resultados. Pacientes de ambos os gêneros, idade superior a 40 anos, com diagnóstico de DPOC e não dependentes de oxigênio, que fazem acompanhamento ambulatorial na clínica de pneumologia de um hospital universitário foram convidados a participar da pesquisa. Os pacientes passaram por avaliação funcional da deglutição, responderam a um questionário de qualidade de vida para pacientes com doenças pulmonares e foram avaliadas as imagens das videofluoroscopias da deglutição. **Resultados:** a maioria dos pacientes eram do gênero masculino, todos os participantes eram ex-tabagistas. Não foram encontradas alterações relevantes na deglutição dos pacientes com DPOC em fase controlada da doença. Alto índice de pacientes relatam “afogar-se com alimento” durante as crises da doença e há grande comprometimento da qualidade de vida dos pacientes mesmo na fase controlada da doença. **Conclusão:** A deglutição dos pacientes com DPOC em fase controlada da doença não apresentou alterações relevantes na sua biomecânica nessa população. A alteração encontrada com frequência está relacionada provavelmente ao envelhecimento e a presbifagia. Os pacientes relataram “engasgar-se com alimento” em crises da doença. A qualidade de vida fica limitada e incapacita os pacientes a realizarem suas atividades de vida diária e de lazer.

Palavras chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Transtornos de deglutição, Fonoaudiologia, Qualidade de Vida

ABSTRACT

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a preventable and treatable respiratory disease characterized by persistent obstruction or partially reversible airflow. There is a need to study this population regarding changes in swallowing and risk for oropharyngeal dysphagia for a diagnosis and appropriate treatment and can reduce the rate of pulmonary complications.

Objective: To investigate the pattern of swallowing and aspects of quality of life in patients with COPD. **Methods:** The study was cross-sectional exploratory type, with quantitative analysis of the results. Patients of both genders, age over 40 years, diagnosed with COPD and not dependent on oxygen, forming the outpatient pulmonology clinic of a university hospital were invited to participate. Patients underwent functional assessment of swallowing, answered a questionnaire on quality of life for patients with lung disease and were evaluated images of videofluoroscopies swallowing. **Results:** Most patients were male, all participants were former smokers. No relevant changes were found in the swallowing of COPD patients in controlled phase of the disease. High rate of patients report "drown with food" during the crises of the disease and there are compromising the quality of life of patients even in the controlled phase of the disease. **Conclusion:** Swallowing of COPD patients in controlled phase of the disease showed no significant changes in its biomechanical this population. The change is often found probably related to aging and presbifagia. Patients reported "choke with food" crises in the disease. The quality of life is limited and incapacitates patients to perform activities of daily living and leisure.

Key words: Pulmonary Disease, Chronic Obstructive; Deglutition Disorders; Speech, Language and Hearing Sciences; Quality of Life

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO DO GÊNERO DOS PARTICIPANTES	59
FIGURA 2: DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL ESTASE ALIMENTAR EM VALÉCULA E/OU RECESSOS PIRIFORMES POR CONSISTÊNCIA .	60
FIGURA 3: QUEIXA DE ENGASGOS DURANTE ALIMENTAÇÃO	61
FIGURA 4: QUEIXA DE FALTA DE AR DISTRIBUÍDO PELOS DIAS DE UMA SEMANA.....	62
FIGURA 5: QUEIXA TOSSE DISTRIBUÍDA PELOS DIAS DE UMA SEMANA.....	63
FIGURA 6: NÚMERO DE CRISES DA DPOC NO PERÍODO DE UM ANO	64
FIGURA 7: IMPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS NAS ATIVIDADES DIÁRIAS E DE LAZER	65

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: AVALIAÇÃO DOS PACIENTES CONFORME AS CLASSIFICAÇÕES UTILIZADAS NOS PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO (ASED E VIDEOFLUOROSCOPIA	66
TABELA 2: CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO O SGRQ	67

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	OBJETIVOS	14
2.1.	OBJETIVO GERAL:	14
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	14
3.	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1.	FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO.....	15
3.2.	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	16
3.3.	AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO	21
3.4.	DISFAGIA OROFARÍNGEA	22
3.5.	QUALIDADE DE VIDA.....	27
4.	METODOLOGIA	31
5.	RESULTADOS.....	36
	Manuscrito: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Considerações sobre deglutição e qualidade de vida.....	37
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
7.	REFERÊNCIAS.....	69
	ANEXO A.....	80
	ANEXO B	83
	ANEXO C	92
	ANEXO D.....	98
	APÊNDICE A	107

1. INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias crônicas representam um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, pois interferem na capacidade física das pessoas, o que gera grande impacto socioeconômico e na qualidade de vida das pessoas afetadas. Estimativas apontam a DPOC como a terceira maior causa de morte no mundo em 2030 (GOLD, 2011).

Na região Sul do Brasil, as doenças respiratórias são a principal causa de internação responsáveis por 17% de todas as internações (PORTAL DA SAÚDE, [2013]).

Em pesquisa realizada em um hospital universitário pacientes com DPOC apresentaram grande risco para disfagia orofaríngea, após ser aplicado uma triagem de risco para disfagia orofaríngea em todos os pacientes internados em um hospital (BASSI, *et al*, 2014 – no prelo).

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença respiratória prevenível e tratável, trata-se da obstrução ao fluxo aéreo, que pode ser persistente ou parcialmente reversível. Esta doença é normalmente progressiva como uma resposta inflamatória anormal dos pulmões devido à inalação de partículas ou gases tóxicos (GOLD, 2011).

Drozd, *et al* (2012) sugerem que pacientes com alterações respiratórias, apesar de não apresentarem queixas relativas à deglutição, apresentam risco importante para aspiração, uma vez que possuem alteração no padrão respiratório, o que, pode alterar a coordenação entre a respiração e a deglutição, fundamental para a proteção da via aérea inferior.

A broncoaspiração apresenta como sintomas clínicos tosse, dispnéia, voz molhada, engasgos constantes ao se alimentar, desidratação, desnutrição e pneumonia aspirativa. Ainda há que se destacar os sintomas que podem ser indícios de disfagia orofaríngea: distúrbio na mastigação, dificuldade de iniciar a deglutição, regurgitação nasal, diminuição do controle da saliva, recusa alimentar e diminuição da ingestão por via oral (SANTINI, *in* FURKIM; SANTINI, 2004).

A disfagia orofaríngea é sintoma associado a uma doença de base e está intimamente ligada à gênese de pneumonia aspirativa, com queda no estado geral do paciente, risco de óbito, bem como maiores custos de internação (ICKENSTEIN, 2010).

Em um estudo prévio realizado em um hospital de Porto Alegre, observou-se que 32% das internações no período de um ano se referiam a pacientes da pneumologia, destaca-se que o tempo de internação hospitalar aumentou, conforme a demora em procurar o atendimento especializado (SILVA; *et al*, 2013).

Este estudo pretende caracterizar a qualidade de vida e a deglutição dos pacientes com DPOC em fase não exacerbada da doença, uma vez que em sua maioria, estes pacientes apresentam sinais comuns para a doença pulmonar de base e os sinais clínicos de broncoaspiração, que são: tosse, dispnéia, pigarro e desconforto respiratório. Traçado este perfil, acredita-se que um protocolo específico para esta população vai auxiliar no controle e manejo das complicações, propiciando gerenciamento seguro desses pacientes e assim reduzindo os sintomas e riscos futuros, conforme o preconizado pela GOLD (2011).

Hipótese:

Há alterações na deglutição de pacientes com DPOC que podem agravar o quadro pulmonar destes pacientes?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Caracterizar o padrão de deglutição e aspectos de qualidade de vida em pacientes com DPOC estável.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Observar presença de sinais clínicos de disfagia orofaríngea;
- Avaliar o padrão fisiológico da biomecânica da deglutição em pacientes com DPOC estável;
- Estudar aspectos relatados pelos pacientes sobre a sua qualidade de vida com a doença.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO

A deglutição é um processo sinérgico composto por fases que estão intimamente ligadas e que devem acontecer em seqüência e harmonia. É uma ação neuromuscular que depende da integridade de vários sistemas neuronais e da sensibilidade, paladar, propriocepção, mobilidade, tônus e tensão das estruturas envolvidas. O principal objetivo é manter o corpo hidratado e nutrido, manter o prazer alimentar e assim, garantir a sobrevivência do indivíduo (FURKIM; MATTANA, *in*: FERREIRA; BEFI-LOPES; LIMONGE, 2004).

O processo da deglutição é dividido classicamente em quatro fases: antecipatória, oral, faríngea e esofágica. (FURIA; *in* FERNANDES; MENDES; NAVAS;[org.], 2009).

Na fase oral da deglutição acontece a contenção, o preparo e o posicionamento do bolo alimentar (KUNIGK; CHEHTER, 2007). A musculatura lingual é a maior responsável pela propulsão do bolo alimentar em direção à faringe, sendo esta ação imprescindível para a eficácia do disparo do reflexo da deglutição e da fase faríngea da deglutição (SANTORO, *et al*, 2011).

A fase faríngea da deglutição é composta por ações integradas neuromusculares e sensoriais (SANTORO, *et al*, 2011). É nesta fase que vai ocorrer o fechamento das vias aéreas inferiores e o transporte do bolo alimentar da faringe para o esôfago (KUNIGK; CHEHTER, 2007). A proteção das vias aéreas se dá por meio da elevação e anteriorização da laringe e fechamento glótico. Com o bloqueio da rinofaringe, a pressão da faringe aumenta contribuindo para direcionar o alimento para o esôfago. Contribuem para este processo os pares de nervos cranianos: trigêmeo (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), acessório (XI) e hipoglosso (XII), córtex e tronco cerebral e cerca de 30 músculos (FURKIM; MATTANA, *in*: FERREIRA; BEFI-LOPES; LIMONGE, 2004).

3.2. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

A pneumologia é uma especialidade dentro da medicina que visa o estudo do sistema respiratório, o diagnóstico e tratamento das doenças pulmonares. As doenças crônicas respiratórias afetam as vias aéreas e outras estruturas do pulmão, sendo as mais comuns: a asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças respiratórias infecciosas, alergias respiratórias, doenças pulmonares ocupacionais e hipertensão pulmonar (BARBAS, BARBAS FILHO, CARVALHO, 2013).

As doenças respiratórias crônicas representam um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, pois interferem na capacidade física das pessoas, o que gera grande impacto socioeconômico e na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Estimativas apontam a DPOC como a terceira maior causa de morte no mundo em 2030 (GOLD, 2011).

No Brasil, as doenças respiratórias crônicas e agudas ocupam o segundo lugar em frequência de internação no Sistema Único de Saúde, sendo responsáveis por aproximadamente 14% de todas as internações do sistema. Já na região Sul, as doenças respiratórias são a principal causa de internação, contribuindo com 17% de todas as internações (PORTAL DA SAÚDE, [2013]).

Entre os principais sintomas das doenças crônicas pulmonares, pode-se citar a dispnéia inicialmente aos esforços, evoluindo para dispnéia em repouso, cansaço, tosse e incoordenação respiratória (BARBAS, BARBAS FILHO, CARVALHO, 2013). Pacientes que apresentam dispnéia, ou comprometimento da função respiratória podem apresentar disfagia orofaríngea (CARDOSO, XAVIER, 2011).

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença respiratória prevenível e tratável, caracterizada pela obstrução ao fluxo aéreo persistente ou, parcialmente reversível. Esta obstrução é normalmente progressiva, uma resposta inflamatória anormal dos pulmões devido à inalação de partículas ou gases tóxicos (GOLD, 2011).

A fumaça do cigarro é citada como um dos principais motivos da obstrução aérea, proporcionando o declínio do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF_1) (FLETCHER e PETO, 1977). Poluentes merecem destaque por também serem apontados como outra importante causa de declínio da função pulmonar (BARNES, 2009). A taxa de perda de função pulmonar pode ser reduzida com a cessação do tabagismo, sendo a principal da medida que pode melhorar a sobrevivência (MENEZES et al., 2005).

O II Consenso Brasileiro de DPOC (SBPT, 2004) destaca como fatores de riscos a fumaça do cigarro, poeira, irritantes químicos, as infecções respiratórias graves durante a infância. Já como características individuais que geram risco para DPOC considera-se a deficiência de alfa-1antitripsina, deficiência de glutatona transferase, alfa-1 antitripsina, hiper responsividade brônquica, desnutrição e prematuridade.

Os pacientes apresentam como sintomas: dispnéia progressiva e crônica, tosse crônica e produção de secreção. No entanto, estes sintomas nem sempre antecipam a limitação do fluxo na via aérea (GOLD, 2011). A DPOC provoca dispnéia, perda progressiva da condição física e da força muscular, o que gera aos pacientes, grande diminuição na capacidade de realização de atividades desportivas ou de vida diária (GOLD, 2011).

A *American Thoracic Society* (ATS, 1999) caracteriza a dispnéia como um sintoma importante, pois se trata da impressão subjetiva de desconforto respiratório, com sensações individuais. Estas sensações são fisiológicas e comportamentais, e dependem de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

O diagnóstico da DPOC é composto da história clínica detalhada, verificando-se a situação tabágica, exposição a poluentes, presença de dispnéia, secreção, e confirmado pela espirometria. De acordo com os valores espirométricos do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF_1) e da Capacidade Vital Forçada (CVF), pré e pós broncodilatador, classifica-se a gravidade da doença (GOLD, 2011):

Estágio I - Grau Leve: relação $VEF_1 / CVF < 0,70$, $VEF_1 \geq 80\%$ valor preditivo.

Estágio II - Grau Moderado: relação $VEF_1 / CVF < 0,70$, $50\% \leq VEF_1 \leq 80\%$ valor preditivo.

Estágio III - Grau Grave: relação $VEF_1 / CVF < 0,70$, $30\% \leq VEF_1 \leq 50\%$ valor preditivo.

Estágio IV - Grau muito Grave: relação $VEF_1 / CVF < 0,70$, $VEF_1 < 30\%$ valor preditivo ou $VEF_1 < 50\%$ do valor preditivo com falência respiratória crônica.

A doença pode ficar estável ou apresentar períodos de exacerbação, caracterizados pela alteração no curso natural da doença, o que gera mudança na dispnéia basal do paciente, tosse ou expectoração (GOLD, 2011).

Em relação ao manejo, o tratamento farmacológico varia de acordo com a gravidade da doença. Quando necessário são administrados broncodilatadores de curta duração. Nos estágios II, III e IV da doença há indicação de broncodilatadores de longa duração e reabilitação pulmonar, e em casos mais extremos, recomenda-se a utilização de oxigênio. Parar de fumar e evitar exposições à fumaça do cigarro, aos poluentes e aos gases também devem ser adotados (GOLD, 2011).

O uso contínuo de oxigênio - oxigenoterapia é indicada para pacientes em estágio IV da doença, com $PaO_2 < 60$ mmHg ou saturação de oxigênio inferior a 90% (GOLD, 2011).

A reabilitação pulmonar reduz os efeitos da doença, melhora a qualidade de vida e aumenta a capacidade física nas atividades de vida diária (GOLD, 2011; WEHRMEISTER et al, 2011). Programas de reabilitação padrão, com exercícios de força, resistência, relaxamento e alongamento nos membros superiores e inferiores, colaboram para melhorar o VEF_1 (WEHRMEISTER et al, 2011).

Pacientes com comprometimentos pulmonares apresentam disfunção na capacidade respiratória, a qual interfere na eficiência da tosse (PASCHOAL; VILLALBA; PEREIRA, 2007). A tosse é o segundo mecanismo responsável pelo sistema de proteção das vias aéreas inferiores, podendo ser voluntária ou involuntária. É necessária para eliminação das secreções das vias aéreas e proteção contra aspiração de alimentos, secreções e corpos estranhos,

conforme II Diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica (2006).

A tosse tem como benefícios eliminar as secreções das vias aéreas; proteção contra a aspiração de alimentos, secreções e corpos estranhos. A tosse pode se tornar ineficaz ou pouco efetiva quando há a estimulação repetitiva. Os pacientes costumam apresentar muita tosse nos primeiros dias quando aspiram corpos estranhos e depois há a diminuição ou cessão do ato de tossir. Quando a tosse permanece por mais de oito semanas, considera-se tosse crônica (II Diretrizes Brasileiras no Manejo da Tosse Crônica, 2006).

Na deglutição ocorre uma ação no mecanismo respiratório, denominada apnéia central de deglutição, que se trata do fechamento da rima glótica, o qual é uma das principais ações de proteção das vias aéreas inferiores (COSTA; LEMME, 2010).

Drozd, *et al* (2012) sugerem que pacientes com alterações respiratórias, apesar de não apresentarem queixas relativas à deglutição, apresentam risco importante para aspiração, uma vez que possuem alteração no padrão respiratório e isso, pode alterar a coordenação entre a respiração e a deglutição, fundamental para a proteção da via aérea inferior.

Gross *et al* (2009) afirmam que pacientes com DPOC apresentam incoordenação entre a deglutição e a respiração, e isso pode responder pelos achados de disfagia.

Loureiro (2011) relata em sua pesquisa que a gravidade da disfagia orofaríngea se correlaciona positivamente com as alterações respiratórias.

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 pacientes idosos com infecções respiratórias e, relacionaram a disfagia e broncoaspiração como uma das principais causas das doenças respiratórias nesta população.

Quanto maior o tempo entre o início dos sintomas

respiratórios e a procura por atendimento, maior a necessidade e o tempo de hospitalização e a mortalidade entre os adultos (SILVA; *et al*, 2013).

3.3. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

A avaliação detalhada da deglutição que compreende a avaliação clínica e complementar por meio de exames objetivos, preferencialmente devem ser realizados por uma equipe interdisciplinar, o que possibilita o diagnóstico mais preciso e um melhor acompanhamento do quadro (SANTORO, *et al*, 2011).

Parciaroni, *et al* (2004) ressaltam a importância de se realizar o diagnóstico precoce de disfagia orofaríngea, a fim de evitar complicações que vão gerar queda no estado geral, prolongar o tempo de internação e podem levar à morte do paciente.

Santoro *et al*, (2011) afirmam que a anamnese dirigida à investigação de distúrbios da deglutição leva o profissional à obtenção de um possível diagnóstico etiológico, além de ter conhecimento de afecções relacionadas, integridade dos aspectos cognitivos, alterações broncopulmonares e o estado clínico do paciente.

Swigert *et al* (2007) salientam que uma das modalidades de avaliação a beira do leito é o *screening* -triagem, com características passa/ falha. Nesse é possível identificar os pacientes que necessitam de uma avaliação completa da deglutição.

A avaliação completa à beira do leito tem por finalidade identificar qualquer sintoma de disfagia e/ou broncoaspiração nos pacientes que apresentam pré-disposição a este distúrbio. Rotineiramente, deve incluir informações a cerca do histórico e do quadro clínico do paciente, dados quanto a dificuldade de engolir, avaliação das estruturas orofaciais envolvidas na deglutição e voz e, observação do paciente durante a alimentação com diferentes consistências (EDELMAN; *et al*, 2008).

Almeida (2009) estudou uma população de 100 pacientes após AVE. Foi realizada a avaliação clínica em leito e coletados dados sócio-demográficos no prontuário e por meio de entrevistas. Entre os objetivos do estudo estavam verificar a frequência de disfagia orofaríngea nesta população e observar a evolução da disfagia durante o período de internação hospitalar. Os resultados da avaliação fonoaudiológica em até 48hrs da internação

mostraram que a frequência da disfagia orofaríngea era de 50%. Já a avaliação realizada no momento da alta hospitalar teve um índice de 37,9% dos pacientes disfágicos.

O Conselho Federal de Fonoaudiologia, considerando a Lei nº 6.965/81, em especial o parágrafo único do art. 1º, salienta que: “o fonoaudiólogo é o profissional legalmente habilitado para realizar a avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico das disfagias orofaríngeas, bem como gerenciamento destas nos recém-nascidos, na criança, no adolescente e no adulto” (CFFa, 2008).

3.4. DISFAGIA OROFARÍNGEA

A disfagia orofaríngea é um distúrbio com sinais e sintomas específicos e que interfere no processo da deglutição. Acomete qualquer parte ou fase no transporte do bolo alimentar, desde a boca até o estômago, e pode causar prejuízos ao paciente como a desnutrição, a desidratação, complicações respiratórias e levar à morte (CLAVÉ; *et al.*, 2006; PARCIARONI; *et al.*, 2004). É considerado um transtorno que incapacita o indivíduo do ponto de vista funcional e do ponto de vista emocional, interferindo na convivência social do paciente e na sua relação de prazer com a alimentação (FARRI; ACCORNERO; BURDESE, 2007).

A disfagia orofaríngea aumenta os custos e prolonga o tempo de internação do paciente e o expõe ao risco de desnutrição, desidratação e complicações pulmonares, devido a broncoaspiração (KARKOS, 2009).

Este distúrbio de deglutição está vinculado a uma queda na capacidade adequada de alimentação, o que aumenta o risco nutricional do paciente durante e após a internação hospitalar. As complicações pulmonares possivelmente decorrentes da disfagia são: pneumonia aspirativa, sepses e queda no estado geral do paciente (FARRI; ACCORNERO; BURDESE, 2007). Nos achados clínicos do paciente é possível observar manifestações como; emagrecimento, desnutrição, desidratação e broncopneumonia aspirativa (SANTORO, 2008).

Santorio (2008) destaca que a disfagia orofaríngea deve ser considerada um problema de saúde pública, uma vez que afeta uma

grande parcela da população e causa um alto índice de mortalidade/morbidade. A disfagia está normalmente associada a outros comprometimentos de origem neurológica, ou seja, a pacientes com prognósticos mais reservados, o que aumenta a taxa de mortalidade destes pacientes (FARRI; ACCORNERO; BURDESE, 2007).

Algumas enfermidades que comprometem a cabeça e o pescoço aparecem como a etiologia das disfagias orofaríngeas como: o acidente vascular cerebral, doenças neurológicas, anoxia cerebral e alterações que comprometam a cabeça e pescoço, resultando em dificuldades de ordem mecânica ou neurológica (SILVA, MATSUBA; *in* FURKIM, SANTINI; 2008).

A Disfagia Neurogênica, é quando a alteração da deglutição está associada a uma doença de base de origem neurológica de sistema nervoso central ou periférico. As doenças neurológicas interferem na deglutição pois podem interromper ou interferir em um ou mais estágios da cadeia neuromuscular responsável pelo processo de deglutição (SANTINI, *in* FURKIM; SANTINI, 2004).

Karkos *et al* (2009) relataram que a disfagia orofaríngea pode ser um sintoma de doenças como: Doença de Parkinson, Mal de Alzheimer, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, Miastenia Grave e, ressaltaram que se observa uma grande incidência de disfagia orofaríngea nos hospitais, em pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral.

Curado, Garcia e Di Francesco (2005) destacam as principais alterações observadas na disfagia neurogênica, que incluem: dificuldade de iniciar a deglutição; diminuição da sensibilidade, mobilidade e tônus das estruturas da cavidade oral; incoordenação dos movimentos da língua; diminuição e/ ou ineficiência da mobilidade dos músculos laríngeos; sialorréia; tosse e engasgos durante as refeições.

Sintomas como: fraqueza faríngea, miopatia, xerostomia, podem estar associados à utilização de medicações, causando disfagias orofaríngeas (KARKOS, *et al*, 2009). Os medicamentos que podem causar disfagia orofaríngea tem ação no Sistema Nervoso Central (SNC), Sistema Nervoso Periférico (SNP), nos

músculos e estruturas da orofaringe, o que pode diminuir a sensibilidade desta região (DANTAS, CASSIANI, 2008).

Já as Disfagias Mecânicas, são resultado de uma alteração anatômica/estrutural no trajeto do bolo alimentar da cavidade oral ao estômago. Isso pode ocorrer por ocasião de má formação congênita, trauma na região orofaringolaríngea, cirurgia, intubação orotraqueal e/ou utilização da cânula da traqueostomia (SILVA, 2007).

Furia (2009) ressalta que nas disfagias mecânicas há perda muscular ou de sensibilidade das estruturas que estão envolvidas na deglutição, sem que haja necessariamente alteração neurológica central e/ou periférica. As ressecções das estruturas do sistema estomatognático no câncer de cabeça e pescoço deixam importantes sequelas que interferem na alimentação, mastigação, deglutição e fonoarticulação. Esta disfunção vai refletir na qualidade de vida, na relação do paciente com a alimentação, seus aspectos nutricionais e sociais, bem como, na manutenção da vida.

Tumores de lábios, mandíbula e língua podem causar alterações na fase preparatória da deglutição, já a fase oral pode estar comprometida devido a alterações de propulsão, elevação e movimentação do dorso da língua. Na fase faríngea o reflexo de deglutição pode estar atrasado ou ausente, pode haver fechamento velofaríngeo inadequado, cicatrizes na parede laríngea e base de língua, elevação da laringe reduzida e/ ou redução do fechamento da laringe (CARRARA- DE ANGELIS, MOURÃO, FURIA, 2000).

Atualmente observa-se um crescente número de casos de pacientes disfágicos, o que é reflexo da qualidade dos registros em prontuários, ou no maior conhecimento das equipes multidisciplinares sobre o assunto. Porém, para ter-se a epidemiologia da disfagia, seria necessário conhecer dados de prevalência e incidência desta. Para isto é necessário o registro correto e completo dos dados nos prontuários dos pacientes, o que ainda não é rotina para profissionais da área da saúde. Vale destacar também, que muitos dados se perdem nos atendimentos realizados na modalidade *home care*, onde não existe um

instrumento oficial para registrar os atendimentos prestados (SANTORO, 2008).

Kunigk e Chehter (2007) frisam que o paciente que necessita de entubação orotraqueal por um tempo prolongado pode ter lesões na cavidade oral, faringe e laringe, o que pode diminuir a motricidade e sensibilidade local. Os autores avaliaram pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e que não tinham comprometimentos neurológicos e/ou dificuldade para alimentar-se previamente a internação e constataram que 69,3% dos pacientes extubados após quatro dias apresentaram sinais de disfagia orofaríngea quando foram avaliados por meio da videoendoscopia da deglutição, e ao repetir o exame após sete dias da primeira avaliação, observou-se que 40% mantinha o diagnóstico de disfagia orofaríngea.

Maciel, Oliveira e Tada (2008) realizaram estudo para identificar qual o risco de disfagia e risco nutricional dos pacientes idosos internados na clínica médica do hospital universitário de Brasília. Os autores constataram que 71% dos pacientes apresentaram alteração do estado nutricional, sendo 51% classificados em risco de desnutrição e 20% já desnutridos. Quanto ao risco de disfagia, os resultados apresentados mostram que 31% dos pacientes apresentaram risco mínimo, 17% leve, 18% risco moderado e 4% da população apresentou risco máximo para disfagia (MACIEL, OLIVEIRA, TADA; 2008).

Entre as possibilidades de tratamento para pacientes com disfagia orofaríngea, Santoro (2008) declara que existem maneiras por meio da utilização de via alternativa de alimentação, reabilitação fonoterápica, condutas clínicas e condutas cirúrgicas. Cabe a equipe multidisciplinar tomar a decisão que proporcionará ao paciente maior conforto sem lhe oferecer risco nutricional e/ ou de broncoaspiração.

Farri, Accornero e Burdese (2007) salientam que a disfagia interfere na qualidade de vida do sujeito. Os autores entrevistaram 73 pacientes, entre 40 e 80 anos, que foram submetidos as seguintes intervenções cirúrgicas; otorrinolaringológicas, maxilofaciais e neurológicas. Concluíram que 50% dos pacientes tinham menos de 60 anos e uma vida social ativa anterior a intervenção

cirúrgica. Nas questões levantadas, constatou-se que os pacientes encontravam-se mais frágeis, não tinham autoconfiança e relataram poucas relações sociais e como consequência a tendência ao isolamento, uma vez que para muitos destes, o conceito de conhecer novas pessoas em uma reunião social, não lhe parecia viável devido a sua dificuldade de deglutição.

A pesquisa demonstrou que os pacientes que são devidamente esclarecidos pelos profissionais de saúde quanto à disfagia e as possibilidades de tratamento/ terapias a serem seguidas, sentem-se mais protegidos, autoconfiantes e tendem a obter uma melhoria na sua qualidade de vida (FARRI; ACCORNERO; BURDESE, 2007).

A população idosa também requer atenção, pois qualquer alteração na segurança da deglutição tem implicação direta na nutrição e hidratação destes. Esta população também apresenta um índice elevado de complicações respiratórias (CONNOLLY, 2010).

Os resultados de Serra-Prat, *et al* (2012) apontam para a realidade da população idosa que sofre alteração na forma, na segurança e na qualidade de se alimentar em virtude do envelhecimento, o que altera os mecanismos da deglutição eficiente e que muitas vezes é subdiagnosticada e subtratada. Os autores sugerem que os médicos que atendem esta população ainda não estão atentos para as disfagias orofaríngeas, a fim de prevenir complicações do estado nutricional e respiratórias que estes pacientes apresentam.

Paul, Marik e Kaplan (2003) destacam que a incidência de AVE, e doenças neurodegenerativas aumenta com a idade, o que predispõe a episódios de broncoaspiração, que nos idosos é a principal causa de pneumonia. Este tipo de paciente, ao apresentar qualquer sinal de disfagia orofaríngea ou pneumonia, deve ser encaminhado para a avaliação completa da deglutição.

3.5. QUALIDADE DE VIDA

A definição de qualidade de vida, segundo Cella e Tulsky (1990) diz ser este um conceito definido pelo próprio indivíduo e pelo qual este considera como ideal, sendo então subjetivo. Desta forma, algumas pessoas com disfunções mínimas podem estar muito insatisfeitas em relação a outras capazes de suportar alterações mais graves.

O conceito de qualidade de vida traz um parâmetro importante para a avaliação do estado de saúde da população. Este conceito dá-se a partir do que o sujeito percebe na subjetividade em diversas dimensões, sejam elas: física, psíquica, emocional, social, econômica e espiritual. Assim, passa a ser cada vez mais comum que as pesquisas em epidemiologia de saúde, passem a utilizar questionários de qualidade de vida para seus planejamentos estratégicos, principalmente quando se trata de doenças crônicas (CAMPOLIN A, DINI, CICONELLI, 2011).

A Organização Mundial da Saúde, a partir da década de 60, entende qualidade de vida como um parâmetro importante para a avaliação dos estados de saúde, já com o conceito da subjetividade e multidimensionalidade. A subjetividade é a avaliação individual feita pelo próprio indivíduo sobre o seu estado de saúde e, ela se torna multidimensional uma vez que esta avaliação será em vários aspectos da natureza humana, física, psíquica, emocional, social, econômica, espiritual entre outras (CAMPOLIN A, DINI, CICONELLI, 2011).

Wilson e Cleary (1995) sugeriram cinco aspectos para avaliação de saúde associando as variáveis clínicas e medidas de qualidade de vida. Fatores biológicos e fisiológicos determinariam os sintomas, que influenciariam o funcionamento do indivíduo, que por sua vez determinaria seu conceito de qualidade de vida.

Figueiredo (2012) enfatiza que a qualidade de vida tem relação com os desfechos clínicos e, sua repercussão influencia diretamente na adesão ao tratamento, taxas de internação e morbidade. Zortéa (2012) destaca a qualidade de vida como um

instrumento essencial na avaliação do impacto de doenças crônicas e planejamento terapêutico.

Campolina, Dini e Ciconelli (2011) aplicaram questionários de qualidade de vida a idosos e observaram que a capacidade funcional desta população, diminui conforme o avançar da idade. Os autores destacaram ainda, como dado importante da pesquisa a relação entre a capacidade funcional e o estado cognitivo como essenciais para a manutenção da qualidade de vida.

As doenças crônicas alteram a rotina e organização das atividades familiares, principalmente nas doenças incapacitantes, nas quais o doente deixa de ter autonomia sobre suas atividades cotidianas. É necessária a reestruturação familiar para o enfrentamento dos dilemas sociais e financeiros que os tratamentos para doentes crônicos geram. O conhecimento sobre qualidade de vida facilita a compreensão do impacto da doença sobre o bem-estar do paciente e de sua família e, pode ajudar no planejamento de ações voltadas a prevenção destes agravos (ZORTÉA, 2012).

Utilizar questionários para a avaliação da qualidade de vida em idosos possibilita o acesso a informações importantes para a atenção à saúde, mesmo que esta população muitas vezes apresente dificuldade na compreensão das questões dos instrumentos de avaliação. Mesmo com altas taxas de itens não respondidos nos questionários autoadministrado aos idosos, a validade e consistência dos instrumentos não são comprometidas (CAMPOLIN A, DINI, CICONELLI, 2011).

A busca por um tratamento adequado a pacientes com DPOC tem modificado a intervenção clínica e ampliado os objetivos do tratamento para além da melhora do sistema respiratório. A medicina tem investido mais em tratar os prejuízos funcionais que são primordiais para o bem estar dos pacientes (RAMOS-CERQUEIRA, CREPALDI, 2000).

Um dos prejuízos funcionais e emocionais é a disfagia orofaríngea, pois interfere na convivência social do paciente e na sua relação de prazer com a alimentação e, o fonoaudiólogo é o profissional qualificado para tratar esta alteração (FARRI; ACCORNERO; BURDESE, 2007).

Os dados de qualidade de vida em pacientes com asma e DPOC, sugerem que os objetivos dos tratamentos devem ser baseados em intervenções para melhora do desempenho físico e estratégias de enfrentamentos mais adequadas (RAMOS-CERQUEIRA, CREPALDI, 2000).

Cassol *et al* (2012) destacaram que caracterizar o impacto da deglutição na qualidade de vida de uma pessoa diante de alguma doença é tarefa complexa. O envelhecimento gera algumas modificações morfofisiológicas que tem impacto negativo nas atividades diárias das pessoas. Os autores acrescentam que idosos saudáveis, em geral, não autorreferem alterações significativas quanto à qualidade de vida em deglutição.

A equipe de saúde nem sempre está preparada para contribuir e compreender o impacto que as doenças crônicas geram na qualidade de vida das pessoas. Há uma sobrecarga emocional e física para o doente e a família que trazem uma série de desafios, rotina cansativa e monótona cercada de limitações para o indivíduo e seus familiares (FIGUEIREDO, 2012).

A qualidade de vida na DPOC pode ser avaliada quantitativamente através de questionários específicos para a doença, os quais avaliam o impacto da doença nas atividades da vida diária e o grau de bem-estar do paciente. Segundo Simões e Almeida (2009), os questionários mais conhecidos e validados são o *Saint George Respiratory Questionnaire* (SGRQ) (Jones et al., 1991), *Chronic Respiratory Disease Questionnaire* (CRQ) (Guyatt, 1987).

O SGRQ é o questionário de avaliação da qualidade de vida mais utilizado e mais indicado por ser específico para a doença respiratória (SIMÕES, ALMEIDA, 2009). Foi validado para a língua portuguesa por Sousa (2000).

Jardim, Oliveira e Nascimento (2004) destacaram nos dados obtidos por meio da aplicação do SGRQ que os participantes relataram a falta de ar como principal motivo da restrição na sua vida social. Assim, 80% dos participantes relataram falta de ar ao falar e, em todas as perguntas em que estivesse subjacente um pouco mais de esforço, como por exemplo, andar mais depressa, subir ladeiras, carregar pesos ou cuidar do jardim, todos os

pacientes responderam estar limitados ou incapazes de executá-las.

4. METODOLOGIA

A pesquisa foi transversal do tipo exploratória, com análise quantitativa dos resultados, sendo que a coleta de dados se deu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/ UFSC) com parecer número 356.507, no período de setembro a dezembro de 2013 (ANEXO 1).

Foi realizada com pacientes acompanhados no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

O cálculo amostral para identificar o tamanho da amostra de pacientes da pneumologia com disfagia orofaríngea foi calculado pelas fórmulas:

$[n_0 = z^2 \cdot p(1-p)/E_0^2 \text{ e } n = N \cdot n_0 / N + N_0]$ (ANDRADE, OGLIARI, 2007; BARBETA, 2007), considerando 40,6% de prevalência de disfagia orofaríngea em pacientes internados no HU-UFSC, conforme estudo prévio realizado por Bassi (2012), com um erro tolerável de 10%, com confiança de 95%, assim a amostra deveria ser de 32 pacientes. Devido à perda amostral e reduzido tempo para coleta dos dados a amostra da pesquisa se deu por conveniência e foi composta por 19 pacientes com diagnóstico médico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Como critérios de inclusão consideraram-se: pacientes com DPOC; sem distinção de gênero; idade superior a 40 anos; com diagnóstico de DPOC de grau leve a grave comprovado por espirometria e encaminhamento médico para a videofluoroscopia; em estado clínico estável sem agudização da doença nos últimos 30 dias e, pacientes que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A).

Como critérios de exclusão: os pacientes que não apresentaram condições clínicas para a realização da pesquisa, pacientes com doenças neurológicas, gestantes e puérperas, pacientes em fase de exacerbação da doença e em uso de oxigenoterapia.

Considerou-se ainda, como ex-tabagistas o prazo de seis meses de sessão do hábito de fumar (WHO, 1984) e nos pacientes acima de 60 anos o envelhecimento no mecanismo da deglutição, chamado de presbifagia (TANURE et al., 2005).

Essa pesquisa foi realizada em três etapas: na primeira etapa foi realizada a avaliação funcional da deglutição conforme protocolo já utilizado usualmente na instituição; na segunda etapa foi aplicado aos pacientes um questionário que avalia a qualidade de vida específica em pacientes com alterações pulmonares e na terceira etapa foram coletados dados no protocolo de registro do exame de videofluoroscopia.

O protocolo de avaliação segura da deglutição – ASED (Adaptado de FURKIM, *et al*; In: SUSANIBAR; *et al*, 2014 –no prelo) (ANEXO B), 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).

Para a avaliação da deglutição todos os pacientes foram posicionados a 90° e monitorados quanto à saturação de oxigênio na hemoglobina funcional, por meio da oximetria de pulso, com oxímetro da marca *Morefitness*®.

Para obtenção das consistências utilizou-se água e espessante *Thick & Easy*®, todos os preparos foram realizados em copo descartável e, ofertados com colheres descartáveis, exceto a consistência líquido que foi ofertado em copo descartável por meio de gole livre.

Para cada consistência é necessário preparo específico:

Líquido – 100 ml de água;

Néctar - 100ml de água mais uma colher medida de espessante;

Mel - 100ml de água mais uma e meia colher medida de

espassante;

Pudim - 100ml de água e duas colheres medida de pó espessante.

Apresentaram alteração da deglutição os pacientes que na classificação *Functional Oral Intake Scale*-FOIS (CRARY *et al.*, 2005), obtiveram qualquer resultado diferente do nível 7.

Para se obter informações quanto a qualidade de vida em pacientes com alterações pulmonares, foi utilizado o protocolo específico recomendado e mais utilizado para análise da qualidade de vida na doença respiratória *Saint George's Respiratory Questionnaire* – SGRQ, já traduzido e validado por Sousa (2000), Questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (ANEXO C).

O SGRQ aborda aspectos relacionados a três domínios: sintomas, atividade e impactos psicossociais que a doença inflige ao paciente. Cada domínio tem uma pontuação máxima possível. Os pontos de cada resposta são somados, e o total é referido como um percentual desse máximo. Maiores escores correspondem a pior qualidade de vida (Sousa, 2000).

O instrumento totaliza 76 pontos: o domínio “sintomas” corresponde à primeira parte do questionário e avalia os sintomas respiratórios, a frequência e a severidade, o domínio “atividade” corresponde à seção 2 e 6 da parte 2 e avalia as atividades que causam ou são limitadas pelo desconforto respiratório e, o domínio “impacto psicossocial” corresponde aos valores das seções 1, 3, 4, 5, 7 da parte 2 e avalia o controle da doença, as expectativas do paciente, os tratamentos e a interferência da doença nas atividades de vida diária e bem estar do paciente. Para calcular o comprometimento da qualidade de vida de cada indivíduo, soma-se cada questão referente ao domínio e divide-se pela possibilidade máxima de pontos a ser alcançada no domínio. A pontuação de cada domínio é dada em percentagem, calculada pelo coeficiente (Sousa, 2000).

Equação 1: Coeficiente para a pontuação do questionário SGRQ (Sousa, 2000).

$$D (\text{domínio}) = \frac{\text{valor obtido} \times 100}{\text{possibilidade máxima}}$$

Valores obtidos até 10% revelam uma qualidade de vida ainda normal, resultados acima de 10% indicam condição de anormalidade. Não há divisões entre o que é leve, moderado ou acentuado (Sousa *et al.*, 2000).

A videofluoroscopia da deglutição, foi realizada no setor de radiologia do HU-UFSC, na sala número 05, com o equipamento GE *Precision* RXi, captação da imagem com resolução 1024 x 1024. Sendo o paciente posicionado a 90° na posição perfil e monitorado quanto a saturação de oxigênio por meio da oximetria de pulso com oxímetro da marca *Morefitness*®. Todas as avaliações foram registradas em protocolo usualmente utilizado pelo serviço (Adaptado de FURKIM, *et al*; In: SUSANIBAR; *et al*, 2014 –no prelo) (ANEXO D), onde se registra os seguintes dados: estado cognitivo do paciente no momento da avaliação, posição, tipo de alimento e utensílio utilizado para oferta, análise anatômica e funcional das fases oral, faríngea e esofágica, realizadas por fonoaudióloga e médico, conclusão com classificação da deglutição, disfagia e broncoaspiração.

Para a obtenção das consistências é utilizado água mineral, pó espessante e contraste baritado. O contraste é diluído na proporção de 70% contraste e 30% água mineral.

Líquido – 30ml de água mais 70ml de bário;

Néctar - 30ml de água, 70 ml de bário mais uma colher medida de espessante;

Mel - 30ml de água, 70 ml de bário mais uma e meia colher medida de espessante;

Pudim - 30ml de água, 70 ml de bário e duas colheres medida de pó espessante.

Todos os preparos foram realizados em copos descartáveis e ofertados ao paciente com colheres de metal dos tamanhos chá (5ml), sobremesa (10ml), sopa (15ml), sendo o líquido ofertado em copo descartável em gole livre. Os pacientes foram classificados conforme as escalas de dinâmica da deglutição, escala de penetração e aspiração e escala de severidade da disfagia (ANEXO D).

Os dados coletados foram analisados estatisticamente por meio do programa de análise *MedCalc*®, versão 12.5.0.0 (*MedCalc Software bvba* 1993-2013, Bélgica). Neste estudo foram utilizados os testes estatísticos não paramétricos, sendo considerado o valor de P de 5% ($p < 0,05$) como nível de significância.

5. RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em forma de artigo, conforme deliberado no art. 50º, parágrafo único do regimento do Curso de Mestrado Profissional associado à Residência Multidisciplinar em Saúde. Manuscrito segundo normas da CoDAS, ISSN versão *online* 2317-1782, publicação técnico-científica da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, São Paulo.

Manuscrito: **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: Considerações sobre deglutição e qualidade de vida.**

Título resumido: Deglutição e qualidade de vida na DPOC

Daiane Bassi¹

Ana Maria Furkim¹

Trabalho realizado no Programa Mestrado Multiprofissional associado a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

Fonte de financiamento: nenhuma
Conflito de interesse: nada a declarar

Endereço para correspondência:

Daiane Bassi

Rua Douglas Seabra Levier, 61/402B, Trindade – CEP: 88040-410 – Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: daia.bassi@gmail.com

RESUMO

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença respiratória prevenível e tratável, caracterizada pela obstrução ao fluxo aéreo persistente ou, parcialmente reversível. Há a necessidade de se estudar esta população quanto às alterações da deglutição e risco para disfagia orofaríngea para um diagnóstico e tratamento adequados e possível redução do índice de complicações pulmonares. **Objetivo:** Verificar o padrão de deglutição e aspectos de qualidade de vida em pacientes com DPOC. **Métodos:** A pesquisa foi transversal do tipo exploratória, com análise quantitativa dos resultados. Pacientes de ambos os gêneros, idade superior a 40 anos, com diagnóstico de DPOC e não dependentes de oxigênio, que fazem acompanhamento ambulatorial na clínica de pneumologia de um hospital universitário foram convidados a participar da pesquisa. Os pacientes passaram por avaliação funcional da deglutição, responderam a um questionário de qualidade de vida para pacientes com doenças pulmonares e foram avaliadas as imagens das videofluoroscopias da deglutição. **Resultados:** a maioria dos pacientes era do gênero masculino, todos os participantes eram ex-tabagistas. Não foram encontradas alterações relevantes na deglutição dos pacientes com DPOC em fase controlada da doença. Altos índices de pacientes relatam “afogar-se com alimento” durante as crises da doença e há grande comprometimento da qualidade de vida dos pacientes mesmo na fase controlada da doença. **Conclusão:** A deglutição dos pacientes com DPOC em fase controlada da doença não apresentou alterações relevantes na sua biomecânica nessa população. A alteração encontrada com frequência está relacionada provavelmente ao envelhecimento e a presbifagia. Os pacientes relataram “engasgar-se com alimento” em crises da doença. A qualidade de vida fica limitada e incapacita os pacientes a realizarem suas atividades de vida diária e de lazer.

Descritores: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica,
Transtornos de deglutição, Fonoaudiologia

INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias crônicas representam um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, pois interferem na capacidade física das pessoas, o que gera grande impacto socioeconômico e na qualidade de vida das pessoas afetadas. Estimativas apontam a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) como a terceira maior causa de morte no mundo em 2030 (GOLD, 2011).

Na região Sul do Brasil, as doenças respiratórias são a principal causa de internação responsáveis por 17% de toda a hospitalização (PORTAL DA SAÚDE, [2013]). Pacientes com DPOC constituem um grupo de risco para disfagia orofaríngea em um hospital universitário do sul do Brasil (BASSI, et al, 2014 – prelo).

Segundo as recomendações da GOLD (2011) todos os pacientes que apresentarem dispneia, tosse crônica ou produção de escarro e/ ou história de exposição a fatores de risco devem ser rastreados para a DPOC.

Pacientes com alterações respiratórias, apesar de não apresentarem queixas relativas à deglutição, apresentam risco importante para aspiração, uma vez que possuem alteração no padrão respiratório e isso, pode alterar a coordenação entre a respiração e a deglutição, fundamental para a proteção da via aérea inferior (DROZDZ, *et al*, 2012).

A broncoaspiração apresenta como sintomas clínicos tosse, dispnéia, voz molhada, engasgos constantes ao se alimentar, desidratação, desnutrição e pneumonia aspirativa. Ainda há de se destacar os sintomas que podem ser indícios de disfagia orofaríngea: distúrbio na mastigação, dificuldade de iniciar a deglutição, regurgitação nasal, diminuição do controle da saliva, recusa alimentar e diminuição da ingestão por via oral (SANTINI, *in* FURKIM; SANTINI, 2004).

A disfagia orofaríngea está normalmente associada a uma doença de base e está intimamente ligada ao conceito de pneumonia aspirativa, que gera um quadro de queda no estado

geral do paciente, risco de óbito, bem como maiores custos de internação (ICKENSTEIN, 2010).

PARAGRAFO DISFAGIA E DPOC PODEM ESTAR ASSOCIADOS

Este estudo pretende caracterizar a qualidade de vida e a deglutição dos pacientes com DPOC em fase controlada da doença, uma vez que em sua maioria, estes pacientes apresentam sinais comuns para a doença pulmonar de base e os sinais clínicos de broncoaspiração, que são: tosse, dispneia, pigarro e desconforto respiratório. Traçado este perfil, acredita-se que um protocolo específico para esta população vai auxiliar no controle e manejo das complicações, propiciando gerenciamento seguro desse paciente e assim reduzindo os sintomas e riscos futuros conforme o preconizado pela GOLD (2011).

MÉTODOS

A pesquisa foi transversal do tipo exploratória, com análise quantitativa dos resultados, sendo que a coleta de dados se deu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/ UFSC) com parecer número 356.507, no período de setembro a dezembro de 2013.

Foi realizada com pacientes acompanhados no ambulatório de pneumologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. A amostra da pesquisa se deu por conveniência e foi composta por 19 pacientes com diagnóstico médico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Como critérios de inclusão consideraram-se: pacientes com DPOC; sem distinção de gênero; idade superior a 40 anos; com diagnóstico de DPOC de grau leve a grave comprovado por espirometria e encaminhamento médico para a videofluoroscopia; em estado clínico estável sem agudização da doença nos últimos 30 dias e, pacientes que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A).

Como critérios de exclusão: os pacientes que não apresentaram condições clínicas para a realização da pesquisa, pacientes com doenças neurológicas, gestantes e puérperas, pacientes em fase de exacerbação da doença e oxigeno-dependentes.

Considerou-se ainda, nos pacientes acima de 60 anos o envelhecimento no mecanismo da deglutição, chamado de presbifagia (TANURE et al., 2005).

Para a classificação de ex- tabagistas foi considerado o prazo de 6 meses de sessão do hábito de fumar (WHO, 1984).

Essa pesquisa foi realizada em três etapas. Na primeira etapa foi realizada a avaliação funcional da deglutição conforme protocolo já utilizado usualmente na instituição. Em seguida foi aplicado aos pacientes um questionário que avalia a qualidade de vida específica em pacientes com alterações pulmonares. E num terceiro momento foram coletados dados no protocolo de registro do exame de videofluoroscopia.

O protocolo de avaliação segura da deglutição – ASED (FURKIM, *et al*; In: SUSANIBAR; *et al*, 2014) 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*.

Para a avaliação da deglutição todos os pacientes foram posicionados a 90° e monitorados quanto à oximetria de pulso, com oxímetro da marca *Morefitness*®.

Para obtenção das consistências utilizou-se água e espessante *Thick & Easy*®, para a consistência líquida utilizou-se 100 mL de água, e para as consistências néctar, mel e pudim foram usados 100 mL de água e uma, uma colher e meia e duas colheres medida de espessante, respectivamente.

A cada uma das consistências foram realizadas três ofertas. Na líquida e néctar usaram-se copos comuns e goles livres, e para a mel e pudim, uma colher de plástico descartável de 5 mL.

Apresentou alteração da deglutição os pacientes que na classificação *Functional Oral Intake Scale-FOIS* (CRARY *et al.*, 2005), obtiveram qualquer resultado diferente do nível 7.

Para se obter informações quanto a qualidade de vida em pacientes com alterações pulmonares, foi utilizado o protocolo específico recomendado e mais utilizado para análise da qualidade de vida na doença respiratória *Saint George's Respiratory Questionnaire – SGRQ*, já traduzido e validado por Sousa (2000), Questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (ANEXO C).

O SGRQ aborda aspectos relacionados a três domínios: sintomas, atividade e impactos psicossociais que a doença inflige ao paciente. Cada domínio tem uma pontuação máxima possível. Os pontos de cada resposta são somados, e o total é referido como

um percentual desse máximo. Maiores escores correspondem a pior qualidade de vida (Sousa, 2000).

O instrumento totaliza 76 pontos: o domínio “sintomas” corresponde à primeira parte do questionário e avalia os sintomas respiratórios, a frequência e a severidade, o domínio “atividade” corresponde à seção 2 e 6 da parte 2 e avalia as atividades que causam ou são limitadas pelo desconforto respiratório, e o domínio “impacto psicossocial” corresponde aos valores das seções 1, 3, 4, 5, 7 da parte 2 e avalia o controle da doença, as expectativas do paciente, os tratamentos e a interferência da doença nas atividades de vida diária e bem estar do paciente. Para calcular o comprometimento da qualidade de vida de cada indivíduo, soma-se cada questão referente ao domínio e divide-se pela possibilidade máxima de pontos a ser alcançada no domínio. A pontuação de cada domínio é dada em porcentagem, calculada pelo coeficiente (Sousa, 2000).

Equação 1: Coeficiente para a pontuação do questionário SGRQ (Sousa, 2000).

$$D (\text{domínio}) = \frac{\text{valor obtido} \times 100}{\text{possibilidade máxima}}$$

Valores obtidos até 10% revelam uma qualidade de vida ainda normal, resultados acima de 10% indicam condição de anormalidade. Não há divisões entre o que é leve, moderado ou acentuado (Sousa *et al.*, 2000).

A videofluoroscopia da deglutição foi realizada no setor de radiologia do HU-UFSC, na sala número 05, com o equipamento GE Precision RXi, captação da imagem com resolução 1024 x 1024. Sendo o paciente posicionado a 90° na posição perfil e monitorado quanto a saturação de oxigênio por meio da oximetria de pulso com oxímetro da marca *Morefitness®*. Todas as avaliações foram registradas em protocolo FURKIM, *et al*; In: SUSANIBAR; *et al*, 2014) usualmente utilizado pelo serviço onde se registra os seguintes dados: estado cognitivo do paciente no momento da avaliação, posição, tipo de alimento e utensílio utilizado para oferta, análise anatômica e funcional das fases oral, faríngea e esofágica, realizadas por fonoaudióloga e médico, conclusão com classificação da deglutição, disfagia e broncoaspiração.

Para a obtenção das consistências néctar, mel e pudim foi utilizado água, pó espessante e contraste baritado na diluição de 70% na seguinte proporção 30ml de água para 70ml de bário com uma, uma colher e meia e duas colheres medida de espessante, respectivamente. Para a consistência líquido foi utilizado 30ml de água e 70ml de bário.

A cada uma das consistências foram realizadas três ofertas. Todos os preparos foram ofertados ao paciente com colheres de metal de 5, 10 e 15ml, apenas o líquido ofertado em copo descartável em gole livre. Os pacientes foram classificados conforme as escalas de dinâmica da deglutição, escala de penetração e aspiração e escala de severidade da disfagia (ANEXO D).

Os dados coletados foram analisados estatisticamente por meio do programa de análise *MedCalc*®, versão 12.5.0.0 (*MedCalc Software bvba* 1993-2013, Bélgica). Neste estudo foram utilizados os testes estatísticos não paramétricos, sendo considerado o valor de P de 5% ($p < 0,05$) como nível de significância.

RESULTADOS

A maioria dos pacientes participantes da pesquisa era do gênero masculino (Figura 1). A faixa etária de todos participantes foi de 52 a 80 anos, com predomínio de pacientes acima de 60 anos e, todos os pacientes eram ex-tabagistas.

Apenas dois pacientes apresentaram na avaliação funcional, voz molhada e/ou pigarro para todas as consistências, já na videofluoroscopia, estes mesmos pacientes apresentaram penetração laríngea para todas as consistências. Foram portanto, enquadrados nas classificações: Disfagia leve (*OTT et al., 1996*) com nível de penetração laríngea 2- contraste entra até acima das pregas vocais sem resíduo (*ROSENBECK, et.al;1996*) (Tabela 1).

Os demais pacientes não apresentaram sinais clínicos de broncoaspiração na avaliação funcional e instrumental. Quatro pacientes apresentaram tosse não relacionada a broncoaspiração, durante a realização da videofluoroscopia.

Na videofluoroscopia da deglutição, 78,9% dos pacientes apresentaram estase alimentar em recessos piriformes e/ou valécula para no mínimo uma consistência e 42% apresentaram estase de alimento em recessos piriformes e/ou valécula em todas as consistências (Figura 2). Classificados segundo *Ott et al., (1996)* como disfagia leve.

Quando perguntados quanto a engasgos durante a alimentação, 89,5% dos pacientes responderam engasgar-se com alimentos, durante as crises da doença. Este resultado apresenta um valor significativo, com $P=0,0013$ quando aplicado o teste do Qui-quadrado, considerando $P= 0,005$. (Figura 3). Mais da metade dos pacientes informaram sentir falta de ar todos os dias da semana (Figura 4).

Outro dado levantado foi quantos dias em média os pacientes apresentam tosse, em uma semana comum, 36,8% responderam ter tosse de 2 a 4 dias da semana e, 31,7% apresentam tosse todos os dias da semana (Figura 5).

Dos participantes, 73,6% relatam incomodar-se com o fato de tossir na frente de outras pessoas, sejam elas da família ou não.

A maioria dos pacientes participantes apresentam mais de 3 crises da doença no período de um ano e, 21% relataram ter 3 crises anuais (Figura 6).

Metade dos participantes informou que os problemas respiratórios os impedem de realizar a maioria das atividades de vida diária e de lazer que gostariam de realizar e/ou deixaram de fazer (Figura 7).

Todos os pacientes participantes da pesquisa apresentaram pontuação superior a 10% na avaliação da qualidade de vida (Tabela 2).

DISCUSSÃO

O presente estudo verificou o padrão de deglutição e aspectos de qualidade de vida de 19 pacientes diagnosticados com DPOC em fase estável da doença, que fizeram acompanhamento ambulatorial com a equipe de pneumologia.

O DPOC pode se apresentar de forma estável ou ter períodos de exacerbação, onde ocorrem mudanças na dispneia basal, tosse e coloração da expectoração do paciente e que faz com que seja necessário o aumento da medicação habitual de controle (GOLD, 2011).

Nas características do grupo estudado, o gênero masculino foi predominante na amostra, assim como em outros estudos, o que indicam os homens como mais propícios a desenvolver DPOC, fato relacionado principalmente ao hábito de fumar (FERRARI, 2010; QUEIROZ, 2012; AKPINAR, 2014).

A literatura aponta para o tabagismo e a exposição contínua a poluentes como principais causas de DPOC (GOLD, 2011; FERRARI, 2010; QUEIROZ, 2012; QUEIROZ, MOREIRA, RABAHI, 2012), a fumaça do cigarro é agressiva e causa inflamação e obstrução aérea o que diminui a força de expiração (FLETCHER e PETO 1977).

A avaliação detalhada da deglutição compreende a avaliação clínica e complementar por meio de exames objetivos, que preferencialmente devem ser realizados por uma equipe interdisciplinar, o que possibilita o diagnóstico mais preciso e um

melhor acompanhamento do quadro (SANTORO, *et al*, 2011). O diagnóstico precoce de disfagia orofaríngea pode evitar complicações que podem ocasionar instabilidade no controle hemodinâmico do paciente e prolongar o tempo de internação e podem levar à morte do paciente (PARCIARONI, *et al*, 2004).

Na avaliação funcional da deglutição dois pacientes apresentaram FOIS 5 e na classificação utilizada para a videofluoroscopia os mesmos pacientes apresentaram disfagia leve (O'NEIL, *et al*, 1999). Observou-se que os autores das classificações utilizadas no protocolo da videofluoroscopia não concordam quanto a severidade da disfagia orofaríngea, uma vez que na classificação de Ott, *et al* (1996) 15 pacientes apresentaram disfagia orofaríngea leve, enquanto nas demais escalas apenas dois pacientes apresentaram este resultado. Quatro pacientes apresentaram tosse durante a realização do exame instrumental, porém não se constatou alteração na deglutição dos mesmos.

Neste caso a tosse apareceu sem ter sinais de broncoaspiração na videofluoroscopia. Já ao relacionar a avaliação funcional e a videofluoroscopia, a voz molhada teve um percentual mais alto de assertividade, o que indica a necessidade de novos estudos relacionando outros sinais respiratórios e fonatórios nos doentes com DPOC que indiquem de disfunção da deglutição (BASSI, *et al*, 2014 – no prelo).

A tosse está relacionada à doença de base, uma vez que os sintomas característicos da DPOC são tosse crônica, produção de secreção e dispneia (GOLD, 2011). Quando considerado a qualidade de vida destes pacientes, 73,6% relatam sentir-se incomodados ao tossirem frente a outras pessoas. A tosse interfere negativamente na qualidade de vida dos sujeitos principalmente, ao não conseguirem controlá-la em locais públicos (RAMOS-CERQUEIRA, CREPALDI, 2000).

Neste sentido os pacientes responderam apresentar tosse de 2 a todos os dias da semana. A tosse tem como benefícios eliminar as secreções das vias aéreas; proteção contra a aspiração de alimentos, secreções e corpos estranhos. A tosse pode se tornar ineficaz ou pouco efetiva quando há a estimulação repetitiva, os pacientes costumam apresentar muita tosse nos primeiros dias

quando aspiram corpos estranhos e depois há a diminuição ou cessão do ato de tossir. Quando a tosse permanece por mais de oito semanas, considera-se tosse crônica (II DIRETRIZES BRASILEIRAS NO MANEJO DA TOSE CRÔNICA, 2006)

Quanto aos pacientes que apresentaram estase alimentar em valécula e recessos piriformes, este dado pode ser relacionado ao fato de 94,7% dos pacientes apresentarem idade acima de 60 anos, e estarem suscetíveis às alterações fisiológicas que acontecem na senescência. O envelhecimento é um processo natural do ser humano, que se caracteriza por uma série de alterações estruturais e funcionais. Pode variar de indivíduo para indivíduo, e surge como perda de grupos musculares, diminuição da capacidade funcional, lentidão psicomotora e declínio da memória recente (MAKSUDA;REIS, 2003; TANURE et al., 2005).

Nos idosos, o envelhecimento no mecanismo da deglutição é chamado de presbifagia (TANURE et al., 2005). Esta população requer atenção, pois qualquer alteração na segurança da deglutição tem implicação direta na sua nutrição e hidratação, assim como o índice de complicações respiratórias nos idosos por broncoaspirações é elevado (CONNOLLY, 2010).

Por estes motivos, torna-se imprescindível a avaliação e conduta precoces quanto às questões relacionadas à deglutição e suas alterações nos pacientes com DPOC, uma vez que os idosos constituem um grupo de risco para disfagia orofaríngea e estas alterações podem agravar ainda mais o quadro respiratório destes. Quanto antes se dar o diagnóstico e tratamentos apropriados, menores são os índices de morbi-mortalidade devido a complicações da disfagia orofaríngea (ABDULMASSIH, *et al*, 2009).

Outro dado alarmante é o fato de 89,5% dos pacientes responderem “*engasgar-se com alimentos*”, durante as crises da doença. O que sugere que pacientes em crise, por apresentarem incoordenação respiratória, tendem a ter alterações significativas na deglutição. Pacientes com DPOC apresentam incoordenação entre a deglutição e a respiração, e isso pode responder pelos achados em disfagia (GROSS, *et al*, 2009). A gravidade da disfagia orofaríngea

correlaciona-se positivamente com as alterações respiratórias (LOUREIRO, 2011).

Pacientes com alterações respiratórias, apesar de não apresentarem queixas relativas à deglutição, apresentam risco importante para aspiração, uma vez que possuem alteração no padrão respiratório e isso, pode alterar a coordenação entre a respiração e a deglutição, fundamental para a proteção da via aérea inferior (DROZDZ, *et al*, 2012). As alterações estão principalmente relacionadas a fase faríngea e esofágica da deglutição, ao mecanismo de proteção das vias aéreas; ao histórico de pneumonia e aos sintomas alimentares (CHAVES, 2011).

Observa-se então, que a população com DPOC necessita de um acompanhamento mais rigoroso a fim de evitar maiores complicações respiratórias, queda no estado geral e qualidade de vida.

Mais da metade dos pacientes informaram sentir falta de ar todos os dias da semana. De acordo com a *American Thoracic Society* (ATS, 1999) a dispneia é um sintoma importante, caracterizado como a experiência subjetiva de desconforto respiratório, com sensações qualitativamente diferentes. Esta experiência depende de fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, podendo induzir respostas fisiológicas e comportamentais.

Em relação ao manejo da doença recomenda-se a redução dos fatores de risco, como parar de fumar e evitar exposições ocupacionais - fumaça do cigarro, poluentes e gases. Estratégias de educação sobre a doença também são realizadas, com orientações sobre as causas, fatores de risco, como ela interfere no dia a dia, exacerbações e tratamento (GOLD, 2011).

O tratamento farmacológico varia de acordo com a gravidade da doença. A reabilitação pulmonar também tem grande indicação e, em casos mais extremos, recomenda-se a utilização de oxigênio (GOLD, 2011).

Ressalta-se outro dado importante quando considerado a qualidade de vida dos pacientes com DPOC. Metade dos participantes informou que os problemas respiratórios os impedem de realizar a maioria das atividades de vida diária e de lazer que

gostariam de realizar e/ou deixaram de fazer. Todos os pacientes apresentam comprometimento da qualidade de vida.

A DPOC é uma doença com perda progressiva da condição física e da força muscular, que juntamente com a dispneia proporciona a estes doentes importantes limitações na capacidade funcional, ou seja, na tolerância ou na capacidade de uma pessoa realizar determinada atividade, seja esta uma atividade desportiva ou de vida diária (GOLD, 2011).

Neste caso, mais uma vez os pacientes com DPOC sofrem também com as alterações do envelhecimento. A capacidade funcional desta população diminui conforme o avançar da idade. A relação entre a capacidade funcional e o estado cognitivo é essencial para a manutenção da qualidade de vida (CAMPOLINA, DINI E CICONELLI, 2011).

As doenças crônicas alteram a rotina e organização das atividades familiares, principalmente nas doenças incapacitantes, em que o doente deixa de ter autonomia sobre suas atividades cotidianas. É necessária a reestruturação familiar para o enfrentamento dos dilemas sociais e financeiros que os tratamentos para doentes crônicos geram. O conhecimento sobre qualidade de vida facilita a compreensão do impacto da doença sobre o bem-estar do paciente e família e, pode ajudar no planeamento de ações voltadas a prevenção destes agravos (ZORTÉA, 2012).

A busca por um tratamento adequado a pacientes com DPOC tem modificado a intervenção clínica e ampliado os objetivos do tratamento para além da melhora orgânica. As equipes de saúde têm investido mais em tratar os prejuízos funcionais que são primordiais para o bem estar dos pacientes (RAMOS-CERQUEIRA, CREPALDI, 2000).

CONCLUSÃO

A alteração encontrada com frequência na população estudada está relacionada provavelmente ao envelhecimento e a presbifagia.

Os pacientes relataram “engasgar-se com alimento” em crises da doença, fica o questionamento se na crise da DPOC é potencializada a presbifagia e/ou se a DPOC exacerbada realmente prejudica a biomecânica dos mecanismos de defesa de vias aéreas inferiores.

A qualidade de vida dos pacientes com DPOC se mostrou muito comprometida, mesmo nos casos da doença controlada o que limita muito o dia a dia dos pacientes e os torna incapazes de realizar atividades de vida diária e de lazer.

REFERÊNCIAS

ABDULMASSIH, E. M. S.; *et al.* Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**. v.13, n.1, p. 55-62. 2009.

AKPINAR, E; *et al.* Incidence of pulmonary embolism during COPD exacerbation. **J Bras Pneumol**. v.40, n.1, p.:38-45. 2014.

ATS. AMERICAN THORACIC SOCIETY. *Pulmonary Rehabilitation*. **Am J Respir Crit Care Med**. v. 159. p.: 1666–1682, 1999.

BASSI, D.; *et al.* Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados nas clínicas médicas de um hospital universitário. **CoDAS**, 2014 – no prelo

CAMPOLINA, A.G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciências & Saúde Coletiva**. V. 16, n. 6, p. 2919 – 2925. 2011.

CHAVES, Rosane de Deus et al. Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC. **J. bras. pneumol.**, v.37, n.2. p. 176-183. 2011.

CONNOLLY, M.J. Of proverbs and prevention: aspiration and its consequences in older patients. **Age Ageing**. N. 39, p. 2 -4. 2010.

CRARY, M. A.; MAN, E.; GROHER, M. E. *Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients*. **Arch. Phys. Med.Rehab.**, Chicago, v. 8., p. 1516-1520, 2005.

DROZDZ, D. R. C.; *et al.* **Análise da fase faríngea da deglutição em portadores de tosse crônica**.*Int. Arch. Otorhinolaryngol.* [online]. vol.16, n.4, pp. 502-508. 2012.

FLETCHER, C.; PETO, R. The natural history of chronic airflow obstruction. **British Medical Journal**. v.1, n.6077, p.1645- 48, 1977.

FURKIM, A.M.; *et al.* In SUSANIBAR, F.; PARRA, D.; DIOSES, A. *Tratado de evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines*. Madrid. EOS, 2013.

GOLD. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD - Revised 2011*. Disponível em:

http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2011_Feb21.pdf. Acesso em: 08 jan 2014.

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

II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, 2006 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006001000002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez 2012.

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.** 2010.

FERRARI, R; *et al.* Preditores do estado de saúde em pacientes com DPOC de acordo com o gênero. **J Bras Pneumol.** v.36, n.1, p.:37-43. 2010.

LOUREIRO, F.S. **Alterações da deglutição em pacientes com doença de Parkinson: associação com a clínica e estudo eletrofisiológico simultâneo com a respiração.** Porto Alegre, 2011. 118 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Área de Concentração: Neurociências, PUCRS.

MAKSUDA, S. S.; REIS, L. F. N. Disfagia no idoso: risco (in)visível. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 251-257, 2003.

MENEZES, A.M.B.; et al. Tratamento farmacológico da DPOC. **J Bras Pneumol**. v. 37, n.4, p.:527-543. 2011

O'NEIL KH, et al. *The dysphagia outcome and severity scale*. **Dysphagia**. v. 14, p.139– 145. 1999.

OTT, D.J., et al. *Modified barium swallow: Clinical and radiographic correlation and relation to feeding recommendations*. **Dvmhaeia**, v. 1, n. 1, p. 187- 190. 1996.

PARCIARONI, M.; et al. *Dysphagia following stroke*. **Eur Neurol**, n.51, p.:162-167. 2004.

PORTAL DA SAÚDE. [home Page de internet]. Brasília: Ministério da Saúde.**Sistema de informações hospitalares do SUS**. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>. Acesso em: 15 dez 2013.

QUEIROZ, M.C.C.A.M.; MOREIRA, M.A.C.; RABAHI, M.F. Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. **J Bras Pneumol**. v.38, n.6, p.:692-699. 2012.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. **J Pneumol**, n. 26, v. 4, p. 207 – 213. 2000.

ROSENBEK JC, et al. A penetration-aspiration scale. **Dysphagia**. V.11, p. 93 - 98. 1996.

SANTINI, C.R.Q.S. Disfagia Neurogênica. In FURKIM, AM; SANTINI, CRQ. **Disfagias Orofaríngeas**. Barueri: Pró- Fono. v. 1, p. 19 - 34. 2004.

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

SILVA, D.R.; *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por sintomas respiratórios em um hospital terciário. **Jornal Brasileira de Pneumologia**. v. 39, ed., março/ abril 2013.

SOUSA, TC de., JARDIM, JR. e JONES, P. (2000). Validação do questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v.26, maio/jun.,nº 3, p. 119-128.

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.

ZORTÉA, K. Qualidade de Vida em Doenças Crônicas. Carta ao editor. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2012.

Figura 1: Distribuição do gênero dos participantes



Figura 2: Distribuição da variável estase alimentar em valécua e/ou recessos piriformes por consistência

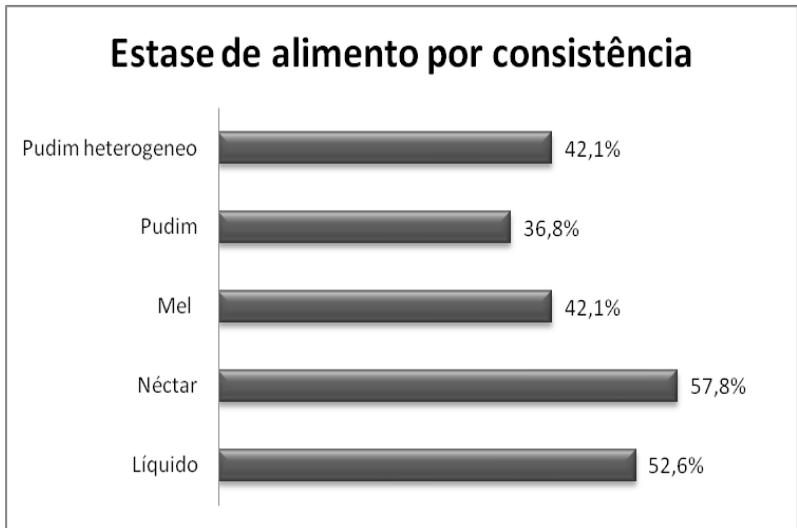


Figura 3: Queixa de engasgos durante alimentação



Figura 4: Queixa de falta de ar distribuído pelos dias de uma semana

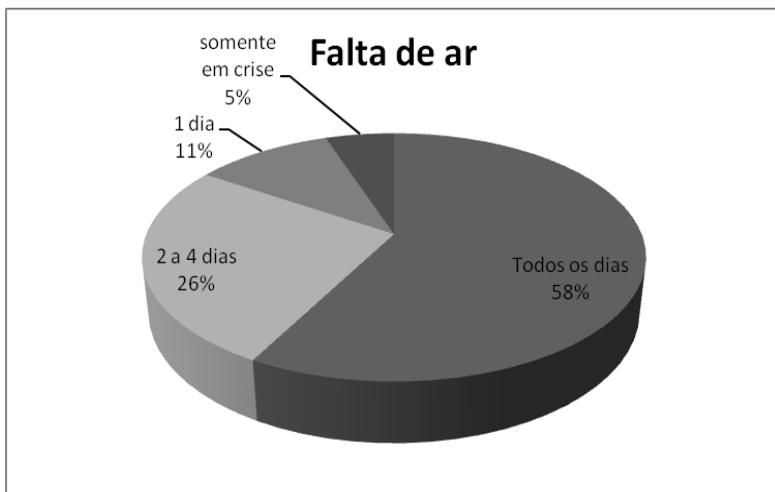


Figura 5: Queixa tosse distribuída pelos dias de uma semana

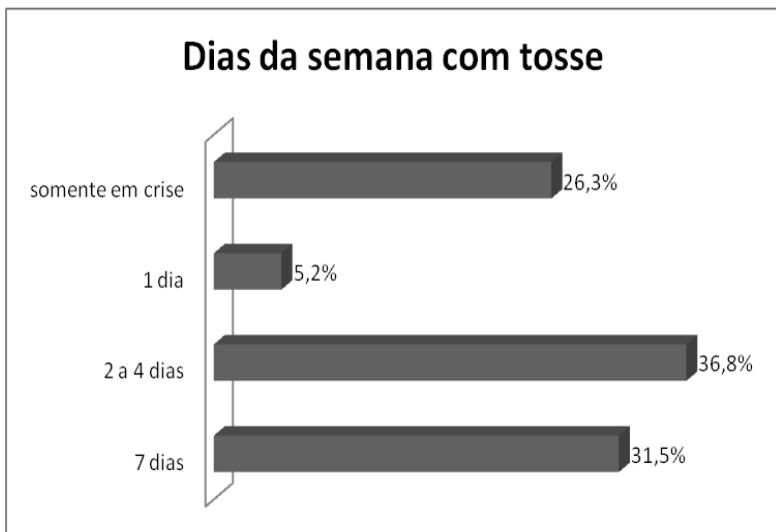


Figura 6: Número de crises da DPOC no período de um ano



Figura 7: Implicação dos problemas respiratórios nas atividades diárias e de lazer

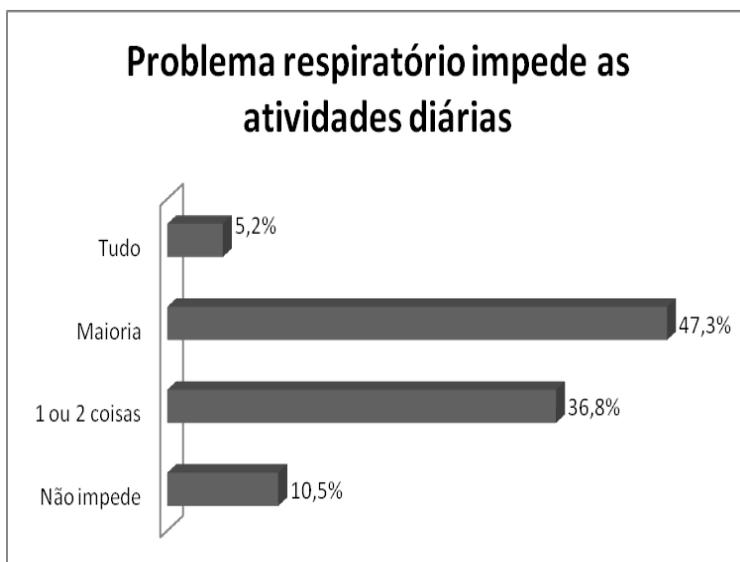


Tabela 1: Avaliação dos pacientes conforme as classificações utilizadas nos protocolos de avaliação (ASED e videofluoroscopia)

Pacientes	Avaliação Funcional (ASED)	Classificações segundo protocolo de videofluoroscopia da deglutição		
	FOIS (CRARY et al., 2005)	(OTT et al., 1996)	Rosenbeck et. al (1996)	O'Neil et al, 1999
A	Nível 5	Disfagia Leve	Nível 2	Disfagia Leve
B	Nível 7	Deglutição normal	Nível 1	Deglutição funcional
C	Nível 7	Deglutição normal	Nível 1	Deglutição funcional
D	Nível 5	Disfagia Leve	Nível 2	Disfagia Leve
E	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
F	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
G	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
H	Nível 7	Deglutição normal	Nível 1	Deglutição funcional
I	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
J	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
L	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
M	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
N	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
O	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
P	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
Q	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
R	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional
S	Nível 7	Deglutição normal	Nível 1	Deglutição funcional
T	Nível 7	Disfagia Leve	Nível 1	Deglutição funcional

Tabela 2: Classificação da qualidade de vida segundo o SGRQ

Pacientes	Sintomas	Atividade	Impacto Psicossocial	Total
A	92,3	87,5	63,3	65,8
B	84,6	100,0	86,6	72,1
C	53,8	25,0	60,0	41,1
D	76,9	50,0	20,0	41,3
E	76,9	75,0	33,3	49,3
F	76,9	62,5	30,0	46,3
G	65,4	56,3	33,3	42,2
H	34,6	62,5	43,3	35,3
I	69,2	87,5	76,6	61,6
J	65,4	68,8	30,0	43,2
L	57,7	75,0	56,6	49,5
M	92,3	93,8	86,6	73,8
N	100,0	87,5	63,3	69,9
O	61,5	68,8	40,0	44,9
P	23,1	37,5	46,6	28,2
Q	69,2	62,5	40,0	46,5
R	46,2	37,5	13,3	26,4
S	65,4	31,3	16,6	33,2
T	65,4	68,8	36,6	45,2

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve por objetivo conhecer a deglutição dos pacientes com DPOC em fase controlada da doença e, não se observou nesta população alterações significativas relacionadas a deglutição. O que mais se observou, estase alimentar em vestíbulos faríngeos e/ou valécula está relacionada provavelmente ao envelhecimento e a presbifagia.

Chama a atenção ao fato dos pacientes relatarem problemas na alimentação durante a crise de DPOC, relatando engasgos nas refeições. Faz-se necessário novas pesquisas nessa área, com pacientes em fase exacerbada da doença, para que possa se traçar o perfil da deglutição nesta fase e assim, ter conduta apropriada que vise a qualidade de vida e diminuição das complicações advindas da broncoaspiração nos pacientes com DPOC.

O dado alarmante é a diminuição expressiva da qualidade de vida destes pacientes, em qualquer fase da doença – controlada ou exacerbada. Esses pacientes deixam de realizar atividades de vida diária, bem como de lazer, seja por limitações da doença, seja por vergonha que os sintomas desagradáveis da doença causam. Apesar do tratamento dos pacientes com DPOC ter foco também na perspectiva da qualidade de vida, os pacientes ainda sentem o impacto da doença crônica e suas limitações.

7. REFERÊNCIAS

ABDULMASSIH, E. M. S.; *et al.* Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**. v.13, n.1, 2009. p. 55-62.

ALMEIDA, É. **Frequência e fatores relacionados à disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico**. Belo Horizonte, 2009, p. 65, (Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais). 2009.

ATS. *AMERICAN THORACIC SOCIETY. Pulmonary Rehabilitation*. **Am J Respir Crit Care Med**. v. 159. p.: 1666–1682, 1999.

BARBAS, C.S.V.; BARBAS FILHO, J.V, CARVALHO, C.R.R. . O Que São Doenças Pulmonares Fibrosantes?. **Pulmão**. Rio de Janeiro, 2013. V.22, n.1, p: 2-3.

BARNES, P. J. Chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. v. 343, n.4, p. 269-80, 2000.

BASSI, D.; *et al.* Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados nas clínicas médicas de um hospital universitário. **CoDAS**, 2014 – no prelo

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

CAMPOLINA, A.G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciências & Saúde Coletiva**. V. 16, n. 6, p. 2919 – 2925. 2011.

CARDOSO, M. C.A. F.; XAVIER, A.C.F. **Soluço: características e possibilidades fonoterapêuticas.** *Arquivos Int. Otorrinolaringol. (Impr.)* [online]. 2011, vol.15, n.1, pp. 89-95. ISSN 1809-4872.

CARRARA- ANGELIS, E.; MOURÃO, L.F.; FURIA, C. L. B.. Avaliação e tratamento das disfagias após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço. In: ANGELIS, E. C. *et al.* **A atuação da fonoaudiologia no Câncer de Cabeça e Pescoço.** São Paulo: Lovise, 2000. Cap. 20, p. 155-162.

CASSOL, K.; *et al.* Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. **J Soc Bras Fonoaudiol**. v. 24, n. 3, 2012, p. 223-32.

CELLA, D.F.; TULSKY, D. *Measuring quality of life today: methodological aspects.* *Oncology*. V. 4, N. 28, P.28 – 38. 1990.

CFFa. Conselho Federal de Fonoaudiologia. **Resolução nº 356**, de 06 de dezembro de 2008.

CHAVES, Rosane de Deus et al. Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC. *J. bras. pneumol.*, v.37, n.2. p. 176-183. 2011.

CLAVÉ, P. *et al.* The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Aliment Pharmacol Ther.* n. 24, v.9. p.:1385-94. 2006.

CONNOLLY, M.J. *Of proverbs and prevention: aspiration and its consequences in older patients.* *Age Ageing.* N. 39, p. 2 -4. 2010.

COSTA, M.M.B.; LEMME, E. M. O. *Coordination of respiration and swallowing: functional pattern and relevance of vocal folds closure.* Arquivos de Gastroenterologia, Vol 47, n1. 2010.

CRARY, M. A.; MAN, E.; GROHER, M. E. *Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients.* *Arch. Phys. Med. Rehab.*, Chicago, v. 8., p. 1516-1520, 2005.

CURADO, A.D.F.; GARCIA, R.S.P.; DI FRANCESCO, R.C. Investigação da aspiração silenciosa em portadores de paralisia cerebral tetraparética espástica por meio de exame videofluoroscópico. **Revista CEFAC**. São Paulo. v. 7, n. 2, abr-jun. 2005. p. 188- 197.

DANTAS, R.O.; CASSIANI, R.A. Drogas e Disfagia Esofágica. In: In: FURKIM, A.M., SANTINI, C.R.Q.S. (org). **Disfagias orofaríngeas**, v. 2. Barueri: Pró-Fono, 2008. p. 15-20.

DROZDZ, D. R. C.; *et al.* **Análise da fase faríngea da deglutição em portadores de tosse crônica.** *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* [online]. 2012, vol.16, n.4, pp. 502-508.

EDELMAN, D.A.; *et al.* *Bedside assessment of swallowing is predictive of a abnormal barium swallow examination.* **J Burn Care Res.** n. 29, v. 1. p: 89-96. 2008.

FARRI, A.; ACCORNERO, A.; BURDESE, C. *Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy.* **Acta Otorhinolaryngologica Italica**, Italia, v. 27, n.2 , p.83-86, 2007. Disponível em:

< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640007/>>. Acesso em: 31 mai 2012.

FIGUEIREDO , A. E. P. L. Qualidade de vida e doenças crônicas. **Revista Ciência & Saúde.** v. 5, n. 1, p. 1, jan./jun. 2012.

FLETCHER, C.; PETO, R. *The natural history of chronic airflow obstruction.* **British Medical Journal.** v.1, n.6077, p.1645- 48, 1977.

FURIA, C.L.B. Disfagias Mecânicas. *In:* FERNANDES, F.D.M.; MENDES, B.C.A.; NAVAS,A.L.P.G.P. **Tratado de fonoaudiologia.** São Paulo: Roca. 2 ed. Cap. 55, p. 513 – 526. 2009.

FURKIM, A.M.; *et al.* *In* SUSANIBAR, F.; PARRA, D.; DIOSES, A. **Tratado de evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines.** Madrid. EOS, 2013. (no prelo).

FURKIM, A.M; MATTANA, A. Fisiologia da deglutição orofaríngea. *In:* FERREIRA, L; BEFI-LOPES D, LIMONGE, S. **Tratado de fonoaudiologia.** 1ª ed. São Paulo: Rocca; 2004, pp. 212-218.

GOLD. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD - Revised 2011.* Disponível em: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2011_Feb21.pdf. Acesso em: 08 jul 2013.

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

GUYATT, GH., *et al* *A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease.* *Thorax*, 1987. v.42, p:773-778.

II Diretrizes brasileiras no manejo da tosse crônica. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006001000002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez 2012.

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.** 2010.

JARDIM, JR.; OLIVEIRA, JA.; NASCIMENTO, O. Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – Definição, Epidemiologia Diagnóstico e Estadiamento. In: II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, 2004. v.30, p. 1-5, Suplemento 5.

JONES, PW., *et al* .*The St George’s Respiratory Questionnaire.* *Respir Med.*, 1991. 85 Suppl B:25-31; discussion 33-7.

KARKOS, P. D. et al. *Current evaluation of the dysphagic patient.* **Hippokratia**, v. 3, n. 13, p.141-146, 2009.

KUNIGK, M.R.G. CHEHTER, E. Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à entubação orotraqueal. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**v.12, n.4, p. 287-91. 2007.

LOUREIRO, F.S. **Alterações da deglutição em pacientes com doença de Parkinson: associação com a clínica e estudo eletrofisiológico simultâneo com a respiração.**

Porto Alegre, 2011. 118 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde. Área de Concentração: Neurociências, PUCRS.

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. **Revista de Nutrição**. V. 21, n. 4. Campinas. Jul – Ago, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jan 2012.

MENEZES, A.M.B.; et al. Tratamento farmacológico da DPOC. **J Bras Pneumol.** v. 37, n.4, p.:527-543. 2011

O'NEIL KH, et al. *The dysphagia outcome and severity scale.* **Dysphagia.** v. 14, p.139– 145. 1999.

OTT, D.J., et al. *Modified barium swallow: Clinical and radiographic correlation and relation to feeding recommendations.* **Dymhaeia,** v. 1, n. 1, p. 187- 190. 1996.

PARCIARONI, M.; et al. *Dysphagia following stroke .Eur Neurol,* n.51, p.:162-167. 2004. Disponível em:
<<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?typ=pdf&doi=77663>>. Acesso em: 31 mai 2012.

PASCHOAL, I. A.; VILLALBA, W. O.; PEREIRA, M. C.. Insuficiência respiratória crônica nas doenças neuromusculares: diagnóstico e tratamento. **J. bras. pneumol.,** São Paulo, v. 33, n. 1, Feb. 2007 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez 2012.

PAUL, E; MARIK, .F.C.C.P; KAPLAN D.M.A. *Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly.* www.chestjournal.org. v. 124, p. 328-336. 2003.

PORTAL DA SAÚDE. [home Page de internet]. Brasília: Ministério da Saúde. **Sistema de informações hospitalares do SUS**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>. Acesso em: 15 dez 2013.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. **J Pneumol**, n. 26, v. 4, p. 207 – 213. 2000.

ROSENBEK JC, et al. A penetration-aspiration scale. **Dysphagia**. V.11, p. 93 - 98. 1996.

SANTINI, C.R.Q.S. Disfagia Neurogênica. In FURKIM, AM; SANTINI, CRQ. **Disfagias Orofaríngeas**. Barueri: Pró- Fono. v. 1, p. 19 - 34. 2004.

SANTORO, P.P. Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. São Paulo: **Rev. CEFAC**, v.10, n.2. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462008000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 abr 2012.

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

SBPT. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro de DPOC. **J Pneumol.** v. 30, Supl 5. 2004.

SERRA-PRAT, M. *et al.* *Oropharyngeal dysphagia as a risk factor or malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study.* **Age Ageing**, v. 3, n. 41, p.376-381, 2012.

SILVA, C.T.; MATSUBA, C.S.T. Transição de via alternativa para via oral de alimentação. In: FURKIM, A.M., SANTINI, C.R.Q.S. (org). **Disfagias orofaríngeas**, v. 2. Barueri: Pró-Fono, 2008.

SILVA, D.R.; *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por sintomas respiratórios em um hospital terciário. *Jornal Brasileira de Pneumologia.* v. 39, ed., março/ abril 2013.

SILVA, R.G. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.** Barueri. v. 19, n. 1, jan.-abr. 2007. P.123-130. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pfono/v19n1/13.pdf>. Acesso em: 02 nov 2011.

SIMÕES, P; ALMEIDA, P. Reabilitação Respiratória. Uma estratégia para a sua implementação. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, 2009 Mar. , v. 15, suplemento 1., p.93-118.

SOUSA, TC de., JARDIM, JR. e JONES, P. (2000). Validação do questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Ribeirão Preto, v.26, maio/jun.,nº 3, p. 119-128.

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

WEHRMEISTER, F. C. et al. Programas de reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.37, n.4, p.544-55, 2011.

WILSON, I.B.; CLEARY, P.D. *Linking clinical variables with health-related quality of life. JAMA*, n. 273. p. 59-65. 1995.

WHO. *Guidelines for the conduct of tobacco smoking surveys of the general population*. Document. Nº WHO/ SMO/83.4, World Health Organization, Geneva.

ZORTÉA, K. **Qualidade de Vida em Doenças Crônicas**. Carta ao editor. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2012.

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SINAIS CLÍNICOS DE BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTES DA CLÍNICA PNEUMOLÓGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Ana Maria Furkim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18167713.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 356.507

Data da Relatoria: 12/08/2013

Apresentação do Projeto:

O Projeto (CAAE 18167713.2.0000.0121) intitula-se: CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SINAIS CLÍNICOS DE BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTES DA CLÍNICA PNEUMOLÓGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, subsidia um projeto de Dissertação vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (CCS) da UFSC e é orientado pela Profa. Dra. Ana Maria Furkim, que assina a Folha de Rosto conjuntamente com a coordenação do programa, como responsáveis pelo projeto na Instituição.

A pesquisa tem caráter será transversal, do tipo exploratória, com análise quantitativa dos resultados, sendo que a coleta de dados se dará após aprovação pelo CEP/UFSC, no período de junho a novembro de 2013. A pesquisadora esclarece que serão convidados a participar da pesquisa 32 pacientes internados e/ou atendidos ambulatorialmente na clínica de pneumologia no HU-UFSC, sem distinção de sexo e idade, mas que apresentarem condições clínicas estáveis para as avaliações propostas e aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto visa propor critérios para avaliação específica em pacientes sob a responsabilidade da pneumologia, que em sua maioria, apresentam sinais comuns para a doença pulmonar de base e os sinais clínicos de broncoaspiração (tosse, dispnéia e desconforto respiratório). A coleta de dados será

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 356.507

realizada em três etapas: (I) Inicialmente, se fará uma avaliação funcional da deglutição conforme protocolos já utilizados usualmente na instituição; (II) Em seguida, será aplicado um questionário que avalia a qualidade de vida específica em pacientes com alterações pulmonares; (III) e em um terceiro momento os pacientes serão agendados para a realização da avaliação instrumental da deglutição, por meio do exame de videofluoroscopia da deglutição, com protocolo já utilizado no serviço de fonoaudiologia da instituição.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Definir critérios para diagnóstico diferencial de sinais clínicos de broncoaspiração em pacientes atendidos pela pneumologia do HU-UFSC.

Objetivos Secundários:

- Realizar avaliação funcional e instrumental da deglutição;
- Aplicar questionário de qualidade de vida em pacientes com alterações pulmonares;
- Analisar as avaliações funcional e instrumental da deglutição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A proponente considera a existência de risco aos participantes na pesquisa, devido a exposição a radiação, no entanto por um período de tempo e intensidade baixos. Detalha que o paciente será exposto ao elemento Bário, em procedimento de escopia (Raio X), por aproximadamente 20 minutos dentro dos limites permitidos pela Comissão Nacional de Energia Nuclear. Por outro lado, exclui da amostra os pacientes que não apresentarem condições clínicas estáveis para a realização da pesquisa.

O CEPESH destaca a necessidade de que se considere ainda a existência de outros riscos, intrínsecos à pesquisa, aos participantes, mesmo que não-intencional, de quebra do sigilo. Incluem-se ainda agravos imediatos ou tardiamente decorrentes de possíveis danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrentes (com nexos causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico). E acrescenta-se que deve ser igualmente considerada a participação de sujeitos sob condições de vulnerabilidade tais como os menores de idade e, inclusive, em alguns casos aqueles adultos que embora capazes, estejam expostos a condicionamentos ou restrições de ordem física e/ou psicológica, a exemplo de pacientes idosos, população potencialmente incluída como participante no projeto. Em

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 356.507

todos estes casos é obrigatório assegurar-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias.

Benefícios:

O potencial benefício que a pesquisa propõe para os participantes e para os pacientes atendidos pela pneumologia é realizar o adequado diagnóstico quanto as alterações da deglutição e suas complicações e assim, por meio de condutas apropriadas, diminuir as complicações pulmonares decorrentes desta alteração, que geram internações mais prolongadas, maiores gastos hospitalares e agravamento do quadro clínico do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos autos do Processo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: (1) Folha de rosto; (2) Formulário Projeto da Pesquisa-PB (incluindo o Orçamento e Patrocinador); (3) projeto de pesquisa estruturado na íntegra (Dissertação; incluindo Cronograma de Execução e os Instrumentos da Pesquisa); (4) TCLE; (5) Declaração de concordância expedida pela direção do HU/UFSC.

Recomendações:

O CEP exigiu o atendimento a todos os pontos indicados/enumerados no campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações do Parecer anterior, tendo sido satisfeitas todas as demandas E ESCLARECIMENTOS SOLICITADOS

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com base no exposto acima, voto pela APROVAÇÃO do projeto sob análise.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B: AVALIAÇÃO SEGURA DA DEGLUTIÇÃO – ASED



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
POLYDORO ERNANI DE SÃO TIAGO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA



Furkim, AM, Duarte, ST, Soria, FS, Sampaio, RS,
Nunes, MCA, Wolff, GS, Silveira, FR

1. IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO: _____ Leito: _____ Data de
internação: ____/____/____

Data da Avaliação: ____/____/____

Paciente: _____

Idade: _____ DN: ____/____/____ Sexo: M F

Escolaridade: _____

Procedência: _____ Familiar/

Acompanhante: _____ Contato: _____

1.1. Diagnóstico Neurológico:	1.2. Tumores de Cabeça e Pescoço:

<p>Tipo e localização da lesão: _____</p> <p>Início dos sintomas: _____</p> <p>Tempo de lesão: _____</p> <p>Já fez fonoterapia: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>Tempo de estimulação: _____</p> <p>Encaminhamento: _____</p>	<p>Tipo: _____</p> <p>Extensão e Localização da lesão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia</p> <p>Cirurgia: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Relatório _____</p> <p>Cirúrgico: _____</p> <p>_____</p>
<p>1.3 Outras comorbidades: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Cirrose <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> IAM <input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> Etilista</p>	

2 ASPECTOS CLÍNICOS

2.1 HISTÓRICO CLÍNICO: _____

MEDICAÇÃO: _____

<p>2.3 BCP : <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantas: _____</p> <p>2.4 ESTADO NUTRICIONAL (Nrs-2002): _____</p> <p>2.5 VIA DE ALIMENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Sne <input type="checkbox"/> Sog <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Sng <input type="checkbox"/> Jejunostomia</p> <p>2.6 SINAIS VITAIS (Repouso): Fc: _____ Fr: _____ Spo2: _____ T: _____ Pa: _____</p>	<p>2.7 RESPIRAÇÃO:</p> <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Oxigenodependente <input type="checkbox"/> VM Intubação: _____ Extubação: _____ Uso De Vmni: : <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Tipo: _____ Tempo: _____ Traqueostomia: : <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Cuff: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Insuflado <input type="checkbox"/> Parcialmente Insuflado <input type="checkbox"/> Desinsuflado Válvula De Fala: : <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Tipo: _____
--	---

<p>3 CONSCIÊNCIA</p> <p>3.1 GLASGOW: () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14 () 15 () Na</p> <p>3.2 RESPONSIVO: <input type="checkbox"/> Menos De 15 Min <input type="checkbox"/> Mais De 15 Min</p> <p>3.3 NIHss: _____</p>	<p>4 COGNITIVO</p> <p>4.1 HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO</p> <p>4.1.1 Afasia : <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Tipo: _____</p> <p>4.1.2 Disartria: : <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Tipo: _____</p> <p>4.1.3 Apraxia De Fala: : <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>4.1.4 Rancho Los Amigos (Tce) () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () Na</p>
---	--

5 OBSERVAÇÃO NO REPOUSO

5.1 CONTROLE CERVICAL: :

NÃO SIM Assistemático

5.2 POSTURA: Decúbito Dorsal

Sentado 45° Sentado 90°

Adaptações: NÃO

SIM _____

5.3 RESPIRAÇÃO: Nasal Oral

Mista Ruidosa Dispneia

Taquipneia Bradipneia

5.4 VEDAMENTO LABIAL:

Não Eficiente Eficiente

5.5 SIALORREIA: NÃO SIM

5.6 REFLUXO NASAL: NÃO

SIM

5.7 POSTURA DE LÍNGUA: Ndn

Protrusão _____

5.8 MANDÍBULA: Contínente

Não Contínente

5.9 ESTASE DE SALIVA EM
CAVIDADE ORAL:

Presente Ausente

5.10 OXIMETRIA: _____

5.11 AUSCULTA CERVICAL:

Positiva Negativa

6. DEGLUTIÇÃO ESPONTÂNEA

6.1 SINAIS CLÍNICOS DE
ASPIRAÇÃO:

Tosse Dispneia

Voz “Molhada”

6.2 SE TRAQUEOSTOMIZADO:

Blue Dye Test: Positivo

Negativo

6.3 OXIMETRIA: _____

6.4 AUSCULTA CERVICAL:

Positiva Negativa

7 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

7.1 DENTIÇÃO

7.1.1 Dentição: completa

incompleta: _____

7.1.2 Prótese: total parcial

inferior superior ndn

7.1.3 Tipo de Mordida: aberta

overjet *overbite* normal

7.1.4 Oclusão: classe I

classe II 1ª divisão

classe II 2ª divisão

classe III.

7.1.5 Higiene Oral:

BEG REG PEG

7.2 SENSIBILIDADE

7.2.1 Facial e Intraoral

(toque – 1. diminuída; 2. exacerbada)

a) Facial: normal alterada

b) Língua: normal alterada

7.3 REFLEXOS ORAIS

7.3.1 Reflexo de Vômito:

presente ausente

exacerbado

7.3.2 Reflexo Palatal:

presente ausente

exacerbado

7.4 MOBILIDADE ISOLADA

(1-mobilidade, 2-velocidade, 3-amplitude, 4-força, 5-precisão)

7.4.1 Língua: eficiente

não eficiente: 1-2-3-4-5

7.4.2 Lábios: eficiente

não eficiente: 1-2-3-4-5

7.4.3 Bochechas: eficiente

não eficiente: 1-2-3-4-5

7.4.4 Mandíbula: eficiente

não eficiente: 1-2-3-4-5

<p>8 AVALIAÇÃO VOCAL</p> <p>8.1 TMF (média): /a/: _____ Relação s/z: _____</p> <p>8.2 TOSSE VOLUNTÁRIA: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim</p> <p>8.3 QUALIDADE VOCAL: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> soprosidade <input type="checkbox"/> rugosidade <input type="checkbox"/> voz “molhada”</p> <p>8.4 INTENSIDADE VOCAL: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> reduzida <input type="checkbox"/> aumentada</p>	<p>8.5 APÓS DEGLUTIÇÃO DE SALIVA: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> voz “molhada”</p> <p>8.6 RESSONÂNCIA: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hipernasal <input type="checkbox"/> hiponasal</p> <p>8.7 EXCURSIONAMENTO DA LARINGE: /a/ grave: <input type="checkbox"/> incompetentes <input type="checkbox"/> competente /i/ agudo: <input type="checkbox"/> incompetentes <input type="checkbox"/> competentes</p>
---	---

<p>9 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE ALIMENTOS</p> <p>Condições na avaliação e oferta da dieta:</p> <p>9.1 POSIÇÃO: <input type="checkbox"/> sentado 90° <input type="checkbox"/> sentado 45°</p> <p>Com adaptações: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Quais: _____</p> <p>9.2 DIETA OFERTADA: <input type="checkbox"/> Líquida: <input type="checkbox"/> água _____ ml <input type="checkbox"/> suco _____ ml</p> <p><input type="checkbox"/> Néctar <input type="checkbox"/> Mel <input type="checkbox"/> Pudim <input type="checkbox"/></p> <p>Sólida: bolacha água e sal</p>	<p>9.3 UTENSÍLIOS: <input type="checkbox"/> copo <input type="checkbox"/> canudo <input type="checkbox"/> mamadeira <input type="checkbox"/> seringa <input type="checkbox"/> colher: <input type="checkbox"/> plástico <input type="checkbox"/> metal <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> chá <input type="checkbox"/> sobremesa <input type="checkbox"/> sopa</p> <p>9.4 OBSERVAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE</p> <p>9.4.1 Fase Antecipatória : Alimenta-se sozinho: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Eficiente: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Com adaptações: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim : _____</p>
--	---

10. MANOBRAS EFICIENTES	11. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL
12. PROGNÓSTICO/ OBJETIVO TERAPÊUTICO	13. CONDUTA

FUNCTIONAL ORAL INTAKE SCALE-FOIS (CRARY *et al.*, 2005)

Nível 1: Nada por via oral ()

Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido ()

Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente VO de alimento ou líquido ()

Nível 4: Via oral total de uma única consistência ()

Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, com necessidade de preparo especial ou compensações ()

Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares ()

Nível 7: Via ora total sem restrições ()

12. COMENTÁRIOS

13. CONCLUSÃO

ONeil et al, 99 - Dysphagia outcome and severity scale. Full per-oral nutrition (P.O):
Normal diet

Nível I. Deglutição normal - Normal para ambas as consistências e em todos os itens avaliados. Nenhuma estratégia ou tempo extra é necessário. A alimentação via oral completa é recomendada.

Nível II. Deglutição funcional - Pode estar anormal ou alterada, mas não resulta em aspiração ou redução da eficiência da deglutição, sendo possível manter adequada nutrição e hidratação por via oral⁽³⁾. Assim, são esperadas compensações espontâneas de dificuldades leves, em pelo menos uma consistência, com ausência de sinais de risco de aspiração. A alimentação via oral completa é recomendada, mas pode ser necessário despende tempo adicional para esta tarefa.

Nível III. Disfagia orofaríngea leve - Distúrbio de deglutição presente, com necessidade de orientações específicas dadas pelo fonoaudiólogo durante a deglutição.

Necessidade de pequenas modificações na dieta; tosse e/ou pigarro espontâneos e eficazes; leves alterações orais com compensações adequadas.

Nível IV. Disfagia orofaríngea leve a moderada - Existência de risco de aspiração, porém reduzido com o uso de manobras e técnicas terapêuticas. Necessidade de supervisão esporádica para realização de precauções terapêuticas; sinais de aspiração e restrição de uma consistência; tosse reflexa fraca e voluntária forte. O tempo para a alimentação é significativamente aumentado e a suplementação nutricional é indicada.

Nível V. Disfagia orofaríngea moderada - Existência de risco significativo de aspiração. Alimentação oral suplementada por via alternativa, sinais de aspiração para duas consistências. O paciente pode se alimentar de algumas consistências, utilizando técnicas específicas para minimizar o potencial de aspiração e/ou facilitar a deglutição, com necessidade de supervisão. Tosse reflexa fraca ou ausente.

Nível VI. Disfagia orofaríngea moderada a grave - Tolerância de apenas uma consistência, com máxima assistência para utilização de estratégias, sinais de aspiração com necessidade de múltiplas solicitações de clareamento, aspiração de duas ou mais consistências, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca e ineficaz. Se o estado pulmonar do paciente estiver comprometido, é necessário suspender a alimentação por via oral.

Nível VII. Disfagia orofaríngea grave - Impossibilidade de alimentação via oral. Engasgo com dificuldade de recuperação; presença de cianose ou broncoespasmos; aspiração silente para duas ou mais consistências; tosse voluntária ineficaz; inabilidade de iniciar deglutição.

Fonoaudiólogo Responsável: _____

CRFº: _____

ANEXO C

SGRQ (Saint George's Respiratory Questionnaire:
Questionário do Hospital Saint George na doença respiratória)
JONES et al. 1991

Nome: _____

Data: _____ / _____ / ____ RGH ____ ID _

PRIMEIRA PARTE

As questões seguintes procuram determinar a importância dos problemas respiratórios que você sentiu AO LONGO DOS ÚLTIMOS 12 MESES.

(Marque uma cruz no quadrado que corresponde a sua resposta a cada questão)

	Quase todos os dias da semanas (5 a 7 dias)	Vários dias da semana (2 a 4 dias)	Algum dia da semana (1 dia)	Somente durante uma infecção respiratória	Nunca
1) Ao longo dos últimos 12 meses, você tossiu ?					
2) Ao longo dos últimos 12 meses, você teve catarro ?					
3) Ao longo dos últimos 12 meses, você teve falta de ar ?					
4) Ao longo dos últimos 12 meses, você teve crises de chiado no peito?					

5) Ao longo dos últimos 12 meses, quantas vezes você teve crises graves?

Mais de 3 crises|

3 crises|

2 crises|

1 crise|

Nenhuma crise|

(PASSE À QUESTÃO 7 SE VOCÊ NÃO TEVE CRISE GRAVE)

6) Ao longo dos últimos 12 meses, quanto tempo durou a **pior crise**?

Uma semana ou mais...|

3 dias ou mais..|

1 ou 2 dias ...|

Menos de 1 dia.|

7) Ao longo dos últimos 12 meses, em uma semana comum, quantos dias você teve SEM grandes problemas respiratórios?

Nenhum dia.....|

1 ou 2 dias|

3 ou 4 dias|

Quase todos os dias (5 ou 6 dias).....|

Todos os dias|

8) Quando você tem chiado, é pior pela manhã?

Sim.....|

Não.....|

SEGUNDA PARTE

SEÇÃO 1 Marque uma cruz no quadrado correspondente a sua resposta a cada questão.

O QUE VOCÊ ACHA DE SEU ESTADO RESPIRATÓRIO?

É o meu principal problema.....

Ele me dá muito problema

Ele me dá algum problema

Ele não me dá problema algum

SE VOCÊ TEM OU TINHA UMA ATIVIDADE PROFISSIONAL

Meus problemas respiratórios me impossibilitaram continuar trabalhando.....

Meus problemas respiratórios me dificultaram às vezes trabalhar.....

Meus problemas respiratórios não me dificultaram trabalhar

SEÇÃO 2 AQUI HÁ SITUAÇÕES QUE, HABITUALMENTE, LHE DÃO FALTA DE AR

Responda marcando uma cruz no quadrado correspondente a sua situação no dia de hoje

	SIM	NÃO
Sentar-se em repouso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar-se ou se trocar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar fora de casa no plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir uma escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir um lance de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar uma atividade física ou esportiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO 3**AQUI HÁ TAMBÉM ALGUMAS
SITUAÇÕES RELACIONADAS A SUA
TOSSE E SUA FALTA DE AR**

	SIM	NÃO
Sinto-me mal quando eu tusso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canso-me Quando eu tusso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto falta de ar quando eu falo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto falta de ar quando me deito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha tosse ou minha respiração perturba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu me canso rápido quando faço uma atividade cotidiana (Por exemplo: banho, troca de roupa, arrumar a casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEÇÃO 4 AQUI HÁ OUTROS EFEITOS QUE SEUS
PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS PODEM
CAUSAR EM SUA CASA.**

Assinale, por favor, o que se aplica a você **no dia de hoje.**

	SIM	NÃO
Em frente aos outros eu me sinto incomodado de tossir ou ter falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meus problemas respiratórios incomodam minha família, meus amigos ou minha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu tenho medo ou me assusto quando eu não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sinto que não consigo controlar minha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não espero nenhuma melhora da minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu me tornei uma pessoa muito doente por causa de meu estado respiratório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O exercício é perigoso para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu tenho que me esforçar para tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEÇÃO 5 ESTA SEÇÃO É SOBRE SEU
TRATAMENTO (Medicamentos, inalações, oxigênio,
fisioterapia,.....)**

	SIM	NÃO
Minha medicação não está ajudando muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em frente aos outros, eu me sinto incomodado de seguir meu tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meu tratamento tem efeitos desagradáveis para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meu tratamento me incomoda muito em meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO 6 ESTA SEÇÃO É SOBRE AS ATIVIDADES COTIDIANAS QUE PODEM SER INCOMODADAS POR SUA RESPIRAÇÃO

	SIM	NÃO
Eu preciso de muito tempo para me banhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não posso me banhar, ou agora eu preciso muito tempo para me banhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu ando mais devagar que os outros, ou eu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os trabalhos como arrumar a casa me tomam muito tempo ou eu tenho que parar para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu subo um lance de escada (um andar), eu devo ir lentamente ou parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu corro ou ando rápido, eu devo parar ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha respiração torna difícil as atividades como subir um lance de escadas, carregar objetos ao subir escada, fazer trabalhos leves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha respiração torna difícil as atividades como carregar peso, cuidar do jardim,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minha respiração torna difícil as atividades como trabalhos manuais pesados, andar a pé, andar de bicicleta, nadar rápido ou praticar esportes competitivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO 7 DESCREVA COM QUE INTENSIDADE SEU ESTADO RESPIRATÓRIO AFETA SUA VIDA COTIDIANA

	SIM	NÃO
Eu não posso praticar nenhum esporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não posso sair para me distrair ou relaxar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não posso sair para nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não posso cuidar de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não posso me distanciar muito de minha cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AGORA, VOCÊ PODERIA MARCAR O QUE MELHOR
CORRESPONDE AO QUE DESCREVE MELHOR, SEGUNDO
VOCÊ, A MANEIRA QUE SEU ESTADO RESPIRATORIO LHE
INCOMODA?**

Marque **apenas uma alternativa**) Ele não me impede de fazer o
que eu gosto.....|_|
Ele me impede de fazer uma ou duas coisas que eu
gostaria de fazer.....|_|
Ele me impede de fazer a maioria das coisas que eu
gostaria de fazer.....|_|
Ele me impede de fazer tudo o que eu gostaria de
fazer.....|_|

ANEXO D



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO TIAGO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA



PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO VIDEOFLUOROSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO.

FURKIM et al. In Susanibar F, Parra D, Díoses A. *Tratado de evaluación de*

Motricidad Orofacial y áreas afines. Madrid. EOS, 2013.

VIDEOFLUOROSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO	
Nome do Paciente:	
Idade:	Gênero: () Masculino () Feminino
Pedido Exame N°:	Data do Exame:
Ilmo. Sr. Dr(a).:	
História Clínica:	
Queixa:	

1. O Exame foi realizado com o paciente:			
1.1 COGNIÇÃO-COMUNICAÇÃO			
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Reativo	<input type="checkbox"/> Contactuante
<input type="checkbox"/> Comunicativo	<input type="checkbox"/> Colaborativo	<input type="checkbox"/> Qualidade vocal seca	
1.2 PORTANDO:			
Sonda p/ alimentação: <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Gástrica			
Prótese dentária: <input type="checkbox"/> Bem adaptada <input type="checkbox"/> Mal adaptada			
Traqueostomia: <input type="checkbox"/> Com cânula plástica e Cuff insuflado <input type="checkbox"/> Metálica <input type="checkbox"/> Ocluída <input type="checkbox"/> Válvula de fala tipo “Passy Muir”			
1.3 POSICIONADO			
<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Em pé	<input type="checkbox"/> Em Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Na maca
<input type="checkbox"/> Em bebê conforto	<input type="checkbox"/> Com apoio cervical	<input type="checkbox"/> Com apoio nos pés	<input type="checkbox"/> Com apoio lateral
1.4 FORAM REALIZADAS TOMADAS EM VISÃO:			

<input type="checkbox"/> Latero-lateral direita	<input type="checkbox"/> Anteroposterior	<input type="checkbox"/> Oblíqua <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
---	--	---

2. Quanto ao alimento ofertado
1.1 Foi utilizado contraste baritado OptiBar®, a diluição de 30% com água, para as consistências e volumes :
<input type="checkbox"/> Líquido: <input type="checkbox"/> gole livre <input type="checkbox"/> 5ml <input type="checkbox"/> 10ml <input type="checkbox"/> 20ml
<input type="checkbox"/> Néctar: <input type="checkbox"/> gole livre <input type="checkbox"/> 5ml <input type="checkbox"/> 10ml <input type="checkbox"/> 20ml
<input type="checkbox"/> Mel: <input type="checkbox"/> gole livre <input type="checkbox"/> 5ml <input type="checkbox"/> 10ml <input type="checkbox"/> 20ml
<input type="checkbox"/> Pudim: <input type="checkbox"/> gole livre <input type="checkbox"/> 5ml <input type="checkbox"/> 10ml <input type="checkbox"/> 20ml
<input type="checkbox"/> Sólido:
Obs.: Sobre número de ofertas:
1.2. Utensílios utilizados: <input type="checkbox"/> seringa <input type="checkbox"/> colher de plástico ou <input type="checkbox"/> de metal <input type="checkbox"/> copo de plástico <input type="checkbox"/> canudo de plástico <input type="checkbox"/> mamadeira com bico ortodôntico e furo normal <input type="checkbox"/> copinho com furos no bico. Outros:
1.3 Alimento foi ofertado por: <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Cuidador/familiar <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Próprio paciente

3. Análise Anatômica Funcional da Deglutição:			
3.1 FASE ORAL			
<input type="checkbox"/> Captação, formação e propulsão do bolo alimentar adequadas e eficientes.	<input type="checkbox"/> Vedamento labial eficiente		<input type="checkbox"/> Tempo de trânsito oral adequado
3.1.2 Não foi observado escape:			
<input type="checkbox"/> Extra oral	<input type="checkbox"/> Para orofaringe	<input type="checkbox"/> Para nasofaringe	<input type="checkbox"/> Cavidade oral
3.1.3 Houve coordenação sucção/deglutição/respiração? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
3.1.4 Mobilidade e força da língua precisas e coordenadas com movimento anteroposterior para propulsão do bolo para orofaringe? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estase de alimento intra oral após a primeira deglutição? (LOGEMANN 1993) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Reflexos Oraís: <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Trancamento <input type="checkbox"/> Procura <input type="checkbox"/> Nauseoso exacerbado			
3.1.5 Movimentos mandibulares amplos durante abertura bucal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
3.1.6 Mastigação: <input type="checkbox"/> Eficiente <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral			
3.2 FASE FARÍNGEA			

3.2.1 Competência velo-faríngea? () Sim () Não
3.2.2 Contato da base da língua e faringe eficaz? () Sim () Não
3.2.3 Abertura da transição faringo-esofágica (EES) aparentemente adequada? () Sim () Não
<p>3.2.4 Foi observada estase de alimento na parede posterior da faringe e recessos faríngeos (valécula e recessos piriformes) após deglutição? () Sim () Não</p> <p>() Ausente</p> <p>() Discreta: <25% da altura da estrutura</p> <p>() Moderada: >25% e <50% da altura da estrutura</p> <p>() Grave: >50% da altura da estrutura</p> <p style="text-align: right;">(EISENHUBER et al 2002)</p>
<p>3.2.5 Deglutição faríngea iniciada (MARTIN-HARRIS et al 2007, 2008):</p> <p>() 0 – No ângulo posterior da mandíbula</p> <p>() 1 – Na Valécula</p> <p>() 2 – Hipofaringe (superior aos recessos piriformes)</p> <p>() 3 – Nos recessos piriformes</p> <p>() 4 – Ausência de resposta</p>

3.2.6 Foi observada penetração de alimento em região laríngea? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
3.2.7 Foi observada aspiração de alimento antes, durante ou após deglutição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
3.2.8 Reflexo de tosse, pigarro ou engasgo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Presença de tosse: <input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Reflexa		
3.2.9 Foi observada assimetria durante a passagem do bolo em região faringolaríngea? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
3.3 Foi realizada manobra de:		
<input type="checkbox"/> Vedamento labial manual	<input type="checkbox"/> Estimulação da deglutição com oferta de colher vazia/seca	<input type="checkbox"/> Massagem submandibular para auxiliar propulsão do bolo alimentar
<input type="checkbox"/> Estímulo de fúrcula, pressão diafragmática	<input type="checkbox"/> Queixo baixo	<input type="checkbox"/> Cabeça virada para o lado prejudicado
<input type="checkbox"/> Cabeça inclinada para o lado não prejudicado	<input type="checkbox"/> Cabeça para trás	<input type="checkbox"/> Manobra supra glótica
<input type="checkbox"/> Manobra super-supraglótica	<input type="checkbox"/> Manobra de Mendelshn	<input type="checkbox"/> Manobra de Masako

<input type="checkbox"/> Deglutição “dura” ou com esforço	<input type="checkbox"/> Múltiplas deglutições	<input type="checkbox"/> Tosse/pigarro
<input type="checkbox"/> Escarro	<input type="checkbox"/> Emissão de fonemas guturais	

4. FASE ESOFÁGICA: *avaliada pelo médico radiologista*

5. CONCLUSÃO
<p>Dinâmica de deglutição evidenciada:</p> <p>() Deglutição normal</p> <p>() Disfagia leve: se o controle e o transporte do bolo estiverem atrasados ou se ocorrer leve estase faríngea, sem penetração laríngea;</p> <p>() Disfagia moderada: incluindo alteração no transporte oral, estase faríngea com todas as consistências, penetração laríngea ou leve aspiração com somente uma consistência;</p> <p>() Disfagia grave: se ocorre aspiração substancial ou o paciente não desencadeia deglutição.</p> <p style="text-align: right;"><i>Classificação segundo OTT et al., 1996</i></p>

ESCALA DE PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO – Rosenbeck et. al (1996)		
<i>CATEGORIA</i>	<i>PONTUAÇÃO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>
PENETRAÇÃO	1	Contraste não entra em VA
	2	Contraste entra até acima das ppvv sem resíduo
	3	Contraste permanece acima de ppvv, visível resíduo.
	4	Contraste atinge ppvv, sem resíduo.
	5	Contraste atinge ppvv, resíduo visível.

ASPIRAÇÃO	6	Contraste passa o nível glótico, mas não há resíduos no nível subglótico
	7	Contraste passa o nível glótico com resíduo no subglótico apesar do paciente responder
	8	Contraste passa a glote com resíduo na subglote, mas o paciente não responde.

ESCALA DE SEVERIDADE DA DISFAGIA - O'Neil et al, 1999	
	Nível 7: normal
	Nível 6: deglutição funcional
	Nível 5: disfagia discreta
	Nível 4: disfagia discreta/moderada
	Nível 3: disfagia moderada
	Nível 2: disfagia moderada/severa
	Nível 1: disfagia severa

OBS: Exame gravado em DVD.

Fgo(a).

Dr.(a)

CRFa.

CRM.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO POLYDORO
ERNANI DE SÃO THIAGO**



**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE
E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

**Pesquisa: CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL DE SINAIS CLÍNICOS DE
BRONCOASPIRAÇÃO EM PACIENTES DA CLÍNICA
PNEUMOLÓGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Pesquisadoras responsáveis: Daiane Bassi (48) 9663- 9484

Ana Maria Furkim (48) 9600- 6078

Endereço institucional: Centro de Ciências e Saúde –
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Campus
Universitário – Trindade – Florianópolis, Santa Catarina – Brasil.
CEP: 88040-900.

O objetivo desta pesquisa é definir critérios para diagnóstico diferencial de sinais clínicos de broncoaspiração em pacientes atendidos pela pneumologia do HU-UFSC, e assim, contribuir para minimizar o impacto da disfagia orofaríngea/ broncoaspiração e suas consequências nesta população. O potencial benefício dessa pesquisa é a conduta apropriada e especializada realizada pela equipe assistencial, por meio de um diagnóstico diferencial e completo quanto a segurança da deglutição nesta população.

Esta pesquisa constará: da avaliação funcional da deglutição, da coleta de dados nos registros do exame Videofluoroscopia da Deglutição e, respostas ao questionário de qualidade de vida. A avaliação funcional consiste em ingerir três tipos de consistências alimentares preparadas a partir de água + espessante, para se observar sinais e sintomas de disfagia orofaríngea e/ou broncoaspiração. Já a videofluoroscopia, é um exame dinâmico para avaliar a deglutição, realizado em pacientes com indicação médica.

A participação no projeto de pesquisa não implicará em ônus e, em caso de despesas ou danos aos participantes decorrentes da pesquisa, estes serão devidamente ressarcidos por meio de indenização. A pesquisa oferece risco aos envolvidos, devido a exposição a radiação, no entanto por um período de tempo e intensidade baixos. Salienta-se que os dados obtidos serão divulgados apenas com fins científicos, sendo garantido o

sigilo absoluto quanto ao nome e identificação dos participantes.

O potencial benefício que a pesquisa propõe para os participantes e para os pacientes atendidos pela pneumologia é realizar o adequado diagnóstico quanto as alterações da deglutição e suas complicações e assim, por meio de condutas apropriadas, diminuir as complicações pulmonares decorrentes desta alteração, que geram internações mais prolongadas, maiores gastos hospitalares e agravamento do quadro clínico do paciente.

Independente da sua aceitação na participação da pesquisa, caso seja necessário e recomendado pela equipe, será disponibilizado atendimento fonoaudiológico necessário até a conclusão de seu tratamento.

Você poderá retirar a qualquer momento o consentimento de sua participação no estudo sem nenhum prejuízo de qualquer ordem ou natureza.

Prevê-se realizar a pesquisa durante os meses de julho a novembro de 2013. Sendo que ao término da pesquisa, você será informado dos resultados por meio da disponibilização de uma via dos resultados dos exames realizados.

- Nome do Pesquisador:

- Assinatura do Pesquisador:

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____, CPF _____ abaixo assinado,
concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui
devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os
procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e
benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido
que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem
que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data:

Nome:

Assinatura do Sujeito ou Responsável:

Telefone para contato:

ASSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____, CPF _____ abaixo assinado,
responsável _____ pelo _____ paciente
_____ concordo em que o
mesmo participe do presente estudo como sujeito. Fui
devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os
procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e
benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que
posso retirar meu assentimento a qualquer momento, sem que isto
leve a qualquer penalidade.

Local e data:

Nome:

Assinatura:

Telefone para contato:

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Daiane Bassi, portadora do CPF: 011.933.160-81, residente da cidade de Florianópolis –SC, comprometo-me em ressarcir/ indenizar quaisquer danos causados ao participante decorrente da pesquisa mencionada neste documento.

Assinatura da pesquisadora: _____