



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

TAÍS SANTOS DA SILVA

**ASSOCIAÇÃO DOS ACHADOS CLÍNICOS DA DEGLUTIÇÃO E
ACHADOS DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO EM
PACIENTES PÓS-AVE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Salvador
2017

TAÍS SANTOS DA SILVA

**ASSOCIAÇÃO DOS ACHADOS CLÍNICOS DA DEGLUTIÇÃO E
ACHADOS DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE
CRÂNIO EM PACIENTES PÓS-AVE: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau em Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Ana Caline Nóbrega da Costa

Coorientador(a): Fga. Ívina Menezes

Salvador
2017

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	MÉTODOS.....	7
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	8
4	CONCLUSÃO.....	11
	REFERÊNCIAS.....	12
	APÊNDICE A – Tabela 1	14
	APÊNDICE B – Tabela 2	15
	ANEXO A – Instruções aos autores revista Cefac	16

ARTIGO

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

Associação dos achados clínicos da deglutição e achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes pós AVE: uma revisão de literatura

Association of clinical findings of deglutition and findings of cranial computed tomography in post-stroke patients: a review of the literature.

Taís Santos da Silva¹, Ívina Menezes² e Ana Caline Nóbrega da Costa.³

(1) Graduanda em Fonoaudiologia

Universidade Federal da Bahia

Salvador, Bahia, Brasil

(2) Fonoaudióloga do Hospital Universitário

Professor Edgar Santos (HUPES)

Salvador, Bahia, Brasil

(3) Professora do Departamento de Fonoaudiologia

Universidade Federal da Bahia

Salvador, Bahia, Brasil

Taís Santos da Silva

Endereço: Rua Alice Tibiriçá, Cond. Laura Catarina, Ed. Nina, Apt. 02, Vila Laura

E-mail: tais_sds@hotmail.com

Área: Disfagia

Tipo do manuscrito: Artigo de revisão da literatura

Conflito de interesse: Inexistente

SILVA, Taís Santos da. Associação dos achados clínicos da deglutição e achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes pós-ave: uma revisão de literatura. 16 f. 2017. TCC (Graduação) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RESUMO

O acidente vascular encefálico (AVE) é um dos principais motivos de internação no Sistema Único de Saúde, podendo ser uma condição altamente incapacitante. O uso de exames de imagem para o cuidado do AVE é relevante para o diagnóstico diferencial. A tomografia computadorizada (TC) tem sido utilizada como o principal método diagnóstico de imagem para a definição do tratamento do AVE. Dentre os vários fatores que se associam à incapacidade no AVE, destaca-se a disfagia orofaríngea neurogênica, preditora de prejuízos nutricionais, da hidratação, da função pulmonar, do prazer e do equilíbrio social do indivíduo. O objetivo deste estudo é identificar a relação entre os achados da tomografia computadorizada de crânio e disfagia em indivíduos pós-AVE. A busca dos artigos selecionados para este estudo foi realizada em fevereiro de 2017 nas bases de dados SciELO e BVS (Lilacs, IBECs, MEDLINE). No processo de construção do presente artigo, foram localizados inicialmente 23 estudos, sendo que apenas três respeitaram os critérios metodológicos estabelecidos. Foi observado nestes estudos uma discordância com relação à associação da disfagia com a lesão encefálica. As produções científicas apresentadas evidenciam a escassez de estudos na área, dificultando a comparação de seus resultados, além disso, observa-se na maioria destes estudos uma população amostral pouco significativa, dando margem a resultados inconclusivos.

Palavras-chaves: Transtornos de Deglutição. Acidente Vascular Encefálico (AVE). Tomografia Computadorizada por raios x.

SILVA, Taís Santos da. Association of clinical findings of deglutition and findings of cranial computed tomography in post-stroke patients: a review of the literature. 16 f. 2017. TCC (Graduação) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

ABSTRACT

The stroke is one of the main causes for hospitalization at the Sistema Único de Saúde, it is a condition highly disabling. The use of image tests for the care of the stroke is relevant for differential diagnosis. The computed tomography (CT) has been used as the main diagnosis method by image for definition of the stroke treatment. Among the numerous factors associated to disability on the stroke, neurogenic oropharyngeal dysphagia stands out as predictor for nutritional, hydration, pulmonary function, individual social pleasure and balance damages. The aim of this study is to identify the relationship between the finds of the skull's computed tomography and dysphagia in post-stroke individuals. The search of the papers for this study was made in February 2017 on the data bases SciELO e BVS (Lilacs, IBECs, MEDLINE). In the writing process for the present paper, 23 studies were initially found, in which only 3 respected the established methodological criteria. It was possible to observe in those studies a disagreement regarding to the association of dysphagia with brain injury. The presented scientific productions show the scarcity of studies in the field making hard to compare the results, furthermore studies with no significant sample population, what gives possibility for wrong conclusions.

Keywords: Deglutition Disorders. Stroke. Tomography, x-ray Computed.

1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é um dos principais motivos de internação no Sistema Único de Saúde (SUS).¹ Constitui uma das principais causas de morte, sendo responsável por mais de 90 mil óbitos/ano, a maior taxa da América Latina. Além da elevada mortalidade, é uma condição altamente incapacitante, configurando-se como importante problema de saúde pública². É definido como um déficit neurológico (sinal e/ou sintoma) causado por interrupção do fluxo sanguíneo a uma determinada região encefálica, com duração dos sintomas maior que 24 horas e/ou presença de lesão cerebral pelos exames de imagem³. A sintomatologia do AVE depende de vários fatores como: o local, tamanho da área, natureza e as funções das estruturas envolvidas e a disponibilidade de fluxo sanguíneo colateral⁴.

O uso de exames de imagem para o cuidado do AVE é relevante para o diagnóstico diferencial, definição do subgrupo, prescrição terapêutica e para definição dos cuidados adequados, o que causa impactos na qualidade do cuidado⁵. A tomografia computadorizada (TC) tem sido utilizada como o principal método diagnóstico de imagem para a definição do tratamento do AVE. É considerada custo-efetiva, segura e orientadora dos procedimentos terapêuticos, principalmente quando realizada dentro das primeiras horas, até 4,5 horas após a ocorrência do evento, além de ter maior disponibilidade nas unidades de urgência e emergências sendo necessário menor tempo para sua realização^{1,6}. A realização exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia faz parte dos requisitos da linha de cuidado em AVE nas unidades de urgência e emergência dos estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVE⁷.

Dentre os vários fatores que se associam à incapacidade no AVE, destaca-se a disfagia orofaríngea neurogênica. Esta pode ser definida como um distúrbio da deglutição resultante da perda da funcionalidade e da independência para alimentar-se, trazendo prejuízos nutricionais, da hidratação, da função pulmonar, do prazer e do equilíbrio social do indivíduo².

A incidência de disfagia pós-AVE pode variar de 42 a 67% e a sua presença está associada ao aumento do risco de complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento, desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada e morte⁸.

O conhecimento da localização do AVE por parte do fonoaudiólogo lhe permitirá um pré-diagnóstico mais preciso da disfagia, e o auxiliará na avaliação e no tratamento fonoterápico adequado a cada paciente⁹.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é identificar a associação entre os achados da tomografia computadorizada de crânio e disfagia em indivíduos pós-AVE.

2 MÉTODOS

No que se refere ao tipo de estudo, este artigo é um estudo de revisão simples de literatura. A busca e seleção dos artigos foi realizada em fevereiro de 2017, nas bases de dados SciELO, PubMed e BVS (LILACS, IBECs, MEDLINE). Foram usados os descritores da área da saúde (DeCS) Transtornos de Deglutição; Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Tomografia Computadorizada e seus correlatos na língua inglesa (MeSH), com as seguintes combinações: “Deglutition Disorders; Stroke and Tomography, x-ray Computed”; “stroke and Deglutition Disorders”.

Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, não havendo limite de data de publicação dos artigos e desenho do estudo. Foram excluídos os estudos que não versavam sobre o tema e/ou não disponíveis na íntegra e de forma gratuita em mídia digital.

A seleção do material foi realizada em etapas. Inicialmente, foi realizada a verificação dos títulos e resumos, sendo excluídos aqueles que não contemplavam os objetivos pré-estabelecidos. Em seguida, foram verificados os textos completos dos artigos potencialmente relevantes para a revisão. Por fim, dos artigos que permaneceram no estudo, foram coletados os seguintes dados: a identificação do artigo (autores, ano de publicação, título), a metodologia empregada (tamanho e características da amostra, diagnóstico fonoaudiológico, análise TC), resultados obtidos e conclusão do estudo. As informações extraídas foram inseridas em uma ficha previamente elaborada e analisadas de forma descritiva. Todas as etapas do estudo foram realizadas pelo mesmo pesquisador, com a supervisão da orientadora e coorientadora do estudo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

No processo de construção do presente artigo de revisão da literatura, foram localizados inicialmente 73 estudos, sendo 4 estudos eliminados devido à repetição de títulos, 6 por não estarem disponíveis na íntegra e 59 estudos foram eliminados por não abordarem o tema em questão. Apenas 4 estudos contemplaram os critérios metodológicos estabelecidos.

Na tabela 1 e 2 (vide apêndices) estão apresentados os dados referentes à identificação dos estudos, a metodologia empregada e resultados obtidos. Os estudos analisados foram de caráter investigativo e voltados para a busca de evidências que permitam afirmar correlação entre a localização do AVE com a disfagia.

Estudos que investigam a correlação entre a localização da lesão encefálica em pacientes pós-AVE (através da TC) com a disfagia são escassos na literatura nacional e internacional. Alguns destes estudos^{2, 9, 10} afirmam existir correlação entre distúrbios da deglutição com a localização e/ou extensão da lesão encefálica, o que não é confirmado por outro estudo³. Sendo assim, esta correlação ainda não está totalmente estabelecida.

Nos quatro estudos selecionados^{2, 3, 9, 10} é possível observar um número significativo de pacientes pós-AVE com diagnóstico de disfagia. Estudos recentes têm indicado que a disfagia é muito comum após AVE, especialmente durante os primeiros dias. A investigação clínica do paciente depois do AVE é fundamental, e o sinal de disfonia, dificuldade de engolir saliva ou alimentos e estado de alerta diminuído sugerem grande risco de aspiração e de complicações respiratórias.¹¹

A circulação cerebral é suprida, basicamente, por dois sistemas vasculares principais: o sistema carotídeo, responsável pela irrigação dos três quartos anteriores dos hemisférios cerebrais por meio das artérias cerebrais anterior e média e da artéria coroideana anterior; e o sistema vértebro-basilar, responsável pela vascularização do tronco cerebral, cerebelo e a porção posterior dos hemisférios cerebrais por meio da artéria cerebral posterior. A localização do AVE, bem como a sua extensão, apresentam relação direta com as manifestações clínicas e prognósticos.⁸

Os estudos^{3, 10} por exemplo, evidenciam valores elevados de pacientes disfágicos com alterações no território carotídeo, em especial na artéria cerebral média (ACM), 76% e 31 pacientes respectivamente.

Um dos estudos⁹, apresenta índice elevado de indivíduos disfágicos com alteração no córtex cerebral (84%), entretanto, não especifica a localização exata da lesão como os demais^{3, 10}. Este mesmo estudo⁹, refere-se à extensão da lesão como principal fator da disfagia em detrimento do local desta. Isso porque, em sua pesquisa, foi observado um número maior de pacientes sem alterações da deglutição com lesões inferiores a 1,5 cm, achado também observado em outro estudo³.

O segundo estudo da tabela 2², apesar de não encontrar associação estatisticamente significativa entre localização do AVE e disfagia, correlaciona seus achados à hipóteses recentes que demonstram ausência de uma região única ou específica para a deglutição, mas que o circuito cerebral relacionado seria amplamente distribuído nas áreas encefálicas. Assim sendo, afirma que a

extensão do dano após o AVC pode estar mais diretamente relacionada à disfagia

Já, o primeiro estudo da tabela 1³ não correlaciona à localização hemisférica com a presença ou não de disfagia. Alguns artigos^{12, 13} afirmam que a disfagia após AVE unilateral está relacionada com a amplitude da representação motora da faringe no hemisfério não afetado, indicando assimetria inter-hemisférica da função motora da deglutição sugerindo que, lesões no hemisfério com centro dominante da deglutição, resultam mais frequentemente em disfagia orofaríngea.

Dois destes estudos^{3, 9} que tinham por objetivo investigar a correlação entre a localização da lesão com a presença de disfagia em pacientes pós-AVE, realizaram suas pesquisas com 27 e 30 pacientes respectivamente. Considerando as elevadas taxas de internações decorrentes do AVE, o número de pacientes avaliados em ambas as pesquisas foi pequeno, não permitindo afirmar diferenças consideradas importantes entre os grupos estudados, apesar de chegarem a conclusões divergentes, dando margem à resultados inconclusivos. Os autores de um dos estudos³ reconhecem tal deficiência e afirmam que seus resultados podem apenas sugerir evidências, por conta do tamanho amostral reduzido.

O primeiro e segundo estudos da tabela 2^{2, 10}, apresentam uma população amostral mais significativa que os demais, 406 e 100 respectivamente, e além de estudarem a localização da lesão, investigam ainda sua extensão, assim como o primeiro estudo da tabela 1. No entanto, este estudo de população amostral inferior, discorda dos resultados apresentados pelo primeiro e segundo estudos da tabela 2^{2, 10}, negando a existência de associação entre local/extensão da lesão com a disfagia. Talvez, o fato de apresentarem números de pacientes avaliados e métodos de avaliação da deglutição distintos, justifique a divergência de conclusões.

Com relação ao método de avaliação da deglutição, nenhum dos estudos disponibiliza o protocolo de avaliação utilizado, a fim de se comparar aspectos comuns e classificações adotadas por estes ao determinar a disfagia ou sua ausência nos pacientes. Um estudo⁷, apesar de não disponibilizar o protocolo utilizado, descreve um pouco melhor o processo de avaliação da deglutição realizado, porém os demais artigos^{3, 10} relatam apenas a realização de avaliação estrutural e funcional da deglutição, não descrevendo ou citando os aspectos avaliados.

Em três estudos^{2, 3, 10} o diagnóstico de disfagia baseou-se apenas na avaliação clínica da deglutição à beira do leito, não sendo realizada avaliação instrumental da deglutição como videofluoroscopia ou nasofibrosopia. Desta forma, os casos em que o paciente apresentava aspiração silente podem ter passado despercebidos pelo fonoaudiólogo avaliador, levando a uma subnotificação dos casos de disfagia e interferência na investigação de sua correlação com as imagens da TC.

O segundo estudo da tabela 1⁹, além da avaliação clínica funcional da deglutição, foi realizada a nasolaringofibrosopia da deglutição, permitindo o diagnóstico de disfagia mesmo nos pacientes com aspiração silente não identificada apenas com a avaliação clínica à beira leito. Há relatos de que 40% dos pacientes que aspiram não são identificados na avaliação clínica¹². Além disso, a investigação da disfagia levou em consideração tanto a fase oral e faríngea da deglutição quanto às consistências alimentares (líquida, néctar,

mel, pudim e sólida) possibilitando uma investigação mais ampla entre a disfagia e lesão encefálica. Apesar de tais variáveis investigadas não apresentaram resultados significativos entre os dois grupos estudados. Importante considerar o número reduzido da população amostral (30 pacientes).

Há poucos estudos na área da disfagia que avaliam os indivíduos divididos em diferentes tipos e locais de lesão por AVE através da TC. Com isso, são apresentados resultados limitados e conclusões imprecisas por causa da amostra com número insuficiente de indivíduos com as mesmas características de lesões cerebrais.

Apesar de não haver um consenso em relação aos resultados encontrados, em todos os estudos os autores preocupam-se em evidenciar a importância da avaliação clínica da deglutição por um especialista na área, já que a detecção da disfagia em pacientes pós-AVE reduz não apenas as complicações, mas também o tempo e o gasto com a internação.

4 CONCLUSÃO

Foram encontrados resultados divergentes a respeito da localização da lesão encefálica decorrentes do AVE, diagnosticada através da TC e suas respectivas interferências nos distúrbios da deglutição.

As divergências destes resultados reafirmam a importância de mais estudos na área com números de amostras mais significativos e grupos de pacientes pós-AVE mais homogêneos, a fim de esclarecer as questões levantadas no presente trabalho. As produções científicas apresentadas evidenciam escassez das discussões, dificultando ainda mais a explanação referente ao assunto.

REFERÊNCIAS

1. Rolim CL, Martins, M. O uso de tomografia computadorizada nas internações por Acidente Vascular Cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ver. Bras. de Epidemiol.**, São Paulo, vol.15, nº1, Mar. 2012.
2. Mourão A, Almeida E, Lemos SM, Vicente LCC, Teixeira AL. Frequência e fatores associado à disfagia após acidente vascular cerebral. **CoDAS**, São Paulo, vol. 28, nº 1, jan/fev de 2016.
3. Barros AF, Fábio RSC, Furkim AM. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. **Arq. Neuro-Psiquiat.** São Paulo, vol. 64, nº 4, dezembro de 2006.
4. Jacques A, Cardoso AC. Acidente Vascular Cerebral e Sequelas Fonoaudiológicas: Atuação em Área Hospitalar. **Rev. Neurociênc.**, 2011, vol. 19, nº 2, pp. 229-236.
5. Rolim CLRC. **Avaliação da Efetividade do Tratamento Hospitalar do Acidente Vascular Cerebral Agudo no Sistema Único de Saúde - SUS - Utilização da Mortalidade Hospitalar como Indicador de Desempenho.** 2009. 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
6. Figueiredo MM, Bichuetti DB, Gois AFT. Evidências sobre diagnóstico e tratamento do acidente vascular encefálico no serviço de urgência. **Diagn Tratamento.** 2012, Vol. 17 nº 4, pp. 167-72.
7. Caneda MAG, Fernandes JG et. al. Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (avc) na rede de atenção às urgências e emergências. **Arq. Neuropsiquiatr.** 2006, Vol. 64 nº 3-A, pp. 690-697.
8. Itaquy RB, Favero SR, Ribeiro MC, Barea LM, Almeida ST, Mancopes R. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. **Jor. Soc. Bras. de Fonoaudiol.**, São Paulo, vol. 23, nº 4, dezembro de 2011.
9. Nunes MCA, Jurkiewicz AL, Santos RS, Furkim AM, Massi G, Sant'Ana Pinto G e Lange MC. Correlation between brain injury and dysphagia in adult patients with stroke. **International Archives of Otorhinolaryngology**, São Paulo, vol.16, nº 3, julho/setembro de 2012.

10. Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F, Caso V et al. Dysphagia following Stroke. **European Neurology**: 2004; pp. 51.3; ProQuest Medical Library p. 162.
11. Benvenuti CM, Pereira LM, Revay MA. Disfagia pós-acidente vascular cerebral isquêmico unilateral em adultos estudo de caso. **Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC)**. Florianópolis, 2005.
12. Onofri SM. **Correlação entre a sensibilidade laríngea e penetração/aspiração traqueal em disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico**. 2013. 87 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
13. Hamdy S, Aziz Q, Rothwell JC, Crone R, Hughes D, Tallis RC, Thompson DG. Explaining oropharyngeal dysphagia after unilateral hemispheric stroke. **Lancet**, 1997, Vol. 350 n° 9079, p. 686-92.
14. Hamdy S, Aziz Q, Rothwell JC, Singh KD, Barlow J, Hughes D, Thompson DG. The cortical topography of human swallowing musculature in health and disease. **Nat. Med**, 1996, Vol. 2 n° 11, pp. 1217-24.

APENDICE A – Tabela 1

IDENTIFICAÇÃO			METODOLOGIA			
Autores/Data	Título	Amostra	Avaliação Fonoaudiológica	Análise TC	Resultado	Conclusão
BARROS, AFF; FÁBIO, SRC; FURKIM, AM Ano: 2006	Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença.	27 pacientes na fase aguda do acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi). Média de idade: 60 anos 15 do sexo masculino 12 do sexo feminino, Divididos em 2 grupos: I – deglutição funcional; II – disfagia orofaríngea neurogênica.	Avaliação clínica estrutural e funcional da deglutição nas consistências líquida, pastosa e sólida.	Localização e extensão da lesão e a artéria cerebral envolvida.	48% disfagia orofaríngea, destes: - 84% alteração no território carotídeo (76% na artéria cerebral média (ACM)). - 46% lesão no hemisfério esquerdo. 52% deglutição funcional, destes: - 57% alterações na ACM - 22% em artéria cerebral posterior. - 50% lesão no hemisfério esquerdo.	A localização hemisférica não está associada com a presença ou não de disfagia.
NUNES, MCA; JURKIEWICZ, AL; SANTOS, RS; FURKIM, AM; MASSI, G; PINTO, GS; LANGE, MC Ano: 2012	Correlation between brain injury and dysphagia in adult patients with stroke.	30 pacientes pós-AVE 18 do sexo feminino 12 do sexo masculino. Com idades entre 30 e 86 anos. Divididos pela localização da lesão: - Córtex cerebral - Córtex cerebelar - Áreas subcorticais.	Avaliação clínica funcional e avaliação nasolaringofibros cópica da deglutição.	Localização e tipo da lesão (córtex cerebral, córtex cerebelar e áreas subcorticais).	Predomínio da disfagia oral: - Pacientes com lesão no córtex cerebral e subcortical; - AVE isquêmico. Predomínio da diminuição da sensibilidade laríngea: - Pacientes com lesão no córtex cerebral; - AVE isquêmico. Predomínio de resíduos faríngeos: - Pacientes com lesão no córtex cerebral.	Correlaciona a lesão encefálica com a disfagia em pacientes com AVE onde prevaleceu a disfagia com a localização da lesão no córtex cerebral.

APENDICE B – Tabela 2

IDENTIFICAÇÃO		METODOLOGIA				
Autores/Data	Título	Amostra	Avaliação Fonoaudiológica	Análise TC	Resultado	Conclusão
PACIARONE, M; MAZZOTTA, G; COREA, F; CASO, V; VEN/TI, M; MILIAN, P; SILVESTRELLE, G; PALMERINE, F; PARNETTI, L; GALLAI, V. Ano: 2004	Disphagya following stroke.	406 pacientes pós-AVE, Divididos em 2 grupos: I - Sem disfagia; II – Disfágicos.	Avaliação clínica estrutural e funcional da deglutição	Localização, tipo e extensão da lesão cerebral.	Dos 406 pacientes, 141 eram disfágicos. 63 pacientes tiveram AVE hemorrágico, destes: - 31eram disfágicos 343 pacientes tiveram AVE isquêmico, destes: - 110 eram disfágicos (31 com lesão na ACM). Todos os pacientes com AVE na artéria ACM, sem disfagia, a lesão foi no hemisfério direito e <1,5cm	A correlação clinica-anatômica mais importante refere-se mais a extensão do que ao local da lesão.
MOURÃO, AM; LEMOS, SMA; ALMEIDA, EO; VICENTE, LCC; TEIXEIRA, AL. Ano: 2015	Frequência e fatores associado à disfagia após acidente vascular cerebral.	100 pacientes com AVC agudo. Idade média de 62,6 anos. 54 do sexo feminino 46 do sexo masculino.	Avaliação clínica estrutural e funcional da deglutição	Tipo (isquêmico ou hemorrágico); Isquêmico classificado quanto à localização da lesão cerebral - Lacunares; - Circulação anterior total; -Circulação anterior parcial; - Circulação posterior.	22% AVE hemorrágico, destes 9 eram disfágicos. 78% AVE isquêmico, destes 41 eram disfágicos: - 7 lesão lacunar; - 23 lesão circulação anterior total; - 7 lesão circulação anterior parcial; - 4 lesão circulação posterior.	Não houve associação entre localização do AVE e disfagia. A extensão do dano após o AVC pode estar mais diretamente relacionada à disfagia.

ANEXO A – Instruções aos autores revista Cefac

Artigos de revisão de literatura: são revisões da literatura, constituindo revisões críticas e comentadas sobre assunto de interesse científico da área da Fonoaudiologia e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução (Introduction) que justifique o tema de revisão incluindo o objetivo; Métodos (Methods) quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada (ex.: últimos 3 anos, apenas artigos de relatos de casos sobre o tema, etc.); Revisão da Literatura (Literature Review) comentada com discussão; Conclusão (Conclusion) e Referências (References). Máximo de 40 referências de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 10 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

Requisitos técnicos: arquivos em Word, formato de página A4 (212 x 297mm), digitado em espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, margens superior, inferior, direita e esquerda de 2,5 cm, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na sequência: página de título, resumo, descritores, abstract, keywords, texto, agradecimentos, referências, tabelas ou figuras com as respectivas legendas. O manuscrito deve ter até 15 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 10 tabelas (ou figuras).

Página de Identificação: deve conter: a) título do manuscrito em Português (ou Espanhol) e Inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) título resumido com até 40 caracteres, incluindo os espaços, em Português, Inglês ou em Espanhol; c) nome completo de cada autor, nome da entidade institucional onde foi desenvolvido o artigo, Cidade, Estado e País; d) nome, endereço completo, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência; e) indicar a área: Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz, Audiologia, Saúde Coletiva, Disfagia, Fonoaudiologia Escolar, Fonoaudiologia Geral e Temas de Áreas Correlatas a que se aplica o trabalho; f) identificar o tipo de manuscrito; g) citar fontes de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos relacionados ao trabalho, se houver; h) citar conflito de interesse (caso não haja colocar inexistente).

Resumo e descritores: a segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e em inglês, com no máximo 250 palavras. Deverá ser estruturado conforme o tipo de trabalho, descrito acima, em português e em inglês. O resumo tem por objetivo fornecer uma visão clara das principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significantes, aspectos novos do conteúdo e conclusões do trabalho. Não devem ser utilizados símbolos, fórmulas, equações e abreviaturas. Abaixo do resumo/abstract, especificar os descritores/keywords que definam o assunto do trabalho: no mínimo três e no máximo seis. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine.

Referências Bibliográficas: a apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine.

Tabelas, Quadros e Gráficos: as tabelas, quadros e gráficos deverão ser formatados no Word ou Excel, estando plenamente editáveis e destravados. Não serão aceitas tabelas, quadros ou gráficos colados no texto, ou sem a base de dados original em que foi criado. Cada tabela deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser autoexplicativas, dispensando consultas ao texto ou outras tabelas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem conter título na parte superior, em caixa alta, sem ponto final, alinhado pelo limite esquerdo da tabela, após a indicação do número da tabela. Abaixo de cada tabela, no mesmo alinhamento do título, devem constar a legenda, testes estatísticos utilizados (nome do teste e o valor de p), e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). O traçado deve ser simples em negrito na linha superior, inferior e na divisão entre o cabeçalho e o conteúdo. Não devem ser traçadas linhas verticais externas; pois estas configuram quadros e não tabelas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

TAÍS SANTOS DA SILVA

**IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA DISFAGIA EM PACIENTES
PÓS-AVE**

Salvador
2016

TAÍS SANTOS DA SILVA

PACIENTES PÓS-AVE: AVALIAÇÃO PARA RISCO DE DISFAGIA

Projeto de pesquisa apresentado em cumprimento parcial às exigências de Trabalho de Conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia.

Orientador (a): Prof. Dr^a. Ana Caline Nóbrega

Coorientador (a): Ívina Menezes.

Salvador
2016

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1 OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.1 OBJETIVO GERAL.....	5
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
2 REVISÃO DA LITERATURA	6
2.1 ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM HOSPITAIS.....	6
2.2 TENDÊNCIAS DOS ESTUDOS REALIZADOS SOBRE A APLICAÇÃO DE PROTOCOLOS PARA RISCOS DE DISFAGIA.....	6
2.3 RELAÇÕES ENTRE AVALIAÇÃO PARA RISCOS DE DISFAGIA, INTERVENÇÃO IMEDIATA E O PROGNÓSTICO DO PACIENTE.....	7
3 QUADRO TEÓRICO	9
3.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE).....	9
3.2 DISFAGIA.....	10
3.3 AVALIAÇÃO PARA RISCO DE DISFAGIA.....	11
4 METODOLOGIA	13
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	13
4.2 POPULAÇÃO.....	13
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	13
4.4 FONTE E COLETA DE DADOS/INSTRUMENTOS.....	14
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	14
5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	15
6 CRONOGRAMA	16
7 ORÇAMENTO	17
REFERÊNCIAS	18
ANEXO I	20
APÊNDICE I	21

INTRODUÇÃO

A disfagia é um distúrbio da deglutição que compromete a ingestão segura e confortável do indivíduo. Pode estar presente em qualquer uma das fases do processo da deglutição e pode apresentar-se em diversos graus de comprometimento (ALVES, 2003). Em alguns casos, a disfagia apresenta-se de forma silenciosa e imperceptível aos profissionais de saúde que não estão atentos e aptos para a identificação deste sintoma. Nos casos em que a aspiração é silenciosa, ao longo do tempo, pode desencadear no indivíduo complicações como a pneumonia podendo levar o paciente a óbito (CURADO e Col.; 2005). Aspiração silenciosa pode ocorrer em 40% de disfágicos que sofreram acidente vascular encefálico (BRETAN, 2007).

Fortuitamente no Brasil, o envolvimento de pesquisadores com a disfagia orofaríngea, passou a ocorrer com maior ênfase a partir da década de 90, atingindo plácemes expressivos recentemente. Existe uma crescente atenção para questões que envolvem a disfagia, sendo que a literatura em nosso meio suporta esta impressão (SANTORO, 2008).

Frequentemente a disfagia associa-se a doenças sistêmicas ou neurológicas, acidente vascular cerebral (AVC), câncer em território de cabeça e pescoço, efeitos colaterais de medicamentos ou quadro degenerativo próprio do envelhecimento. Acomete 16% a 22% da população acima de 50 anos, alcançando índices de 70% a 90% de distúrbios de deglutição nas populações mais idosas. Estima-se que 20% a 40% dos pacientes após AVC apresentam disfagia, sendo identificada aspiração em até 55% destes. Acomete mais de 95% dos pacientes com Doença de Parkinson, sendo que apenas 15% a 20% percebem sua limitação funcional, queixando-se espontaneamente (SANTORO, 2008).

De acordo com Ribeiro (2014), Acidente Vascular Encefálico (AVE) faz parte do grupo de doenças crônicas não transmissíveis que mais acomete a população. É um problema de saúde que está muito relacionado com a grande mudança de hábitos e rotina dos indivíduos, influenciados, pelas próprias transformações sociais, econômicas, demográficas, etc. que aconteceram nas últimas décadas. O AVE pode levar a morte e, quando isso não ocorre, uma série de sequelas podem comprometer o retorno desse

indivíduo a sua rotina, dentre estas sequelas está a disfagia (BARROS, FÁBIO & FURKIM, 2006).

De acordo com Santoro (2008) são sinais característicos de disfagia o emagrecimento, desnutrição, desidratação e broncopneumonia aspirativa.

A incoordenação do mecanismo de deglutição pode resultar em aspiração de alimentos ou regurgitação nasal. Assim a disfagia, geralmente é associada com tosse após a deglutição, dificuldade respiratória, infecção pulmonar, comprometendo tanto a parte respiratória do indivíduo como a sua nutrição (PAIXÃO & SILVA, 2010).

Paixão e Silva (2010) defendem que pacientes com disfagia necessitam de dietas prescritas próprias para disfágicos. Acreditando que muitos deles podem aspirar ou apresentar penetração laríngea de alimentos porque a consistência da dieta não é adequada para sua condição clínica, isso porque o diagnóstico do distúrbio da deglutição não foi realizado.

Dessa forma, a identificação precoce da disfagia em pacientes pós-AVE, é de suma importância para o bom prognóstico do caso além de evitar as complicações decorrentes desta. Para isso, a aplicação de protocolos para riscos para disfagia, tem papel fundamental no auxílio deste diagnóstico, pois é um instrumento de aplicação fácil e rápida, que possibilitará a identificação de riscos para disfagia em pacientes de risco, possibilitando o encaminhamento para avaliação completa e se esta for confirmada, tratamento e reabilitação adequados.

1 OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Detectar precocemente, através da aplicação de protocolo, a disfagia em pacientes pós-AVE atendidos no Serviço de Neurociências do Ambulatório Magalhães Neto, Salvador - Bahia.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar os principais riscos para disfagia identificados;
- Levantar o numero de pacientes que necessitam de avaliação completa da deglutição;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico desses pacientes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção serão apresentadas pesquisas realizadas sobre o tema disfagia, de modo que será dada ênfase aos trabalhos que possuem propostas semelhantes às do estudo a ser desenvolvido, ou seja, baseadas em uma visão de detecção da disfagia por meio da aplicação de protocolos, em pacientes pós-AVE.

2.1 ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NO AMBIENTE HOSPITALAR

A atuação fonoaudiológica em hospitais é relativamente recente, principalmente no que diz respeito ao acompanhamento de pacientes internados, mostrando-se uma prática em expansão em vários serviços no Brasil, com aumento significativo de pesquisas nessa área. O fonoaudiólogo ingressa na equipe atuando de forma multi e interdisciplinar, com o objetivo de prevenir e reduzir complicações, a partir do gerenciamento da deglutição e da comunicação, de maneira segura e eficaz (PADOVANI; MORAES; MANGILI & ANDRADE, 2007).

A contribuição da Fonoaudiologia busca ampliar as perspectivas prognósticas, com a redução do tempo de internação e a redução na taxa de reinternações por pneumonia aspirativa, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (PADOVANI; MORAES; MANGILI & ANDRADE, 2007).

A intervenção fonoaudiológica precoce (vinte e quatro a quarenta e oito horas pós-evento e com o paciente clinicamente estável) em ambiente hospitalar visa à identificação rápida da disfagia e prevenção de complicações clínicas advindas da mesma, podendo reduzir o tempo de uso das vias alternativas de alimentação, o tempo de hospitalização, e contribuir para a melhora do quadro pulmonar (INAOKA & ALBUQUERQUE, 2014).

2.2 TENDENCIAS DOS ESTUDOS REALIZADOS SOBRE A APLICAÇÃO DE PROTOCOLOS PARA RISCOS DE DISFAGIA

A avaliação rotineira da disfagia orofaríngea e as medidas profiláticas e terapêuticas resultantes de seu reconhecimento em pacientes com AVE parecem capazes de reduzir as taxas de complicações clínicas relacionadas à disfunção. Deveria, portanto, ser implantada em todo o serviço que tenha contato regular com este tipo de paciente.

Os métodos para avaliação da disfagia no AVE são diversos. Não há concordância quanto ao modelo ideal de investigação clínica não invasiva. Este modelo

deve aliar alta sensibilidade na identificação de aspiração e segurança para o paciente durante sua aplicação (MARQUES; ANDRÉ & ROSSO, 2007).

A avaliação para risco de disfagia não pode ser muito extensa, mas deve ser capaz de identificar os pacientes potencialmente de risco para disfagia, para que se possa atuar de forma pró ativa a possíveis complicações hospitalares (PADOVANI; MORAES; MANGILI & ANDRADE, 2007).

O estudo realizado por Bassi e colaboradores (2014), por exemplo, tinha por objetivo identificar grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados nas clínicas médicas de um hospital universitário através de uma triagem a beira do leito, com característica passa/falha capaz de identificar pacientes que necessitam de avaliação completa da deglutição. Para a observação dos sintomas de disfagia orofaríngea e dos sinais clínicos de broncoaspiração, foi realizada a avaliação funcional da deglutição do paciente, segundo classificação da *American Dietetic Association*. Por meio deste, pôde-se concluir que, 41% de pacientes apresentaram risco de disfagia orofaríngea.

2.3 RELAÇÕES ENTRE AVALIAÇÃO PARA RISCOS DE DISFAGIA, INTERVENÇÃO IMEDIATA E O PROGNÓSTICO DO PACIENTE

A disfagia pode estar presente em todas as formas do AVE, com incidência de broncopneumonia três vezes maior que em outros pacientes acamados, em virtude de várias condições consequentes como: a possibilidade de aspiração silente (sem tosse reflexa) ou microaspiração; a disfunção motora da faringe; o atraso na iniciação da deglutição; a estase em recessos faríngeos (válvula e/ou seios piriformes) e das alterações no mecanismo de fechamento laríngeo (mais comum no pós-AVE de tronco encefálico) requerendo uma via alternativa para nutrição e hidratação (ABDULMASSIH; MACEDO FILHO; SANTOS & JURKIEWICZ, 2009).

Um entre três pacientes sofrerá entre uma ou duas reinternações no primeiro ano após um AVE e a maior causa de reinternação são as infecções pulmonares decorrentes da disfagia (PAIXÃO & SILVA, 2010).

A partir da leitura de artigos referentes ao tema, é possível afirmar que a maioria dos casos de reinternação e agravos posteriores, decorrentes da disfagia em pacientes pós-AVE, podem ser minimizados através da identificação dos riscos nos primeiros atendimentos dos que procuram os serviços de saúde. Por se tratar de um indício bastante relevante para riscos de disfagia, por que não adotar medidas simples

como a aplicação de protocolos para riscos de disfagia que permite a redução das ocorrências de agravos decorrentes desta?

Bassi e colaboradores (2014) afirmam que a disfagia orofaríngea é um fator de risco para a desnutrição e as infecções do trato respiratório, por isso a triagem, avaliação e o tratamento para a disfagia orofaríngea devem ser incluídos na rotina de atendimentos a grupos de riscos para disfagia, a fim de evitar complicações nutricionais e respiratórias.

A realização da avaliação para risco de disfagia possibilita o encaminhamento para avaliação completa da deglutição permitindo um diagnóstico definitivo e conduta fonoaudiológica adequada devolvendo ao paciente uma deglutição segura e confortável, diminuindo os riscos de instalação de agravos como pneumonias decorrentes da broncoaspiração, e posterior reabilitação deste.

Logo, é notória a importância do fonoaudiólogo compondo as equipes multidisciplinares que atuam no primeiro atendimento de pacientes pós-AVE, permitindo a aplicação de protocolos simples e rápidos que identifiquem riscos para disfagia mesmo as que se apresentam em graus leves, possibilitando uma intervenção adequada, contribuindo para o bom prognóstico do paciente.

3 QUADRO TEÓRICO

Pretende-se, nesta seção, realizar uma breve discussão sobre as concepções e teorias que oferecerão suporte para a construção do instrumento metodológico desta pesquisa, para análise e discussão dos dados. Inicialmente será apresentada a definição de Acidente Vascular Encefálico (AVE), para que se possa compreender sua relação com a disfagia e por consequência a atuação fonoaudiológica. Em seguida será apresentada a definição de disfagia e possíveis complicações do não diagnóstico e tratamento desta. Posteriormente, propõe-se discutir a importância avaliação para risco de disfagia em pacientes pós-AVE.

3.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

É definido como um déficit neurológico (sinal e/ou sintoma) causado por interrupção do fluxo sanguíneo a uma determinada região encefálica, com duração dos sintomas maior que 24 horas e/ou presença de lesão cerebral pelos exames de imagem (BARROS; FÁBIO & FURKIM, 2006).

O diagnóstico de acidente vascular cerebral é feito pelo médico com base nos sintomas. Qualquer déficit neurológico súbito faz se pensar em um acidente vascular cerebral. Entretanto, o diagnóstico adicional será realizado no hospital com o uso de radiologia e tomografia computadorizada, para confirmar o diagnóstico. Estes dois métodos são utilizados para localizar a origem do acidente vascular, assim como sua extensão (ROCHA, 1997).

A sintomatologia do AVE depende de vários fatores como: o local, tamanho da área, natureza e as funções das estruturas envolvidas e a disponibilidade de fluxo sanguíneo colateral (JACQUES & CARDOSO, 2010).

Os comprometimentos neurológicos consequentes ao AVE podem resultar em sequelas motoras globais, alterações de fala, linguagem e deglutição (BARROS; FÁBIO & FURKIM, 2006).

No entanto, existem recursos terapêuticos capazes de ajudar a restaurar funções, movimentos e fala e, quanto antes começarem a ser aplicados, melhores serão os resultados (VARELLA, 2014).

Dessa forma, pode-se concluir que por se tratar de uma das sequelas do AVE, a disfagia é um distúrbio da deglutição avaliado e diagnosticado pelo fonoaudiólogo. A terapia fonoaudiológica é um dos recursos capazes de restaurar ou ao menos adaptar uma deglutição segura e melhor qualidade de vida para o indivíduo. Para isso o

diagnóstico deve ser o mais precoce possível para intervenção imediata (BARROS; FÁBIO & FURKIM, 2006).

3.2. DISFAGIA

O termo disfagia refere-se a um sintoma comum de diversas doenças congênitas ou adquiridas, permanentes ou transitórias, relacionado a qualquer alteração no ato de engolir que dificulte ou impeça e ingestão oral segura, eficiente e confortável. Portanto, a disfagia caracteriza-se por um distúrbio da deglutição ou qualquer dificuldade do trânsito do bolo alimentar da boca ao estômago, associado a complicações, tais como: desnutrição, pneumonia aspirativa, penetração laríngea, presença de saliva ou restos alimentares no vestíbulo laríngeo antes, durante ou após a deglutição (PIMENTEL, 2009).

Desordens neurológicas ou neurogênicas, ou seja, lesões que afetam o sistema nervoso central ou periférico, comprometendo a coordenação neural da deglutição (ex., seqüela pós-AVE) (FRAGA; CALVITTI; LIMA & LEITÃO, 2012).

O diagnóstico é, em geral, realizado pelo fonoaudiólogo, através da avaliação funcional da deglutição. Para o diagnóstico e indicação de tratamento, são realizados: anamnese fonoaudiológica, avaliação funcional da deglutição, avaliação instrumental através da ausculta cervical e definição de conduta e tratamento através de programas de reabilitação. O fonoaudiólogo, ainda, sugere e indica exames complementares para auxiliar no diagnóstico e tratamento da disfagia e direciona o caso junto à equipe interdisciplinar (FRAGA; CALVITTI; LIMA & LEITÃO, 2012).

A disfagia mais frequentemente reflete problemas envolvendo a cavidade oral, faringe, esôfago ou transição esofagogástrica. A disfagia ou dificuldade na deglutição pode resultar na entrada de alimento na via aérea, resultando em tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e aspiração. Também, gera déficits nutricionais, desidratação com resultado em perda de peso, pneumonia e morte (PADOVANI; MORAES; MANGILI & ANDRADE, 2007).

Clinicamente pode manifestar-se por meio de sintomas como desordem na mastigação, dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, controle de saliva diminuído, tosse e/ou engasgos nas refeições (INAOKA & ALBUQUERQUE, 2014).

Existem muitas possibilidades de tratamento frente ao paciente disfágico, desde questões relacionadas à via alternativa de alimentação (gastrostomia, jejunostomia), reabilitação fonoterápica e todo o seu universo de atuações: alterações

dietéticas, manobras de proteção, terapias sensoriais, utilização de válvula de fala, entre outras. Até condutas clínicas, medicações xerostômicas, tratamento clínico da doença do refluxo gastroesofágico, aplicação de toxina botulínica em glândulas salivares e músculo cricofaríngeo. Além de uma gama de condutas cirúrgicas, propostas em uma minoria de casos em que o tratamento de reabilitação fonoterápica e condutas conservadoras falham no controle da aspiração, podendo-se citar: miotomia do m. cricofaríngeo, tireoplastia, aproximação tireo-hióidea, submandibulectomia e ligadura dos ductos parotídeos, separação laringo-traqueal, até a laringectomia total (SANTORO, 2008).

3.3. AVALIAÇÃO PARA RISCO DE DISFAGIA

Entendendo que a avaliação de riscos constitui um primeiro passo essencial na prevenção de problemas de saúde, é observada a necessidade de avaliações fonoaudiológicas proativas, planejadas e controladas, estabelecendo-se métodos objetivos, princípios de avaliação consensuais e de aplicação por profissionais com expertise na área (PADOVANI *et al.*, 2007).

Vários protocolos têm sido desenvolvidos, com objetivos diferentes, como as Escalas FOIS, uma escala de ingestão oral, de *O'Neill*, de gravidade da disfagia, e de *Rosenbeck*, de quantificação de penetração laríngea e/ou aspiração traqueal (GONÇALVES *et al.*, 2013).

O protocolo que será utilizado no presente estudo é o *Eating Assessment Tool* (EAT-10), é um instrumento robusto de autoavaliação da identificação do risco de disfagia, favorecendo a indicação de intervenção multidisciplinar o mais precocemente possível. Tal instrumento, com dez questões de formulação simples, fornece informações sobre funcionalidade, impacto emocional e sintomas físicos que um problema de deglutição pode acarretar na vida de um indivíduo (GONÇALVES *et al.*, 2013).

A fundamentação metodológica de avaliação permite que os dados sejam coletados, de maneira pré-estabelecida, possibilitando análise e definição de condutas (PADOVANI *et al.*, 2007).

A incidência de disfagia orofaríngea em pacientes pós-acidente vascular encefálico, submetidos à avaliação fonoaudiológica em até 48 horas de internação, varia de 43 a 50% (BASSI, *et al.*, 2014). É um índice bastante significativo, principalmente, se pensarmos que a avaliação fonoaudiológica em pacientes pós-AVE ainda não é uma

rotina nos centros de atendimento a estes pacientes, especialmente nas primeiras 48 horas de internação, ainda no leito.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

No que se refere à natureza do estudo, esse projeto se caracteriza como uma pesquisa de caráter quantitativo, pois a investigação atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, sendo classificado como um levantamento de caráter descritivo (SERAPIONI, 2000).

Diante disso, será aplicado um questionário para avaliação de riscos de disfagia em todos os pacientes pós-AVE atendidos no Serviço de Neurociências do Ambulatório Magalhães Neto, durante três semanas consecutivas entre os meses de janeiro e fevereiro de 2017, que aceitarem participar do estudo e se encaixarem nos critérios de inclusão do mesmo. Posteriormente os dados obtidos serão analisados com o objetivo de levantar os principais riscos para disfagia identificados, o número de pacientes que necessitam de avaliação completa da deglutição e caracterizar o perfil sociodemográfico desses pacientes. Os resultados encontrados serão confrontados com a literatura.

4.2 POPULAÇÃO

A população desta pesquisa será constituída por pacientes pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE) atendidos no Serviço de Neurociências do Ambulatório Magalhães Neto (AMN). O atendimento aos pacientes pós-AVE, no AMN, acontece as sextas-feiras a partir das 13:00 horas, no 1º pavilhão do prédio. São atendidos cerca de 40 pacientes por semana. Será realizado o acompanhamento desses pacientes no AMN durante três semanas consecutivas entre os meses de janeiro e fevereiro de 2017. Após o atendimento individual de cada paciente, por neurologistas do serviço, este será convidado a participar do estudo respondendo ao questionário para investigação dos riscos para disfagia (GONÇALVES; REMAILI & BEHLAU, 2013).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídos na amostra todos os pacientes pós-AVE atendidos no Serviço de Neurociências do Ambulatório Magalhães Neto que aceitarem participar do estudo respondendo ao questionário.

Serão excluídos da amostra indivíduos com qualquer outra alteração neurológica ou cognitiva, distúrbio oromiofuncional, câncer de cabeça e pescoço e indivíduos afásicos.

4.4 FONTE E COLETA DE DADOS/INSTRUMENTOS

O pesquisador irá aplicar um questionário para investigação dos riscos de disfagia nos pacientes atendidos no Serviço de Neurociências do Ambulatório Magalhães Neto que aceitarem participar da amostra. O questionário aplicado será a parte objetiva do: Instrumento de Autoavaliação da Alimentação (ANEXO I)

O *Eating Assessment Tool* – EAT-10 foi conceitualmente desenvolvido a partir de informações de 482 pacientes para uso como um instrumento robusto de autoavaliação da identificação do risco de disfagia favorecendo a indicação de intervenção multidisciplinar o mais precocemente possível (GONÇALVES; REMAILI & BEHLAU, 2013).

É um instrumento de fácil aplicação, com 10 perguntas simples e fechadas em que o avaliado terá que qualificar sua deglutição num escala de 0 (não é um problema) a 4 (é um problema muito grande).

O questionário será aplicado após o atendimento com o neurologista do serviço, para evitar que este seja chamado a atendimento no momento da aplicação do questionário, interrompendo a pesquisa.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Será realizada uma análise estatística descritiva dos dados obtidos a partir do questionário, que posteriormente serão transformados em gráfico e os resultados encontrados serão confrontados com a literatura.

Para viabilizar a análise, serão utilizados programas como Excel e o *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS).

5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo será realizado de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia nº 305/2004 que regulamenta os princípios éticos gerais da profissão de fonoaudiólogo e a partir da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas realizadas com seres humanos.

No que se refere à coleta de dados para realização da pesquisa, esta só terá início após submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia e após a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será entregue, preferencialmente, pelo pesquisador aos pacientes que concordarem em participar do estudo. É importante ressaltar que a participação dos sujeitos nessa pesquisa será vinculada ao consentimento dado pelos indivíduos sobre a realização da mesma, sendo garantido a eles o direito de interromper a sua participação a qualquer momento, se assim desejarem.

Será realizado esclarecimento aos sujeitos participantes da pesquisa sobre o conteúdo, objetivos, metodologia, duração, além de possíveis benefícios proporcionados pela mesma e garantia de que não haverá prejuízo para os participantes.

Publicações relativas à pesquisa obedecerão às normas de sigilo e proteção da identidade dos sujeitos participantes e só serão feitas se o pesquisador responsável avaliar que não acarretarão prejuízos de qualquer natureza para o sujeito.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será utilizado encontra-se ao final do trabalho (APÊNDICE I).

7 ORÇAMENTO

Este projeto será realizado utilizando-se recursos próprios.

Equipamentos de uso permanente:

Item	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Notebook	1	R\$ 1.399,00	R\$ 1.399,00
Impressora	1	R\$ 299,00	R\$ 299,00
Total			R\$ 1.698,00

Material de consumo

Item	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Resma de Papel A4	1 resma	R\$17,90	R\$17,90
Materiais de escritório (caneta, lápis, borrachas)	02 de cada	R\$2,00	R\$ 12,00
Cartucho de tinta preta para Impressão	2	R\$ 20,00	R\$ 40,00
Total	-	-	R\$ 69,90

Orçamento: 1.767,90

REFERÊNCIAS

ABDULMASSIH, E.M.S.; MACEDO FILHO, E.D.; SANTOS, R.S.; JURKIEWICZ, A.L. **Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar**. Curitiba, 2009. Disponível em: <http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=589> Acesso em 16 de dezembro de 2014.

ALVES, NSG. O fundamenta da avaliação fonoaudiológica do paciente disfágico. **In:** Costa M, Castro LP. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
BASSI, D.; FURKIM, A.M.; SILVA, C.A.; COELHO, M.S.P.H.; ROLIM, M.R.P.; ALENCAR, M.L.A.; MACHADO, M.J. **Identificação de Grupos de Risco para Disfagia Orofaríngea em Pacientes Internados em um Hospital Universitário**. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822014000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 16 de dezembro de 2014.

BARROS, A.F.F.; FÁBIO, R.S.C.; FURKIM, A.M. **Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2006000600024> Acesso em: 19 de outubro de 2014.

BRETAN. O. **Quando suspeitar de aspiração silenciosa?** São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400006> Acesso em: 30 de abril de 2015.

CURADO, A.D.F.; GARCIA, R.S.P.; RANCESCO, R.C.D. **Investigação da Aspiração Silenciosa em Portadores de Paralisia Cerebral Tetraparética Espástica Por Meio de Exame Videofluoroscópico**. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169320502006>> Acesso em: 30 de abril de 2015.

CARVALHO, B.; SALES, D.S. Disfagia e Desnutrição. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/especial.pdf>> Acesso em: 22 de novembro de 2015.

FRAGA, L.M.; CALVITTI, S.V.; LIMA, M.C.; LEITÃO, M.C. **Nutrição na Maturidade Aspectos da Disfagia**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.bhvidacirurgica.com.br/PDF/aspectosdisfagia.pdf>> Acesso em: 07 de outubro de 2014.

GONÇALVES, M.I.R.; REMAILI, C.B.; BEHLAU, M. **Equivalência Cultural da Versão Brasileira do Eating Assessment Tool – EAT-10**. São Paulo, 2013.
INAOKA, C.; ALBUQUERQUE, C. **Efetividade da Intervenção Fonoaudiológica na Progressão da Alimentação Via Oral em Pacientes com Disfagia Orofaríngea Pós AVE**. CEFAC, 2014.

JACQUES, A. CARDOSO, A.C.A.F. **Acidente Vascular Cerebral e Sequelas Fonoaudiológicas: Atuação em Área Hospitalar**. Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1902/originals%2019%2002/452%20original.pdf>> Acesso em: 19 de outubro de 2014.

MARQUES, C.H.D.; ANDRÉ, C.; ROSSO, A.L.Z. **Disfagia no AVE Agudo: Revisão Sistemática Sobre Métodos de Avaliação**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=492522&indexSearch=ID>> Acesso em: 16 de dezembro de 2014.

PADOVANI, A.R.; MORAES, D.P.; MANGILI, L.D.; ANDRADE, C.R.F. **Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PAR)**. Rev. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n3/a07v12n3.pdf>> Acesso em: 16 de dezembro de 2014.

PAIXÃO, C.T.; SILVA, L.D. **Características de Pacientes Disfágicos em Serviço de Atendimento Domiciliar Público**. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n2/09.pdf>> Acesso em 16 de dezembro de 2014.
PIMENTEL, P.C.V. **Proposta de Elaboração de Um Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica na Disfagia Infantil**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/fon/monografias/20101/priscilapimentel_tcc_fono_2009.pdf> Acesso em: 04 de outubro de 2014.

RIBEIRO, G.S. Problemas de Saúde da População Brasileira e seus Determinantes. In: PAIM, J.S., ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva-Teoria e Prática**. Medbook, 2014. Cap. 8.

ROCHA, H.H.A.G. Manual de Anemia Falciforme. São Paulo, 1997. Disponível em: http://www.fglaboratorio.com.br/artigo_02.htm> Acesso em: 19 de outubro de 2014.
SANTORO, P.P. **Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras**. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462008000200002&lang=pt> Acesso em: 10 de novembro de 2015.

SERAPIONI, M. **Métodos Qualitativos e Quantitativos na Pesquisa Social em Saúde: Algumas Estratégias para a Integração**. Fortaleza, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>> Acesso em: 05 de dezembro de 2014.
VARELLA, D. **Acidente Vascular Cerebral**. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/tabagismo/avc-acidente-vascular-cerebral/>> Acesso em: 19 de outubro de 2014.

ANEXO I

Instrumento de Avaliação da Alimentação (EAT-10)

Uma ferramenta para avaliação do risco de disfagia

NOME _____ SEXO _____ IDADE _____ DATA _____

OBJETIVO:

O EAT-10 te ajuda a avaliar a dificuldade de deglutição. Converse com seu médico ou fonoaudiólogo sobre os possíveis tratamentos para os seus sintomas.

A. HISTÓRICO:

Fale sobre seu problema de engolir: _____

Liste todos os exames de deglutição que você fez (data e resultados): _____

B. AVALIAÇÕES:

Responda cada questão, escrevendo o número de pontos no quadrado.

O quanto essas situações são um problema para você? Marque o melhor número para o seu caso.

1 Meu problema para engolir me faz perder peso.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

6 Dói para engolir.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

2 Meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

7 Meu problema para engolir me tira o prazer de comer.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

3 Preciso fazer força para beber líquidos.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

8 Fico com comida presa/entelada na garganta.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

4 Preciso fazer força para engolir comida (sólidos).

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

9 Eu tusso quando como.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

5 Preciso fazer força para engolir remédios.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

10 Engolir me deixa estressado.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

C. PONTUAÇÃO:

Some os pontos escritos nos quadrados.

Pontuação máxima de 40 pontos.

TOTAL:

D. O QUE FAZER EM SEGUIDA:

Se o total de pontos é igual ou maior que 3, você pode ter problemas de deglutição e segurança. Recomenda-se que você divida esses resultados com seu médico ou fonoaudiólogo.

APÊNDICE I

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA
PROJETO DE PESQUISA I - ICSB50

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto/pesquisa intitulado “Pacientes pós-AVE: Avaliação para Risco de Disfagia” está sendo realizado pela estudante de fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia Taís Santos da Silva, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Ana Caline Nóbrega e, coorientação da Professora Fonoaudióloga Ívina Menezes. Este projeto tem como objetivo identificar fatores de risco para disfagia associados ao AVE, em pacientes atendidos no Serviço de Neurociências do Ambulatório Magalhães Neto, Salvador – Bahia, além de levantar os principais riscos para disfagia identificados, o número de pacientes que necessitam de avaliação completa da deglutição e caracterizar o perfil sociodemográfico desses pacientes.

O Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar desse estudo como voluntário porque é paciente do Serviço de Neurociências do Ambulatório Magalhães Neto e, se concordar em participar, será solicitado a responder algumas perguntas sobre o tema, por meio da aplicação de um questionário. Antes de decidir, é importante que entenda o porquê a pesquisa está sendo realizada e o que ela envolve. Por favor, dedique um tempo para ler cuidadosamente as informações seguintes e discutir isto com os seus familiares e amigos. Se você desejar, pode levar esta folha para casa para pensar melhor. Pergunte-nos se houver qualquer coisa que não está clara ou se você precisar de mais informações. Utilize o tempo que for necessário para decidir se deseja participar do estudo.

A escolha do senhor (a) e dos outros pacientes para participar desta pesquisa ocorreu da seguinte forma: foi estabelecido previamente que a população do estudo seria os pacientes do Ambulatório Magalhães Neto e a amostra composta por pacientes pós AVE atendidos no Serviço de Neurociências, com interesse e disponibilidade em participar do estudo.

Esta entrevista que será realizada com o senhor (a) está planejada para durar aproximadamente de 05 (cinco) a 10 (dez) minutos, podendo ter uma duração maior ou

menor, a depender do perfil de cada participante. Os questionários aplicados serão armazenados em arquivo no computador, ao qual apenas a pesquisadora, seu orientador e sua coorientadora terão acesso. Esta pesquisa terá a duração de um ano e meio e os questionários ficarão armazenadas na Universidade Federal da Bahia, por tempo indeterminado.

A realização deste estudo não trará riscos para a sua saúde e também não trará benefícios diretos para sua vida. Entretanto, o conhecimento obtido através desta pesquisa poderá contribuir para a construção e troca de conhecimentos entre as áreas da Fonoaudiologia e demais áreas da saúde principalmente as da neurociências. A participação nesta pesquisa não trará custos para o senhor (a).

Se concordar em participar da pesquisa sua identidade será mantida em sigilo, de forma que nenhum resultado obtido com este estudo que venha a ser publicado conterá o seu nome. É importante que saiba que o senhor (a) pode desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Os pesquisadores responsáveis pela realização deste projeto estarão à disposição para fornecimento de informações e esclarecimentos acerca de qualquer dúvida que possa surgir em relação a este estudo, podendo o senhor (a) entrar em contato com ambos por meio de e-mail ou telefone, ou mesmo entrar em contato com o departamento de fonoaudiologia da Instituição. Os e-mails e telefones para contato encontram-se no final do termo.

Eu, _____, declaro que li este termo de consentimento e de livre e espontânea vontade concordei em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador:

Salvador, ____ de _____ de _____

E-mail e telefone da pesquisadora Taís Silva: tais_sds@hotmail.com e (71) 8168-1470

E-mail da pesquisadora Prof.^aÍvina Menezes: ivinafono@gmail.com

E-mail e telefone do Departamento de Fonoaudiologia: depfono@ufba.br e (71) 32838886