

Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar

Evolution of Patients with Oropharyngeal Dysphasia in Hospital Environment

Edna Márcia da Silva Abdulmassih*, **Evaldo Dacheux Macedo Filho****, **Rosane Sampaio Santos*****,
Ari Leon Jurkiewicz****.

* Mestrado. Fonoaudióloga.

** Doutor em Medicina Cirúrgica pela UFPR. Médico Otorrinolaringologista e Endoscopista.

*** Mestre em Distúrbio da Comunicação UTP PR. Fonoaudióloga e Professora Titular da Universidade Tuiuti do Paraná.

**** Doutor em Ciências Área de Anatomia. Professor do programa de mestrado de Distúrbios da Comunicação Universidade.

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná.
Curitiba / PR – Brasil.

Endereço para correspondência: Edna Márcia da Silva Abdulmassih – Rua Jose de Melo Braga Junior, 17 Sobrado A – Jardim das Américas – Curitiba / PR – Brasil – CEP: 81540-280.

Bolsa CNPQ

Artigo recebido em 10 de Novembro de 2008. Artigo aprovado em 12 de Março de 2009.

RESUMO

Introdução:

A disfagia orofaríngea de etiologia neurogênica pode causar risco clínico nutricional e comprometimento laringotraqueal por aspiração, podendo culminar em broncopneumonia aspirativa. Esta condição está presente na rotina das avaliações do fonoaudiólogo que atua em ambiente hospitalar junto a pacientes pós acidente vascular encefálico (AVE).

Objetivo:

O objetivo deste estudo foi avaliar a evolução de pacientes portadores de disfagia orofaríngea neurogênica pós AVE, durante o período de internação até o momento da alta hospitalar, analisando grau da disfagia no pré-tratamento; diagnóstico instrumental; condutas fonoaudiológicas; condições do paciente na alta hospitalar.

Método:

Foram estudados 39 pacientes no período de dezembro de 2003 a junho de 2004, com queixa de dificuldade de deglutição sugestiva de disfagia. Foi elaborado um protocolo padronizado para a coleta dos dados clínicos.

Conclusão:

Os resultados permitiram concluir que: houve prevalência da disfagia de grau moderado, seguida pelos graus leve e severo; no diagnóstico instrumental ocorreu à prevalência de aspiração laríngea, seguida de alteração na fase orofaríngea, penetração laríngea, alteração na fase oral da deglutição; nas condutas fonoaudiológicas a manipulação de alimentos apresentou excelente resultado seguida das manobras posturais e das manobras protetivas; na alta hospitalar a prevalência foi de sujeitos que apresentaram estado clínico de nível bom, alimentando-se por via oral, com algumas modificações posturais e/ou da consistência alimentar sem o uso de sonda, seguido pelos que apresentaram nível regular, iniciando com dieta via oral fazendo uso de sonda, mas com possibilidade de retirada entre 30 a 60 dias do período hospitalar.

Palavras-chave:

disfagia, paciente disfágico, fonoaudiologia hospitalar, estado do paciente na alta hospitalar.

SUMMARY

Introduction:

Neurogenic etiology oropharyngeal dysphagia may lead to clinical malnutrition, laryngotracheal damage, and result in aspirative bronchopneumonia. This condition is present in the evaluations routine of the phonoaudiologist who works in hospitals with post CVA (cerebral vascular accident) patients.

Objective:

The objective of this study is to evaluate the evolution of neurogenic oropharyngeal dysphagia patients after CVA, during interment period until hospital discharge, and to analyze the dysphagia degree before treatment; diagnostic tools; phonoaudiologic routines; state of the patients upon discharge.

Method:

Thirty-nine (39) patients were studied from December 2003 through June 2004 complaining of deglutition disorder, that indicates dysphagia. A standardized protocol was prepared for collection of clinical data.

Conclusion:

The results allowed to conclude that there was moderate degree dysphagia, followed of light and severe degrees; in the instrumental diagnosis there was a prevalence of laryngeal aspiration, followed of a change in the oropharyngeal phase, laryngeal penetration, change in the deglutition oral phase; in the phonoaudiological procedures, the food manipulation presented excellent results followed of postural and protective maneuvers; upon hospital discharge there was a prevalence of individuals who had a good level clinical state and were eating orally with some postural and/or food consistency modifications without the use of probe, followed by those who presented a regular level beginning the oral diet with the use of probe, but able to be discharged between 30 to 60 days after the hospital period.

Keywords:

dysphagia, dysphagic patient, hospital phonoaudiology, state of the patient upon hospital discharge.

INTRODUÇÃO

Sentir aromas que aguçam os sentidos degustando um prato elaborado com cuidados especiais é um dos maiores prazeres do ser humano e lhe garante a manutenção da vida. Contudo esse prazer pode ser interrompido em virtude de um distúrbio de deglutição em consequência de patologias de origem mecânica, neurogênica, medicamentosa, psicogênica denominado de disfagia. A disfagia altera a progressão dos alimentos pelo trato digestivo (da boca ao estômago), podendo acarretar déficits nutricionais e de hidratação ao indivíduo, bem como comprometimentos do seu estado pulmonar podendo culminar em broncopneumonia aspirativa.

Dentre as alterações neurogênicas estudos relacionam o acidente vascular encefálico (AVE) como uma das causas mais comuns de desordem da deglutição, podendo ser a principal causa de morbidade relacionada às complicações respiratórias e à desnutrição. 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 (valécula 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.

No curso das disfagias pós AVE em dados publicados pelo Hospital Albert Einstein 2004 e atualizada em 2007, demonstram que a disfagia manifesta-se especialmente durante os primeiros dias estando presente em cerca de 51% dos pacientes nos 2 primeiros dias, reduzindo sua incidência para 27% dos pacientes nos próximos sete dias, e a maioria das dificuldades de deglutição estarão sanadas após seis meses, porém cerca de 8% dos pacientes ainda manterão o quadro de disfagia orofaríngea com risco de broncoaspiração. Segundo pesquisa realizada por SCHELP, COLA, GATTO, SILVA e CARVALHO (2004) dos 102 pacientes avaliados clinicamente pela fonoaudiologia pelo menos após seis dias da ocorrência, 76,5% apresentaram disfagia no momento da avaliação e na análise videofluoroscópica elevou a incidência a valores acima de 90%. Para PACIARONI, MAZZOTTA, COREA et al. (2004) a disfagia orofaríngea é comum em pacientes com AVE, ocorrendo em 45-65% dos casos.

Destaca-se que o paciente clinicamente comprometido pela disfagia, ainda em ambiente hospitalar, necessita de atendimento de uma equipe multidisciplinar formada por fonoaudiólogo, médicos de diferentes especialidades, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro, terapeuta ocupacional

e psicólogo. Esta equipe prioriza minimizar, o mais precoce possível, riscos de complicações no período agudo pós-evento, iniciando o preparo para a reabilitação de sequelas da doença através de procedimentos específicos.

A intervenção fonoaudiológica precoce (vinte e quatro a quarenta e oito horas pós evento e paciente clinicamente estável) em ambiente hospitalar visa à identificação rápida da disfagia e prevenção de complicações clínicas advindas da mesma, o que possibilitará a redução do tempo de internação. Para LUIZ (2004) o fonoaudiólogo deve ser consciente de que o tipo, a localização, a extensão e a gravidade da lesão cerebral são os fatores determinantes do prazo para a execução do plano de reabilitação.

Consciente de que quanto mais precoce a detecção da disfagia e intervenção estimulativa menores são os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e maiores são as chances de um prognóstico positivo, o fonoaudiólogo elabora programas de reabilitação com técnicas específicas (ativas e/ou passivas), para restabelecer o funcionamento das estruturas envolvidas no processo da deglutição até a auto-alimentação quando possível, prevenindo e diminuindo a incidência de broncopneumonia aspirativa.

Atualmente a literatura trás quantidade considerável de material sobre estratégias e condutas que podem ser realizadas junto aos pacientes disfágicos, mas não se informa adequadamente sobre a realidade da evolução dos pacientes portadores de disfagia orofaríngea, não esclarecendo, também, as condições clínicas relacionadas à disfagia no momento da alta hospitalar.

Com a preocupação em preencher essa carência, este estudo foi elaborado com o objetivo demonstrar os benefícios da estimulação fonoaudiológica precoce na evolução de pacientes portadores de disfagia orofaríngea pós AVE durante o período de internação até o momento da alta hospitalar, analisando os seguintes aspectos:

1. Grau da disfagia no pré-tratamento;
2. Resultado da avaliação objetiva da dinâmica da deglutição;
3. Condutas fonoaudiológicas;
4. Condição clínica de alta hospitalar.

MÉTODO

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná. Of. CEP-UTP nº 17/2004 protocolo da aprovação.

Foram estudados 39 pacientes, sendo 24 do sexo masculino e 15 do sexo feminino, na faixa etária de 35 a 90

anos, (média de 66 anos), oriundos do Hospital Nossa Senhora das Graças, em Curitiba/PR, e encaminhados ao serviço de Fonoaudiologia do mesmo hospital.

Os critérios para inclusão neste estudo foram: pacientes de ambos os sexos; idade acima de 30 anos; com queixa de dificuldade de deglutição compatíveis com disfagia, diagnóstico de AVE; estado clínico estável; e cognitivo em estado alerta (respondendo a comandos verbais simples).

Foram encaminhados pelas clínicas de Neurocirurgia e Neurologia, após familiares e/ou responsáveis assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Coleta dos dados clínicos

Foi utilizado o protocolo do serviço de fonoaudiologia do hospital para avaliação clínica fonoaudiológica, elaborado um protocolo padronizado de 19 questões, preenchido durante o período de atendimento ao paciente, e da análise dos prontuários médicos que constou de:

1. Dados de anamnese;
2. Diagnóstico médico clínico;
3. Observação dos aspectos cognitivos;
4. Procedimentos e terapêutica fonoaudiológicas;
5. Encaminhamentos entre os serviços hospitalares;
6. Resultado da avaliação clínica fonoaudiológica (análise dos aspectos anatômicos e funcionais dos órgãos fonoarticulatórios e funções estomatognáticas);
7. Resultado da avaliação objetiva da dinâmica da deglutição (videofluoroscopia e/ou avaliação endoscópica da deglutição).

Coleta dos dados da deglutição

A avaliação objetiva da dinâmica da deglutição constou realização da estudo endoscópica da deglutição e/ou videofluoroscopia.

Para o estudo endoscópico da deglutição foi utilizado o equipamento endoscópico de fibra óptica, do tipo nasofaringolaringoscópico. O paciente apresentou-se em jejum, foi posicionado sentado, para favorecer melhor desempenho na deglutição e avaliação. O otorrinolaringologista introduziu o nasofaringolaringoscópio pela via nasal (meato nasal médio), sem anestesia, para manutenção da sensibilidade de toda a via aerodigestiva. O aparelho foi posicionado acima do esfíncter velofaríngeo seguindo em direção à faringe e laringe, o que permitiu a visualização do fechamento do esfíncter velofaríngeo utilizando as vogais /i/ e /e/.

Foi levada em consideração a aparência, simetria, presença de lesões, mobilidade da base de língua, as paredes

faríngeas laterais e posteriores; a presença ou não de secreção em valéculas, seios piriformes, vestibulos laríngeos, pregas vocais e região subglótica e frequência de deglutições em seco. Foi testada a sensibilidade da região com um leve toque nos ligamentos ariepiglóticos bilateralmente.

O aparelho foi posicionado entre o rinofaringe e a orofaringe, no nível da úvula. As consistências alimentares (pastoso grosso, pastoso fino, líquido engrossado e líquido (similar à água) com corante azul de alimento para melhor visualização foram ofertadas em volumes de 5, 10 e 15 ml, em sequência, inicialmente em colheres e posteriormente em copos, oportunizando a observação da ocorrência do preparo do bolo alimentar na fase oral (com possibilidade de escape posterior); passagem do bolo pela faringe; presença de resíduos pós-deglutição e a da penetração ou aspiração laríngea de alimentos.

Para a investigação da disfagia pela videofluoroscopia foi utilizado seriógrafo telecomandado, Os pacientes apresentaram-se em jejum de 4 horas e manutenção da prótese dentária. Os pacientes permaneceram em pé durante o exame e os que se apresentaram em cadeira de roda permaneceram sentados. Inicialmente, a avaliação do paciente foi realizada em posição lateral, em seguida na posição antero-posterior. O primeiro passo foi à observação da postura cervical, posicionamento e movimentação lingual com a sua exteriorização. A função velopalatal foi avaliada solicitando ao paciente a emissão das vogais /e/ e /i/, além das sílabas plosivas /pa/, /ta/ e /ka/. A elevação do complexo hioide-laríngeo era observada com a deglutição seca.

As consistências foram ofertadas em volumes de 5 ml, e solicitado ao paciente que as mantivesse na cavidade oral para a observação do preparo e transporte para a fase faríngea, possibilitando verificar a ocorrência ou não de escape posterior e, em seguida, as deglutisse. Na fase orofaríngea, observou-se a efetividade deste transporte e a sua segurança, determinados pela contração faríngea, elevação hióidea, horizontalização da epiglote e fechamento laríngeo. Concomitantemente foi observado o relaxamento do esfíncter superior do esôfago após a passagem do bolo alimentar. Acompanhou-se a onda primária da deglutição e constatou-se ou não a penetração e aspiração laríngea do bolo alimentar.

Para a obtenção da consistência adequada do alimento a ser oferecido ao paciente na avaliação instrumental foi utilizado o espessante alimentar instantâneo marca Thick&Essy (Hormel Heath Labs. Swiss), composto de amido, apresentando como composição nutricional por 100g, 375 kcal, 100 g de carboidratos e 125 mg de sódio.

Seguindo a orientação do fabricante, para obter-se a

consistência de pastoso, também considerado pudim, misturou-se duas colheres de sopa de amido para 100 ml de água. Para a consistência de pastoso fino, ou mel, adicionou-se uma colher e meia de sopa de amido para 100 ml de água. Para a consistência de líquido engrossado, ou xarope, utilizou-se uma colher de sopa de amido para 100 ml de água e finalmente para a consistência de líquido, foi adicionado a 50 ml de água 50 ml de bário.

As consistências foram misturadas com sulfato de bário (BaSO₄) em suspensão, da marca Barosperse® (Mallinkrodt, Inc. USA), na concentração de 97%, sem que se alterassem as consistências previamente reparadas. A mistura das consistências com o contraste radiológico permitiu a melhor avaliação do trânsito do bolo alimentar nas fases da deglutição.

Procedimento fonoterápico

Objetivando a promoção de uma deglutição eficiente e segura e de acordo com a necessidade de cada paciente a terapia fonoaudiológica constou de: manobras posturais; manobras para proteção da via aérea e manipulação de alimentos, descritas por GONÇALVES e VIDIGAL (1999), FURIA (2003) e SILVA (2004) e orientações práticas.

Nas manobras posturais, o paciente foi estimulado a deglutir com a cabeça inclinada com o queixo para baixo ou com cabeça inclinada para o lado não afetado. Essas posições visaram proteger a via aérea inferior e facilitaram o trânsito e ejeção oral, dispensando menor esforço muscular.

Nas manobras de proteção das vias aéreas respiratórias, o paciente foi estimulado à: deglutição supraglótica - foi orientado a reter a respiração antes e durante a deglutição o que provocou a adução das cordas vocais. Na deglutição super-supraglótica foi instruído a reter a respiração antes e durante a deglutição o que leva as aritenoides para frente fechando a entrada para a traqueia, mantendo-se assim antes e durante a deglutição, em seguida o paciente deve expelir o ar retido em forma de tosse.

Na manobra de Mendelsohn foi orientado a apoiar e elevar manualmente sua laringe para que se abra o esfíncter esofágico superior, favorecendo a elevação da laringe durante a deglutição.

A orientação prática foi direcionada ao paciente e cuidador e constou de:

- Manter o paciente em decúbito elevado durante a alimentação;
- Durante oferta da dieta o cuidador deve posicionar-se na mesma altura do paciente no lado do corpo que está comprometido;

- Ofertar os alimentos na consistência orientada, com aparência, aroma e sabor agradáveis e que promovam o prazer;
- Oferecer pequenas quantidades na colher observando aceitabilidade, preparação e deglutição do alimento;
- Durante a oferta da dieta manter ambiente tranquilo para não dispersar a atenção;
- Orienta-lo a não falar enquanto mastiga e deglute o alimento;
- Ofertar líquidos em pequenas quantidades e se necessário oferecer em colher.

Classificação do grau da disfagia

Para a classificação da disfagia foram utilizados os critérios elaborados por SILVA (1999), que classificaram as disfagias neurogênicas em: leve, moderada e severa.

1. Disfagia leve - não há sinais de penetração laríngea na ausculta cervical; controle e transporte do bolo alimentar atrasado e lento.
2. Disfagia moderada - há sinais de penetração laríngea na ausculta cervical; risco de aspiração; controle e transporte do bolo alimentar atrasado e lento.
3. Disfagia severa - presença de aspiração substancial com sinais de alteração respiratória; ausência ou falha da deglutição completa do bolo alimentar.

Classificação clínica fonoaudiológica do estado do paciente na alta hospitalar

Pela inexistência de uma nomenclatura para a classificação do estado do paciente na alta hospitalar pós a intervenção fonoaudiológica, foram definidos e utilizados pela autora do trabalho os seguintes critérios:

1. Nível bom - quando se alimentava por via oral, com algumas modificações posturais e/ou da consistência alimentar sem o uso de sonda.
2. Nível regular - quando iniciava com dieta via oral fazendo uso de sonda gástrica ou enteral, mas com possibilidade de retirada entre 30 a 60 dias do período hospitalar.
3. Nível ruim - quando fazia uso de sonda enteral, sonda gástrica ou dieta parenteral sem prognóstico de retorno à dieta via oral antes dos 60 dias.

RESULTADOS

Avaliação clínica fonoaudiológica na pré-intervenção

Dos trinta e nove sujeitos participantes deste estudo, quatorze (36%) apresentaram disfagia de grau

leve, dezesseis (41%) de grau moderado e nove (23%) disfagia de grau severo.

Avaliação instrumental

Trinta e um sujeitos (85%) submeteram-se à avaliação endoscópica da deglutição, sete sujeitos (10%) utilizaram o exame de videofluoroscopia, do total destes quatro (5%) realizaram as duas avaliações e apenas um (2%) não utilizou nenhum dos dois processos por não apresentar condição física necessária.

Como resultado da avaliação instrumental, treze sujeitos (33%) apresentaram aspiração laríngea, onze (28%) alteração na fase oral da deglutição, seis (15%) aspiração e penetração orofaríngea, três (8%) aspiração e alteração na fase faríngea, três (8%) aspiração e alteração na fase oral, dois (5%) penetração laríngea e apenas um (1%) alteração na fase orofaríngea da deglutição.

Intervenção fonoaudiológica

Dos trinta e nove pacientes, quinze (39%) se beneficiaram com as manobras posturais, manobras protetivas e manipulação de alimentos, seis pacientes (15%) receberam orientações práticas que os beneficiaram, seis (15%) por manipulações de alimentos e manobras protetivas, cinco (13%) por manipulações de alimentos, quatro (10%) por manobras posturais e manobras protetivas, três (8%) por manipulação de alimentos e manobras posturais.

Classificação clínica fonoaudiológica do paciente na alta hospitalar

Consideramos nível bom na alta hospitalar os vinte e três (59%) pacientes que apresentaram capacidade de alimentação independente por via oral para todas as consistências de alimentos; nível regular os quatorze (36%) pacientes que saíram em condição de alimentação assistida e com restrição a algumas consistências, mas com bom prognóstico de retornar a uma nutrição oral segura sendo os mesmos encaminhados à continuidade do atendimento fonoterápico; e nível ruim apenas dois (5%) pacientes que saíram sem condições de alimentação por via oral.

Analisando o estado clínico fonoaudiológico do paciente na alta hospitalar em relação ao grau de disfagia avaliado antes da intervenção fonoaudiológica, dos 23 pacientes que apresentaram estado clínico fonoaudiológico bom na alta hospitalar, 11 eram disfágicos de grau leve, 9 de grau moderado e três de grau severo na avaliação fonoaudiológica inicial.

Dos 14 pacientes que apresentaram estado clínico fonoaudiológico regular na alta hospitalar, dois eram disfágicos de grau leve, sete de grau moderado e cinco de grau severo na avaliação fonoaudiológica inicial.

Dos dois pacientes que apresentaram estado clínico fonoaudiológico ruim na alta hospitalar, um era disfágico de grau leve e um de grau severo na avaliação fonoaudiológica inicial.

DISCUSSÃO

As desordens da deglutição de origem neurogênica, são caracterizadas de acordo com o grau do comprometimento funcional que repercute na integridade física e emocional e na qualidade de vida do paciente.

Alguns procedimentos realizados no ambiente hospitalar a pacientes pós AVE durante o atendimento emergencial que priorizam restabelecer a saúde como a intubação endotraqueal prolongada; procedimento constante de aspiração da secreção orotraqueal; presença da cânula de traqueostomia podem trazer como consequência a disfagia. Esses procedimentos devem ser levados em consideração pelo fonoaudiólogo na avaliação clínica e na elaboração do plano fonoterápico.

Nas avaliações e terapias fonoaudiológicas em pacientes com lesão neurológica o nível cognitivo é um fator a ser considerado com grande atenção pois o seu rebaixamento interfere na prontidão das respostas reflexas, desfavorecendo a deglutição eficiente. Neste aspecto, 100% dos sujeitos observados apresentavam nível cognitivo em estado de alerta (respondendo a comandos verbais simples) demonstrando possibilidade de receptividade e aprendizagem das manobras sugeridas durante a fonoterapia que modificaram a fisiologia da fase faríngea da deglutição, permitindo a funcionalidade das partes moles envolvidas no processo de deglutição e estimulação das vias aferentes para eliciar o reflexo eficaz da deglutição.

Esta influência positiva do estado de alerta dos pacientes confirma os achados de LOGEMANN (1990); NEWTON et al, (1994) e GOMES (2001) que afirmam que o nível de consciência preservado diminui o risco de pneumonia aspirativa, considerando-se então uma variável protetiva que permite melhor prognóstico na melhoria da comunicação e da deglutição.

Na avaliação endoscópica da deglutição em que trinta e um pacientes dos (85%) realizaram, permitiu uma visão geral, detalhada e direta da função da faringe, véu do palato e laringe, e possibilitou a aplicação de manobras de proteção das vias aéreas. Este método descrito por LANGMORE

et al. (1988), foi o mais utilizado por ser um exame realizável fora da unidade de radiologia e possibilitar o acesso dos pacientes que se encontravam restritos ao leito ou em unidades de terapia intensiva.

Na suspeita de ocorrência de aspiração silente, 10% dos pacientes realizaram o estudo dinâmico da deglutição por videofluoroscopia. Neste procedimento foram analisados também os movimentos estruturais (naturais e com manobras protetivas das vias aéreas), a coordenação temporal entre os movimentos, a trajetória do bolo ao longo do trato aerodigestivo que poderia levar o paciente a quadros de broncopneumonia, aumentando o fator de morbidade e mortalidade. Do total dos pacientes que participaram da amostra 5% realizaram os dois procedimentos que se complementavam nos achados desejados.

O exame videofluoroscópico, devido a sua alta sensibilidade, permitiu detectar tanto formas mais leves de disfagia, quanto alterações de fase faríngea dificilmente visibilizadas em outros procedimentos, concordando com LOGEMANN (1983) ao referir que a videofluoroscopia é o padrão ouro para a avaliação da disfagia.

As avaliações instrumentais (avaliação endoscópica da deglutição e a videofluoroscopia), diagnosticaram uma frequência de achados anormais para aspiração laríngea (33%), alteração na fase oral (28%), aspiração e penetração orofaríngea (15%), aspiração e alteração na fase faríngea (8%), aspiração e alteração na fase oral (8%), penetração laríngea (5%) e alteração na fase orofaríngea (1%).

A presença da aspiração e penetração apresentadas pelos pacientes vão de encontro com BUCHHOLZ (1994), ANGELIS, MOURÃO e FURIA (2000), MANN, GRAEME e HANKEY (2001), quando afirmam que lesões corticais, subcorticais e/ou no tronco cerebral ocasionam fraqueza na musculatura orofaríngea causando a incoordenação dos movimentos e falha na sensibilidade das regiões oral e faríngea podendo provocar penetração e aspiração do alimento, sendo uma manifestação de severidade do comprometimento da deglutição. LEDER e ESPINOSA (2002) salientam que alguns pacientes apresentam recuperação espontânea da disfagia alguns dias após o AVC, mas torna-se necessário detectar o risco de aspiração durante a fase aguda, para prevenir comprometimentos pulmonares e permitir intervenções terapêuticas, específicas possibilitando alimentação por via oral precoce e segura

FURKIM, BEHLAU e WECKX (2003) afirmam que a detecção e caracterização da aspiração, que ocorre na fase faríngea são primordiais para o prognóstico e reabilitação.

Vale ressaltar que a reabilitação fonoaudiológica é uma reeducação funcional com o intuito de restabelecer a

função normal ou compensatória, através do gerenciamento das alterações da deglutição e intervenção direta no paciente e quanto mais precoce a intervenção, menores são os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e maiores são as chances do sucesso da reabilitação.

Resultados positivos foram demonstrados por PROSEGEL et al (2005) em estudos realizados sobre a eficácia da terapia com deglutição funcional em 208 pacientes com disfagia orofaríngea neurogênica. Os pacientes foram divididos em 3 grupos segundo diferentes etiologias neurológicas sendo o Grupo 3 somente por acometidos de AVE. Após a terapia funcional de deglutição onde 50% dos pacientes do grupo 1 e 30% dos pacientes do grupo 2 ainda necessitavam de via alternativa de alimentação, 100% dos pacientes do Grupo 3 voltaram a se alimentar totalmente por via oral.

Os pacientes permaneceram por curto período, até alcançarem o equilíbrio clínico satisfatório, o que nem sempre correspondeu com a alta fonoaudiológica levando-nos a pensar que o resultado da recuperação poderia ter sido mais eficaz se o tempo de permanência correspondesse com o término do atendimento fonoaudiológico. O tempo de atendimento hospitalar dos pacientes foi muito variável sendo que sete pacientes (17%) permaneceram de um a cinco dias, quinze (39%) permaneceram de cinco a dez dias, dois (5%) permaneceram de dez a quinze dias e quinze (39%) permaneceram tempo superior a quinze dias.

A atuação fonoaudiológica voltada para o estabelecimento de um programa terapêutico para a detecção precoce da disfagia em meio hospitalar, constitui importante fator de diminuição de riscos que envolvem a ocorrência de broncopneumonia aspirativa e o desequilíbrio nutricional dos pacientes. A atuação fonoaudiológica procura oferecer tratamento mais eficaz ao paciente para o retorno mais precoce possível a sua independência

Dentre os pacientes à beira do leito, 95% deles tiveram alta hospitalar com alimentação por via oral (estado bom) e bom prognóstico de retorno à via oral (estado regular), garantindo uma boa qualidade de vida, efetividade e segurança dessa alimentação, aporte nutricional e emocional do paciente.

SILVA (1999) comenta que nem sempre é possível devolver ao paciente sua habilidade anterior de deglutição, mas sim possibilitar-lhe, uma deglutição eficiente e sem riscos para a saúde e sua vida.

Na reabilitação do paciente disfágico é importante avaliar suas alterações e o impacto destas em sua vida social, lembrando que este sintoma pode privá-lo de um de

seus grandes prazeres por longo período ou até mesmo por “tempo indeterminado” sendo primordial a elaboração de estratégias que lhe garantam a qualidade de vida, e que lhe possibilita o retorno da função, nem sempre próxima da função normal, mas que lhe permita manter, dentro de suas limitações, a nutrição e hidratação adequada, e saúde pulmonar.

Ressalta SILVA (2007) que A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea pode ser comprovada quando o paciente alimenta-se eficientemente por via oral ou ganhar peso, ou com a redução na ocorrência de pneumonia aspirativa.

Cabe ressaltar que quanto mais precoce a intervenção, menores são os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e maiores e melhores serão os resultados e prognóstico.

CONCLUSÃO

Dos pacientes atendidos 95% tiveram alta hospitalar com alimentação por via oral (estado bom) e bom prognóstico de retorno à via oral (estado regular), garantindo uma boa qualidade de vida, efetividade e segurança dessa alimentação, aporte nutricional e emocional do paciente. Somente 5% não apresentaram estado clínico fonoaudiológico satisfatório, permanecendo com sonda gástrica ou enteral.

1. Quanto ao grau de disfagia inicial houve prevalência do grau moderado, seguida pelo grau leve.
2. No diagnóstico clínico - fonoaudiológico 100% apresentaram quadro de disfagia.
3. No diagnóstico instrumental ocorreu a prevalência de aspiração laríngea, seguida de alteração na fase oral da deglutição.
4. Nas condutas fonoaudiológicas uso concomitante das manobras posturais, manobras protetivas e manipulação de alimentos apresentou excelente resultados.
5. Na alta hospitalar a prevalência foi de sujeitos que apresentaram estado clínico de nível bom, alimentando-se por via oral, com algumas modificações posturais e/ou da consistência alimentar sem o uso de sonda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angelis EC, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP. Atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço. São Paulo: Lovise; 2000.
2. Buchholz DW. Neurogenic dysphagia: what is the cause when the cause is not obvious? *Dysphagia*. 1994, 9:245-255.

3. Furia CLB. Abordagem Interdisciplinar na disfagia orofaríngea. In: Rios IJA. *Conhecimentos Essenciais para Atender Bem em Fonoaudiologia Hospitalar*. 1ª ed. Pulso. São José dos Campos; 2003, Cap. 3, pp. 31.

4. Furkim AM, Behlau MS, Weckx LLM. Avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição em crianças com paralisia cerebral tetraparética espástica. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003, 61:611-616.

5. Gomes GF. Identificação de fatores preditivos de pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cerebrovascular complicada por disfagia orofaríngea. Curitiba. Tese Doutorado - Setor de Ciências da Saúde, da Universidade do Paraná, 2001, 86f.

6. Gonçalves MIR & Vidigal MLN. Avaliação videofluoroscópica das disfagias. In: Furkim AM & Santini CS - org. - *Disfagias orofaríngeas*. 1ª ed. Carapicuíba - São Paulo, 1999.

7. Langmore SE, Schatz K, Olson N. Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. *Dysphagia*. 1988, 2(4):216-9.

8. Leder SB, Espinosa JF. Aspiration risk after acute stroke: comparison of clinical examination and fibroscopic evaluation of swallowing. *Dysphagia*. 2002, 17:214-218.

9. Logeman JA. Anatomy and physiology of normal deglutition. Evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego, CA; College-Hill Press; 1983, pp. 9-35.

10. Logemann JA & Kahrilas PJ. Relearning to swallow after stroke- application of maneuvers and indirect biofeedback: a case study. *Neurology*. 1990, 40:1136-1138.

11. Luiz MOR. Rotinas em pacientes traqueostomizados: avaliação fonoaudiológica. In Auler Jr JOC, Oliveira SA e Cols. *Pós-operatório de cirurgia torácica e cardiovascular*. 1 ed. Artmed, Porto Alegre; 2004, pp. 357-369.

12. Mann G, Graeme J, Hankey GJ. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. *Dysphagia*. 2001, 16:208-15.

13. Newton HB, Newton C, Pearl D & Davidson T. Swallowing assessment In primary brain tumor patients with dysphagia. *Neurology*. 1994, 44:1927-1932.

14. Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F, et al. Dysphagia following stroke. *Eur Neurol*. 2004, 51:162-167.

15. Prosiegel M, et al. Swallowing therapy: a prospective study on patients with neurogenic dysphagia due to unilateral paresis of the vagal nerve, Avellis syndrome, Wallenbergs syndrome, posterior fossa tumours and cerebellar hemorrhage. *Acta Neurochir. Suppl., Wien.* 2005, 93:35-37.
16. Silva RG. Disfagia neurogênica em adultos pós-acidente vascular encefálico: identificação e classificação. In: Macedo Filho ED, Pissani JC, Carneiro HJ, Gomes FG. *Disfagia: abordagem multidisciplinar.* São Paulo, Frontis Editorial, 1999.
17. Silva RG. Disfagias orofaríngea pós-acidente vascular encefálico. In: Ferreira LPM, Belfi-Lopes D, Limongi SCO. *Tratado em Fonoaudiologia.* 1ª ed. Rocca; 2004, pp. 354-369.
18. Silva RG. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 19(1), Barueri jan./abr. 2007 - http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010456872007000100014&lng=pt
19. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidência de Disfagia Orofaríngea após Acidente Vascular Encefálico em Hospital Público de referência. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004, 62(2-B):503-506.