

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DANIANE BERNADETE MARTINS NOVAIS

**ACHADOS DA DEGLUTIÇÃO E ATUAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO  
PACIENTE PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

BELO HORIZONTE

2014

DANIANE BERNADETE MARTINS NOVAIS

**ACHADOS DA DEGLUTIÇÃO E ATUAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO  
PACIENTE PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, para a obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Patrocínio de Oliveira

BELO HORIZONTE

2014

Ficha catalográfica

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

Novais, Daniane Bernadete Martins

Achados da deglutição e atuação da equipe interdisciplinar no paciente pós acidente vascular encefálico [manuscrito] / Daniane Bernadete Martins Novais. - 2014.

21 f. : il.

Orientadora: Vanessa Patrocínio de Oliveira.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação Pedagógica Para Profissionais da Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para profissionais da saúde.

1.Fonoaudiologia. 2.Transtornos da Deglutição. 3.Acidente Vascular Cerebral. 4.Equipe de Assistência ao Paciente. I.Oliveira, Vanessa Patrocínio de. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

DANIANE BERNADETE MARTINS NOVAIS

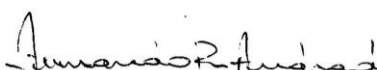
ACHADOS DA DEGLUTIÇÃO E ATUAÇÃO DA EQUIPE  
INTERDISCIPLINAR NO PACIENTE PÓS ACIDENTE VASCULAR  
ENCEFÁLICO

Monografia apresentada a Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Curso de Pós Graduação *Latu Sensu* em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde, para a obtenção do Título de Especialista em Formação Pedagógica.

**APROVADO** com a nota **91** (noventa e um), 24 de Janeiro de 2014.



Profa. Msc. Vanessa Patrocínio de Oliveira (orientadora)



Prof. Msc. Fernando Ribeiro Andrade



Profa. Esp. Cinara Hollerbach

## RESUMO

A disfagia é um distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas, como por exemplo o acidente vascular encefálico. O objetivo desse estudo é descrever as características da deglutição comumente encontradas em pacientes pós-AVE evidenciando a melhor metodologia de treinamento da equipe multidisciplinar. Foi utilizado como estratégia metodológica, a revisão integrativa da literatura que permite a inclusão de estudos de diferentes delineamentos. A partir do levantamento realizado conclui-se que a disfagia está presente na maioria dos pacientes acometidos pelo AVE. As instituições devem ter uma equipe de educação continuada que tenha atuação efetiva e que saibam reconhecer os sinais e sintomas do paciente disfágico evitando complicações posteriores.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia, Transtornos da Deglutição, Acidente Vascular Cerebral, Equipe de Assistência ao Paciente.

## **ABSTRACT**

Dysphagia is a swallowing disorder resulting from neurological causes such as cerebrovascular accident. The aim of this study is to describe the characteristics of swallowing commonly found in post-stroke patients showing the best training methodology of the multidisciplinary team. Integrative literature review that allows the inclusion of studies of different designs has been used as a methodological strategy. From the survey it is concluded that dysphagia is present in most patients affected by stroke. Institutions should have a team of continuing education that has activeness and know how to recognize the signs and symptoms of dysphagia patient avoiding further complications.

**Keywords:** Speech, Language and Swallowing Disorders, Stroke, Patient Care Team.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>2. OBJETIVO</b>	<b>09</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>10</b>
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO</b>	<b>11</b>
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>12</b>
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>13</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>19</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>21</b>

## **Introdução**

A deglutição é umas das funções biológicas básicas. É definida como um processo sinérgico composto por fases intrinsecamente relacionadas, sequenciais e harmônicas (CARDOSO, 2004).

Tem como função transportar o bolo alimentar da cavidade oral até o estômago de forma segura, o que envolve uma coordenação precisa entre as estruturas envolvidas e fases iniciadas (CARDOSO, 2004 e MARCHESAN, 2008).

A deglutição é dividida embasada em suas fases que apresentam características específicas de anatomia e funcionalidade. A fase antecipatória está relacionada com as nossas preferências alimentares incluindo sabor, temperatura e tipo de alimento escolhido. É uma fase voluntária e consciente. A fase oral, compreende os movimentos de captação, preparação, qualificação, organização e propulsão do bolo alimentar. Na fase faríngea ocorre à contração dos músculos constritores da faringe, impedindo a dissipação da pressão, nesta fase há proteção de vias aéreas, por meio dos movimentos de elevação, anteriorização e sustentação do osso hióideo e laríngeo chamado complexo hio-laríngeo; há também o mecanismo pressórico. Na fase esofágica há ondas peristálticas, abertura da transição faringo-esofágica (relação de pinça entre os corpos vertebrais e o contorno posterior da cartilagem cricóidea), esta fase dura aproximadamente de 7 a 9 segundos (FURKIM e MATTANA, 2004).

Para que seja eficiente este ato depende de complexa ação neuromuscular (sensibilidade, paladar, propriocepção, mobilidade, amplitude e precisão de movimentos e do tônus e tensão muscular) além da intenção de se alimentar, ocorrendo como atividade voluntária, ou reflexa. Faz-se necessária uma integridade de vários sistemas neuronais: vias aferente, integração dos estímulos no sistema nervoso central, vias eferentes, resposta motora, integridade das estruturas envolvidas e comando voluntário (FURKIM e MATTANA, 2004).

Este estudo se torna relevante uma vez que, a partir da descrição dos achados, verificaremos os potenciais riscos de aspiração e/ou penetração laringotraqueal envolvidos no processo da alimentação traçando as possibilidades terapêuticas dos pacientes acometidos pelo ictus.



**Objetivo**

O objetivo desse estudo é descrever as características da deglutição comumente encontradas em pacientes pós-AVE evidenciando a melhor metodologia de treinamento da equipe multidisciplinar.

## **Revisão de Literatura**

A seqüência neurológica necessária para que ocorra a deglutição exige a participação dos nervos cranianos trigêmeo (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), acessório (XI), hipoglosso XII). Ao engolir as regiões supraglótica, glótica se fecham para a proteção das vias aéreas inferiores. Quando a língua realiza o movimento de ejeção, essa informação caminha por via aferente para o tronco cerebral, se dirige ao núcleo do trato solitário que será responsável por coordenar as ações dos núcleos motores da deglutição e a inibição da respiração. As lesões ou as doenças em qualquer local da cabeça e do pescoço podem levar a disfagia, uma dificuldade na deglutição, que pode ter importância clínica (FURKIM e MATTANA, 2004).

Frequentemente a disfagia reflete problemas envolvendo a cavidade oral, faringe, esôfago ou transição esofagogástrica. A 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 (SILVA, 2007).

Na avaliação das disfagias, deve-se identificar e interpretar as alterações na dinâmica da deglutição, caracterizar os sinais clínicos sugestivos de penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal, solicitar os exames objetivos quando necessário e definir a conduta, bem como no planejamento terapêutico (SORDI, MOURÃO, SILVA, e FLOSI, 2009).

A disfagia é um distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais. Pode ser decorrente de traumas de cabeça e pescoço, de doenças neuromusculares progressivas, de câncer de cabeça e pescoço, de demências, encefalopatias e de acidente vascular encefálico (PADOVANI, MORAES, MANGILI, e ANDRADE, 2007).

O acidente vascular encefálico (AVE) caracteriza-se como um déficit neurológico permanente ou transitório, decorrente da interrupção de suprimento sanguíneo com nutrientes, por obstrução ou rompimento dos vasos. É considerado a quinta causa de óbito nos países em desenvolvimento, sendo responsável por frequentes sequelas motoras, de fala, linguagem e deglutição (OLIVEIRA, 2003).

O diagnóstico e o tratamento da disfagia envolve os profissionais envolvidos com a atenção à saúde do paciente, já que a adequada avaliação da disfagia deveria ser responsabilidade de uma equipe interdisciplinar. O papel da equipe de enfermagem no cuidado de pacientes disfágicos é identificar, avaliar, controlar e impedir as complicações relacionadas à disfagia. Diante do exposto faz-se necessário o treinamento da equipe visando identificar inicialmente os sinais e sintomas da disfagia (WERNER, 2005).

## **Referencial teórico e Metodológico**

Neste estudo foi adotado como estratégias metodológicas, a revisão integrativa da literatura que permite a inclusão de estudos de diferentes delineamentos.

Para o alcance do objetivo proposto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. As perguntas que nortearam o estudo foi: “*Quais são as características da deglutição no AVE (Acidente Vascular Encefálico) e qual conteúdo a ser ministrado para a equipe.*”

### **Percurso Metodológico**

Para seleção dos artigos, houve um levantamento na literatura publicada nos idiomas Inglês e/ou Português, utilizando-se base de dados PubMed, LILACS, SciELO e MEDLINE. Os descritores utilizados foram os seguintes termos: fonoaudiologia, transtornos da deglutição, acidente vascular cerebral, equipe de assistência ao paciente.

Foram incluídos no estudo artigos publicados nos últimos dez anos (2003 e 2013) cuja amostra seja constituída por sujeitos adultos e/ou idosos acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico com alteração em todas as fases da deglutição e artigos que discorriam sobre a importância da equipe interdisciplinar ser treinada visando identificar os sinais de disfagia antes da avaliação do fonoaudiólogo.

O critério de exclusão foi artigos que utilizaram apenas exames de imagem para descrever as características da deglutição no AVE. (Apêndice A)

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva verificando as características comumente encontradas na fase oral e faríngea da deglutição.

Foram encontrados 11 artigos que se enquadravam nos critérios estabelecidos, sendo 06 do SciELO, 02 do LILACS, 01 do MEDLINE e 02 do PubMed. Em relação ao ano de publicação foram encontrados artigos dos anos de 2003 (01 artigo), 2004 (3 artigos), 2009 (1 artigo), 2010 (1 artigo), 2011 (1 artigo) e 2012 (4 artigos). Todos os periódicos abordavam a população de adultos e idosos com alteração de deglutição pós- acidente vascular encefálico e apenas dois descreviam essas alteração baseadas apenas na avaliação clínica, os demais artigos, 07, descreviam as alterações da deglutição por meio da avaliação clínica e instrumental. Os dois artigos encontrados que abordavam a educação continuada envolvia a importância do treinamento para todos profissionais da equipe interdisciplinar.

## Resultados

Visando tornar os resultados mais claros e objetivos dividimos os principais achados de cada período de acordo com o tema relacionado.

### 1) Incidência de Disfagia Orofaríngea Neurogênica no AVE

Para Schelp et al., 2004, estudos que abordaram os aspectos epidemiológicos e história natural da disfagia, associada a quadros vasculares encefálicos agudos, apontam para uma incidência em torno de 50% para distúrbios da deglutição. No estudo dentre os 102 pacientes avaliados clinicamente pela fonoaudiologia, 76,5% apresentaram disfagia no momento da avaliação.

Em Nunes et al., 2012 os autores destacam que a incidência de disfagia orofaríngea em pacientes acometidos com AVE podem variar de 20 à 90% dependendo da localização e extensão da lesão, o que determina também o quadro neurológico apresentado por cada paciente.

Xerez et al., 2004 em seu estudo identificou disfagia orofaríngea neurogênica em 28 (75,68%) dos 37 pacientes avaliados. Já em Baroni, Fábio e Datas, 2012, 63% dos pacientes avaliados apresentaram disfagia orofaríngea.

Em Remesso et al., 2011 a alteração da deglutição ocorreu em 19,6% da amostra estudada. Já em Suntrup et al., 2012, em um estudo utilizando a avaliação clínica associada à avaliação endoscópica da deglutição, o percentual de disfagia em pacientes com AVE isquêmico é de 80%.

### 2) Escala de gravidade da Disfagia Orofaríngea Neurogênica no AVE

Schelp et al., 2004 não utilizou uma escala de classificação específica, mas no levantamento realizado os autores citam que dos 102 pacientes avaliados clinicamente, 24 pacientes não apresentaram disfagia, 44 apresentaram sendo classificado como grau leve, 29 como grau moderado e 5 como grau grave.

Nunes et al., 2012 relata que na avaliação clínica funcional da deglutição predominou o nível 7 da Escala FOIS – Via Oral total sem restrições. Na Escala de Severidade: Penetração e Aspiração prevaleceu a pontuação 1 nos pacientes com lesão no córtex

cerebral e do tipo isquêmico, ou seja, a maioria não apresentou penetração laríngea e aspiração traqueal.

Na classificação de gravidade utilizada por Xerez et al., 2004, dos 37 pacientes avaliados, 11 (29,73%) apresentavam quadro leve de disfagia, dez (27,03%) apresentavam disfagia moderada, e sete (18,92%), disfagia grave. Em Baroni, Fábio e Datas, 2012 os estudos apontaram disfagia leve em 26 pacientes (19%), moderada em 51 (38%), e severa em 57 (43%). Ambos estudos não descreveram a escala utilizada.

Em Remesso et al., 2011 os achados da pesquisa relatam que dentre as disfagias orofaríngeas neurogênicas, 91,5% apresentava-se da forma leve e 8,5% com dificuldade grave comprometendo tanto a fase oral quanto faríngea da deglutição.

### 3) Principais achados das fases da deglutição na avaliação clínica e instrumental

Na avaliação clínica funcional da deglutição nos pacientes com AVE (Hemorrágico e Isquêmico) e Ataque Isquêmico Transitório realizado por Nunes et al., 2012, houve alterações em ambas as fases oral e faríngea. Nas variáveis estudadas como captação do bolo, vedamento labial, preparação do bolo, escape extraoral, resíduos em cavidade oral, reflexo de tosse e pigarro predominou a eficiência quando correlacionadas com todas as consistências alimentares e as localizações no córtex cerebral. Foi observado também diminuição de sensibilidade laríngea o que contribui para a aspiração traqueal, resíduos faríngeos (valéculas e recessos) com maior incidência na localização da lesão em córtex cerebral. O escape intraoral posterior predominou em todas as consistências alimentares com localização no córtex cerebral e subcortical. O AVE subcortical foi a única localização da lesão que apresentou penetração laríngea e aspiração traqueal silente em todas as consistências alimentares. Dessa forma, destaque-se a importância de uma avaliação instrumental da deglutição para esses casos.

Xerez et al., 2004 em seu estudo conseguiu detectar comprometimento da fase oral durante a avaliação clínica nos 37 indivíduos analisados. A avaliação clínica da fase faríngea permitiu a observação de alterações em 20 deles (54,05%). A avaliação clínica da fase faríngea de 26 pacientes permite supor que a dinâmica hióidea e laríngea estava alterada, debilitando a proteção das vias aéreas em 14 dos pacientes examinados, e que há sinais positivos de penetração/aspiração (voz molhada e ausculta

cervical típica de aspiração) em 11; não identificamos sinais premonitórios em 15 pacientes. A avaliação videofluoroscópica dos 14 pacientes com mobilidade hio-laríngea considerada clinicamente alterada deixou ver que sete (50%) tiveram penetração das vias aéreas pelo contraste líquido. Dos 12 que não tinham alterações da dinâmica hio-laríngea, três aspiraram. No que se refere aos outros sinais premonitórios de aspiração, dos 11 que apresentavam estes sinais, cinco apresentaram aspiração e seis mostraram proteção adequada das vias aéreas. Dos 15 que não tinham sinais clínicos de aspiração, cinco deixaram ver penetração/aspiração durante o exame videofluoroscópico.

Baroni, Fábio e Datas, 2012 utilizaram apenas a avaliação clínica da deglutição e seus achados nos apontam alterações de expressão oral e de compreensão, alterações na mobilidade e sensibilidade dos órgãos fonoarticulatórios.

Silva, Dantas e Fábio, 2010 descrevem os achados da avaliação clínica como sendo e alteração da sensibilidade intra-oral (13%) e apenas um indivíduo apresentou alterações de mobilidade, sensibilidade e reflexos. 96% dos pacientes do estudo apresentaram captação do bolo e vedação labial eficiente, durante a deglutição de líquido e pastoso. Com relação ao preparo do bolo, 73% apresentaram preparo eficiente e 27% ineficiente na avaliação com líquido. Na avaliação com pastoso, 58% apresentaram um preparo eficiente contra 42% com preparo ineficiente. Na fase faríngea, durante a deglutição de líquido 3 pacientes (12%) apresentaram sinais clínicos de aspiração. Na deglutição de pastoso, quatro pacientes (15%) tiveram sinais clínicos de aspiração. Um indivíduo (7%) apresentou alteração de elevação de laringe e sinais clínicos de aspiração em ambas consistências e alteração no preparo do bolo oral com pastoso.

Alterações de sensibilidade da cavidade oral, motricidade de língua e bochechas foram apontados no estudo de Remesso et al., 2011, como alterações da fase oral. Ramsey et al., 2003, relatam que disfagia é comum após acidente vascular cerebral sendo um marcador de mau prognóstico. A avaliação clínica é simples, mas segura para detecção das alterações de fase oral. Suntrup et al., 2012 utilizando a avaliação endoscópica da deglutição descreve que os principais achados foram comprometimento do controle motor oral, penetração ou aspiração de líquidos, estase em valécula e em seio piriforme.

Medin et al., 2010 relata em seu estudo com pacientes com AVE há 3 meses que as dificuldades alimentares tendem a regredir com o tempo, mas que alterações da fase oral ainda podem ser encontradas.

#### 4) Papel da equipe interdisciplinar frente ao paciente pós-AVE

GUEDES et al., 2009 afirma que a equipe que deveria participar do atendimento ao paciente disfágico seria o otorrinolaringologista, o fonoaudiólogo, o nutricionista, a equipe de enfermagem, o gastroenterologista e o pneumologista, devido à alta complexidade no atendimento desses pacientes. As avaliações de enfermagem fornecem a base para a seleção das suas intervenções a fim de atingir resultados satisfatórios, além de fornecerem dados que, muitas vezes, não são colhidos durante o exame médico ou mesmo fonoaudiológico, já que são os funcionários de enfermagem que estão o tempo todo com o paciente durante as medicações, ministração da dieta e cuidados gerais. Verificou-se que os grupos pesquisados consideram a perda de peso, tosse ou engasgo ao engolir, além da pneumonia aspirativa, itens importantes na avaliação da deglutição. Diante desses achados os enfermeiros comunicam diretamente ao médico responsável o fato observado. Já os auxiliares e técnicos de enfermagem fazem essa comunicação ao enfermeiro. Esse procedimento demonstra a organização hierárquica existente na qual o médico é o profissional responsável pelo paciente.

Em NEVE et al., 2004 os profissionais descritos no estudos que fazem parte da assistência ao paciente pós-AVE são: médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social. O presente estudo relata a importância e função de cada uma juntamente com a demanda específica de conhecimento. Todas as categorias profissionais executam treinamentos de acordo com o levantamento das lacunas de conhecimento a serem preenchidas. Os fonoaudiólogos ministram acerca da deglutição e da comunicação. Os diferentes profissionais relataram sobre a importância em receber orientações, quanto à assistência ao paciente com AVE mostrando a preocupação destes, com o aperfeiçoamento do atendimento nesta área. Pode-se inferir que a medida que o profissional obtém esclarecimentos sobre outras áreas de atuação nos cuidados de pacientes com AVC, há ampliação do seu conhecimento em relação às diversas necessidades deste tipo de paciente, o que propicia aprimoramento para sua atuação profissional específica.



## 5) Avaliação Clínica Fonoaudiológica X Avaliação Instrumental

Em Schelp et al., 2004 a avaliação clínica fonoaudiológica da deglutição foi realizada com consistências e volumes (de 3 à 10 mL) variados, incluindo pastosa fina, líquida e sólida onde foi apontada uma incidência de 76,5% de disfagia. A avaliação videofluoroscópica elevou esse índice para 91% demonstrando maior sensibilidade desse exame permitindo detectar tanto formas leves de disfagia, como alterações de fase faríngea dificilmente visualizadas na avaliação clínica.

A avaliação clínica e instrumental da deglutição utilizada em Nunes et al., 2012 foi baseada na Escala Funcional de Alimentação – Functional Oral Intake Scale (FOIS®) utilizando sequências de três deglutições - gole livre, 5ml e 10ml - de cada consistência alimentar (líquida, néctar, mel e pudim). Para a consistência sólida foram oferecidas mordidas livres de bolacha água e sal. Observou-se que na avaliação clínica funcional da deglutição alguns pacientes apresentaram aspiração silente e o fonoaudiólogo avaliador apenas encontrou esse achado na avaliação instrumental da deglutição, dessa forma, destaque-se a importância de uma avaliação instrumental da deglutição para os paciente acometidos pelo AVE.

Xerez et al., 2004 conclui que não é seguro prever a presença de penetração/aspiração de líquidos somente na avaliação clínica. É possível estabelecer correlação entre os parâmetros clínicos relacionados à fase oral da deglutição e a presença de penetração/aspiração de líquidos na videofluoroscopia.

Silva, Dantas e Fábio, 2010 relatam a importância da associação entre a avaliação clínica e instrumental da deglutição de pacientes pós-AVE tem permitido um correto diagnóstico e eficácia no processo de reabilitação. O método cintilográfico se mostra como um importante instrumento de pesquisa para quantificar o resíduo, o tempo de trânsito e depuração em cada fase da deglutição, estabelecendo-se parâmetros para outros estudos.

Ramsey et al.,2003 descreve a videofluoroscopia sendo um importante instrumento que fornece informações anatômicas e funcionais, e permite ensaio de técnicas terapêuticas, o que não é possível na avaliação clínica.

## 6) Atuação fonoaudiológica no paciente pós AVE

Em Schelp et al.,2004 os autores descrevem que o fonoaudiólogo deve fazer parte da equipe multidisciplinar que atua no diagnóstico e recuperação dos pacientes com AVE tanto na fase aguda como nas fases mais tardias. No levantamento realizado naquela instituição o tempo mediano referente à avaliação da deglutição foi de 6 dias, para tanto o paciente deveria atender a ordens simples, quadro clínico estável, permitindo avaliação da deglutição.

Nunes et al.,2012 relata a importância do 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 paciente. Os pacientes foram avaliados entre 24 e 48 horas do diagnóstico de AVE e responsivos para realizar o exame com Escala Glasgow maior ou igual à 12 e estáveis clinicamente.

Xerez et al., 2004 recomenda que todos os pacientes vítimas de AVE devem ter a função de deglutição formalmente avaliada pelo fonoaudiólogo, mesmo sem referir queixas de disfagia, antes de se iniciar a alimentação por via oral pelo alto risco de penetração e/ou aspiração laringotraqueal.

Silva, Dantas e Fábio, 2010 declaram que a avaliação clínica fonoaudiológica é de extrema importância nos casos de AVE como forma de identificar as alterações de deglutição e, assim, prevenir complicações como a pneumonia aspirativa, evitando-se a morbi-mortalidade associada a aspiração. Esta avaliação deve seguir metas específicas para que o examinador possa estabelecer a causa da disfagia, a capacidade de proteção das vias aéreas, as condições de alimentação por via oral, o estado cognitivo e o perfil clínico do paciente, precedendo qualquer avaliação instrumental.

### **Considerações Finais**

Baseado no levantamento da literatura realizado conclui-se que a disfagia está presente na maioria dos pacientes acometidos pelo AVE. Há acometimento em todas fases da deglutição porém o método escolhido para avaliação determinará a sensibilidade dos achados. A avaliação clínica é determinante na identificação do paciente disfágico, porém muitas vezes apenas na avaliação por imagem é que consegue identificar umas aspiração silente.

O conhecimento sobre os sinais e sintomas da disfagia da equipe interdisciplinar é crucial para identificação precoce da necessidade de avaliação fonoaudiológica prevenindo possíveis complicações associadas à disfagia.

Não encontramos um método de abordagem da equipe em específico, mas acreditamos que primeiro se deve verificar quais as dúvidas dos profissionais envolvidos e o que eles apresentam interesse em aprender para se montar uma equipe de educação continuada que tenha atuação efetiva nas instituições com enfoque no papel da equipe de enfermagem.

As instituições devem reconhecer o importante papel da educação continuada e fornecer todos os subsídios necessários para que ela reúna e treine a equipe. Por meio dela as atualizações das diretrizes chegarão mais rápidos aos profissionais possibilitando novas propedêuticas antes desconhecidas.

**Apêndice A:**

**Instrumento de Coleta**

Referência do artigo:

---

---

---

Fonte: \_\_\_\_\_

Ano de publicação: \_\_\_\_\_

Sujeitos da amostra: ( ) criança ( ) adulto ( ) idoso

Descrição baseada em: ( ) Avaliação Clínica ( ) Exame de imagem

Fases da deglutição citadas:

---

---

### **Referências Bibliográficas:**

- BARONI, A. F. F. B.; FÁBIO, S. R.C.; DANTAS, R. O. **Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients.** Arq Gastroenterol v. 49 – no.2 – abr./jun. 2012.
- CARDOSO, M.C.A.F. **Disfagia orofaríngea de causa neurogênica: verificação do índice de saturação de O2 na avaliação clínica fonoaudiológica.** 1 ed. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2004.
- FURKIM, A.M.; MATTANA, A.V. **Fisiologia da Deglutição Orofaríngea.** In: FERREIRA, L.P.; BEFF-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.; FURKIM, A.M.; BIANCHINI, E.; PUPO, A.; CHIARI, B.; RAMOS, S.: (Org.). Tratado de Fonoaudiologia. 1 ed. São Paulo: Rocca; 2004. p. 212-218.
- GUEDES, L. U. et al. **Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte.** Rev Soc Bras Fonoaudiol. 14(3):372-80. 2009.
- MARCHESAN, I.Q. **Deglutição – Normalidade.** In: Furkim AM, Santini CRQS. Disfagias orofaríngeas. 2ª Ed. Barueri: Pró-Fono; 2008. p. 3- 18.
- MEDIN, J. et al. **Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase.** J Adv Nurs;68(3):580-9, 2012.
- NEVES, P. P. et al. **Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada.** Revista Neurociências. v: 12, nº 4, 2004.
- NUNES, M. C. de A. et al. **Correlation between brain injury and dysphagia in adult patients with stroke.** Int. Arch. Otorhinolaryngol.16(3):313-321.2012.
- OLIVEIRA, R.M. **Afeções neurológicas do sistema nervoso central.** In: LEVY, J. A.; OLIVEIRA, A. S.B. Reabilitações em Doenças Neurológicas. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 3.
- PADOVANI, A.R.; MORAES, D.P.; MANGILI, L.D.; ANDRADE, C.R.F. **Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD).** Rev Soc Bras Fonoaudiol. São Paulo, v. 12, n. 3, p. 199-205, set. 2007.

SCHELP, A. O.; COLA, P. C.; GATTO, A. R.; SILVA, R. G.; CARVALHO, L. R. **Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência.** Arq Neuropsiquiatr. São Paulo, 62(2-B):503-506.2004.

SILVA, A.C.V.; DANTAS, R.O.; FÁBIO, S.R.C. **Avaliação fonolológica e cintilográfica da deglutição de pacientes pós acidente vascular encefálico.** Pró-Fono Revista de Atualização Científica. jul-set;22(3):317-24. 2010.

SILVA, R.G. **A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea.** Pró- Fono. Barueri, v. 19, n. 1, p. 123-30, jan/abr.2007

SORDI, M.; MOURÃO, L.F.; SILVA, A.A.; FLOSI, L.C.L. **Importância da interdisciplinaridade na avaliação das disfagias: avaliação clínica e videofluoroscópica da Deglutição.** Braz J Otorhinolaryngol. Campinas, v. 75, n. 6, p 776-87, nov/dec. 2009.

SUNTRUP,S.etal.**Dysphagia in patients with acute striato capsular hemorrhage.**JNeurol;259(1):93-9. 2012.

RAMSEY, D.J.**Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients.** Stroke. May;34(5):1252-7. 2003.

REMESSO, G. C.; et al. **Swallowing disorders after ischemic stroke.** Arq Neuropsiquiatr; 69(5):785-789. 2011.

WERNER, H. **The benefits of the dysphagia clinical nurse specialist role.** J Neurosci Nurs. 37(4):212-5. 2005.

XEREZ, D. R.; CARVALHO, Y. S. V.; COSTA, M. M. B. **Estudo Clínico e Videofluoroscópico da disfagia na fase subaguda do AVE.** Radiol. Bras; 37 (1): 9-14, jan-fev. 2004.