

Avaliação multidisciplinar para adequação da dieta em pacientes com sinais de disfagia em um hospital referência em infectologia no Amazonas

Multidisciplinary assessment for diet adequacy in patients with signs of dysphagia in a reference hospital in infectology in Amazonas

DOI:10.34119/bjhrv3n6-376

Recebimento dos originais: 10/12/2020

Aceitação para publicação: 04/01/2021

Cristina de Souza Rodrigues

Fonoaudióloga, mestranda em doenças tropicais e infecciosas no programa de pós graduação em medicina tropical (PPGMT) pela Universidade Estadual do Amazonas-UEA, Manaus-Am
E-mail: fgacristinarodrigues@gmail.com

Thayna de Moura Lira

Graduanda do curso de Nutrição do Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS Av. Prof. Nilton Lins, 3259 – Flores, CEP: 69058-030 – Manaus, AM, Brasil
E-mail: lirathayna101@gmail.com

Arimatéia Portela de Azevedo

Enfermeiro Mestre - Professor do curso de enfermagem na Universidade Nilton Lins, Coordenador da Comissão de Curativos na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado Av. Pedro Teixeira, s/n - Dom Pedro, Manaus - AM, CEP: 69040-000
E-mail: arimateia@fmt.am.gov.br

Deisi Laís Müller

Graduanda do curso de Nutrição da Universidade Estácio de Sá – UNESA Rua Eduardo Luiz Gomes, 134 - Morro do Estado, CEP: 24020-340 – Niterói, RJ, Brasil
E-mail: dradeisilais@gmail.com

Veronica Cristina Siqueira

Fonoaudióloga, especialista em disfagia, preceptora da pratica em fonoaudiologia hospitalar pela Universidade Fametro. Av: Constantino Nery, 3000-Chapada, Manaus-Am, Brasil
E-mail: vera.fono10@gmail.com

Raynara Karen de Sousa Silva

Especialista graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS: Av. Prof. Nilton Lins, 3259 – Flores. CEP 69058-030 – Manaus, AM – Brasil
E-mail: raynarakaren014@gmail.com

RESUMO

Introdução: A disfagia consiste na dificuldade da deglutição por perda na progressão ordenada do alimento da boca para o estômago. Trata-se do sintoma de uma doença em curso. Objetivo: Descrever as alterações da deglutição reconhecida após a aplicação do Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia – PARD em pacientes internados nas enfermarias da FMT/HVD. Metodologia: Estudo do tipo prospectivo, observacional, descritivo, de corte transversal.

Resultado: Foram avaliados 30 pacientes, destes, 85% eram do gênero masculino e do total 40% apresentaram algum tipo de alteração na deglutição tendo que haver adequação nutricional imediata e acompanhamento fonoaudiológico. Conclusão: Se mostra cada vez mais importante a atuação da equipe multidisciplinar, a intervenção de cada profissional através da análise da classificação da deglutição, investigação dos sinais de disfagia e a visualização dos resultados e da intervenção necessária.

Palavras-chave: Disfagia, Imunossuprimido, Equipe Multidisciplinar, Dietética.

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is the difficulty in swallowing due to loss in the orderly progression of food from the mouth to the stomach. It is the symptom of an ongoing illness. Objective: To describe the changes in swallowing recognized after the application of the Dysphagia Risk Assessment Protocol - PARD in patients admitted to the FMT / HVD wards. Methodology: Prospective, observational, descriptive, cross-sectional study. Result: Thirty patients were evaluated, of which 85% were male and 40% of the total presented some type of change in swallowing, with immediate nutritional adequacy and speech-language monitoring. Conclusion: The performance of the multidisciplinary team is increasingly important, the intervention of each professional through the analysis of the swallowing classification, investigation of the signs of dysphagia and the visualization of the results and the necessary intervention.

Keywords: Dysphagia, Immunosuppressed, Multidisciplinary Team, Dietetics.

1 INTRODUÇÃO

A definição de disfagia é vista como uma condição que resulta da interrupção no prazer de se alimentar ou em manter uma hidratação e nutrição adequada, que também implica na mudança de hábitos e consequente declínio da qualidade de vida¹

A disfagia é definida como a incapacidade em transferir efetivamente alimentos ou líquidos da boca para o estômago. Como descrito na literatura, embora a disfagia não seja uma doença, e sim um sintoma de uma doença ou a consequência de uma intervenção cirúrgica, ela pode levar a graves complicações, como desidratação, desnutrição, aspiração de alimentos e, até mesmo, à morte²

A disfagia se caracteriza por um transtorno de deglutição que pode acometer qualquer parte do trato digestório, desde a boca até o estômago, decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais gerando graves complicações, como desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa, podendo levar à morte. Essa alteração pode ocorrer em qualquer uma das fases da deglutição, oral, faríngea e esofágica, frente aos quadros clínicos diferenciados³

A disfagia pode ser definida como a dificuldade em deglutir o alimento no trajeto da cavidade oral até o estômago, condição esta que pode se associar a sintomas como regurgitação, aspiração traqueobrônquica, dor retroesternal independente de esforço físico (relacionada ou não

à alimentação), pirose, rouquidão, soluço e odinofagia. Apesar de ocorrer em qualquer idade, faixa etária idosa e doenças neurodegenerativas e/ou de cabeça/pescoço são fatores relacionados à sua maior prevalência⁴

A deglutição é uma atividade complexa de ações voluntárias e involuntárias coordenadas, envolvendo estruturas neuromusculares da região orofaringolaríngea e do esôfago, que visa manter o estado nutricional e as vias aéreas protegidas. Qualquer alteração que ocorra nesse processo é denominada disfagia. A disfagia está associada ao aumento da morbimortalidade, podendo ocasionar diversas complicações clínicas, como a desidratação, desnutrição e pneumonia aspirativa⁵

A deglutição é um processo fisiológico, dinâmico e complexo, composto por ações de atos reflexos, automáticos e modificáveis através dos estímulos sensoriais e motores (volume e consistência de como o bolo alimentar se apresenta). Nela estão envolvidas diversas funções, estruturas e diferentes níveis do sistema nervoso central, com o objetivo de proporcionar uma correta e eficaz execução da passagem do bolo alimentar da boca ao estômago⁶

Ressalta-se que uma deglutição segura e eficaz depende da interação entre diferentes funções, como paladar, sensibilidades tátil e proprioceptiva, tônus e força muscular, e da integridade de vários sistemas neuronais, como as vias aferentes, os módulos de integração dos estímulos no sistema nervoso central e as vias eferentes⁷

O ato de deglutir é visto por muitos como simples, por se tratar de um ato muitas vezes involuntário e cotidiano. No entanto, é um processo complexo que envolve diversas estruturas que se correlacionam e estão conectadas a um mecanismo neuronal. Utiliza espaço comum à respiração e tem como objetivo transportar material da cavidade oral para o estômago, sem que haja penetração em vias aéreas, envolvendo diversas estruturas da boca, faringe, laringe e esôfago⁸

A presença de disfagia se associa a comprometimento da ingestão alimentar com risco de desnutrição durante o período de internação hospitalar, bem como a complicações pulmonares, especialmente pneumonia por aspiração. Além disso, tem impacto potencial sobre aspectos emocionais da alimentação, já que pode levar a retração e isolamento do paciente, comprometendo sua qualidade de vida⁹

A avaliação da deglutição é importante para compreender a forma como o bolo alimentar está sendo transportado da boca até o estômago, e também para auxiliar no raciocínio clínico e terapêutico. Esta avaliação pode ser dividida em duas etapas, clínica e instrumental. A avaliação clínica é composta por anamnese, exame estrutural e funcional das estruturas da fala e deglutição, e também observação de sinais clínicos durante a alimentação⁸

A avaliação da disfagia envolve avaliação clínica e fonoaudiológica, assim como exames complementares, como a videofluoroscopia da deglutição (VFD) e a videoendoscopia da deglutição (VED), que servem para auxiliar o diagnóstico dos distúrbios de deglutição, dentre eles, a aspiração¹⁰

O diagnóstico da disfagia pode ser feito através da avaliação clínica e da avaliação instrumental, como a videofluoroscopia da deglutição e a nasolaringofibrosopia funcional da deglutição. O objetivo da reabilitação de pessoas com disfagia é viabilizar a ingestão oral eficiente e segura, contribuindo assim para a estabilização do estado nutricional e para a eliminação dos riscos de complicações clínicas decorrentes da aspiração laringotraqueal¹¹

Os resultados dependem de variáveis como nível de consciência, condições cognitivas, idade do paciente, eventualidade de intercorrências clínicas, uso de traqueostomia e ventilação mecânica¹¹

A videofluoroscopia é um método que possibilita a análise objetiva da biomecânica da deglutição, sendo considerado o exame padrão-ouro no estudo da disfagia. No entanto, é um procedimento de alto custo que não se encontra disponível em grande parte dos serviços hospitalares brasileiros⁹

Todo o processo de deglutição, desde a captação, preparo do bolo e ejeção podem ser analisados durante o exame. O trânsito oral, a competência palatal, a proteção de vias aéreas e a competência esfínctérica esofágica podem ser vistos e revistos. Atualmente, a videofluoroscopia é considerada o melhor exame instrumental para avaliar as disfagias⁸

A disfagia apresenta íntima relação com a traqueostomia, não só porque esse procedimento é indicado para pacientes com problemas de deglutição e aspiração traqueal, mas também porque a própria traqueostomia pode ocasionar a aspiração, pois interfere diretamente na fase faríngea da deglutição¹¹

Os danos pulmonares ocasionados por aspiração de saliva ou alimento podem ser, muitas vezes, decorrentes da disfagia. A disfagia pode ser de origem neurogênica, mecânica ou psicogênica e manifesta-se por meio de uma série de sinais e sintomas, como tosse, engasgo e globus faríngeo, sendo um importante fator de risco para a desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa¹⁰

Para que haja uma deglutição segura, faz-se necessário que as estruturas envolvidas estejam íntegras, que aconteça uma correta sincronia entre as suas fases, que não ocorram estases, presença do alimento na cavidade oral e/ou faríngea, e que haja um correto fechamento glótico

para proteção das vias aéreas, impedindo que ocorra escape do alimento para o trato respiratório inferior¹²

A desnutrição também pode ter sua frequência aumentada em disfágicos, uma vez que modificações na consistência dos alimentos e a própria dificuldade de ingestão podem causar inadequações dietéticas. Estima-se que de 25 a 54% dos pacientes hospitalizados apresentem algum grau de desnutrição, e aqueles com disfagia apresentam maior risco de déficit nutricionais ou já se encontram desnutridos⁴

Sabe-se que a disfagia consiste em um sintoma que pode ocorrer em qualquer momento da vida. Dentre suas principais sintomatologias, é possível encontrar presença de escape nasal, tosse, engasgos, pigarro, deglutições múltiplas, escape oral anterior, aumento do trânsito oral, alterações na mobilidade e elevação laríngea, ausculta cervical ruidosa, qualidade vocal alterada, resíduos de alimento em cavidade oral, cianose, desnutrição e desidratação⁶

Com relação à gravidade dos sintomas, a disfagia é classificada, segundo o Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD), em deglutição funcional; disfagia orofaríngea leve; disfagia orofaríngea leve a moderada; disfagia orofaríngea moderada; disfagia orofaríngea moderada a grave e disfagia orofaríngea grave⁶

Os sintomas ou sinais mais frequentes nos casos de disfagia são a tosse, pigarro, regurgitação nasal, emagrecimento, resíduos na cavidade oral e voz molhada¹

Quando presentes e associados, os sinais e sintomas da disfagia podem provocar um aumento de complicações e infecções no estado geral do paciente, como problemas pulmonares, quadros de desidratação e desnutrição, fazendo com que o indivíduo apresente recorrentes quadros de internações prolongadas. Estas, quando não tratadas, podem contribuir para a perda da independência e da autonomia alimentar do paciente, em decorrência dos riscos resultantes da alteração funcional, além de, por muitas vezes, levar o indivíduo ao óbito⁶

Tendo em vista que alterações no sistema nervoso podem levar à disfagia, é importante conhecer a fisiopatologia de cada doença e conhecer a origem sensorial e motora dos sinais e sintomas da alteração na deglutição¹³

O estado nutricional também é importante aspecto a ser avaliado no ambiente hospitalar. São conhecidos os impactos significativos que a desnutrição exerce, como aumento do risco de infecções, complicações, tempo de hospitalização, custos hospitalares e mortalidade, além de redução da função imunológica⁴

O diagnóstico nutricional pode ser determinado por métodos subjetivos, como a avaliação global subjetiva (AGS), ou ainda pela avaliação de medidas antropométricas objetivas,

principalmente o índice de massa corporal (IMC). Já a aferição de perímetros corporais, como o perímetro da panturrilha (PP) e do braço (PB), fornece informações adicionais sobre a preservação de tecidos, principalmente da massa muscular⁴

O envelhecimento populacional, o aumento da expectativa de vida, a violência urbana e o aumento das doenças crônicas têm motivado a ampliação de estudos sobre a disfagia. Além dos fonoaudiólogos, muitas profissões estão envolvidas na equipe de reabilitação da disfagia, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, cirurgiões-dentistas e assistentes sociais¹⁴

No ambiente hospitalar, a prevalência de disfagia pode variar entre 20% e 60%, dependendo da distribuição das causas de internação, comorbidades associadas e características da população atendida. Em pacientes hospitalizados, a rápida identificação dos disfágicos está relacionada à redução do risco de pneumonia, menor tempo de permanência hospitalar e melhor relação custo-eficácia, resultante da diminuição dos dias de internação¹⁴

Torna-se necessária a presença de uma equipe interdisciplinar que tenha conhecimento dessas alterações e que seja capacitada para o tratamento adequado dessas condições, prevenindo as repercussões nutricionais e da saúde desses indivíduos¹⁵

O fonoaudiólogo é o profissional habilitado para avaliar, definir e/ou alterar as condutas terapêuticas na disfagia, sendo responsável por permitir ao paciente a capacidade de se alimentar de acordo com sua condição, devendo atuar em parceria com o nutricionista, que é o profissional responsável por assegurar a oferta adequada de energia e nutrientes com o objetivo de recuperar e/ou manter o estado nutricional a partir de dieta adaptada às condições e necessidades do paciente, prevenindo a ocorrência de aspiração e considerando o aporte adequado de líquidos para evitar a desidratação¹⁶

O fonoaudiólogo, em sua avaliação, deve estar atento a todos os músculos e funções orofaciais. Não deixando de orientar também quanto à postura e ao posicionamento do paciente durante a avaliação¹⁵

A modificação da consistência alimentar é uma estratégia comumente empregada no tratamento dos distúrbios da deglutição. Sabe-se que alimentos líquidos como a água, por exemplo, por fluírem rapidamente, podem ocasionar escape prematuro para faringe em pacientes disfágicos, comprometendo a segurança da deglutição. Por outro lado, alimentos líquidos viscosos e alimentos sólidos requerem maior força de propulsão da língua. Caso a força na língua ou nos músculos faríngeos não seja suficiente, existe o risco de permanência de resíduos de alimento em recessos faríngeos após a deglutição¹⁷

A disfagia exige modificação da dieta, suplementação nutricional e espessamento de líquidos, dentre outras manobras. É justamente o espessamento de preparações que implica em um importante papel para melhorar a adequação do estado nutricional das pessoas acometidas¹⁸

A viscosidade do alimento é uma das variáveis mais importantes na deglutição. Os líquidos ralos dificultam a deglutição de pacientes que apresentam controle laríngeo reduzido¹⁸

Promover a nutrição adequada e a viscosidade ideal na disfagia é uma dificuldade que necessita ser superada, uma vez que a alimentação desses indivíduos pode ser facilitada se os alimentos tiverem a textura modificada para “pudim” e principalmente se os líquidos forem espessados. No entanto, essas mudanças frequentemente resultam em alimentos que são menos atraentes sensorialmente, constituindo um grande desafio¹⁸

Considerando a importância da adequação da consistência dos alimentos oferecidos aos pacientes atendidos nos hospitais, sobretudo àqueles que apresentam dificuldade para a execução correta da deglutição, é preciso que haja uma comunicação harmônica entre os profissionais responsáveis pela liberação da dieta adequada ao paciente, especialmente entre o fonoaudiólogo e o nutricionista¹⁷

Doenças que afetam tecidos ou vias essenciais ao controle neural da deglutição podem provocar disfagia neurogênica. Quando progressivas, tais doenças, geralmente, são chamadas de neurodegenerativas e caracterizam-se pela perda de populações específicas de neurônios¹³

A restrição de deglutição vivenciada por indivíduos com disfagia é devido a diversas alterações nas estruturas responsáveis pelo processo de alimentação seja por alterações neurológicas ou cirúrgicas. A disfagia pode trazer limitações funcionais e complicações importantes, como aspiração traqueal do alimento nas vias aéreas inferiores, pneumonia e desnutrição, interferindo na qualidade de vida em vários aspectos: emocionais físicos e sociais¹

Estudos anteriores apontam que pacientes críticos, que também apresentam diagnóstico de disfagia, têm 73,9% de probabilidade de permanecerem hospitalizados por mais de sete dias. Portanto, a disfagia tem um impacto significativo no tempo de permanência hospitalar, sendo este dado um indicador de mau prognóstico²

As dificuldades podem se desenvolver ou piorar na fase adulta e são sugeridas mudanças na alimentação e deglutição e que adultos, por exemplo, o uso de sonda para dar apoio à alimentação. É necessário que cuidadores e profissionais estejam atentos monitorando os primeiros sintomas de dificuldades alimentares. As alterações digestórias altas podem desencadear déficit nutricional e problemas na curva de crescimento, maior número de hospitalizações e necessidade de gastrostomia¹⁵

Essa dificuldade pode ser causada por fatores comportamentais, sensoriais, por ações motoras que antecedem o preparo da deglutição, pela consciência cognitiva relacionada ao reconhecimento do ato de se alimentar, do aspecto visual dos alimentos e das respostas fisiológicas desencadeadas pelo cheiro e pela presença da comida¹⁶

A disfagia pode acometer no mínimo 50% dos pacientes vítimas de acidente vascular encefálico (AVE), dos tipos hemorrágico e isquêmico; 60% dos indivíduos com traumatismo crânio-encefálico grave e aproximadamente 30% daqueles com esclerose lateral amiotrófica no momento do diagnóstico e todos durante a progressão da doença; em 52% a 82% dos pacientes com Parkinson, sendo a disfagia o principal fator de risco para pneumonia aspirativa, representando uma causa frequente de morte nesta população e em 57% a 84% naqueles com doença de Alzheimer¹⁶

Tendo em vista que alterações no sistema nervoso podem levar à disfagia, é importante conhecer a fisiopatologia de cada doença e conhecer a origem sensorial e motora dos sinais e sintomas da alteração na deglutição. O conhecimento destes aspectos auxiliará na definição da conduta fonoaudiológica apropriada para favorecer a segurança e a qualidade de vida do paciente¹³

Portanto, o objetivo geral deste estudo foi descrever as alterações da deglutição reconhecida após a aplicação do Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia – PARD em pacientes internados.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi do tipo prospectivo, observacional, descritivo, de corte transversal e foi realizado com pacientes internados na enfermaria de clínica médica para pacientes do gênero masculino, para averiguação da presença de qualquer alteração de deglutição reconhecida após a aplicação do Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia (dificuldade de deglutição) – PARD, para averiguar se esses pacientes apresentam Disfagia nas fases oral ou faríngea da deglutição para posterior correção.

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação do teste em todos os pacientes da enfermaria. O processo de coleta de dados (abordagem do paciente para aplicação do PARD) se deu na presença de um médico, um enfermeiro, uma fonoaudióloga e uma acadêmica de nutrição.

O processo foi dividido em duas etapas sequências, a saber:

- a) A da deglutição da água,
- b) E da deglutição de alimentos pastosos.

O profissional fonoaudiólogo ou nutricionista utilizou uma colher de sopa descartável para oferta das consistências que previamente foram medidas por uma seringa, conforme preconiza o protocolo (10 ml). O paciente estava em posição ortostática (em pé), sentado ou deitado com a cabeça elevada a quarenta e cinco graus para evitar qualquer risco de broncoaspiração.

Foi averiguada a funcionalidade da deglutição seguindo um escore de classificação do PARD (em anexo) para estabelecer condutas para facilitar a alimentação segura conforme protocolos já estabelecidos pelo MS e testados em outros estudos¹⁹

Vale ressaltar que nas duas etapas da pesquisa (avaliação de água e na oferta de dieta pastosa) foi utilizado um oxímetro digital de dedo para verificar os sinais vitais (Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR) e Saturação de oxigênio SPO₂). Pacientes com alterações de algum sinal vital ou instabilidade de nível de consciência não realizaram os testes.

Nestes testes foi observado escape oral anterior (quando o alimento escorre pelos lábios por insuficiência de vedamento labial), tempo de trânsito oral (se está adequado ou lentificado), refluxo nasal, número de deglutições, elevação laríngea, ausculta cervical, saturação de oxigênio (durante a deglutição), qualidade vocal (voz sugestiva de penetração ou aspiração laríngea-voz molhada), tosse, pequenos engasgos, resíduo na cavidade oral (na oferta de alimentos de consistências pastosas) e outros sinais (cianose, broncoespasmos e alterações nos sinais vitais).

Ao identificar alguma alteração relacionada a disfagia em alguma consistência (líquida, sólida e pastosa) foi estabelecida condutas fonoaudiológicas, nutricionais ou psicológica, caso necessárias, para facilitar a alimentação segura.

Ao ser identificada alguma alteração relacionada à disfagia, era avaliada a consistência (líquida, sólida e pastosa) utilizada através de protocolos da fonoaudiologia, nutricional e psicológicos, de modo a facilitar a administração da alimentação para que as aplicações dos testes fossem seguras aos pacientes/participantes.

Durante a abordagem para coleta de dados na aplicação do protocolo foi utilizado Equipamentos de Proteção individual - EPI's (luvas, gorro, capote, óculos, máscara comum ou N95 para pacientes em isolamento).

Para não haver risco de bronco aspiração, a oferta de alimento foi realizada de forma cuidadosa e lentamente pela acadêmica Thayna De Moura Lira e a acadêmica em nutrição voluntária (Deise Muller), na presença da profissional fonoaudióloga (Dra Cristina), um profissional enfermeiro (Arimatéia Portela). Cuidados como: tipo de alimento e cabeça levantada a 45 graus será rigorosamente observado pelos pesquisadores antes da oferta de alimento.

Fizeram parte da pesquisa todo paciente contactuante (em estado de alerta), adulto, que aceite participar da pesquisa assinando TCLE, internado na enfermaria de clínica médica, do gênero masculino, sem via alternativa de alimentação (sonda nasogastrica), com idade de 18 a 59 anos. O idoso tem alteração na deglutição (presbifagia), por isso os indivíduos acima de 59 anos serão excluídos da pesquisa.

Não foram elegíveis para o estudo pacientes que não contactuam, menor de dezoito ou maior de 59 anos, em uso de ventilação mecânica, fazendo uso de sonda nasogastrica ou nasoenteral, com alterações dos sinais vitais, com rebaixamento de nível de consciência ou que se recuse participar da pesquisa.

A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP FMT/HVD), de acordo com a resolução 466/12 do Ministério da Saúde da CONEP. Após o levantamento dos dados obtidos, foi realizado levantamento estatístico e discussão de todo o material. A apresentação dos resultados foi feita de forma descritiva, quantitativa.

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário, terciário, referência em doenças infectocontagiosas no Amazonas.

A manipulação e preparo dos alimentos foi realizada por profissional da área e supervisionada por uma nutricionista.

Para não haver risco de bronco aspiração, a oferta de alimento foi realizada de forma cuidadosa e lentamente, na presença da profissional fonoaudióloga, um profissional enfermeiro e nutricionista. Cuidados como: tipo de alimento e cabeceira levantada a 45 graus foi rigorosamente observado pelos pesquisadores antes da oferta de alimento.

As informações adquiridas com esta pesquisa podem servir como subsídio científico para nortear a implementação de novas ações visando a melhoria dos pacientes internados, oferecendo intervenção especializadas, para facilitar altas hospitalares mais rápidas, liberação de via oral com segurança e qualidade de vida para os pacientes.

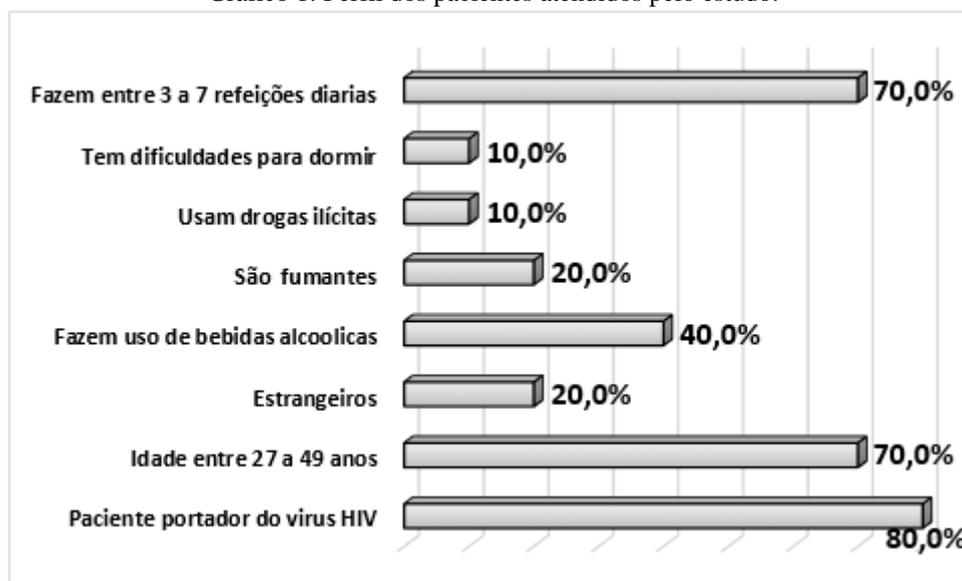
Foi realizada terapia especializada de acordo com as alterações encontradas em diferentes gravidades.

Quando a disfagia teve origem em fatores psicossomáticos, o paciente era acompanhado por uma psicóloga da área de internação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 30 pacientes, destes, 85% eram do gênero masculino e do total 40% apresentaram algum tipo de alteração na deglutição tendo que haver adequação nutricional imediata e acompanhamento fonoaudiológico.

Gráfico 1: Perfil dos pacientes atendidos pelo estudo.



Fonte: dados da pesquisa

Sabe-se que desde os primeiros relatos de sua descrição em 1981, a Aids provocou mais de 25 milhões de mortes no mundo todo, o que constitui indubitavelmente uma das mais avassaladoras epidemias de toda a história. O número total de portadores de HIV no mundo estava em mais de 34 milhões de pessoas ao final de 2012, quando aproximadamente 2,5 milhões de novos casos foram diagnosticados, com ocorrência de aproximadamente 1,7 milhões de mortes, um índice relativamente melhor quando comparado com o ano de 2005, em que se constataram cerca de três milhões de mortes devido à doença²⁰

Desde 1989 verifica-se que os casos de AIDS vêm apresentando diminuição entre os homens e aumentando entre as mulheres. Em 2011, último dado disponível, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres. Essa pode ser a característica do reflexo do comportamento sociosexual da população, associado a aspectos da vulnerabilidade biológica da mulher. Independente do sexo, a faixa etária mais habitual de notificação da Aids é de 25 a 49 anos, porém é importante lembrar que existem pessoas mais jovens e de mais idade contaminadas²¹

Atualmente, o índice de jovens brasileiros contaminados cresce muito. Calcula-se que cerca de 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e correm o risco de desenvolver a AIDS nos próximos 3 a 15 anos²²

Tabela 01: Demonstrativo das alterações orais relacionadas a disfagia evidenciadas durante o teste.

Variáveis	%
Que apresentaram a qualidade de voz alterada (molhada) durante o teste	9,0
Que apresentaram disfonia/afonia	15,0
Que tiveram o tempo de trânsito oral lento	12,0
Que continuaram com resíduos alimentar na cavidade oral	9,0
Que tiveram múltiplas tentativas de deglutição	12,0
Que tiveram elevação laríngea reduzida	12,0

Fonte: dados da pesquisa

A voz molhada é o principal sinal clínico de broncoaspiração dos pacientes que apresentaram risco para disfagia orofaríngea na população²³

Tempo de trânsito oral – é definido como o tempo entre a captação completa do bolo até o início da elevação do complexo hiolaríngeo, determinada pelo disparo do reflexo de deglutição. Elevação laríngea – é o termo utilizado para determinar a capacidade de excursão laríngea anterior e superior durante a deglutição, cuja dificuldade indica um aumento do risco de aspiração¹⁹

Na avaliação clínica, foram estabelecidos 55,6% com alteração de deglutição, cujos sinais e sintomas foram: deglutições múltiplas (mais de duas deglutições), sugestão de escape prematuro de líquido e auscultação cervical alterada, com clique rebaixado²⁴

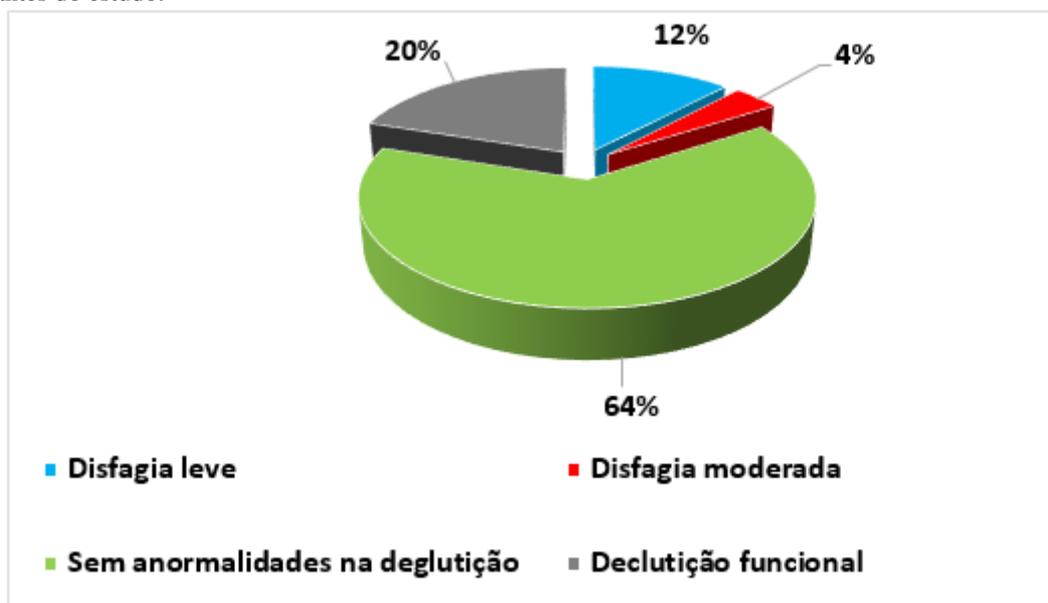
Tabela 02: Demonstrativos das alterações dos sinais vitais evidenciado durante o teste no momento da ingesta de água ou alimento pastoso.

Variáveis	%
Que houve aumento da frequência (FC) cardíaca durante a ingesta de água	6,0
Que teve refluxo nasal	6,0
Alteração no tempo de trânsito oral	6,0
Que teve escape oral	6,0
Necessitou de múltiplas deglutições	3,0
Que houve o aumento da frequência respiratória (FR) durante a ingesta de água	9,0
Que teve alteração para menos na saturação de oxigênio (SpO2) durante a ingesta de água	21,0

Fonte: dados da pesquisa

Saturação de oxigênio (SpO2) – é definida como a porcentagem de oxigênio arterial na corrente sanguínea, por meio da mensuração da oximetria de pulso. Frequência cardíaca (FC) – é a medida da quantidade de batimentos cardíacos por minutos. Frequência respiratória (FR) – é a medida da quantidade de ciclos respiratórios (inspiração e expiração) por minuto¹⁹

Gráfico 02: Classificação, após aplicação do teste PARD, do grau de dificuldade de deglutição (disfagia) dos participantes do estudo.



Fonte: dados da pesquisa

Deglutição normal – Normal para ambas as consistências e em todos os itens avaliados. Nenhuma estratégia ou tempo extra é necessário. A alimentação via oral completa é recomendada. Disfagia orofaríngea leve a moderada – Existência de risco de aspiração, porém reduzido com o uso de manobras e técnicas terapêuticas. Necessidade de supervisão esporádica para realização de precauções terapêuticas; sinais de aspiração e restrição de uma consistência; tosse reflexa fraca e voluntária forte. O tempo para a alimentação é significativamente aumentado e a suplementação nutricional é indicada¹⁹

Em relação à ausência ou presença de disfagia e sua classificação, 36 (32,7%) pacientes apresentavam deglutição normal/funcional, 22 (20,0%) disfagia leve, 15 (13,6%) disfagia leve-moderada, 12 (10,9%) disfagia moderada, 9 (8,2%) disfagia moderada-grave e 16 (14,5%) disfagia grave³

Cerca de 45% a 65% dos pacientes evoluem para disfagia orofaríngea e sua presença está associada a um aumento do risco de complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento, desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada e morte⁵

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi observado que a disfagia está ligada à pacientes que já apresentam alguma patologia, pois a disfagia é um sintoma de doença de base como, por exemplo, o AVC. Existem casos também de disfagia causada por complicações de pacientes internados em UTI que apresentam maior risco,

muitas vezes causadas por excesso de sedação, posição ou tubos endotraqueais. Se mostra cada vez mais importante a atuação da equipe multidisciplinar (médico, fonoaudiólogo, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, entre outros), e a intervenção de cada profissional através da análise da classificação da deglutição, investigação dos sinais de disfagia e a visualização dos resultados e da intervenção necessária. Portanto o profissional deve estar presente para otimização dos cuidados para que se possa atuar de forma dinâmica às possíveis complicações hospitalares encontradas durante a internação do paciente. É de suma importância a identificação precoce do distúrbio, devido ser necessário para a oferta segura de alimentos, líquidos e medicações orais. A avaliação correta da disfagia deve incluir testes que deem o diagnóstico das alterações nas funções orais do paciente que causem o mínimo de desconforto. O profissional de nutrição tem um papel importante nesses casos, pois através dos testes feitos juntamente com a equipe, definirá a consistência e quantidade do alimento ao paciente que apresenta disfagia, observando a ingestão e modificando caso necessário. Acredita-se que alimentos líquidos como a água, por passarem rapidamente pela garganta, podem provocar escape precoce para faringe em pacientes que apresentam quadros de disfagias, comprometendo a segurança da deglutição.

O profissional de nutrição tem um papel imprescindível junto à equipe multidisciplinar, cujo avalia as dietas na sua consistência, quantidade que será administrado nos pacientes alvos acometidos pela disfagia, observando a ingesta alimentar e posteriores modificações em nível de consistência em casos de necessidade. A alteração da consistência alimentar é um método habitualmente usado no tratamento dos distúrbios da deglutição, visando melhorar a qualidade de vida durante a internação e procurar tratar de maneira rápida, segura, eficaz e com o mínimo de incomodo, visando prezar o bem-estar do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Gaspar MRF, Pinto GS, Gomes RHS, Santos RS, Leonor VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. Rev. CEFAC vol.17 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2015. Visto em 06 de novembro de 2020. Visualizado em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462015000801939&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Sassi FC, Medeiros GC, Zambon LS, Zilberstein B, Andrade CRF. Avaliação e classificação da disfagia pós-extubação em pacientes críticos. Rev. Col. Bras. Cir. vol.45 no.3 Rio de Janeiro 2018 Epub July 23, 2018. Visto em 07 de novembro de 2020. Visualizado em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912018000300161&script=sci_arttext
3. Favero SR, Scheeren B, Barbosa L, Hoher JA, Cardoso MCAF. Complicações Clínicas da disfagia em pacientes internados em uma UTI. Distúrb Comun, São Paulo, 29(4): 654-662, dezembro, 2017. Visto em 16 de outubro de 2019. Visualizado em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/31796/24529>
4. Andrade PA, Santos CA, Firmino HH, Rosa COB. Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados. Einstein (São Paulo) vol.16 no.2 São Paulo 2018 Epub 07-Jun-2018. Visto em 10 de novembro de 2019. Visualizado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1679-45082018000200201
5. Werle, RW, Steidl EMS, Mancopes R. Fatores relacionados à disfagia orofaríngea no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão sistemática. CoDAS 2016;28(5):646-652. Visto em 23 de março de 2020. Visualizado em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v28n5/2317-1782-codas-2317-178220162015199.pdf>
6. Azevedo NC, Melo AM, Canuto MSB. Descrição dos casos disfágicos atendidos em um centro especializado em reabilitação em Alagoas. Distúrb Comun, São Paulo, 30(2): 305-315, junho, 2018. Visto em: 10 de novembro de 2019. Visualizado em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/33850/25739>
7. Mourão, A. M. Almeida EO, Lemos SMA, Vicente LCC e Texeira AL. Frequência e fatores associado à disfagia após acidente vascular cerebral. CoDAS vol.28 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2016. Visto em 06 de novembro de 2020. Visualizado em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822016000100066&script=sci_arttext
8. Resende PD, Dobelin JB, Oliveira IB, Luchesi KF. Disfagia orofaríngea neurogênica: análise de protocolos de videofluoroscopia brasileiros e norte-americanos. Rev. CEFAC vol.17 no.5 São Paulo Sept/Oct. 2015. Visto em 07 de novembro de 2020. Visualizado em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462015000501610&script=sci_arttext&tlng=pt
9. Mourão, A. M. Almeida EO, Lemos SMA, Vicente LCC e Texeira AL. Evolução da deglutição no pós-AVC agudo: estudo descritivo. Revista CEFAC, v. 18, n. 2, p. 417-425, 2016. Visto em 20 de setembro 2019. Visualizado em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n2/1982-0216-rcefac-18-02-00417.pdf>
10. Scheeren B, Gomes B, Alves G, Marchiori E, Hochhegger E. Achados de TC de tórax em pacientes com disfagia e aspiração pulmonar: uma revisão sistemática. J. bras. pneumol. vol.43 no.4 São Paulo July/Aug. 2017. Visto em 06 de novembro de 2020. Visualizado em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132017005002104&script=sci_arttext&tlng=pt

11. Zanata IL, Santos RS, Marques JM, Hirata GC, Santos DA. Avaliação Fonoaudiológica para decanulação traqueal em pacientes acometidos por traumatismo cranioencefálico. Curitiba PR. CoDAS 2016;28(6):710-716. Visto em 20 de setembro 2019. Visualizado em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v28n6/2317-1782-codas-28-6-710.pdf>
12. Freitas JS, Cardoso MCAF. Sintomas de disfagia em crianças com fissura labial e/ou palatina pré e pós-correção cirúrgica. CoDAS vol.30 no.1 São Paulo 2018 Epub Mar 05, 2018. Visto em 10 de novembro de 2019. Visualizado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822018000100312
13. Luchesi KF, Campos BM, Mituuti CT. Identificação das alterações de deglutição: percepção de pacientes com doenças neurodegenerativas. CoDAS vol.30 no.6 São Paulo 2018 Epub Nov 29, 2018. Visto em: 10 de novembro de 2019. Visualizado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822018000600304
14. Anderle P, Rech RS, Pasqualetto VM, Goulart BNG. Conhecimento das equipes médicas e de enfermagem sobre o manejo de medicamentos orais no paciente adulto disfágico hospitalizado. Audiol., Commun. Res. vol.23 São Paulo 2018 Epub May 28, 2018. Visto em 10 de novembro de 2019. Visualizado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312018000100306
15. Menezes EC, Santos, Flávia FAH, Alves FL. Disfagia na paralisia cerebral: uma revisão sistemática Revista CEFAC, vol. 19, núm. 4, julho-agosto, 2017, pp. 565-574. Visto em 07 de novembro de 2020. Visualizado em: <https://www.redalyc.org/pdf/1693/169352471015.pdf>
16. Silva LML, Lima CR, Cunha DA, Orange LG. Disfagia e sua relação com o estado nutricional e ingestão calórico-proteica em idosos. Rev. CEFAC vol.21 no.3 São Paulo 2019 Epub Nov 25, 2019. Visto em 08 de novembro de 2020. Visualizado em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462019000300401&script=sci_arttext&tlng=pt
17. Amaral ACF, Rodrigues LA, Furlan RMMM, Vicente LCC, Motta AR. Fonoaudiologia e nutrição em ambiente hospitalar: análise de terminologia de classificação das consistências alimentares. CoDAS vol.27 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2015. Visto em 10 de novembro de 2019. Visualizado em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822015000600541&script=sci_arttext
18. Schmidt H, Oliveira VR. Avaliação reológica e sensorial de espessantes domésticos em diferentes líquidos como alternativa na disfagia. Braz. J. Food Technol. vol.18 no.1 Campinas Jan./Mar. 2015. Visto em 07 de novembro de 2020. Visualizado em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-67232015000100042&script=sci_arttext&tlng=pt
19. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). Rev. Soc Bras Fonoaudiologia São Paulo (SP). 2007;12 (3)199-205. Visto em 15 de novembro de 2019. Visualizado em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n3/a07v12n3.pdf>
20. Nunes AA, Caliani LS, Nunes MS, Silva AS, Mello LM. Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). Ciência &

Saúde Coletiva, 20(10):3191-3198, 2015. Visto em 18 de outubro de 2020. Visualizado em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n10/3191-3198/pt>

21. Dantas CC, Dantas FC, Monteiro BAC, Leite JL. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos em um centro de saúde da região litorânea do estado de Rio de Janeiro, BRASIL, 2010- 2011. Arq. Catarin Med. 2017 jan-mar; 46(1): 22-32. Visto em 18 de outubro de 2020. Visualizado em: <file:///C:/Users/33822280259/Downloads/250-706-1-SM.pdf>

22. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Visto em 18 de outubro de 2020. Visualizado em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

23. Bassi D, Furkim AM, Silva CA, Coelho MSPH, Rolim MRP, Alencar MLA, Machado JM. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. CoDAS vol.26 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2014. Visto em 17 de outubro de 2020. Visualizado em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822014000100017&script=sci_arttext&lng=pt

24. Branco LL, Cardoso MCAF. Perfil dos sons da deglutição de um grupo pós-AVC fazendo uso de software de estetoscópio eletrônico. Distúrb Comun, São Paulo, 31(4): 672-682, dezembro, 2019. Visto em 17 de outubro de 2020. Visualizado em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/37785/31360>