



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Carina Teixeira Paixão

Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral: contribuições do enfermeiro

Rio de Janeiro

2009

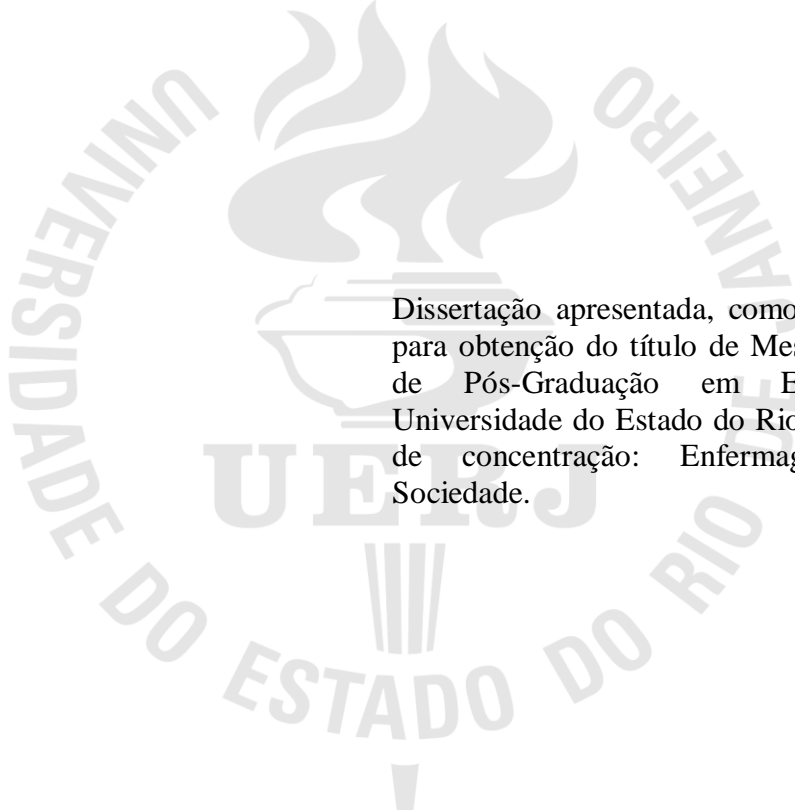
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Carina Teixeira Paixão

**Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral:
contribuições do enfermeiro**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^{ta} Dr^a Lolita Dopico da Silva

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

P149 Paixão, Carina Teixeira.
Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral : contribuições do enfermeiro / Carina Teixeira Paixão. - 2009.
92 f.

Orientadora: Lolita Dopico da Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Acidentes vasculares cerebrais - Enfermagem. 2. Distúrbios da deglutição – Enfermagem. 3. Enfermagem domiciliar. I. Silva, Lolita Dopico da. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Carina Teixeira Paixão

**Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral:
contribuições do enfermeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 15 de maio de 2009.

Banca Examinadora:

Prof^a Dr^a Lolita Dopico da Silva (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a Dr^a Teresa Tonini
Faculdade de Enfermagem da UNIRIO

Prof^a Dr^a Vivian Schutz
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Ruy e Lourdes**, que me educaram, conduziram e apoiaram, sem medir esforços durante a construção da minha formação. A vocês dedico cada uma das minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Não poderia ser diferente, senão agradecer inicialmente, a **Deus** por ter permitido que eu terminasse este trabalho mesmo diante de tantos atropelos: uns saudáveis, outros um tanto dolorosos, mas todos vitoriosos. Com certeza foi à presença da força Divina que não me deixou desistir dos meus ideais.

À minha orientadora **Prof^a Dr^a Lolita Dopico da Silva** pela dedicação, pelos ensinamentos e principalmente pelo exemplo de profissional em busca de uma enfermagem séria e de qualidade. Conviver com você é aprender uma lição a cada momento. Sou grata por tudo.

À amiga **Danielle**, parceira de plantão, com quem foi maravilhoso compartilhar esse momento acadêmico. Tantos risos, tantas preocupações, tantas alegrias... Foi difícil, mas enfim conseguimos!!!

À amiga, irmã **Gina Karla** com quem divido a paixão pela enfermagem e os momentos de luta no plano pessoal e profissional. Qualquer que seja a denominação desta dupla que constituímos, fica aqui o meu reconhecimento e agradecimento em poder formá-la.

À amiga **Lilian Prado** profissional competente, envolvida na condução de uma gerência justa e harmônica. Agradeço pelo apoio e compreensão.

Aos **profissionais do SAD** que ajudaram no desenvolvimento desse estudo.

Ao meu amigo, companheiro, **Marcos William** pela sua dedicação e paciência em toda a trajetória de construção do meu trabalho.

Aos amigos de todos os dias, pelo incentivo, pelo carinho, pelas “trocas de plantão”.
Um beijo a todos.

Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.

Leonardo da Vinci

RESUMO

PAIXÃO, Carina Teixeira. **Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral**: contribuições do enfermeiro, Brasil. 2009. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Trata da temática do paciente portador de acidente vascular cerebral, especificamente das ações do enfermeiro para a prevenção das complicações decorrentes da disfagia após um acidente vascular cerebral no atendimento domiciliar. Objetivou-se propor ações de enfermagem que garantam uma deglutição segura em pacientes com disfagia pós-AVC a partir dos dados obtidos junto a pacientes usuários do SAD. Pesquisa desenvolvida no serviço de atendimento domiciliar de um hospital público do Rio de Janeiro com 30 sujeitos. Aplicou-se um instrumento, que descreveu dados sócio-laboriais, presença de disfagia e a consistência dos alimentos ingeridos pelos pacientes. Resultados: dezessete pacientes desenvolveram a disfagia, caracterizando-se como idosos, 76,47% foram do sexo feminino, a média de idade foi de 73,6 (\pm 9,55). A maioria com ensino fundamental completo (76,48%) e aposentados (70,59%). Todos são hipertensos e a metade diabéticos (58,82%). Com relação ao tipo de AVC, todos tiveram AVC isquêmico, sendo 58,82% um episódio e 41,18% dois episódios. A prevalência da disfagia é de 57%. Não há associação entre a idade e a disfagia e sua presença não dependeu da frequência de episódios de AVC. Pacientes com dois fatores de risco, hipertensão e diabetes apresentam maior prevalência de disfagia para líquidos do que para alimentos sólidos ou ambos. O enfermeiro deve realizar orientações em relação ao ambiente, posicionamento do paciente, aos materiais e utensílios a serem usados na alimentação, quantidade, temperatura e consistência do alimento. Informações como cabeceira elevada, colher de sobremesa para administração de dietas com volume de 3 a 5 ml, além do uso de espessantes para gerar uma consistência segura na deglutição, são fundamentais para garantir o mínimo de complicações. É importante também que a família participe de todo o processo de recuperação do paciente. Considerações finais: após o AVC, a disfagia merece atenção por gerar complicações como a aspiração e a pneumonia, o que serve para nortear o planejamento e orientações de enfermagem direcionadas a limitar o efeito dessa sequela, assim como a possibilidade de realização de pesquisas que tratem de conhecer o que os enfermeiros podem fazer no domicílio dos pacientes disfágicos de forma a melhorar o desempenho nas atividades diárias de vida.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Disfagia. Enfermagem Domiciliar. Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

This theme is carried out aiming patients with stroke, mainly the nurses' actions in the prevention of complications resulting from dysphagia after a stroke in home care. The objective was to develop the nursing actions to ensure a safe swallowing in patients with dysphagia after stroke from the data obtained from the patients users of the SAD. The research was developed in the service of home care in a public hospital in Rio de Janeiro with 30 subjects. An instrument which described socio-laborious data was applied to show the presence of dysphagia and consistency of food intake by patients. Results: Seventeen patients developed dysphagia, characterized as being elderly, 76.47% were female, the mean age was about 73.6 (\pm 9.55). Most of them with complete basic education (76.48%) and retirees (70.59%). All the patients are hypertensive and half of them are diabetics (58.82%). Regarding to the type of stroke, all patients had ischemic stroke, 58.82% had one stroke episode and 41.18% two stroke episodes. The prevalence of dysphagia is about 57%. There is no association between age and dysphagia and its presence does not depend on the frequency of the stroke episodes. Patients with two risk factors, hypertension and diabetes have a higher prevalence of dysphagia and difficulty in swallowing the liquid food more than solid ones or both. The nurse should give guidance on the environment, the patient positioning, the materials and tools for use in food, quantity, temperature and consistency of the food. Information such as head high, dessert spoon for administration of diets with a volume of 3 to 5 ml, and the use of thickeners to generate a secure consistency in swallowing are essential to ensure the minimum complications. It is also important that the family takes part in the process of recovery of the patient. Final considerations: after the stroke, the dysphagia needs observation because it can imply on complications such as aspiration and pneumonia, which serves to guide the planning and directed nursing guidance to limit the effect of this sequel, as well as the possibility of conducting researches which may deal with what nurses can do in dysphagic patients home care in order to improve performance in activities of daily life.

Keywords: Stroke. Dysphagia. Nursing Home. Home Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Roteiro sistematizado da análise dos dados.....	48
Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes disfágicos em relação ao sexo- SAD/HJ- 2008.....	54
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes disfágicos em relação aos fatores de risco - SAD/HJ- 2008	56
Quadro 2 - Associação entre disfagia e a idade - SAD/HJ- 2008.....	58
Quadro 3 - Associação entre disfagia e episódio de AVC - SAD/HJ-2008.....	58
Quadro 4 - Prevalência da disfagia em função dos fatores de risco – SAD/HJ - 2008.....	58
Quadro 5 - Prevalência da disfagia e a consistência dos alimentos – SAD/HJ – 2008.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Classificação de gravidade das disfagias- 1999.....	38
Tabela 2 -	Caracterização dos pacientes portadores de AVC, com e sem disfagia – SAD/HJ - 2008.....	53
Tabela 3 -	Caracterização dos pacientes portadores de AVC com disfagia –SAD/HJ - 2008.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADV	Atividades diárias da vida
AIDV	Atividades instrumentais diárias da vida
AP-4	Área programática quatro
A&P	Atividades e participação
AVC	Acidente vascular cerebral
AIT	Ataque isquêmico transitório
CEP	Comitê de ética e pesquisa
CIDID	Classificação internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens
CID-10	Décima revisão da classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde
CIF	Classificação internacional de funcionalidade
CAAC	Comitê da associação americana do coração
DGHERJ	Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro
DISTAT	Disability statistics data base
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICIDH	International classification of impairment, disabilities and handicaps
LILACS	Literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde
MEDLINE	Literatura internacional em ciências da saúde
NIHSS	National institute of health stroke scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBDC	Sociedade brasileira de doenças cerebrovasculares
SCIELO	Scientific electronic library online
SNC	Sistema nervoso central
SNG	Sonda nasogástrica
SUS	Sistema único de saúde
SAD	Serviço de atendimento domiciliar
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REVISÃO DE LITERATURA	24
1.1	O Acidente Vascular Cerebral	24
1.1.1	<u>Acidente Vascular Cerebral Isquêmico</u>	25
1.1.2	<u>Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico</u>	26
1.2	As Incapacidades Físicas do Portador de AVC	28
1.3	A Incapacidade Física do Tipo Alteração de Deglutição: a disfagia	33
1.3.1	<u>Avaliação Clínica da Disfagia</u>	36
1.3.2	<u>Classificação das Disfagias quanto à sua Gravidade</u>	37
2	METODOLOGIA	41
2.1	Campo de Pesquisa	41
2.2	População, Amostra e Técnica de Amostragem	42
2.3	Técnica, Instrumentos e Variáveis	44
2.4	Coleta de Dados	45
2.5	Organização, tratamento estatístico e análise dos dados	46
2.5.1	<u>Organização</u>	46
2.5.2	<u>Tratamento Estatístico</u>	46
2.5.3	<u>Análise dos Dados</u>	48
2.6	Procedimentos Éticos	49
2.7	Conceitos Empregados nesse Estudo	49
3	RESULTADOS	52
3.1	Caracterização da Amostra	52
3.2	Resultados associados à Disfagia	57
4	ANÁLISE	60
4.1	Características dos pacientes com disfagia pós AVC atendidos pelo SAD	60
4.2	Análise das associações da disfagia e idade, fatores de risco, episódio de AVC e consistência dos alimentos	62

4.3	Segurança na deglutição.....	67
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados.....	88
	APÊNDICE B- Folha de Rosto do SISNEP.....	89
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
	ANEXO A – Resposta do Comitê de Ética em Pesquisa.....	91
	ANEXO B – Resposta do DGHERJ.....	92

INTRODUÇÃO

O Problema e os Objetivos:

Este estudo aborda a temática do paciente portador de acidente vascular cerebral (AVC) tendo como foco as ações do enfermeiro para a prevenção das complicações decorrentes da disfagia após um acidente vascular cerebral no atendimento domiciliar.

O acidente vascular cerebral, segundo definição do Ministério da Saúde¹, utilizada ainda nos dias de hoje, caracteriza-se pelo rápido desenvolvimento de sinais focais (ou globais) de distúrbios da função cerebral que durem mais de 24 horas ou levem ao óbito sem outra causa aparente que não a de origem vascular. É causado pela interrupção do suprimento sanguíneo ao tecido cerebral resultante do bloqueio (infarto) ou da ruptura (hemorragia) vascular.

Os acidentes vasculares cerebrais apresentam alta mortalidade na fase aguda e morbidade sequelar importante em longo prazo. Embora a mortalidade decorrente do AVC esteja diminuindo em alguns países, a morbidade tem aumentado em razão do envelhecimento da população e do aumento da sobrevida dos pacientes².

Os pacientes sobreviventes ao AVC constituem um grande grupo de pessoas com baixa expectativa da vida se comparados à população de forma geral^{3,4}.

Um Atlas de Doenças Cardíacas e Cerebrovasculares publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde¹ em parceria com centros americanos de saúde e com o apoio da Federação Mundial do Coração, aponta o AVC como responsável por 10% dos óbitos em todo mundo.

De acordo com Pearson⁵, o AVC causa cerca de cinco milhões de mortes por ano em todo mundo e 50 milhões de sobreviventes a um ataque isquêmico transitório (AIT), muitos dos quais (um em cada seis doentes) terão novo AVC ou AIT em cinco anos.

Outros autores⁶ informam que, no grupo das doenças cerebrovasculares, o AVC correspondeu a pouco mais de 80% das internações pelo Sistema Único de Saúde no ano de 2000. Mas, além da elevada incidência, é preciso considerar as sérias consequências de saúde e sociais que podem resultar de um AVC, como as alterações de deglutição, comunicação, locomoção, entre outras.

Lawrence, Coshall e Dundas⁷ informam que mais da metade dos pacientes (50,6%) após um AVC tem entre seis e dez tipos de incapacidades, sendo a mais prevalente a fraqueza muscular, presente em 77,4% dos pacientes, seguida dos distúrbios da comunicação e linguagem e da disfagia, esta última respondendo por 44,7% das incapacidades encontradas.

Nasi, Carvalho, Ceconelo e Pinotti⁸ definem a disfagia como dificuldade na deglutição por perda na progressão ordenada do alimento da boca para o estômago. Pode ser classificada pela sua localização em alterações orofaríngeas que vão da boca até o esfíncter cricofaríngeo (disfagia orofaríngea ou alta) e alterações esofágicas que vão abaixo do esfíncter cricofaríngeo (disfagia esofágica ou baixa).

As alterações de deglutição são sequelas comuns após o AVC. Em estágios agudos da doença ocorrem em mais de 50% dos pacientes. Os sintomas se resolvem na maioria dos pacientes dentro de uma semana a um mês, mas podem persistir em alguns pacientes após seis meses ou mais, podendo determinar a ocorrência de graves complicações⁹.

Freitas, Ribeiro, Chiba e Mansur² comentam que a disfagia contribui para a perda da funcionalidade e independência do paciente. É um sintoma frequente e traz riscos de desnutrição e pneumonia aspirativa¹⁰.

No Brasil, o estudo da disfagia orofaríngea teve seu marco a partir da década de 1980, porém ganhou repercussão nacional somente na década de 1990, sendo necessários estudos mais específicos sobre essa problemática no paciente pós-AVC^{11,12}. Um dos estudos informa que, no Brasil, a prevalência dos distúrbios de deglutição tem sido avaliada em pacientes internados com percentual em torno de 12%¹¹.

A disfagia é conhecida como um dos principais fatores de risco para ocorrência de pneumonia aspirativa e está associada ao aumento do risco de morte, de cuidados especializados e tempo de internação. O índice de pneumonia nos disfágicos é maior que nos pacientes não-disfágicos¹².

No paciente disfágico com AVC o risco de desenvolver pneumonia aspirativa é 3,17 vezes maior do que no paciente acamado sem disfagia e 11,5 vezes maior para o risco de aspiração^{13,14}.

Embora grande parte das pesquisas esteja concentrada na presença ou ausência de pneumonia aspirativa, a ocorrência da desnutrição como complicação da disfagia é, sem dúvida, outro assunto muito importante¹⁵.

Um estudo feito com 49 indivíduos pós-AVC verificou que 49% dos pacientes estavam desnutridos, diminuindo para 34% após intervenção nutricional. Desses 49 pacientes,

47% tinham disfagia. O estudo concluiu que a desnutrição estava mais presente nos pacientes disfágicos, existindo uma associação significativa (22% a 50%) entre desnutrição e disfagia nos pacientes pós-AVC¹⁶.

A relação entre disfagia, pneumonia e desnutrição é interdependente, porém sinérgicas, porque o surgimento de qualquer uma dessas situações pode acarretar a piora da outra. Logo, a disfagia contribui para um quadro de desnutrição em 50% dos casos e, dependendo do seu método de avaliação (clínico ou por imagem), pode chegar a uma ocorrência de 90%¹⁷.

A disfagia após o AVC afeta a vida de muitas pessoas de diversas maneiras, direta ou indiretamente, levando a implicações que incluem não só problemas de ordem biológica, mas psicológica e social também. Viver permanentemente ou por longo período de tempo com disfagia pode levar a identificar alterações no processo de deglutição e a necessidade de lidar com uma linguagem corporal ou estilo de vida alterado¹⁸.

A disfagia é uma condição debilitante e pode ser fatal quando não diagnosticada, podendo ameaçar a saúde pulmonar, o estado de hidratação e a condição nutricional do indivíduo. A relação entre disfagia, desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa é complexa e a ocorrência de qualquer uma dessas condições tende a aumentar a probabilidade que as outras surjam^{9,17}.

O enfermeiro deve ficar atento para a frequência e gravidade da disfagia após o AVC e para a necessidade do pronto reconhecimento e tratamento adequado, principalmente por que esse tipo de paciente, na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), passa a ser acompanhado por uma modalidade de monitoramento domiciliar chamado de Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

Pautada na reversão de um modelo assistencial centrado no ambiente hospitalar, privilegiando a construção de uma nova lógica de atenção e com enfoque na promoção e na prevenção à saúde e na humanização da assistência, o cuidado domiciliar ressurgiu como uma das possibilidades de promover mudanças na qualidade de atenção à saúde e como um espaço possível de atuação. Baseado nessa premissa foi idealizado o SAD¹⁹.

O SAD nasceu de uma iniciativa federal que criou uma nova modalidade de assistência a partir da observância do rápido envelhecimento da população e o aumento da morbidade por doenças crônico-degenerativas¹⁹.

Esse serviço objetiva atender em seus domicílios pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas e/ou com incapacidade funcional provisória ou permanente, internações

prolongadas e recorrentes que demandam atenção constante ou que necessitam de cuidados paliativos.

O SAD está conceituado pela Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006:

Definir como Internação Domiciliar, no âmbito do SUS, o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim.

Assim como está apoiado pela Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁹.

O SAD é o responsável pelo gerenciamento e operacionalização da assistência e/ou internação domiciliar e a admissão do paciente no Serviço obedece ao seguinte protocolo: indicação médica, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar, o que acontece com muitos dos pacientes acometidos pelo AVC¹⁹. Pela Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 11, de 26 de janeiro de 2006 que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar como critério de inclusão para o SAD, é necessário que o domicílio dos pacientes conte com suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação (telefone), facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela específico para o paciente com dimensões mínimas para um leito e equipamentos.

Considerando as questões até aqui expostas, realizou-se uma pesquisa que teve a seguinte questão norteadora:

Quais são as características dos pacientes portadores de disfagia após um AVC e atendidos pelo SAD?

Foram traçados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Propor ações de enfermagem para uma deglutição segura em pacientes com disfagia pós AVC a partir dos dados obtidos junto a pacientes usuários do SAD.

Objetivos Específicos

- Identificar os dados sócio-laborial e de saúde dos pacientes com AVC, portadores de disfagia e atendidos pelo SAD.
- Analisar as associações entre a disfagia e idade, fatores de risco, episódio de AVC e consistência dos alimentos.

Imaginar que cuidados devem ser ensinados e se estão adequados à idade da população, ao tipo de AVC à dificuldade que o paciente apresenta para deglutir sólido ou líquido. Essas informações irão nortear as ações de enfermagem.

Também é fundamental que o enfermeiro seja aliado da família, como ocorre no SAD, oferecendo-lhes todas as informações necessárias quanto à doença, tratamento e as incapacidades decorrentes do AVC.

A maioria dos pacientes atendidos pelo SAD tem problemas de disfagia de longo prazo e o enfermeiro pode informar sobre quais alimentos e em qual consistência são mais facilmente deglutidos. Kikawada, Iwamoto e Takasaki²⁰ sinalizam que modificações da dieta podem reduzir o risco de aspiração.

O estudo de Morris¹⁸ mostrou que apenas 22% dos enfermeiros perguntam aos pacientes se eles têm problemas de deglutição antes de oferecer a medicação. A disfagia abala potencialmente o estado nutricional porque complica a administração da alimentação e de medicamentos sólidos por via oral.

A adaptação à disfagia pós-AVC é um processo de colaboração entre o paciente, família, enfermeiro e outros profissionais de saúde. Essa colaboração não se limita aos ambientes hospitalares, devendo prosseguir durante toda a trajetória da doença. A detecção precoce dos problemas e o auxílio para que os pacientes desenvolvam estratégias apropriadas de controle podem levar a uma diferença significativa na qualidade de vida²¹.

Reabilitar o quadro disfágico significa trabalhar para a conquista de uma deglutição sem risco de complicações. Para os autores²¹ o objetivo da reabilitação em disfagia orofaríngea é estabilizar o aspecto nutricional e eliminar os riscos de aspiração laringotraqueal e consequentes complicações associadas.

No estudo de Trelis e López²², verificou-se que 29 a 50% dos idosos com AVC avaliados apresentaram aspiração. Incidência ainda maior foi encontrada por Elmstahl, Bülow, Ekberg, Petersson e Tegner²³, onde 94% dos pacientes avaliados tinham broncoaspirado o que somente foi determinado por videofluroscopia.

Hinchey, Shephard, Furie, Smith, Wang e Tonn²⁴ realizaram um estudo prospectivo na coleta de dados de 15 instituições quanto à presença de avaliações da deglutição em pacientes com AVC visando caracterizar se alguns fatores poderiam ser detectáveis na fase aguda para a prevenção do desenvolvimento de pneumonia, supostamente em decorrência de quadros disfágicos, correlacionando métodos de avaliação, prevalência de pneumonia e gravidade do AVC, utilizando como referência o NIHSS, escala que mede quantitativamente o déficit neurológico do paciente com AVC. Ao final, identificaram que complicações intra-

hospitalares foram registradas em 2329 (92%) dos casos, sendo a disfagia responsável por 61%.

A infecção pulmonar ocorre mais comumente no primeiro mês após o AVC, condizente com o período de maior frequência de apresentação de disfagia²⁵.

A pneumonia aspirativa é um fenômeno multifatorial e depende de várias características preditivas. Alguns autores²⁶ descreveram que disfagia e aspiração são condições necessárias, mas não suficientes, para o desenvolvimento de pneumonia. Pacientes com nível de consciência alterado não apenas têm maior prejuízo neurológico, mas também são menos capazes de proteger, efetivamente, sua via aérea.

A pneumonia é uma importante complicação do AVC e aumenta a mortalidade em três vezes. Acredita-se que essa complicação pode ser atribuída à aspiração de secreção ou de alimentos ingeridos por via oral na presença de graus variados de disfagia. A estimativa de que essas mortes seriam imputadas à presença de pneumonia, poderia ser afastada se aqueles pacientes que apresentassem quadros de AVC relacionados à disfagia fossem cuidadosamente avaliados e medidas preventivas fossem tomadas²⁵.

Muitos fatores, incluindo a severidade do AVC, nível de consciência, função pulmonar pré-mórbida, capacidade de tosse, mobilidade, higiene oral e frequência da aspiração, contribuem para o desenvolvimento da pneumonia aspirativa²⁷.

A investigação clínica do paciente logo após o AVC é fundamental. Sinais como dificuldades na deglutição de saliva ou alimentos e estado de alerta diminuídos sugerem grande risco de aspiração e de complicações respiratórias²⁸.

A disfagia pode causar aspirações silenciosas que não são percebidas e, com isso, o alimento ou a saliva entram no canal aéreo e, em seguida, nos pulmões. A princípio isso não causa nenhum sintoma, mas, ao longo do tempo, pode ocorrer edema pulmonar ou crescimento de germes patológicos que causam pneumonia^{29,30}.

Para McCullough, Rosenbeck e Wertz³¹, a aspiração é um dos muitos sinais que definem a disfagia orofaríngea, sendo assim, a identificação de sua presença é de grande importância na avaliação clínica.

Uma vez identificada a disfagia, enfermeiros podem intervir na prevenção das suas complicações garantindo uma deglutição segura³¹.

Estudos Correlatos

Foi realizado um levantamento sobre os artigos publicados abordando o AVC e a disfagia, com os descritores acidente vascular cerebral e alterações de deglutição através de uma busca em bases virtuais de dados. A intenção foi saber quais são as produções que abordam essa incapacidade física decorrente do AVC, em que contexto e, principalmente, como o assunto da disfagia é inserido na assistência de enfermagem.

Os estudos foram selecionados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)* da Rede bireme e no PubMed** da U.S. National Library of Medicine's. Ambas as bibliotecas de acesso gratuito.

Os critérios de seleção foram: a) publicações entre os anos de 2003 a 2007; b) estudos com adultos maiores de 19 anos; c) redigidos em inglês, espanhol ou português; d) tratarem da disfagia provocada por um AVC; e) dispor do texto completo. Os descritores utilizados em todas as bases foram: acidente vascular cerebral/stroke; alterações de deglutição/deglutitions disorders.

O levantamento foi realizado no mês de setembro de 2008. Foram encontrados 40 trabalhos e a amostra foi composta por dez artigos que atenderam aos critérios de seleção.

Smithard, Smeeton e Wolfe⁹ estudaram a incidência de disfagia correspondente a 30 a 50% das ocorrências do AVC. A disfagia representa co-fator de mortalidade e morbidade com todos os custos agregados para a sociedade. Sinalizam que o tamanho da lesão do AVC é considerado mais importante do que sua localização para o desenvolvimento de disfagia orofaríngea, pois em pacientes com a mesma localização, alguns desenvolvem disfagia e outros não.

Shelp, Cola, Gatto, Silva e Carvalho¹¹ descreveram que a disfagia é reconhecida como um dos principais fatores de risco para pneumonia aspirativa e uma das complicações mais frequentes do AVC. Seu estudo objetivou determinar a incidência da disfagia após o AVC. Foi observada uma incidência de 76,5% em pacientes avaliados somente clinicamente, elevando-se o percentual para 91% quando se acrescentava a avaliação videofluoroscópica.

* Disponível em: www.bvs.br

** Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Para Dziejwas, Ritter, Schilling, Konrad, Oelenberg, Nabavi et al¹⁴, a pneumonia por aspiração é a mais importante complicação da disfagia relacionada ao AVC. Sondas enterais são normalmente recomendadas como uma forma eficaz e segura para o fornecimento de alimentos a esses pacientes. Para estimar a frequência de pneumonia em pacientes com AVC, que se beneficiam do uso de sondas para a alimentação por causa da disfagia foi feito um estudo prospectivo com 100 pacientes durante 18 meses. A pneumonia foi detectada em 44% dos pacientes e foi adquirida no segundo e terceiro dia de AVC. Concluíram que as sondas enterais oferecem apenas uma proteção limitada contra a pneumonia aspirativa em pacientes com disfagia aguda após o AVC ¹⁴.

Martino, Foley, Bhogal, Diamant, Speechley, Teasell¹⁷, buscaram através de bases de dados, a incidência da disfagia ou pneumonia em pacientes com acidente vascular cerebral. Das 277 publicações encontradas, 104 incidiram sobre doentes com disfagia após o AVC. Verificaram que pela avaliação clínica usando técnicas simples triagem, a incidência de disfagia nos pacientes variou de 37% a 45%. Ao final, concluíram que há uma alta incidência de disfagia e de pneumonia aspirativa.

Power, Hamdy, Singh, Tyrrell, Turnbull, Thompson³² relatam que a disfagia tem sido evidenciada em até 70% dos pacientes com acidente vascular cerebral, predispondo-os à broncoaspiração e à pneumonia. Com o objetivo de determinar a relação entre o fluxo e o fechamento da laringe durante a deglutição em pacientes com AVC e de examinar os mecanismos que conduzem a aspiração, foram avaliados 90 pacientes através de imagens videofluoscópicas, evidenciando que após o AVC há déficits sensitivos e retardo no fechamento da laringe reforçando a gravidade para a aspiração.

Já o estudo de Barros, Fabio e Furkim³³ objetivou determinar se existe correlação entre a localização da lesão vascular cerebral e a dificuldade de deglutição em pacientes com AVC. O exame da avaliação clínica da deglutição foi confrontado com os resultados obtidos na tomografia para a localização das lesões. Na avaliação clínica, 48% do total de 27 pacientes apresentaram disfagia orofaríngea. A incidência de disfagia na fase aguda do AVC reforça a necessidade de prevenir o risco de broncoaspiração, possibilitando alimentação por via oral precoce e segura.

Em seu estudo, Gatto e Rehder³⁴ compararam queixas referidas de alterações na deglutição com os achados do exame objetivo da deglutição em pacientes pós AVC. Foram avaliados 20 pacientes, dentre os quais 90% apresentavam disfagia orofaríngea, sendo que 40% eram disfagia grave. Apenas três pacientes apresentavam queixas relacionadas a

alterações de deglutição, o que evidencia a necessidade de maior atenção por parte da enfermagem a esses doentes.

O estudo de Rosenvinge e Starke³⁵ abordou a necessidade de um diagnóstico precoce e eficaz da disfagia a fim de reduzir a incidência da pneumonia e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Foi citado que pacientes disfágicos não percebem que tem problemas para engolir, deixando os cuidadores como os responsáveis pela segurança no engolir. Foi feito um estudo observacional com 31 pacientes antes e após a deglutição de alimentos e bebidas. Em 48%-64% houve melhora no cumprimento das recomendações sobre a consistência de fluidos, 51-90% dos pacientes se beneficiaram com orientações para uma deglutição segura e a utilização de supervisão adequada durante a deglutição foi efetiva para 35-67% dos indivíduos. Não foram encontradas diferenças significativas em termos de cumprimento das alterações dietéticas ou estratégias para deglutição. Após esse acompanhamento, ficou evidente a atenção que deve ser dada a pacientes com disfagia na melhoria do cumprimento das recomendações sobre a deglutição.

O estudo de Kind, Smith, Pandhi, Frytak e Finch³⁶ fez um levantamento com 5.250 pacientes com AVC. Verificou-se que as infecções por pneumonia aspirativa são as razões mais comuns que levam a re-hospitalização, correspondendo de 15% a 43% das reinternações de pacientes acometidos pelo AVC.

Segundo Gomes, Campos, Pisani, Macedo Filho, Ribas, Malafaia et al³⁷, estimam-se que, dentre os 300.000 a 600.000 indivíduos com doenças neurológicas afetados por disfagia orofaríngea nos EUA todos os anos, 37% desenvolverão pneumonia aspirativa e 3,8% morrerão se não fizerem parte dos programas de diagnósticos e tratamento da disfagia orofaríngea. Visando verificar a associação entre a presença de sonda nasoenteral com aspiração e pneumonia aspirativa em pacientes com AVC, foram estudados 123 pacientes com disfagia orofaríngea no período de seis meses. Os pacientes com sonda apresentaram maior frequência de pneumonia aspirativa e de aspiração dos que os sem sonda. Concluiu-se que a presença de sonda promove acúmulo de secreções na faringe e o aumento do pH intragástrico com consequente colonização bacteriana, aumentando os riscos de pneumonia e de aspiração³⁷.

Dados como os aqui apresentados reforçam a necessidade de produzir conhecimentos para compreender e ajudar às pessoas nesse estado limite de incapacidade, já que se trata de uma condição complexa, vinculada a mudanças significativas no cotidiano, gerando adaptações nos hábitos alimentares e outros.

Essa pesquisa bibliográfica apontou que:

- a disfagia apresenta-se como uma significativa complicação com uma incidência que oscila entre 30-70% pós AVC, merecendo maior atenção por parte dos profissionais, tanto os que administram as medicações, alimentos, líquidos, quanto os que realizam sua prescrição;
- uma das principais complicações advindas da disfagia é a aspiração e a pneumonia (37 e 44%), ambas causando maior tempo de hospitalização, reinternações (15% a 43%), além de desfechos como a morte desses pacientes (3,8%);
- os estudos focam principalmente a incidência da disfagia, as taxas de desnutrição (16% a 62%), pneumonia (37% a 44%) e re-hospitalização. Ou seja, focam as consequências, mas não abordam condutas que possam prevenir essas consequências;
- a utilização de dispositivos para a alimentação, como o uso de sondas enterais, promove alimentação segura desde que sejam acompanhadas por pessoal treinado na manipulação e administração de dietas; caso contrário, podem propiciar complicações graves para esses pacientes, como a aspiração e desnutrição;
- no Brasil, a discussão a respeito dessa incapacidade física decorrente do AVC ainda apresenta lacunas, sendo necessário estudos que fundamentam ações de enfermagem direcionados a essa clientela;
- não foram encontrados estudos de enfermeiros que abordem ações sobre como diminuir as complicações relacionadas à disfagia para pacientes acometidos pelo AVC;
- todos os estudos foram realizados por médicos.

No que tange o cuidado ao paciente com disfagia como sequela do AVC, a literatura ainda aponta lacunas ou questões sem respostas como, por exemplo, as relacionadas a estudos abordando as melhores estratégias para a diminuição dessas complicações. Portanto, é evidente a necessidade de discussão acerca da assistência de enfermagem e uma nova possibilidade de pensar esse cuidado para estudos futuros.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 O Acidente Vascular Cerebral

A saúde no Brasil ainda apresenta um perfil epidemiológico marcado pela heterogeneidade. Essa heterogeneidade pode ser basicamente explicada pela distribuição desigual da riqueza, pelo inadequado acesso aos avanços científicos e tecnológicos, pela iniquidade no acesso à assistência e à saúde e pelas condições desiguais de desenvolvimento humano com grandes diferenças inter e intra-regionais e entre classes sociais³⁸.

No entanto, tem sido possível observar melhorias no quadro de saúde do país como aumento da expectativa de vida ao nascer, diminuição da mortalidade materna e infantil, aumento da sobrevivência e controle e erradicação de algumas doenças, principalmente, as imunopreveníveis³⁸.

Mas, por outro lado, observa-se no perfil epidemiológico atual o crescimento de mortes por doenças cerebrovasculares e por doença isquêmica do coração. É importante ressaltar o aumento do número de pessoas com doenças e incapacidades crônicas devido ao crescente envelhecimento populacional, o que tem gerado repercussões sociais na saúde pública e na previdência social³⁸.

Segundo a Organização Mundial da Saúde³⁹, o acidente vascular cerebral (AVC) é a segunda causa de mortalidade e está entre as primeiras causas de internação hospitalar. Pelo menos 150.000 novos casos ocorrem anualmente no país, sendo cerca de 20% casos recorrentes. O AVC é a maior causa de incapacitação para o trabalho entre adultos e, na sua forma hemorrágica, é a principal causa morte entre as doenças cardiocirculatórias do Estado do Rio de Janeiro⁴⁰.

As doenças cerebrovasculares situam-se entre as duas maiores causas de morte em todas as regiões do Brasil e há pouquíssimos indícios de redução da sua incidência entre nós. De fato, apenas na região sudeste, provavelmente por uma atenção crescente ao controle dos fatores de risco cardiovascular, em especial a hipertensão arterial, tendem a ser superadas pela doença coronariana, nesta lastimável estatística⁴⁰.

Além disso, está definitivamente superada a era de passividade no manejo do paciente com AVC. A organização adequada dos serviços hospitalares para admitir e avaliar o paciente

de modo padronizado e ágil, estabelecer rapidamente prioridades de intervenção e evitar medidas que possam agravar a lesão neurológica aguda, é considerada, por organizações internacionais de promoção à saúde, mandatória e urgente, já que se constitui na única forma capaz de reduzir a letalidade e as sequelas do AVC agudo⁴⁰. Em relação à prevenção primária do AVC, a American Heart Association⁴¹ classicamente divide os fatores de risco em:

- Fatores não modificáveis - idade (quanto mais idoso, maior o risco), sexo (homens tem maior risco que mulheres), raça (negros, latino-americanos e asiáticos tem maior risco do que brancos), história familiar de AVC ou doença cardíaca e ter sofrido um AVC prévio ou ataque isquêmico transitório.
- Fatores de risco modificáveis - pressão arterial elevada (deve ser controlada e deve ser menor que 140/90 mmHg), doença cardíaca (fibrilação atrial deve ser tratada), doença arterial de carótidas (deve ser tratada seja por intervenção cirúrgica, angioplastia ou tratamento farmacológico), tabagismo, altos níveis de colesterol (deve ser reduzido a partir de uma dieta pobre em gordura saturada e sal), diabetes, obesidade, sedentarismo e alcoolismo.

O acidente vascular cerebral caracteriza-se pelo rápido desenvolvimento de sinais focais (ou globais) de distúrbios da função cerebral que durem mais de 24 horas ou levem ao óbito, sem outra causa aparente que não a de origem vascular. É causado pela interrupção do suprimento sanguíneo ao tecido cerebral resultante do bloqueio (infarto) ou da ruptura (hemorragia) vascular³⁹.

1.1.1 Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

O AVC isquêmico corresponde a cerca de 75% dos pacientes com AVC e resulta geralmente da oclusão completa de uma artéria, privando determinada região do encéfalo de nutrientes essenciais. A oclusão decorre da presença de coágulos que se desenvolvem dentro da própria artéria (trombose arterial) ou em algum outro local do organismo para depois migrar até o encéfalo (embolia cerebral)⁴⁰.

O AVC isquêmico pode ser classificado de acordo com o território vascular ou localização anatômica. O que envolve a região suprida pelas artérias carótidas é chamado de AVC isquêmico da circulação anterior ou do território carotídeo, e, frequentemente, envolve o hemisfério cerebral. Já o que afeta o território suprido pelo sistema vértebrobasilar é

denominado AVC isquêmico da circulação posterior ou do território vértébrobasilar e, geralmente, compromete o tronco encefálico e/ou o cerebelo⁴⁰.

Como já foi dito, o AVC pode ser causado por embolia ou trombose arterial e é subdividido, de acordo com a duração do déficit, em⁴²:

- Ataque Isquêmico transitório (AIT): apresenta um quadro agudo com perda de função de uma região encefálica ou retiniana, regredindo em menos de 24 horas, atribuindo a suprimento sanguíneo inadequado em território carotídeo ou vértébrobasilar;
- Déficit neurológico isquêmico reversível: ocorre quando a reversão do quadro neurológico se dá em tempo superior a 24 horas e inferior a três semanas;
- Acidente vascular cerebral (AVC) em progressão: se dá quando o déficit focal piora ou melhora em um determinado período de tempo. Por isso, nesses casos, torna-se necessária uma reavaliação periódica do paciente em 30 a 60 minutos;
- Infarto cerebral ou AVC completo: ocorre quando o déficit neurológico persiste por mais de três semanas.

1.1.2 Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

Braga, Alvarenga e Neto⁴² relatam que é decorrente da ruptura de vasos sanguíneos que irrigam a região, provocando hemorragia no interior ou em torno do cérebro.

- Acidente intracerebral: corresponde a presença de lesão intraparenquimatosa (hematoma), levando a sinais e sintomas neurológicos secundários;
- Hemorragia subaracnóides: não foram observados sinais de sofrimento cerebral intraparenquimatoso, somente se houver complicação posterior. A causa mais comum de hemorragia subaracnóide é a ruptura de um aneurisma. Já a hipertensão arterial é a causa mais frequente de hemorragia intraparenquimatosa em adultos⁴⁰.

O termo acidente vascular cerebral (AVC) ressalta a urgência do tratamento na fase aguda. O manejo adequado do AVC agudo exigirá esforços educacionais, visando à otimização entre profissionais de saúde e população leiga de todos os seguintes aspectos: educação dos pacientes de risco, reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do AVC, transporte rápido do paciente para o hospital, rápida triagem e avaliação hospitalar. Esse conjunto de ações é mandatório para o atendimento precoce ao paciente que sofreu o AVC, assim como melhor prognóstico³⁹.

O tratamento precoce e adequado do AVC agudo depende da detecção do evento pelo paciente, pela família ou por outras testemunhas. A equipe multidisciplinar tem o papel fundamental de orientar o público leigo e seus pacientes para o reconhecimento precoce dos sinais de um AVC.

Diferentemente do ataque cardíaco, no qual a dor precordial é o sintoma mais importante, a apresentação do AVC pode ser sutil, com alterações de comportamento e desorientação ou alguma dificuldade de fala. O AVC pode ocorrer durante o sono ou quando o paciente está só e os sintomas podem persistir ou ser de natureza transitória, impedindo o reconhecimento e ações precoces. A educação do público é essencial para assegurar o rápido acesso do paciente ao atendimento de emergência⁴⁰.

Devem-se divulgar na comunidade os principais sintomas do AVC, chamando a atenção para a necessidade de avaliação hospitalar imediata dos indivíduos afetados agudamente por: fraqueza unilateral (raramente apenas um único segmento corporal), perda da sensibilidade unilateral (raramente apenas um único segmento corporal), alterações da fala e da linguagem, perda de visão unilateral, ataxia e incapacidade de manter-se de pé, diplopia, vertigem, cefaleia súbita e intensa, sonolência excessiva⁴⁰.

O diagnóstico do AVC deve ser considerado sempre que um paciente apresentar início súbito de déficit neurológico focal ou alteração do nível de consciência. Poucas doenças neurológicas não-vasculares podem ser causa de um distúrbio neurológico agudo, a principal característica do AVC⁴⁰.

As principais condições para o diagnóstico diferencial do AVC incluem: trauma de crânio/ trauma cervical, meningite/ encefalite, encefalopatia hipertensiva, isquemia cerebral pós-parada cardíaca, doença desmielinizante, paralisia psicogênica, massas intracranianas, crise epiléptica com sinais neurológicos transitórios, enxaqueca com sinais neurológicos persistentes, hiperglicemia (coma hiperosmolar não-cetótico), hipoglicemia e intoxicação exógena (drogas etc.)⁴⁰.

A avaliação diagnóstica se inicia no atendimento pré-hospitalar, quando o exame neurológico extenso é inadequado, pois retarda o encaminhamento do paciente ao serviço de emergência. Suyama e Crocco⁴³ dizem que a escala de AVC pré-hospitalar desenvolvida em Cincinnati, é capaz de identificar com rapidez o AVC. Essa escala avalia os três achados mais importantes ao exame físico no AVC: paresia facial, déficit motor do membro superior e alteração da fala.

Sempre que possível, as equipes pré-hospitalares devem identificar o momento do início dos sinais e sintomas do AVC. Esse momento terá implicações importantes na

terapêutica. O momento do início dos sintomas deve ser considerado o momento “zero” e toda a conduta e tratamento estarão relacionados a esse tempo⁴³.

Em geral, a avaliação diagnóstica dos pacientes que chegam ao hospital com suspeita ou diagnóstico de AVC agudo de qualquer tipo é feita em paralelo aos cuidados iniciais. Idealmente, desde o atendimento no setor de emergência até a alta hospitalar, as etapas de atendimento, os métodos diagnósticos e as modalidades de tratamento utilizadas devem ser amplamente documentados⁴³.

Segundo H.P. Adams, R.J. Adams e Brott⁴⁴, após a chegada do paciente ao hospital, o exame neurológico é mandatório. A avaliação neurológica de emergência é focada em cinco pontos: nível de consciência, tipo de AVC (hemorrágico vs. isquêmico), localização do AVC (território carotídeo vs. vértebrobasilar), gravidade dos sinais e sintomas, mecanismo provável do AVC.

1.2 As Incapacidades Físicas do Portador de AVC.

Este estudo, se apóia na Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), que apresenta indicadores que permitem maior entendimento dentro do binômio saúde-qualidade de vida.

Em 1976, a OMS publicou a International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH) em caráter experimental, traduzida para o Português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID)⁴⁵.

De acordo com esse marco conceitual, “*impairment*” (deficiência) é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; “*disability*” (incapacidade) é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; “*handicap*” (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade⁴⁶.

Uma vez eleito o termo incapacidade como base neste trabalho, o estudo se fundamenta, ainda, numa classificação complementar à Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) que descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive⁴⁶.

Segundo a Organização Mundial de Saúde³⁹, a CID-10 (Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde) e a CIF são complementares. A informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre a saúde do indivíduo ou populações. Por exemplo, duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm necessariamente a mesma condição de saúde.

Para OMS³⁹, o modelo da CIF é a funcionalidade, que cobre os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. A funcionalidade é usada no aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo este modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social e os fatores ambientais. Esses podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação.

As funções do corpo são definidas como as funções fisiológicas e psicológicas dos sistemas do corpo. As estruturas são definidas como as partes anatômicas do corpo, como os órgãos e seus componentes.

Ainda de acordo com a OMS³⁹, as atividades e participação (A&P) descrevem como o indivíduo exerce suas atividades diárias e se engaja na vida social, considerando as funções e estruturas do seu corpo. O conteúdo desses componentes (A&P) é organizado desde simples tarefas e ações, até áreas mais complexas da vida, sendo incluídos itens referentes à aprendizagem e aplicação do conhecimento, tarefas e demandas gerais, comunicação, mobilidade, cuidados pessoais, atividades e situações da vida doméstica, relações e interações interpessoais, educação e trabalho, autosuficiência econômica e vida comunitária.

As limitações de atividade são as dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma determinada atividade. As restrições à participação social são os problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações da vida.

Os fatores ambientais constituem o “ambiente físico, social e de atitudes” em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Esse componente inclui itens referentes a produtos e tecnologia, ambiente natural como clima, luz e som; apoios e relacionamentos, como a família, “cuidadores” e assistentes sociais; atitudes individuais e sociais; normas e ideologias; serviços, sistemas e políticas de previdência social, como saúde, educação, trabalho, emprego, transportes, entre outros³⁸.

No entanto, os conceitos apresentados na classificação introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade³⁹. Elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência; e pela disponibilidade de serviços e de legislação. Dessa forma, a classificação não constitui apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos, permitindo, também, avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social⁴⁷.

A OMS propõe uma classificação da conceituação de deficiência que pode ser aplicada a vários aspectos da saúde e da doença, sendo um referencial unificado para a área da reabilitação. Estabelece com objetividade, abrangência e hierarquia de intensidades uma escala de deficiências com níveis de dependência, limitação e seus respectivos códigos, propondo que sejam utilizados junto a Classificação Internacional de Doenças (CID) pelos serviços de medicina, reabilitação e segurança social⁴⁸.

O fato de as deficiências não apresentarem uma relação clara com as necessidades de saúde, assim como a importância progressiva dada à independência funcional de pacientes-alvo de programas de reabilitação, impulsionou o desenvolvimento de medidas para avaliação de incapacidades funcionais.

Os métodos de avaliação passaram, então, a incorporar as atividades passíveis de desenvolvimento por uma pessoa, tendo em vista sua capacidade física, bem exemplificada nas escalas de avaliação das atividades diárias da vida (ADV)⁴⁸.

As ADV são aquelas necessárias ao cuidado pessoal, tais como banhar-se, alimentar-se, vestir-se, deitar-se e levantar-se da cama, ir ao banheiro e movimentar-se em casa, cuja execução depende de habilidades físicas e cognitivas de um indivíduo^{49,50}.

As escalas de avaliação das atividades diárias da vida sintetizam, por meio de um índice, o grau de independência de um indivíduo na realização de tais atividades e, indiretamente, o estado de saúde e a necessidade de auxílio, como, por exemplo, o Índice de Barthel e o Índice de Atividades Diárias da Vida⁴². Tais escalas foram concebidas para avaliação de situações caracterizadas por graus elevados de incapacidade usualmente verificados em pacientes institucionalizados e/ou idosos⁵⁰.

A partir da década de 1970, ampliou-se o escopo das ADV, incluindo, além de as habilidades físicas, a avaliação da (re)integração dos indivíduos acometidos ao meio social.

Adicionalmente, buscou-se possibilitar a avaliação de níveis menos graves de incapacidades, mais comumente verificados na população em geral. Foram então desenvolvidas as escalas de avaliação das atividades instrumentais diárias da vida (AIDV), compreendendo as limitações existentes para fazer compras, cozinhar, administrar as finanças do lar, realizar trabalhos domésticos, tomar remédios e se movimentar pela vizinhança⁵⁰.

Essencialmente, Sadana⁴⁹ afirma que as AIDV focalizam a habilidade de um paciente ou, mais amplamente, de qualquer indivíduo viver em seu meio. Para tal, além do nível de incapacidade funcional- de natureza física e/ou psíquica, são necessárias informações sobre o meio onde vive, incluindo o grau de suporte social e todos os fatores, facilitadores ou inibidores, que interferem no desenvolvimento das desvantagens.

Diferentemente da avaliação de deficiências e das incapacidades por meio de as escalas de ADV, alguns dos itens que compõem as AIDV podem ter aplicação restrita a subgrupos populacionais, devido à modulação de fatores sócio-culturais na determinação das desvantagens⁴⁹.

A dimensão física da saúde é também contemplada em diversos instrumentos desenvolvidos para avaliação do estado de saúde e da qualidade de vida de populações gerais ou grupos específicos, como portadores de doenças e condições particulares.

Os chamados perfis do estado de saúde, de cunho multidimensional, costumam abordar a saúde física por meio de suas expressões no plano das deficiências, incapacidades e/ou desvantagens, incluindo itens relacionados à deambulação, mobilidade, atividades ocupacionais, domésticas e de lazer, recreação e cuidados pessoais⁴⁹.

Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, Quaresma⁵¹ comentam que na avaliação da atividade física é importante distinguir a capacidade funcional da real performance de um indivíduo. Respostas às perguntas sobre o que um indivíduo “pode” ou “é capaz de” fazer ou realizar podem ser influenciadas pelo que o respondente imagina estar ao seu alcance, mesmo que isso não corresponda à realidade. Como consequência, os níveis de atividade física tendem a ser superestimados. Por outro lado, avaliações sobre a performance efetiva, do tipo “você faz ou realiza uma determinada atividade?”, a princípio mais diretas e objetivas, podem igualmente gerar resultados enviesados. Tendo em vista a influência de fatores não diretamente relacionados à saúde física, como os de natureza psíquica e ambiental, as avaliações da performance funcional podem subestimar os reais níveis de atividade física.

Indicadores de deficiências e incapacidades baseados em medidas de prevalência, provenientes de censos ou de inquéritos populacionais realizados em diversos países, compõem a base de dados e estatísticas sobre incapacidades (*Disability Statistics Data Base-DISTAT*) das Nações Unidas³⁹.

Estruturada segundo os conceitos da ICIDH, a criação da base DISTAT, além de sistematizar dados e informações, impulsionou a discussão acerca da necessidade de padronização dos conceitos relacionados às consequências das doenças e agravos à saúde não letais³⁹.

O destaque dirigido à avaliação de incapacidades fez com que vários países membros da OMS passassem a incluir informações sobre prevalência de incapacidades no monitoramento e na avaliação da estratégia de saúde para todos⁵².

Falcão⁵³ enfatiza que é evidente que esses termos são imbricados, são definições de dimensões de um mesmo problema, portanto, se interrelacionam sem que haja limite preciso entre elas. Neste estudo, adotamos o conceito de incapacidade por entender que se aproxima melhor dos objetivos propostos.

O paciente com AVC está sujeito a múltiplas complicações, incluindo o descondicionamento musculoesquelético, dificuldades de deglutição, disfunção vesical ou intestinal, incapacidade de realizar o autocuidado e a ruptura da pele. Após a fase aguda é necessário avaliar o estado mental (memória, espectro de atenção, percepção, orientação, afeto, fala/linguagem), sensação/percepção, controle motor, capacidade de deglutir, estado nutricional e de hidratação, integridade cutânea, tolerância à atividade e funções intestinal e vesical⁵⁴.

Os principais diagnósticos de enfermagem incluem: mobilidade física comprometida relacionada à hemiparesia, perda de equilíbrio e coordenação, espasticidade e lesão cerebral; dor (ombro doloroso) relacionado à hemiplegia e desuso; déficits de autocuidado (higiene, toalete, alimentação); alterações sensoriais/perceptuais; deglutição comprometida; incontinência relacionada à bexiga flácida; instabilidade do detrusor; confusão; dificuldade na comunicação; processos de pensamentos alterados relacionados à lesão cerebral; incapacidade de seguir instruções; comunicação verbal comprometida; risco de integridade cutânea relacionada à hemiplegia/hemiparesia; mobilidade diminuída; e disfunção sexual⁵⁴.

Conforme dito anteriormente, o paciente após o AVC geralmente tem de enfrentar incapacidades residuais, tais como paralisia dos músculos, rigidez nas partes do corpo

afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais⁵⁵.

A curva que representa a trajetória da recuperação das funções físicas e cognitivas afetadas pelo AVC atinge um platô de aproximadamente seis meses após o episódio. Num período que varia de um mês a dois anos após o AVC, os sobreviventes podem sofrer deterioração da funcionalidade, melhorar ou permanecer estabilizados na condição inicial⁵⁵.

A velocidade da recuperação e o grau de adaptação variam de indivíduo para indivíduo e dependem da gravidade das lesões e do engajamento em processos de reabilitação eficientes⁵⁵.

1.3 Incapacidade Física do Tipo Alteração de Deglutição: a disfagia.

Nasi, Carvalho, Ceconelo, Pinotti⁸ descrevem que a disfagia consiste na dificuldade na deglutição por perda na progressão ordenada do alimento da boca para o estômago. Trata-se do sintoma de uma doença em curso, podendo ocorrer em qualquer idade de forma imprecisa, lenta ou ambas. Pode ser classificada pela sua localização: alterações orofaríngeas, da boca até o esfíncter cricofaríngeo (disfagia orofaríngea ou alta), alterações esofágicas, abaixo do esfíncter cricofaríngeo (disfagia esofágica ou baixa).

A deglutição é resultante de um complexo mecanismo neuromotor, cuja absoluta coordenação em cada fase (oral, faríngea e esofágica) e entre elas resultará no efetivo transporte do alimento até o esôfago⁵⁶.

É um processo contínuo, mas, para melhor compreensão, pode ser dividido em três fases: a oral, a faríngea e a fase esofágica. A fase oral é, principalmente, voluntária. Comidas sólidas são trituradas pelos dentes e a saliva mistura-se com o alimento, lubrifica a comida triturada e permite que fragmentos na textura apropriada para a deglutição, já lubrificados, sejam moldados dentro de um bolo. Após isso, há o transporte do bolo para a faringe. É na fase oral, também, que se inicia o processo de absorção de nutrientes^{57,58}. O reflexo palatal previne a comida de entrar na nasofaringe. Diferentes texturas são deglutidas diferentemente. Os alimentos são contidos dentro da cavidade oral por criação de uma pressão subatmosférica,

e, através da força da língua contra o palato duro o alimento é propelido para dentro da faringe em duas outras fases^{57,58}.

Durante a primeira fase, a língua é moldada dentro de um sulco longitudinal pelos músculos longitudinal superior e genioglosso. Esse sulco torna-se um espaço tubular quando o palato duro e a língua ficam em contato. O dorso da língua é forçado para cima pela contração do músculo lingual transverso. O líquido é forçado para trás e para dentro da faringe. A segunda fase se inicia com a contração dos dentes, a contração do milioide, e a suspensão do assoalho bucal. A parte posterior da língua é forçada para trás, empurrando o fluido e/ou o sólido para dentro da faringe⁵⁷.

A fase faríngea é um mecanismo reflexo controlado por receptores localizados na parede posterior da faringe, pelas tonsilas e a base da língua, que são estimuladas por fluidos ou comida⁵⁸.

As aberturas pertencendo à vista aérea, à nasofaringe e à laringe devem ser fechadas quando a comida passa através do sistema alimentar para prevenir a passagem do bolo para a via aérea. Isso resulta da ação do esfíncter nasofaríngeo e laríngeo. A respiração tem inibição reflexa e é seguida pelo fechamento velofaríngeo, fechamento glótico e elevação laríngea com deslocamento anterior⁵⁸.

Shay e Ship⁵⁷ acrescentaram, ainda, que três tarefas fisiológicas essenciais são realizadas pela cavidade oral: o início da alimentação, a produção da fala e a proteção contra as bactérias.

Dodds, Logemann e Stewart⁵⁹ subdividiram a deglutição em quatro fases: fase preparatória, fase oral, fase faríngea e a fase esofágica. A fase preparatória envolve a mastigação de um bolo alimentar e o mistura com a saliva. O bolo alimentar é moldado (formado) e posicionado na língua prontamente para a deglutição. Durante a fase oral, o bolo é propelido da cavidade oral para dentro da faringe. A fase faríngea envolve o transporte do bolo alimentar da orofaringe para dentro do esôfago. Logemann⁶⁰ descreveu que o estímulo exato necessário e mecanismos sensoriais usados no disparo da deglutição faríngea não são claramente definidos.

A deglutição normal requer controle neuromuscular fino de estruturas na cavidade oral, faringe, laringe e esôfago para que a comida seja reduzida a uma consistência apropriada e possa ser transportada da boca ao estômago⁶⁰.

Qualquer interrupção no processo da deglutição pode ocasionar dificuldades, como a disfagia que, em algumas condições, pode ser a primeira manifestação clínica da doença⁶¹.

Vários são os fatores envolvidos na deglutição. Podem ser importantes o tamanho da partícula e a quantidade de fluido na boca, em parte da saliva e outra do alimento, bem como o gosto e a forma do alimento⁴⁷.

Os sintomas mais frequentes de alterações nas fases oral e faríngea da deglutição incluem dificuldade de iniciar a deglutição, disfagia cervical, regurgitação nasal, tosse e engasgos. Anormalidades funcionais nas fases preparatória e oral da deglutição são causadas por movimentos anormais da língua e, ocasionalmente, pela alteração no tecido mole da língua ou cavidade oral, incluindo uma dificuldade em formar o bolo ou mantê-lo acima da língua. Normalmente, a fase oral da deglutição passa por uma tranquila transição a uma rápida fase faríngea, com transporte do bolo através da faringe. Em alguns pacientes, entretanto, a fase faríngea é atrasada, mas, uma vez iniciada, é normal⁶².

Um número de fatores pode contribuir para alteração no transporte do bolo na fase faríngea: ausência ou redução do movimento hiolóide, ausência ou redução do movimento laríngeo, movimento palatal inadequado, atraso ou ausência da fase faríngea, aumento unilateral de resíduo em valécula e/ou seios piriformes, movimentos anormais de epiglote, penetração e/ou aspiração laríngea e abertura anormal do esfíncter esofágico superior. Neste último, a incompleta abertura pode prejudicar o transporte do bolo, levando a um excessivo resíduo faríngeo e causando aspiração tardia. O movimento anterior lento do hióide pode contribuir para uma abertura incompleta desse esfíncter, mas isso, raramente, ocorre como um achado isolado⁵⁹.

A língua organiza o alimento a ser mastigado, lateralizando-o, e junta esse alimento à saliva, formando o bolo alimentar. Ocorre a vedação labial com o objetivo de impedir o escape de alimento durante a mastigação⁶³.

De acordo com o autor, na fase oral, consciente e voluntária, há a propulsão do bolo alimentar pela língua, a grande responsável pela propulsão do bolo em direção à faringe. A força aplicada pelas bochechas e lábios contra os dentes impede resíduos alimentares em vestíbulo; a vedação da cavidade oral pelos lábios auxilia a manutenção das forças de propulsão necessárias para o transporte do bolo.

Durante a fase laríngea, involuntária, a língua movimenta-se em direção ao palato mole, que se move em direção à língua; há constrição da parede posterior da faringe, elevação da laringe e a epiglote é inclinada para trás e para baixo pelo levantamento da laringe e

contração do soalho da boca concomitante ao levantamento do osso hióide, havendo, nesse momento, a interrupção da respiração; ocorre a abertura do cricofaríngeo e o bolo alimentar caminha em direção ao esôfago superior⁶³.

Na fase esofágica, inconsciente e involuntária, há uma onda peristáltica que encaminha o bolo alimentar para o estômago. Nessa fase, a medula e o córtex cerebral controlam esse reflexo involuntário⁶⁴. Quaisquer dificuldades e/ou alterações no transporte do bolo alimentar da orofaringe ao estômago denomina-se de disfagia, podendo ser classificada em disfagia oral, faríngea ou esofágica⁶⁴.

Danos neurológicos ou estruturais e muitas outras doenças podem causar anormalidades em um ou mais eventos fisiológicos nos estágios oral e faríngeo da deglutição⁶⁰.

A disfagia orofaríngea pode ser resultado de um número de problemas locais, neurológicos ou musculares. Alteração estrutural local, como a disfunção do esfíncter esofágico superior ou divertículo faringoesofágico ocorre quando a habilidade de transferir a comida da boca ao esôfago é prejudicada. A disfagia esofagiana é o resultado de qualquer obstrução mecânica (como tumor) do órgão ou alteração na mobilidade, que afeta a própria função muscular do esôfago. Tipicamente, a disfagia obstrutiva mostra-se como a dificuldade na deglutição de sólidos, progredindo ao líquido, no curso da doença. A disfagia que resulta de disfunção neuromuscular, tipicamente, é apresentada como problemas na deglutição de líquidos e sólidos⁶³.

A incoordenação do mecanismo de deglutição pode resultar em aspiração de alimentos ou regurgitação nasal. Assim, a disfagia orofaríngea, geralmente, é associada com tosse após a deglutição, dificuldade respiratória, infecção pulmonar⁶⁴, comprometendo tanto a parte respiratória do indivíduo como a sua nutrição⁶⁵.

1.3.1 Avaliação Clínica da Disfagia

A avaliação clínica consta, primeiramente, de uma anamnese dirigida, com a finalidade de obter informações a respeito dos aspectos etiológicos, clínico gerais, progressão da doença e dados referentes à alimentação atual do paciente.

Em seguida, realiza-se o exame clínico específico, onde são analisadas as estruturas orofaringolaringeais e suas interrelações durante as fases da deglutição.

Após a avaliação, o profissional deve ser capaz de identificar as estruturas comprometidas e suas implicações na dinâmica da deglutição e classificar a gravidade da disfagia, definindo a conduta terapêutica apropriada para cada caso.

Para o exame, pode-se utilizar métodos indiretos e diretos; considerando sempre que um não deve excluir o outro, pois seus objetivos são distintos.

Os métodos indiretos não fazem uso de qualquer tipo de alimentação via oral. Através deles, pode-se realizar a observação das estruturas faciais e orofaringolaringeais, caracterizando: os aspectos da face; a postura de cabeça; a presença ou não de atrofia; o estado e oclusão dentária; a adequação da articulação temporomandibular; o palato duro e palato mole e os músculos (faciais, mastigatórios e de língua) quanto ao seu aspecto em repouso e em movimento⁶⁶.

Por outro lado, os métodos diretos fazem uso de diferentes tipos de dieta via oral, visando à observação das funções (respiração, sucção, voz, fala, mastigação e deglutição), bem como análise da dinâmica do processo. Para tanto, são utilizadas as seguintes consistências: sólido, pastoso consistente, pastoso fino, líquido engrossado e líquido ralo; com as medidas padronizadas de 1, 3, 5, e 10ml⁶⁶.

Durante a deglutição observa-se: vedação labial; contenção oral; eficiência mastigatória; capacidade de medializar e posteriorizar o alimento; presença de refluxo nasal; elevação de laringe; número de deglutições; presença de resíduos alimentares e/ou secreção após três deglutições; presença de tosse, engasgos e/ou pigarros antes, durante ou após a deglutição; alteração do comportamento vocal após deglutição; movimentação corporal associada; coordenação respiração-deglutição e restrição alimentar, quanto ao tipo de dieta⁶⁶.

O uso da ausculta cervical e da oximetria digital pode ser considerado como mais um instrumento clínico durante a avaliação da disfagia, melhorando a capacidade do profissional de prever a penetração laringeal e a aspiração traqueal⁶⁵.

1.3.2 Classificação das Disfagias Quanto à sua Gravidade.

Conforme a tabela 1, as disfagias são classificadas de acordo com a sua gravidade em⁶⁶:

Tabela 1 – Classificação de gravidade das disfagias – 1999.

Grau	Zero	I	II	III	IV
Gravidade	Exame Normal	Disfagia Leve	Disfagia Moderada	Disfagia Grave	Disfagia Profunda
Quadro clínico	Contenção normal oral	Contenção normal oral	Dificuldade moderada na contenção oral	Grande estase salivar	Grande estase salivar
	Vedação labial presente	Esforço leve na vedação labial	Esforço moderado na vedação labial	Esforço acentuado na vedação labial	Profunda alteração em mobilidade e tensão das estruturas orofaríngeais
	Ausência de refluxo nasal	Ausência de refluxo nasal	Pode ocorrer refluxo nasal	Refluxo nasal	
	Mobilidade e postura de língua normal	Atraso para desencadear o reflexo de deglutição	Fraqueza, lentidão e incoordenação em língua e lábios.	Acentuada fraqueza, lentidão e incoordenação em língua e lábios	
	Capacidade de medializar e posteriorizar o alimento	Dificuldade em medializar e posteriorizar o alimento (lentidão e pouca coordenação)	Dificuldade moderada em manter, medializar e posteriorizar o bolo alimentar	Dificuldade acentuada em manter, medializar e posteriorizar o bolo alimentar	Inabilidade em manter, medializar e posteriorizar o bolo alimentar
	Elevação de laringe presente, com bom deslocamento vertical	Sem redução de elevação de laringe	Redução na elevação de laringe	Redução ou elevação incompleta de laringe	Redução ou elevação incompleta de laringe
	Menos de 3 tentativas de propulsão do bolo	Menos de 3 tentativas de propulsão do bolo	Mais de 3 tentativas de propulsão do bolo	Propulsão do bolo débil ou ausente	Propulsão do bolo ausente
	Ausência de resíduos alimentares após 3 deglutições	Pouca presença de resíduos alimentares após 3 deglutições	Presença de secreção na cavidade oral	Grande quantidade de secreção e resíduo alimentar na cavidade oral	Grande quantidade de secreção na cavidade oral
	Ausência de tosse durante ou após a deglutição	Ausência de tosse durante ou após a deglutição	Pode haver pigarro, tosse e/ou engasgos durante e após a deglutição	Presença de pigarro, tosse e/ou engasgos antes, durante ou após a deglutição	Presença de pigarro, tosse e/ou engasgos ocasionados pelo próprio acúmulo de secreção em cavidade oral.
	Ausência de movimentação corporal associada	Ausência ou pouca movimentação corporal associada	Pode haver moderada movimentação corporal associada	Pode haver grave movimentação corporal associada ou alterações globais de movimento	Pode haver alterações globais de movimento
	Coordenação respiração-deglutição presente	Leve incoordenação respiração-deglutição	Incoordenação respiração-deglutição	Grave incoordenação respiração-deglutição	Pode haver uso de traqueostomia e apoio ventilatório
Alimentação sem alterações		Sem alterações	Permanência de via oral com dieta modificada	Necessidade de manobras e dieta modificada. Pode ocorrer via oral parcial associada à via alternativa de alimentação.	Via alternativa de alimentação (sonda nasogástrica ou gastrostomia). Necessidade de estimulação oral indireta.

Fonte: Johnstone, 2003⁶⁶

A avaliação clínica da disfagia por si só não é capaz de definir a presença ou ausência de aspiração, principalmente se for silenciosa. Em busca de um diagnóstico melhor e mais preciso, empregam-se alguns exames complementares, como a videofluoroscopia e a nasofibrolaringoscopia⁶⁷.

O mais importante exame na avaliação do paciente com disfagia orofaríngea neurogênica é a videofluoroscopia da deglutição. O método registra a sequência dinâmica das etapas da deglutição em tempo real e possui uma qualidade de imagem que permite a análise qualitativa do processo, destacando o papel das diversas estruturas envolvidas⁶⁸.

Entretanto, algumas condições limitam o seu uso, tais como: custo operacional; disponibilidade de raios X com fluoroscopia; impossibilidade de transporte dos raios X ao paciente; pacientes gravemente enfermos em UTI, impossibilitados de remoção; pacientes gravemente debilitados ou com diminuição da mobilidade, incapazes de se posicionar corretamente na mesa de raios X e a exposição à radiação⁶⁸.

Nesses casos, utiliza-se a nasofibrolaringoscopia, método simples e seguro que permite a avaliação funcional da deglutição na região faringolaríngeal⁶². Por meio deste exame, além de observar as estruturas anatômicas de faringe e laringe, mobilidade de lábio, língua e laringe e estase salivar em valéculas e hipofaringe, também pode-se observar, antes e após a deglutição: a contenção oral (se há escape prematuro do contraste para a faringe); refluxo nasal; acúmulo de contraste em valécula e/ou seios piriformes; sensibilidade laringeal; penetração laringeal; aspiração traqueal; número de deglutições necessárias à eliminação total do contraste; tosse eficaz e mecanismo de proteção das vias aéreas e graduar o comprometimento funcional e acompanhar a evolução da disfagia⁶⁹.

Smeltzer e Bare⁵⁴ apontam que pacientes que sofreram AVC devem ser observados para paroxismos de tosse, deixar o alimento escorrer pelo canto da boca ou ficar acumulado em um lado da boca, reter o alimento por longos períodos na boca; regurgitação nasal quando engolem líquidos. As dificuldades de deglutição colocam o paciente em risco de aspiração, pneumonia, desidratação e desnutrição.

Em outros casos, a disfagia pode causar aspirações silenciosas que não são percebidas e, com isso, a comida ou saliva entra no canal aéreo e, em seguida, nos pulmões. A princípio, isso não causa nenhum sintoma, mas, ao longo do tempo, pode ocorrer edema pulmonar ou crescimento de germes patológicos que causam pneumonia. A aspiração pode ter consequências graves e até mesmo fatais⁷⁰.

Quando o paciente não consegue mais retomar a ingestão oral, uma sonda de alimentação gastrointestinal pode ser introduzida. Os tubos entéricos podem ser nasogástricos, posicionados no estômago, ou nasoenterais, posicionados no duodeno para diminuir o risco de aspiração. Alguns pacientes ainda podem beneficiar-se da inserção de um tubo de gastrostomia⁵⁴.

Os sintomas são: tosse, engasgos, relato de que os alimentos ficam parados na garganta (faringe), dificuldade para respirar, perda de alimentos ou saliva pela boca, dificuldade em mastigar, pneumonias de repetição, perda de peso, desidratação. Quando o paciente não consegue se comunicar pode apresentar angústia, sudorese, inquietação durante a alimentação, o que sugere estar em dificuldade⁵⁴.

Estudos sobre os fatores que alteram a deglutição demonstram a necessidade de se suspeitar que haja uma doença em curso quando o paciente apresenta sintomas dessa natureza. Hoje, sabe-se que, através do diagnóstico, alterações decorrentes da idade e provenientes de outras doenças podem ser diferenciadas⁷¹.

Segundo Falcão⁵³, nas pessoas com AVC o risco de desenvolver incapacidades é alto em razão da lesão neuronal. Essa é uma outra forma de expressão da gravidade, pois a perda de autonomia entre adultos e consequente dependência dos mesmos é causada, principalmente, pela incapacidade resultante do AVC. São comuns em casos de AVC e causam limitações para retornar ao trabalho produtivo: ansiedade, depressão, distúrbios do sono e da função sexual, distúrbios motores, sensoriais, cognitivos e de comunicação, alterações fisiológicas (dispneia, angina, hipertensão, etc.) durante atividades físicas⁵³.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, com uma abordagem quantitativa. A população alvo deste estudo foi constituída por pacientes adultos com AVC pertencentes ao SAD da área programática quatro (A.P.4)^{***} e buscou analisar a condição dos pacientes após um AVC em relação à deglutição para fundamentar os cuidados de enfermagem voltados para a prevenção das complicações da disfagia (pneumonia e desnutrição). Para isso, foram apresentados dados sócio-laborial e de saúde dos pacientes com AVC e analisadas as associações entre disfagia e idade, fatores de risco, episódios de AVC e consistência dos alimentos.

Segundo Medronho⁷², a descrição da distribuição de um agravo de saúde em uma população é uma das fontes imprescindíveis para o planejamento e administração de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em nível coletivo como individual.

O estudo transversal apresenta-se também como um estudo rápido e de baixo custo, além de impedir perdas no decorrer do processo, pois todas as informações são colhidas em um único momento e fornecem informações descritivas sobre prevalência, razão de prevalência e incidência⁷².

2.1 Campo de Pesquisa

Como já foi dito, o estudo foi realizado no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) oferecido pelo Sistema Único de Saúde/SUS. O SAD caracteriza-se como um serviço público responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar⁷³.

Para que um paciente seja admitido no SAD, ele passa pelas seguintes etapas: indicação clínica, elaboração do plano de atenção domiciliar (PAD) e início da prestação da assistência ou internação domiciliar. Já a alta é determinada pelo encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito.

^{***} Divisão administrativa da cidade do Rio de Janeiro.

Os pacientes que passaram por uma internação hospitalar e ainda necessitam de cuidados especiais recebem assistência terapêutica em suas residências. Esses pacientes, embora ainda necessitem de cuidados, não precisam ficar hospitalizados porque têm estado clínico estável e dispõem de responsável capaz de exercer a função de cuidador em casa. O tempo de permanência de atendimento para esses pacientes será compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente⁷³.

Esse serviço de atenção domiciliar atende a região vizinha ao Hospital de Jacarepaguá (Cardoso Fontes), compreendendo um total de trinta e dois bairros, e sendo referência para a zona oeste no tratamento de pacientes com acidente vascular cerebral. Esse hospital foi o local em que foi realizada esta pesquisa, porém existem outros hospitais que se beneficiam desse mesmo serviço, como é o caso dos hospitais do Andaraí, Lagoa e Geral de Bonsucesso.

O Hospital de Jacarepaguá participa do SAD a partir da parceria criada entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura do Rio de Janeiro. O município se responsabilizou pela criação do espaço físico e do provimento de medicamentos da farmácia básica.

O Ministério da Saúde provê suporte logístico como transporte, funcionários, equipamentos e manutenção dos mesmos, sistema de comunicação telefônica e insumos, além de capacitação dos recursos humanos⁷³.

A escolha por esse campo deu-se pelo fato de a unidade apresentar o quantitativo maior de pacientes acometidos pelo AVC e atendidos pela equipe do SAD, o que permitiu a coleta de um maior número de dados num menor tempo possível, favorecendo o desenvolvimento da pesquisa, além de apresentar acesso seguro aos pacientes inseridos no programa pelos pesquisadores.

Cabe lembrar que o programa conta com uma equipe multidisciplinar composta de enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, médico e técnico de enfermagem.

2.2 População, Amostra e Técnica de Amostragem

A população foi identificada na primeira fase do estudo, entre os casos atendidos pelo SAD no período de um ano (2007-2008). Os pacientes apresentavam idade superior aos 18 anos, participavam do SAD no Hospital de Jacarepaguá no Município do Rio de Janeiro, tinham um cuidador e o diagnóstico AVC independente de classificações e sub-tipos. Com

esses casos, construiu-se um banco de dados, excluindo-se os sujeitos que tinham alta planejada para até setembro de 2008.

Assim, extraiu-se uma listagem de 102 sujeitos agrupados por ordem cronológica de ingresso no SAD, o que garantiu uma posição aleatória de cada sujeito na lista, independente da idade, sexo ou outra condição, minimizando, assim, o viés de seleção.

Cabe ressaltar que esse número de atendimentos do SAD é alterado com frequência dada a rotatividade dessa população, seja pela admissão de novos pacientes, óbitos ou alta do SAD, o que ocorre por inúmeros motivos, como: mudança de área programática (A.P.), reinternação hospitalar e autonomia do paciente para serem acompanhado na rede básica de saúde, como os postos de saúde, por exemplo. Para a configuração dessa listagem não houve mudanças ou substituições de pacientes. Segundo dados do SAD, os usuários portadores de AVC, no período de maio 2006 à maio de 2008, eram 11,64% do total de usuários desse serviço.

Para ser admitido no SAD, o paciente deve preencher alguns critérios clínicos, administrativos e assistenciais listados a seguir.

Clínicos

- Prioritariamente idosos e acamados;
- Portadores de doenças crônico-degenerativas (HAS, DM, Neoplasia, AVC), traumas ortopédicos, e/ou incapacidade funcional provisória ou permanente, internações prolongadas e recorrentes;
- Estar clinicamente estável e que não depender de equipamentos para manter as funções vitais.

Administrativos

- Residir na área programática;
- Apresentar condições seguras de acesso ao domicílio sem risco ao profissional;
- O cuidador/responsável deverá assinar um termo de compromisso e responsabilidade.

Assistenciais

- Possuir um responsável que exerça a função de cuidador;
- Ser oriundo de uma Unidade de Saúde da rede SUS;
- Ter um médico que encaminhe mediante pedido de parecer;

- Possuir no domicílio recursos mínimos de infra-estrutura.

A população do estudo consistiu em 102 pacientes portadores de AVC. Para definir o tamanho da amostra, considerou-se adequado utilizar o critério percentual apresentado nos estudos de Rocha⁷⁴, Medina⁷⁵, Bonita, Solomon e Broad⁷⁶ que apontam, em média, 30% de disfagia no primeiro ano em pacientes portadores de AVC.

Assim, em um total de 102 pacientes foram calculados 30%, originando uma amostra de 34 pacientes.

Para se definir quais seriam esses 34 pacientes, usou-se a técnica de amostragem sistemática e selecionou-se um prontuário a cada três da listagem de pacientes com AVC, totalizando 34 prontuários. No entanto, foram perdidos quatro pacientes por alta não programada.

2.3 Técnicas, Instrumentos e Variáveis

A técnica utilizada foi a entrevista estruturada nas quais foram anotadas as informações no formulário na medida em que o paciente e/ou familiar fosse respondendo.

O formulário para a coleta foi construído com base na literatura contendo um cabeçalho com data da entrevista e sem a identificação do participante do estudo (Apêndice A).

O instrumento de pesquisa foi dividido em duas partes:

I Parte. Composta de dados necessários para descrição do perfil sócio-laborial e saúde desse paciente, como: idade, sexo, escolaridade, situações de trabalho, episódio e tipo de AVC, além dos fatores de risco para o acometimento da doença e que serviram para caracterizar os indivíduos que compuseram o estudo.

II Parte. Relacionam a disfagia com a consistência do alimento.

No que se refere à disfagia, foi observado se os pacientes apresentam essa incapacidade e a consistência dos alimentos ingeridos por eles. Essas questões geraram informações sobre a variável incapacidade de deglutição.

As variáveis nesta pesquisa foram: sexo, idade, escolaridade, situações de trabalho, episódio e tipo de AVC, fatores de risco, consistência dos alimentos e disfagia.

2.4 Coleta de Dados

A coleta foi realizada no período de agosto a setembro de 2008.

Como inicialmente a intenção era a de coletar dados no Hospital Geral de Bonsucesso, foi encaminhado a este Comitê de Ética e Pesquisa a pesquisa em questão, que foi aprovada, porém, por problemas institucionais relativos à epidemia de dengue, houve a suspensão de todas as pesquisas dessa instituição.

Assim, o pesquisador foi ao Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGERJ), responsável pelo programa SAD para nova avaliação do projeto. Vencida essa etapa, o projeto foi encaminhado ao programa SAD de Jacarepaguá e escolhido como campo de pesquisa do estudo, onde foi autorizado o início da coleta dos dados.

Participaram da coleta dos dados os enfermeiros da equipe do SAD. A própria pesquisadora não participou da coleta de dados, porque as visitas eram agendadas de acordo com os pacientes e/ou familiares, podendo ser modificados horários e dias pré-estabelecidos de acordo com a necessidade desses pacientes, impossibilitando, assim, a presença da pesquisadora em todos os períodos. Os investigadores, portanto, foram submetidos a um treinamento durante uma semana no período de agosto de 2008. Nesse treinamento, objetivou-se a capacitação dos enfermeiros para verificação correta e a uniformidade das perguntas, esclarecendo dúvidas, aumentando a confiabilidade dos resultados e, conseqüentemente, evitar que se chegasse a resultados errôneos.

Com o objetivo ainda de padronização da coleta dos dados pelos investigadores e como parte da pesquisa, foi realizado um estudo piloto, na primeira semana, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética.

No estudo piloto, o objetivo foi testar o questionário elaborado para a coleta dos dados, conhecer as possíveis intercorrências da sua aplicação e verificar, também, possíveis dúvidas no levantamento dos dados.

As entrevistas foram realizadas de acordo com a agenda do programa SAD, onde previamente são marcadas as visitas entre as equipes e os familiares responsáveis pelos pacientes em atendimento. O acesso à agenda do SAD foi mediante a autorização da instituição responsável pelo programa.

Para o restante do formulário, as equipes multiprofissionais do SAD realizaram as visitas domiciliares agendadas, de acordo com as visitas do programa SAD/SUS, com os pacientes e/ou familiares, lançando mão de recursos do programa como o transporte para a realização das entrevistas.

Casos em que o participante apresentava sequela que comprometia a cognição ou a comunicação, a entrevista foi realizada junto ao seu responsável. Nesta pesquisa, considerou-se acompanhante responsável aquele que tivesse grau de parentesco com o paciente ou permanecesse na residência do paciente como acompanhante a maior parte do dia.

2.5 Organização, Tratamento Estatístico e Análise dos Dados

2.5.1 Organização

Foi construído um banco de dados composto por pacientes em atendimento pelo SAD e que estivessem de acordo com os critérios de seleção, formando uma lista de pacientes candidatos a entrevista.

Os dados foram organizados com o uso do programa Microsoft Excel Office XP. Foram criados bancos de dados eletrônicos para o perfil dos pacientes, para os fatores de risco dos pacientes, ao tipo de AVC, ao episódio de AVC e à deglutição.

2.5.2 Tratamento Estatístico

Para caracterizar a amostra deste estudo a variável idade foi trabalhada com as medidas de tendência central e dispersão: média, mediana, desvio-padrão, frequência absoluta máxima, mínima e relativa. Já para as variáveis sexo, escolaridade, situação de trabalho, tipo e episódio de AVC, foram usadas as frequências absoluta e relativa. Os dados foram

organizados com o uso do programa Microsoft Excel Office XP e transferidos para o programa do SPSS/PC versão 12.

Para o segundo objetivo foi avaliada a prevalência da disfagia, mostrando com que frequência essa incapacidade se apresenta. Os dados foram organizados com o uso do programa SPSS/PC versão 12 e com a ajuda de um profissional estatístico.

A prevalência (P) expressa a proporção de indivíduos de uma população que padecem de uma enfermidade em um momento ou período de tempo determinado⁷⁷. Seu cálculo se realizou da seguinte forma:

$$P = \frac{\text{número de casos com a afecção em um momento}}{\text{total da população nesse momento}} \times 10^n \quad (1)$$

Para se estabelecer as associações entre idade, fatores de risco e os episódios de AVC com a disfagia, se utilizou o teste Qui-quadrado junto com o coeficiente de contingência de Pearson ou Qui-quadrado de Pearson.

Já com o teste de hipóteses Qui-Quadrado (χ^2) não paramétrico, para o nível de significância de 5%, destinou-se avaliar a associação existente entre duas variáveis nominais. Foi utilizada a frequência observada (o) e a frequência esperada (e)⁷⁷:

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(o - e)^2}{e} \right] \quad (2)$$

O Qui-Quadrado calculado permitiu avaliar o grau de intensidade da associação entre os atributos em função do coeficiente de contingência de Pearson⁷⁷, que é uma medida do grau de relação linear entre duas variáveis quantitativas. Esse coeficiente varia entre os valores -1 e 1. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis.

Resumindo, esta pesquisa usou as seguintes medidas estatísticas:

- Prevalência para o cálculo da disfagia na amostra, para o cálculo dos fatores de risco e para a disfagia relacionada à consistência dos alimentos.
- Qui-quadrado para cálculo da associação entre disfagia e idade;

- Qui-quadrado para cálculo da associação entre disfagia e episódios de AVC.

2.5.3 Análise dos dados

Procedeu-se a análise dos dados de acordo com o quadro 1:

OBJETIVOS	INTENÇÃO NA ANÁLISE	RESPALDO TEÓRICO: autores e livros
1. Identificar os dados sócio-laborial e de saúde dos pacientes com AVC, portadores de disfagia e atendidos pelo SAD.	Ao identificar a prevalência da disfagia nessa população, pretende-se descobrir a frequência com que essa incapacidade se apresenta. São dados que servirão para ajustar as orientações de enfermagem às condições culturais, de idade, de disponibilidade, etc.	Smithard et al, Teasell et al, Paciaroni et al, Hinchey et al, Walter et al, Falcão et al, Flumignan et al, Menezes e Gatto.
2. Analisar as associações entre disfagia e idade, fatores de risco, episódios de AVC e consistência dos alimentos.	Ao identificar se a disfagia tem associação ou não com a idade e episódio de AVC, assim como estimar a probabilidade da disfagia a partir dos fatores de risco e a consistência de alimentos, foi possível saber as principais características desses pacientes atendidos pelo SAD. Foram dados que ajudaram a direcionar as propostas dos cuidados de enfermagem para prevenir todas as consequências da disfagia.	Westergren et al, Smithard et al, Hinchey et al, Hankey et al, Langmore et al, Souza et al, Correia et al, Martino et al, Silva et al, Teasell et al, Paciaroni et al, Walter et al, Wolf, Pires et al, Gagliardi et al, Idris et al, Saposnik et al, Gariballa et al, Tanne et al, Xerez et al, Smith et al, Trelis et al, McCullough et al, Trapl et al e Furkim. .

Quadro 1 – Roteiro sistematizado da análise dos dados – 2009.

2.6 Procedimentos Éticos

Atendendo a resolução 196/96 de pesquisa em seres humanos, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e obteve parecer favorável em novembro de 2007. A pesquisa foi cadastrada no SISNEP (Apêndice B) e a resposta do CEP está no Anexo A.

Na ocasião da coleta de dados, os pacientes envolvidos receberam explicações sobre o tema e sobre os objetivos do estudo. Foi garantido o sigilo, assegurando a privacidade dos participantes quanto aos dados envolvidos na pesquisa, bem como o compromisso em zelar por sua integridade e bem estar. Foram também assegurados aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do estudo, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, conhecimento acerca de sua doença e incapacidade, condições de acompanhamento e produção de dados, e a liberdade do participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo (Apêndice C).

Apesar do desenvolvimento deste estudo não oferecer riscos, danos ou custos para os participantes nem para a instituição, as assinaturas dos participantes no termo de consentimento livre e esclarecido foram solicitadas para garantir o anonimato e a disponibilidade dos dados.

Para os pacientes analfabetos ou aqueles que não sabiam escrever, as assinaturas foram colhidas através da impressão digital, quando consentido pelo paciente. Quando a família foi a responsável pelas informações, o responsável pelo paciente obteve as mesmas informações e condutas para a autorização para a coleta dos dados.

2.7 Conceitos Empregados no Estudo

Foram empregados os seguintes conceitos e definições neste estudo:

- **Acidente Vascular Cerebral:** rápido desenvolvimento de sinais focais (ou globais) de distúrbios da função cerebral que durem mais de 24 horas ou levem ao óbito, sem outra causa aparente que não a de origem vascular. É causado pela interrupção do suprimento sanguíneo ao tecido cerebral resultante do bloqueio (infarto) ou da ruptura (hemorragia) vascular¹.

- **Deficiência:** perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas, a ocorrência de uma anomalia, perfeita ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão³⁸.
- **Incapacidade:** restrição, resultante de uma deficiência, da falta de habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa nas atividades e comportamentos essenciais a vida diária³⁸.
- **Desvantagem:** prejuízo para o indivíduo resultante de uma deficiência ou uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou de seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relacionam-se as dificuldades nas habilidades de sobrevivência³⁸.
- **Admissão em Atenção domiciliar:** processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar⁷³.
- **Alta da Atenção domiciliar:** ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito⁷³.
- **Atenção domiciliar:** termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio⁷³.
- **Assistência domiciliar:** conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio⁷³.
- **Cuidador:** pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana⁷³.
- **Serviço de Atenção Domiciliar - SAD:** serviço público responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar⁷³.

- **Disfagia** - dificuldade na deglutição, perda na progressão ordenada do alimento da boca para o estômago. Pode ser classificada pela sua localização: alterações orofaríngeas, da boca até o esfíncter cricofaríngeo (disfagia orofaríngea ou alta), e alterações esofágicas, abaixo do esfíncter cricofaríngeo (disfagia esofágica ou baixa)⁸

3 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em forma de tabelas, quadros e gráficos a fim de atender aos objetivos propostos neste estudo.

Inicialmente, são apresentados os dados referentes às características dos pacientes com disfagia após o AVC atendidos pelo SAD conforme consta no primeiro objetivo.

A seguir, são apresentados os dados referentes ao segundo objetivo, que foi avaliar as associações entre idade, fatores de risco, episódio de AVC e consistência dos alimentos com a disfagia nessa população.

Finalmente, são apresentados os cuidados de enfermagem voltados para a prevenção das complicações da disfagia, especificamente pneumonia e desnutrição.

3.1 Caracterização da Amostra.

Neste estudo foi confirmada a disfagia, de acordo com o diagnóstico clínico, em 17 pacientes do total dos portadores de AVC, com uma prevalência de 57%.

Como já foi dito, foram colhidos vários dados dos trinta pacientes que compuseram a amostra: idade, sexo, nível de escolaridade, situação de trabalho, fatores de risco, episódio e tipo de AVC.

A tabela 2 (p.53) apresenta os dados relacionados aos pacientes portadores de AVC e atendidos pelo SAD com e sem disfagia. Os dados foram tratados com frequência absoluta e relativa.

Em relação ao sexo, os resultados mostram que houve predominância do sexo feminino (66,67%). Das 20 mulheres do estudo, 13 (43,33%) apresentaram disfagia, enquanto sete (23,33%) não apresentaram essa incapacidade.

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes portadores de AVC, com e sem disfagia – SAD/HJ – 2008.

Pacientes com AVC (n=30)						
Variáveis	Sem Disfagia (n= 13)		Com Disfagia (n=17)		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Sexo						
Masculino	6	20	4	13,33	10	33,34
Feminino	7	23,33	13	43,33	20	66,66
Subtotal	13	43,33	17	56,67	30	100
2. Idade						
40-59	0	0	1	3,33	1	3,33
60-79	9	30	11	36,67	20	66,67
80 ou >	4	13,33	5	16,67	9	30
Subtotal	13	43,33	17	56,67	30	100
3. Fatores de Risco						
Hipertensão	13	43,33	17	56,67	30	100
Diabetes	1	3,33	10	33,33	11	36,66
Obesidade	1	3,33	4	13,33	5	16,66
Tabagismo	4	13,33	3	10	7	23,33
Dislipidêmico	3	10	1	3,33	4	13,33
Fibrilação Atrial	1	3,33	0	0	1	3,33
4. Escolaridade						
Analfabeto	2	6,67	2	6,67	4	13,34
Ens. Fund.	10	33,33	13	43,34	23	76,64
Ens. Médio	1	3,33	1	3,33	2	6,66
Ens. Superior	0	0	1	3,33	1	3,33
5. Situação Trabalho						
Empregado	1	3,33	0	0	1	3,33
Desempregado	0	0	0	0	0	0
Aposentado	9	30	12	40	21	70
Outros	3	10	5	16,67	8	26,67
6. Tipo de AVC						
Isquêmico	12	40	17	56,67	29	96,67
Hemorrágico	1	3,33	0	0	1	3,33
7. Episódios						
I	7	23,33	10	33,34	17	56,67
II	6	20	7	23,33	13	43,33

A média de idade foi de 73,6 (\pm 9,55) com uma mediana de 75 anos e moda de 78 anos. O predomínio de pacientes com disfagia encontra-se na faixa etária entre 60-79 anos (36,67%). A idade mínima foi de 45 anos (01 sujeito), sendo que esse paciente apresentou disfagia, e a idade máxima foi de 88 anos (02 sujeitos).

Ao apresentar os fatores de risco, encontramos 30 pacientes (100%) com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e onze pacientes (36,66%) com diabetes melitus (DM). O tabagismo também se apresentou em sete pacientes (23,33%). A obesidade foi encontrada em cinco pacientes (16,66%) e a dislipidemia em quatro pacientes (13,33%). A fibrilação atrial

apareceu em apenas um paciente (3,33%) como um fator de risco. Todos esses fatores foram diagnosticados pela equipe médica do SAD.

Entre os pacientes sem disfagia, todos são hipertensos, quatro tabagistas e três são dislipidêmicos.

Outra característica dos pacientes foi a escolaridade. Houve predomínio de pacientes com ensino fundamental completo (76,64%), seguidos de 13,34% (4) dos pacientes analfabetos.

Quanto à situação laboral, observou-se que 21 pacientes (70%) eram aposentados, enquanto oito pacientes (26,67%) apresentavam outras situações como fonte de renda.

Referente ao tipo de AVC, os resultados mostram que 29 pacientes (96,67%) tiveram AVC isquêmico e apenas um paciente teve AVC hemorrágico.

Já quanto ao episódio de AVC, dezessete indivíduos (56,67%) apresentaram um único episódio de AVC, enquanto treze pacientes (43,33%) tiveram dois episódios de AVC.

A tabela 3 mostra as características dos pacientes com disfagia após AVC.

Os resultados mostram que há 76,47% de mulheres (13) em relação a 23,53% de homens (4) para o grupo com disfagia. Essa proporção não se observa no grupo sem disfagia, onde há praticamente o mesmo número de homens (20%) e mulheres (23,33%).

O gráfico 1 mostra as diferenças de gênero encontradas neste estudo.

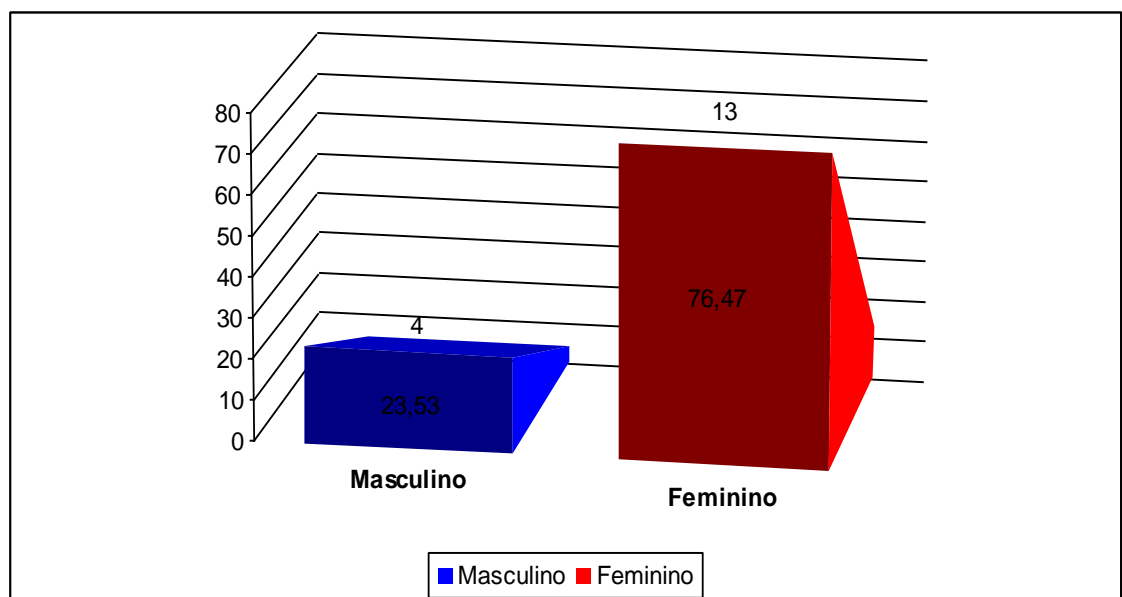


Gráfico 1. Distribuição dos pacientes disfágicos em relação ao sexo – SAD/HJ – 2008.

Ao descrever a idade, há o predomínio de pacientes com disfagia na faixa etária entre 60 a 79 anos (64,71%). Algo semelhante ocorreu no grupo sem disfagia, porém em ambos os grupos são de pacientes idosos.

Tabela 3 – Caracterização dos pacientes portadores de AVC com disfagia – SAD/HJ – 2008

Pacientes com Disfagia Pós AVC (n=17)		
Variáveis	n	%
1. Sexo		
Masculino	4	23,53
Feminino	13	76,47
Subtotal	17	100
2. Idade		
40-59	1	5,88
60-79	11	64,71
80 ou >	5	29,41
Subtotal	17	100
3. Fatores de Risco		
Hipertensão	17	100
Diabetes	10	58,82
Obesidade	4	23,53
Tabagismo	3	17,64
Dislipidêmico	1	5,88
Fibrilação Atrial	0	0
4. Escolaridade		
Analfabeto	2	11,76
Ens. Fund.	13	76,48
Ens. Médio	1	5,88
Ens. Superior	1	5,88
Subtotal	17	100
5. Situação Trabalho		
Empregado	0	0
Desempregado	0	0
Aposentado	12	70,59
Outros	5	29,41
Subtotal	17	100
6. Tipo de AVC		
Isquêmico	17	100
Hemorrágico	0	0
Sub-total	17	100
7. Episódios		
I	10	58,82
II	7	41,18
Subtotal	17	100

No grupo de pacientes com disfagia, verificou-se que todos os pacientes são hipertensos e mais da metade (58,82%) também são diabéticos. A obesidade foi encontrada em quatro pacientes (23,53%) e o tabagismo em três pacientes (17,64%). A dislipidemia

também se apresentou em apenas um paciente (5,88%). A fibrilação atrial não apareceu em pacientes disfágicos como um fator de risco, apenas em um paciente que não desenvolveu a seqüela. O gráfico 2 ilustra como os fatores de risco se apresentaram nos pacientes.

No quesito escolaridade, observamos que a maioria dos pacientes disfágicos, treze (76,48%), tem o ensino fundamental, o que também ocorre quando se compara com grupo de pacientes que não desenvolveram essa incapacidade.

Verificando a situação laborial, doze (70,59%) indivíduos com disfagia encontram-se na situação de aposentados, situação igual para o grupo não disfágico.

Quanto ao tipo de AVC, no grupo disfágico todos tiveram AVC isquêmico, o que é quase igual para o grupo não disfágico, onde somente um paciente teve AVC hemorrágico.

Referente ao episódio de AVC, mostra-se que quase a metade dos indivíduos disfágicos (58,82%) apresentou um único episódio de AVC. Sete pacientes (41,18%) tiveram dois episódios de AVC. No grupo de pacientes sem a disfagia isso também acontece. Verifica-se 23,33% de pacientes que desenvolveram um único episódio de AVC e 20% de indivíduos que tiveram dois episódios da doença.

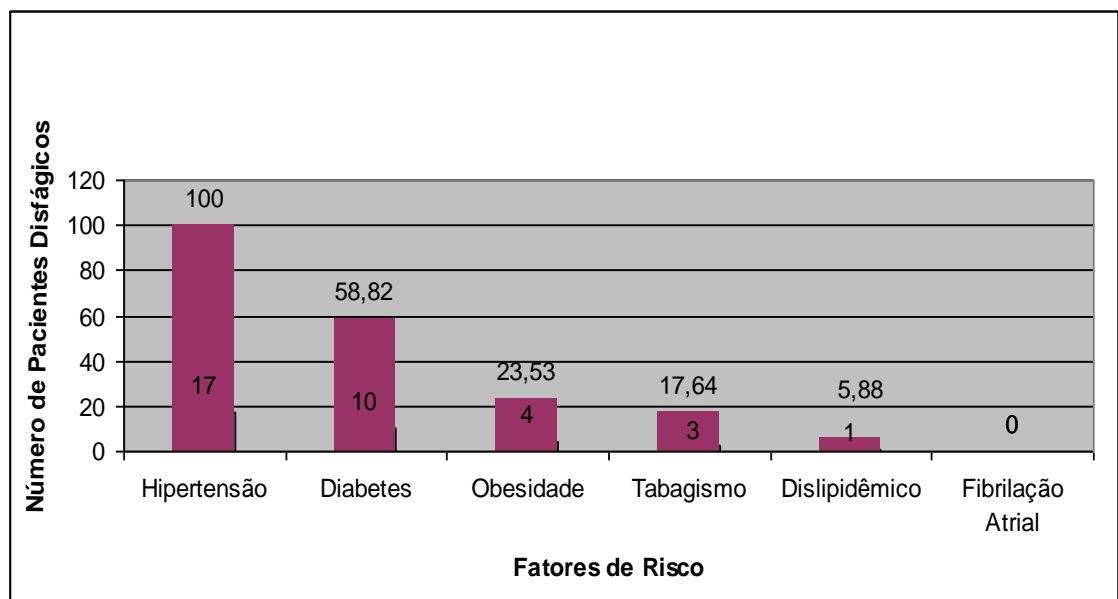


Gráfico 2. Distribuição dos pacientes disfágicos em relação aos fatores de risco – SAD/HJ – 2008.

Resumindo, as principais características dos pacientes portadores de AVC e com disfagia estão descritas abaixo.

- A prevalência da disfagia foi de 57%;
- Trata-se de pacientes idosos com idade média de 73,6 anos;

- A maioria são mulheres (76,47%);
- Predomínio de pacientes com ensino fundamental completo (76,48%);
- Quanto à situação laboral, observou-se que doze (70,59%) são aposentados e disfágicos;
- Todos os pacientes são hipertensos e a metade (58,82%) também são diabéticos. Os outros fatores de risco têm baixa predominância.
- Todos os pacientes com disfagia tiveram AVC isquêmico. Quando se refere ao episódio do AVC, dez (58,82%) pacientes tiveram um único episódio de AVC e sete (41,18%) pacientes tiveram dois episódios.
- Ao comparar os pacientes deste estudo com disfagia e sem disfagia, observamos que, entre os pacientes sem disfagia, há predomínio também de mulheres (23,33%) com a idade média entre 60 a 79 anos (30%). No que se refere à escolaridade, também verificamos o predomínio do ensino fundamental (33,33%). Quanto à situação de trabalho, um encontrava-se empregado e nove (30%) eram aposentados. Ao relacionar os fatores de risco, todos os pacientes com disfagia eram hipertensos e a metade também diabética. A dislipidemia (10%) e o tabagismo (13,33%) também apareceram nesse grupo.
- O AVC do tipo hemorrágico apareceu em um único paciente que não apresentou a disfagia, os outros doze pacientes sem a disfagia (40%) tiveram o AVC isquêmico. O número de episódios de AVC dos pacientes sem disfagia é semelhante quando comparado aos pacientes disfágicos, sete (23,33%) teve um único episódio de AVC seguido de seis (20%) pacientes que desenvolveram dois episódios.

3.2 Resultados associados à disfagia.

O segundo objetivo se refere aos resultados entre as associações da disfagia com a idade, fatores de risco, episódios de AVC e consistência dos alimentos.

No quadro 2 (p.58), apresentamos a distribuição da disfagia relacionada à idade. Foi feito um corte em 73 anos considerando que a média de idade da amostra estudada foi de 73,6 anos. Assim, agruparam-se aqueles pacientes com até 73 anos e os que tinham mais de 73 anos. Usou-se o teste de Qui-quadrado (χ^2) com a finalidade de testar a associação entre esses dois atributos.

Idade	Disfagia		Total
	Sim	Não	
Até 73 anos	7	6	13
Mais de 73 anos	10	7	17
Total	17	13	30

Quadro 2 – Associação entre disfagia e a idade – SAD/HJ – 2008

O valor do χ^2_{obs} foi de 0,07 com um grau de Pearson de 0,05 e $p = 79\%$. Isso significa que não há associação entre a presença de disfagia e a idade para essa amostra estudada, ou seja, independente do aumento de idade, a probabilidade de ocorrência de disfagia não se altera.

O quadro 3 tratou da associação entre a disfagia e o episódio de AVC.

Episódios de AVC	Disfagia		Total
	Sim	Não	
I	10	7	17
II	7	6	13
Total	17	13	30

Quadro 3 – Associação entre disfagia e episódio de AVC – SAD/HJ – 2008

Os resultados mostram que de 17 pacientes com disfagia, há 10 indivíduos que apresentaram um único episódio de AVC, enquanto sete pacientes com disfagia apresentaram dois episódios de AVC.

O Qui-quadrado de Pearson apresentou o valor de 0,07 ($p = 79\%$ e $C = 0,05$), o que mostra que não há associação entre os atributos disfagia e episódio de AVC. Nesse caso, manteve-se o mesmo valor para o grau de contingência de Pearson ($C = 0,05$). As fórmulas empregadas para esses cálculos encontram-se na metodologia.

É importante lembrar que todos os pacientes da amostra tiveram AVC do tipo isquêmico. Concluiu-se que a presença de disfagia não dependeu da frequência de episódios de AVC nessa amostra.

Nº de Fatores de Risco	Pacientes Disfágicos	Prevalência (%)
HAS	3	18
HAS + DM	9	53
HAS + DM + Obesidade	5	29

Quadro 4 – Prevalência da disfagia em função dos fatores de risco – SAD/HJ – 2008

De acordo com o quadro 4 (p.58), a maior prevalência é a de pacientes com a hipertensão e o diabetes cuja taxa foi de 53%. Ou seja, $\frac{3}{4}$ dos pacientes são portadores de no mínimo dois fatores de risco. Conforme a tabela 2 (p.53) já apresentada, os fatores de risco predominantes são a hipertensão arterial, o diabetes melitus e a obesidade.

No quadro 5, apresenta-se a associação entre a consistência do alimento e a dificuldade de deglutição.

Consistência do Alimento	Paciente com dificuldade de deglutir	Prevalência (%)
Sólidos	11	31
Líquidos	15	42
Ambos	10	28

Quadro 5 – Prevalência da disfagia e a consistência dos alimentos – SAD/HJ – 2008.

Esses resultados mostram que a prevalência da disfagia para alimentos líquidos é a maior de todas (0,42), o que significa que um paciente com disfagia após AVC tem uma probabilidade de até 42% de se engasgar ou ter dificuldade para ingerir alimentos líquidos.

A probabilidade de se engasgar ou de deglutir diminui à medida que muda a consistência do alimento.

Verifica-se que a alteração de deglutição para a consistência de alimentos líquidos é mais importante do que para os outros tipos de consistência de alimentos

Resumindo os principais resultados encontrados para essa amostra (n=17), destacam-se os listados a seguir.

- Não há associação entre a idade e a disfagia ($\chi^2 = 0,07$; C = 0,05 e p = 79%);
- Não há associação entre disfagia e à frequência de episódios de AVC isquêmicos ($\chi^2 = 0,07$; C = 0,05; p = 79%);
- Pacientes portadores de HAS e DM foram 53% dos disfágicos seguido dos que tem associado HAS com DM e obesidade (29%) mostrando que a disfagia é maior para o primeiro grupo de pacientes.
- A dificuldade de deglutição para alimentos líquidos é maior do que para alimentos sólidos ou ambos (42%, 31%, 28% respectivamente).

4 ANÁLISE

Em relação ao primeiro objetivo, se apresenta a análise da caracterização dos pacientes com AVC e portadores de disfagia atendidos pelo SAD. Buscou-se dizer como esses pacientes se apresentam relacionando os achados com base na literatura.

Para o segundo objetivo, foram apresentadas as associações entre idade, fatores de risco, episódio de AVC e consistência dos alimentos com a disfagia nessa população.

Para atender ao objetivo geral, foi elaborada uma proposta de orientações de enfermagem para uma deglutição segura.

4.1 Características dos pacientes com disfagia pós AVC atendidos pelo SAD.

Os pacientes atendidos pelo SAD são pacientes que apresentam múltiplas comorbidades e precisam ser vistos por uma equipe interdisciplinar. A assistência domiciliar é o tipo de atendimento atualmente preconizado para uma população com idade superior aos 70 anos, que apresenta alta dependência de cuidados, porém não necessita de atendimento hospitalar⁷⁶.

Além disso, pela cronicidade das comorbidades, tais pacientes permanecem sob cuidados do SAD por tempo prolongado, o que reafirma a estratégia de reversão da atenção centrada em hospitais, propiciando a construção de um enfoque na promoção, prevenção e humanização dos serviços em saúde^{77,78}.

A disfagia encontrada em dezessete pacientes portadores de AVC revelou uma prevalência de 57%, o que é um valor que coincide com alguns estudos^{9,17,32,33}.

Os resultados também mostraram pacientes com idade entre 60 a 79 anos e a maioria mulheres (76,47%), caracterizando a amostra de mulheres idosas. A idade média foi de 73,4 anos com moda de 78 anos e mediana de 75 anos.

O AVC constitui o principal grupo de doenças do sistema nervoso central (SNC) em idosos (72%). A incidência do AVC aumenta com a idade: dos 45 a 54 anos essa incidência é de um para cada 1000 pacientes; acima dos 85 anos essa incidência aumenta para dezoito a cada 1000^{79,80}.

Quanto ao sexo alguns estudos^{33,79,80} confirmam maior frequência no gênero feminino. Contrariamente outras pesquisas^{9,31} não observaram diferenças estatísticas a partir do gênero.

Quanto à escolaridade nos pacientes do SAD, há o predomínio daqueles com ensino fundamental completo (76,48%), o que se constitui em ponto complicador considerando que na literatura há referências de que uma escolaridade mais alta está relacionada ao aumento da sobrevivência, ao melhor controle de fatores de riscos para doenças cardiovasculares e a capacidade de retornar ao trabalho^{75,81,82,83,84}.

Quanto ao status profissional, os pacientes encontram-se na condição de aposentados (70%). Isto implica em algum grau de dependência do paciente, pois o AVC pode causar restrição e/ou perdas da capacidade e habilidade para desempenho de atividades profissionais e familiares, principalmente no primeiro ano após o AVC¹⁶.

Um estudo de seguimento a longo prazo de uma população após o AVC encontrou a necessidade de um cuidador principal devido à capacidade restrita de voltar ao trabalho e atividades cotidianas em pouco mais de 30% dos sobreviventes⁸⁵, indicando problemas para o reajustamento familiar, nos âmbitos social, econômico e profissional, o que coincide com o encontrado nos pacientes do SAD.

Em relação ao tipo de AVC, todos os pacientes disfágicos tiveram AVC do tipo isquêmico.

Menezes⁸⁶ comenta que, apesar do grau de dificuldade de deglutição poder estar relacionado com o tipo de AVC, tanto o AVC isquêmico quanto o hemorrágico podem causar disfagia.

A incidência de AVC, na América do Sul é de 26% a 37% de AVC hemorrágico e de 51% a 73% de AVC isquêmico. No Brasil, a incidência de AVC isquêmico é de 73% e 26% de AVC hemorrágico, com incidência de 0,35 a 1,83 por 1000⁸⁷. Nos Estados Unidos, o tipo de AVC varia numa proporção de 88% para AVC isquêmico e 12% para AVC hemorrágico⁸⁸.

Gatto e Rehder³⁴ relatam a alta incidência de disfagia orofaríngea no paciente após AVC isquêmico, já que, em seu estudo, 90% dos pacientes pesquisados apresentaram distúrbio da deglutição. Esses achados corroboram com outras pesquisas^{9,11,32,33} destacando a importância de um protocolo para avaliação da deglutição, evitando as complicações, como pneumonias aspirativas e desnutrição. Isso coincide com os dados dessa amostra, uma vez que todos os pacientes disfágicos tiveram AVC isquêmico.

A presença de disfagia reflete no aumento da gravidade do AVC, entretanto, um protocolo com orientações acerca da dieta oferecida a pacientes disfágicos deveria ser oferecido para todos sem levar em consideração sua gravidade²⁵.

Revisões prévias sob a detecção de dificuldades de deglutição após o AVC não têm sido focadas em protocolos assistenciais de orientação ao paciente/família acerca da sua doença, além de estratégias facilitadoras para uma alimentação segura para serem aplicáveis por enfermeiros²⁴.

A correta decisão sobre a segurança na oferta dos alimentos é a conduta mais acertada nesse estado da doença.

4.2 Análise das associações da disfagia e idade, fatores de risco, episódio de AVC e consistência dos alimentos.

- **Idade**

De acordo com os dados obtidos, os resultados mostraram que não há associação entre a idade e a disfagia, ou seja, para essa amostra, o aumento da idade não mudou a probabilidade de ocorrência de disfagia. Talvez isso tenha ocorrido em virtude do ponto de corte para comparação das faixas etárias ter sido alto, 73 anos, o que caracterizou toda a amostra como de pessoas idosas.

Dessa forma, o dado mais forte neste estudo refere-se à idade das pessoas, todas são consideradas idosas. Como não se encontrou associação entre idade e disfagia e sabe-se que há uma chance de 1:1 entre AVC e disfagia, todas as orientações de enfermagem foram baseadas nas características de uma população idosa.

A *American Heart Association*⁴¹, ao dividir os fatores de risco em modificáveis e não-modificáveis, informam que, em relação à idade, o idoso tem maior risco para o AVC.

Na literatura, encontramos maior incidência de disfagia em pacientes mais idosos^{9,89,90,91} concluindo-se que a idade é um preditor de disfagia, havendo correlação entre a presença de disfagia e idade. A média de idade desses estudos correspondeu a 74,3; 73,2; 70,5; 70,1 anos, respectivamente.

Esses estudos tiveram uma população com uma média de idade semelhante à encontrada nesta pesquisa, no entanto, para pacientes do SAD, não houve associação estatística comprovada.

Isso indica que o processo da deglutição é afetado como um todo pela idade, com mudanças quanto às características gerais da função. Pacientes mais velhos são mais prováveis de apresentarem problemas iniciais de deglutição, com alta taxa de mortalidade entre pacientes idosos com disfagia⁸⁰.

A disfagia é uma condição debilitante e pode ser fatal quando não diagnosticada e quando ameaçar a saúde pulmonar, o estado de hidratação e a condição nutricional do indivíduo. A relação entre disfagia, desnutrição, desidratação e aspirativa é complexa e interdependente, e a ocorrência de qualquer uma dessas condições tende a aumentar a probabilidade para que outras surjam^{9,17,89}.

- **Episódios de AVC**

A presença de disfagia na amostra deste estudo não dependeu da frequência de episódios de AVC ($\chi^2 = 0,07$), tal como se obteve nos resultados.

Macedo-Filho⁵⁶ informa que o comprometimento neurológico conseqüente ao AVC pode provocar sequelas motoras, de linguagem, fala e na dinâmica da deglutição. Constatou que 50% dos pacientes pós AVC apresentam disfagia. E acrescentou que, quando o hemisfério cerebral não dominante sofre um AVC, dificuldades na deglutição podem ser acentuadas.

Os sinais neurológicos variam conforme a localização do AVC no cérebro. Em geral, pacientes com AVC que envolva o hemisfério cerebral esquerdo podem apresentar dificuldades na fala; e pacientes com danos ao hemisfério direito tendem a apresentar problemas de percepção e disfagia⁹².

Dessa forma, Macedo-Filho⁵⁶ e André⁹² acreditam que a localização do AVC é um fator mais determinante do que o número de episódios de AVC para o acometimento da disfagia.

- **Fatores de risco**

Dentre os fatores de risco mais prevalentes estão a HAS (100%), DM (58,82%) e a obesidade (23,53%) quando observamos os dezessete pacientes do estudo, portanto, como já foi dito, todos são hipertensos e a metade deles também são diabéticos.

Radanovic⁹³ comenta que a hipertensão e o diabetes aumentam o risco de desenvolvimento de um AVC em ordem de grandeza variável. Seu estudo aponta que a HAS corresponde a 60,5% e o Diabetes Melitus a 23,3%, sendo considerados, então, os principais fatores de risco preditivo para o AVC.

Flumignan, Nývák, Camargo, Júnior, Coral, Muzzio et al⁸⁷ descrevem que o fator de risco mais prevalente encontrado no seu estudo em pacientes com AVC foi a HAS, estando em 63,80% dos pacientes, o tabagismo, em 60,30% e o diabetes melitus, em 13,58%. Nos pacientes do SAD a ordem de prevalência foi outra.

Segundo o Comitê da Associação Americana do Coração (CAAC), a HAS está presente em 70% dos pacientes com AVC⁸⁸. Num estudo de revisão dos dados epidemiológicos referentes à América do Sul, verificou-se que 64% dos pacientes com AVC tinham HAS⁹⁴.

A Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDC), à semelhança do CAAC, considera que 50% a 80% dos pacientes com AVC apresentam HAS. O Diabetes Melitus (DM) é outro fator de risco para o AVC, gerando um risco de 1,5 a 3 vezes maior de apresentar o AVC⁹⁵.

O DM, de forma isolada, está associado ao surgimento de AVC isquêmico, quando comparado ao surgimento de AVC hemorrágico⁸⁸. O DM tipo II isolado é um fator de risco independente para AVC isquêmico, sendo que diabetes tipo II e a hipertensão arterial estão relacionadas ao surgimento de AVC hemorrágico⁹⁴.

Segundo Radanovic⁹³, o DM tipo II pode acelerar o processo de arteriosclerose, favorecendo o surgimento de AVC precocemente. Esse autor, em seu estudo, verificou que 20% dos pacientes com AVC apresentavam Diabetes Melitus tipo II.

Na amostra do SAD encontramos 100% hipertensos, metade dos pacientes diabéticos (58,82%) e todos tiveram AVC do tipo isquêmico.

Quanto mais fatores de risco associados, maior o risco de um indivíduo desenvolver AVC. Indivíduos com índice de massa corporal elevado, diabéticos e hipertensos têm um

risco elevado de desenvolver AVC, principalmente AVC isquêmico, quando comparados a indivíduos com diabetes e hipertensão, mas com IMC normal^{96,97,98}.

Não foram encontrados estudos medindo incidência ou prevalência da disfagia associada ao fator de risco. Nessa amostra do SAD encontrou-se que a disfagia é mais prevalente no grupo de pacientes portadores de fatores de risco como a hipertensão (100%) e o diabetes (58,82%).

- **Consistência dos alimentos**

Os resultados junto aos pacientes atendidos pelo SAD com AVC e disfagia mostram que a dificuldade de deglutição para alimentos líquidos é prevalente em relação à alimentos sólidos ou ambos (42%, 31%, 28% respectivamente), caracterizando que a alteração de deglutição para alimentos líquidos é mais importante do que para os outros tipos de consistência de alimentos.

Foi realizado um estudo em que se verificou⁹⁹ a prescrição da dieta de pacientes internados durante um ano (62.199 prescrições) e somente 13% das prescrições dietoterápicas eram específicas para disfagia. A dieta para disfagia nessa pesquisa era equilibrada nutricionalmente com a consistência pastosa e líquidos espessos, de acordo com a condição de deglutição do paciente e era fornecido aos cuidadores um manual sobre dieta e disfagia.

A prescrição de dieta para disfagia pode ser considerada escassa. Somente 13% do total em dieta prescrita por um ano opõem-se à estimativa de que mais de 50% dos pacientes pós-AVC apresentam disfagia se considerarmos a prescrição diferenciada para a consistência da dieta em pacientes disfágicos⁹⁹.

Como foi descrito na literatura²², pacientes com AVC, em sua maioria (50% a 90%), apresentam disfagia pós-AVC. Com isso, esperava-se que pelo menos 50% das dietas prescritas fossem para disfágicos. Acredita-se que muitos pacientes podem estar aspirando ou apresentando penetração laríngea de alimentos dentro do ambiente hospitalar porque a consistência da dieta não é adequada.

Outra publicação¹⁰⁰ observou que a avaliação da função da deglutição realizada com o uso de líquidos é reconhecidamente a consistência alimentar mais difícil de ser deglutida em pacientes neurologicamente acometidos. O limitado controle sobre tipo e viscosidade do bolus

deglutido na avaliação à beira do leito e na videofluroscopia descritos em diversos estudos parece denunciar uma hipótese que tal controle não é importante, o que não é verdadeiro.

A observação cuidadosa do paciente com AVC mostra que a literatura refere que muitos deles têm mais problemas na deglutição de líquidos do que semissólidos. Por essa razão, é essencial avaliar a capacidade de deglutição de semissólidos antes de líquidos, porque esse procedimento passo a passo minimiza o risco de aspiração durante o teste e identifica pacientes que toleram a ingestão de semissólidos, mas não de líquidos¹⁰¹.

A diferenciação entre a disfagia com risco e sem risco de aspiração é importante porque pode levar a diferentes recomendações de dietas específicas¹⁰¹.

A aspiração é definida como a presença de materiais gástricos ou da orofaringe no trato respiratório inferior. Diferencia-se da penetração laríngea, que é definida como a entrada de materiais da orofaringe na laringe, distalmente às pregas vocais, sem atingir traqueia ou brônquios. Essa diferença é útil na medida em que, frequentemente, pode-se observar penetração sem aspiração¹².

Para uma adequada avaliação, é necessário que o estado em que o paciente se encontra ofereça condições mínimas de avaliação¹⁰², caso contrário pode-se obter alterações que não condizem com o quadro real do paciente. Além disso, o nível de consciência é um dos preditores do desenvolvimento de problemas na deglutição^{98,103}.

Como já foi dito na revisão de literatura, no paciente com AVC e disfágico, o risco para desenvolver pneumonia aspirativa é 3,17 vezes maior do que no paciente acamado sem disfagia e 11,5 vezes maior para o risco de aspiração. Acredita-se que isso se deva à aspiração, algumas vezes silenciosa, relacionada à disfagia resultante da lesão encefálica^{14,104}.

A disfagia associada à aspiração é um risco para o desenvolvimento da pneumonia aspirativa. É necessária uma avaliação na fase aguda do AVC, como também a avaliação contínua no pós-AVC. Segundo Smithard, Smeeton e Wolfe⁹, a disfagia e o risco de aspiração estiveram presentes no primeiro e no sexto meses após o AVC. Martino et al¹⁷ verificaram que, nos pacientes com disfagia, 16% a 19% apresentaram pneumonia.

A pneumonia aspirativa pode resultar na morte em dias¹⁰⁴. A causa da pneumonia é multifatorial, sendo difícil determinar, com segurança, o fator que a desencadeou. Sabe-se que a disfagia é um fator de risco direto e indireto para o desenvolvimento da pneumonia. O fator primário é a aspiração de qualquer material. O importante, entretanto, é lembrar que a disfagia não é, necessariamente, a única condição que leva à aspiração¹⁰⁴. Muitos pacientes hospitalizados podem, temporariamente, aspirar pequenas quantidades de saliva, alimentos ou

líquidos devido a sua condição de acamado, estado dependente, redução do nível de alerta, uso de sedativos ou estupor pós-cirúrgico, sem desenvolvimento da pneumonia^{89,103}.

Talvez, o alto índice de pneumonia encontrado nessas pesquisas^{9,17,89} se deva à presença importante de desnutrição nos pacientes avaliados, como também ao não diagnóstico de disfagia dessa população e ao desconhecimento do paciente e do cuidador em relação à disfagia, alimentos permitidos, proibidos e consistência adequada.

A desnutrição é outra consequência da disfagia. Em um estudo¹⁶ com 49 indivíduos pós-AVC, verificou-se que 49% dos pacientes estavam desnutridos, mas essa incidência diminuiu para 34% após intervenção nutricional. Desses pacientes, 47% tinham disfagia e a desnutrição estava mais presente nos paciente disfágicos. Segundo esse estudo, existe uma associação significativa entre desnutrição e disfagia nos pacientes pós- AVC¹⁶.

A avaliação da deglutição deve aguardar a melhora do nível de consciência e o posterior desmame da ventilação mecânica, uma vez que o rebaixamento do nível de consciência elimina por si só a possibilidade de avaliação da deglutição funcional¹⁰⁴.

Conclui-se, nesta pesquisa, que, para pacientes com disfagia após AVC, é fundamental a observação para ingestão de alimentos líquidos, uma vez que a dificuldade é maior do que para alimentos sólidos ou ambos.

4.3 Segurança na deglutição.

As condutas de enfermagem são precedidas de uma breve explicação de como acontece a deglutição, para que fundamentem as orientações que o enfermeiro é capaz de apresentar ao paciente.

É importante que o enfermeiro lembre que a deglutição é definida como uma atividade complexa e coordenada, regulada por um comando central no tronco encefálico com o objetivo de transportar o bolo alimentar da cavidade oral ao estômago^{64,104}. Dessa forma, a deglutição normal pode ocorrer de forma voluntária e/ou involuntária, envolvendo atividades motora e sensorial por meio dos nervos cranianos e integrando-se a outras funções vitais, como a respiração. Sua manutenção depende do funcionamento de um conjunto de estruturas ósseas, cartilaginosas, musculares e neurais^{64,104}.

A disfagia orofaríngea é causada por tonicidade, mobilidade e peristaltismo desordenados ou por obstruções do fluxo do bolo do esôfago ao estômago. O enfermeiro deve

lembrar que pacientes com diagnóstico de disfagia orofaríngea podem apresentar diversos acometimentos, dentre eles: dificuldade em segurar o bolo na cavidade intra-oral; escape de alimento pela cavidade oral; grande quantidade de resíduo alimentar em vestíbulo; tosse; engasgo; sensação do alimento preso ou parado na garganta; refluxo nasal; controle de saliva diminuído; entre outros^{29,60,63}.

Dessa forma, os enfermeiros precisam estar atentos a alguns dos sinais sugestivos de risco de broncoaspiração que são: tosse ou engasgo; refluxo nasal; broncoespasmo; cianose; alteração da frequência respiratória e ausculta cervical alterada da deglutição da saliva^{29,60,63}.

As alterações de motilidade da faringe durante a deglutição podem ocorrer quase imediatamente após a ingestão alimentar, principalmente em relação aos líquidos, muitas vezes acompanhado de tosse ou dispneia pela passagem do líquido para as vias aéreas, o que pode acarretar a pneumonia por aspiração^{60,63,104}.

Silva¹⁰⁵ menciona que os mecanismos protetores das vias aéreas contra a aspiração são multifatoriais e agregam uma interação entre os tratos respiratórios e a via digestiva, mecanismos que previnem a aspiração durante a ação de deglutição.

A aspiração pode acontecer por redução do controle da língua durante a fase oral, lentidão ou ausência do disparo de reflexo de deglutição, inabilidade do fechamento esfinteriano laríngeo, inadequação do peristaltismo faríngeo e/ou devido ao aumento da tonicidade do músculo cricofaríngeo⁶⁰. A aspiração significará aumento de morbidade e de mortalidade e internação hospitalar com elevados custos, portanto, a avaliação precoce quanto aos fatores de risco de aspiração é imprescindível⁶⁰.

Conforme Furkimm²⁹ e Silva¹⁰⁵, na disfagia de grau leve podem ser observados: dificuldade no transporte do bolo, pequena estase em recessos faríngeos, ausência de penetração laríngea e de perda nutricional.

A disfagia moderada pode apresentar as mesmas dificuldades da disfagia leve, entretanto, há sinais de penetração laríngea e pequena quantidade de material aspirado, déficit nutricional e alteração do prazer alimentar^{104,105}.

Na disfagia severa pode ser verificada grande quantidade de estase em recessos faríngeos, sinais sugestivos de penetração laríngea e grande quantidade de material aspirado, pneumonias de repetição, desnutrição e alteração do prazer alimentar com impacto social.

A dificuldade e a falta de conhecimento da real situação do estado nutricional dos pacientes pós - AVC e a falta de padronização dietoterápica específica para o paciente disfágico pós - AVC resultam em desnutrição.

Após a avaliação clínica, realização de exames complementares quando necessário e classificação da disfagia, os enfermeiros devem discutir condutas visando reestruturar as condições alimentares do paciente, considerando a doença de base, a evolução do quadro, estado cognitivo, presença de distúrbios respiratórios, postura global, condições sociais, compreensão e cooperação da família, enfim, condição para iniciar a oferta de alimentação via oral^{104,105}.

O enfermeiro deve saber que, durante o período do início da dieta, a alimentação via oral deve ser complementada por uma via alternativa, como suporte nutricional, para evitar a aspiração e garantir uma nutrição adequada¹⁰⁴.

Por ser a deglutição uma atividade tão complexa, fica evidente a importância do equilíbrio do tônus e da resposta muscular de todas as estruturas estomatognáticas envolvidas no processo de deglutição, além da adequação das estruturas ósseas, cartilagosas e neurais envolvidas para uma deglutição adequada e segura. Considerando que a consistência da dieta alimentar é fator primordial para a segurança do indivíduo devemos estar atentos, pois uma dieta incorreta poderá originar a pneumonia aspirativa e até mesmo o óbito do paciente.

Podem aparecer as queixas de “garganta arranhando” ao engolir e a sensação de queimação após a refeição, que estão associadas à presença de doença do refluxo gastroesofágico. Esses sintomas também necessitam de tratamento com brevidade para não causar outras complicações, principalmente no paciente disfágico, que pode aspirar o refluxo¹⁰⁴.

Se o paciente é consciente de sua aspiração, ele pode eliminar de sua dieta a consistência da qual aspira mais de 10%. Entretanto, os pacientes que não são conscientes de sua aspiração, incluem-se aqui principalmente os pacientes pós AVC, irão preservar as tentativas de alimentação via oral, apesar da grande quantidade aspirada. Em geral, um paciente que aspira mais de 10% de todo o bolo, independente da consistência do alimento, não deverá ser alimentado por via oral⁶⁰.

Muitos dos pacientes disfágicos são mantidos em alimentação via oral com aspiração, apresentando infecções pulmonares de repetição, mantendo seu estado clínico geral sempre debilitado e geralmente desnutridos.

Sendo assim, a orientação de uma dieta individualizada e precauções quanto ao risco de aspiração ajudam a prevenir desnutrição no paciente com disfagia, onde cuidados de uma equipe multidisciplinar são necessários para o bem estar do paciente, bem como uma melhor qualidade de vida⁶⁰.

A seguir, atendendo ao objetivo geral desta pesquisa, seguem as propostas ações de enfermagem que podem ser ensinadas aos pacientes ou seus cuidadores no domicílio, procurando uma deglutição segura.

- **Propostas para garantir uma deglutição segura.**

As orientações descritas poderão ser seguidas no ambiente domiciliar, pois não geram custos e nem demandam profissional habilitado para oferecer uma alimentação segura, portanto, orientações claras e precisas podem colaborar para uma deglutição segura.

Os resultados mostraram pacientes idosos para os quais não se constatou associação entre a disfagia e a idade e episódio de AVC. Fundamentado nesse dado, as orientações de enfermagem foram pensadas como um todo para pacientes idosos independente da faixa etária e do número de episódios isquêmicos de AVC. Baseado na prevalência para disfagia, este estudo recomenda que todas as orientações do enfermeiro sejam aplicáveis a qualquer paciente com AVC.

Como a prevalência para a disfagia de líquidos (42%) foi maior do que para sólidos (31%) e ambos (28%), isso norteou as orientações apresentadas dando ênfase aos cuidados em relação à deglutição de líquidos. Por outro lado, será preciso pensar em estratégias para a orientação desses pacientes, já que a maioria tem somente o ensino fundamental.

As ações aqui apresentadas se referem ao ambiente, posicionamento do paciente, aos materiais e utensílios a serem usados na alimentação, à quantidade, temperatura e consistência do alimento. Não são, portanto, ações ou propostas de cunho nutricional, mas, compreendendo que a deglutição precisa ser garantida com um mínimo de complicações, o enfermeiro precisa direcionar o cuidado aos pacientes disfágicos promovendo uma alimentação eficaz e segura.

Dê preferência ao ambiente calmo. A alimentação não deve ser oferecida na frente da televisão ou com o rádio ligado e, se possível, evitar conversas e distrações durante as refeições. Pedir sempre a atenção do paciente quando ele estiver sendo alimentado. Solicitar que mastigue bem, que não fale enquanto come e retirar a prótese dentária quando estiver frouxa¹⁰⁴.

Manter o paciente preferencialmente na posição sentada em 90 graus (em cadeira).

O paciente acamado deve ser mantido em decúbito elevado, sendo importante que o enfermeiro confirme essa possibilidade e, para tal, pode-se: posicionar o paciente com travesseiro ou elevar a cama. Pode ser colocado um travesseiro sob os joelhos do paciente, para evitar que escorregue, e outro atrás da cabeça que ficará levemente inclinada para frente, protegendo a via aérea.

Quando o paciente pode permanecer sentado, deve ser mantido em posição ereta durante a refeição, corrigindo os desvios com travesseiros ou toalhas enroladas; a cabeça também deve ficar levemente inclinada para frente¹⁰⁴.

O ideal é que o paciente se alimente sem ajuda (quando consegue), por isso devemos proporcionar as melhores condições: prato fundo, colher de sobremesa para que uma quantidade menor de alimento seja ingerida e copo adequado. O uso de canudo para a ingestão de líquidos não é recomendado, pois com canudo não se consegue controlar a quantidade ingerida podendo ocorrer engasgos¹⁰¹.

Vários materiais podem ser indicados para o paciente realizar sua refeição de forma confortável e segura, dentre eles: copo com alças para segurar com firmeza; copo plástico com recorte no nariz para o paciente conseguir inclinar a cabeça à frente ao sorver o líquido; canudos finos que são usados somente quando o paciente consegue monitorar a quantidade sugada ou como um exercício de “sugar alimento engrossado”; pratos antiderrapantes (fundo com material emborrachado) com borda alta; talheres engrossados ou colheres “tortas”; talheres com revestimento de *nylon* ou similar para pacientes com reflexo de mordida¹⁰⁴.

Quanto aos utensílios, o enfermeiro deve ensinar que precisam ser usados de acordo com a capacidade que o paciente possui em captar o alimento e de acordo com a textura do alimento a ser ofertado. Os utensílios usados para alimentos líquidos podem ser: ponta de colher de sobremesa, colher rasa de sobremesa e copo¹⁰³. Apresentar os alimentos, mesmo triturados, em porções separadas, não misturar, pois, o aroma e o sabor, devem ser apetitosos, garantindo o prazer e o interesse pela alimentação.

Para ofertar alimentos pastosos, faz-se o uso de: ponta de colher de sobremesa, meia colher de sobremesa e colher rasa de sobremesa¹⁰³. Apresentar os alimentos, mesmo triturados, em porções separadas, não misturar, pois o aroma e o sabor devem ser apetitosos, garantindo o prazer e o interesse pela alimentação.

Para a introdução de líquidos, podem-se utilizar copos plásticos com uma parte da borda recortada, para o paciente conseguir deglutir com a cabeça inclinada para frente, o que protege a via aérea dos engasgos. Se o paciente não consegue controlar a quantidade de líquido que coloca na boca, os líquidos devem ser oferecidos com uma colher, nunca oferecer

líquidos com canudo. Oferecer líquidos com canudo apenas se o paciente não tem condições para sorver o líquido diretamente do copo, o que é bem incomum e, para isso, deve apresentar boa preensão labial e coordenação entre o sugar e engolir¹⁰⁴.

Quanto ao volume, o enfermeiro deve considerar a sensibilidade intraoral. Diante da diminuição da sensibilidade, indica-se que a ingestão do alimento esteja de acordo com o melhor controle intraoral, o que pode variar de 3 a 5 ml de dieta¹⁰⁴.

Colocar no prato uma quantidade pequena, pois o paciente, sabendo de sua dificuldade, pode desistir de comer ao olhar um prato cheio. Quem estiver administrando o alimento deve ser posicionado na mesma altura do paciente e, em caso de hemiplegia/hemiparesia (limitação dos movimentos de um dos lados do corpo), deve-se posicionar no lado do corpo que está comprometido para oferecer o alimento ao paciente. Ele deve manter a cabeça virada para esse lado ao engolir, assim, o bolo alimentar desliza preferencialmente pelo lado bom. Pode-se posicionar a cabeça do paciente levemente para frente e para baixo. Introduzir o alimento com o talher à linha média (bem à frente) em relação à boca. Sempre observar a quantidade a ser introduzida: em caso de dúvida, sempre oferecer pequenas colheradas e amassados ou picados bem miúdos¹⁰⁶.

Uma pessoa com disfagia leva um tempo acima do normal para fazer uma refeição. Ela não deve ser apressada a deglutir, e há que certificar-se de que o paciente deglutiou toda a porção antes de oferecer outra colherada. Em alguns casos, o paciente não poderá receber líquidos finos, o que inclui a água e, para que não se desidrate será necessário “engrossar” a água, o café e sucos¹⁰⁵. Normalmente, os “espessantes”, ou substâncias que engrossam os líquidos, apresentam dosagens estabelecidas nas embalagens para garantir determinada consistência, o que auxilia a preparação da refeição¹⁰⁶.

O espessante é a substância que aumenta a viscosidade de um alimento¹⁰⁴. A escolha do espessante é fundamental para a obtenção de consistência homogêneas e duráveis. A não utilização ou a escolha de agentes inapropriados pode, por exemplo, fazer com que purês de frutas ou vegetais cozidos em pouco tempo sofram separação entre a polpa e a água do próprio alimento. Essa pequena quantidade de água livre, apesar de aparentemente inofensiva, é suficiente para desencadear um quadro de pneumonia se for aspirada no processo de deglutição¹⁰⁴.

Além do aspecto anterior, a incapacidade de se obter purês com consistência estável restringe o paciente ao consumo de alimentos com aparência pouco apetecível, o que, por si só, pouco coopera para o encorajamento do paciente disfágico.

Dentro dessa mesma ótica, se tratando da modulação da consistência de bebidas, medida obrigatória na manutenção do equilíbrio hídrico desse paciente, os espessantes devem interferir o menos possível nas propriedades organolépticas desses líquidos; seja por suas próprias características físico-químicas ou para evitarem reprocessamentos adicionais (p.ex. cocção)¹⁰⁴.

Atualmente, encontramos espessantes que facilitam a deglutição, como o espessante alimentar instantâneo desenvolvido para suprir essas necessidades sem agravar os riscos da hidratação e da alimentação do disfágico. Sua composição (amido de milho modificado + maltodextrina) permite misturar-se facilmente a todos os tipos de bebida e purês de qualquer origem alimentar (p.ex. carnes, frutas, legumes, etc) sem formar grumos, problema geralmente inevitável na maior parte dos agentes espessantes utilizados¹⁰⁴.

Além de não modificar o sabor original dos alimentos e bebidas aos quais é adicionado, as propriedades hidrofílicas permitem o reajuste da consistência de líquidos, o aquecimento de purês em forno convencional ou microondas e o congelamento de bebidas ou purês previamente misturados ao espessante sem perda da consistência originalmente preparada¹⁰⁴.

A obtenção da consistência de purê de batata, tida como ideal nesses casos, torna o alimento mais denso e coesivo, eliminando o risco broncoaspiração, fato comum com purês inconsistentes. A combinação integral do espessante com a água contida no alimento elimina por completo esse risco e coopera para sua hidratação, já que 98% dessa água será disponibilizada no processo de digestão¹⁰⁵.

Os alimentos sólidos podem ser amassados, liquidificados ou amaciados com líquido para adequar a consistência aceita pelo paciente. São também utilizados espessantes após liquidificar o sólido para garantir a consistência segura para o paciente deglutir¹⁰⁵.

É importante que o estado nutricional geral e a hidratação do pacientes sejam acompanhados pela equipe de nutrição. Sinais de desidratação incluem pele ressecada, ausência de suor e, às vezes, alterações no estado mental.

Quanto à escolha dos alimentos, deve-se dar preferência aos alimentos que o paciente costumava fazer uso antes da lesão. Alternar a introdução de líquidos e sólidos: não misturar as consistências. Solicitar tossir quando ele apresentar pigarro ou engasgo; não oferecer líquido nem bater nas costas ou soprar o rosto, pois o engasgo pode aumentar. Se a saliva se acumula na cavidade oral, deve ser aspirada ou absorvida com uma compressa ou gaze, assim evitam-se os engasgos¹⁰⁶.

Quanto à temperatura do alimento, os alimentos frios são indicados para casos de hipotonia e diminuição da sensibilidade, já os quentes para pacientes com hipertonia, visando o relaxamento das estruturas da cavidade oral¹⁰⁴.

No SAD verificamos que todos os pacientes disfágicos eram idosos, apresentaram hipertensão e metade deles o diabetes melitus. Isso nos revela que a dieta oferecida ao grupo deverá ser de natureza hipossódica e pobre em açúcares, por isso a equipe multidisciplinar, principalmente o nutricionista, é importante na avaliação desses pacientes.

O enfermeiro deve considerar essas informações e promover cuidados como a higiene oral sempre após cada refeição e verificar o estado dentário do paciente (mau estado dentário aumenta o risco para broncopneumonia).

Se a disfagia for muito grave, algumas orientações acima não se aplicam, sendo indicada (ou mantida), por exemplo, a sonda nasogástrica (SNG) para a introdução da dieta alimentar. Neste estudo não se encontrou na amostra pacientes com sondas (nasogástrica, enterais) e gastrostomias. Essa medida alternativa para alimentação será suspensa apenas após o tratamento, reavaliação criteriosa e por decisão conjunta da equipe multidisciplinar. Em outros casos, com um distúrbio da deglutição que começa a se instalar, os pacientes passam a receber algumas consistências via oral, via sonda (com risco de broncoaspiração) ou ainda outras que não poderão receber alimentos por via oral, devido aos mesmos riscos descritos acima¹⁰⁴.

Segundo Logemann⁶⁰, para a reabilitação do disfágico, o tempo utilizado pelo paciente para deglutir uma determinada consistência do alimento parece ser um parâmetro importante. Se o estudo radiológico demonstra que o paciente demora mais de 10 segundos para todas as consistências testadas, poderá recebê-la via oral, porém necessitará de uma sonda nasogástrica para complementar a alimentação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na década de 1980, os estudos da disfagia orofaríngea pós AVC inauguraram sua época de ouro. Nesse período, iniciou-se a caracterização do distúrbio de deglutição utilizando métodos objetivos de avaliação. Na década de 1990, as pesquisas sobre disfagia orofaríngea pós AVC ganharam valiosas contribuições e passaram a valorizar dados epidemiológicos de incidência e prevalência de disfagia, o que era 3/1000 passou para 10/1000, e uma das doenças que contribuiu para esse aumento foi o AVC¹⁰⁷.

A disfagia é a mais frequente e grave nos primeiros dias pós AVC, mas esse sintoma depende do tempo de AVC e atendimentos recebidos. A prevalência de aspiração, no paciente disfágico pós AVC, pode alcançar até 55%, sendo que vão a óbito em um ano até 45% dos pacientes^{99,107}.

Atualmente, observa-se, no mundo inteiro, a estruturação de centros de atendimento interdisciplinar ao paciente disfágico. A atuação dessa área específica é uma prática recente no Brasil, mas está em fase de crescimento, graças à dedicação de alguns profissionais que decidiram estudar a disfagia em profundidade, compreendendo-a de uma maneira mais abrangente⁵⁹. Logo, se reconhece a importância da equipe multidisciplinar, reforçando também a possibilidade do enfermeiro ter um papel mais ativo na soma desses esforços para o cuidado direcionado aos pacientes disfágicos.

A permanência da disfagia decorrente do AVC, impondo aos pacientes limitações, principalmente para o processo de deglutição, pode alterar a dinâmica da vida dessas pessoas por comprometer suas possibilidades de administrar a vida pessoal e familiar.

Com essas perspectivas vê-se o SAD como uma possibilidade de promover mudanças na qualidade de atenção à saúde e como um espaço possível de atuação. É dentro desse contexto domiciliar que este estudo se estruturou, identificando uma prevalência da disfagia em torno de 57% para pacientes pós AVC, semelhantes a outros estudos^{9,17,24,27}.

A reabilitação dos pacientes portadores de AVC envolve primariamente a educação, o que mobiliza a equipe multidisciplinar, a fim promover ações que visam garantir o exercício de suas atividades habituais com segurança e incluem também o auxílio à alimentação.

A detecção precoce e tratamento da disfagia são necessários não apenas para beneficiar os pacientes através da redução do período de recuperação do AVC, mas também para reduzir os custos de reabilitação em geral. É esperado que a detecção precoce de alterações na fisiologia da deglutição e subsequente intervenção precoce reduzam as

complicações em geral do comprometimento pulmonar, desidratação ou má nutrição e, conseqüentemente, redução do custo geral para a reabilitação seguida do AVC²⁵.

Esse estudo gera uma oportunidade para contribuir com o cuidado com pacientes disfágicos após o AVC. Acerca dos resultados obtidos em relação ao primeiro objetivo, os portadores de disfagia e atendidos pelo SAD são idosos com idade média de 73,6 anos, aposentados, com predomínio de mulheres e com ensino fundamental completo. Isso também se verificou na descrição de vários autores^{9,25,81,91}. Destacou-se que todos os pacientes são hipertensos e a metade (58,82%) são diabéticos. Dos pacientes com disfagia, todos tiveram o AVC do tipo isquêmico. Quando se refere ao episódio do AVC, dez pacientes tiveram um único episódio de AVC e sete pacientes tiveram dois episódios. Isso se confirma através de achados de alguns estudiosos^{85,87,98,99}.

Também constatou-se que não houve associação entre a idade e a disfagia, talvez porque a amostra estudada era caracterizada por idosos. A disfagia não esteve associada à frequência de episódios de AVC. Já em relação aos fatores de risco de AVC, os resultados mostram que pacientes com HAS e DM apresentam maior prevalência para a disfagia (53%). A dificuldade de deglutição para alimentos líquidos é maior que para alimentos sólidos ou ambos (42%, 31%, 28% respectivamente).

Pensa-se que, com esta pesquisa, foram dados passos iniciais na área da enfermagem relacionados à disfagia pós-AVC. As informações encontradas talvez auxiliem no mapeamento de situações de risco referentes à disfagia durante os cuidados de enfermagem.

Por todos esses motivos, a disfagia merece maior atenção, visto que prejudica uma alimentação eficaz e segura, levando a sofrimentos e impactos negativos na recuperação global do paciente.

Esse estudo fundamentou as ações de enfermagem mais específicas a pacientes com disfagia, encontrando alternativas que ajudem essas pessoas a terem uma melhor qualidade de vida, contribuindo para diminuir as complicações da disfagia como a pneumonia e desnutrição, assim como a possibilidade de realização de pesquisas que tratem de conhecer o que os enfermeiros podem fazer no domicílio desses pacientes disfágicos de forma a melhorar o desempenho nas atividades diárias de vida desses pacientes.

Vislumbra-se a necessidade de novas investigações propondo-se para estudos futuros pesquisas que demonstrem a incidência da disfagia em outras realidades além do âmbito domiciliar; determinem as complicações mais frequentes dos pacientes disfágicos pós AVC e a adoção de medidas preventivas no combate a essas complicações (pneumonia aspirativa e

desnutrição); verifiquem o conhecimento que a enfermagem tem dos pacientes acometidos pelo AVC e averiguem a associação entre a disfagia e as condutas realizadas, além de pesquisas que verifiquem o impacto de um treinamento baseado nas informações encontradas para a tomada de decisão dos enfermeiros diante dos pacientes disfágicos.

Algumas fragilidades do estudo não puderam ser superadas como a dificuldade na captação dos dados, já que a coleta depende do número de visitas agendadas pela equipe do SAD e os poucos estudos encontrados sobre o tema, reduzindo a comparação dos dados obtidos com outras realidades.

Após este estudo, pretende-se despertar o interesse da equipe de enfermagem para o tema a fim de diminuir os riscos de complicações para os pacientes disfágicos pós-AVC em ambientes hospitalares ou não, assim como, produzir novas informações a partir do enfermeiro.

Para o paciente e seu cuidador, é fundamental orientações acerca da disfagia, uma vez que lhe trará benefícios, como, por exemplo, um período menor de adaptação/recuperação através de informações detalhadas sobre essa sequela e implicações decorrentes dela, melhor entendimento sobre o novo estilo de vida, além da articulação de estratégias para promover o bem-estar sem o comprometimento de sua saúde.

Consideram-se alguns aspectos interessantes desta pesquisa como ser:

- Precursor dentro do âmbito da enfermagem na temática da disfagia pós AVC, inclusive precursor nas associações aqui apresentadas entre disfagia e fatores de risco, episódios de AVC e consistência dos alimentos.
- Precursor na orientação para cuidados no ambiente domiciliar como o SAD.
- Precursor no sentido de associar o que interessa a pacientes disfágicos atendidos nos SAD a partir de suas características.

Espera-se, com as informações geradas nesta pesquisa, incentivar programas de treinamento para a enfermagem que abordem essa temática, contribuir para a formação e educação permanente desses profissionais, visando à qualidade da assistência.

Espera-se estimular outros profissionais enfermeiros na busca pelo desenvolvimento da prática assistencial, definindo, delimitando, construindo o papel da enfermagem no cuidado ao paciente acometido pelo AVC e com uma sequela como a disfagia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e distrito federal. Rio de Janeiro: 2004.
2. Freitas MIA, Ribeiro AF, Chiba T, Mansur LL. Investigação fonoaudiológica de idosos em programa de assistência domiciliar. *Einstein*. 2007; 5 (1): 6-9.
3. Hannerz H, Nielsen ML. Life expectancies among survivors of acute cerebrovascular disease. *Stroke*. 2001; 32(8): 1739-44.
4. Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Forbes S, Burvill PW, Anderson CS, et al. Five-year survival after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study. *Stroke*. 2000; 31(9): 2080-6.
5. Pearson T A. Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular disease and Stroke. *Circulation*. 2002; 106: 388-391.
6. Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras. Saúde Matern. Infant* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2007 Abr 19]; 4 (1): 95-102. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19985.pdf>
7. Lawrence ES, Coshall C, Dundas R. Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. *Stroke*. 2001; 32: 1279-84.
8. Nasi A, Carvalho LEB, Cecconelo I, Pinotti HW. Disfagia no indivíduo idoso. In: Filho EM, Pissani JC, Carneiro J, Gomes G. *Disfagia: abordagem multidisciplinar*. 2ª ed. Frontis Editorial; 1998. p. 47-62.
9. Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CDA. Long –term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age and Ageing* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2008 Jun 13]; 36: 90-94. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/content/full/36/1/90>
10. Tibbling L, Gustafsson B. Dysphagia and its consequences in the elderly. *Dysphagia*. 1991; 6 (4): 2002.
11. 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. [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2008 Jun 13]; 62(2-B): 503-506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n2b/a23v622b.pdf>

12. Silva F. Acidente vascular cerebral isquêmico: prevenção: aspectos atuais- é preciso agir. *Medicina Interna*. 2004; 11(2): 99-108.

13. Schmidt J, Holas M, Halvorson K, Reding M. Videofluoroscopic evidence of aspiration predicts pneumonia and death but not dehydration following stroke. *Dysphagia*. 1994; 9(1): 7-11.

14. Dziewas R, Ritter M, Schilling M, Konrad C, Oelenberg S, Nabavi DG, et al. Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2007 Jul 20]; 75: 852-856. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1739077&blobtype=pdf>

15. Gariballa SE, Parker SG, Taub N, Castleden M. A randomized, controlled, single-blind trial of nutritional supplementation after acute stroke. *Journal of parenteral and enteral nutrition*. 1998; 22: 315.

16. Finestone HM, Greene-Finestone LS. Rehabilitation medicine: diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. *CMAJ*. 2003; 169 (10).

17. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. *Stroke* [periódico na internet]. 2005 [acesso em Aug 01]; 36: 2756-2763. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/36/12/2756>

18. Morris H. Dysphagia in a general practice population. *Nurs older people*. 2005; 17 (8): 20-3.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e distrito federal. Rio de Janeiro: 2004.

20. Kikawada M, Iwamoto T, Takasaki M. Aspiration and infection in the elderly: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs Ageing*. 2005; 22 (2): 115-30.

21. De Pippo KL, Holas MA, Reding MJ. Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch. Neurol*. 1992; 49 (12): 1259-61.

22. Trelis JB, López MF. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. *Nutrición Hospitalaria*. 2002; 17: 168.

23. Elmstahl S, Bülow M, Ekberg O, Petersson M, Tegner H. Treatment of dysphagia improves nutritional conditions in stroke patients. *Dysphagia*. 1999; 14: 61.
24. Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2008 Jan 10]; 36: 1972. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/36/9/1972>
25. Westergren, A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *International Nursing Review*. 2006; 53:146.
26. Langmore, SE, Skarupski KA, Park PS, Fries BE. Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. *Dysphagia*. 2002; 17: 298- 307.
27. Smith HA, Lee SH, O'Neil PA, Connolly MJ. The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool. *Age and Ageing*. 2000; 29: 495.
28. Santini CS. Disfagia neurogênica. In: Furkim AM, Santini CS. *Disfagias orofaríngeas*. Carapicuíba: Editora Pró-fono; 1999. p.19-34.
29. Furkim AM. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas. In: Furkim AM, Santini CS. *Disfagias orofaríngeas*. Carapicuíba: Editora Pró-fono; 1999. p. 229.
30. Holas MA, De Pippo KL, Reding MJ. Aspiration and relative risk of medical complication following stroke. *Arch Neurol*. 1994; 51: 1051-1053.
31. McCullough GH, Rosenbeck JC, Wertz RT. Sensitivity and specificity of clinical/bedside examination signs for detecting aspiration in adults subsequent to stroke. *Journal of Communication Disorders*. 2001; 34: 55-72.
32. Power ML, Hamdy S, Singh S, Tyrrell PJ, Turnbull I, Thompson DG. Deglutitive laryngeal closure in stroke patients. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2008 Jan 11]; 78 (2): 141-6. Disponível em: <http://jnnp.bmj.com/cgi/content/abstract/jnnp.2006.101857v1>
33. Barros AFF, Fabio SRC, Furkim AM. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. *Arq. Neuropsiquiatria* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2008 Jan 11]; 64(4): 1009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2006000600024&lng=pt&nrm=iso
34. Gatto AR, Rehder MIBC. Comparação entre queixas de deglutição e achados videofluoroscópicos no paciente pós acidente vascular encefálico. *Rev Cefac* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2008 Jan 11]; 30(1): 10-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-37632006000100010

internet]. 2006 [acesso em 2008 Jan 11]; 8(3):320. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

35. Rosenvinge SK, Starke ID. Improving care for patients with dysphagia. *Age Ageing* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2007 Out 28]; 34(6): 587-93. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16267184?ordinalpos=24&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

36. Kind AJH, Smith MA, Pandhi N, Frytak JR, Finch MD. Bouncing-Back: rehospitalization in patients with complicated transitions in the first thirty days after hospital discharge for acute stroke. *Home Health Care Serv Q* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2008 Fev 13]; 26(4):37-55. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2205988>

37. Gomes GF, Campos ACL, Pisani JC, Macedo Filho ED, Ribas Filho JM, Malafaia O, et al. Sonda nasoenteral, aspiração traqueal e pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cérebro-vascular complicada por disfagia orofaríngea. *ABCD Arq. Bras. Cir. DIG* [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2008 Fev 13]; 6 (4): 189-192. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

38. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro [periódico na internet]. Brasília (DF): 2005 [acesso em 2007 Mar 17]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf> >

39. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.

40. Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Acidente Vascular Encefálico Agudo: um guia prático para médicos envolvidos no atendimento emergencial. Rio de Janeiro: 2003.p.16.

41. American Heart Association. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack A Statement for Healthcare Professionals. *Stroke*. 2006; 37: 577-617.

42. Braga JL, Alvarenga RMP, Neto, JBMM. Acidente Vascular Cerebral. *Rev.Bras.Med*. 2003; 60 (3).

43. Suyama J, Crocco T. Prehospital care of the stroke patient. *Emerg Med Clin North Am* 2002; 20(3):537-52.

44. Adams HP, Adams RJ, Brott. ASA Scientific Statement: Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke. A scientific statement from the council of the American Stroke Association. *Stroke*. 2003; 34:1056-83.

45. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. bras. Epidemiol [periódico na internet]*. 2005 [acesso em 2007 Jul 23]; 8 (2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011 &lng=pt&nrm=iso>
46. Battistella LR, Brito CMM. Tendência e Reflexões: classificação internacional de funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*. 2002; 9(2): 98-101.
47. Laurenti R, Jorge MHPM, Lebrão ML, Gotlieb SLD. *Estatísticas de Saúde*. 2ª ed. São Paulo: EPU; 2005.
48. Amiralian MLT. Conceituando deficiência. *Rev. Saúde Pública [periódico na internet]*. 2000 [acesso em 2007 Jul 23]; 34 (1). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000100017&lng=pt&nrm=iso>
49. Sadana R. Development of standardized health descriptions. In: MURRAY CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, editores. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva: World Health Organization; 2002. p.315-28.
50. McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford: Oxford University Press; 1987.
51. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39:143-50.
52. Goerdt A, Koplan JP, Robine JM, Thuriaux MC, Van Ginneken Jk. Non-fatal health outcomes: concepts, instruments and indicators. In: Murray CJL, Lopez AD, editors. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press; 1996. p. 99-116.
53. Falcão IV. A incapacidade como expressão do acidente vascular cerebral precoce: seu impacto na integração social de adultos moradores do Recife [tese na internet]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 1999 [acesso em 2007 Jan 13]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/1999falcao-iv.pdf>
54. Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 682 – 1133.
55. Wolf PA. Na overview of the epidemiology of stroke. *Stroke*. 1990; 21(2): 4-6.

56. Macedo Filho ED. Conceitos e fisiologia aplicada da deglutição. In: Macedo Filho E, Pissani JC, Carneiro J, Gomes G. Disfagia: abordagem multidisciplinar. 2^a ed. Frôntis; 1998. p. 3-18.
57. Shay K, Ship JA. The importance of oral health in the older patient. *Journal of American Geriatrics Society*. 1995; 43: 1414.
58. Zohar Y, Grusko I, Sulkes J, Melloul MM. Oropharyngeal scintigraphy: a computerized analysis of swallowing in patients with obstructive sleep apnea. *The Laryngoscope*. 1998; 108: 37-41.
59. Dodds, WJ, Logemann, JA, Stewart ET. Radiologic assessment of abnormal oral and pharyngeal phases of swallowing. *American Journal of Radiology*. 1990; 154: 965-74.
60. Logemann JA. Effects of aging on the swallowing mechanism. *Otolaryngologic Clinico of North America*. 1990; 23(6): 1045-56.
61. Feijó AV, Rieder CRM. Distúrbios da deglutição em idosos. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. Disfagia: avaliação e tratamento. Ed. Revinter; 2003.p. 225-32.
62. Silva Netto CRS. Deglutição na criança, no adulto e no idoso: fundamentos para odontologia e fonoaudiologia. Ed. Lovise; 2003.
63. Marchesan IQ. Deglutição: normalidade. In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba: Editora Pró-fono; 1999. p. 3-18.
64. Brandt LJ. Gastrointestinal disorders in the elderly. In: Rossman I. *Clinical Geriatrics*. 3^a ed. 1986. p. 260-77.
65. Santini CS. Disfagia neurogênica. In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba: Editora Pró-fono; 1999. p. 19-34.
66. Johnstone, M. Tratamento domiciliar do paciente hemiplégico, vivendo dentro de um esquema. São Paulo: Editora Atheneu; 2003.
67. Linden P, Siebens AA. Dysphagia: predicting laryngeal. *Arch Phys Med*. 64: 282-84, 1983.
68. Costa MMB. Quantificação de eventos dinâmicos da deglutição registrados através do método videofluoroscópico. *Arquivos de motilidade digestiva e neurogastroenterologia*. 1999; 43 (2).

69. Macedo ED. Avaliação endoscópica da deglutição na abordagem da disfagia orofaríngea. *Arquivos de Motilidade Digestiva e Neurogastroenterologia*. 1999; 63.
70. Costa MB, Castro LP. Tópicos em deglutição e disfagia. Medsi: 2003.
- 71- Silva RG. Reabilitação fonoaudiológica na disfagia orofaríngea neurogênica em adultos: a educação continuada como princípio: disfagia abordagem multidisciplinar. *Frôntis*: 1998.p. 69.
72. Medronho RA. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2006. p.125-160.
73. Brasil. Ministério da Saúde. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro [periódico na internet]. Brasília (DF): 2005 [acesso em 2007 Mar 20]. Disponível em <http://drt2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0421_M.pdf>
74. Rocha F L. Depressão pós acidente vascular cerebral (AVC). *J. Bras. Psiquiatria*. 1993; 42: 203.
75. Medina M C G. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: Karsch UMS, organizadora. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC; 1998. p. 199-214.
76. Bonita R, Solomon N, Broad J. Prevalence of stroke-related disability: estimates from the Auckland stroke studies. *Stroke*. 1997; 28: 1898-902.
77. Blalock HM. *Social Statistics*. 2ª ed. Singapura: International Student Edition; 1972. p.583.
78. Silva KL, Sena R, Leite JC, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3): 391-7.
79. Lessa I. Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência. Saúde coletiva* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2007 Mar 13]; 9 (4). Disponível em :http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000400014&Ing=en&nrm=iso.
80. Pitella JE, Duarte JE. Prevalência e padrão de distribuição das doenças cerebrovasculares em 242 idosos, procedentes de um hospital geral, necropsiados em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 1976 a 1997. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2002; 60: 47-55.

81. Teasell R, Foley N, Fisher J, Finestone H. The incidence, management and complications of dysphagia in patients with medullary strokes admitted to a rehabilitation unit. *Dysphagia*. 2002; 17: 115.
82. Kottke TE, Haney TJ, Doucette MM. Reabilitação do paciente cardiopata. In: Kottke FJ, Lehamann JF. *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. 4^a ed. São Paulo: Manole; 1994.
83. Santana BS, Fukujima MM, Oliveira RMC. Características sócio-econômicas de pacientes com acidente vascular cerebral. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. 1996; 54(3): 428.
84. Neau, J.P. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc. Dis.* 1998; 8(5):296-302.
85. Ching-Lin H, Mong-Hong L. Factors influencing vocational outcomes following stroke in Taiwan: a medical centre-based study. *Scand. J. Rehab.Med.* 1997; 29: 113.
86. Menezes FT, Gonçalves MIR, Chiari BM. Adaptações alimentares em adultos pós AVCI sem queixa de disfagia. *Fono Atual*. 2005; 8(34): 14-24.
87. Flumignan VH, N6vak EM, Camargo CHF, J6nior HC, Coral P, Muzzio JA, et al. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2001; 59(3): 740.
88. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, Rumsfeld J, Manolio T, et al. Heart disease and stroke statistics: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2006; 14: 01-67.
89. Souza BA, Martins C, Campos DJ, Balsini ID, Meyer LR. *Nutrição e disfagia: guia para profissionais*. Nutroclínica: 2003.
90. Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F, et al. Dysphagia following stroke. *Eur Neurol*. 2004; 51:162.
91. Walter U, Knoblich R, Steinhagen V, Donat M, Benecke R, Kloth A. Predictors of pneumonia in acute stroke patients admitted to a neurological intensive care unit. *Journal of Neurology*. 2007; 254: 1323-9.
92. André C. *Manual de AVC*. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p.159.
93. Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2000; 58(1): 99-106.

94. Saposnik G, Brutto OD. Stroke in South America: a systematic review of incidence, prevalence and stroke subtypes. *Stroke*. 2003; 34: 2103.
95. Idris I, Thomson J, Sharma C. Diabetes mellitus and stroke. *International Journal Clinical Practice*. 2006; 60:48-56.
96. Hu G, Sarti C, Jousilahti P, Peltomen M, Qiao Q, Antikainen R, et al. The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality. *Stroke*. 2005; 36: 2538.
97. Tanne D, Medalie H, Goldbourt U. Body fat distribution and long-term risk of stroke mortality. *Stroke*. 2005; 36: 1021.
98. Alves GSN. O fundamental da avaliação fonoaudiológica do paciente disfágico. In: Costa M, Castro LP. *Tópicos em deglutição e disfagia*. Medsi: 2003.
99. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. The gugging swallowing screening. *Stroke*. 2007; 38.
100. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical nutrition*. 2003; 22(3): 235.
101. Xerez DR. Estudo clínico e videofluoroscópio dos distúrbios funcionais da deglutição em pacientes com seqüela de acidente vascular encefálico [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
102. Marik P, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*. 2005; 124: 328.
103. Cabral NL, Longo AL, Moro CHC, Amaral CH, Kiss HC. Epidemiologia dos acidentes cerebrovasculares em Joinville, Brasil: estudo institucional. *Arq. Neuro-psiquiatr*. 1997; 55: 357-63.
104. Costa MB, Castro LP. *Tópicos em deglutição e disfagia*. Medsi: 2003.
105. Silva RG. Disfagia orofaríngea pós acidente vascular encefálico. In: *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 2004.
106. Pires LP, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2000; 58(1): 99-106.

107. Gagliardi RJ. Acidente vascular cerebral: fator de piora dos doentes nos primeiros dias. *Revista Brasileira Clínica e Terapêutica*. 1988; 17(5): 155.

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

Formulário de investigação AVC x Incapacidades físicas - SAD

Data da entrevista:/...../.....

I. Características sócio-econômicas

1. N° Prontuário2. Sexo: () Masculino () Feminino 3. Idade:.....

4. Nível de escolaridade:

4.1 () Analfabeto

4.2 () Ensino fundamental completo

4.3 () Ensino fundamental incompleto

4.4 () Ensino médio completo

4.5 () Ensino médio incompleto

4.6 () Ensino superior

5. Qual a sua situação de trabalho?

5.1 () Trabalhando

5.2 () Desempregado

5.3 () Aposentado

5.4 () Em licença –Benefício

5.5 () Aposentadoria por deficiência

5.6 () Outra situação

6. Quantos episódios de AVC? _____ 7. Tipo AVC: () Isquêmico () Hemorrágico

8. PORTADOR DE: () HAS () Tabagista () DM () Obesidade () F.A. () Dislipidêmico

ALTERAÇÕES NA DEGLUTIÇÃO	SIM	NÃO
O Sr. (a) apresenta dificuldade para engolir alimentos sólidos?		
O Sr. (a) apresenta dificuldade para engolir alimentos líquidos?		
O Sr. (a) apresenta dificuldade para engolir ambos?		

APÊNDICE B - Folha de Rosto do Sisnep



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS		FR - 159877	
Projeto de Pesquisa As incapacidades físicas de pacientes acometidos por um acidente vascular cerebral: repercussões nas atividades habituais diárias.			
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Epide.	Grupo Grupo III	Nível Epidemiológico	
Área(s) Temática(s) Especial(s)			Fase Não se Aplica
Unitemos enfermagem, acidente cerebrovascular, incapacidades			

Sujeitos na Pesquisa				
Nº de Sujeitos no Centro 50	Total Brasil 50	Nº de Sujeitos Total 50	Grupos Especiais	
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO

Pesquisador Responsável		
Pesquisador Responsável Lolita Dopico da Silva	CPF 477.784.827-20	Identidade 037548161
Área de Especialização Terapia intensiva	Maior Titulação Doutorado em enf.	Nacionalidade Brasileira
Endereço Av 28 de Setembro 157	Bairro Vila Isabel	Cidade Rio de Janeiro - RJ

Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.			
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.			
Data: ____/____/____		Assinatura _____	
Código Postal 21	Telefone 25876336 /	Fax	Email LOLITA.DOPICO@GMAIL.COM

Instituição Onde Será Realizado			
Nome Hospital Geral de Bonsucesso - RJ	CNPJ 00.394.544/0202-91	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Orgão Emergência	Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Avenida Londres, 616	Bairro Bonsucesso	Cidade Rio de Janeiro - RJ	
Código Postal 21041-030	Telefone (21)39779831-	Fax (21)2561-0573	Email ana_dias@hgb.rj.saude.gov.br

Ter mo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Nome: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Paciente e ou Família.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO/FACULDADE DE ENFERMAGEM****

Prezado (a) Senhor (a),

Gostaria de contar com sua participação no estudo intitulado: Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral: contribuições do enfermeiro.

Trata-se de um projeto de pesquisa, sob a coordenação da Profª Drª Lolita Dopico da Silva. A pesquisa tem como objetivo propor ações de enfermagem que garantam uma deglutição segura em pacientes com disfagia pós AVC a partir dos dados obtidos junto a pacientes usuários do SAD.

A coleta de dados será feita através de um formulário estruturado, que tem como propósito responder aos objetivos descritos neste estudo acerca condição do entrevistado, que sofreu um AVC.

Ressaltamos que os aspectos contidos na Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos serão respeitados pela pesquisadora, dentre eles: a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; os responsáveis pela realização do estudo se comprometem a zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa, serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos participantes; serão assegurados aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do estudo, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, condições de acompanhamento e produção de dados; a liberdade do participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Drª Lolita Dopico da Silva_____
Carina Teixeira Paixão

Declaro estar ciente das informações deste termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa. Autorizo a utilização dos dados nesse trabalho (pesquisa multicêntrica) e em outros estudos desenvolvidos pela autora.

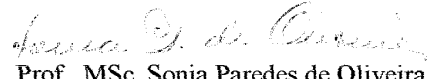
Participante

**** Outras informações poderão ser solicitadas com a Drª Lolita Dopico da Silva, Boulevard 28 de setembro, 157, CEP:22753800; e-mail: lolita.dopico@gmail.com, ou cel: 21-98338485

ANEXO A- Resposta do Comitê de Ética em Pesquisa



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso
PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HGB 42/07.

<p>Coordenadora: Sonia Paredes de Oliveira (Médica).</p> <p>Vice Coordenadora: Antonio Abílio P. Santa Rosa (Médico).</p> <p>Secretária Executiva: Cristina Carvalho V. de Araújo (Enfermeira)</p> <p>Membros Carlos Roberto Cabral (Representante dos Usuários) Giuseppe Santa Lucia (Médico) Gustavo Antonio S. Nogueira (Assistente Social). Iolanda Szabo (farmácia) José Maria Gonçalves Neto (Fisioterapeuta) Lia Cristina Galvão dos Santos (Enfermeira) Márcia Natal Batista Abreu (Psicóloga) Marcos Andrade Silva (Enfermeiro) Virgínia Ribeiro Lima e Andrade (Enfermeira)</p> <p>Projeto: "As Incapacidades Físicas de Pacientes Acometidos Pelo Acidente Vascular Cerebral: Repercussões Nas Atividades Habituais".</p> <p>Autor: Pesquisador: Carina Teixeira Paixão Orientador: Prof. Lolita Dopico da Silva</p>	<p style="text-align: right;">Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2007.</p> <p style="text-align: center;">O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso, após avaliação, considerou o projeto (CEP-HGB 42/07) aprovado, pois se encontra dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 196 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.</p> <p style="text-align: center;">Informamos a necessidade de que no mês de junho de 2008, seja encaminhado a este CEP um relatório com os dados parciais da pesquisa.</p> <p style="text-align: center;">Solicitamos que ao término da mesma seja encaminhada a esta Comissão, uma cópia eletrônica (CD-R) do Relatório Final da Pesquisa.</p> <p style="text-align: center;">  Prof. MSc. Sonia Paredes de Oliveira Coordenadora do CEP-HGB Dra. Sonia Paredes de Oliveira COORDENADORA DO CEP-HGB </p>
---	---

ANEXO B- Resposta do NERJ

SIPAR - MINISTÉRIO DA SAÚDE
ONGMEXIA-REGISTRO/MS
00001 020103/2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Rua México, 128 – sala 903 – Centro – Cep. 20031-142
Tels. 3985-7517 e 3985-7480 – Fax. 3985-7494

OFÍCIO nº 128/2008/DGHMS/RJ

Rio de Janeiro, 25 de junho de 2008

A Senhora
Lolita Dopico da Silva
Professora Doutora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Coordenação de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UERJ
Campus Francisco Negrão de Lima
R. São Francisco Xavier, 524
Maracanã - Rio de Janeiro - RJ - Cep 20559-900

Professora Doutora,

Sentimo-nos honrados na solicitação para participarmos dos projetos de pesquisa relacionados ao Curso de Mestrado em Enfermagem da UERJ junto aos portadores de Doenças Cérebro-Vasculares atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar cujos títulos são: Perfil da Terapia Medicamentosa do paciente acometido por um acidente vascular cerebral na rede SUS – Mestranda Danielle de Mendonça Henrique e As incapacidades físicas de pacientes acometidos por um acidente vascular cerebral: repercussões habituais diárias – Mestranda Carina Teixeira Paixão.

Na oportunidade informamos nosso contato: Angela Ostritz – Responsável pelo SAD - tel. 21 – 9423-7784 / 3985-7588 , e-mail angelaostritz@nerj.rj.saude.gov.br

Sendo o que se apresenta para o momento, renovamos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Mário José Bueno
Diretor do Departamento de Gestão Hospitalar/RJ
Secretaria de Atenção à Saúde/MS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)