

EFETIVIDADE DA INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA PROGRESSÃO DA ALIMENTAÇÃO VIA ORAL EM PACIENTES COM DISFAGIA OROFARÍNGEA PÓS AVE

Effectiveness of speech therapy in evolution of oral ingestion in patients with post stroke Oropharyngeal Dysphagia

Clarissa Inaoka⁽¹⁾, Christiane Albuquerque⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: analisar a efetividade na progressão da alimentação via oral de pacientes com sintomas de disfagia, que sofreram acidente vascular encefálico prévio ou atual, internados em um hospital federal do Rio de Janeiro. **Métodos:** foi feito estudo retrospectivo do prontuário de 20 pacientes com acidente vascular encefálico, para os quais foi solicitada fonoterapia para disfagia. Para comparação do nível de ingestão oral de cada paciente, antes e depois da terapia, foi utilizada uma escala funcional. Foram estudados os possíveis fatores de interferência na progressão na escala como: idade, intercorrências clínicas, tempo e incidência prévia do AVE. Os seguintes indicadores de resultado foram analisados: tempo para retirada de via alternativa de alimentação e tempo para reintrodução de alimentação via oral. **Resultados:** dos 20 pacientes, 15 apresentaram melhora na escala de ingestão oral após a fonoterapia. As intercorrências clínicas foram consideradas estatisticamente significantes para a não evolução da alimentação via oral. Os outros fatores analisados não demonstraram significância estatística, sugerindo não interferir na melhora ou piora do paciente. Foi possível reintroduzir alimentação via oral e retirar via alternativa de alimentação antes de 10 dias. **Conclusão:** a fonoterapia é efetiva para melhorar a ingestão de alimentos por via oral nos pacientes com AVE e disfagia neurogênica, atendidos em ambiente hospitalar, salvo se apresentarem intercorrências clínicas e rebaixamento do nível de consciência durante o processo.

DESCRITORES: Transtornos da Deglutição; Fonoterapia; Acidente Vascular Cerebral

■ INTRODUÇÃO

Entende-se por deglutição a passagem do conteúdo oral para o estômago, podendo se referir ao fluxo de bolo alimentar ou saliva. Está programada em fases sucessivas: preparatória, oral, faríngea e esofágica¹.

A desordem no processo de deglutição é chamada de disfagia, podendo ter como causa um problema mecânico ou neurológico. Clinicamente pode manifestar-se por meio de sintomas como

desordem na mastigação, dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, controle de saliva diminuído, tosse e/ou engasgos nas refeições. É possível haver ainda desidratação, desnutrição, pneumonia e outros problemas pulmonares, que podem estar ligados a uma disfagia sem sintomas aparentes².

As doenças cerebrovasculares são consideradas a primeira causa de óbito no mundo e a segunda no Brasil, sendo responsável por inúmeras sequelas que produzem alto grau de incapacidade^{3,4}. Dentre elas tem-se a disfagia orofaríngea, que apresenta uma incidência que pode variar de 40% a 90%, constituindo-se, portanto, em uma manifestação comum do Acidente Vascular Encefálico (AVE)²⁻⁵.

As alterações poderão variar de acordo com o local e extensão da lesão, bem como com a idade

⁽¹⁾ Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica CEFAC – Saúde e Educação, Rio De Janeiro, RJ, Brasil.

⁽²⁾ Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio De Janeiro, RJ, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

em que o AVE ocorre. A população idosa, mais comumente acometida por AVE, poderá ter mais dificuldade em compensar as alterações de tônus muscular que reduz a mastigação ou a diminuição da pressão da língua³.

Não há dúvidas de que a alta incidência de disfagia, nas fases aguda e de recuperação dos AVEs, representa co-fator de mortalidade e morbidade. Com isso, o diagnóstico de disfagia não deve ficar restrito às fases agudas dos AVEs⁴.

O paciente disfágico, quando se encontra em ambiente hospitalar, necessita de atendimento de uma equipe multidisciplinar formada por fonoaudiólogo, médicos de diferentes especialidades, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro, terapeuta ocupacional e psicólogo. Esta equipe prioriza minimizar precocemente os riscos de complicações e preparar para a reabilitação de sequelas. A intervenção fonoaudiológica precoce (vinte e quatro a quarenta e oito horas pós-evento e com o paciente clinicamente estável) em ambiente hospitalar visa à identificação rápida da disfagia e prevenção de complicações clínicas advindas da mesma⁶, podendo reduzir o tempo de uso das vias alternativas de alimentação, o tempo de hospitalização, e contribuir para a melhora do quadro pulmonar. A evolução da ingestão oral segura e funcional do paciente, associada à manutenção da saúde pulmonar e de seu estado nutricional é uma evidência significativa da efetividade terapêutica⁷. Portanto, há necessidade de se verificar qual via de alimentação e quais consistências alimentares o paciente com disfagia orofaríngea apresentará antes e depois da intervenção fonoaudiológica.

Alguns fatores podem interferir na evolução do paciente com relação à ingestão de alimentos por via oral, como: a piora clínica do doente, as intercorrências clínicas e o rebaixamento do nível de consciência. Outros fatores analisados em estudos como: doença de base e idade, não demonstraram significância estatística, sugerindo não interferir na melhora ou piora do paciente⁸.

É de suma importância a realização do gerenciamento de um Serviço de Fonoaudiologia por indicadores padronizados, favorecendo a análise do desempenho ao longo do tempo, frente à inclusão de novos processos ou tecnologias, e a comparação com outros Serviços julgados como referências no setor. Este gerenciamento contribui para que a eficácia e a eficiência dos programas de reabilitação sejam evidenciadas⁹.

A efetividade da reabilitação em disfagia orofaríngea pode ser comprovada quando o paciente alimentar-se adequadamente por via oral. A fim de mensurar essa efetividade, pesquisas atuais procuram estabelecer escalas de controle funcional

da deglutição, com critérios como: tempo de reabilitação comparado a seus efeitos funcionais, tipo de via de alimentação que o paciente iniciou a reabilitação e quais as mudanças durante o processo, aumento de volume ou mudança da consistência na ingestão oral, entre outros¹⁰.

Uma escala de medida foi desenvolvida pela Associação Americana de Fonoaudiologia (ASHA) em 1997, chamada de Sistema Nacional de Medição de Resultados (NOMS) – que consiste em uma coleta de dados para ilustrar o valor da intervenção fonoaudiológica em adultos e crianças com relação à comunicação e à deglutição. Para isso são utilizadas medidas de comunicação funcional (FCM), que são escalas de sete pontos aplicadas a transtornos específicos e projetadas para descrever a mudança na comunicação funcional do indivíduo e/ou capacidade de engolir ao longo do tempo. O fonoaudiólogo marca o nível em que o paciente se encontra na admissão e na alta para descrever a quantidade de mudanças na comunicação e/ou deglutição após intervenção. Ao examinar as notas de admissão e alta, pode-se avaliar a quantidade de mudanças e, assim, os benefícios do tratamento¹¹.

O objetivo deste trabalho foi analisar a efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral de pacientes com sintomas de disfagia que sofreram acidente vascular encefálico prévio ou atual, internados em um hospital federal do Rio de Janeiro, utilizando a escala ASHA-NOMS.

■ MÉTODOS

Foi realizado estudo retrospectivo do prontuário dos pacientes com AVE, internados em um hospital federal da cidade do Rio de Janeiro, com sintomas de disfagia orofaríngea neurogênica, e que para os quais foi solicitada intervenção fonoaudiológica pelos médicos responsáveis. Foram coletados dados de janeiro a agosto de 2011.

Dos 161 pacientes atendidos pelo Serviço de Fonoaudiologia no período analisado, 20 adultos e idosos foram incluídos na pesquisa, pois se enquadravam nos critérios de participação, a saber: ter sofrido AVE prévio ou atual, com sintomas de disfagia orofaríngea; respirar em ar ambiente; apresentar quadro clínico estável e responder a comandos verbais simples. Foram excluídos da pesquisa os pacientes que apresentaram anomalias de orofaringolaringe, traqueostomia, dependência de ventilação mecânica, nível de consciência rebaixado, e os clinicamente muito comprometidos.

A amostra contou com 20 pacientes, sendo 14 do sexo feminino (70,0%). A média de idade foi de 71,85 (+/-14,41 anos). A idade mínima foi de

38 anos e a máxima de 88 anos. A mediana foi 75 anos.

De acordo com a necessidade de cada paciente, foi realizado um programa de reabilitação da deglutição, composto por avaliações em beira-de-leito, análise da gravidade dos casos e do risco de disfagia em uma perspectiva gerencial⁹. Também foi realizada fonoterapia voltada para a reabilitação da deglutição durante a internação, com técnicas descritas na literatura como estimulação térmica, manobras de deglutição e exercícios miofuncionais^{12,13}.

Foi utilizada a escala ASHA-NOMS para verificar a evolução de ingestão oral em dois momentos, antes e após a intervenção fonoaudiológica. Para marcar o primeiro nível em que o paciente se

encontrava na escala, foi considerado o status alimentar deste antes da avaliação fonoaudiológica inicial. E para marcar o nível após a intervenção fonoaudiológica, foi verificado o status alimentar na alta fonoaudiológica. Esta alta engloba os seguintes motivos: reabilitação funcional da deglutição, alta hospitalar, gastrostomia, colocação do setor à disposição devido a não possibilidade de intervenção no momento (por exemplo, no caso de intubação orotraqueal).

A escala ASHA-NOMS descreve se houve mudança no status funcional da deglutição posterior ao tratamento fonoaudiológico de pacientes com disfagia (Figura 1). A escala ainda não apresenta tradução validada em português, portanto será utilizada em inglês.

Escala ASHA-NOMS	
LEVEL 1:	Individual is not able to swallow anything safely by mouth. All nutrition and hydration is received through non-oral means (e.g., nasogastric tube, PEG).
LEVEL 2:	Individual is not able to swallow safely by mouth for nutrition and hydration, but may take some consistency with consistent maximal cues in therapy only. Alternative method of feeding is required.
LEVEL 3:	Alternative method of feeding required as individual takes less than 50% of nutrition and hydration by mouth, and/or swallowing is safe with consistent use of moderate cues to use compensatory strategies and/or requires maximum diet restriction.
LEVEL 4:	Swallowing is safe, but usually requires moderate cues to use compensatory strategies, and/or the individual has moderate diet restrictions and/or still requires tube feeding and/or oral supplements.
LEVEL 5:	Swallowing is safe with minimal diet restriction and/or occasionally requires minimal cueing to use compensatory strategies. The individual may occasionally self-cue. All nutrition and hydration needs are met by mouth at mealtime.
LEVEL 6:	Swallowing is safe, and the individual eats and drinks independently and may rarely require minimal cueing. The individual usually self-cues when difficulty occurs. May need to avoid specific food items (e.g., popcorn and nuts), or require additional time (due to dysphagia).
LEVEL 7:	The individual's ability to eat independently is not limited by swallow function. Swallowing would be safe and efficient for all consistencies. Compensatory strategies are effectively used when needed.

Figura 1 – Sistema Nacional de Medição de Resultados – Associação Americana de Fonoaudiologia (American Speech-Language-Hearing Association – National Outcomes Measurement System) – ASHA-NOMS

Foi considerado melhora quando houve aumento do nível na escala no pós fonoterapia, e considerado piora o rebaixamento do nível no pós fonoterapia.

Também foi verificado se os seguintes fatores poderiam interferir na progressão da alimentação via oral do paciente com a intervenção fonoaudiológica, como:

- Idade: foi analisada a média da idade do grupo que não evoluiu na escala ASHA-NOMS e do grupo que evoluiu, e comparadas entre si, para verificar se a idade tem impacto na melhora na escala.
- Tempo do AVE e incidência de AVEs prévios: foi verificado se esses fatores interferem na progressão de nível na escala ASHA-NOMS.

- Piora clínica e rebaixamento no nível de consciência: esses itens foram considerados quando o paciente não respondia a comandos verbais simples por diferentes motivos, a saber: processo infeccioso, piora do quadro respiratório, piora do quadro neurológico; foi feita comparação entre os pacientes que apresentaram esses fatores durante a intervenção fonoaudiológica com os pacientes que não apresentaram, verificando em qual grupo houve maior evolução na escala ASHA-NOMS. Há relatos na literatura de que essas intercorrências podem afetar os mecanismos de proteção de vias aéreas^{8,14}.

Também foi analisada a efetividade da reabilitação da deglutição por meio dos indicadores de resultado:

- Tempo para retirada da via alternativa de alimentação.
- Tempo para retorno da alimentação por via oral.

Estes indicadores são expressos em relação ao número de dias, a partir da primeira avaliação fonoaudiológica⁹. Identificam e relacionam informações referentes ao número de pacientes que têm a via alternativa de alimentação retirada e que retornam à alimentação por via oral de forma segura, dentro de uma escala de tempo: 0 a 5 dias, 6 a 10 dias, 11 a 15 dias e acima de 15 dias¹⁵.

Os dados foram colhidos dos prontuários com formulário específico, baseado em questionário criado por Furkim e Sacco⁸ (Figura 2).

Formulário coleta de dados								
Identificação:								
Nome: _____								
Prontuário: _____	Idade: _____	DN: _____	Sexo: _____	F ()	M ()			
Dados do paciente:								
Data do AVE: _____	AVEs prévios: ()		Quantidade e datas: _____					
Gravidade da DOF	Nível:	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7
() Fonoterapia _____ sessões				() Gerenciamento _____ sessões				
Data avaliação fono	_____/_____/_____		Data alta fono	_____/_____/_____				
Reintrodução VO:	() 0 a 5 dias	() 6 a 10 dias	() 11 a 15 dias	() Mais 15 dias				
Retirada VAA:	() 0 a 5 dias	() 6 a 10 dias	() 11 a 15 dias	() Mais 15 dias				
Intercorrências durante a terapia:		Piora clínica ()		Rebaixamento de consciência ()				
ASHA-NOMS antes da terapia	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7	
ASHA-NOMS depois da terapia	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() 7	

Figura 2 – Formulário referente aos dados a serem colhidos do prontuário

Primeiramente os dados adquiridos dos prontuários por meio do formulário foram abordados de maneira descritiva, assim como a evolução ou regressão na escala ASHA-NOMS. Posteriormente, essa variação foi comparada com os fatores que poderiam interferir na fonoterapia.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal Cardoso Fontes, sob número 02-2011.

Os resultados encontrados no estudo foram tratados estatisticamente com os seguintes testes: O Teste Exato de Fischer, que mede o grau de relacionamento entre as duas características, em amostras independentes. E o “Teste t de Student”,

que consiste em usar os dados de uma amostra para calcular a estatística t e depois compará-la com a distribuição t de student para identificar a probabilidade de se ter obtido o resultado observado, caso a hipótese nula seja verdadeira.

■ RESULTADOS

A Tabela 1, baseada em estudo feito por Furkim e Sacco⁸, mostra que 15 (75,0%) pacientes melhoraram no pós intervenção, 4 (20,0%) pacientes não evoluíram na escala ASHA-NOMS, e 1 (5,0%) paciente apresentou piora.

Tabela 1 – Evolução dos pacientes segundo os níveis da escala funcional de ingestão por via oral

		Depois							Total
		1	2	3	4	5	6	7	
Antes	1	4	0	0	0	3	7	1	15
	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	1	1	0	2
	4	1	0	0	0	0	2	0	3
Total		5	0	0	0	4	10	1	20

Legenda: Cinza escuro: Número de pacientes que permaneceram no mesmo nível após a fonoterapia.

Preto: Número de pacientes que pioraram após fonoterapia.

Cinza claro: Número de pacientes que melhoraram após fonoterapia.

A Tabela 2 mostra a análise estatística entre as médias das idades dos pacientes, divididos em dois grupos, os que evoluíram e os que não evoluíram na escala ASHA-NOMS. Foi constatado que o grupo que não evoluiu apresentou média maior (77,20 anos) em relação ao grupo que evoluiu (70,06 anos). Porém, a diferença não é estatisticamente significativa.

A Tabela 3 mostra a relação entre o tempo do AVE e a evolução na escala ASHA-NOMS. Os

pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com o tempo da ocorrência do AVE¹⁶ na data da avaliação fonoaudiológica, a saber: fase aguda (até 30 dias) e fase não aguda (após 31 dias). Dos pacientes que evoluíram na escala ASHA-NOMS, a maioria (66,7% – 10 indivíduos) apresentava AVE ocorrido há 1 mês, e do grupo que não evoluiu, 40,0% (2 indivíduos) também apresentavam AVE recente. Não houve diferença estatística significativa entre o tempo do AVE e a evolução na escala.

Tabela 2 – Média das idades relacionadas à evolução na escala asha-noms

N	Grupo	Média das idades
15	Evoluíram	70,06
5	Não evoluíram	77,20

Teste t de Student: $p = 0,074$ (não significativa; $p < 0,05$)

Tabela 3 – Relação entre tempo de ocorrência do ave e evolução na escala asha-noms

		Melhora na escala ASHA-NOMS				Total	
		Evoluíram		Não evoluíram			
		N	%	N	%	N	%
Fases do AVE	Fase aguda	10	66,7%	2	40,0%	12	60,0%
	Fase não aguda	5	33,3%	3	60,0%	8	40,0%
Total		15	100,0%	5	100,0%	20	100,0%

Teste Exato de Fischer: $p = 0,347$ (não significativa; $p < 0,05$)

A Tabela 4 mostra a relação entre a incidência de AVEs prévios e a progressão da consistência alimentar. Foi verificado que, do grupo que

progrediu, 9 (60,0%) já haviam sido acometidos por AVEs prévios e do grupo que não evoluiu, 2 (40,0%). Não houve diferença estatística significativa.

Tabela 4 – Relação entre incidência prévia de ave e evolução na escala asha-noms

		Melhora na escala ASHA-NOMS				Total	
		Evoluíram		Não evoluíram		N	%
		N	%	N	%		
Incidência	AVE prévio	9	60,0%	2	40,0%	11	55,0%
	AVE atual	6	40,0%	3	60,0%	9	45,0%
Total		15	100,0%	5	100,0%	20	100,0%

Teste Exato de Fischer: $p = 0,616$ (não significante; $p < 0,05$)

A Tabela 5 expõe as intercorrências clínicas durante a intervenção fonoaudiológica, a saber: aparecimento de processo infeccioso, piora do quadro respiratório e/ou do quadro neurológico. Todos os 5 (100%) pacientes do grupo que não evoluiu apresentaram piora clínica ou rebaixamento

do nível de consciência. Já do grupo que evoluiu, apenas 3 (21,4%) pacientes demonstraram alguma intercorrência durante o processo de reabilitação da deglutição. Isso mostra que o aparecimento dessas intercorrências contribui para a não evolução na escala ASHA-NOMS, comprovado estatisticamente.

Tabela 5 – Intercorrências clínicas durante a fonoterapia e sua relação com a progressão na escala ASHA-NOMS

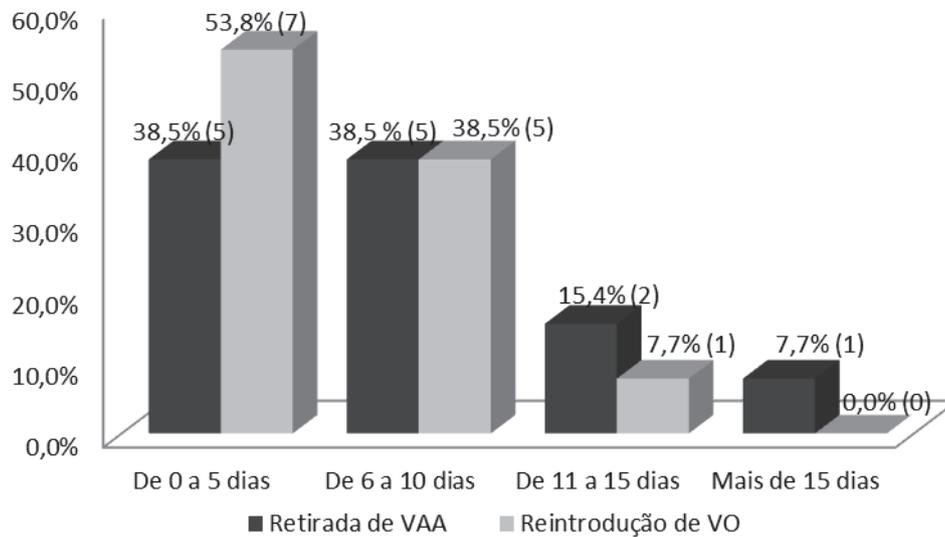
		Melhora na escala ASHA				Total	
		Evoluíram		Não evoluíram		N	%
		N	%	N	%		
Intercorrências	Sem intercorrências	12	80,0%	0	0,0%	12	60,0%
	Piora clínica ou rebaixamento de consciência	3	20,0%	5	100,0%	8	40,0%
Total		15	100,0%	5	100,0%	20	100,0%

Teste Exato de Fischer: $p = 0,003$ (significante; $p < 0,05$)

No grupo de pacientes que evoluiu na escala ASHA-NOMS, foram analisados dois indicadores de resultado, tempo para retirada da via alternativa de alimentação (VAA) e tempo para reintrodução da alimentação por via oral (VO). Dos 15 pacientes que apresentaram melhora na escala, 2 já estavam sem via alternativa de alimentação e com alimentação via oral liberada, apresentando sintomas de disfagia para algumas consistências alimentares. Portanto, foram avaliados 13 pacientes nesses indicadores. Na figura 3, pode-se verificar que a grande maioria dos pacientes (76,9% – 10 indivíduos) apresentou retirada da via alternativa de alimentação antes de

10 dias, e que quase todos os pacientes (92,3% – 12 indivíduos) obtiveram reintrodução de alimentação via oral também antes de 10 dias. A média para os dois indicadores foi de 3,25 dias, com desvio padrão de 2,06 para a retirada de VAA e de 3,30 para a reintrodução de alimentação via oral.

Com relação aos 5 pacientes que não evoluíram na escala ASHA-NOMS, 3 deles foram submetidos à realização de gastrostomia. Os outros 2 pacientes apresentaram piora do quadro respiratório e foram submetidos à intubação orotraqueal, permanecendo nesta condição até o término do período analisado neste estudo (setembro de 2011).



Legenda: VAA: via alternativa de alimentação. VO: via oral.

Figura 3 – Proporção de pacientes que retornam à alimentação via oral e que retiram a via alternativa de alimentação em uma escala de tempo (em dias)

■ DISCUSSÃO

Neste trabalho foi feita a análise dos efeitos da intervenção fonoaudiológica na progressão da consistência alimentar em pacientes com acidente vascular encefálico. A maioria apresentou evolução na escala ASHA durante o período estudado, o que demonstra a efetividade da fonoterapia na progressão de dieta via oral de forma segura em ambiente hospitalar.

Apesar da delimitação da patologia estudada, esta apresenta uma ampla variação de acometimentos, ligados ao tipo do AVE (isquêmico ou hemorrágico), local e extensão da lesão^{15,17,18}. O presente estudo contou com uma amostra heterogênea no que diz respeito a esses fatores. Com relação ao tipo do AVE, apenas um paciente apresentou AVE hemorrágico, o que impossibilitou maiores comparações. Sugere-se a realização de pesquisas com populações específicas quanto ao tamanho e a localização da lesão, verificando se há relação com a efetividade da intervenção fonoaudiológica.

Outro fator a ser considerado é o tempo do AVE, que pode influenciar na reabilitação da deglutição. A impressão clínica é que ocorre uma recuperação espontânea da deglutição. Esta melhora é relativamente comum e ocorre ao longo de dias ou semanas^{15,19-21}. No estudo de Smithard et al, utilizando o exame de videofluoroscopia da deglutição, foi encontrada uma incidência de aspiração de 22% em uma média de dois dias depois do AVE

e 15% em um mês²². Isto pode ser explicado pela distribuição bilateral do controle da musculatura da deglutição no córtex motor. Após o AVE hemisférico, a neuroplasticidade promove uma adaptação e permite que o controle da musculatura da deglutição seja reorganizado no hemisfério não afetado¹⁴. Outros estudos também relataram a recuperação da disfagia meses ou anos após um AVE, mas a taxa de recuperação permaneceu baixa^{23,24}.

Nesta pesquisa, a maioria dos participantes se encontravam na fase aguda do AVE, tanto no grupo que evoluiu na escala ASHA quanto no grupo que não evoluiu. Portanto, não foi possível verificar diferença estatística significativa entre pacientes com AVE recente e não recente. Pesquisas com amostras maiores são necessárias.

Logemann (1983) relatou um atraso em medidas temporais da deglutição após a recuperação da disfagia pós AVE, com ligeiro aumento no resíduo faríngeo. Sugeriu que é possível que a deglutição se recupere funcionalmente, mas permaneça prejudicada em um nível mais intrincado. Isso também pode explicar o aumento da incidência de disfagia após um AVE pela segunda ou terceira vez²⁵. No presente estudo não foi possível verificar essa situação, já que a maioria dos pacientes que evoluiu na escala ASHA apresentava AVE recorrente, e no grupo que não evoluiu, metade tinha histórico de AVE prévio. Este fato pode ser devido aos mecanismos compensatórios que os pacientes desenvolvem após algum acometimento. Essa compensação pode fazer com que o paciente que

apresentou AVE recorrente, adapte-se melhor ao diferente padrão de deglutição do que um paciente que apresenta AVE pela primeira vez. Uma pesquisa comparativa mais específica seria importante para verificar a relação entre a incidência do AVE e a disfagia, principalmente no estabelecimento de uma relação entre a extensão da lesão e o distúrbio da deglutição.

O envelhecimento pode ocasionar mudança na deglutição, chamada de presbifagia. Pode ainda ser considerado fator de risco para disfagia²⁶. Neste trabalho a média das idades dos pacientes do grupo que evoluiu na escala ASHA (70,06 anos) não apresentou diferença estatisticamente significativa da média das idades do grupo que não progrediu (77,20 anos). Esse fato deve-se à idade apresentada pelos participantes, em sua maioria idosos, o que impediu uma comparação com pacientes mais jovens.

Há relatos na literatura quanto ao nível de consciência, que pode influenciar a oferta segura de dieta por via oral^{8,14,27}. Pode ser considerado insuficiente para proteção de vias aéreas²⁸.

Os resultados dessa pesquisa foram ao encontro desses relatos. Todos os pacientes do grupo que não progrediu na escala ASHA tiveram piora clínica ou rebaixamento do nível de consciência, verificado pela não resposta a comandos verbais simples. Nessas situações, a via oral é suspensa, o que impede a progressão alimentar e compromete a intervenção fonoaudiológica, já que não há relatos na literatura de efetividade de fonoterapia passiva para reabilitação da deglutição. Do grupo que evoluiu na escala, apenas 18,2% apresentaram alguma intercorrência clínica.

No grupo que evoluiu na escala, foi possível retirar a via alternativa de alimentação de 77% dos pacientes em menos de 10 dias. Foi possível ainda reintroduzir a alimentação via oral de maneira segura da maioria dos pacientes deste grupo (92,3%), também em menos de 10 dias. Isso mostra a importância do atendimento fonoaudiológico para minimizar a internação prolongada de pacientes que apresentam distúrbios da deglutição.

A maioria dos pacientes (75,0%), ao final da reabilitação fonoaudiológica, localizava-se acima do nível 5 na escala ASHA, no qual não é necessária via alternativa de alimentação, e é viável ingestão oral segura, sem riscos de complicações.

Supõe-se com isso a redução de custos hospitalares. Contudo, este não foi o objetivo deste estudo, e sugere-se a realização de pesquisas específicas sobre os efeitos da reabilitação fonoaudiológica da deglutição na redução dos custos hospitalares.

A American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) em suas atribuições inclui como responsabilidades do SLP no gerenciamento da disfagia: identificar e usar apropriadamente as medidas de resultados funcionais; conhecer as políticas de aprimoramento de qualidade estabelecidas pelos órgãos de acreditação; conhecer os métodos usados para medir e monitorar a qualidade de importantes processos e resultados¹¹.

Foi possível observar que a escala ASHA é um marcador prático e de fácil aplicação para verificar a ingestão oral de pacientes internados. Os pacientes podem ser monitorados de maneira objetiva na evolução de níveis na escala antes e depois da fonoterapia. Ela mostrou também os efeitos do aparecimento de intercorrências clínicas nesta progressão. Pode ser considerado um instrumento de medida de efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral segura. Seria importante que essa escala obtivesse uma tradução validada para o português, para facilitar e disseminar seu uso no Brasil.

Estudos com populações maiores e mais específicas em seus acometimentos são necessários, ainda assim foi observada a efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da ingestão oral dos pacientes internados com sintomas de disfagia pós AVE.

■ CONCLUSÃO

Com este trabalho foi possível verificar a efetividade da intervenção fonoaudiológica na evolução das consistências dos alimentos de pacientes com sintomas de disfagia que sofreram AVE prévio ou atual, utilizando a escala ASHA-NOMS como marcador.

Foi verificado ainda que o aparecimento de piora clínica ou de queda do nível de consciência interfere diretamente na reabilitação fonoaudiológica da deglutição, dificultando a progressão da alimentação via oral, descrita por meio da não evolução na escala ASHA-NOMS.

ABSTRACT

Purpose: to analyze the effectiveness of speech therapy in the evolution of oral ingestion of patients with dysphagia symptoms, who have suffered previous or current stroke, admitted to a federal hospital in Rio de Janeiro. **Methods:** a retrospective study was made from medical records of 20 patients, for which was requested speech therapy for dysphagia. A functional scale was used to compare the oral ingestion level of each patient, before and after the therapy. Possible interference factors in the progression on the scale were studied: age, duration and incidence of previous stroke, clinical complications. **Results:** over 20 patients, 15 showed improvement in the oral intake scale after speech therapy. Clinical complications were considered statistically significant for the lack of evolution in oral feeding. Other analyzed factors were not statistically significant, and they did not interfere in the improvement or worsening of the patient. **Conclusion:** speech therapy is effective in improving food intake by mouth in patients treated in hospitals with neurogenic dysphagia after stroke, except if clinical complications appear during the process.

KEYWORDS: Deglutition Disorders; Speech Therapy; Stroke

■ REFERÊNCIAS

1. Douglas CR. Fisiologia aplicada à Fonoaudiologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
2. Furkim AM, Santini CRQS. Disfagias Orofaríngeas. 2a ed. Barueri: Pró-fono; 2008.
3. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke [Internet]. 2005. [acesso em 2010 Set 02];36(12):2756-63. Disponível em <http://stroke.ahajournals.org/content/36/12/2756.long>.
4. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. Arq Neuropsiquiatria [Internet]. 2004. [acesso em 2010 Set 05];62(2b):503-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n2b/a23v622b.pdf>.
5. Okubo PCMI. Detecção de disfagia na fase aguda do acidente vascular cerebral isquêmico: proposição de conduta baseada na caracterização dos fatores de risco [Tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008.
6. Abdulmassih EMS, Filho EDM, Santos RS, Jurkiewicz AL. Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar. Arq. Int. Otorrinolaringol [Internet]. 2009. [acesso em 2010 Set 08];13(1):55-62. Disponível em: http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=589.
7. Silverio CC, Hernandez AM, Gonçalves MIR. Ingestão oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. Rev. CEFAC [Internet]. 2009. [acesso em 2010 Set 27];12(6):964-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462010005000090&lng=en.
8. Furkim AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. Rev. CEFAC. 2008;10(4):503-12.
9. Moraes DP, Andrade CRF. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. J Soc Bras Fonoaudiol. 2011;23(1):89-94.
10. Silva RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. Pró-Fono R. Atual. Cient [Internet]. 2007. [acesso em 2010 Set 21];19(1):123-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v19n1/13.pdf>.
11. ASHA: American Speech and Hearing Association. National Outcomes Measurement System (NOMS) [Internet]. [local desconhecido]: American Speech and Hearing Association; c1997-2012. [acesso em 2012 Mai 28]. Disponível em: <http://www.asha.org/members/research/noms/>.
12. Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Schelp AO, Henry MACA. Reabilitação em Disfagia Orofaríngea Neurogênica: sabor azedo e temperatura fria. Rev CEFAC [Internet]. 2008. [acesso em 2012 Mai 28];10(2):200-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462008000200009&script=sci_arttext.
13. Marchesan IQ, Furkim AM. Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição. In: Costa M, Castro LP. Tópicos em deglutição e disfagia. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 375-84.
14. Bassi AER, Mitre EI, Silva MAOM, Arroyo MAS, Pereira MC. Associação entre disfagia e o

- topodiagnóstico da lesão encefálica pós-acidente vascular encefálico. Rev CEFAC [Internet]. 2004. [acesso em 2011 Set 27];6(2):135-42. Disponível em: <http://www.cefac.br/revista/revista62/Artigo%203.pdf>.
15. Moraes DP. Estruturação de um Serviço de Fonoaudiologia Hospitalar [dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
16. Singh S, Hamdy S. Dysphagia in stroke patients. Postgrad Med J [Internet]. 2006. [acesso em 2011 Sep 27];82(968):383-91. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563739/?tool=pubmed>.
17. Assencio-Ferreira VJ, Neurologia e Fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso; 2003.
18. 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. Neuro-Psiquiatr. [Internet]. 2006. [acesso em 2011 Set 27];64(4):1009-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2006000600024&script=sci_arttext.
19. Gordon C, Hower RL, Wade DT. Dysphagia in acute stroke. BMJ (Clin Res Ed) [Internet]. 1987. [acesso em 2011 Set 27];295(6595):411-4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247273/>
20. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. Stroke [Internet]. 1999. [acesso em 2012 Set 27]; 30:744-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10187872>.
21. Barer DH. The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry [Internet]. 1989. [acesso em 2011 Set 27];52(2):236-41. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2564884>.
22. Smithard DG, O'Neill PA, England RE, Park CL, Wyatt R, Martin DF, et al. The natural history of dysphagia following a stroke. Dysphagia [Internet]. 1997. [acesso em 2011 Set 27]. 12(4):188-93. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9294937>.
23. Wanklyn P, Cox N, Belfield P. Outcome in patients who require a gastrostomy after stroke. Age Ageing [Internet]. 1995. [acesso em 2011 Set 27];24(6):510-4. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8588542>.
24. Hull MA, Rawlings J, Murray E, et al. Audit of outcome of long-term enteral nutrition by percutaneous endoscopic gastrostomy. Lancet [Internet]. 1993. [acesso em 2011 Set 27];341(8849):869-72. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8096573>.
25. Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2ª ed. Austin (TX): Pro-Ed; 1983.
26. Russo, IP. Intervenção fonoaudiológica na Terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
27. Padovani AR, Moraes DP, Medeiros GC, Almeida TM, Andrade CRF. Intubação orotraqueal e disfagia: comparação entre pacientes com e sem dano cerebral. Einstein [Internet]. 2008. [acesso em 2011 Set 27];6(3):343-9. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1000-v6n3aAO1000portp343-9.pdf>.
28. Park M, et al. Traqueostomia percutânea no doente crítico: a experiência de uma unidade de terapia intensiva clínica. J. bras. pneumol. [Internet]. 2004. [acesso em 2011 Set 27];30(3):237-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132004000300009.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201413112>

Recebido em: 28/05/2012

Aceito em: 04/09/2012

Endereço para correspondência:

Clarissa Inaoka

Rua Polar, 280

São José dos Campos – SP

CEP: 12230-240

E-mail: clarissainaoka@yahoo.com.br