



**PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASPIRATIVA
EM ENFERMARIA GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICA:
DESCRIÇÃO DAS CONDUTAS FONOAUDIOLÓGICAS**

Juliana Paula Venites^{*}

Luís Roberto Ramos^{**}

Heloísa Suzuki^{***}

Elaine Palinkas Sanches^{****}

Gabriela de Luccia^{*****}

Lúcia Serpentino Cortés^{*****}

Tereza L. Bilton^{*****}

-
- * Fonoaudióloga. Especialista em Gerontologia pela UNIFESP-EPM. Pós-graduanda em Reabilitação pela UNIFESP-EPM.
- ** Geriatra. Chefe da Disciplina de Geriatria e do Centro de Estudos do Envelhecimento da UNIFESP-EPM.
- *** Fonoaudióloga. Supervisora da especialização em Gerontologia da UNIFESP-EPM. Especialista em motricidade oral pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Pós-graduanda do Programa de Radiologia Clínica da UNIFESP-EPM.
- **** Fonoaudióloga. Supervisora da especialização em Gerontologia da UNIFESP-EPM. Especialista em motricidade oral pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e pela UNIFESP-EPM. Pós-graduanda em Epidemiologia pela UNIFESP-EPM.
- ***** Fonoaudióloga. Especialista em Gerontologia pela UNIFESP-EPM. Pós-graduanda em Psicobiologia pela UNIFESP-EPM.
- ***** Fonoaudióloga. Especialista em Gerontologia pela UNIFESP-EPM.
- ***** Fonoaudióloga. Professora assistente doutora da PUC-SP. Especialista em Audiologia e Motricidade Oral pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Coordenadora da especialização em Gerontologia da UNIFESP-EPM. Membro do centro de medicina diagnóstica Fleury.

Introdução

Nos dias atuais, o envelhecimento é considerado, por seus estudiosos, uma fase do desenvolvimento humano na qual o indivíduo apresenta certas singularidades.

Sob este prisma, envelhecer passou a significar a possibilidade de o homem se deparar com um contexto de vida diferenciado, incluindo uma nova condição física, psíquica e social.

Certamente, o avanço das técnicas médicas desenvolvidas e aplicadas nas últimas décadas permitiu o aumento da expectativa de vida da população idosa e, por consequência, a criação deste novo panorama biopsicossocial (Queiroz, 1999).

Entretanto, os idosos ainda se caracterizam como um dos segmentos populacionais que mais necessitam de cuidados de saúde, já que esta etapa continua marcada pela presença de patologias associadas ou de multipatologias.

Em nosso país, este estado de saúde, próprio do paciente idoso, é agravado pela dificuldade de realização de um tratamento ambulatorial contínuo, ocorrida em função da deficiência no atendimento da demanda de doentes no sistema de saúde público, como também dos problemas financeiros que a maioria dos idosos enfrenta, impossibilitando-os adquirir a medicação necessária.

Desta forma, o tratamento ambulatorial torna-se, muitas vezes, ineficaz para a recuperação de um estado de saúde agudizado e agravado pela ausência de tratamento anterior, sendo então necessária a hospitalização do idoso.

Ao ser internado para realização de seu tratamento, na maioria das vezes, o indivíduo idoso é inserido em enfermarias de clínica geral ou de especialidades médicas, as quais não contam com profissionais preparados e treinados para trabalhar e compreender as especificidades deste tipo de paciente.

Contudo, alguns hospitais, em geral ligados a universidades, já contam com enfermarias destinadas exclusivamente ao atendimento da população idosa, as denominadas enfermarias de Geriatria.

Nestes locais, além de se ter a dimensão exata do estado físico vivenciado pelo paciente idoso naquele momento, verifica-se também uma preocupação constante com a qualidade de vida total que este indivíduo desfrutará durante e após a internação.

Diante do objetivo de priorizar a qualidade de vida total do paciente, concentrar os atendimentos somente na questão médica, personificada na figura do geriatra, seria desconsiderar todos os outros comprometimentos que são comuns ao idoso e que interferem diretamente em sua saúde.

Neste sentido, surge a necessidade de associar o trabalho geriátrico ao gerontológico, agregando à equipe outros profissionais que atuarão de forma conjunta e articulada, visando estabelecer, para cada disciplina, uma meta comum e assim produzir um efeito positivo para o paciente. Estes termos definem a equipe gerontológica interdisciplinar (Bilton, Soares, Tega e Santos, 1999).

Segundo estes princípios, foi formada a equipe interdisciplinar atuante na enfermaria do Setor de Geriatria e Gerontologia do Hospital São Paulo, a qual dispunha, durante o ano de 2000, das seguintes áreas: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina (Geriatria) e Nutrição.

Além do objetivo comum da equipe, cada profissional tinha metas específicas de atuação, as quais conduziam para a concretização da razão maior anteriormente estabelecida, ou seja, a manutenção e/ou restauração da qualidade de vida do paciente.

Mais recentemente, Bilton et alii (1999), ao descreverem seu trabalho em uma enfermaria gerontológica, ressaltaram a presença da Fonoaudiologia e sua importância para a prevenção e a reabilitação de possíveis alterações fonoaudiológicas, essencialmente a disfagia, bastante comum entre os idosos hospitalizados (Ekberg e Nylander, 1992).

Para Feinberg, Knebl e Tully (1996), denomina-se disfagia o sintoma referido pelo paciente que se caracteriza por qualquer alteração ou dificuldade no processo de deglutição, durante o processo de transporte do alimento desde a boca até o estômago. Atualmente, esta definição foi completada pela Câmara Setorial de Disfagia, para quem esta dificuldade pode ocasionar desidratação, desnutrição e/ou pneumonia aspirativa.

Dentre as causas mais comuns da disfagia podemos citar: acidente vascular cerebral, traumatismo craniano, doenças neurológicas degenerativas (demências e Parkinson), doenças sistêmicas (cardiopatias, hepatopatias, pneumopatias), estado confusional agudo, longo período de entubação e medicamentos que possam alterar a produção de saliva, o tônus muscular e o nível de consciência (Túbero, 1995).

No entanto, os maiores comprometimentos do paciente disfágico dizem respeito às conseqüências que esta alteração pode acarretar no estado geral de sua saúde: a desnutrição e a pneumonia por aspiração.

A desnutrição é um estado mórbido, secundário a uma deficiência ou a excesso de um ou mais nutrientes essenciais, que se manifesta clinicamente ou é detectada por meio de testes bioquímicos, antropométricos, exames clínicos e laboratoriais (Kapla, 1990).

Segundo Mahan e Arlin (1995), a diminuição do aporte nutricional pode ser causada pela disfagia, isto é, pela dificuldade do indivíduo ingerir alimentos por via oral, debilitando-o e colocando sua saúde em risco.

Como a disfagia, a aspiração é uma afecção bastante comum entre os idosos, principalmente quando o paciente idoso se encontra fragilizado, sendo caracterizada pela entrada freqüente de saliva ou de partículas de alimento nas vias aéreas, podendo levar a complicações pulmonares, pneumonia ou asfixia (Ekberg e Nylander, 1992).

Baseados nestas informações, Bilton et alii (1999) definiram que o objetivo da atuação do fonoaudiólogo, na enfermaria gerontológica, é detectar possíveis alterações de deglutição, que podem levar a um quadro de desnutrição e/ou aspiração.

Em pesquisas bibliográficas realizadas na atualidade, verificou-se que as afecções mais comuns encontradas, nos pacientes internados em enfermarias geriátricas, são as pneumonias (incluindo aquelas causadas por aspiração), fixando-se na faixa de 30% das alterações mais encontradas nos idosos hospitalizados (Villas Boas e Azevedo 2000, e Jaluul, Silva e Mendonça, 2000).

Estes dados alertaram os fonoaudiólogos atuantes na equipe da enfermaria gerontológica e levou-os a elaborar, para cada paciente internado neste local, condutas minimamente individualizadas, no início e ao longo de sua hospitaliza-

ção, a fim de reabilitar as alterações de deglutição encontradas, como também de prevenir possíveis alterações ou situações que ocasionassem a disfagia e, conseqüentemente, a aspiração pulmonar.

Sendo assim, descrever as condutas estabelecidas pela equipe de Fonoaudiologia, bem como constatar a ocorrência de pneumonias aspirativas adquiridas dentro da enfermaria gerontológica, é de fundamental importância, já que isso pode oferecer indícios de que o trabalho fonoaudiológico é efetivo, à medida que pode prevenir a ocorrência da aspiração pulmonar em idosos hospitalizados.

Apesar do crescimento da atuação fonoaudiológica hospitalar verificado nos dias atuais, são seletas as instituições hospitalares que contam com o fonoaudiólogo em seu corpo profissional, sendo ainda mais raros aqueles que atuam junto ao paciente idoso.

Diante de todo o panorama discutido até este momento, a descrição do trabalho fonoaudiológico realizado em enfermarias gerontológicas, proposta do presente estudo, configura-se como um importante desafio científico, já que esta atuação é marcada pelo caráter inédito nas áreas de Fonoaudiologia, Geriatria e Gerontologia, tornando-se assim um instrumento de significativa importância para abertura de um novo campo de trabalho para o fonoaudiólogo.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo descrever as condutas fonoaudiológicas estabelecidas no início da internação do paciente em enfermaria de geriatria, bem como as modificações ocorridas nestas condutas ao longo da internação, a fim de prevenir a ocorrência de pneumonia aspirativa.

Material e método

Foram estudados 63 pacientes, sendo 27 do sexo feminino e 36 do sexo masculino, com variação de idade entre 61 a 95 anos. A amostra referida representa o número total de pacientes internados na enfermaria de Geriatria do Hospital São Paulo, no período de fevereiro a julho de 2000.

A enfermaria de Geriatria localiza-se no terceiro andar do Hospital São Paulo e conta com seis leitos: três femininos e três masculinos. Os pacientes são

internados para compensar doenças crônicas agudizadas e/ou para investigação diagnóstica. São encaminhados pelo Pronto Socorro e pelos ambulatórios da Geriatria da UNIFESP – EPM.

No momento da internação, todos os pacientes foram submetidos a uma avaliação fonoaudiológica clínica, cujo enfoque principal foi verificar aspectos estruturais e funcionais da deglutição.

Para realizar a avaliação estrutural da deglutição foram utilizados: espátula, gaze e luvas de procedimento, seguindo as etapas sugeridas no protocolo adaptado por Bilton et alii (2000). Na avaliação funcional, foram testadas a consistência habitual referida pelo paciente e/ou aquela mais facilmente deglutida por ele, observando a ocorrência de tosse, engasgo ou fadiga. Realizou-se ainda anamnese, cuja meta era investigar suas preferências alimentares ou a ocorrência de alterações de deglutição anteriores à internação.

Realizada a avaliação da deglutição, foram estabelecidas, para cada paciente, cinco condutas elementares, visando assim a prevenção da pneumonia aspirativa e a manutenção do aporte nutricional: via alimentar, consistência da dieta (quando a opção era via oral), posicionamento durante a alimentação, higiene oral e necessidade de estimulação miofuncional.

Para a determinação destas condutas, foram considerados a preferência do paciente e seu estado geral, além dos dados obtidos na avaliação da deglutição.

Todas as informações referentes à avaliação fonoaudiológica foram registradas no prontuário do paciente e discutidas com os demais membros da equipe interdisciplinar, a fim de esclarecer os objetivos das condutas estabelecidas, como também conhecer qual a terapêutica que cada profissional visava aplicar ao caso em questão. A equipe interdisciplinar foi composta por médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros e nutricionistas.

Os pacientes foram diariamente acompanhados pela equipe de Fonoaudiologia, sendo observadas três refeições: café da manhã, almoço e jantar de segunda a sexta-feira e realizando-se também plantões aos finais de semana, com o acompanhamento de no mínimo uma refeição.

Vale ressaltar que a equipe de Fonoaudiologia foi composta por sete fonoaudiólogas, sendo quatro especializadas, duas supervisoras e uma coordenadora. As especializadas foram previamente treinadas pelas demais, realizando-se ainda supervisões diretas e indiretas com carga horária de 8 a 14 horas semanais.

Este acompanhamento próximo e constante permitiu que a equipe de Fonoaudiologia pudesse estar minimamente atenta à evolução do paciente. Sendo assim, na presença de quaisquer eventualidades como a melhora ou piora no estado geral, diminuição da ingestão alimentar e/ou rebaixamento ou recuperação do nível de consciência, realizaram-se modificações nas condutas anteriormente prescritas, reestruturando-as individualmente sempre que necessário.

Com base na leitura dos registros individuais, dos pacientes internados, realizados pela equipe de Fonoaudiologia, foram preenchidos os demais itens do protocolo de acompanhamento, visando catalogar as condutas fonoaudiológicas ao longo da internação do paciente, bem como na alta do paciente. Além disso, foram também catalogadas as informações referentes à ocorrência de aspiração laringo-traqueal e pneumonias em geral, adquiridas dentro ou fora da enfermaria de Geriatria (ANEXO 1).

Discussão

Parte I – Condutas fonoaudiológicas iniciais

No Gráfico 1, é possível verificar as formas de higienização oral utilizadas pelos pacientes na enfermaria geriátrica.

Percebe-se que a maioria dos pacientes realizava sozinha sua higiene oral (58,2%). Entretanto, uma parcela significativa, 41,8%, necessitava de algum auxílio para sua realização; 11,1% necessitavam apenas de supervisão e 30,0% estavam totalmente impossibilitados de fazê-la, necessitando que o fonoaudiólogo ou outro profissional a realizasse.

Macedo Filho et alii (2000) mencionam que a higiene oral é um procedimento importante para os pacientes que apresentam disfagia, já que, por meio

dela, são retirados os resíduos alimentares, bem como o excesso de saliva da cavidade oral, os quais podem penetrar nas vias aéreas, devendo ser realizada o número de vezes que for necessária.

Além disso, Norton (1997) ressaltou que a configuração do tecido que recobre a língua modifica-se ao longo do tempo. Esta mucosa passa a apresentar uma cobertura esbranquiçada, formada por resíduo alimentar, de difícil retirada.

Com base nessas informações, é possível verificar que a realização constante desde procedimento ultrapassa a finalidade apenas higiênica, configurando-se fundamental para a prevenção de pneumonia aspirativa, o que explica a grande porcentagem de pacientes auxiliados em sua realização, cerca de 41,8% dos casos estudados.

Dentre os pacientes auxiliados, evidentemente, o principal foco de atenção foram os acamados, com diminuição do nível de consciência, outras alterações que modificam o padrão adequado de alimentação ou posicionamento, como as dificuldades motoras, por exemplo.

Estes quadros clínicos, tipicamente geriátricos, provocam maior suscetibilidade à aspiração pulmonar, tornando então necessária a realização da higiene oral pelo fonoaudiólogo ou por outros profissionais.

Entretanto, alguns pacientes internados, geralmente apresentando estados iniciais de demência ou flutuações do nível de consciência, necessitaram de supervisão ao realizarem a higienização oral, a fim de se constatar de maneira efetiva a ausência de partículas que pudessem ser aspiradas. Estes pacientes constituem, portanto, um segmento significativo de atenção, já que não têm dificuldade motora, embora sejam altamente prejudicados pela função cognitiva.

Apesar de os dados científicos não justificarem diretamente a frequência dos tipos de higienização oral utilizadas, ficam evidentes as razões da constante preocupação da equipe de fonoaudiologia com a higienização oral dos idosos hospitalizados, ao mesmo tempo em que apontam para a necessidade de realização de estudos mais específicos que relacionem a higienização oral e a ocorrência de pneumonia aspirativa.

A descrição deste procedimento e sua aplicação são de fundamental importância científica, para divulgar e tornar constante esta prática nos atendimentos hospitalares a idosos, independentemente da condição física e cognitiva dos mesmos.

O Gráfico 2 descreve os achados referentes à necessidade de auxílio no posicionamento do paciente para recebimento da alimentação.

Foi possível verificar que o número de pacientes que se posicionavam sozinhos, praticamente, equiparou-se àqueles dos que necessitavam ser posicionados, com 52,4 % e 47,6% respectivamente.

Para Macedo Filho et alii (2000), o posicionamento do paciente durante a alimentação é um dos principais cuidados tomados, a fim de evitar a ocorrência da aspiração pulmonar. Segundo os autores, o paciente deve permanecer sentado com a cabeça centrada, objetivando utilizar o auxílio da força da gravidade na condução do alimento. Dizem ainda que, quando o paciente está acamado, é necessário que se eleve o tronco, no mínimo 45°, adaptando dispositivos para a cabeça, sempre que necessário.

Utilizando-se outra vertente de análise, Queiroz (1999) relata que as síndromes geriátricas acometem vários sistemas, gerando, além de problemas orgânicos, alterações de ordem motora e geral, prejudicando atividades simples como a alimentação.

Estes dados podem justificar a grande incidência de pacientes auxiliados na amostra encontrada, os quais, por pouca extensão, quase se equipararam aos pacientes que não necessitavam de auxílio algum.

Isto porque percebeu-se que os pacientes auxiliados dividiam-se em três grupos diferentes:

I) necessitavam de auxílio para buscar a bandeja, abrir a refeição e sentar-se sem ajuda, atos que não indicam presença de comprometimento grave de saúde ou dificuldade de deglutição, apontando sim para uma dificuldade motora global;

II) necessitavam que o fonoaudiólogo oferecesse a alimentação, além de posicioná-lo e prepará-lo para comer. Nestes casos, observavam-se alterações de teor cognitivo ou risco importante para aspiração, indicando a constante supervisão do profissional, durante a alimentação;

III) necessitavam ser posicionados para receber a dieta enteral. Estes casos indicavam, além de uma dificuldade motora, um comprometimento global de saúde com prejuízo na deglutição.

Percebe-se assim que, nos três grupos descritos, os quadros de saúde, tipicamente geriátricos, reforçam a necessidade de auxiliar o posicionamento do paciente para sua alimentação, indicando que este procedimento é fundamental para evitar a aspiração pulmonar nos idosos hospitalizados.

Segundo Schubert (1996), existe relação fisiológica entre o refluxo gastroesofágico e as doenças pulmonares como asma, laringite, faringite e pneumonia.

Este fato reforçou a necessidade de a equipe de Fonoaudiologia manter o posicionamento adequado não apenas durante, mas também após a alimentação, evitando a ocorrência do refluxo gastro-esofágico, que acontece principalmente depois da ingestão alimentar.

Por outro lado, é fundamental dizer que uma grande parcela dos pacientes incluídos na amostra parece possuir certo grau de independência, já que nos critérios de posicionamento e higienização oral não necessitou de nenhum auxílio para sua realização.

No Gráfico 3, observa-se a ocorrência das vias de alimentação prescritas pela equipe de Fonoaudiologia.

A via de alimentação mais utilizada foi a oral, para 82,5% dos pacientes. Outros tipos de alimentação prescritos foram: sonda naso-enteral, mista, e a gastrostomia com 12,7%, 3,2% e 1,6% dos casos, respectivamente.

Para Macedo Filho (2000), o estabelecimento da via alimentar deve ser um procedimento cuidadoso, realizado com base no padrão de deglutição do paciente e em seu estado geral de saúde.

Paterson (1996), ao realizar estudos bibliográficos sobre as dificuldades de deglutição em idosos, relata que estes pacientes podem apresentar disfagia orofaríngea, devido a doenças neuromusculares.

Estas informações justificam a diversidade de vias alimentares prescritas. Isto porque a indicação de uma via alimentar requer um amplo conhecimento do caso, com enfoque na população geriátrica, no conhecimento de todas as nuances que permeiam sua alimentação, principalmente a significativa possibilidade de aspiração pulmonar.

Prevenção da pneumonia aspirativa em enfermaria geriátrico-gerontológica

Sob outro prisma, Mc Canne (2000) relata que o ato de comer supera a função nutricional, representando funções sociais, religiosas e simbólicas importantes na sociedade e configurando-se como um ato de prazer.

Sendo assim, a maioria de alimentações por via oral encontradas na presente pesquisa corresponde ao relato dos autores acima e indica que, ao utilizar os recursos preventivos da pneumonia aspirativa, é possível manter a alimentação natural, visando, principalmente, a manutenção da qualidade de vida global do paciente.

Entretanto, cerca de 17,5% dos pacientes necessitaram de alimentação artificial: sonda naso-enteral (isolada ou na alimentação mista) e gastrostomia.

Para Finucane et alii (2000), a utilização da sonda naso-enteral piora o estado geral do paciente e não previne a ocorrência de aspiração pulmonar.

Desta forma, a utilização da alimentação enteral justifica-se pela necessidade de manutenção do suporte nutricional, essencial para a cura da doença, bem como para a sobrevivência do paciente, cercado-o de medidas preventivas como a adequação do posicionamento e a higienização oral constante, já que a incidência de pneumonia aspirativa é grande nestes casos.

Vale lembrar que a prescrição da alimentação mista, prescrita para 3,2% dos pacientes estudados, configurou-se como um instrumento importante para os pacientes que se encontravam em estado confusional agudo, durante o qual a sonda garantia o suporte nutricional e a via oral, por sua vez, mantinha o treino da deglutição e o prazer alimentar.

Verificando as informações contidas no Gráfico 4, visualizam-se as consistências das dietas utilizadas para os pacientes que se alimentaram por via oral ou mista, por isso o número de pacientes é menor (n=54, 85,7%).

Percebe-se que a consistência prescrita com maior frequência foi a branda, para 35,2% dos pacientes, seguida da pastosa para 27,8% e da pastosa geriátrica para 24,0%. As dietas geral e leve foram prescritas com menor frequência para 7,4% e 5,6% dos casos estudados, respectivamente.

Hartsock (1974) indica que os problemas periodontais e as próteses inadequadas podem indicar ou trazer uma diminuição no estado nutricional, apresentando redução de algumas vitaminas e dificuldades na ingestão de certas consistências como carnes tipo bife e caramelos.

Já Bilton et alii (1999), em um estudo com mulheres idosas sem queixas de deglutição, referem que as perdas dentárias e as próteses mal adaptadas prejudicam a fase preparatória da deglutição.

Rosa et alii (1992) e Frare et alii (1997), em seus estudos, encontraram cerca de 80% dos idosos utilizando-se de próteses dentárias, geralmente mal adaptadas. O restante percentual constituía-se de edentados e pacientes com resíduos dentais de péssima conservação.

Este panorama justifica a grande incidência de dietas branda, pastosa e pastosa geriátrica prescritas para os pacientes hospitalizados, já que estas consistências se caracterizam por serem mais amolecidas e de maior facilidade para a deglutição. Indica também que os idosos realizam, diante da dificuldade de ingestão ou preparo do bolo alimentar, uma adaptação, passando a consumir alimentos que proporcionem menor desgaste em cada refeição.

Justifica também as reduzidas utilizações das dietas geral e leve, pois ambas requerem maior ação muscular e controle específicos para sua ingestão.

No Gráfico 5, observa-se a frequência dos pacientes que apresentaram dependência alimentar.

A distribuição dos critérios verificados na análise da dependência alimentar assemelha-se bastante aos do auxílio no posicionamento, no que diz respeito à divisão dos pacientes em três grupos:

I) Assistência parcial: 31,5% necessitavam de auxílio para buscar a bandeja, abrir a refeição e sentar sem ajuda, atos que não indicam presença de comprometimento grave de saúde ou dificuldade de deglutição, apontando sim para uma dificuldade motora global.

II) Assistência total: 13,0% necessitavam que o fonoaudiólogo oferecesse a alimentação, além de posicioná-lo e prepará-lo para comer. Nestes casos, observaram-se alterações de teor cognitivo ou risco importante para aspiração, indicando a constante supervisão do profissional durante a alimentação.

III) Nenhuma assistência: 55,5% não necessitavam de qualquer tipo auxílio durante a alimentação.

Vale ressaltar que, neste critério, consideraram-se somente os pacientes que utilizaram via oral ou mista (n=54, 85,7%).

Prevenção da pneumonia aspirativa em enfermaria geriátrico-gerontológica

Lee et alii (1999) realizaram um estudo visando determinar a prevalência da dependência alimentar em uma enfermaria de geriatria, considerando dependência alimentar a necessidade de auxílio durante a refeição. Referem que 26,5% dos pacientes estudados apresentaram dependência alimentar na admissão.

Estes valores são significativamente menores que os encontrados na presente pesquisa, na qual, ao somar as porcentagens das assistências total e parcial, observa-se que 44,5% dos pacientes estudados apresentavam dependência alimentar.

A diferenciação encontrada pode ser justificada também pela diferença de sistema nacional de saúde, principalmente no cunho da prevenção e do tratamento ambulatorial, já que se trata de um trabalho internacional.

Acredita-se que, pelas dificuldades encontradas na busca de um atendimento médico, bem como pela realização adequada do tratamento, os pacientes que compuseram a amostra sejam internados em condições globais de saúde piores, o que inclui também uma maior dependência funcional em suas atividades.

Finalizando a análise das condutas fonoaudiológicas iniciais, pode-se verificar, no Gráfico 7, a frequência de ocorrência dos pacientes que necessitaram receber a estimulação miofuncional.

Observou-se que 28,9% dos pacientes internados necessitaram receber estimulação miofuncional, enquanto 71,4% dos pacientes não necessitaram da realização deste procedimento.

Para Sheth e Diner (1988), os problemas de deglutição em idosos são cada vez mais reconhecidos, em função de sua importância, já que podem causar uma ingestão inapropriada e, conseqüentemente, a desnutrição do paciente. Segundo eles, outra conseqüência grave dos distúrbios de deglutição em idosos é a aspiração pulmonar.

Loughlen e Shanley (1998) relatam que 50% a 75% dos pacientes internados em casas de repouso apresentam dificuldades de deglutição. As autoras realizaram um programa visando detectar e tratar estes problemas e notaram, ao final, grande melhora no padrão de deglutição.

Bacha et alii (1988) mencionam que o fonoaudiólogo é o profissional mais habilitado para reabilitar os distúrbios da deglutição, pois conhece o funcionamento desta habilidade e as formas de intervenção adequadas para solucionar este problema.

Vê-se, portanto, que a necessidade de reabilitar a função de deglutição e de adequar os padrões musculares inadequados, é fundamental, mesmo durante a internação. Justificam-se os números encontrados nesta pesquisa, configurando-se como um dos procedimentos mais importantes da atuação fonoaudiológica em enfermarias gerontológicas.

Parte III – Condutas fonoaudiológicas finais

No Gráfico 8, é possível verificar que, para 34,9% dos pacientes, houve necessidade de realizar modificações nas condutas fonoaudiológicas iniciais, tendo como principais fatores motivadores a melhora geral do estado de saúde do paciente, com 40,9%, a piora do quadro de saúde, com 22,7 %, a preferência do paciente, com 22,7%, e outros motivos, como realização de intervenção médica ou exame laboratorial, com 13,6% dos casos estudados.

Para 65,1% dos pacientes incluídos nesta pesquisa, não houve necessidade de modificar as condutas fonoaudiológicas estabelecidas no início da internação.

Segundo os estudos de Oliveira (1999), a internação hospitalar do idoso é freqüente quando comparada à população mais jovem. Embora o índice de morbi-mortalidade seja significativo, atualmente é possível conseguir sucesso no diagnóstico e no tratamento das patologias geriátricas, obtendo altas com maior facilidade.

Percebe-se que esta efetividade no tratamento médico justifica os achados do presente trabalho, à medida que o bom andamento do caso torna desnecessária a modificação de condutas fonoaudiológicas, pois, quanto mais o paciente se aproxima de um melhor estado de saúde, menor fica sua suscetibilidade a realizar uma aspiração pulmonar.

Por outro lado, ao melhorar seu estado de saúde, o paciente não mais necessita de cuidados realizados pela equipe, podendo realizar atividades sozinho, restabelecendo hábitos que anteriormente possuía, como escovar os dentes sem auxílio ou ingerir alimentos de consistência mais endurecida, por exemplo.

Sendo assim, a melhora do estado geral decorrente do tratamento hospitalar pode fundamentar tanto a ausência de mudanças de conduta, como as modificações realizadas em função da melhora do paciente.

Os trabalhos de Cruz (2000) e Motta (2000) demonstram que, embora a hospitalização do idoso configure-se como recurso indispensável no tratamento de alguns quadros, a internação, principalmente a de grande extensão de tempo, fragiliza o paciente, chegando até, em alguns momentos, prejudicar sua qualidade de vida após a internação, em relação àquela apresentada anteriormente.

Esta linha de raciocínio completa-se pela pesquisa de Bilton et alii (1999), que ressaltam a fundamental importância do acompanhamento fonoaudiológico ao idoso fragilizado, como instrumento essencial no controle dos problemas de deglutição e na prevenção da pneumonia aspirativa.

Diante disso, as modificações nas condutas fonoaudiológicas realizadas em função da piora do estado geral de saúde do paciente podem ser justificadas, pois esta piora representa maior possibilidade de fragilização do idoso, aumentando, por consequência, o risco de aspiração pulmonar.

Nos trabalhos realizados por Oliveira et alii (2000), constatou-se que o tempo de internação dos idosos por eles estudados é bastante prolongado, como o tempo de internação verificado na presente pesquisa.

A preferência do paciente motivou a modificação de 22,7% das condutas fonoaudiológicas. Em sua maioria, estes casos ocorreram com pacientes que estiveram muito tempo internados. Estes pacientes estavam “enjoados” da consistência prescrita, pois a consistência oferece os mesmos alimentos, sem muitas variações, havendo assim, por sua preferência, necessidade de modificar a consistência da dieta.

Vale ressaltar que eram somente prescritas dietas ao paciente que apresentasse condições funcionais e estruturais de deglutição, sem qualquer risco de aspiração pulmonar.

Finalmente, a ocorrência de outros fatores que proporcionaram a modificação das condutas fonoaudiológicas diz respeito à troca de consistência de dieta, para a realização de procedimento médico ou de exames laboratoriais, como a colonoscopia, por exemplo, que requer dieta especial de preparo. Portanto, não são condutas tomadas para prevenir a pneumonia aspirativa.

Serão discutidas a seguir quais condutas fonoaudiológicas foram modificadas com maior frequência, ao longo da internação do paciente na enfermaria de Geriatria e Gerontologia (Gráfico 9).

Uma das condutas modificadas foi a forma de higienização oral, no que diz respeito à necessidade ou não de auxiliar o paciente.

Observou-se que as maiores modificações realizadas na higienização oral foram aquelas realizadas pelo paciente sob supervisão (46,1%) e aquelas realizadas pelo profissional no leito. Por último, constatou-se a higienização realizada pelo paciente sem qualquer auxílio.

Nota-se que grande parcela dos pacientes estudados passou a necessitar de algum auxílio para realizar sua higiene oral, durante o período de hospitalização.

Verificou-se, ainda, que a maioria dos pacientes passou a se posicionar sem auxílio, em 57,1% dos casos. Entretanto, grande parcela deles, 42,9% dos pacientes, necessitou de auxílio para se posicionar durante a alimentação.

Este contexto também indica significativa dependência dos pacientes internados, fato que será discutido com base nos próximos dados.

Vêm-se, também, os resultados obtidos na verificação da frequência das modificações realizadas quanto à via alimentar.

A mudança ocorrida com maior frequência foi a troca de via oral para via enteral, com 50% dos casos. Em 33,3% dos casos, a alimentação mista foi trocada pela oral, bem como a sonda naso-enteral foi substituída pela gastrostomia em 16,7% dos pacientes.

Dentre as mudanças acima citadas, as trocas de vias alimentares de oral para enteral e de enteral para gastrostomia remetem também a uma concepção de dependência total do paciente referido nas tabelas anteriores.

Todavia, a mudança da via alimentar mista para oral indica uma melhora geral do estado de saúde do paciente, como também do padrão de deglutição.

Esta indicação foi realizada somente quando o paciente apresentava condições de manter seu suporte nutricional por alimentação oral, sem qualquer risco para aspiração pulmonar.

Quanto às trocas de consistência de dieta utilizadas ao longo da internação do paciente, a consistência leve foi a mais indicada, em 40,0% dos casos estudados. Esta dieta é geralmente indicada no preparo do paciente para a realização de alguns exames, como a colonoscopia.

Sendo assim, o fato de ser a mais indicada não aponta para a presença de dificuldades de deglutição ou de declínio do estado geral de saúde, mas indica que estes pacientes necessitaram ser submetidos a procedimentos com a indicação desta dieta.

Dietas mais facilmente ingeridas, como a pastosa e a pastosa geriátrica, foram indicadas para 30,0% e 20,0% dos casos, respectivamente, o que condiz com o panorama de dependência descrito até agora.

Por fim, a dieta indicada com menor frequência ao longo da internação foi a branda, para 10% dos pacientes, fato que também se justifica pela significativa parcela de pacientes que melhoraram sua condição de saúde geral durante a internação.

A última conduta modificada a ser discutida é a dependência alimentar. Verificou-se que 33,3% dos pacientes não necessitavam de nenhuma assistência durante a alimentação, mas que 66,7% necessitaram de total auxílio para se alimentar.

Neste segmento, é importante discutir alguns aspectos inter-relacionados nas condutas fonoaudiológicas finais, descritas até este momento.

Os dados demonstram que dois panoramas muito distintos se contrapõem nesta pesquisa: são as questões de dependência e independência global do paciente.

Um grupo de número significativo apresentou certa independência em suas atividades diárias, como posicionar-se, por exemplo. Entretanto, os números que indicam dependência ressaltam-se dentre os demais.

Observou-se que as condutas, como auxílio na higienização oral, via e consistência alimentar e a própria dependência alimentar, reforçaram a necessidade constante de ajuda durante estes procedimentos.

A utilização de sonda naso-enteral ou da gastrostomia, bem como o auxílio direto nas atividades descritas, indica a presença de um estado de saúde bastante debilitado e agravado, justificando o quadro de dependência.

Lee et alii (1999) estudaram a dependência em pacientes hospitalizados e concluíram que, associada aos transtornos de deglutição, aumenta significativamente a morbidade dos pacientes.

Lagmore (1998), em estudo de dependência alimentar, refere que este quadro aumenta a probabilidade de aspiração pulmonar.

Vê-se, assim, que a atenção aos idosos hospitalizados deve ser constante e direta, a fim de que se possa evitar a aspiração pulmonar de pacientes dependentes, como também minimizar os riscos de dependência dos pacientes, agora independentes.

No Gráfico 10, verificam-se os resultados referentes ao trabalho de estimulação miofuncional realizado junto aos pacientes internados na enfermaria.

Dentre os pacientes que receberam estimulação miofuncional, observou-se produtividade em 100% dos casos. Entretanto, os padrões de produtividade diferenciaram-se, de modo que 27,6% melhoraram o padrão e 72,2% mantiveram o padrão muscular observado na avaliação fonoaudiológica clínica inicial.

Desta forma, é possível verificar que menos da metade dos pacientes pesquisados melhorou seu padrão muscular, fato que vale uma ressalva mais detalhada.

Dos pacientes que mantiveram o padrão muscular inicial (72,2% – n=13), mesmo após a estimulação miofuncional, verificou-se que todos eles apresentavam quadros clínicos crônicos.

Cinco pacientes tinham história de AVC isquêmico prévio, com mais de três episódios de repetição cada um; quatro pacientes apresentavam quadros demenciais, com importante comprometimento cognitivo; três pacientes tinham vários diagnósticos clínicos associados, gerando quadros graves de saúde de difícil reversibilidade; e, por fim, um paciente apresentando paralisia facial periférica.

Ding e Logemann (2000) relatam que, após doenças neurológicas, como AVC, há grande possibilidade de ocorrência de aspiração pulmonar. Relatam, ainda, que a reabilitação é a melhor solução para este problema, já que a alimentação artificial não previne a aspiração pulmonar.

Estas informações podem justificar a ocorrência desta parcela de pacientes que mantiveram o padrão muscular, mesmo após a realização da estimulação miofuncional.

Isto porque os quadros mais amplos apresentados por eles têm caráter crônico e degenerativo, tendendo a piorar ao longo do tempo. Portanto, a manutenção do padrão muscular configura-se como um importante resultado, principalmente ao associar este panorama ao fato de que estes pacientes não apresentaram pneumonia por aspiração pulmonar.

Além disso, Paterson (1996) realizou uma revisão teórica e discutiu a ocorrência de disfagia em idosos. Nesta pesquisa, o autor coloca que a disfagia orofaríngea pode estar associada a doenças neuromusculares e que o tratamento de melhor eficiência é a fonoterapia.

Loughlen e Shanley (1998) relatam que 50% a 75% dos pacientes internados em casas de repouso têm alguma dificuldade de deglutição. As autoras desenvolveram um programa de acompanhamento neste local, visando detectar e tratar a disfagia orofaríngea; e, ao final dele, notaram visível melhora nos pacientes atendidos, evidenciando a importância da fonoterapia junto a esta população.

Diante deste contexto, nota-se que a manutenção do padrão musculatura e sua melhora podem oferecer indícios que a atuação fonoaudiológica direta junto ao paciente idoso hospitalizado configura-se como uma maneira simples de propiciar ao paciente manutenção global de sua saúde, por poder prevenir a ocorrência de aspiração pulmonar, priorizando essencialmente sua qualidade de vida.

Neste segmento, foi também estudada a frequência com que os profissionais da equipe geriátrico-gerontológica foram contatados durante a internação de cada paciente (Gráfico 11).

Verificou-se que, em 100% dos casos inseridos na amostra, o médico responsável pelo caso e a nutricionista participaram das decisões das condutas tomadas pela equipe de Fonoaudiologia.

No contato com o médico, obtiveram-se noções globais do estado geral do paciente, determinantes para o estabelecimento da via alimentar a ser utilizada.

Junto ao nutricionista, foi possível verificar se a via alimentar prescrita supria as necessidades nutricionais do paciente, como também se havia disponibilidade da mesma no hospital.

Os fatores citados acima justificam a totalidade de contato obtida neste critério.

Além do médico e da nutricionista, foram também contatados os profissionais de enfermagem e fisioterapia, em 49,2% e 46,0% dos casos estudados.

Isto porque as condutas fonoaudiológicas muitas vezes requerem conhecimentos afins, bem como o auxílio de outros profissionais, como posicionamento adequado para o paciente, necessidade de realização constante de higienização oral, atenção no momento da alimentação, sendo fundamental a presença de outros profissionais que ajudem a efetivar as condutas estabelecidas. No presente estudo, estes profissionais foram a enfermeira e a fisioterapeuta.

Sá (1998) diz que a atuação interdisciplinar é fundamental para a concretização dos fundamentos básicos da Gerontologia, que define o cuidado global com a saúde e o bem-estar do paciente idoso como os princípios que regem sua atuação.

Bilton et alii (1999), ao estudarem a atuação fonoaudiológica numa enfermagem geriátrica, ressaltam que o trabalho em equipe interdisciplinar configura-se como uma excelente forma de otimizar o atendimento da Fonoaudiologia, bem como de todas as disciplinas.

Estas informações auxiliam a compreensão de todo o contexto descrito até o presente momento e oferecem embasamento a discussões mais aprofundadas, as quais serão realizadas através do cruzamento com os dados referidos a seguir.

Parte IV – Pneumonia e aspiração

No Gráfico 12, visualiza-se a frequência de ocorrência de pneumonia aspirativa desenvolvida na enfermagem de geriatria. Nenhum dos pacientes estudados adquiriu esta afecção durante sua hospitalização.

Estes dados contrapõem-se aos achados de Feinberg et alii (1996) e Lagmore (1999), os quais pesquisaram a incidência de pneumonia aspirativa em casas de repouso, através da utilização de avaliação clínica e de vídeo-degluto-esofa-

gograma. Notaram que grande parte dos idosos pesquisados apresentava este quadro, o qual agravava-se concomitantemente à piora do estado geral de saúde do paciente.

Nesta linha, Villas Boas et alii (2000) e Jaluul et alii (2000) ressaltam que um dos problemas mais comuns em idosos hospitalizados é a pneumonia (incluindo aquelas causadas por aspiração), que se encontra na faixa de 30% das alterações nesta população.

Além disso, Carvalho Filho et alii (1998) relataram que 58,9% dos pacientes internados no serviço estudado apresentaram complicações iatrogênicas de ordem terapêutica, o que incluiu falhas no diagnóstico da disfagia, gerando aspiração, por consequência.

Observa-se que o contexto apresentado pela presente pesquisa diferencia-se dos demais encontrados na literatura, já que todos apontam para a grande parcela de pacientes que aspiram durante a internação.

O diferencial entre os trabalhos referidos e esta pesquisa talvez se encontre no fato da constante presença da equipe de Fonoaudiologia junto aos pacientes internados, cercando o paciente de condutas preventivas e conduzindo-o para um bom padrão alimentar e, desta forma, prevenindo efeitos iatrogênicos como a pneumonia aspirativa.

Acredita-se, assim, que este panorama pode indicar que o trabalho fonoaudiológico de prevenção e tratamento dos distúrbios de deglutição foi efetivo, por ter sido verificada a total ausência de aspiração pulmonar durante os seis meses que este estudo foi realizado.

Conclusão

Da presente pesquisa, que objetivou descrever as condutas fonoaudiológicas estabelecidas no início da internação e as modificações realizadas nestas condutas ao longo dessa internação, a fim de prevenir a ocorrência de pneumonia aspirativa, pode-se concluir que:

- as principais condutas iniciais estabelecidas foram: higiene oral realizada sob supervisão (71,4%), posicionamento auxiliado (52,4%), alimentação por via oral (82,5%), com predomínio da consistência branda (35,2%), auxílio na alimentação (44,5%), estimulação miofuncional (28,9%);
- em 44,9% dos casos, houve necessidade de modificação das condutas iniciais, tendo a melhora do paciente como causa em 14,9% dos casos;
- as condutas modificadas com maior frequência foram: higienização oral realizada sob supervisão (46,1%), posicionamento para alimentação sem auxílio (57,1%), modificação da via alimentar de oral para enteral (50,0%), modificação da consistência da dieta para pastosa (30,0%) e total independência alimentar (66,7%);
- quanto ao trabalho de estimulação mioterápica, percebeu-se 100% de produtividade nos pacientes que receberam este procedimento;
- a atuação interdisciplinar também foi marcante; 100% dos casos foram discutidos com o médico responsável e com a nutricionista. Já 49,2% e 46,6% dos casos foram discutidos com os profissionais de enfermagem e fisioterapia;
- verificou-se que 3,2% apresentaram pneumonia aspirativa pré-internação, e nenhum (0%) aspirou durante a hospitalização.

Portanto, constata-se que a ausência de pneumonia aspirativa nos pacientes estudados pode indicar efetividade no acompanhamento fonoaudiológico, que, associado à atuação interdisciplinar, pode minimizar complicações e melhorar sua qualidade de vida durante e após a internação.

Resumo

Esta pesquisa tem como objetivo descrever as condutas fonoaudiológicas estabelecidas no início da internação do paciente e relatar as modificações realizadas nestas condutas ao longo desta hospitalização. Para isso, foram estudados 63 pacientes, com variação de idade de 61 a 95 anos, os quais estiveram internados na enfermaria de geriatria entre o período de fevereiro a julho de 2000. Foram verificadas as condutas fonoaudiológicas iniciais estabelecidas (via alimentar, consistência da dieta, dependência alimentar, higiene oral, posiciona-

mento durante a alimentação e estimulação miofuncional), as modificações realizadas nestas condutas e seus motivos e a história de pneumonia aspirativa antes e durante a internação. A ausência de pneumonia aspirativa dos pacientes estudados pode indicar efetividade no acompanhamento fonoaudiológico, que, associado à atuação interdisciplinar, pode minimizar complicações e melhorar a qualidade de vida durante e após a internação.

Palavras-chave: prevenção, pneumonia aspirativa, enfermaria gerontológica.

Abstract

Aspiration pneumonia caused by penetration of food and/or saliva in the lungs is, presently, recognized as one of the most frequent situations affecting hospitalized elderly patients, leading to difficulties in treatment and extending the hospitalization period. This study aims to describe the phonoaudiologic procedures established at the moment of admission of the patient and to study any changes made to these procedures in the course of the hospitalization period. As a conclusion, we may assert that the absence of aspiration pneumonia in the studied patients may suggest the effectiveness of the phonoaudiologic follow-up which, in association with an interdisciplinary team, may help to minimize any abnormal conditions and improve the quality of life during and after hospitalization.

Key-words: prevention, pneumonia aspiration, geriatric ward.

Resumen

El objetivo de esta investigación es describir las conductas fonoaudiológicas establecidas al inicio de la internación de los pacientes y relatar los cambios en esas conductas durante su hospitalización. Para ello fueron estudiados 63 pacientes, 27 mujeres y 27 hombres, con edades entre los 61 y los 95 años, internados en la enfermería de gerontología del Hospital San Pablo entre febrero y julio de 2000. Se analizaron las conductas fonoaudiológicas iniciales, sus cambios y los motivos de éstos, y también el

historial de neumonía aspirativa antes y durante la internación. Se constató que la ausencia de neumonía aspirativa en los pacientes puede indicar la efectividad del acompañamiento fonoaudiológico, el cual, asociado a una actuación interdisciplinaria, puede minimizar las complicaciones y mejorar la calidad de vida durante y después de la internación.

Palabras claves: prevención, neumonía aspirativa, enfermería gerontológica.

Referências bibliográficas

- ALENCAR, C. S. e CURIATI, M. (1999). Estudo do perfil odontológico dos moradores de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 34(1), pp. 45-57.
- BACHA, S. M. C.; GIGLIO, V. P.; RIBEIRO, J. M. L. e SOUZA, M. V. (1999). Perfil fonoaudiológico do idoso institucionalizado. *Revista de atualização Científica* 11(2).
- BILTON, T.; SOARES, L. T.; TEGA, L. V. e SANTOS, C. A . F. (1999). Acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados. *Distúrbios da Comunicação* 11(1). São Paulo, pp. 85-110, dezembro.
- CARDOSO, T. O.; ANTERA, D. P. e SILVA, P. K. (1990). Atuação multidisciplinar em Geriatria e Gerontologia. *Revista de atualização científica* 4(2).
- CARVALHO FILHO, E. T.; SAPORETTI, L.; SOUZA, M. A . R.; ARANTES, A. C.; VAZ, M.Y. K. C.; HOJAJI, N. H. S. L.; ALENCAR, Y. M. G. e CURIATI J. E. (1998). Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Revista de Saúde Pública* 32(1), pp. 36-42.
- CRUZ, M. R. S.; CHIES, A. J. e MICHELON, E. (2000). Resolutividade em geriatria clínica. A importância do geriatra como gerente da saúde do idoso. *Anais do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*, Brasília.
- DING, R. e LOGEMANN, J. (2000). "Pneumonia in stroke patients: A retrospective study". *Dysphagia* 15, pp. 51-7.
- DOUGLAS, C R. (1994). "Fisiologia do Envelhecimento." In: *Tratado de fisiologia aplicado às ciências da saúde*. 1 ed. São Paulo, Robe.

- EKBERG, J. M. e NYLANDER, R. A. (1991). "Aspiration and pneumonia in an elderly population". *Dysphagia* 5, pp.14-25.
- FEINBERG, M. J.; KNEBL, J. e TULLY, J. (1996). "Prandial aspiration and pneumonia in an elderly population followed over 3 years". *Dysphagia* 11, pp.104-9.
- FERREIRA, T. e CAMARGO, I. E. (1991). Discussão de diagnósticos obtidos numa enfermaria de Geriatria. *JAGS* 20, pp. 407-21.
- FINUCANE, T. E.; CHRISTMAS, C. e TRAVIS, K. (2000). Alimentação por sonda em pacientes com demência avançada – Revisão de evidências. *JAMA Brasil* 4 (2), março.
- FRARE, S. M.; LIMAS, P. A.; ALBARELLO, F. J.; PEDOT, G. e RÉGIO, R. A. S. (1997). Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? *Revista da APCD* 51 (6). São Paulo.
- FUCILE, S.; WRIGHT, M.; CHAN, I.; YEE, S.; LANGLAIS, M. E. e GISEL, E. (1998). Functional oral-motor skills: Do they change with age? *Dysphagia* 13, pp. 195-201.
- HATSOOK, E. (1974). Food selection, dietary adequacy, and related dental problems of patients with dental prostheses. *J Dent*, julho, Brasília.
- JALUUL, M. P., ROAS, L. e AZEVEDO, V. R. (2000). Estudo de uma população idosa internada. *Anais do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*, junho.
- LAGMORE, S. E.; TERPENNING, M. S.; SCHORK, A. ; CHEN, Y.; MURRAY, J. T.; LOPATIN, D. e LOESCHE, W. J. (1998). Predictors of aspiration pneumonia how important is dysphagia? *Dysphagia* 13, pp. 69-81.
- LEE, A.; SITO, Y.Y.; LIEU, P.K.; PHUA, S. Y. e CHIN, J. J. (1999). Swallowing impairment and feeding dependency in the hospitalised elderly. *Annals academy of Medicine* 28 (3), maio.
- LOUGHLIN, G. O. e SHANLEY, C. (1998). Swallowing problems in the nursing home a novel training response. *Dysphagia* 13, pp. 172-183.
- MACEDO FILHO, E. D.; GOMES, G. F. e FURKIM, A. M. (2000). *Manual de cuidados de pacientes com Disfagia*. São Paulo, Lovise.
- MC CANN, R. (2000). Falta de Evidências sobre alimentação por sonda – Elementos a considerar. *JAMA Brasil* 4 (2), março.

- MOTTA, L. B.; NOVAES, H. L. e RESENDE, V. E. (2000). Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral – Análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. *Anais do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*, Brasília.
- NORTON, E. L. (1997). “O aparelho digestivo”. In: *Geriatria Prática*. 2 ed. São Paulo, Lovise.
- OLIVEIRA, I. R.; FARIA, M. C. A. e MORAES, E. N. (2000). Prevalência, principais diagnósticos e evolução de idosos e não idosos internados no CTI do Hospital das Clínicas da UFM no ano de 1999. *Anais do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*, junho, Brasília.
- OLIVEIRA, R. (1999). Caracterização da população geriátrica atendida no hospital universitário da UFMG. *JAGS* 43, pp. 265-75.
- PATERSON, W. G. (1996). Dysphagia in the elderly. *Canadian Family Physician* 42, maio.
- QUEIROZ, Z. P. (1999). O envelhecer no Brasil. *O mundo da saúde* ano 23, 23 (4), jul/ago.
- REIS, M. e GALLO. Y. V. (2000). Mortalidade em idosos na cidade de São Paulo em 1999. *Anais do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*, junho, Brasília.
- ROBBINS, J. A. ; LOGEMANN, J. e KISHNER, H. S. (1986). Swallowing and speech production in Parkinson disease. *Annals of Neurology* 19 (3), março.
- ROSA, A . G. F.; FERNANDES R. A . C.; PINTO V. G. e RAMOS, L. R. (1992). Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública* 26(3). São Paulo, pp. 155-60
- SÁ, R. P. (1999). Considerações gerais sobre o idoso e seu atual papel social. *O mundo da saúde* ano 23, 23 (4) jul/ago.
- SHET, N. e DINER, W. C. (1988). Swallowing Problems in the Elderly. *Dysphagia* 2, pp. 209, 215.
- SHIP, J. A.; DUFF, V.; JONES, J. A. e LANGMORE (1996). Geriatric oral health and its impact on eating. *JAGS* 44, pp. 456-67.
- SHUBERT, T. T. (1996). Gastroesophageal reflux disease and pulmonary disease. *AJG Editorials* 1691, setembro.

- SMITH, C. H.; LOGEMANN, J. A.; LOLANGELO, L. A.; RADEMAKER, A. W. e PAULOSKI, B. R. (1999). Incidence and patient characteristics associated with silent aspiration in the acute care setting. *Dysphagia* 14, pp. 1-7.
- SOKOLOFF, L. G. e PAVLAKOVIC, R. (1997). Neuroleptic – Induced Dysphagia. *Dysphagia* 12, pp. 177-9.
- SUZUKI, H.; DUPRAT, A.; LEDERMAN, H. M.; BILTON, T. e TEGA, P. L. (1998). Comparando avaliação fonoaudiológica naso-laringoscopia e videofluoscopia em idosos sem queixas de deglutição. *Distúrbios da Comunicação* 10(1). São Paulo, pp. 91-109, dezembro.
- TÚBERO, A. L. (1997). “Disfagia”. In: LOPES FILHO, O. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo, Roca.
- VILAS BOAS, SILVA e MENDONÇA. (2000). Aspectos patológicos de pacientes idosos internados. *Anais do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*, Brasília.
- WARMS, T.; RICHADS, O. e GRAD, P. (2000). “Wet Voice” as a predictor of penetration and aspiration in oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia* 15, pp. 84-8.

Recebido em jun/01; aprovado em jul/01.

Anexo

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO
PACIENTES HOSPITALIZADOS – UNIFESP – EPM

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Idade: _____ anos

Fone: _____ Data de Internação: ___/___/___ Data de Avaliação: ___/___/___

Motivo da internação: _____

Principais diagnósticos: _____

Profissional que solicitou a avaliação: _____

Médico responsável: _____ Realizado contato? sim não

INTERCONSULTA FONOAUDIOLÓGICA:

O paciente encontra-se:

cooperativo

negligente

sonolento

confuso (ECA)

Aspectos respiratórios:

Entubação: sim não Tempo: _____

Ventilador: sim não Tempo: _____

Traqueostomia: sim não Tempo: _____

Traqueostomia:

CUFF sim não Insuflado Parcialmente Insuflado Desinsuflado

Secreção: endotraqueal peritraqueal não há

Descrição: espessa amarelada fluida clara

Passagem de alimento para a traqueia: sim não

História atual e progressa de pneumonia: sim não

Atual

Recente (< 6 meses)

Antiga (> 1 ano)

Foi possível realizar a avaliação fonoaudiológica? sim não. *Se não, por quê?* _____

Principais pontos da avaliação: _____

Condutas estabelecidas:

Via alimentar: _____ Consistência alimentar _____

Higiene oral: _____

Posicionamento: _____

Dependência alimentar: _____

Prevenção da pneumonia aspirativa em enfermaria geriátrico-gerontológica

Estimulação Oral: sim não Exercícios: _____

Outras condutas: _____

Acompanhamento diário - data: ____/____/____.			
Conduta	Mantida	Modificada	Modificada para:
Via alimentar			
Consistência alimentar			
Ingestão habitual da dieta			
Higiene Oral			
Posicionamento			
Dependência alimentar			
Estimulação Oral			
Observações (pontos importantes e motivos):			

REGISTRO DE ALTA:

Data de alta: ____/____/____.

Resumo do caso: _____

⇒ **Orientação fonoaudiológica no momento da alta:**

Via alimentar: _____ Consistência alimentar: _____

Higiene oral: _____

Posicionamento: _____

Dependência alimentar: _____

Estimulação Oral: _____

Outras recomendações: _____

⇒ **Orientação fonoaudiológica pós-alta:**

Data da consulta - ambulatório de alta: ____/____/____

⇒ **Reabilitação fonoaudiológica:**

É necessário encaminhamento para Reabilitação fonoaudiológica: sim não

Local : LESF Dia e horário: _____

PADI

Patologia: _____

Fonoaudióloga responsável pelo fechamento do caso:

CRF^a _____

Protocolo elaborado por: Tereza Bilton, Heloisa Suzuki, Elaine Palinkas,
Juliana Venites, Giovana Baraldi e Juliana Avelar.

Resultados

Gráfico 1 – Condutas fonoaudiológicas – Via alimentar

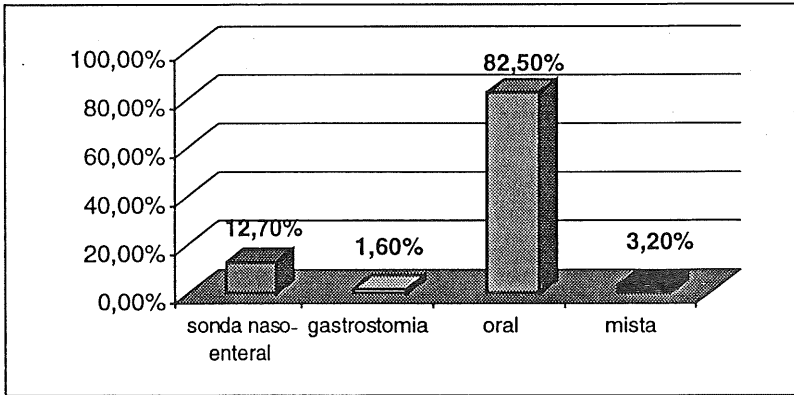


Gráfico 2 – Condutas fonoaudiológicas – Consistências das dietas

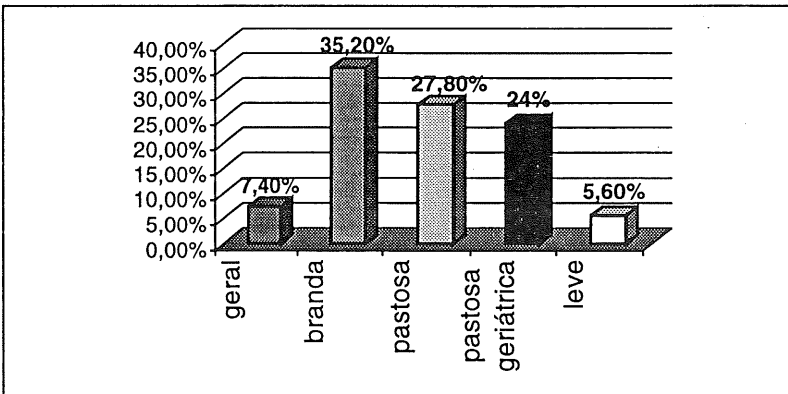


Gráfico 3 – Condutas fonoaudiológicas – Dependência alimentar

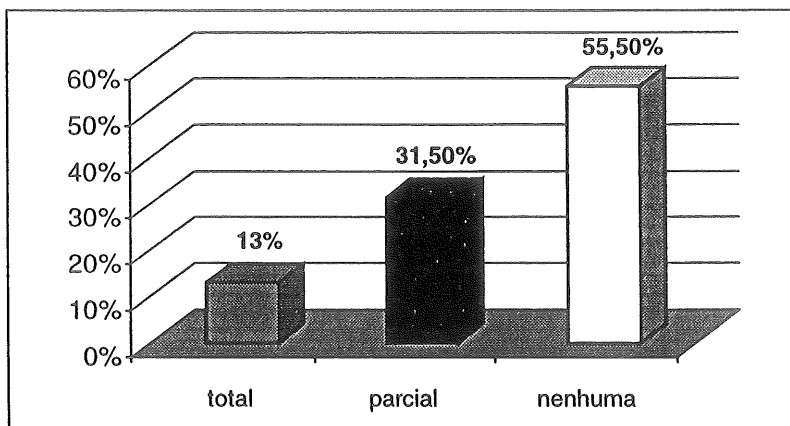


Gráfico 4 – Condutas fonoaudiológicas – Necessidade de auxílio no posicionamento na alimentação

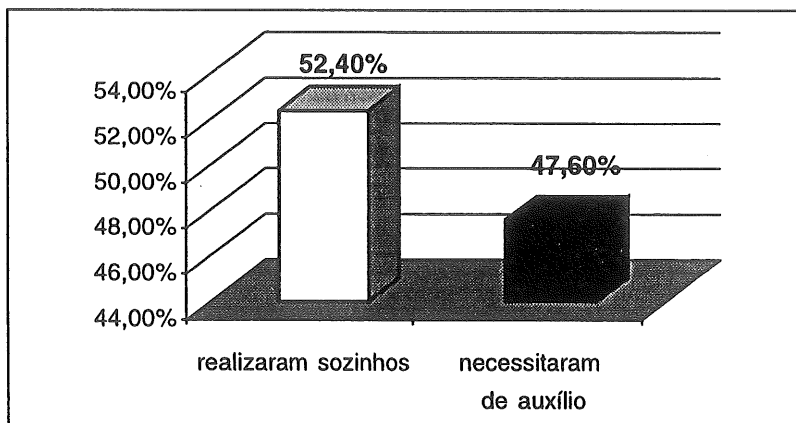


Gráfico 5 – Condutas fonoaudiológicas – Higiene oral

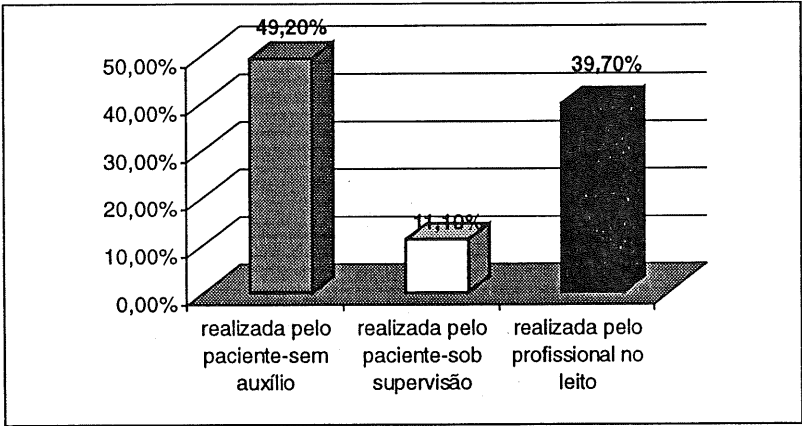


Gráfico 6 – Condutas fonoaudiológicas – Necessidade de estimulação miofuncional

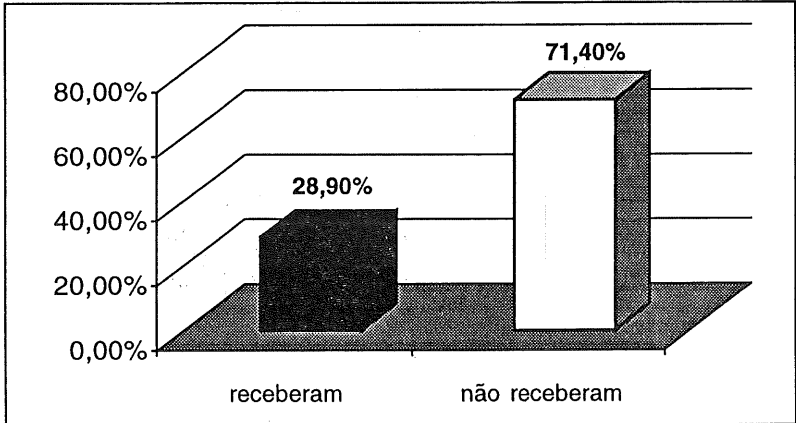


Gráfico 7 – Necessidade de modificação das condutas fonoaudiológicas iniciais

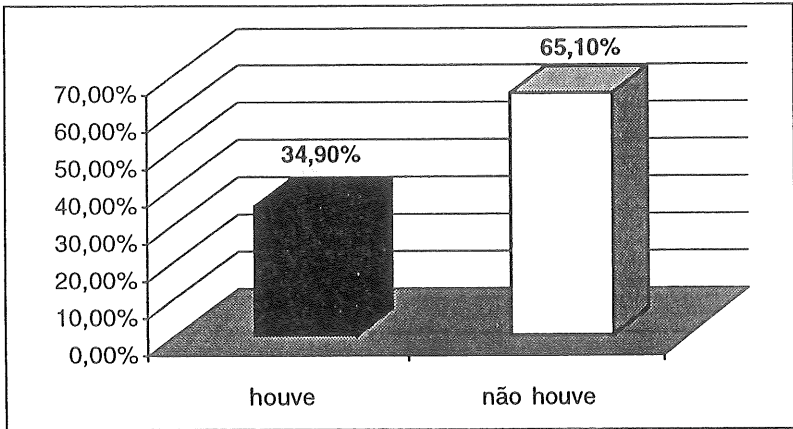


Gráfico 8 – Fatores que motivaram as modificações nas condutas iniciais

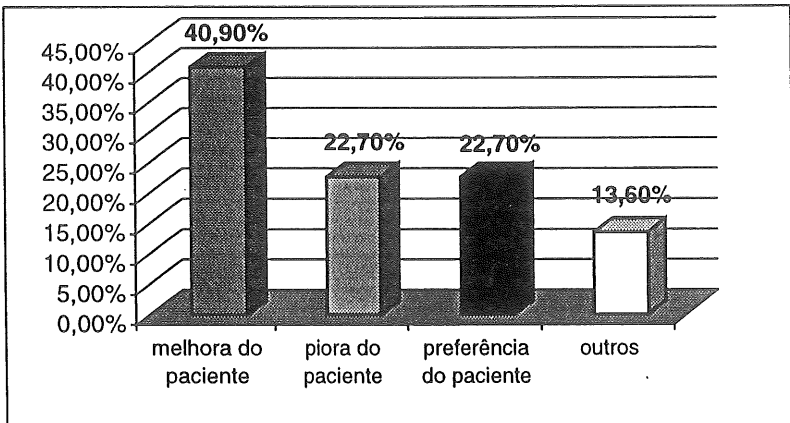


Gráfico 9 – Condutas fonoaudiológicas modificadas

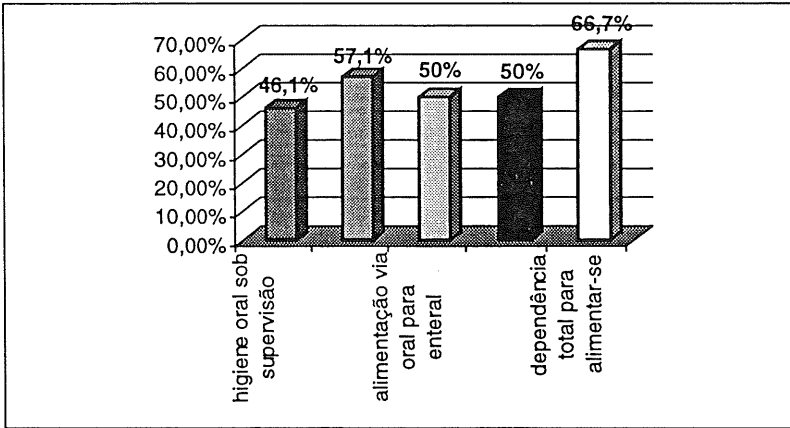


Gráfico 10 – Resultados da estimulação miofuncional

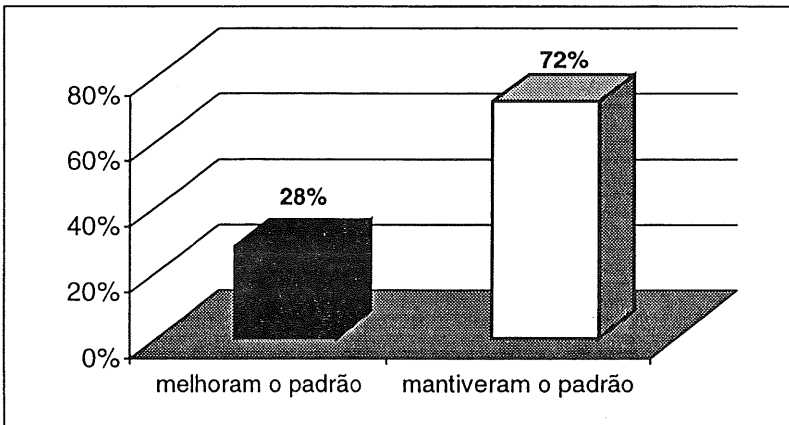


Gráfico 11 – Profissionais que a equipe de fonoaudiologia discutiu suas condutas

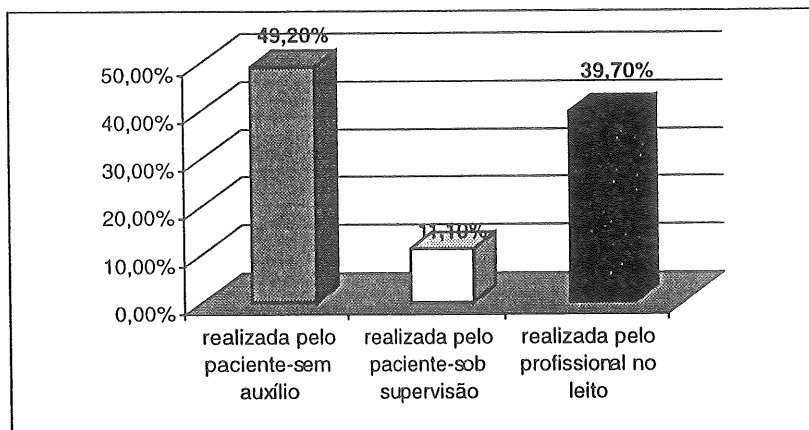


Gráfico 12 – Frequência de pneumonia aspirativa na enfermaria

