



Complicações Clínicas da disfagia em pacientes internados em uma UTI

Clinic Complications of dysphagia in patients admitted to an ICU

Las complicaciones clínicas de la disfagia en pacientes ingresados en una UCI

*Samara Regina Favero**

*Betina Scheeren***

*Lisiane Barbosa**

*Jorge Amilton Hoher***

*Maria Cristina de Almeida Freitas Cardoso**

Resumo

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são locais destinados à atenção e cuidados de pacientes clinicamente comprometidos. A intervenção fonoaudiológica precoce visa identificar rapidamente a disfagia, prevenindo suas complicações clínicas. A avaliação clínica à beira do leito é atualmente a forma mais utilizada. **Objetivo:** relacionar a presença de disfagia e as complicações clínicas em pacientes adultos com diferentes doenças de base, internados em uma UTI. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, realizado por análise de protocolos fonoaudiológicos dos pacientes atendidos em uma UTI, entre julho de 2012 e abril de 2014. Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições participantes. **Resultados:** A amostra contou com 110 pacientes, a maioria encaminhada com quadro clínico de alteração pulmonar e/ou neurológica, com média de idade de 60,3 anos. Encontraram-se associações significativas da disfagia com o diagnóstico de desnutrição ($p=0,020$) e uma tendência de associação com os pacientes submetidos à traqueostomia ($p=0,058$). Observou-se que o tempo de ventilação mecânica é quatro dias superior, em mediana, nos pacientes com disfagia, e que a cada dia que um paciente passa em ventilação mecânica aumenta em 10% a chance de apresentar alteração de deglutição. **Conclusão:** As complicações clínicas encontradas nos pacientes submetidos à avaliação fonoaudiológica com diagnóstico de disfagia foram a desnutrição e a idade, visto que o grau de disfagia

* Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Contribuição dos autores:

Todos os autores participaram diretamente no planejamento, elaboração, análise e interpretação dos dados, bem como fizeram importantes contribuições intelectuais para a concepção do estudo. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

E-mail para correspondência: Samara Regina Favero - samarafavero@gmail.com

Recebido: 13/02/2017

Aprovado: 04/11/2017



varia e se agrava com o avançar da idade. A atuação fonoaudiológica permite o diagnóstico precoce da disfagia, reduzindo o tempo de internação hospitalar e proporcionando melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Deglutição; Transtorno de deglutição; Unidade de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos; Traqueostomia; Intubação Endotraqueal.

Abstract

Introduction: The Intensive Care Units (ICUs) are premises for the attention and care of medically compromised patients. Early speech-language therapy aims to quickly identify dysphagia, preventing clinical complications. Clinical evaluation at the bedside is a currently used form to identify. **Objective:** To relate the presence of dysphagia and clinical complications in adult patients with different underlying diseases hospitalized in an ICU. **Methods:** A retrospective, descriptive study conducted by analysis of speech-language therapy protocols of patients admitted to an ICU from July 2012 to April 2014. This study was approved by the Ethics Committee in Research of the participating institutions. **Results:** The sample included 110 patients, most sent with clinical pulmonary and / or neurological disorder, with mean age of 60.3 years. They found significant associations of dysphagia diagnosed with malnutrition ($p = 0.020$) and a trend of association with patients undergoing tracheostomy ($p = 0.058$). It was observed that the mechanical ventilation is superior four days, on average, in patients with dysphagia and that every day that a patient goes on mechanical ventilation increases by 10% the chance to present swallowing change. **Conclusion:** The clinical complications found in patients undergoing clinical assessment with dysphagia were malnutrition and age, whose dysphagia level varies and worsens with age. The speech therapy allows early diagnosis of dysphagia, reducing the length of hospital stay and providing better quality of life to the patient.

Keywords: Deglutition; Swallowing disorders; Intensive Care Unit; Critical Care; Tracheotomy; Intratracheal intubation.

Resumen

Introducción: Unidades de cuidados intensivos (UCI) son premisas para la atención y cuidado de los pacientes médicamente comprometidos. Terapia del habla temprana tiene como objetivo identificar rápidamente la disfagia, la prevención de complicaciones clínicas. La evaluación clínica a pie de cama es actualmente la forma más ampliamente utilizada. **Objetivo:** relacionar la presencia de disfagia y complicaciones clínicas en pacientes adultos hospitalizados en una UCI. **Metodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo llevado a cabo mediante el análisis de protocolos de terapia del habla de los pacientes ingresados en una UCI de julio de 2012 hasta abril de 2014. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de las instituciones participantes. **Resultados:** La muestra incluyó a 110 pacientes, la mayoría enviados con clínica pulmonar y / o trastorno neurológico, con edad media de 60,3 años. Ellos encontraron asociaciones significativas de disfagia diagnosticados con desnutrición ($p = 0,020$) y una tendencia a la asociación con los pacientes sometidos a traqueotomía ($p = 0,058$). Se observó que la ventilación mecánica es superior a cuatro días, en promedio, en los pacientes con disfagia y que cada día que un paciente va en aumento de la ventilación mecánica en un 10% la posibilidad de presentar tragar cambio. **Conclusión:** Las complicaciones clínicas encontradas en pacientes con el diagnóstico disfagia eran la desnutrición y la edad. La terapia del habla permite el diagnóstico precoz de la disfagia, la reducción de la duración de la estancia hospitalaria y ofrece una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Deglución; Trastornos de Deglución; Unidades de cuidados intensivos; Cuidados críticos; Traqueostomía; Intubación Intratraqueal

Introdução

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são locais destinados à atenção e cuidados de pacientes clinicamente comprometidos, os quais necessitam de equipamentos de alta tecnologia e equipe multidisciplinar qualificada. De maneira geral, são pacientes debilitados, clinicamente instáveis, imunodeprimidos, com nível de consciência rebaixado, desnutridos, sob efeito de medicamentos e com risco de infecção, necessitando de cuidados especiais. Além disso, frequentemente apresentam comorbidades como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), idade avançada e doenças neurodegenerativas¹.

A deglutição é uma atividade complexa de ações voluntárias e involuntárias, cujo sincronismo entre essa função e a respiração é essencial para prevenir a aspiração pulmonar e para manter a nutrição e a hidratação adequadas².

Durante a deglutição, em indivíduos saudáveis, ocorre a interrupção das etapas da respiração (apneia), sendo essa retomada após a fase faríngea, em etapa expiratória. A apneia é importante para proporcionar adequada proteção de via aérea durante a deglutição^{2,3}. A abertura das pregas vocais após a deglutição pode facilitar a entrada de alimentos e saliva na laringe, aumentando assim o risco para aspiração².

A disfagia se caracteriza por um transtorno de deglutição que pode acometer qualquer parte do trato digestório, desde a boca até o estômago, decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais gerando graves complicações, como desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa, podendo levar à morte^{4,5}. Essa alteração pode ocorrer em qualquer uma das fases da deglutição, oral, faríngea e esofágica, frente aos quadros clínicos diferenciados. Esse transtorno é o que mais exige a presença do fonoaudiólogo na UTI, tendo em vista as sérias complicações que podem desestabilizar o estado clínico do paciente^{1,6}.

Na UTI se observa elevado risco de aspirações devido a uma variedade de fatores, tais como o rebaixamento do nível de consciência (muitas vezes causadas por excesso de analgesia ou sedação), a posição supina no leito, a presença de traqueostomia, uso prolongado da sonda nasogástrica e/ou de tubos endotraqueais, entre outros, além do quadro clínico instável^{1,4,6,7}. O longo tempo de internação na UTI vai contribuir, juntamente com os fatores

etiológicos supracitados, para que haja comprometimento na dinâmica da deglutição⁴.

É crescente o número de leitos ocupados por pacientes críticos admitidos nessas unidades. Por esse motivo, há a necessidade de caracterizá-los para uma melhor distribuição de recursos humanos e materiais, visando à qualidade da assistência⁸.

A atuação fonoaudiológica precoce nas UTIs visa identificar rapidamente a disfagia, prevenindo suas complicações clínicas, bem como participar na decisão do tipo da dieta, além de reduzir custos e acelerar o processo de alta^{1,6}. A avaliação clínica fonoaudiológica à beira do leito é atualmente a forma mais utilizada de avaliação da disfagia, por vezes a primeira escolha, pois é uma avaliação não invasiva, rápida e com baixo-custo⁴.

A atuação fonoaudiológica constitui-se em um trabalho tanto de manutenção da vida, quanto de qualidade de vida, uma vez que permite que o indivíduo volte a se alimentar por via oral com segurança^{1,6}.

O presente estudo tem como objetivo relacionar a presença de disfagia e as complicações clínicas em pacientes adultos com diferentes doenças de base, internados em uma UTI.

Método

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, realizado por meio da análise de protocolos de avaliação fonoaudiológica, no período de julho de 2012 a abril de 2014, em uma UTI de um hospital filantrópico na cidade de Porto Alegre.

A amostra contou com 154 protocolos inicialmente. As informações foram registradas no Protocolo de Risco para Disfagia da UTI, idealizado pelas residentes da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (REMIS), a partir de estudos publicados na área^{9,10,11}.

Como critério de inclusão utilizou-se a solicitação médica para avaliação fonoaudiológica. Já o critério de exclusão foi os protocolos estarem incompletos no momento da análise, seja por falta dos dados coletados, ou por fatores que levaram à interrupção da avaliação (variação do nível de consciência, instabilidade clínica, alta da UTI e óbito). A amostra contou inicialmente com 154 protocolos e, aplicando-se os critérios de exclusão, 44 foram eliminados da análise, sendo a amostra final constituída por 110 protocolos.

As variáveis analisadas nos protocolos foram: idade, sexo, patologia de base, ocorrência de desnutrição e desidratação de acordo com avaliação nutricional contida no prontuário do paciente; via de alimentação (sonda nasoesofágica, sonda nasogástrica e/ou via oral), intubação prévia, traqueostomia, triagem de aspectos da linguagem, tipo e grau da disfagia.

O protocolo fonoaudiológico utilizado define o tipo e grau de disfagia conforme a classificação proposta no Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD)⁹, o qual classifica a disfagia em leve, leve-moderada, moderada, moderada-grave e grave. Para fins de análise estatística, a disfagia foi classificada em ausente e presente, caracterizando-se como disfagia leve, leve-moderada, moderada, moderada-grave e grave.

Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições participantes sob os protocolos nº 706.298 e nº 760.622.

A descrição da amostra foi feita através de média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, além de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. As análises bivariadas do desfecho com cada variável de interesse foram realizadas através de testes t e Mann-Whitney, além de testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, quando necessário. As variáveis com p-valor < 0,20 foram selecionadas para entrar no modelo múltiplo de regressão logística para identificação dos fatores

de risco para diagnóstico de disfagia. Os dados coletados foram armazenados em planilha *eletrônica Excell®* e analisados estatisticamente por meio do programa *Statistical Product and Service Solutions®* (SPSS) versão 22. A significância estatística adotada foi de 5% (p < 0,05).

Resultados

A amostra foi composta por 110 protocolos de pacientes com média de idade de 60,3 anos e desvio-padrão (dp) de 16,6 anos, sendo 58 (52,7%) do sexo masculino.

As doenças de base apresentadas pelos pacientes, cuja proporção encontra-se exposta na figura 1, foram reunidas em seis grupos: Doenças Respiratórias (insuficiências respiratórias, DPOC e broncopneumonias), doenças neurológicas (acidentes vasculares cerebrais, traumatismo cranioencefálico, demências e tumor cerebral), doenças cardiovasculares (cardiopatias, insuficiência cardíaca congestiva e infarto agudo do miocárdio), distúrbios gastrointestinais (hemorragia gástrica, distensão abdominal, fístulas e apendicite), doenças renais, oncológicas, e outras, como cirurgias ortopédicas e traumatológicas.

Observou-se que 31 (28,2%) pacientes encaminhados para a avaliação fonoaudiológica apresentavam quadro clínico de alteração pulmonar, e 18 (16,4%) pacientes de alteração neurológica.

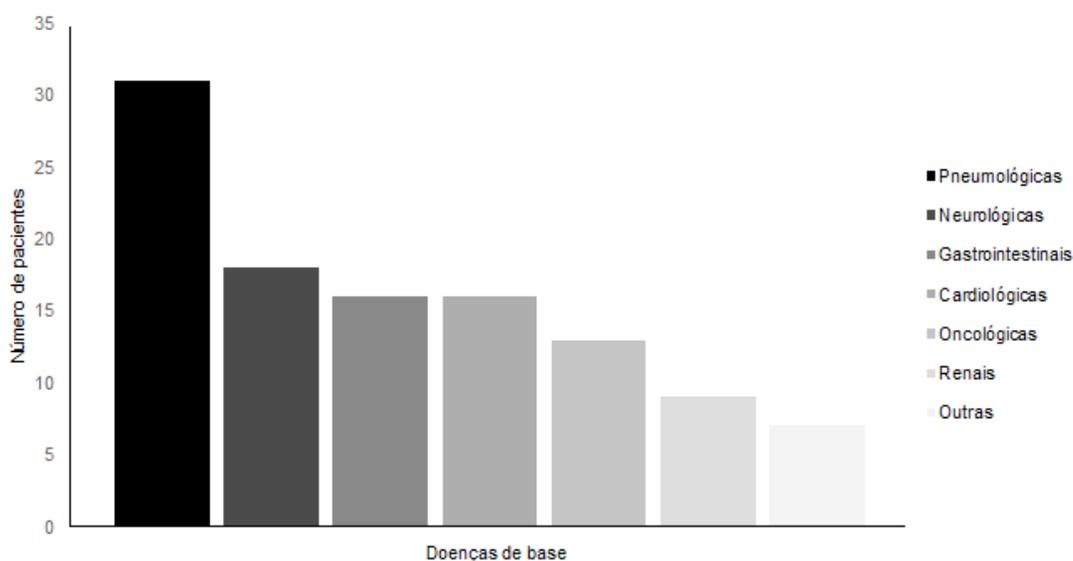


Figura 1. Doenças de base

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

A maior parte dos pacientes da amostra não apresentou alterações clínicas de desnutrição (86,4%), desidratação (93,6%), alteração de linguagem (87,3%) e não foram submetidos à traqueostomia (78,2%). Por outro lado, a maioria necessitou de intubação orotraqueal (87,3%) e teve

como via de alimentação mais utilizada a sonda nasoesférica (65,5%).

Os resultados das análises bivariadas evidenciaram associação da disfagia com o diagnóstico de desnutrição ($p=0,020$) e uma tendência de associação com os pacientes submetidos à traqueostomia ($p=0,058$). Além disso, observou-se que o tempo de ventilação mecânica é quatro dias superior, em mediana, nos pacientes com disfagia que nos pacientes com deglutição normal/funcional ($p=0,024$). As demais variáveis analisadas não apresentaram associação significativa. A Tabela 1 resume os cruzamentos realizados.

Tabela 1. Associação do diagnóstico Fonoaudiológico de disfagia com diferentes variáveis – análise bivariada

Variáveis	Total	Disfagia		p-valor
		Presença	Ausência	
Idade, em anos, m ± dp	60,3 ± 16,6	61,4 ± 16,1	57,7 ± 17,4	0,258 [#]
Sexo, n(%)				0,689
Feminino	52	34 (65,4)	18 (34,6)	
Masculino	58	40 (69,0)	18 (31,0)	
Desnutrição, n(%)				0,020*
Não	95	60 (63,2)	35 (36,8)	
Sim	15	14 (93,3)	1 (6,7)	
Desidratação, n(%)				0,423*
Não	103	68 (66,0)	35 (34,0)	
Sim	7	6 (85,7)	1 (14,3)	
Alteração de linguagem, n(%)				>0,999*
Não	96	64 (66,7)	32 (33,3)	
Sim	14	10 (71,4)	4 (28,6)	
Intubação, n(%)				>0,999*
Não	14	10 (71,4)	4 (28,6)	
Sim	96	64 (66,7)	32 (33,3)	
Traqueostomia, n(%)				0,058
Não	86	64 (62,8)	32 (37,2)	
Sim	24	20 (83,3)	4 (16,7)	
Tempo de ventilação mecânica, em dias, md (25%-75%)	7,0 (4,0-13,0)	9,0 (4,0-14,5)	5,0 (2,0-9,3)	0,024**
Via de alimentação, n(%)				0,819
SNG	9	5 (55,6)	4 (44,4)	
VO	13	8 (61,5)	5 (38,5)	
SNE	72	50 (69,4)	22 (30,6)	
Outras	16	11 (68,7)	5 (31,3)	

m: média; dp: desvio padrão; md: mediana; * Teste Exato de Fisher; # Teste t; ** Teste Mann-Whitney

Na análise múltipla foi constatado que a cada dia que um paciente passa em ventilação mecânica aumenta em 10% a chance de apresentar disfagia.

Os demais fatores analisados não foram significativos nesta análise, conforme os resultados expressos na tabela 2.

Tabela 2. Associação do diagnóstico Fonoaudiológico de disfagia com diferentes variáveis – análise múltipla

Variáveis	n	Percentual /md (25%-75%) na presença de disfagia	Análise múltipla		
			OR (IC95%)	p-valor	
Desnutrição	Não	95	63,2	1	0,09
	Sim	15	93,3	6,21 (0,75-51,19)	
Traqueostomia	Não	86	62,8	1	0,824
	Sim	24	83,3	1,18 (0,27-5,26)	
Tempo de ventilação mecânica, em dias	95	9,0 (4,0-14,5)	1,10 (1,01-1,19)	0,029	

Discussão

A partir deste estudo foi possível delinear algumas das principais características fonoaudiológicas dos pacientes internados em uma UTI geral. As doenças de base mais prevalentes dentro do período analisado foram as pneumológicas, seguidas das neurológicas, somando quase metade da amostra. Entre as pneumológicas encontra-se a DPOC como predominante e nas neurogênicas, o Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Pacientes com DPOC podem ser suscetíveis a alterações na coordenação da deglutição devido a comprometimentos funcionais ventilatórios^{2,3}. No percurso da doença podem ocorrer períodos de piora aguda, clínica e funcional, conhecidos como episódios de exacerbações da doença, levando a um aumento do trabalho respiratório e/ou falência respiratória, necessitando muitas vezes de internação em UTI e de suporte ventilatório¹². Em um estudo com 35 pacientes com idades entre 50 a 65 anos foi relatado que aqueles com DPOC apresentaram sintomas de disfagia relacionados à fase faríngea e esofágica da deglutição, ao mecanismo de proteção das vias aéreas, ao histórico de pneumonia e aos sintomas alimentares, como dificuldade na ingestão de alimentos sólidos².

Referente às doenças neurológicas, estudo recente aponta que 80,6% dos pacientes avaliados apresentaram alguma alteração na deglutição¹³. Em outro estudo, o AVC foi apontado como a doença

neurológica que mais causa alterações na deglutição¹⁴. A disfagia orofaríngea decorrente do AVC, classificada como neurogênica, apresenta maiores alterações nas fases oral e faríngea da deglutição, estando relacionada ao alto grau de morbidade e mortalidade, pois frequentemente leva a complicações clínicas como desidratação, desnutrição e risco de pneumonias aspirativas^{15,16}. A ocorrência de disfagia orofaríngea em pacientes pós-AVC, submetidos à avaliação fonoaudiológica, varia de 42 a 57%¹⁵.

Devido às condições clínicas associadas à doença de base, os pacientes muitas vezes necessitam de via alternativa de alimentação para suporte nutricional, possibilitando assim a oferta de alimentos quando a via oral não é indicada¹⁷. A dificuldade de deglutir e o rebaixamento do nível de consciência nos pacientes com doenças neurológicas e cardiovasculares estão entre as principais justificativas¹⁴.

Um estudo apontou que a via alternativa mais utilizada durante a internação hospitalar foi a sonda nasoesofágica (SNE)¹⁷, concordando com a presente pesquisa. O uso de via alternativa de alimentação pode levar a disfagia devido ao desconforto no momento de deglutir, redução na sensibilidade faríngea, acúmulo de secreções, entre outros⁶.

Os resultados avaliados mostram que o grau de disfagia varia e se agrava com o avançar da idade; esse dado vem ao encontro dos achados na literatura que destacam a população idosa como propensa à ocorrência de disfagia (prevalência de 23%)¹⁸. O

envelhecimento propicia uma junção de fatores que, quando associados, modificam e produzem adaptações na deglutição¹⁹.

No presente estudo, observa-se a associação significativa entre a disfagia e a desnutrição. A desnutrição é causada por uma alimentação não balanceada, com falta de nutrientes essenciais²⁰ e a disfagia leve ocorre quando o distúrbio está presente com leves alterações orais, mas com compensações adequadas, necessitando apenas de orientações e/ou pequenas modificações na dieta¹¹. Apesar de a desnutrição ser reconhecida como uma complicação da disfagia, ainda há poucos estudos que relatam essa relação²¹. Vale ressaltar que a desnutrição com perda de força e de musculatura esquelética também pode levar a alterações de deglutição.^{20,21}

Quando relacionada à presença de disfagia e o risco de desnutrição de pacientes internados, observa-se que os disfágicos apresentam maior risco de desnutrição ou já estão desnutridos²². A disfagia orofaríngea é um fator de risco para a desnutrição e para as infecções do trato respiratório, por isso sua avaliação e o tratamento devem ser incluídos na rotina de atendimentos aos pacientes críticos, a fim de evitar complicações nutricionais e respiratórias^{6,19}.

Após a extubação, retirada do tubo orotraqueal, os pacientes ficam expostos a alguns riscos para o desenvolvimento de disfagias, como o da aspiração, após a remoção do tubo orotraqueal, devido ao efeito residual de drogas sedativas, presença da sonda nasointestinal, alterações de sensibilidade das vias aéreas superiores, injúria glótica, alteração na musculatura laríngea²³⁻²⁵.

A lesão laríngea após IOT pode ser decorrente da colocação traumática do tubo orotraqueal, da necessidade de ventilação mecânica prolongada (\geq 48 horas), da agitação do paciente causando atrito do tubo contra a mucosa laríngea ou pela mera presença do tubo²⁶. A literatura tem descrito com frequência as alterações da deglutição decorrentes da IOT, incluindo a alteração da sensibilidade laríngea e no reflexo de tosse^{13,23}.

Na UTI, a intubação orotraqueal (IOT) e a ventilação mecânica (VM) são fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento da disfagia e pneumonia aspirativa^{26,27}. Corroborando com a presente pesquisa, em que a maioria necessitou de intubação orotraqueal (87,3%), outros estudos mostram que aproximadamente 20% dos 50% dos

pacientes submetidos à VM, por período superior a sete dias, desenvolvem disfagia^{28,29}. Quanto à IOT, um estudo mostrou associação significativa com a presença de disfagia quando o tempo de intubação é maior que seis dias²³, contribuindo com essa associação; outro estudo apontou incidência de 63% de disfagia orofaríngea após o uso de IOT na UTI⁴.

O tempo aumentado de utilização de VM encontrado nos pacientes deste estudo, e a constatação de que cada dia em VM aumenta em 10% a chance de apresentar disfagia, revela o impacto da VM na deglutição e reforça a necessidade de acompanhamento fonoaudiológico dos pacientes nas UTIs.

Outro fator de risco encontrado em pacientes críticos é a utilização da traqueostomia. Os achados desta pesquisa mostraram uma tendência de associação ($p=0,058$) entre a presença de disfagia e o uso da traqueostomia.

A disfagia pode ser observada devido à possibilidade da traqueostomia desencadear modificações, tanto na função respiratória, influenciando nos mecanismos de proteção das vias aéreas e na produção vocal, quanto na função da deglutição, comprometendo as ações motoras e sensoriais (dessensibilização laringo-faríngea, redução da pressão subglótica e do tempo de fechamento das pregas vocais). Tais modificações favorecem o aparecimento de complicações tardias, incluindo estenose traqueal, sangramento, fístulas, infecções, hemorragias e broncoaspiração³⁰. Na literatura foram encontrados dados de ocorrência de disfagia oral em 11,1% dos casos, de 22,2% de disfagia faríngea e de 44,4% de disfagia orofaríngea; 31,5% com sinais clínicos de penetração laríngea e/ou aspirações traqueais¹³. Esses dados mostram o seu impacto na deglutição³⁰.

Os dados da avaliação e a intervenção fonoaudiológica numa UTI permitem averiguar a possibilidade de inserção de alimentação por via oral e/ou via mais adequada de alimentação ao paciente durante a sua internação, bem como, selecionar as consistências da dieta, especificar os riscos e precauções durante a alimentação, determinar os candidatos à intervenção terapêutica e discutir os casos junto à equipe multiprofissional.

Quanto mais precoce for a detecção da disfagia e sua intervenção, menores serão os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e maiores são as chances de um prognóstico positivo.

O interesse para o desenvolvimento do presente estudo surgiu devido à recente inserção

de profissionais da fonoaudiologia no ambiente hospitalar, e mais recente ainda nas UTIs, e da necessidade de definir as complicações clínicas dos pacientes críticos com diferentes doenças de base, visto ser uma atuação recente e ainda com poucos dados publicados.

Com os dados encontrados, espera-se contribuir para que os gestores e profissionais de saúde tenham conhecimento sobre as alterações de deglutição dos pacientes críticos, viabilizando um planejamento estratégico voltado a uma assistência que proporcione qualidade de vida a esses pacientes.

Conclusão

Os aspectos clínicos dos pacientes submetidos a avaliação fonoaudiológica neste estudo, englobam comprometimentos neurológicos e/ou pneumológicos em sua maioria, o uso de intubação orotraqueal, ventilação mecânica, traqueostomia e da sonda nasointestinal e a presença de disfagia.

As complicações clínicas encontradas junto aos pacientes submetidos a avaliação fonoaudiológica com diagnóstico de disfagia foram a desnutrição e a idade, visto que o grau de disfagia varia e se agrava com o avançar da idade.

Os dados encontrados reforçam a necessidade de fonoaudiólogos capacitados dentro das UTIs. Esses profissionais estão cada vez mais inseridos no ambiente hospitalar, em diferentes unidades especializadas, e com diversos graus de complexidade. Nesse contexto, o principal foco do trabalho fonoaudiológico é de prevenir, orientar e reabilitar as alterações de deglutição, reduzindo o tempo de internação hospitalar e proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente.

Referências

1. Furkim AM, Barata L, Duarte ST, Júnior JRN. Gerenciamento fonoaudiológico da disfagia no paciente crítico na Unidade de Terapia Intensiva. In: Furkim AM, Rodrigues KA. Disfagia nas Unidades de Terapia Intensiva. 1 ed. São Paulo: Roca; 2014; p. 111-4.
2. Chaves RD, Carvalho CRF, Cukier A, Stelmach R, Andrade CRF. Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC. J Bras Pneumol. 2011; 37(2): 176-83.
3. Costa MMB, Lemme EMO. Coordination of respiration and swallowing: functional pattern and relevance of vocal folds closure. Arq Gastroenterol. 2010; 47(1).
4. Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. CoDAS. 2013; 25(1) : 1-7.
5. Martino R, Martin RE, Black S. Dysphagia after stroke and its management. CMAJ. 2012; 184(10): 1127-8.
6. Macht M, Wimbish T, Bodine C, Moss M. ICU-Acquired swallowing disorders. J Crit Care Med. 2013 oct; 41(10): 2396-405.
7. Santana L, Fernandes A, Brasileiro AG, Abreu AC. Critérios para Avaliação Clínica Fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar. Revista CEFAC. 2014 Mar-Abr; 16(2): 524-36.
8. Nogueira LS, Sousa RMC, Padilha KG, Koike KM. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. Contexto Enferm. 2012; 21(1): 59-67.
9. Padovani AR, Moraes DM, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). Rev Soc Bras Fonoaudiologia 2007; 12(3): 199-205.
10. Cray MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehab. 2005 Aug; 86(8): 1516-20.
11. Silva RG, Jorge AG, Peres FM, Cola PC, Gatto AR, Spadotto AA. Protocolo para controle de eficácia terapêutica em disfagia orofaríngea neurogênica (PROCEDON). Revista CEFAC. 2010 Jan-Fev; 12(1): 75-81
12. Pencelli PM, Grumann ACB, Fernandes C, Cavalheiro AGC, Haussen DAP, Maia IS. Características de pacientes com DPOC internados em UTI de um hospital de referência para doenças respiratórias no Brasil. J Bras Pneumol. 2011; 37(2): 217-22.
13. Werle RW, Souza DD, Kutchak F, Amaral SS, Werle NW, Schuch LH. Análise da força muscular respiratória pico de tosse reflexa e tempo de ventilação mecânica em pacientes com e sem disfagia. ASSOBRAFIR Ciência. 2014; 5(2): 11-24
14. Nogueira SCJ, Carvalho APC, Melo CB, Morais EPG, Chiari BM, Gonçalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. Revista CEFAC. 2013; 15(1): 94-104
15. Jacques A, Cardoso MCAF. Acidente vascular cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. Revista Neurociências. 2011; 19(2): 229-36.
16. Karagiannis MJP, Chivers L, Karagiannis TC. Effects of oral intake of water in patients with oropharyngeal dysphagia. BMC Geriatr. 2011; 11(9).
17. Carvalho AMR, Oliveira DC, Neto JEH, Martins BCC, Vieira VMSF, Silva LMM, et al. Análise da prescrição de pacientes utilizando sonda enteral em um hospital universitário do Ceará. R Bras Farm Hosp Serv Saúde. 2010; 1(1): 17-22.
18. Roque FP, Bomfim FMS, Chiari BM. Descrição da dinâmica de alimentação de idosos institucionalizadas. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2010; 15(2), 256-63.
19. Bassi D, Furkim AM, Silva CA, Coelho MSPH, Rolim MRP, Alencar MLAD, Machado MJ. Identification of risk groups for oropharyngeal dysphagia in hospitalized patients in a university hospital. CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2014; 26(1): 17-27.



20. Crestani N, Bieger P, El Kik RM, da Luz Dias R, Alscher S, Lienert RSC. Perfil nutricional de pacientes adultos e idosos admitidos em um hospital universitário. *Ciência & Saúde*. 2011 4(2): 45-9.
21. Serra-Prat M, Palomera M, Gomez C, et al. Oropharyngeal dysphagia as a risk factor for malnutrition and lower respiratory tract infection in independently living older persons: a population-based prospective study. *Age Ageing*. 2012; 41: 376-81.
22. Foley NC, Martin RE, Salter KL, Teasell RW. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. *J Rehabil Med*. 2009; 41(9): 707-13.
23. Brodsky, Martin B. et al. Duration of oral endotracheal intubation is associated with dysphagia symptoms in acute lung injury patients. *Journal of critical care*. 2014.
24. Macht M, Wimbish T, Clark BJ, et al. Postextubation dysphagia is persistent and associated with poor outcomes in survivors of critical illness. *Crit. Care*. 2011; 15: R231.
25. Camargo FP, Ono J, Park M, Caruso P, Carvalho CRR. An evaluation of respiration and swallowing interaction after orotracheal intubation. *Clinics*. 2010; 65(9): 919-22.
26. Moraes DP, Sassi FC, Mangilli LD, Zilberstein B, Andrade CRF. Clinical prognostic indicators of dysphagia following prolonged orotracheal intubation in ICU patients. *Crit Care*. 2013; 17(5), R243.
27. Macht M, King CJ, Wimbish T, et al. Post-extubation dysphagia is associated with longer hospitalization in survivors of critical illness with neurologic impairment. *Crit Care* 2013; 17: R119.
28. Macht M, Wimbish T, Clark BJ, Benson AB, Burnham EL, Williams A, Moss M. Diagnosis and treatment of post-extubation dysphagia: Results from a national survey. *J Crit Care*. 2012; 27(6): 578-6.
29. Martin AD, Smith BK, Gabrielli A. Mechanical ventilation, diaphragm weakness and weaning: A rehabilitation perspective. *Respir Physiol Neurobiol*. 2013; 189(2): 377-83.
30. Santana L, Fernandes A, Brasileiro AG, Abreu AC. Critérios para Avaliação Clínica Fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar. *Rev. CEFAC*. 2014 Mar-Abr; 16(2): 524-536.

