

Descrição dos casos disfágicos atendidos em um centro especializado em reabilitação em Alagoas

Dysphagia cases description at a specialized rehabilitation center in Alagoas

Descripción de los casos disfágicos en atendimento en un centro especializado en rehabilitación de Alagoas

*Nilian Cerqueira Azevêdo**

*Adriana Medeiros Melo**

*Marisa Siqueira Brandão Canuto**

Resumo

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico e correlacionar os aspectos sociodemográficos e clínicos de pacientes disfágicos em atendimento fonoaudiológico de um Centro Especializado em Reabilitação de Alagoas. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e exploratório, com análise quantitativa a partir de prontuários dos pacientes em atendimento nos anos de 2015 e 2016. Os dados foram coletados em ficha estruturada, seguindo como referência o Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia. Foi utilizado o teste de Qui-quadrado, considerando nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram analisados 27 prontuários, sendo 40,74% de adultos, 55,56% do gênero masculino, 47,08% aposentados, 88,89% provenientes da capital, com baixa escolaridade (37,04%) e encaminhados por neurologistas (33,33%); 88,89% apresentavam disfagia de origem neurogênica, 55,56% de grau leve; 29,63% foram acometidos por Encefalopatia Crônica Não Progressiva e 18,52% Acidente Vascular Encefálico, apresentando sinais e sintomas disfágicos coexistentes, sendo 88,89% correspondendo a engasgos, 81,48% tosse, 62,96% escape oral e 55,56% deglutições múltiplas; 51,85% apresentaram complicadores associados à disfagia. 77,78% não utilizavam via alternativa de alimentação; 55,56% realizaram somente avaliação clínica para o diagnóstico da disfagia; 66,67% nunca realizaram terapia fonoaudiológica anteriormente

* Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, Maceió, Alagoas, Brasil

Contribuição dos autores:

NCA Participação em todas as etapas do trabalho, envolvendo coleta de dados; tabulação dos resultados; análise e escrita do texto; AMM e MSBC orientaram a pesquisa e participaram da revisão de todas as etapas do artigo.

E-mail para correspondência: Nilian Cerqueira Azevêdo nilianazevedo@gmail.com

Recebido: 01/08/2017

Aprovado: 02/05/2018

e 59,10% conseguiram estabelecer a alimentação por via oral. Foi encontrada significância ($p \leq 0,0001$) na relação da via de alimentação com o grau da disfagia. **Conclusão:** Foi possível evidenciar uma população com características heterogêneas, no que se refere aos achados sociodemográficos e clínicos, sendo possível traçar informações sobre as características apresentadas por esses pacientes, contribuindo positivamente para a realização de ações mais diretas e efetivas, proporcionando olhar especializado e direcionado a esta população.

Palavras-chave: Disfagia; Fonoterapia; Sinais e sintomas; Epidemiologia

Abstract

Objectives: To describe the characteristics of dysphagia patients in speech therapy at a Specialized Rehabilitation Outpatient Program in Alagoas. **Methods:** A cross-sectional, descriptive and exploratory study was carried out, with quantitative descriptive analysis of medical records of patients in therapy in 2015 and 2016. Data were collected in a structured record, following as reference the Dysphagia Risk Evaluation Protocol (DREP). Chi-square test was used, considering 5% significance level. **Results:** 27 medical records were analyzed, 40,74% were adults, 55,56% were men, 47,08% were retired, 88,89% from the capital, with low schooling (37,04) and forwarded by neurologists (33,33%); 88,89% presented neurogenic dysphagia, 55,56% low-grade dysphagia; 29,63% were affected by chronic non progressive encephalopathy and 18,52% encephalic vascular accident, showing coexistent dysphagia signals and symptoms, being 88,89% cough and choking, 81,48% cough, 62,96% oral escape and 55,56% multiple swallowing; 51,85% showed complications associated with dysphagia; 77,78% did not use alternative feeding methods; 55,56% did only clinical evaluation for the dysphagia diagnosis; 66,67% never did speech therapy previously and 59,10% were able to establish oral feeding. It was found significance ($p \leq 0,0001$) between feeding method with dysphagia grade. **Conclusion:** It was possible to evidence a population with heterogeneous characteristics regarding socialdemographic and clinical findings, being possible to track information about characteristics showed by those patients, contributing positively to execute actions more directive and effective, providing a specialized and targeted looking to this population.

Keywords: Dysphagia; Speech therapy; Signs and symptoms; Epidemiology

Resumen

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico y correlacionar los aspectos sociodemográficos y clínicos de los pacientes disfásicos en atendimento fonoaudiológico en un Centro Especializado en Rehabilitación de Alagoas. **Métodos:** Estudio trasversal, descriptivo y exploratorio, con análisis cuantitativa de las fichas clínicas de los pacientes en atendimento en los años de 2015 y 2016. Los datos fueron recogidos en fichas estructuradas, según el Protocolo Fonoaudiológico de Evaluación del Riesgo para la Disfagia. Fue utilizado el test Qui-cuadrado, considerando el nivel de significancia del 5%. **Resultados:** Fueran analizados 27 fichas clínicas, donde 40,74% correspondía a adultos, 55,56% al género masculino, 47,08% a jubilados, 88,89% advenidos de la capital, con baja escolaridad (37,04%) y advenido por neurólogos (33,33%). Los 88,89% presentaba la disfagia de origen neurológica, 55,56% de grado leve; 29,63% acometidos por Encefalopatía Crónica no Evolutiva y 18,52% por Accidente Vascular Cerebral, presentando síntomas disfágicos coexistentes, donde 88,89% correspondía a atragantamiento, 81,48% tos, 62,96% escape oral y 55,56% degluciones múltiples; 51,85% presentan complicaciones asociadas a la disfagia; 77,78% no utilizan vía alternativa para alimentación; 55,56% realizaron la evaluación clínica para el diagnóstico de la disfagia; 66,67% nunca han realizado terapia fonoaudiológica anteriormente y 59,10% conseguirán restablecer la alimentación por la boca. Fue encontrada significancia ($p \leq 0,0001$) en la relación de la vía de la alimentación con el grado de la disfagia. **Conclusión:** Fue posible evidenciar una población con características heterogêneas, en lo que se refiere a los hallazgos sociodemográficos y clínicos. Es posible trazar informaciones sobre las características presentadas por esos pacientes, contribuyendo positivamente en la realización de acciones más directivas y efectivas, proporcionando atención especializada y dirigida a esta población.

Palabras clave: Disfagia; Fonoterapia; Signos y síntomas; Epidemiología

Introdução

A deglutição é um processo fisiológico, dinâmico e complexo, composto por ações de atos reflexos, automáticos e modificáveis através dos estímulos sensoriais e motores (volume e consistência de como o bolo alimentar se apresenta).^{1,2} Nela estão envolvidas diversas funções, estruturas e diferentes níveis do sistema nervoso central, com o objetivo de proporcionar uma correta e eficaz execução da passagem do bolo alimentar da boca ao estômago.^{1,2}

Didaticamente, a deglutição está dividida em quatro fases: preparatória oral, oral, faríngea e esofágica.^{1,3} As duas primeiras são caracterizadas como ações voluntárias, podendo ser interrompidas a qualquer momento, enquanto as duas últimas são involuntárias.^{1,2} Entretanto, quando é existente alguma dificuldade ou alteração (estrutural e/ou neurológica) que impossibilite ou interfira na função regular e eficaz do transporte do alimento da boca ao estômago, esse processo é definido como disfagia.^{1,4}

As literaturas definem a disfagia como uma dificuldade na deglutição que se produz em levar o alimento da boca até o estômago, refletindo em impedimentos na realização de uma alimentação eficaz para o suprimento de todas as necessidades nutritivas e de hidratação, que são essenciais para um estado de saúde adequado.^{2,5} A depender da fase da deglutição em que ocorrem as alterações no processo deglutitório, a disfagia pode ser classificada em: oral, faríngea e esofágica.^{2,5,6,7,8} Já com relação a sua etiologia, essas alterações podem ser divididas em: 1) neurogênicas, quando causadas por alguma alteração presente no sistema nervoso central e/ou periférico^{2,6,7}; 2) mecânicas, quando desencadeadas por alterações anatômicas de qualquer origem^{2,6}; 3) psicogênicas, associadas a desordens psíquicas e emocionais²; 4) iatrogênicas, as quais são caracterizadas pelo uso de medicação que pode interferir no nível de consciência do indivíduo² e 5) a presbifagia, que são as modificações na função da deglutição decorrentes da idade, deixando o idoso mais propenso a desencadear a disfagia^{2,9}.

Sabe-se que a disfagia consiste em um sintoma que pode ocorrer em qualquer momento da vida¹⁰. Dentre suas principais sintomatologias, é possível encontrar presença de escape nasal, tosse, engasgos, pigarro, deglutições múltiplas^{4,11}, escape oral anterior, aumento do trânsito oral, alterações na

mobilidade e elevação laríngea, ausculta cervical ruidosa, qualidade vocal alterada, resíduos de alimento em cavidade oral, cianose, desnutrição e desidratação.^{4,10,12,13}

Com relação à gravidade dos sintomas, a disfagia é classificada, segundo o Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD), em deglutição funcional; disfagia orofaríngea leve; disfagia orofaríngea leve a moderada; disfagia orofaríngea moderada; disfagia orofaríngea moderada a grave e disfagia orofaríngea grave.¹² Quando presentes e associados, os sinais e sintomas da disfagia podem provocar um aumento de complicações e infecções no estado geral do paciente, como problemas pulmonares, quadros de desidratação e desnutrição, fazendo com que o indivíduo apresente recorrentes quadros de internações prolongadas.^{4,6,14} Estas, quando não tratadas, podem contribuir para a perda da independência e da autonomia alimentar do paciente, em decorrência dos riscos resultantes da alteração funcional, além de, por muitas vezes, levar o indivíduo ao óbito.^{4,10,11} Para tanto, faz-se necessária a realização de intervenções precoces, visando a uma melhora do seu quadro geral e cabendo ao fonoaudiólogo avaliar o quanto antes as alterações presentes no processo da deglutição e selecionar a via mais segura de alimentação.⁶

Os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) são unidades voltadas para o atendimento especializado de pessoas com deficiência que necessitam de reabilitação, com o objetivo de desenvolver o potencial físico e psicossocial dos indivíduos, oferecendo a estes um cuidado integral sob a lógica de uma assistência multiprofissional e interdisciplinar.⁶

Nesse sentido, considera-se pertinente o conhecimento do perfil epidemiológico de pacientes que apresentam distúrbio de deglutição de um centro especializado, por se tratar de um importante instrumento para o surgimento de estratégias mais eficazes de intervenção e ações que promovam a resolutividade clínica.¹⁵ A correlação dos aspectos sociodemográficos e os achados clínicos proporcionam subsídios para planejamentos e intervenções mais efetivas e diretas a esses pacientes, favorecendo o objetivo deste trabalho em descrever e correlacionar o perfil epidemiológico, no que se refere aos aspectos sociodemográficos e clínicos dos portadores da disfagia em atendimento fonoaudiológico de um CER de Alagoas.

Método

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo e exploratório, com análise quantitativa, o qual foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), com parecer de número 1.941.497 e CAAE 56734416.0.0000.5011 à Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.

Como método de coleta de dados, foi utilizado o registro documental por meio da análise dos prontuários. Estavam incluídos, no presente estudo, prontuários de pacientes de ambos os gêneros, que apresentassem diagnóstico fonoaudiológico de disfagia e que estivessem realizando fonoterapia no referido CER nos anos de 2015 e 2016. Foram excluídos todos os prontuários de pacientes que apresentavam dados incompletos, no que diz respeito à descrição das manifestações do quadro clínico disfágico ou que foram desligados do tratamento antes do início da coleta de dados. Sendo assim, dos 40 prontuários triados inicialmente, 13 foram descartados, pois 12 deles correspondiam a pacientes desligados do atendimento antes do início da coleta dos dados na referida unidade de reabilitação fonoaudiológica, e 1 se referia a um paciente que apresentava queixa de disfagia, porém foi descartada na avaliação clínica. Assim, a mostra final foi composta por 27 prontuários de pacientes que estavam de acordo com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a extração das informações dos prontuários, foi utilizada uma ficha estruturada [figura 1] pelos pesquisadores, considerando dois aspectos principais: dados sociodemográficos e dados clínicos do indivíduo. A primeira parte da ficha contém informações para a identificação geral e os dados sociodemográficos do paciente, como: idade, gênero, atividade laboral, procedência, escolaridade e origem do encaminhamento.

Já na segunda parte da ficha, havia informações sobre os achados clínicos do paciente, buscando dados referentes à etiologia da patologia, grau, sinais e sintomas, fatores associados à disfagia, presença de outras patologias associadas, uso ou não de via alternativa de alimentação, realização ou não de terapia fonoaudiológica anteriormente e

de exames complementares, bem como análise da situação atual. Para isso, foi feita uma adaptação do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) para a extração referente aos achados clínicos. O PARD é um protocolo facilmente encontrado em outras literaturas e tem como um dos objetivos identificar e caracterizar os sinais clínicos, assim como a gravidade da disfagia.¹⁶

Os dados coletados nos prontuários foram analisados separadamente para descrever as características da população, posteriormente armazenados em banco de dados *Excel* 2010, e a análise dos dados foi realizada de forma descritiva, por meio das frequências absolutas e percentuais.

Além das variáveis descritivas, a fim de tornar o estudo mais enriquecedor, também foi utilizado o teste de Qui-quadrado para se fazer uma comparação das proporções, sendo p igual ou menor a 0,05, e o programa estatístico utilizado foi o Bioestat 5.0. Foram correlacionadas as variáveis: via de alimentação, origem dos encaminhamentos e etiologia da disfagia, com a quantidade de sinais e sintomas apresentados pelos pacientes e o grau da disfagia com a via de alimentação. Os sinais e sintomas foram agrupados em laríngeos (quando se apresentaram em vestibulo laríngeo) e não-laríngeos (situados anteriormente ou posteriormente às pregas vocais), de acordo com a região anatômica de acometimento descrita nos prontuários a partir dos exames realizados e apresentados pelos pacientes durante o período de avaliação fonoaudiológica.

Resultados

Na amostra deste estudo, considerando as frequências absolutas e percentuais, foi evidenciado que 55,56% (15/27) dos pacientes eram do gênero masculino; 88,89% (24/27) provenientes da capital; 40,74% (11/27) com faixa etária prevalente da população adulta de 20 – 59 anos, com idade máxima de 81 anos e mínima de dois anos. Com relação à escolaridade, houve predomínio de 37,04% (10/27) de pacientes com ensino fundamental incompleto (EFI). Nesse contexto, a situação funcional desses indivíduos é predominantemente de aposentados, correspondendo a um percentual de 74,8% (19/27). [tabela 1]

DADOS PESSOAIS	
Identificação da ficha	
Idade	<input type="checkbox"/> 0 – 9 anos: Criança <input type="checkbox"/> 20 – 59 anos: Adulto
	<input type="checkbox"/> 10 – 19 anos: Adolescente <input type="checkbox"/> ≥ 60 anos: Idoso
Gênero	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Profissão	<input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Empregado
	<input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Aposentado
Origem	<input type="checkbox"/> Estudante
	<input type="checkbox"/> Capital <input type="checkbox"/> Interior:
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto
	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino superior completo
	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Analfabeto
	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo
Origem do encaminhamento	<input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional
	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologista
	<input type="checkbox"/> Pneumologista <input type="checkbox"/> Geriatra
	<input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Demanda espontânea
	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo
CLASSIFICAÇÃO DA DISFAGIA	
Etiologia:	Grau:
<input type="checkbox"/> Psicogênica <input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Severa
<input type="checkbox"/> Mecânica <input type="checkbox"/> Presbifagia	<input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Funcional
SINAIS	
<input type="checkbox"/> Escape oral	<input type="checkbox"/> Engasgos
<input type="checkbox"/> Refluxo nasal	<input type="checkbox"/> Perda de peso
<input type="checkbox"/> Deglutições múltiplas	<input type="checkbox"/> Desidratação
<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Pneumonias
<input type="checkbox"/> QV alterada	<input type="checkbox"/> Aumento no trânsito oral
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Alteração de mobilidade laríngea
<input type="checkbox"/> Ausculta	<input type="checkbox"/> Estase alimentar
FATORES DE RISCO ASSOCIADOS:	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim (Desidratação, desnutrição, repetidas internações hospitalares, uso de medicações depressoras, repetidos quadros de pneumonia)	
PATOLOGIAS ASSOCIADAS	
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Síndromes
<input type="checkbox"/> ELA	<input type="checkbox"/> Encefalopatia Crônica Não progressiva
<input type="checkbox"/> Esclerose múltipla	<input type="checkbox"/> Meningite
<input type="checkbox"/> AVE	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Miastenia Gravis	<input type="checkbox"/> Presbifagia
<input type="checkbox"/> CA de cabeça e pescoço	
VIA DE ALIMENTAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Via Alternativa	<input type="checkbox"/> Via Oral
NÚMERO DE SESSÕES DE TERAPIA:	
<input type="checkbox"/> 0 – 15 sessões	<input type="checkbox"/> 26 – 35 sessões
<input type="checkbox"/> 16 -25 sessões	<input type="checkbox"/> ≥ 36 sessões
TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA ANTERIORMENTE?	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
EXAMES COMPLEMENTARES:	
<input type="checkbox"/> Nasofibrolaringoscopia da deglutição	<input type="checkbox"/> Videofluoroscopia da deglutição
<input type="checkbox"/> Não realizado	
SITUAÇÃO ATUAL:	
<input type="checkbox"/> Em terapia	<input type="checkbox"/> Alta
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Desligado

Adaptação criada a partir do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia – PARD. (PADOVANI et al, 2007)

Figura 1. Ficha de extração de dados

Tabela 1. Achados sociodemográficos de pacientes disfágicos atendidos em um centro especializado em reabilitação de Alagoas

VARIÁVEIS	N	%
GENERO		
Masculino	15	55,56
Feminino	12	44,44
IDADE		
Criança (0-9 anos)	7	25,93
Adolescente (10-19 anos)	3	11,11
Adulto (20-59 anos)	11	40,74
Idoso (≥ 60 anos)	6	22,22
ORIGEM		
Capital	24	88,89
Interior	3	11,11
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	8	29,63
Ensino fundamental incompleto (EFI)	10	37,04
Ensino fundamental completo (EFC)	2	7,41
Ensino médio incompleto (EMI)	4	14,81
Ensino médio completo (EMC)	2	7,41
Ensino superior incompleto (ESI)	0	0
Ensino Superior completo (ESC)	1	3,70
SITUAÇÃO FUNCIONAL		
Desempregado	2	7,41
Estudante	4	14,81
Empregado	1	3,70
Aposentado	20	47,08
ORIGEM DOS ENCAMINHAMENTOS		
Neurologista	9	33,33
Fisioterapeuta	3	11,11
Pneumologista	1	3,70
Pediatra	3	11,11
Fonoaudiólogo	4	14,83
Terapeuta Ocupacional	3	11,11
Otorrinolaringologista	1	3,70
Geriatra	2	7,41
Demanda própria	1	3,70
TOTAL	27	100

Com relação à origem dos encaminhamentos, 33,33% (9/27) dos pacientes eram advindos de neurologistas. Outras especialidades da saúde foram encontradas nos prontuários, entretanto se apresentaram em menor frequência. A tabela 1 descreve todos os dados sociodemográficos encontrados.

No caso da tabela 2, mostram-se em números absolutos e percentuais os sinais e sintomas clínicos que os pacientes possuíam ao procurarem o serviço de reabilitação. Destaca-se que 25,93% (7/27) dos pacientes apresentaram quatro sinais e sintomas disfágicos, sendo observada a constante presença de engasgos: 88,89% (24/27); 81,48% (22/27) com tosse; 62,69% (17/27) com escape oral e 55,56%

Tabela 2. Achados clínicos de pacientes disfágicos atendidos em um centro especializado em reabilitação de Alagoas

VARIÁVEIS	N	%
QUANTIDADE DE SINAIS E SINTOMAS:		
Nenhum sintoma	1	3,70
1 sintoma	0	0
2 sintomas	0	0
3 sintomas	4	14,81
4 sintomas	7	25,93
5 sintomas	5	18,52
6 sintomas	6	22,22
7 sintomas	3	11,11
8 sintomas	0	0
9 sintomas	1	3,70
SINAIS E SINTOMAS*		
Escape oral	17	62,96
Refluxo nasal	2	7,41
Deglutições múltiplas	15	55,56
Cianose	1	3,70
Qualidade vocal alterada	6	22,22
Tosse	22	81,48
Ausculsa ruidosa	9	33,33
Engasgos	24	88,89
Perda de peso	3	11,11
Desidratação	0	0
Pneumonias	3	11,11
Aumento do trânsito oral	12	44,44
Alteração na mobilidade laríngea	10	37,04
Estase em cavidade oral	7	25,93
ETIOLOGIA DA DISFAGIA		
Neurológica	24	88,89
Mecânica	2	7,41
Outras**	1	3,70
GRAU DA DISFAGIA		
Leve	15	55,56
Moderado	7	25,93
Severo	5	18,52
TOTAL	27	100

Dados classificados de acordo com uma adaptação do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD)¹⁶

*As porcentagens obtidas a partir do n absoluto, não correspondem ao N da amostra da pesquisa, nem ao somatório de 100%, tendo em vista que os pacientes apresentaram mais de um sinal e sintoma disfágico. (dados obtidos nos prontuários).

** Disfagia de origem psicogênica, iatrogênica e presbifágica.

(15/27) com deglutições múltiplas. Quanto à etiologia da disfagia, 88,89% (24/27) mostraram ter disfagia de origem neurológica, sendo 55,56% (15/27) de grau leve.

No que diz respeito aos complicadores associados à disfagia, 51,85% (14/27) apresentaram relação com o uso de medicamentos, repetidos quadros de pneumonia ou desnutrição. Todavia, 48,15% (13/27) relataram não apresentar nenhum agravante associado. Com relação às patologias associadas à etiologia da disfagia, 29,63% (8/27) dos pacientes apresentavam algum tipo de Encefalo-

lopatia Crônica Não Progressiva (ECNP) e 18,52% (5/27) de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Também foi possível ser encontrada a presença de outras patologias, no entanto, em menor frequência. No que se refere à via de alimentação, a oral foi predominante em 77,78% (21/27) dos pacientes [tabela 3].

Acerca da realização de exames complementares para o diagnóstico da disfagia, 55,56% (15/27) dos pacientes não os realizaram, sendo caracterizado o diagnóstico de disfagia apenas através das avaliações clínicas. No que tange à fonoterapia, 37,04% (10/27) dos pacientes haviam realizado de 16 a 25 sessões de atendimento fonoaudiológico no referido CER III; 66,67% (18/27) nunca haviam realizado fonoterapia anteriormente. Atualmente, dos 27 pacientes inicialmente presentes neste

estudo, 81,48% (22/27) ainda se encontram realizando terapia fonoaudiológica, e apenas 40,90% (9/20) realizam fonoterapia voltada para a melhora dos sinais e sintomas disfágicos. [tabela 4]

Foram relacionadas as variáveis: via de alimentação, origem dos encaminhamentos e etiologia da disfagia com a quantificação dos sinais e sintomas disfágicos apresentados pelos pacientes [tabela 5] e a correlação entre o grau da disfagia e o uso da via alternativa de alimentação, porém foi possível observar significância apenas nesta última relação, encontrando-se resultado de $p < 0,0001$. Os pacientes que apresentaram grau disfágico leve (100% - 15/15) não necessitaram de utilização de via alternativa de alimentação; em contrapartida, os que apresentaram grau severo (100% - 5/5) faziam uso desta. [tabela 6]

Tabela 3. Achados relacionados aos fatores de risco associados, presença de outras patologias associadas e a via de alimentação de pacientes disfágicos atendidos em um centro especializado em reabilitação de Alagoas

VARIÁVEIS	N	%
FATORES DE RISCO ASSOCIADOS		
Não	13	48,15
Sim	14	51,85
PATOLOGIAS ASSOCIADAS		
Parkinson	2	7,41
Esclerose Lateral Amiotrófica	1	3,70
Esclerose Múltipla	1	3,70
Acidente Vascular Encefálico	5	18,52
Miastenia Gravis	1	3,70
Câncer de cabeça e pescoço	1	3,70
Síndromes	4	14,81
Encefalopatia Crônica Não Progressiva	8	29,63
Meningite	2	7,41
Tumores	1	3,70
Presbifagia	1	3,70
VIA DE ALIMENTAÇÃO		
Alternativa	6	22,22
Oral	21	77,78
TOTAL	27	100

Tabela 4. Análise relacionada aos exames complementares, realização de fonoterapia anterior e situação atual dos pacientes disfágicos atendidos em um centro especializado em reabilitação de Alagoas

VARIÁVEIS	N	%
EXAMES COMPLEMENTARES		
Nasofibrolaringoscopia da deglutição	11	40,74
Videofluoroscopia da deglutição	1	3,74
Nenhum	15	55,56
REALIZAÇÃO DE FONOTERAPIA ANTERIOR		
Não	9	33,33
Sim	18	66,67
SITUAÇÃO ATUAL		
Desligado	4	14,81
Óbito	1	3,70
Em terapia	22	81,48
* Fonoterapia para outras demandas	13	59,10
* Fonoterapia para disfagia	9	40,90
TOTAL	27	100

* Resultados encontrados, com valores de N igual a 22, pois da amostra total de 27 apenas estes se encontram em fonoterapia no presente momento.

Tabela 5. Análise associativa da via de alimentação, origem dos encaminhamentos e etiologia da disfagia com quantidade dos sinais e sintomas disfágicos apresentados pelos pacientes atendidos em um centro especializado em reabilitação de Alagoas

VARIÁVEIS	Quantidade de sinais e sintomas				Valor de p
	Laríngeos**		Não laríngeos***		
	N*	%	N*	%	
VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO					
Sim	13	24,2	15	18,8	0,5942
Não	56	75,8	47	81,2	
ORIGEM DOS ENCAMINHAMENTOS					
Equipe de reabilitação	24	40,7	22	41,5	0,9179
Especialidade médica	35	59,3	31	58,5	
ETIOLOGIA DA DISFAGIA					
Neurológica	62	89,9	55	88,7	0,9778
Mecânica	4	5,8	4	6,5	
Outras	3	4,3	3	4,8	

Teste qui-quadrado, onde p significante quando $\leq 0,05$

*Os valores encontrados de N não correspondem ao número total da amostra, uma vez que os pacientes apresentaram mais de um sinal e sintoma disfágico.

** Laríngeos: sinais e sintomas apresentaram como resultado de penetração em vestíbulo laríngeo

*** Não laríngeos: sinais e sintomas apresentam anteriormente ou posteriormente às pregas vocais.

Tabela 6. Análise associativa da via de alimentação com o grau da disfagia apresentados pelos pacientes disfágicos atendidos em um centro especializado em reabilitação de Alagoas

VARIÁVEIS	Graus da disfagia						p
	Leve		Moderado		Severo		
	N	%	N	%	N	%	
VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO							
Sim	0	0	1	14,3	5	100	$\leq 0,0001$
Não	15	100	6	85,7	0	0	

Teste qui-quadrado, onde p significante quando $\leq 0,05$

Discussão

Em relação às características sociodemográficas dos pacientes disfágicos, no presente estudo foi possível observar um maior número do gênero masculino com média de idade de 33,9 anos, o que os enquadra na população adulta. Os dados fornecidos divergem dos encontrados na literatura, cujo relato é de um perfil com predominância de um público idoso (média de 73,6 anos) e do gênero feminino.^{4,6,11} Alguns estudos relatam a prevalência do gênero masculino, entretanto a média de idade segue elevada, sendo superior a 60 anos.^{17,18}

A origem para essa situação pode se dar devido à difundida ideia socializada de que a prática do cuidado não é vista como uma prática masculina, refletindo neles condições mais severas e crônicas de saúde do que nas mulheres, fazendo com que a procura para atendimento não seja para práticas

de promoção e de prevenção, mas sim para ações curativas, quando o agravo já está instalado no indivíduo.¹⁹

Tais informações podem evidenciar uma situação comum no que se refere à baixa adesão de homens a hábitos preventivos relacionados aos aspectos da saúde, gerando, como consequência, a predisposição dessa população a doenças e agravos cada vez mais precoces.

No que se refere ao perfil socioeconômico esperado para o serviço público, o presente estudo demonstra que a maioria dos pacientes possui baixa escolaridade e situação funcional representada por aposentados, dados que corroboram com estudos que abordam sobre o perfil de pacientes disfágicos atendidos em dois diferentes serviços públicos.^{4,6}

Alguns estudos descrevem uma correlação entre o alto nível de escolaridade do indivíduo e a melhora da sua qualidade de vida, comprovando

o fato de que pessoas com melhores níveis de instrução são mais saudáveis e vivem por mais tempo por apresentarem um melhor controle de fatores de risco que podem desencadear doenças.²⁰ Tais informações têm sintonia com o que pode ser encontrado na literatura, visto que a maior parte dos relacionados na pesquisa possui apenas o ensino fundamental incompleto, tendo como consequência uma procura tardia para o tratamento, com o agravo instalado no indivíduo em proporções maiores e mais graves.

A justificativa para a prevalência de aposentados pode estar ligada à existência de algum grau de dependência por parte do paciente, causada pela restrição e/ou perdas da capacidade e da habilidade para desempenho de atividades profissionais devido às limitações causadas pela patologia de base, desencadeadora da disfagia.

No que se refere à origem desses pacientes, a maioria é proveniente da capital, entretanto os que residem em outras cidades também buscam atendimento fora do seu domicílio. Embora existam atendimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas cidades circunvizinhas, a procura ao referido centro pode estar relacionada à carência de atendimento fonoaudiológico na rede pública de saúde da cidade de origem do paciente.

Foi encontrado apenas um estudo que investiga este dado, no qual foi observado resultado semelhante ao deste estudo: ele descreve que, mesmo que a maioria dos pacientes atendidos no serviço fosse da capital do estado, ainda foi possível encontrar pacientes de cidades circunvizinhas, tendo em vista a carência de serviço em regiões menores e a importância das clínicas-escolas como referências na rede pública para atendimento fonoterápico.²¹

Outro dado que chamou a atenção no estudo foi a origem dos encaminhamentos. Houve a prevalência de encaminhamentos realizados por neurologistas, dado não relatado nos estudos, visto que as literaturas consultadas apenas abordam a origem do encaminhando de forma não específica, através de profissionais da saúde de modo geral, escolas ou demanda espontânea.^{21,22} Apenas dois estudos realizaram a classificação dos profissionais envolvidos, contudo apresentam como maior frequência encaminhamentos realizados por otorrinolaringologistas e pediatras.^{17,23} Tal ocorrência, no presente estudo, pode estar associada ao predomínio das patologias de ordem neurológica e à caracterização etiológica da disfagia neurogênica.

Os dados encontrados, com relação aos sinais e sintomas clínicos relacionados à disfagia, mostram uma predominância de engasgos, tosse, escape oral, deglutições múltiplas e aumento do trânsito oral. Nos estudos que realizaram a quantificação dos sinais e sintomas disfágicos, foi possível evidenciar a prevalência de tosse, deglutições múltiplas, aumento do trânsito oral e qualidade vocal alterada, resultados semelhantes aos que foram encontrados no presente estudo.^{24,25} Em outras literaturas analisadas, foi ressaltada a presença de tosse e de infecções respiratórias, no entanto não havia quantificação, sendo realizada apenas a descrição dos sinais e sintomas.^{4,10,12}

Acredita-se que o distúrbio da deglutição apresenta-se de forma heterogênea nos indivíduos, podendo a incidência ser mais expressiva, com um conjunto de sinais e sintomas disfágicos, ou de forma menos expressiva, apresentando apenas uma sintomatologia, inclusive podendo apresentar-se de forma silenciosa.

No que se refere à etiologia da disfagia, várias foram as alterações de base observadas. Dentre as patologias encontradas, a maioria dos pacientes apresentava a disfagia secundária ao diagnóstico neurológico relacionado à Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP) ou ao Acidente Vascular Encefálico (AVE). A associação entre disfagia e doenças neurológicas é descrita em outros estudos, nos quais é evidenciada a alta ocorrência de disfagia em pacientes neurológicos, em especial devido à incoordenação do mecanismo de deglutição, seja de forma transitória ou permanente.^{4,10} Tais achados reforçam a importância da multidisciplinaridade e a necessidade de uma maior proximidade e interação entre os diversos profissionais da saúde, principalmente no que se refere ao olhar diferenciado à presença de sinais disfágicos.

A alta prevalência de complicadores associados à disfagia foi outro dado que chamou a atenção no estudo. A maior parte dos pacientes apresenta, ou já apresentou algum agravante do estado clínico associado à presença da disfagia, como o uso de medicações depressoras, do quadro geral, desidratação, desnutrição, pneumonia ou repetidas internações.

Tais informações evidenciam o que pode ser encontrado na literatura, sendo observado um maior predomínio para a presença de pneumonia, o uso de medicações e uma queda no estado nutricional.^{10,11,25} Tendo em vista que os estudos analisados

mostram uma frequente associação entre a presença de disfagia com fatores complicadores associados, esta situação reflete em fatores predisponentes e agravantes para o quadro geral do paciente, desencadeando complicações e aumentando as chances de ocorrência de broncoaspirações, que prejudicam a recuperação funcional do indivíduo, sendo consideradas como forte contribuição para o risco de agravos no quadro geral do paciente disfágico.

Neste estudo, a maior parte dos pacientes realizou apenas a avaliação clínica fonoaudiológica, com a utilização de instrumentos validados que garantem maior confiabilidade ao procedimento avaliativo, como, por exemplo, o uso do PARD, seguido da associação do exame instrumental, a nasofibrolaringoscopia da deglutição. No que se refere à avaliação realizada para o diagnóstico da disfagia, os estudos mostram dois métodos principais para sua avaliação e rastreamento: a avaliação clínica e os exames instrumentais, como a videofluoroscopia da deglutição e a nasofibrolaringoscopia da deglutição.^{27,28}

A avaliação clínica da deglutição oferece muitas informações com relação ao processo de deglutição do indivíduo em que é realizada uma avaliação das estruturas anatômicas envolvidas, como postura, tônus, mobilidade e sensibilidade das estruturas que participam do processo da deglutição e a fisiologia de suas fases, com oferta de alimentos em diferentes quantidades e consistências.²⁷

Embora a realização de exames objetivos como a videofluoroscopia da deglutição seja considerada o método mais confiável para a avaliação da deglutição, seu alto custo e a escassez de locais que a fazem inviabilizam a realização deste exame em ambientes clínicos ambulatoriais do setor público; sendo muitas vezes a avaliação clínica a única possível de ser feita, realidade esta presente no estado de Alagoas, tendo em vista que não há a oferta do exame em serviço público. Além disso, apenas neste ano, os serviços particulares voltaram a oferecer a realização da videofluoroscopia.

No que diz respeito à fonoterapia, os resultados apontaram que poucos pacientes ainda apresentam demanda para intervenções com enfoque na disfagia, demonstrando a efetividade da fonoterapia na progressão da dieta por via oral de forma segura. Estes dados corroboram sobremaneira, com os resultados obtidos nos estudos realizados sobre a eficácia da fonoterapia na reintrodução por via

oral segura em pacientes que apresentam disfagia de origem neurogênica.^{29,30}

Confrontando as variáveis, o grau da disfagia e a via de alimentação, foi possível encontrar relação significativa, na qual todos os pacientes que apresentaram grau leve de disfagia realizavam a alimentação por meio de oferta de via oral. Em contrapartida, todos os que possuíam grau severo faziam o uso da via alternativa de alimentação. Embora o distúrbio da deglutição seja uma das causas que levam ao uso da via alternativa de alimentação, através dos achados presentes neste estudo, pode-se evidenciar que, com o auxílio de condutas fonoaudiológicas, a depender do grau de disfagia que o paciente apresente, é possível que ele consiga estabelecer a introdução da alimentação por via oral de forma segura e eficaz, prevenindo futuras complicações.^{9,26}

Conclusão

No presente estudo, foi possível descrever a demanda fonoaudiológica de pacientes disfágicos de um centro especializado em reabilitação, caracterizada por uma população heterogênea em que, sociodemograficamente, houve predominância de adultos, com idade média de 33,9 anos, gênero masculino, aposentados, provenientes da capital do estado e com ensino fundamental incompleto.

O perfil clínico destacou predomínio de disfagia de origem neurogênica, acometidos por ECNP e AVE, grau leve, apresentando uma média de quatro sinais e sintomas disfágicos coexistentes, com maior prevalência de engasgos, tosse, presença de escape oral e deglutições múltiplas. A maioria dos pacientes apresentou complicadores associados à disfagia, mas conseguiram manter alimentação por via oral.

A avaliação clínica fonoaudiológica para o diagnóstico da disfagia foi predominante, reforçando a carência do serviço público em oferecer exames objetivos para fins diagnósticos.

O estudo contribui para nortear ações diretas e efetivas à população acometida, proporcionando um olhar clínico especializado ao paciente disfágico.

Referências bibliográficas

1. Netto CRS. Deglutição no feto, no infante, no adulto e no idoso. 2ª edição revisada e autorizada. Ribeirão Preto – SP Funpec – Editora. 2012.

2. Filho EDM, Gomes GF, Furkim AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. Editora Lovise LTDA. São Paulo – SP. 2000.
3. Douglas CR. Fisiologia da Deglutição. In: Douglas, CR. Tratado de Fisiologia aplicada às Ciências Médicas. 6ª. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 874-883
4. Paixão CT, Silva LD. Características de pacientes disfágicos em serviço de atendimento domiciliar público. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010. 31(2):262-9.
5. Furkim AM, Santini CS. Disfagias Orofaríngeas. Carapicuíba, Pró-Fono departamento editorial. 1999. 19-34.
6. Faria KCF, Pessoa ACN, Araújo LI, Paiva MLF. Perfil do paciente atendido pela fonoaudiologia na unidade de urgência e emergência de um hospital universitário. Audiology-Communication Research (ACR). 2013. 18(4):308-13.
7. Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabré M, Campins L, García-Peris P, et al. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. Gastroenterol Res Pract. 2011. 1-14.
8. Rodrigues KA, Menezes FT, Neto ICO, Lederman HM, Manrique D, Chiari BM, Gonçalves MI. Disfagia associada à disfonia psicogênica: relato de caso. Distúrb Comun, São Paulo. 2012. 24(3): 415-420.
9. Acosta NB, Cardoso MCAF. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. RBCEH, Passo Fundo. 2012. 9(1):143-154.
10. Paixão CT, Silva LD, Camerini FG. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. Rev. Rene. Fortaleza. 2010.11(1):181-190.
11. Camacho MJT, Perozo MV, Sabaté AP, Acosta MEG. Disfagia en ancianos que viven en residencias geriátricas de Barcelona. GEROKOMOS 2011.22 (1): 20-24.
12. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) Rev Soc Bras Fonoaudiologia. 2007; 12(3): 199-205.
13. Cardoso AT, Rainho JMC, Quitério PCM, Cruz V, Magano AMO, Castro M. Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. Revista de Enfermagem Referência. 2011. 3(5): 135-143 .
14. Baroni AFFB, Fábio SRC, Dantas RO. Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients. Arq Gastroenterol. 2012. 49(2): 118-124.
15. Girardeli GS, Guarinello AC, Berberian AP, Massi G, Marques JM. Atendimento em fonoaudiologia: estudo de uma clínica-escola na cidade de Curitiba, Paraná. Rev bras ciênc saúde. 2012; 10(34): 24-31.
16. Itaquy RB, Favero SR, Ribeiro MC, Barea LM, Almeida ST, Mancopes R. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. Jornal Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2011; 23(4): 385-9.
17. Moraes GI, Couto EAB, Cardoso AFR, Labanca LM. Perfil fonoaudiológico dos idosos atendidos em um centro de referência. Distúrbios Comun. São Paulo. 2016. 28(1): 82-92.
18. Gaspar MRF, Pinto GS, Gomes RHS, Santos RS, Leonor VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica Rev. CEFAC. 2015. 17(6): 1939-1945.
19. Bertolini DNP, Simonetti JP. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2014.18(4): 722-27.
20. Baker DP, Leon J, Greenaway EGS, Collins J, Movit M. The Education Effect on Population Health: A Reassessment. Popul Dev Rev. 2011; 37(2): 307–332.
21. Costa RG, Souza LBR. Perfil dos usuários e da demanda pelo serviço da clínica-escola de fonoaudiologia da UFBA. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. Salvador. 2009. 8(1): 53-59.
22. César AM, Maksud SS. Caracterização da demanda de fonoaudiologia no serviço público municipal de Ribeirão das Neves – MG. Rev CEFAC, São Paulo. 2007. 9(1).133-8.
23. Barros PML, Oliveira PN. Perfil dos pacientes atendidos no setor de fonoaudiologia de um serviço público de Recife-PE. Rev.CEFAC.2010.12(1): 128-133
24. Shin JC, Yoo JH, Lee YS, Goo HR, Kim DH. Dysphagia in cervical spinal cord injury. Spinal Cord. 2011.49: 1008–1013.
25. Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PSW, Boyd RN. Clinical signs suggestive of pharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy. Research in Developmental Disabilities. 2015. 38:192-201.
26. 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. rev. CEFAC. 2013. 15(1): 94-104
27. Santoro PP, Furia CLB, Forte AP, Lemos EM, Garcia RI, Tavares RA, Imamura R. Otolaryngology and Speech Therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. Braz J Otorhinolaryngol. 2011; 77(2): 201-13.
28. Santos RRD, Sales AVMN, Cola PC, Jorge AG, Peres FM, Furkim AM, Berti LC, Silva RG. Acurácia da avaliação clínica da disfagia orofaríngea na encefalopatia crônica não progressiva. Rev. CEFAC. 2014; 16(1): 197-201
29. Inaoka C, Albuquerque C. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós AVE. Rev. CEFAC. 2014.16(1): 187-196
30. 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. São Paulo.10(4) 503-512.