

Aline Rodrigues Padovani¹
Danielle Pedroni Moraes²
Fernanda Chiarion Sassi³
Claudia Regina Furquim de Andrade³

Descritores

Fonoaudiologia
Transtornos da deglutição
Unidades de terapia intensiva
Métodos
Deglutição

Keywords

Speech, language and hearing sciences
Deglutition disorders
Intensive care units
Methods
Deglutition

Endereço para correspondência:

Claudia Regina Furquim de Andrade
R. Cipotânea, 51, Campus Cidade Uni-
versitária, São Paulo (SP), Brasil, CEP:
05360-160.
E-mail: clauan@usp.br

Recebido em: 6/7/2011

Aceito em: 30/11/2011

Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva

Clinical swallowing assessment in intensive care unit

RESUMO

Objetivo: Relatar os resultados da avaliação clínica completa da deglutição em pacientes críticos de um hospital de ensino de grande porte na cidade de São Paulo. **Métodos:** Foi realizado um estudo prospectivo, descritivo, no período de setembro a novembro de 2009, em uma unidade de terapia intensiva de emergências clínicas de trinta leitos, de um hospital terciário de grande porte do Brasil. Foram encaminhados 35 pacientes para a avaliação fonoaudiológica clínica da deglutição. Para a avaliação clínica completa da deglutição na unidade de terapia intensiva, foram preconizados os seguintes protocolos: Protocolo de Avaliação Preliminar (PAP), Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) e Protocolo de Introdução e Transição da Alimentação por Via Oral (PITA). **Resultados:** Neste estudo, foi constatada uma prevalência de 63% de disfagia orofaríngea (DO) na UTI, sendo a maioria destas classificadas como moderada e moderada-grave (39%). Entre os pacientes encaminhados para avaliação da deglutição, 74% apresentaram intubação orotraqueal prévia. A análise estatística revelou as variáveis que poderiam classificar corretamente os pacientes como tendo ou não DO nos testes clínicos. Esses indicadores clínicos incluíram: força da tosse, coordenação pneumofonoarticulatória, gravidade da disфонia e elevação laríngea. Vinte e seis pacientes (74%) completaram todos os protocolos. Desse total, 38% retornaram à dieta regular. **Conclusão:** A prática com protocolos padronizados mostra-se como uma importante opção no gerenciamento da disfagia orofaríngea na unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

Purpose: To report the results of the full clinical swallowing assessment in acute-care population in a large Brazilian teaching hospital. **Methods:** A prospective, descriptive clinical study was conducted during three months in a 30-bed adult clinical emergency ICU from a large Brazilian teaching hospital. Thirty-five patients consecutively referred to the Speech-Language Pathology Service according to our standard clinical practice were included. A full clinical swallowing assessment was completed and includes a Preliminary Assessment Protocol (PAP), a Dysphagia Risk Evaluation Protocol (DREP) and an Oral Feeding Transition Protocol (OFTP). **Results:** In this study, the prevalence of OD in the ICU setting was of 63%, most of which were classified as moderate and moderate-severe (39%). Patients submitted to orotracheal intubation were very frequently referred to swallowing assessment (74%). The results of the statistical analyses revealed clinical indicators that could correctly classify patients as either having or not having OD on clinical tests. These include cough strength, coordination between breathing and speaking, dysphonia severity, and laryngeal elevation. Twenty six patients (74%) completed all protocols. Of these total, 38% were able to eat a regular diet. **Conclusion:** The practice with standardized protocols adds an important option for the management of oropharyngeal dysphagia in intensive care unit.

Trabalho realizado no Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

(1) Programa de Pós-graduação (Mestrado) em Ciências da Reabilitação, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

(2) Programa de Pós-graduação (Doutorado) em Ciências da Reabilitação, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

(3) Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: Não

INTRODUÇÃO

A disfagia orofaríngea (DO) é um distúrbio relacionado a conseqüências graves, tais como a desnutrição, desidratação, pneumonia de aspiração, maior risco de complicações, institucionalização e aumento da mortalidade⁽¹⁾. Há também o impacto financeiro, decorrente do aumento do tempo de internação na unidade de terapia intensiva (UTI), das despesas com antibióticos, raios-X e do tempo despendido com a enfermagem e consultas médicas^(2,3).

Aproximadamente 12 a 30% dos pacientes hospitalizados apresentam disfagia que resulta em aspiração de conteúdo oral^(4,5). Os agentes etiológicos variam de acordo com a população estudada, tempo de internação hospitalar e tempo de intubação orotraqueal - a presença da disfagia pós-extubação é bem documentada na literatura, com alta prevalência na maior parte dos estudos, variando de 44 a 87%⁽⁶⁻¹⁰⁾. Os principais fatores de risco incluem ainda a idade, doenças pulmonares, doenças neurológicas e câncer de cabeça e pescoço. Pacientes internados na UTI apresentam maior risco de aspirações frequentes devido a uma variedade de fatores. Esses fatores incluem o rebaixamento do nível de consciência (muitas vezes causadas por excesso de analgesia e sedação), a posição supina, a presença de traqueostomia, sonda nasogástrica e/ou tubos endotraqueais⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

Na maioria dos casos, a avaliação, terapia e gerenciamento da disfagia são iniciados na UTI. A identificação precoce do distúrbio é necessária para a oferta segura de alimentos, líquidos e medicações orais⁽⁵⁾.

A avaliação clínica à beira do leito é atualmente a forma mais utilizada de avaliação da deglutição. É utilizada pelos profissionais como primeira escolha e, em algumas ocasiões, o único meio para investigar a suspeita clínica de um distúrbio de deglutição. É uma avaliação não invasiva, rápida, tem baixo-custo e consome poucos recursos^(16,17).

A completa avaliação clínica da deglutição normalmente inclui a coleta de informações a respeito da dificuldade de deglutição; revisão da história médica; observação de sinais relevantes; análise estrutural e funcional da fala e estruturas da deglutição e observação do paciente durante as tentativas de deglutição. Geralmente, é reconhecida como um dos componentes da avaliação global, e seus resultados determinarão se a avaliação instrumental da disfagia será necessária⁽¹⁸⁾.

A avaliação clínica da deglutição é segura, não invasiva, tem baixo custo, é rápida, reproduzível e consome poucos recursos. Porém, ao contrário dos testes de rastreio, a literatura pouco tem evidenciado sobre a eficácia da avaliação clínica fonoaudiológica completa da deglutição⁽¹⁹⁾. Cabe ressaltar ainda que esses dados são ainda mais escassos quando se refere a avaliação clínica em unidade de terapia intensiva. O objetivo deste estudo foi relatar os resultados da avaliação clínica completa da deglutição em pacientes críticos de um hospital de ensino de grande porte no Brasil.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo prospectivo, descritivo, no período de setembro a novembro de 2009, em uma unidade de terapia

intensiva de emergências clínicas de trinta leitos, de um hospital terciário de grande porte do Brasil. O estudo foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projeto de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq 0061/08), e conduzido em conformidade com os padrões éticos estabelecidos na Declaração de Helsinki de 1975.

Todos os pacientes foram tratados de acordo com a prática padrão desta unidade de terapia intensiva. Assim, todos os pacientes com risco para DO foram encaminhados para uma avaliação clínica fonoaudiológica da deglutição. Alguns fatores de risco foram considerados, de forma independente ou associada, como agravantes para o desenvolvimento de DO na UTI: intubação orotraqueal prolongada (≥ 48 horas); com histórico de doença neurológica; *delirium*; traqueostomizados; ou outras condições clínicas específicas.

Avaliação da deglutição na unidade de terapia intensiva (UTI)

A avaliação clínica foi iniciada a partir da solicitação médica, com base nos registros médicos e relatório da equipe multidisciplinar. A avaliação completa foi realizada 24 horas após a extubação, caso o paciente estivesse alerta e clinicamente estável. Para a avaliação clínica completa da deglutição na unidade de terapia intensiva, foram aplicados os seguintes protocolos: Protocolo de Avaliação Preliminar (PAP)⁽²⁰⁾, Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD)⁽¹⁹⁾ e Protocolo de Introdução e Transição da Alimentação por Via Oral (PITA)⁽²¹⁾.

O PAP⁽²⁰⁾ é um instrumento que visa descrever e avaliar os aspectos gerais, de respiração, de fala, de voz e das estruturas/órgãos orofaciais e cervicais em sujeitos encaminhados para a avaliação da deglutição. Seu objetivo é conduzir o examinador na tomada de decisão da possibilidade de realização dos protocolos que prevêm a oferta de diferentes consistências de líquidos e alimentos; além de auxiliar na compreensão da fisiopatologia da disfagia, caso esta esteja presente.

As medidas clínicas do PAP⁽²⁰⁾ consideradas na análise estatística dos dados foram: diagnóstico, sinais vitais, alerta, sonda de alimentação, estado de orientação; habilidade de compreender ordens simples, saturação de oxigênio, padrão respiratório, dependência de oxigênio, a inteligibilidade de fala, coordenação pneumofonoarticulatória; disfonia, motricidade orofacial, dentição, reflexo de gag, qualidade da tosse, elevação laríngea e saliva.

O PARD⁽¹⁹⁾ tem por objetivo a detecção inicial do risco para disfagia, podendo ser considerado como um protocolo de *screening*, e inclui a oferta de volumes controlados de água e alimento pastoso homogêneo. Este instrumento visa auxiliar o fonoaudiólogo a identificar e interpretar as alterações na dinâmica da deglutição, caracterizar os sinais clínicos sugestivos de penetração laríngea ou aspiração laringo-traqueal, definir pontualmente a gravidade da disfagia e estabelecer condutas a partir dos resultados da avaliação. Para a análise estatística, foram considerados sumariamente os resultados de passa/falha no teste e a gravidade do risco para disfagia proposta pelo protocolo.

Segundo este protocolo, a classificação do grau de disfagia é composta por cinco níveis de classificação da deglutição. Assim, o avaliador deve seguir o raciocínio clínico proposto nas especificações dos itens do protocolo, de acordo com os sinais apresentados pelo paciente. Para a classificação da disfagia, é necessário que o paciente apresente pelo menos um sinal que o diferencie do nível anterior:

- Nível I - Deglutição normal: Normal para o líquido e pastoso em todos os itens avaliados. A alimentação via oral é recomendada.
- Nível II - Deglutição funcional: São esperadas compensações espontâneas de dificuldades leves em pelo menos uma consistência, com ausência de sinais de risco de aspiração. A alimentação via oral é recomendada, mas pode ser necessário tempo adicional para esta tarefa.
- Nível III - Disfagia orofaríngea leve: Distúrbio de deglutição presente, com necessidade de orientações específicas dadas pelo fonoaudiólogo durante a deglutição. Necessidade de pequenas modificações na dieta; tosse e/ou pigarro espontâneos e eficazes; leves alterações orais com compensações adequadas.
- Nível IV - Disfagia orofaríngea leve a moderada: Existência de risco de aspiração, porém reduzido com o uso de manobras e técnicas terapêuticas. Necessidade de supervisão esporádica para realização de precauções terapêuticas; sinais de aspiração e restrição de uma consistência; tosse reflexa fraca e voluntária forte. O tempo para a alimentação é significativamente aumentado e a suplementação nutricional é indicada.
- Nível V - Disfagia orofaríngea moderada: Existência de significativo risco de aspiração. Alimentação oral suplementada por via alternativa, sinais de aspiração para duas consistências. O paciente pode se alimentar de algumas consistências utilizando técnicas específicas para minimizar o potencial de aspiração e/ou facilitar a deglutição, com necessidade de supervisão. Tosse reflexa fraca ou ausente.
- Nível VI - Disfagia orofaríngea moderada a grave: Tolerância de apenas uma consistência com máxima assistência para utilização de estratégias, sinais de aspiração com necessidade de múltiplas solicitações de clareamento, aspiração de duas ou mais consistências, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca e ineficaz. Se o estado pulmonar do paciente estiver comprometido é necessário suspender a alimentação por via oral.
- Nível VII - Disfagia orofaríngea grave: Impossibilidade de alimentação via oral. Engasgo com dificuldade de recuperação; presença de cianose ou broncoespasmos; aspiração silente para duas ou mais consistências; tosse voluntária ineficaz; inabilidade de iniciar deglutição.

A utilização do PITA⁽²¹⁾ está prevista para todos os pacientes encaminhados para avaliação que apresentaram indicação para avaliação da deglutição com alimentos e líquidos de diferentes consistências e maiores volumes, após realização do PAP⁽²⁰⁾ e do PARD⁽¹⁹⁾. Sua metodologia incorpora sinais e sintomas comumente observados na prática clínica dos fonoaudiólogos que atuam com disfagia, incluindo a oferta de uma série de consistências, podendo considerar a realização de técnicas

terapêuticas. Buscando estabelecer uma terminologia padronizada, o PITA⁽²¹⁾ baseia-se no modelo da *American Dietetic Association*⁽²²⁾, o “*National Dysphagia Diet*”, estabelecendo diferentes níveis de dieta por via oral e consistências de líquidos, descritas no Quadro 1. Para a análise estatística, foram utilizados os critérios de passa/falha para cada nível avaliado, considerando-se a utilização de estratégias terapêuticas.

Quadro 1. Padronização das dietas por via oral proposta pelo PITA

Níveis de dieta
Nível 1: alimentos pastosos homogêneos (sem pedaços), muito coesivos, que requerem pouca habilidade de mastigação. Entre eles: purês de frutas, geléias, purês de legumes, cremes ou sopas cremosas peneiradas etc.
Nível 2: alimentos pastosos heterogêneos (pastoso com pedaços), coesivos, misturados, que requerem pouca habilidade de mastigação. Entre eles: sopas cremosas com pequenos pedaços de legumes bem cozidos ou macarrão, carnes moídas ou desfiadas misturadas a purês, frutas amassadas, vitamina de frutas sem peneiramento etc. Esse nível exclui pães, bolachas e outros alimentos sólidos que não estejam misturados a cremes ou purês.
Nível 3: alimentos semi-sólidos, macios, que requerem maior habilidade de mastigação, como frutas picadas, massas, carnes desfiadas, legumes bem cozidos, arroz papa, pão de forma, pão de leite etc. Exclui grãos soltos, pães duros, verduras e outros alimentos de difícil mastigação ou que tendem a dispersar-se em cavidade oral.
Nível 4: dieta regular, inclui todos os alimentos, inclusive de qualquer textura sólida. Entre eles: vegetais crus, carnes, saladas, pães, grãos etc.
Líquidos
Líquido fino (F): líquidos de consistência similar à água em seu estado natural. Estão incluídos os sucos, chás, leite, café etc.
Líquido pastoso fino (PF): líquidos pouco engrossados. Estão incluídos nesta categoria os iogurtes líquidos, alguns sucos de frutas (ex: suco de manga) e qualquer outro líquido pouco engrossado (com espessante ou outros tipos de amido).
Líquido pastoso grosso (PG): líquidos engrossados, com consistência similar ao nível 1 de dieta por via oral. Estão incluídos nesta categoria os iogurtes em polpa sem pedaços, vitaminas de frutas grossas peneiradas (ex: vitamina de mamão com banana) e outros líquidos engrossados (com espessante ou outros tipos de amido).

A avaliação clínica completa foi conduzida de acordo com o fluxograma descrito na Figura 1. A avaliação instrumental da deglutição foi solicitada, quando indicada, após a alta da unidade de terapia intensiva.

Análise dos dados

Foi utilizado o Teste Exato de Fisher para verificar correlação entre as condições clínicas observados no PAP e a falha no PARD. O valor de significância adotado foi 0,05. Para a análise dos dados foi utilizado o software estatístico EpiInfo®, versão 3.5.1.

Os resultados obtidos com a aplicação do PARD⁽¹⁹⁾ e do PITA⁽²¹⁾ foram analisados por meio de análise descritiva.

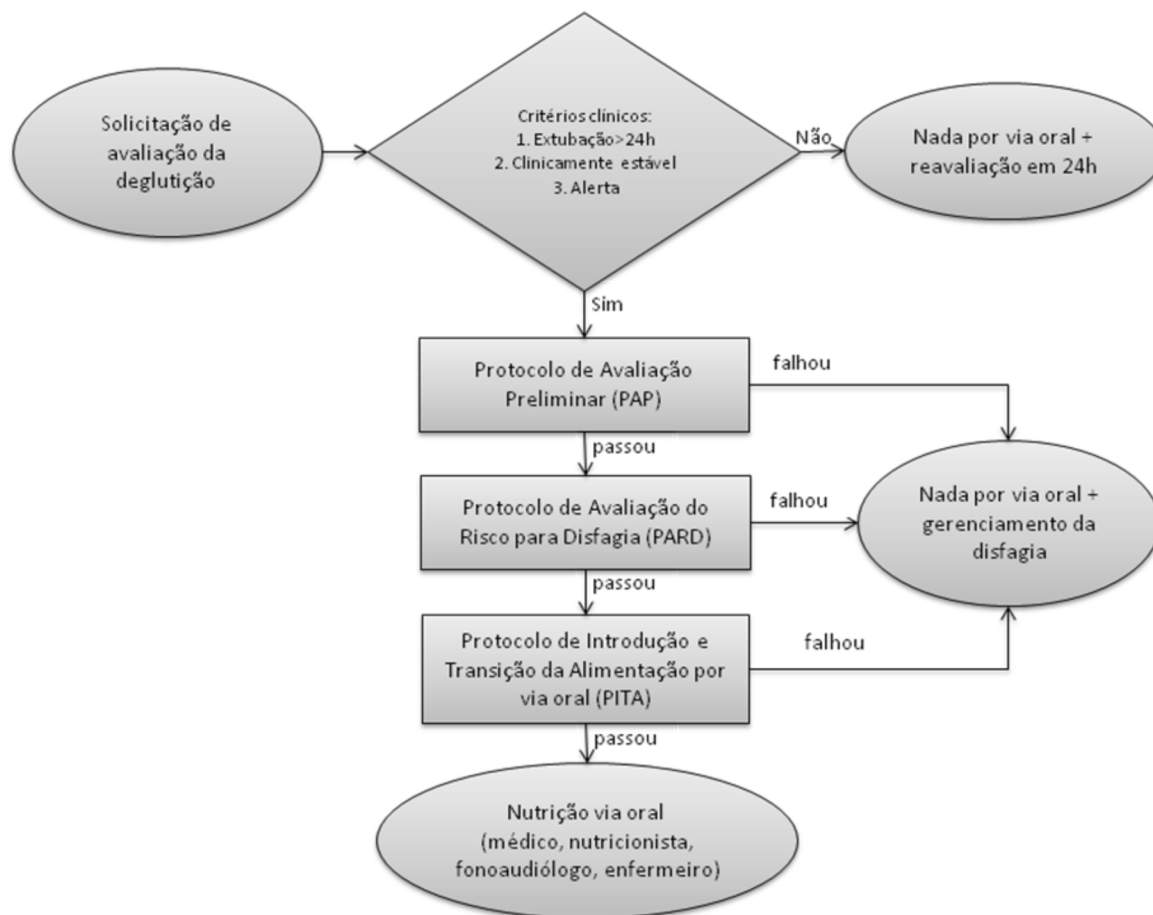


Figura 1. Fluxograma da avaliação clínica da deglutição

RESULTADOS

Características da amostra

No período do estudo, foram encaminhados 35 pacientes para a avaliação fonoaudiológica clínica da deglutição. Todos os pacientes apresentaram Escala de Coma de *Glasgow*⁽²³⁾ acima de 14 pontos e não fizeram uso de traqueostomia durante a internação. A média de idade foi de 54 anos (DP=20,1), e 51% da amostra era do gênero feminino. A Tabela 1 apresenta as características clínicas dos 35 participantes, em relação à prevalência de DO. A classificação da deglutição está ilustrada na Figura 2.

Todos os pacientes analisados foram submetidos aos procedimentos do PAP⁽²⁰⁾ e PARD⁽¹⁹⁾. Dezesesseis pacientes falharam em pelo menos uma consistência testada no PARD⁽¹⁹⁾, com necessidade de interrupção do teste em 17% dos pacientes. Os principais motivos para interrupção do teste foram a limpeza ineficaz de vias aéreas e náusea.

A Tabela 2 apresenta o resultado do Teste Exato de Fisher aplicado a correlação dos achados clínicos no PAP⁽²⁰⁾ e dos resultados de falha no PARD⁽¹⁹⁾ (Tabela 3), conforme descrito no método. Para esta análise só foram considerados os itens comuns aos dois protocolos. Esses itens estão descritos na mesma tabela, bem como a distribuição dos resultados obtidos pelos 35 participantes. A análise estatística aponta que os itens

Tabela 1. Características clínicas e prevalência de disfagia orofaríngea

Características	DO		Total % (n)
	Não % (n)	Sim % (n)	
Idade, anos			
≤60	50 (8)	50 (8)	45 (16)
>60	26 (5)	74 (14)	55 (19)
Etiologia da doença de base			
Cardiovascular	75 (3)	25 (1)	11 (4)
Gastrointestinal	50 (2)	50 (2)	11 (4)
Neurológica	33 (2)	67 (4)	17 (6)
Pulmonar	30 (3)	70 (7)	29 (10)
Infecção	50 (1)	50 (1)	6 (2)
Outras condições clínicas	22 (2)	78 (7)	26 (9)
Motivo do encaminhamento			
Intubação orotraqueal ≥48h	35 (9)	65 (17)	74 (26)
Condições neurológicas	33 (2)	67 (4)	17 (6)
Delirium	67 (2)	33 (1)	9 (3)
Total	37 (13)	63 (22)*	100 (35)

* Prevalência da disfagia nesta população

Legenda: DO = disfagia orofaríngea

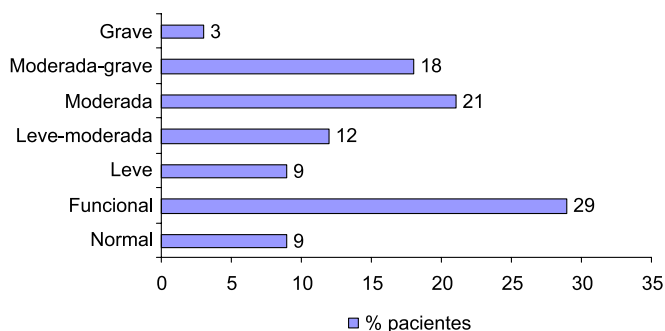


Figura 2. Classificação da deglutição de acordo com a escala do grau de disfagia

mais relevantes foram: coordenação pneumofonoarticulatória ($p=0,01$), presença de disфония ($p=0,0001$), reflexo de tosse ($p=0,003$) e elevação laríngea ($p=0,01$). Os resultados sugerem que a alteração desses itens no PAP podem predizer possíveis falhas no PARD⁽¹⁵⁾.

O PITA⁽²¹⁾ não foi conduzido em nove pacientes (26%), e o principal motivo foi a presença de DO moderada a grave na aplicação do PARD⁽¹⁹⁾ (78%). Vinte e seis pacientes (74%) completaram todos os protocolos. Destes, 38% foram capazes de alimentar-se com uma dieta regular e os outros 62% falharam ou não puderam ser testados em todos os níveis. Os principais motivos para a não realização da avaliação com a dieta regular foram: necessidade de realização de estratégias terapêuticas durante a deglutição (38%), ausência de dentição (38%), flutuação do nível de alerta (13%), dispnéia (6%), e odinofagia (6%). A Tabela 3 ilustra o resumo dos resultados da avaliação clínica completa da deglutição na unidade de terapia intensiva.

DISCUSSÃO

Até este momento, não existe um protocolo padrão de avaliação clínica completa da deglutição que seja universalmente aceito⁽¹⁵⁾. Para este estudo, foram descritos uma sequência de protocolos de avaliação clínica, compreendendo medidas clínicas anteriormente descritas na literatura⁽¹²⁾.

A literatura considera os exames de videofluoroscopia e videoendoscopia como os métodos mais confiáveis para avaliar a deglutição⁽¹⁷⁾. Entretanto, é de conhecimento que a utilização destes na prática diária e, principalmente à beira do leito, nem sempre é viável ou está indicada⁽²⁴⁾. Além disso, deve se considerar que em países em desenvolvimento, como o Brasil, o acesso à procedimentos objetivos de avaliação frequentemente é restrito^(5,17,18,25).

De qualquer modo, ainda que os inúmeros métodos da avaliação clínica se encontrem atualmente em processo de aperfeiçoamento (como a ausculta cervical, a utilização da oximetria de pulso e outros métodos observacionais)^(10,14,17,26,27), estes são amplamente utilizados, muitas vezes como primeira escolha, e em algumas ocasiões, como a única possibilidade de avaliação, pois são necessários para o completo entendimento da fisiopatologia do distúrbio e planejamento terapêutico do paciente disfágico^(17,25,27,28).

A literatura mostra que aproximadamente 50% dos pacientes submetidos à intubação orotraqueal prolongada tem DO,

Tabela 2. Resultados para a correlação PAP X PARD

Condições clínicas	% (n=35)	Valor de p
Via alternativa de alimentação		
Não	11 (4)	0,65
Sim	89 (31)	
Padrão respiratório		
Normal	74 (26)	0,16
Dispnéia/taquipnéia	26 (9)	
Coordenação pneumofonoarticulatória		
Normal	57 (20)	0,01*
Alterada	40 (14)	
Afasia	3 (1)	
Presença de disфония		
Ausente/leve	40 (14)	0,0001*
Moderada/grave	57 (20)	
Afasia	3 (1)	
Reflexo de gag		
Presente	57 (20)	0,38
Ausente/diminuído	37 (13)	
Não colaborou para a avaliação	6 (2)	
Reflexo de tosse		
Presente/eficaz	63 (22)	0,003*
Ausente/ineficaz	34 (12)	
Não colaborou para a avaliação	3 (1)	
Elevação laríngea		
Adequada	54 (19)	0,01*
Reduzida	46 (16)	
Saturação de oxigênio		
≥95%	74 (26)	0,16
<95%	26 (9)	
Dependência de oxigênio		
Não	57 (20)	0,15
Cateter nasal	43 (15)	
Inteligibilidade de fala		
Adequada	80 (28)	0,24
Alterada	17 (6)	
Afasia	3 (1)	
Saliva		
Adequada	86 (30)	0,44
Xerostomia	14 (5)	
Dentição		
Presente/próteses dentárias ajustadas	34 (12)	0,16
Ausente/incompleta	66 (23)	
Motricidade orofacial		
Adequada	37 (13)	0,17
Alterada	60 (21)	
Não colaborou para a avaliação	3 (1)	

* Valores significativos ($p<0,05$) – Teste Exato de Fisher

Legenda: PAP = Protocolo de Avaliação Preliminar; PARD = Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia

especialmente na terceira idade⁽²⁹⁾. Grande ênfase tem sido dada à identificação precoce da DO em pacientes que sofreram acidente vascular encefálico (AVE)^(1,14). Entretanto, a situação difere significativamente quando consideramos pacientes de UTI, pois estes requerem habilidades bastante específicas dos profissionais que atuam no gerenciamento da disfagia⁽⁵⁾.

Tabela 3. Resumo dos resultados da avaliação clínica completa da deglutição

Protocolos de avaliação	Passou % (n)	Falhou % (n)	Passou com intervenção % (n)	Falhou com intervenção % (n)	Não realizado % (n)
PAP	100 (35)	0 (0)	-	-	-
PARD					
Água	60 (21)	40 (14)	-	-	0 (0)
Pastoso	69 (24)	26 (9)	-	-	5 (2)
PITA					
Nível 1	57 (20)	0 (0)	6 (2)	9 (3)	28 (10)
Nível 2	11 (4)	6 (2)	0 (0)	0 (0)	83 (29)
Nível 3	14 (5)	3 (1)	0 (0)	0 (0)	83 (29)
Nível 4	29 (10)	3 (1)	0 (0)	0 (0)	68 (24)
Líquido fino	43 (15)	9 (3)	11 (4)	11 (4)	26 (09)

Legenda: PAP = Protocolo de Avaliação Preliminar; PARD = Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia; PITA = Protocolo de Introdução e Transição da Alimentação por Via Oral

Assim como no presente estudo, autores⁽³⁰⁾ revelaram alguns indicadores clínicos significativamente relacionados a aspiração em pacientes após AVE, sendo estes: disfonia, disartria, alteração do reflexo de gag, alteração da tosse voluntária, tosse após a deglutição e voz molhada após a deglutição. Outros autores⁽²⁶⁾ relataram que a elevação laríngea reduzida nos testes de deglutição identificaram corretamente 70% dos pacientes como tendo ou não alteração na fase faríngea da deglutição. A coordenação entre a respiração e a fala não foi avaliada como preditor de aspiração, embora tenha sido anteriormente descrita como um fator de risco para aspiração^(29,30).

A aplicação dos protocolos PAP, PARD e PITA incorpora medidas comumente observadas na prática clínica dos fonoaudiólogos que atuam com disfagia e sua utilização baseia-se no princípio da fundamentação metodológica da avaliação clínica completa da deglutição. Deste modo, permite a transparência na coleta de informações, de maneira pré-estabelecida, favorecendo a consistência e uniformidade nos relatos de indicação da possibilidade de introdução de alimentos e transição dos níveis de dieta por via oral em pacientes com risco para disfagia. A aplicação de protocolos que norteiem a atuação fonoaudiológica favorece a padronização das ações fonoaudiológicas, a garantia da qualidade dos serviços oferecidos, corroborando assim o conceito de atuação baseada em evidências. No entanto, apesar de ser um instrumento de baixo custo e fácil utilização, há ressalvas quanto à sua subjetividade e adverte-se a necessidade de treinamento prévio do examinador para a correta aplicação do instrumento.

Ao olhar para os países em desenvolvimento, os cuidados intensivos médicos e de enfermagem prolongados, necessários para muitos pacientes, requerem demanda extra sobre o orçamento da saúde já sobrecarregado. A intervenção fonoaudiológica pode significar uma redução do tempo de internação na UTI, bem como o número de re-internações por complicações da DO^(29,30). A identificação precoce da disfagia é primordial para a redução da taxa de morbidade nessa população de alto risco⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados indicaram uma prevalência de 63% de DO na UTI. Pacientes que foram submetidos à intubação orotraqueal

prolongada foram os pacientes encaminhados com maior frequência nesta unidade. Entretanto, nossos achados devem ser confirmados em outros estudos com amostras maiores pela extensiva repetição dos procedimentos apresentados. A prática com protocolos padronizados mostra-se como uma importante opção no gerenciamento da disfagia orofaríngea na unidade de terapia intensiva.

** ARP foi responsável pela coleta e tabulação dos dados; DPM colaborou com a coleta e tabulação, e supervisionou a coleta de dados; FCS acompanhou a coleta e colaborou com a análise dos dados; CRFA foi responsável pelo projeto e delineamento do estudo e orientação geral das etapas de execução e elaboração do manuscrito.*

REFERÊNCIAS

1. Cichero JAY, Heaton S, Bassett L. Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *J Clin Nurs.* 2009 Jun;18(11):1649-59.
2. Odderson IR, Keaton JC, McKenna BS. Swallow management in patients on an acute stroke pathway: quality is cost effective. *Arch Phys Med Rehabil.* 1995 Dec;76(12):1130-3.
3. Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. *J Am Geriatr Soc.* 2002 Jun;50(6):1118-23.
4. Groher ME, Bukatman R. The prevalence of swallowing disorders in two teaching hospitals. *Dysphagia.* 1986;1(1):3-6.
5. Schindler A, Vincon E, Grosso E, Miletto AM, Di Rosa R, Schindler O. Rehabilitative management of oropharyngeal dysphagia in acute care settings: data from a large Italian teaching hospital. *Dysphagia.* 2008 Sep;23(3):230-6.
6. Leder SB, Cohn SM, Moller BA. Fiberoptic endoscopic documentation of the high incidence of aspiration following extubation in critically ill trauma patients. *Dysphagia.* 1998;13(4):208-12.
7. Barquist E, Brown M, Cohn S, Lundy D, Jackowski J. Postextubation fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing after prolonged endotracheal intubation: a randomized, prospective trial. *Crit Care Med.* 2001;29(9):1710-13.
8. Partik B, Pokieser P, Schima W, Schober E, Stadler A, Eisenhuber E, et al. Videofluoroscopy of swallowing in symptomatic patients who have undergone longterm intubation. *AJR Am J Roentgenol.* 2000 May;174(5):1409-12.
9. Kozlow JH, Berenholtz SM, Garret E, Dorman T, Pronovost PJ. Epidemiology and impact of aspiration pneumonia in patients undergoing surgery in Maryland, 1999-2000. *Crit Care Med.* 2003 Jul; 31(7):1930-7.

10. Medeiros GC, Andrade CRF. Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à intubação orotraqueal prolongada em UTIs. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.
11. Hafner G, Neuhuber A, Hirtenfelder S, Schmedler B, Eckel HE. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in intensive care unit patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2008 Apr;265(4):441-6.
12. Edelman DA, Sheehy-Deardorff DA, White MT. Bedside assessment of swallowing is predictive of an abnormal barium swallow examination. *J Burn Care Res*. 2008 Jan-Feb;29(1):89-96.
13. Baumgartner CA, Bewyer E, Bruner D. Management of communication and swallowing in intensive care: the role of the speech pathologist. *AACN Adv Crit Care*. 2008 Oct-Dec;19(4):433-43.
14. Bours GJ, Speyer R, Lemmens J, Limburg M, Wit R. Bedside screening tests vs. videofluoroscopy or fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. *J Adv Nurs*. 2009 Mar;65(3):477-93.
15. Leder SB, Suiter DM, Warner HL. Answering orientation questions and following single-step verbal commands: effect on aspiration status. *Dysphagia*. 2009 Sep;24(3):290-5.
16. Mann G. Effectiveness and efficiency: state of the art in dysphagia rehabilitation after stroke. *Aust Comm Quarterly*. 1996;4:25-7.
17. Carnaby-Mann G, Lenius K. The bedside examination in dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008 Nov;19(4):747-68.
18. Mathers-Schmidt BA, Kurlinski M. Dysphagia evaluation practices: inconsistencies in clinical assessment and instrumental examination decision-making. *Dysphagia*. 2003;18(2):114-25.
19. Padovani AR, Moraes DP, Mangilli LD, Andrade CRF. Protocolo de Avaliação do Risco para a Disfagia (PARD). In: Andrade CRF, Limongi SCO (Org). *Disfagia: prática baseada em evidências*. São Paulo: Sarvier; 2012. p. 62-73.
20. Mangilli LD, Moraes DP, Medeiros GC. Protocolo de avaliação fonoaudiológica preliminar. In: Andrade CRF, Limongi SCO (Org). *Disfagia: prática baseada em evidências*. São Paulo: Sarvier; 2012. p. 45-61.
21. Padovani AR, Medeiros GC, Andrade CRF. Protocolo fonoaudiológico de introdução e transição da alimentação por via oral (PITA). In: Andrade CRF, Limongi SCO (Org). *Disfagia: prática baseada em evidências*. São Paulo: Sarvier; 2012; p. 74-85.
22. McCallum SL. The national dysphagia diet: implementation at a regional rehabilitation center and hospital system. *J Am Diet Assoc* 2003;103(3):381-4.
23. Tesdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*. 1974 Jul 13;2(7872):81-4.
24. ASHA: American Speech-Language-Hearing Association [Internet] 2000 Clinical indicators for instrumental assessment of dysphagia [Guidelines]. ASHA Practice Policy. Available from: <http://www.asha.org/policy/GL2000-00047.htm>
25. Ramsey DJ, Smithard DG, Kalra L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*. 2003;34(5):1252-7.
26. Logemann JA, Veis S, Colangelo L. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*. 1999;14(1):44-51.
27. Pettigrew CM, O'Toole C. Dysphagia evaluation practices of speech and language therapists in Ireland: clinical assessment and instrumental examination decision-making. *Dysphagia*. 2007 Jul;22(3):235-44.
28. Bateman C, Leslie P, Drinnan MJ. Adult dysphagia assessment in the UK and Ireland: are SLTs assessing the same factors? *Dysphagia*. 2007 Jul;22(3):174-86.
29. El Solh A, Okada M, Bhat A, Pietrantoni C. Swallowing disorders post orotracheal intubation in the elderly. *Intensive Care Med*. 2003 Sep;29(9):1451-5. Epub 2003 Aug 2.
30. Daniels SK, Ballo LA, Mahoney MC, Foundas AL. Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000 Aug;81(8):1030-3.