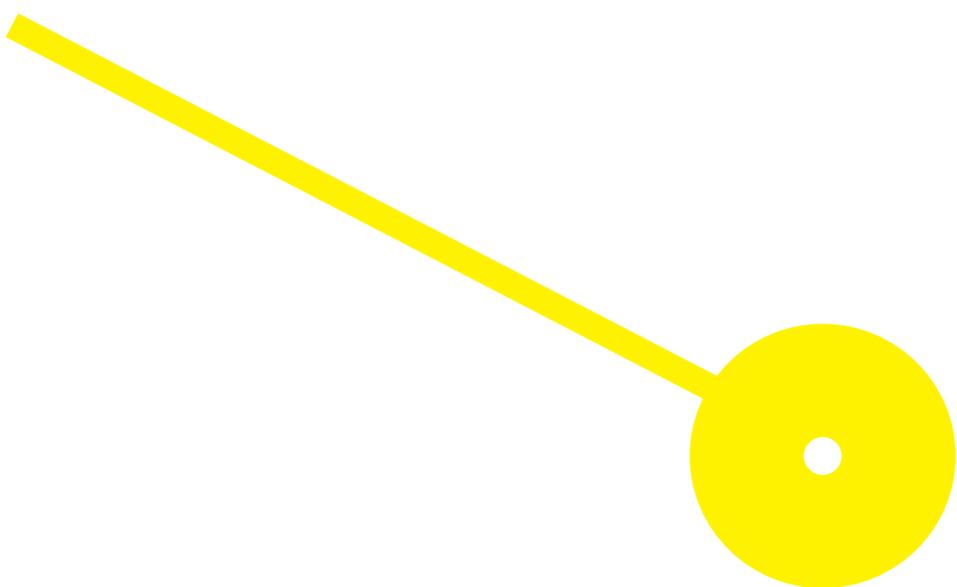




Caracterização e análise de custos da Disfagia Orofaríngea numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação

Marta Oliveira da Silva

12/2020





**ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE**

**Caracterização e análise de custos da Disfagia Orofaríngea
numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação**

Autor

Marta Oliveira da Silva

Orientador

Professor Doutor Rui Pimenta |

Professor da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Gestão das Organizações** – Ramo em **Gestão de Unidades de Saúde** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Rui Pimenta, meu orientador, por todos os interessantes conhecimentos que me transmitiu, por estar presente no meu percurso académico, pela disponibilidade e pela orientação rigorosa fundamental para a realização desta dissertação.

À Professora Doutora Maria Assunção Matos pela força, disponibilidade e esclarecimento de todas as dúvidas.

À Terapeuta da Fala Patrícia Nogueira pelo apoio na escolha do meu tema e por ser uma inspiração no mundo profissional.

À Terapeuta Ana Loureiro pela partilha de sugestões.

À Professora Rita Alegria, pelo esclarecimento de dúvidas.

À Professora Maria João Cunha, pelo contributo para a seleção do tema.

À Terapeuta Vera Mangas, pela partilha de conhecimento.

À Terapeuta Daniela Braz, por todas as ideias discutidas e pelas suas sugestões.

Em especial, um agradecimento ao meu pai, à minha mãe e ao meu namorado pela força e companheirismo durante todo o processo de realização do mestrado.

Ao meu primo, Fábio Silva, pelo incansável apoio ao longo de todos os meus trabalhos académicos e, em especial, a esta dissertação.

Estes elementos foram fundamentais para a realização desta dissertação e para o meu desenvolvimento como aluna, profissional e pessoa.

Resumo

Na saúde, importa responder a necessidades ilimitadas gerindo recursos limitados. Para isso, a Economia da Saúde inclui análises económicas de custos e consequências que estruturam as decisões dos gestores. A Disfagia Orofaríngea (DO) é uma dificuldade na deglutição que afeta a movimentação do bolo alimentar da cavidade oral até ao esófago. É prevalente em múltiplas condições clínicas, provoca malnutrição/desidratação, diminuição da qualidade de vida, Pneumonia por Aspiração (PA), agravamento clínico, morte e custos. O objetivo desta dissertação é analisar a prevalência, caracterização sociodemográfica e clínica, assim como descrever o acréscimo de custos de doentes com DO numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação (UCCMDR).

Para cumprir os objetivos, realizou-se um estudo de caso descritivo, quantitativo, retrospectivo, transversal e uma análise de descrição do custo da doença. Constatou-se uma prevalência de 43.8% de doentes com DO, com média de idades de 76.2 (DP = 11.2) e baixa escolaridade. 56.14% eram do género masculino, 59.64% tinham Acidente Vascular Cerebral (AVC), 15.79% tiveram PA, 50.87% apresentavam malnutrição, 43.85% necessitavam de Sonda Nasogástrica (SNG) e 85.96% tinham origem hospitalar. Identificou-se um aumento de 17.81 dias de internamento e acréscimo monetário total de 87 954,55 €.

Este estudo evidencia o impacto da DO nas UCCMDR, enriquecendo os estudos nesta área em Portugal.

Palavras-chave: Avaliação económica; Análise de custo da doença; Disfagia Orofaríngea; Cuidados Continuados; Tempo de Internamento.

Abstract

In Health Care, it is important to respond to unlimited needs by managing limited resources. For this, Health Economics includes economic analysis of costs and consequences that structure managers decisions. Oropharyngeal Dysphagia (OD) is a difficulty in swallowing that affects the movement of the bolus from the mouth to the esophagus. It is prevalent in multiple clinical conditions, causes malnutrition/dehydration, decreased quality of life, Aspiration Pneumonia (AP), clinical worsening, death and costs. The aim of this study is to analyze the prevalence, sociodemographic and clinical characterization, as well as to describe the increased costs of patients with OD in a Medium-Term Continuing Care and Rehabilitation Unit.

To fulfill these objectives, a descriptive, quantitative, retrospective, cross-sectional case study was carried out, as well as well as a description and cost of illness analysis.

There was a prevalence of 43.8% patients with OD, with a mean age of 76.2 (SD = 11.2) and low education. 56% were male, 59.64% had a stroke, 15.79% had AP, 50.87% had malnutrition, 43.85% needed SNG and 85.96% were referred by the hospital. There was an increase of 17.81 days in the length of stay and a total monetary increase of 87 954,55 €.

This study highlights the impact of DO, enriching studies in this area in Portugal.

Keywords: Economic Analysis; Cost of Illness; Oropharyngeal Dysphagia; Continuing Care; Length of Stay.

Índice

Lista de siglas e abreviaturas.....	VII
Índice de figuras.....	IX
Índice de tabelas.....	X
Índice de gráficos.....	XI
1. Introdução.....	1
2. Revisão da Literatura.....	4
2.1. Importância da Economia da Saúde.....	4
2.2. Calcular custos: o desafio.....	5
2.3. Análise económica em saúde.....	7
2.4. Avaliação económica em saúde.....	8
2.4.1. Análises económicas incompletas.....	10
2.4.2. Avaliações económicas completas.....	11
2.5. O Serviço Nacional de Saúde e retrato da saúde em Portugal.....	13
2.5.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	14
2.5.2. Caracterização dos doentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados – Unidades de Média Duração e Reabilitação.....	16
2.6. Problemáticas relativas ao processo de deglutição – a Disfagia Orofaríngea.....	17
2.6.1. O que que necessitamos para deglutir.....	17
2.6.2. Conceito de Disfagia Orofaríngea.....	19
2.6.3. Etiologia e epidemiologia da Disfagia Orofaríngea.....	20
2.6.4. Consequências da Disfagia Orofaríngea.....	23
2.6.5. Avaliação na Disfagia Orofaríngea.....	23
2.6.6. Intervenção na pessoa com Disfagia Orofaríngea.....	26
2.6.7. Custos da Disfagia Orofaríngea.....	30
3. Metodologias.....	32
3.1. Caracterização do estudo.....	32
3.2. Etapas do estudo.....	32
3.3. Seleção e pesquisa bibliográfica.....	33
3.4. População, amostra e variáveis.....	34
3.5. Caracterização das dinâmicas da instituição em análise no estudo.....	34
3.6. Recolha e tratamento dos dados.....	36
3.7. Análise estatística dos dados.....	38
4. Resultados.....	40
4.1. Prevalência de Disfagia Orofaríngea.....	40

4.2.	Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....	40
4.3.	Tempo de internamento na instituição	42
4.4.	Acréscimo de custos nos doentes com Disfagia Orofaríngea	43
5.	Discussão.....	47
5.1.	Análise da prevalência de Disfagia Orofaríngea na instituição.....	47
5.2.	Análise da caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....	48
5.3.	Análise do tempo de internamento na instituição.....	53
5.4.	Análise dos acréscimos de custos no grupo de doentes com Disfagia Orofaríngea	54
6.	Conclusão	58
7.	Referências bibliográficas.....	62

Lista de siglas e abreviaturas

AAM	Auxiliares de Ação Médica
AP	Aspiration Pneumonia
ACB	Análise de Custo-Benefício
ACE	Análise de Custo-Efetividade
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ACU	Análise de Custo-Utilidade
AMC	Análise de Minimização de Custos
APNOR	Associação de Politécnicos do Norte
APTF	Associação Portuguesa de Terapia da Fala
ASC	Análise Simples de Custo
ASHA	American Speech-Language -Hearing Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CID	Classificação Internacional de Doenças
DALYs	Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade (<i>Disability Adjusted Life Years</i>)
DND	Doenças Neurodegenerativas
DO	Disfagia Orofaríngea
DOAM	Distúrbios ósseos, articulares e musculares
DP	Desvio padrão
EAT-10	<i>Eat Assessment Tool</i>
ESS	Escola Superior de Saúde
ESSD	European Society For Swallowing Disorders
EUA	Estados Unidos da América
FOIS	<i>Functional Oral Intake Scale</i>
GUSS	<i>Gugging Swallowing Screen</i>
HCUP	Projeto AHRQ Healthcare
IDDSI	International Dysphagia Diet Standardisation Initiative
IMC	Índice de Massa Corporal
IPP	Instituto Politécnico do Porto
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment®</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAOF	Protocolo de Avaliação Orofacial
PARD	Protocolo de Fonoaudiológico de Avaliação do Risco da Disfagia

PEG	<i>Percutaneous Endoscopic Gastromy</i>
PA	Pneumonia por Aspiração
PIB	Produto Interno Bruto
QALY's	Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (<i>Quality Adjusted Life Years</i>)
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNG	Sonda Nasogástrica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPTF	Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
UC	Unidade de Convalescença
UCCMDR	Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação
UCP	Unidades de Cuidados Paliativos
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
V-VST	<i>Volume-Viscosity Swallow Test</i>
VED	Videoendoscopia da Deglutição
VFE	Videofluoscopia da Deglutição

Índice de figuras

Figura 1 - Esquema representativo do processo de deglutição normal.....	18
Figura 2 - Imagens laríngeas da avaliação instrumental utilizando VED.....	25

Índice de tabelas

Tabela 1 – Medição de custos e consequências na avaliação económica.	8
Tabela 2 – Distinção das características das avaliações económicas em saúde.	9
Tabela 3 – Descrição da prevalência da DO e quadros clínicos associados.	21
Tabela 4 – Custos dos recursos humanos utilizados em doentes com DO na UCCMDR.	37
Tabela 5 – Custos gerais com alimentação na UCCMDR por cada doente.	38
Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos doentes.	41
Tabela 7 – Análise do tempo de internamento dos doentes com e sem DO.	43
Tabela 8 – Exposição do acréscimo de custos por grupo de doentes.	44

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Representação gráfica da prevalência de DO na UCCMDR em análise.....	40
Gráfico 2 – Exposição gráfica da caracterização dos doentes por faixas etárias	42
Gráfico 3 – Soma dos acréscimos de custos relativos a 1 dia dos 57 doentes com DO.....	43
Gráfico 4 – Análise comparativa entre o acréscimo de custos unitários por cada grupo de doentes diariamente.....	44
Gráfico 5 – Discriminação dos custos para doentes que realizavam alimentação entérica	45
Gráfico 6 – Discriminação dos custos para os doentes que realizavam alimentação via oral e necessitavam do apoio de enfermagem.....	45
Gráfico 7 – Discriminação dos custos para doentes que realizavam alimentação via oral e necessitavam de acompanhamento por AAM.....	46
Gráfico 8 – Discriminação dos custos para doentes independentes.....	46

1. Introdução

A presente dissertação foi elaborada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações – Ramo em Gestão de Unidades de Saúde, da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR) do Instituto Politécnico do Porto (IPP) – Escola Superior de Saúde (ESS).

Num cenário utópico em que os recursos fossem ilimitados, pensar sobre uma decisão dificilmente teria importância, ou seja, realizar uma análise de custos poderia não ser relevante. Contudo, a noção de escassez está presente no nosso dia-a-dia e é diariamente reforçada nas diferentes organizações de saúde. Esta não deve ser vista apenas como referente a recursos materiais, mas também a falta de tempo ou saúde para gastar esse tempo com qualidade. Releva-se que o custo gasto com uma atividade ou recurso não poderá ser gasto de outra forma dado que, na realidade, os recursos são limitados. Admite-se que em cada decisão tomada na nossa vida existe uma noção diferente de escassez. O mesmo acontece nas organizações de saúde (Barros, 2013; Frank, 2005).

Num universo económico de necessidades ilimitadas e recursos escassos, na saúde, embora muitas vezes vista como “independente” da economia, os gestores devem aplicar análises económicas estruturadas e enquadradas nas suas dinâmicas, garantindo a sustentabilidade das instituições. Assim, a economia da saúde é um ramo aplicado da análise económica que tem vindo a ganhar ênfase nas últimas décadas (Barros, 2013). Com a aplicação cuidada de abordagens da economia na área da saúde, é possível realizar análises económicas que facilitam a tomada de decisões dos gestores, assegurando a cobertura do máximo de necessidades ilimitadas e desconhecidas da população (Stephen et al., 2011). Em Portugal, as Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação (UCCMDR) são instituições financiadas pelo Ministério da Segurança Social e pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo principal é a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com necessidades. Neste tipo de valências, estudos de monitorização anuais concluíram que a maior parte dos doentes são idosos, com necessidades de reabilitação e apresentam como principal diagnóstico o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Atualmente, como noutras instituições de saúde, um dos principais problemas nesta tipologia são as listas de espera (ACSS, 2019).

A Disfagia Orofaringea (DO) é um sintoma de perturbação da deglutição que provoca dificuldade ou incapacidade de formar ou mover o bolo alimentar com segurança e eficácia, da boca para o esófago (Clavé et al., 2004). É uma condição altamente prevalente, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na sua Classificação Internacional de Doenças (CID) (Newman et al., 2016), principalmente em pessoas idosas, com antecedentes clínicos de AVC (e outras causas neurológicas) e em casos de cancro na zona da cabeça e pescoço. Esta perturbação afeta 1 em cada

25 pessoas nos Estados Unidos da América (EUA) e é já considerada uma “síndrome geriátrica” (Bhattacharyya, 2014; Rofes et al., 2010). Uma vez que normalmente é identificada como um diagnóstico secundário, é subvalorizada e subdiagnosticada (Bhattacharyya, 2014; Patel et al., 2018). As principais consequências da DO são a Pneumonia por Aspiração (PA), desidratação, malnutrição, diminuição da qualidade de vida e morte (Kidd et al., 1995; Marik & Kaplan, 2003; Wirth et al., 2018). O tratamento da DO representa custos relevantes para as instituições. A maior parte da bibliografia existente sobre o tema refere custos relacionados com o aumento do número de dias de internamento, custos monetários, equipamentos médicos, recursos humanos, alimentação, medicação e tratamentos em ambulatório (Marin et al., 2020).

A motivação para a realização deste estudo é a necessidade de enaltecer a existência da DO nas UCCMDR, que albergam população de risco para esta patologia, e relevar a importância da alocação de recursos para o seu tratamento. Do nosso conhecimento, não existem estudos de análise do impacto económico da DO neste âmbito em Portugal.

Dado o descrito anteriormente, o objetivo geral deste trabalho é analisar e descrever custos e consequências relativos à DO dentro de uma Unidade de UCCMDR, realizando uma abordagem comparativa entre doentes com DO e sem DO. No que diz respeito aos objetivos específicos realça-se:

1. Obter a prevalência de doentes com DO na instituição;
2. Analisar e comparar a caracterização sociodemográfica e clínica de doentes com e sem DO;
3. Analisar relação entre a presença de DO e o número de dias de internamento dos doentes;
4. Calcular e descrever acréscimo de custos monetários dos doentes com DO comparativamente com doentes sem DO.

A presente dissertação está dividida em 6 capítulos. O capítulo 1 integra a introdução, onde é sinteticamente contextualizada a problemática em questão, os objetivos e a estrutura da dissertação. O capítulo 2 integra a revisão bibliográfica e incide sobre a análise económica em saúde e a DO, onde também é descrita a importância da economia da saúde e da análise económica, a problemática relativa ao cálculo de custos, as diferentes análises de custos (completas e incompletas), a caracterização do sistema de saúde em Portugal, o enquadramento legal da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e, em específico, a descrição do papel das UCCMDR. Seguidamente, o foco é direcionado para a DO, onde é explicada a complexidade do processo de deglutição, o conceito clínico de DO, a sua etiologia e epidemiologia, consequências, prevalência, tipos de avaliação, intervenção, custos inerentes ao seu tratamento e a sua gestão nas UCCMDR. No capítulo 3 encontra-se a metodologia aplicada para a realização do estudo. Este ponto

inclui a sua caracterização, identificação das etapas, definição da população, das amostras e das variáveis, forma de obtenção dos dados e exposição do tipo de análise estatística realizada. No capítulo 4, referente aos resultados obtidos, são expostos os valores em formato de tabela e gráficos. Seguidamente, no capítulo 5, encontra-se a discussão de resultados, onde se realizam comparações entre os dados obtidos com a bibliografia atual sobre o tema. A conclusão encontra-se no capítulo 6, onde é apresentada uma síntese dos resultados mais importantes, limitações do estudo e propostas/sugestões investigações futuras.

2. Revisão da Literatura

O ponto 2 deste trabalho permite enquadrar todo o estudo, na medida em que expõe a literatura sobre os temas relativos à importância e impacto das análises económicas no ramo da saúde, problemáticas inerentes à DO e funcionamento das UCCMDR. Para isso, são apresentados estudos que demonstram a realidade nacional e internacional sobre os temas que motivaram a realização desta dissertação.

2.1. Importância da Economia da Saúde

A Economia é uma ciência social que se preocupa com o estudo dos comportamentos dos agentes económicos (pessoas, empresas, governos e outras organizações) quando confrontados com a escassez. Integra duas premissas: os recursos são limitados e os usos potenciais desses recursos são ilimitados. Trata-se do estudo da afetação de recursos escassos suscetíveis de usos alternativos a necessidades virtualmente ilimitadas (Barros, 2013). A economia ajuda a identificar os custos e os benefícios que são realmente importantes. Muitas vezes, os modelos económicos falham. Contudo, fornecem ideias úteis para atingir um objetivo de forma mais eficiente. Medir custos e benefícios é uma arte exigente, muito mais do que uma ciência, especialmente porque por vezes os custos importantes parecem estar deliberadamente ocultos e outros, que parecem importantes quando analisados, não o são (Frank, 2005).

O sector da saúde é um dos mais afetados pelas mudanças tecnológicas, sociais, económicas, competitivas e políticas. Para que se realize uma gestão estratégica é necessário que os líderes conheçam a mudança e desenvolvam abordagens para posicionar as organizações de frente para o sucesso. O entendimento sobre a economia da saúde é importante na medida em que permite ao profissional de saúde e/ou analista compreender métodos de análise económica (Stephen et al., 2011), promovendo um sector que participa a diversos níveis no desenvolvimento económico: área farmacêutica, equipamentos médicos, aumento da duração de vida ativa da população, produtividade profissional e aumento do número de empregos direta ou indiretamente ligados à saúde (Béresniak & Duro, 1999).

A economia da saúde mundial tem recebido maior foco e autonomia nas últimas duas décadas e surge como um ramo aplicado da análise económica. A análise económica do sector da saúde pretende compreender as escolhas feitas pelos diferentes agentes presentes no sector e analisa quais deveriam ser essas escolhas (análise normativa). Foi surgindo como uma área independente dentro da economia, uma vez que o sector é suficientemente vasto e complexo nas relações entre os agentes económicos nele intervenientes (Barros, 2013). É também descrita como uma disciplina que integra teorias económicas, sociais, clínicas e epidemiológicas, procurando estudar os mecanismos e fatores que determinam e condicionam a produção, distribuição, consumo

e financiamento dos bens e serviços de saúde (Lourenço & Silva, 2008). A sua importância quantitativa é elevada, não só em despesa como em número de pessoas envolvidas, e a análise tradicionalmente usada para outros sectores não é, muitas vezes, diretamente aplicável, necessitando de ajustes de forma a refletir as especificidades do setor (Pauly et al., 2012). A economia da saúde não estuda só a saúde como uma economia, mas também a forma como os cuidados de saúde prestados afetam a saúde, meios pelos quais a saúde pode ser melhorada, determinantes das doenças, efeitos da educação, alojamento, desemprego e diversos estilos de vida (Stephen et al., 2011).

Os métodos de análise económica são essenciais para a prática clínica, sendo que as evidências sobre produtividade, eficiência e dinheiro são cada vez mais implementadas nas organizações de saúde. Assim, na economia da saúde pode ser considerada a aplicação de teorias económicas, modelos e técnicas empíricas à análise da tomada de decisões feitas por pessoas, prestadores de cuidados de saúde e governos, no que diz respeito à saúde. É o ramo da ciência económica que não procura apenas a aplicação de teorias económicas, mas também o comportamento de pacientes, doentes, médicos, hospitais e técnicas analíticas desenvolvidas para facilitar decisões de alocação dos recursos dos cuidados de saúde. Este ramo da economia baseia-se em disciplinas como a epidemiologia, estatística, psicologia, sociologia, pesquisa operacional e matemática. É um tema complexo que analisa o conceito de saúde, o valor da vida e como este poderá ser avaliado; a procura de cuidados de saúde e os seus determinantes diretos e indiretos; a oferta de cuidados de saúde; a interação entre a procura e a oferta de saúde e avaliação do desempenho (Stephen et al., 2011).

Como já supracitado, o sector da saúde é único e apresenta especificidades que não devem ser ignoradas na análise económica. Os fatores distintivos do setor da saúde são a presença de incerteza, por exemplo incerteza quanto ao momento em que vão ser necessários os cuidados de saúde, custos das necessidades, tratamento adequado ou estado de saúde; o papel das instituições sem fins lucrativos e as suas semelhanças com as instituições cujo o objetivo é o lucro; fortes juízos éticos, que diferenciam o consumo de serviços de saúde de outro tipo de serviços assim como o princípio geral de que ninguém deverá ser privado de cuidados de saúde, independentemente das condições financeiras (Barros, 2013).

2.2. Calcular custos: o desafio

A gestão tem um papel de elevada importância e complexidade nas organizações, especialmente para a tomada de decisões sobre a aquisição de um recurso, serviço ou obtenção dos custos de uma determinada ação. Finkler & Ward (1999), reforçam que é muitas vezes impossível calcular custos reais, sendo que o custo económico se trata de uma aproximação do custo real. Frank (2005) considera que a abordagem de custo-benefício para a tomada de decisões tem como

base a noção de que “se o benefício de uma atividade excede o seu custo deverá ser feita”, contudo, medir custos e benefícios é uma arte e é mais do que uma ciência. Para a realização desta análise, importa imputar valores a uma atividade ou recurso, mesmo que ela não tenha valor monetário definido. Definir custos é uma tarefa desafiadora, assim como atribuir valores monetários aos custos e recursos gastos.

O mesmo autor, Frank (2005), reforça que no nosso dia-a-dia, explicita ou implicitamente, pensamos como economistas nas diversas decisões que tomamos face aos recursos e atividades que desempenhamos e sugere alguns conceitos a ter em conta ao pensarmos desta forma. O primeiro conceito é referente ao custo-oportunidade, que é o valor de tudo o que tem de ser sacrificado para fazer uma determinada atividade. Aparentemente simples, é um dos mais importantes da economia e a arte de aplicar este conceito corretamente está em ser capaz de reconhecer a alternativa mais valiosa que é sacrificada pela realização de uma determinada atividade. Particularmente no que se refere à saúde, o foco no custo de oportunidade fornece uma maneira poderosa de aprimorar o pensamento sobre as tomadas de decisão em todos os níveis do sistema. Nos sistemas de saúde predominantemente financiados por impostos, onde o governo fixa o orçamento no início de cada período, nos sistemas de seguro social ou combinações de privados com programas financiados pelo estado, o principal ponto é que o consumo de cuidados de saúde incorre em custos humanos reais, além de criar benefícios humanos reais (Stephen et al., 2012). Na prática, a identificação dos custos de oportunidade revela-se uma tarefa repleta de dificuldades, requerendo diversos tipos de valorização consoante a atividade que se pretende avaliar (por exemplo, utilizando preços de mercado, imputação através de preços-sombra, consulta a profissionais, etc.). Há que notar ainda que quanto maior for a escassez de recursos, maiores serão os custos de oportunidade de determinada decisão. O segundo diz respeito à noção de custos irrecuperáveis ou custos afundados, que não podem ser recuperados no momento em que a decisão é tomada e que, ao contrário dos custos-oportunidade, devem ser ignorados. Desta forma, se um custo já foi incorrido e não pode ser recuperado, ele é irrelevante para todas as decisões do futuro. O autor realça ainda a importância de definir custos médios e benefícios médios. O custo médio de realizar n unidades de uma atividade é o custo da atividade, dividido por n e o benefício médio de realizar n unidades de uma atividade é o benefício total da atividade dividido por n . Alguns casos recaem não apenas nos intervenientes diretos na atividade, mas também em pessoas que não estão diretamente envolvidas na atividade. Este, chama-se custo externo. Importa referir que as tomadas de decisão muitas vezes são executadas de acordo com interesses próprios, mas nem sempre.

Embora haja uma premissa quase universal de que devemos dar sempre o melhor de nós em tudo o que fazemos, importa refletir que para algo ser bem feito é necessário tempo, esforço e

despesas (recursos escassos). Aumentar a qualidade num serviço ou procedimento implica muitas vezes reduzir a qualidade noutro (Frank, 2005).

2.3. Análise económica em saúde

Dadas as dinâmicas subjacentes, os gestores das organizações de saúde vêm-se confrontados frequentemente com questões acerca da aquisição ou não de novos materiais, recursos, meios de diagnóstico e metodologias de intervenção. A análise económica ajuda a entender e descrever o comportamento económico, assim como a tomada de decisões estruturadas sobre a alocação de recursos escassos. Uma vez que se baseia nas decisões e escolhas sobre produção e consumo de bens económicos, os cuidados de saúde são vistos como bens económicos, ainda que as implicações de considerar um bem de saúde como um bem económico sejam profundas (Drummond et al., 2015; Stephen et al., 2011).

Os recursos de saúde poderão ser recursos humanos, capital, matérias-primas, tempo, instalações, equipamentos e conhecimento. São considerados limitados e as necessidades da sociedade por recursos de saúde são desconhecidas, podendo ser consideradas ilimitadas (Drummond et al., 2015; Stephen et al., 2011). Durante a análise económica devemos desvalorizar suposições e considerações abstratas baseadas em sentimentos instintivos, ou seja, é fundamental a utilização de análises sistemáticas e a identificação das alternativas relevantes; a perspetiva ou ponto de vista assumida numa análise é de extrema importância, pois o assunto em análise pode ser muito valorizado por uma determinada população e desvalorizado por outra, sendo que a perspetiva analítica pode incluir o doente individual, instituição específica, grupo-alvo para serviço específicos, orçamento do ministério da saúde, posição orçamentária geral do governo e economia geral (perspetiva social); sem quantificação, a avaliação de ordens de grandeza pode ser enganosa, sendo que o custo de um programa não é o valor monetário que aparece mas o valor dos benefícios alcançáveis noutra programa em termos de custos e consequências (Drummond et al., 2015).

Neste âmbito, é relevante estabelecer a diferença entre preço e valor na área da saúde. Assim, o preço é normalmente associado a uma noção de escassez e o valor é normalmente usado para explicar a valorização das unidades consumidas. Embora não se consiga transferir saúde de uma pessoa para outra e, por este motivo, não existir um preço explícito para a saúde, aumentar o “stock” de saúde é importante e implica a utilização de recursos. Estes têm um custo-oportunidade na medida em que poderiam ser utilizados noutras aplicações. O “preço” da saúde tem que reconhecer que, para aumentar o stock de saúde, é necessário usar cuidados de saúde (tempo do médico e de enfermagem, equipamento, meios de diagnóstico, medicamentos, etc...) mas também tempo da pessoa para que possa transformar esses cuidados de saúde em saúde propriamente dita (Barros, 2007).

2.4. Avaliação económica em saúde

A análise económica em saúde desenvolveu ao longo dos anos metodologias de avaliação do valor da vida em termos monetários e do preço de alterações marginais na saúde (Finkler & Ward, 1999). Infere sobre a análise dos custos e consequências de ações alternativas e permite aos médicos, pacientes e doentes estarem informados a fim de aconselharem o tratamento mais adequado e fazerem melhores escolhas sobre os seus próprios cuidados de saúde, respetivamente. Orienta também os gestores para a estruturação das suas decisões face aos recursos. Desta forma, a avaliação económica define-se como a análise comparativa de opções alternativas em termos de custos e consequências. Para isto, inclui a identificação, medição, avaliação e comparação de custos e consequências das alternativas consideradas (Drummond et al., 2015).

Tabela 1 – Medição de custos e consequências na avaliação económica.

Tipo de estudo	Formas de custos	Identificação das consequências	Medida de consequência
Análise de Minimização de Custos/Análise Completa de Custos	Unidades monetárias	Consequências comuns às alternativas consideradas	Consequências comuns às alternativas consideradas.
Análise Simples de Custos	Unidades monetárias	Nenhuma consequência	Nenhuma consequência analisada
Análise de Custo-Efetividade	Unidades monetárias	Único efeito em ambas alternativas alcançado de forma diferente	Unidades de efetividade naturais; anos de vida ganhos; dias de incapacidade evitados
Análise de Custo-Utilidade	Unidades monetárias	Um ou vários efeitos, não necessariamente os mesmos/efeitos que podem ser múltiplos e que não são necessariamente coincidentes nas várias alternativas	Unidades de utilidade (efetividade ponderada pela qualidade) Normalmente, anos de vida ajustados pela qualidade (QALY's)
Análise de Custo-Benefício	Unidades monetárias	Um ou vários efeitos, não necessariamente os mesmos/efeitos que podem ser múltiplos e que não são necessariamente coincidentes nas várias alternativas	Unidades monetárias

Fonte: elaboração própria com base na informação recolhida em Drummond et al, (2015) e Lourenço & Silva, (2008).

A identificação dos vários tipos de custos e a sua medição em unidades monetárias é semelhante na maioria das avaliações. Contudo, a natureza das consequências decorrentes das

alternativas examinadas pode diferir (Drummond et al., 2015; Lourenço & Silva, 2008). Estas particularidades estão descritas na tabela 1 quando à Análise de Minimização de Custos (AMC), Análise Simples de Custos (ASC), Análise de Custo-Efetividade (ACE), Análise de Custo-Utilidade (ACU) e Análise de Custo-Benefício (ACB).

Tabela 2 -Distinção das características das avaliações económicas em saúde.

São considerados os custos e as consequências?						
Existe comparação entre ou mais alternativas?	Não	Não		Sim		
		Examina só consequências	Examina só custos			
	Sim	1a) Descrição de resultados	1b) Descrição de custos	2) Descrição de custos e resultados de um só programa	3a) Avaliação da eficácia ou efetividade	3b) Análise simples de custos

Fonte: elaboração própria com base em Drummond et al., (2015).

Analisando a tabela 2, considera-se que uma avaliação económica completa integra explicitamente consequências e custos e, por este motivo, importa referir que nem todos os estudos que abordam custos constituem avaliações económicas completas. Um exemplo disso são as análises incluídas nas células 1a), 1b) e 2) que, por não haver comparação de alternativas, os estudos não oferecem uma avaliação completa, explicando apenas a descrição de um único serviço ou intervenção. Particularmente na 1a), apenas são descritas consequências e na 1b) a descrição dos custos. Os estudos que se enquadram na célula 2) descrevem os custos e os resultados de um só programa e são incompletos porque não comparam várias alternativas. Nas células 3a) e 3b) estão identificadas situações em que duas ou mais alternativas são comparadas, mas em que os custos ou as consequências de cada alternativa não são examinados. Particularmente na célula 3a), apenas se comparam consequências. Na 3b), apenas os custos das alternativas são examinados, representando as análises de custos. Considera-se apenas avaliação económica completa a célula 4, uma vez que fornece uma comparação dos custos e consequências de várias alternativas. Os tipos de avaliação completas deverão ser realizados de acordo com o objetivo da análise (Drummond et al., 2015), e serão sintetizadas mais à frente, no ponto 2.4.2.

2.4.1. Análises económicas incompletas

Como supracitado, trata-se de uma análise incompleta aquela que não estabelecer comparações entre consequências e custos de diversas alternativas (Drummond et al., 2015) que, remetendo para a tabela 2, se enquadram nas células 1-3.

A descrição de resultados e a descrição de custos incluem estudos de avaliação de carga da doença e custo da doença. No que diz respeito à célula referente à avaliação da eficácia ou efetividade de um tratamento, esta inclui estudos que descrevem os resultados e os custos de um único programa e incluem auditorias de serviço ou intervenção. A avaliação da eficácia ou efetividade inclui a literatura que aborda a eficácia e a efetividade de intervenções alternativas, por exemplo, ensaios clínicos randomizados. Na célula que corresponde aos custos, integra formas de avaliação de programas tendo como base apenas os custos, referindo-se, portanto, a análises simples de custos. Por todas estas não serem completas, nem sempre são indicadas para realização de escolhas entre alternativas ou programas na saúde (Drummond et al., 2015).

Atendendo ao tema deste trabalho, importa descrever detalhadamente a análise de custos da doença que, de acordo com Pereira (2004), é uma forma de avaliação económica que tem como objetivo calcular custos diretos e indiretos das doenças, estimando as despesas em cuidados de saúde e o valor da produção perdida devido a determinada doença, não se prevendo a comparação de custos com intervenções médicas. Podem ser baseados na prevalência, quando é feita a medição de todos os custos associados a determinado problema de saúde verificados num período específico, ou na incidência, quando se realiza a medição dos custos incorridos com doenças diagnosticadas em determinado período, ao longo do ciclo de vida. Os estudos de custos da doença são importantes na medida em que complementam a informação epidemiológica tradicional, permitem o estabelecimento de prioridades de investigação, monitorização e avaliação, são um termo de referência para estudos de avaliação económica comparativos, identificam e valorizam diferentes componentes dos custos diretos permitindo aos decisores identificarem as principais despesas e áreas a intervir e apoiam o processo de procura de eficiência, por exemplo, através de comparações internacionais. Tarricone, (2006) acrescenta que a análise de custos pode ser utilizada para medir o custo de uma doença para uma sociedade, assim como estimar os ganhos se essa doença fosse erradicada. Apesar de ser considerada incompleta face a outros tipos de análises, pode ser uma boa ferramenta quando o estudo é capaz de mensurar o verdadeiro custo da doença, estimar os principais componentes do custo e da sua incidência sobre os custos totais e prever os diferentes sujeitos que suportam os custos.

Para se proceder à identificação dos custos, são necessários alguns cuidados tais como a perspetiva dos custos, a existência de custos comuns aos serviços/procedimentos em análise e a identificação dos verdadeiros custos dos serviços/procedimentos em avaliação. Os custos poderão

agrupar-se em: custos diretos, indiretos e intangíveis. Os diretos estão clara e diretamente associados à prestação do serviço ou a um objetivo e podem referir-se a um doente em específico, um grupo de doentes, um serviço, um departamento ou a uma organização inteira. Podem ser fixos, quando ocorrem quer o doente seja tratado ou não, que não variam no total do número de doentes, atividade ou idade (por exemplo, custos de capital, eletricidade, limpeza, etc.) ou variáveis (ocorrem quando o serviço é prestado, por exemplo, reagentes e materiais descartáveis, análises clínicas, medicamentos, etc.) e diretos não médicos, que ocorrem noutros sectores que não o da Saúde (por exemplo, despesas de deslocação dos doentes até aos serviços de saúde, custos do apoio social a crianças ou idosos, pensões de invalidez, etc.). Os custos indiretos referem-se à diminuição de produtividade que a doença ou tratamento provoca no doente e respetiva família (tempo de ausência do trabalho, acréscimo de tarefas domésticas, tempo despendido em consultas médicas, tempo de lazer perdido, etc.). Este tipo de custos é difícil de calcular, pois tende a favorecer as intervenções em que os doentes têm um emprego (uma forma de resolver este problema é a atribuição de um valor às atividades não pagas). O tempo de trabalho perdido por baixa médica, a reforma antecipada e a diminuição da produtividade no trabalho são custos indiretos que se determinam de uma forma consistente. Naturalmente, o impacto dos custos indiretos sofre variações mediante doenças e tratamentos e é normalmente significativo nos estudos de avaliação económica. Contudo, devido à dificuldade técnica do seu cálculo, é pouco frequente encontrarem-se estudos que os considerem. Por fim, surgem os custos intangíveis que são extremamente difíceis ou mesmo impossíveis de determinar, embora ocorram e por isso seja desejável que sejam considerados sempre que possível. Incluem aspetos como a ansiedade, dor ou sofrimento com uma doença (Finkler & Ward, 1999; Lourenço & Silva, 2008). Finkler & Ward (1999), acrescentam conceitos como o custo total, que se refere a todos os custos para atingir um objetivo e que incluem os custos diretos e indiretos; custo médio, que é a totalidade dos custos dividida pelo número de Unidades, serviços ou doentes; custo objetivo, que é o item para o qual nós queremos saber os custos; custo económico, que se refere à totalidade dos custos envolvidos para o uso de um recurso; custos conjuntos, que são os custos usados no tratamento grupos de doentes e que deixariam de ocorrer se a organização deixasse de tratar esses indivíduos; e custos marginais, que são a mudança num custo total associada à alteração no volume de doentes ou dos serviços oferecidos.

2.4.2. Avaliações económicas completas

Como referido anteriormente, as avaliações de custos completas integram a comparação de diferentes programas quanto aos custos e consequências e são importantes para as tomadas de decisão na área da saúde (Drummond et al., 2015). Foram já referidas as avaliações que, por não cumprirem estas características, são consideradas avaliações incompletas. Seguidamente serão explicadas sucintamente as restantes análises.

A AMC é utilizada quando duas ou mais alternativas em consideração alcançam o mesmo resultado. Por este motivo utilizam-se para descrever as consequências de um ou mais tratamentos quando são equivalentes em termos de consequências de modo a que a diferença entre eles se traduza numa comparação de custos. Implica um profundo conhecimento sobre a eficácia dos programas que estão a ser aplicados, garantindo que as suas consequências são semelhantes (Drummond et al., 2015). Pereira (2004) reforça que este tipo de avaliação, para além de examinar os custos de determinada ação, compara as alternativas que, através de um estudo controlado, se sabe terem consequências rigorosamente iguais. Neste, a alternativa mais eficiente é a que apresentar menores custos.

No que concerne à ACB, a decisão deve depender da ponderação das vantagens e desvantagens, comparando os benefícios com custos. Os custos e os benefícios deverão encontrar-se na mesma unidade, contudo, alguns custos e benefícios não podem ser traduzidos em dinheiro e, por isso, são incomensuráveis (Stephen et al., 2011). Pretende-se com este tipo de análise económica entender se uma determinada decisão conduz a uma melhoria do bem estar social e se os benefícios a ela associados excedem os seus custos (Barros, 2013). Para proceder à análise é necessário primeiramente identificar custos (custos médicos diretos, custos não médicos diretos e custos indiretos). Posteriormente, identificam-se os benefícios, que podem ser classificados como benefícios médicos diretos (melhor saúde das pessoas) e benefícios médicos indiretos (custos médicos evitados devido à prevenção da doença, valor monetário da diminuição de produção evitada e o valor monetário da perda de utilidade evitada devida ao prolongamento da vida ou de uma melhor saúde durante o tempo restante) (Barros, 2013).

No que diz respeito à ACE, esta tem como princípio minimizar os custos de atingir determinado objetivo, podendo ser vista como uma primeira etapa da análise de custo-benefício. Assim, tenta identificar onde mais benefícios podem ser produzidos pelo mesmo custo, ou que custo menor pode ser alcançado pelo mesmo benefício (Barros, 2013). Desta forma, a ACE é uma forma parcial de análise de ACB. A lógica é que embora os custos sejam geralmente medidos em termos de dinheiro, pode ser muito difícil mensurar os benefícios dessa forma (Stephen et al., 2011). Em algumas variantes desta abordagem, sistemas como Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs) ou QALYs são usados para colocar a morbimortalidade numa escala comum, bem como comparar mortes em diferentes idades (Kremer & Glennerster, 2012). Uma vez que a ACE mede as consequências das diversas alternativas numa medida física que faz sentido face ao problema, não é feita qualquer tentativa de fornecer valor monetário ao objetivo principal.

A ACU é uma forma de avaliação económica semelhante à ACE, contudo, nesta análise as consequências são medidas numa unidade física combinada com elementos qualitativos. O termo "utilidade" representa o valor de determinado nível de saúde para o indivíduo ou sociedade. Os

resultados das análises custo-utilidade expressam-se em termos de custo por dia saudável livre de doença ou custo por QALYs. Assim, as alternativas em estudo são avaliadas por indicadores relacionados com a qualidade de vida. O seu cálculo de uma forma expedita baseia-se na utilização de instrumentos testados como o EuroQol (EQ-5D) (Barros, 2013; Pereira, 2004).

2.5. O Serviço Nacional de Saúde e retrato da saúde em Portugal

No dia 15 de setembro de 1979 foi publicada, em Diário da República, a Lei nº 56/79 que criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que pretendia assegurar o acesso universal, compreensivo e gratuito a cuidados de saúde, sendo o seu financiamento assegurado por via fiscal. Em 1993, o estatuto do SNS assim como a revisão da constituição, substituiu o termo gratuito para tendencialmente gratuito (Barros, 2013). Atualmente, a constituição portuguesa refere no artigo 64º que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, sendo que este direito se efetivou através da criação de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito. É da responsabilidade do Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa de reabilitação e uma cobertura médica racional e eficiente por todo o país. O sustentáculo de todas as questões jurídicas relativas à saúde é a Lei de Bases da Saúde. Esta foi construída em 1990 pela lei nº 48/90 de 24 de Agosto, com alterações introduzidas pela lei nº 27/2002, de 8 de Novembro (Boquinhas, 2012). De uma forma simplificada, o SNS é uma instituição pública, gerida pelo Estado, e que faz a mediação entre os doentes e quem os trata. Este papel na mediação desencadeia complexas decisões (Barros, 2016).

É importante diferenciar o Sistema Nacional de Saúde do SNS. O Sistema de Saúde Português não se limita ao SNS, ainda que este seja o elemento central da saúde em Portugal. No Sistema Nacional de Saúde incluem-se companhias de seguros e subsistemas de saúde de base profissional que também funcionam como mediadoras entre os cidadãos e os prestadores de cuidados de saúde. Inclui instituições (como, por exemplo, clínicas e hospitais privados) presentes em diversos locais do país. Desta forma, considera-se que o Sistema Nacional de Saúde em Portugal é diversificado e que nele está incluído o SNS (Barros, 2016).

Considera-se que as lacunas mais evidentes no SNS são as listas de espera, aumento de casos em urgências, insatisfação de profissionais e pacientes/doentes, crescimento de despesas, aparecimento de grupos com necessidades especiais, envelhecimento populacional, toxicod dependência, generalização dos transplantes, alcoolismo, doentes com SIDA e acidentes de viação (Barros, 2013).

Na maioria dos países europeus a política de estado social transformou o ideal de justiça num elemento integral da vida social e comunitária e a aceitação da saúde como um bem social originou uma política de proteção adaptada a esta abordagem (Nunes & Rego, 2002). O aumento da

esperança média de vida, os avanços científicos e tecnológicos, as características inerentes à sociedade de consumo, as expectativas criadas face ao direito à proteção de saúde e dos custos com a prestação dos cuidados de saúde são fatores que levam ao crescente aumento da despesa em saúde. De igual modo geram a necessidade de uma reestruturação no que diz respeito às prioridades no acesso aos serviços de saúde, ainda que a melhoria global das condições de vida tenha facilitado a evolução sustentada dos indicadores de saúde em sociedades ocidentais (Barros, 2013; Nunes & Rego, 2002).

De acordo com um relatório sobre o Estado da Saúde em Portugal, a esperança média de vida é de 81,6 anos. As disparidades na esperança média de vida estão associadas ao nível socioeconómico dos portugueses, ou seja, indivíduos com nível de instrução mais baixo têm esperança média de vida igualmente mais baixa. Cerca de metade das pessoas com mais de 65 anos sofrem de pelo menos uma doença crónica, que pode incluir problemas cardíacos, tensão arterial alta, colesterol alto, AVC, diabetes, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, artrite reumatóide e osteoartrite. A despesa de saúde em Portugal é de 9% do Produto Interno Bruto (PIB) desde 2014, sendo que 49%, ou seja, quase metade do orçamento para a saúde, é gasto em cuidados ambulatoriais e domiciliários, 26% em cuidados de internamento, 19% em produtos farmacêuticos e dispositivos médicos, 3% para cuidados continuados (somente a componente da saúde) e 2% para a prevenção. Em Portugal, as despesas em saúde crescem a um ritmo moderado, contudo, o envelhecimento populacional e os pagamentos em atraso aos hospitais do SNS colocam pressão sobre a sustentabilidade do sistema (OCDE, 2020).

2.5.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Dado o aumento de idosos com necessidade de apoio social, considerou-se pertinente a criação de uma Rede Nacional de Cuidados Continuados, com vista a libertar camas de hospitais de doentes com situações agudas resolvidas ou em fase de resolução assim como para dar resposta a casos com necessidade de apoio social e às famílias (Boquinhas, 2012; Nunes, 2009). Desta forma, foi criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho a RNCCI, no âmbito dos ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social. A RNCCI é constituída por Unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade. Abrange os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais. A prestação de cuidados integrados é assegurada por Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório e equipas hospitalares. Constituem Unidades de Internamento as Unidades de Convalescença (UC), UCCMDR, Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP). A Unidade de Ambulatório inclui a Unidade de dia e de promoção de autonomia. As equipas hospitalares integram equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em

cuidados paliativos. Por fim, as equipas domiciliárias incluem cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (Nunes, 2009). No que diz respeito ao financiamento, desde 2006 as componentes assumidas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social foram de 198,710,902.95 €. A saúde representa 78.8% do valor. Em 2019, face a 2018, existiu um acréscimo de 6,7% nos valores em relação a 2018 na saúde e 5,9% no que diz respeito à Segurança Social (ACSS, 2019).

Dada a natureza do presente trabalho, importa compreender particularmente as dinâmicas das UCCMDR. Estas são Unidades de Internamento com espaço físico próprio. Articulam com os hospitais de agudos para a prestação de cuidados clínicos, reabilitação e apoio psicossocial por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico e perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. As UCCMDR têm por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral dos doentes. O período de internamento nas UCCMDR tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão. Esta modalidade pode coexistir com a UC ou com a ULDM e poderá também diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas. As UCCMDR são geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e asseguram cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer. A gestão da Rede assenta num sistema de informação criado por diploma próprio. É obrigatória a existência, em cada Unidade ou serviço, de um processo individual de cuidados continuados da pessoa em situação de dependência, do qual deve constar o registo de admissão, as informações de alta, o diagnóstico das necessidades, o plano individual de intervenção, registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção. O diagnóstico da situação de dependência constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Decreto-Lei n.º 101/2006 Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, 2006).

Para melhor compreender as dinâmicas internas da UCCMDR importa identificar neste trabalho os profissionais que fazem parte do corpo clínico e o horário laboral semanal que executam nas instituições. De acordo com o Manual do Prestador realizado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), esta tipologia deve incluir 30 horas do serviço de Medicina, 20 horas de Psicologia, 360 horas de Enfermagem, 80 horas de Fisioterapia, 8 horas de Terapia da Fala, 20 horas de Animação Sociocultural, 5 horas de Nutricionista, 40 horas de Terapia Ocupacional e 480 horas de Pessoal Auxiliar (UMCCI, 2011).

2.5.2. Caracterização dos doentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados – Unidades de Média Duração e Reabilitação

De acordo com o documento de Monitorização da RNCCI de 2019, realizado pelo Departamento de Gestão de Recursos em Saúde da Administração Central Sistema de Saúde, IP (ACSS), foram referenciados 11.822 doentes para UCCMDR. Destes, 89% apresentavam como motivo de referenciação “necessidade de reabilitação”, 95% “dependências nas atividades da vida diária”, 92% “ensino ao doente/cuidador informal”; 24% “cuidados pós-cirúrgicos”, 7% “tratamento de feridas”, 19% “doenças cardiovasculares”, 3% “gestão do regime terapêutico”, 8% eram “portadores de Sonda Nasogástrica (SNG¹)/*Percutaneous Endoscopic Gastromy (PEG²)*”, 4% “úlceras de pressão múltiplas”, 0.7% “descanso do cuidador”, 1% “manutenção de dispositivos”. Denote-se que os indivíduos encaminhados podem ter mais do que um motivo de referenciação para esta tipologia. Particularmente a referenciação com origem hospitalar tem vindo a crescer, tendo aumentado 3.1% em 2019. A nível nacional, 82% das referenciações para UCCMDR tiveram origem hospitalar. No que diz respeito à idade, 47.1% dos indivíduos referenciados tinham mais de 80 anos, 35.9% entre 65 e 79 anos, 13.4% entre 50 e 64 anos, 3.6% entre 18 e 49 e 0.01% entre 0 e 17 anos. No geral da Rede, 88.4% dos doentes apresentaram escolaridade inferior ao 6º ano, 22.3% não tinham instrução académica, 66.1% com escolaridade entre 1-6º anos. 69.7% viviam com a família natural, 25.1% viviam sós, sendo que na região norte denotou-se maior percentagem de doentes que viviam com a família natural (ACSS, 2019).

Relativamente aos diagnósticos, existiam doentes com mais do que um diagnóstico principal, no mesmo episódio, e doentes com mais do que um episódio. A “Doença Vascular Cerebral Aguda, mas mal definida – AVC” teve maior percentagem em UCCMDR, quando enquadrada em toda a rede. Nesta tipologia, 33.0% dos indivíduos apresentaram doença vascular cerebral aguda mas mal definida (AVC), 36.4% Hemorragia Intracerebral, 30.7% Oclusão das Artérias Cerebrais, 37.7% com Fratura da Coluna Vertebral, sem menção de lesão medular e 13.4% Doença de Parkinson (ACSS, 2019).

Um fator importante referido é o tempo de espera que corresponde entre a data de referenciação até à data de identificação da vaga. Realça-se que a UCCMDR e a ULDM foram as tipologias que apresentaram maior de tempo de espera, sendo que, comparativamente com o ano

¹ Tubo inserido através da boca até ao estômago usado para administração de nutrição entérica, medicação ou realização de procedimentos terapêuticos (SPTF, 2020, p. 204)

² Intervenção não cirúrgica guiada por endoscopia digestiva alta, realizada habitualmente por um médico gastroenterologista, quando a alimentação por via oral se encontra comprometida, mas o intestino está funcional. Consiste na colocação de uma sonda no estômago, a qual atravessa a parede abdominal, permitindo a alimentação do indivíduo (SPTF, 2020, p. 161).

anterior (2018), os tempos diminuíram nas regiões norte, centro e Lisboa e Vale do Tejo, aumentando no Alentejo e Algarve no que diz respeito à UCCMDR. Nestas, o tempo de espera varia entre 27.1 e 58.2 dias. A nível nacional, as UCCMDR apresentam uma taxa de ocupação de 95%. No geral, após a alta, 77% dos doentes tiveram como destino o domicílio. Destes, 75.5% necessitaram de suporte. O tempo médio de reabilitação aumentou nas UCCMDR de 90 para 94 dias a nível nacional. O valor da execução financeira da componente da saúde da RNCCI no ano de 2019 foi de 156 502 884,96 € e da Segurança Social 42 208 017,99 €. As UCCMDR totalizaram a nível nacional um investimento de 68 345 482,54 € na área da saúde e de 10 161 888,63 € na área da Segurança Social (ACSS, 2019).

2.6. Problemáticas relativas ao processo de deglutição – a Disfagia Orofaríngea

A deglutição é uma das atividades mais frequentes do ser humano. É uma função complexa e de elevada importância, que envolve mais de 30 pares de músculos e 6 nervos cranianos e que garante a nutrição e a hidratação, contribuindo para a qualidade de vida. Depende de um sistema neurológico, fisiológico e estrutural intacto (Pongpipatpaiboon, Inamoto, Matsuo, et al., 2018).

A sequência da deglutição é dividida em etapas. Cada uma delas envolve diferentes comportamentos de antecipação/preparação/transporte do alimento, iniciando-se mesmo antes dos movimentos mastigatórios e da deglutição propriamente dita. Estímulos que decorrem antes da deglutição são fundamentais para os padrões motores orais antecipatórios, ou seja, o estímulo apresentado aos indivíduos tem um papel fundamental no início da alimentação, por exemplo, na abertura da boca (mais rapidamente abrimos a boca para ingerir um alimento com aspeto agradável de que um alimento com aspeto deteriorado que não conhecemos) (Shune et al., 2016). O conhecimento deste facto é de extrema importância na medida em que, havendo uma alteração nesta fase, o processo de deglutição poderá não se iniciar voluntariamente.

2.6.1. O que que necessitamos para deglutir

Toda a atividade fisiológica envolvida no ato da deglutição, depende de um organizado e íntegro sistema neurológico e anatomofisiológico. As vias neurológicas centrais da deglutição incluem várias regiões corticais, subcorticais e do tronco cerebral. Sistemas neuronais sensoriais e motores interconectam todas as regiões responsáveis pelo processamento desta função no sistema nervoso central. Quando existe alguma alteração nesta rede neuronal, a deglutição poderá ficar afetada de forma aguda ou prolongada. As informações circulam desde a periferia (músculos, órgãos, ...) até ao sistema nervoso central e vice-versa através de nervos, denominados pares cranianos. Este sistema permite que a informação seja interpretada e sejam criadas as melhores decisões e movimentos para a preparação e deglutição do alimento. A cavidade oral, a faringe e o esófago constituem áreas funcionais e anatomicamente interligadas. Estas estruturas integram

músculos, cartilagens e ossos e o seu movimento é controlado neurologicamente. A cavidade oral (lábios, língua, gengivas, palato duro e bochechas) é responsável pela contenção, mastigação e preparação do bolo alimentar; na orofaringe (palato mole, paredes da faringe e base da língua), o bolo alimentar é propulsionado; na hipofaringe, continua a propulsão do bolo através de contrações dos músculos; na laringe, observa-se o fecho da glote, contração faríngea e elevação do osso hióide; no esófago, o alimento é conduzido do esfíncter esofágico superior (estrutura superior do esófago) até ao estômago, através de ondas peristálticas (contrações musculares) (Ekberg & Nylander, 2019). O córtex pré-frontal, particularmente o sulco pré-central e o tronco cerebral são as áreas e estruturas cerebrais mais importantes para o controlo da deglutição, ainda que outras áreas também possam ser importantes, como já referido. Os nervos cranianos que participam na deglutição são o Trigêmeo, o Facial, Glossofaríngeo, Vago e o Hipoglosso (Pongpipatpaiboon, Inamoto, Matsuo, et al., 2018).

Compreender que a deglutição é uma sequência coordenada de movimentos realizados por estruturas interligadas é importante e reforça a realidade de que este processo é realmente complexo e deve ser realizado de forma harmoniosa. A sequência dos movimentos para a deglutição é dividida em diferentes etapas e cada uma envolve diferentes comportamentos para preparação do alimento (ver figura 1).

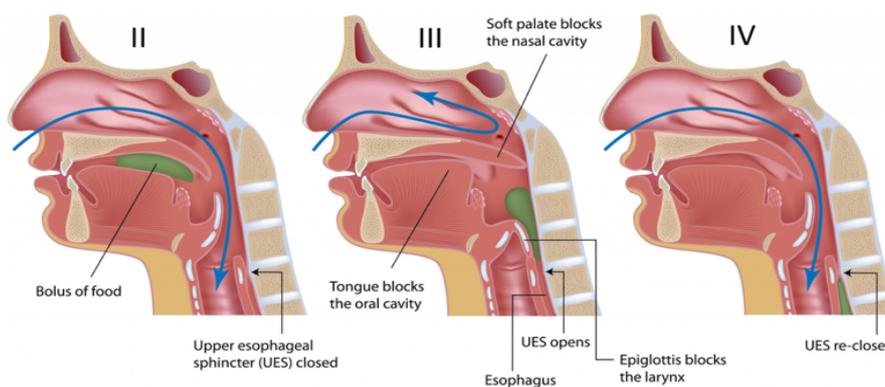


Figura 1 – Esquema representativo do processo de deglutição normal (Tracheostomyeducation, 2019).

O estágio oral da deglutição é completamente voluntário, contrariamente ao faríngeo e esofágico (que são automáticos). Assim, após a preparação do alimento na cavidade oral e quando o material a ingerir é considerado adequado para a deglutição, a língua recebe informação neurológica para recolher uma quantidade de bolo alimentar no seu topo e impulsiona-o por um movimento ântero-posterior de varredura. Posteriormente, ocorrem os processos de encerramento da nasofaringe com o encerramento do palato mole e oclusão das vias aéreas superiores, pela elevação e selamento da laringe e inclinação do epiglote. Segue-se o relaxamento

e abertura do esfíncter esofágico superior e o início da atividade peristáltica, para que o bolo alimentar seja impulsionado através da ação da gravidade e da contração muscular pelo esófago (Eiichi & Kannit, 2018).

Ainda no que diz respeito à preparação do alimento para a deglutição, importa reforçar a função que a saliva exerce no processo digestivo: mastigação, formação de bolo alimentar, deglutição, degradação química dos alimentos, dissolução, interação com as papilas gustativas, secreção de ácidos gástricos quando o sabor é agradável, proteção das paredes do esófago dos ácidos gástricos e do trato respiratório superior e inferior de agentes infecciosos. A saliva é também necessária para a fala articulada, excreção, interações sociais, manutenção do número de papilas gustativas e para o desenvolvimento das estruturas orofaciais (Jorgen et al., 2019). Conhecer estas funções é relevante, na medida em que se houver diminuição na produção de saliva, o processo de deglutição irá ficar comprometido.

2.6.2. Conceito de Disfagia Orofaríngea

A Disfagia é uma dificuldade na deglutição de alimentos, como a própria origem do nome o indica (*dys* = dificuldade e *phagia* = comer). Pode ser dividida em várias categorias, dependendo da sua origem e zona afetada. Contudo, neste trabalho iremos dar relevo à “orofaríngea”, relacionada com processos que afetam a cavidade oral, a laringe e a farínge. Apesar desta divisão, relevamos que embora a disfagia esofágica abranja distúrbios abaixo do esfíncter esofágico superior, originando alterações no trânsito do alimento para o estômago ao longo do esófago, alguns doentes com esta dificuldade referem também alterações a nível faríngeo. As queixas mais frequentes no caso de comprometimento da função do esófago são sensação de movimento lento dos alimentos no tórax, dificuldade em comer grandes quantidades de alimentos e restrições nas consistências (preferência por líquidos finos de fácil ingestão, contrariamente a alimentos de maiores dimensões ou comprimidos) (Lynch & Katzka, 2020; Spechler & Castell, 2001).

A DO é definida como um distúrbio na formação e movimentação do bolo alimentar da cavidade oral até ao estômago com segurança e eficácia. É um problema de saúde reconhecido pela OMS e CID com a 9ª revisão (CID-9): 787.2 (438.82 para disfagia pós-AVC) e 10ª revisão (CID-10): R13 (I69.391 para disfagia pós-AVC) (Clavé & Shaker, 2015; Fernández et al., 2017; Leopold & Kagel, 1996; Logemann, 1995).

As dificuldades na deglutição, nem sempre são documentadas como diagnósticos médicos primários, mas sim como sintomas de uma doença subjacente. Os indivíduos com DO podem apresentar escape anterior de comida pelos lábios, queda de saliva pela boca, hesitação ou incapacidade de iniciar a deglutição, regurgitação nasal (quando o alimento se direciona para a cavidade nasal), bolo alimentar preso na laringe/farínge, deglutições múltiplas (várias tentativas de deglutição para que o alimento seja transportado até à zona da farínge), tosse (antes, durante e após

a deglutição), asfixia, voz molhada³, perda de peso, entrada de alimento para os pulmões através da traqueia, aumento do tempo/duração da refeição, restrições/exclusão de alimentação por via oral, necessidade de consistências alimentares modificadas, afastamento ou diminuição da participação em refeições sociais e diminuição da qualidade de vida (Jalil et al., 2015; Siwiec & Babaei, 2020).

2.6.3. Etiologia e epidemiologia da Disfagia Orofaríngea

A DO tem origem multimodal e a sua etiologia pode ser neurológica, muscular, anatômica ou iatrogénica⁴. Tem prevalência relevante no AVC, Doença de Parkinson, Esclerose Múltipla, tumores do Sistema Nervoso Central, botulismo, Paralisia Supra-nuclear Progressiva, Esclerose Lateral Amiotrófica, Distrofia Miotónica, processos desmielinizantes agudos, Síndrome de Guillain-Barré, intoxicação por chumbo, Miastenia Grávis, Poliomiosite, infeção faríngea, doença mista do tecido conjuntivo, sarcoidose, disfunção do Esfíncter Esofágico Superior, síndromes Paraneoplásicas, divertículos, tumores malignos, osteófitos, tratamentos com radiação, estados pós-cirúrgicos, medicação, paralisia da corda vocal, Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE), Demência, doenças do neurónio motor, Paralisia Cerebral, infeções, envelhecimento, tumores que envolvem a zona da cabeça e pescoço, radioterapia, quimioterapia, cirurgia cervical, multi-medicação, compromissos graves da respiração, causas psicogénicas, intubações, atrasos no neurodesenvolvimento à nascença e cirurgias na zona cervical (Daniels et al., 2019; Groher & Puntil-Sheltman, 2016; King et al., 2016; Lynch & Katzka, 2020; Martino et al., 2005; Nazish et al., 2016; O'Neill & Richter, 2013; Suttrup & Warnecke, 2016).

A real prevalência na população adulta é frequentemente subestimada. Idosos, indivíduos com doenças neurológicas e Doenças Neurodegenerativas (DND) e com cancro de cabeça e pescoço são consideradas populações de risco. Estima-se que afeta 30-40% da população com mais de 65 anos, 30 milhões de cidadãos europeus com mais de 70 anos em 2012, 10 milhões de indivíduos no Japão, 1 em cada 25 adultos nos EUA e 1 em cada 9 idosos que vivem independentemente no Reino Unido. Nos idosos, está associada a um elevado rácio de mortalidade (Bhattacharyya, 2014; Clavé & Shaker, 2015; Holland et al., 2011; Martino et al., 2005; Roy et al., 2007).

³ Sensação áudio perceptiva resultante da propagação da onda acústica, isto é, movimento vibratório das pregas vocais, em ambiente aquoso/húmido ao contrário do habitual em meio ambiente aéreo. O ambiente húmido pode ser devido acumulação de líquidos (por exemplo, saliva ou secreções) ou de material ingerido que ficou na zona laríngea. É um sinónimo de voz gorgolejante. Identifica a pessoa com DO e o risco de penetração/aspiração de alimento (SPTF, 2020).

⁴ Complicação, erro e/ou defeito adverso causado por ou resultante da ação por parte de um profissional de saúde. Pode também referir-se a doenças ou alterações patológicas que advêm de efeitos colaterais de medicamentos (SPTF, 2020).

A seguinte tabela expõe a prevalência da DO na população idosa, em diversos contextos e associada a múltiplas comorbilidades e doenças. Foi construída com base em estudos de revisão bibliográfica e de prevalência da condição clínica em análise no presente trabalho.

Tabela 3 – Descrição da prevalência da DO e quadros clínicos associados.

Patologia/situação do indivíduo	Prevalência
Idosos com mais de 65 anos	30-40%
Instituições de cuidados de longo prazo	40%
Idosos que vivem independentemente	11.4%-33,7%
Idosos hospitalizados	29.4-47.0%
Idosos institucionalizados	40%-51%
Hospitalizados com pneumonia adquirida na comunidade	55-91.7%
Doentes institucionalizados	40%-51%
Doentes Hospitalizados em serviços de agudos	29.4-47%
Indivíduos com AVC em fase aguda	64-78%
Indivíduos com AVC em fase crónica	40-81%
TCE em fase aguda	70%
TCE em fase crónica	50%
Doença de Parkinson avançada	52-82%
Doentes internados em hospitais	30.07%
Esclerose Lateral Amiotrófica em estado avançado	81% - 100%
Demência em estado avançado	80-100%
Cancro de cabeça e pescoço após realização de quimioterapia e radioterapia	40%
Alzheimer	57-88%
Tratamento cirúrgico após cancro de cabeça e pescoço	50%

Fonte: Elaboração própria com base na informação presente em American Speech-Language-Hearing Association (2020), Clavé & Shaker (2015), Espinosa-Val et al. (2020), Fernández et al. (2017), Higo et al. (2004); Holland et al. (2011), Kawashima et al. (2004), Martino et al. (2005), Muscaritoli et al. (2012), Namasivayam & Steele (2015), Nogueira & Reis (2013), Serra-Prat et al. (2011), Spronk et al. (2020) e Takizawa et al. (2016)

Um estudo realizado entre 1 de janeiro a 30 de setembro de 2012 em unidades de reabilitação neurológica de média-longa duração em Espanha, detetou uma prevalência de 31.2% de doentes com DO em unidades de transtornos neurológicos moderados e 64% nas unidades de transtornos neurológicos severos. O trabalho incluiu 140 indivíduos com média de idades de 71.1 anos (DP= 12.6) nas unidades de transtornos severos e 56.1 (DP=11.0) nas unidades de transtornos moderados. Na unidade de transtornos moderados 65% dos doentes tinham dependência total, 2% usavam PEG, 7% usavam SNG e 67% ingeriam dieta adaptada por apresentarem dificuldades na deglutição dos alimentos. Na unidade de transtornos severos, 16% usavam PEG, 29% SNG e 84% ingeriam uma dieta com restrições/adaptada por apresentarem DO (triturada ou adaptada para SNG ou PEG). Neste estudo, nem todos os doentes com DO vinham referenciados do hospital com

essa informação. Quanto aos diagnósticos clínicos associados, 63% dos indivíduos tinham AVC como diagnóstico principal e 18% hemorragias intra-cerebrais. Os indivíduos da amostra apresentavam elevados níveis de dependência nas atividades da vida diária (Lendínez-Mesa et al., 2014).

Numa Unidade de Cuidados Especiais também localizada em Espanha, foram analisados 31 doentes com idades entre 18 e 88 anos, sendo 14 do género masculino e 17 do género feminino. Recolheram-se dados da história clínica sobre o diagnóstico e o motivo do internamento e aplicou-se um instrumento de avaliação da deglutição. O objetivo seria a identificação de pessoas com DO e caracterização das causas diretas desse distúrbio. Constatou-se que a prevalência de DO foi 35.5%, assim como 29% dos indivíduos apresentavam risco elevado de aspiração e necessitavam do uso de SNG para a sua alimentação (Hincapie-Henao et al., 2010).

Em hospitais gerais e enfermarias na Holanda, foi levado a cabo um estudo transversal que constatou uma prevalência de 30.7% de indivíduos com DO (63 de 205 doentes). Neste estudo, o fator "idade" foi o mais associado à presença de dificuldades na deglutição (particularmente doentes com idades compreendidas entre os 65-79 anos) (Spronk et al., 2020).

Uma revisão bibliográfica de 33 artigos sobre a prevalência da DO identificou o AVC, a doença de Parkinson e os TCE's como três diagnósticos recorrentemente associados. Concluiu uma prevalência entre 80% e 81% no AVC, 11% a 81% na doença de Parkinson e 30% no TCE (Takizawa et al., 2016).

Uma dissertação realizada numa Unidade Local de Saúde em Portugal demonstrou que num total de 162 doentes, com média de idades de 78 anos, 30 (18.5%) foram identificados com um elevado risco nutricional. Dos 30, 26.7% apresentavam DO leve (caracterizada por dificuldade no controlo do bolo alimentar, pouco movimento da laringe e presença de tosse), 73.3% DO grave (caracterizada por ausência de deglutição de bolo alimentar e saliva e queda anterior de saliva) e 22 tinham como diagnóstico clínico o AVC. Dos doentes que apresentaram DO, 27% usavam SNG e 3% PEG, após alta clínica (Pires, 2012).

Numa apresentação do 1º Congresso Sobre Disfagia em Portugal (Porto) Silva & Ferreira (2018) demonstraram que numa amostra de 193 indivíduos internados em duas UCCMDR, por motivos de reabilitação, 37.30% tinham diagnóstico de DO associado. Os doentes eram maioritariamente idosos (com média de idades de 76 anos DP=11.76), do género masculino (55.5%), apresentavam como diagnóstico principal o AVC e a principal origem do encaminhamento era o hospital.

Na Coreia do Sul, com o objetivo de explorar as associações entre o risco de DO e características sociodemográficas, um estudo constatou que ser do género feminino, ter mais do que 75 anos, ter um nível de escolaridade inferior e ter uma condição económica baixa, eram fatores

frequentemente observados no grupo de maior risco, comparativamente com indivíduos sem risco de DO (Lim et al., 2018).

Não existem muitos estudos que expliquem a influência do género na prevalência de DO. Sabe-se que as diferenças anatómicas em conjunto com a idade entre homens e mulheres saudáveis podem diferenciar e, por este motivo, a biomecânica da deglutição pode ser diferente entre estes dois grupos (Butler et al., 2009).

2.6.4. Consequências da Disfagia Orofaríngea

A DO potencia a morbidade, a mortalidade e a sua influência no estado de saúde geral é significativa. Afeta também a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores (Siwiec & Babaei, 2020). A região do cruzamento das vias aéreas e do trato digestivo na hipofaringe é anatomicamente crítica para a deglutição e respiração, pois se a proteção das vias aéreas durante a deglutição não for garantida, ocorre a aspiração⁵. Este comprometimento pode levar à formação de PA⁶, cujo tratamento para além de dispendioso, proporciona o aumento do número de dias de internamento, maior debilidade física, diminuição no aporte nutricional, maior risco de mortalidade em doentes com AVC, desidratação⁷ (que pode originar sintomas de “confusão” e declínio de funções do organismo do indivíduo) e desnutrição/malnutrição⁸, que leva a um compromisso do sistema imunitário aumentando o risco de infeções, sépsis e morte (Almirall et al., 2013; Butler et al., 2010; Kidd et al., 1995; Martino et al., 2005; Smithard et al., 2007). Especialmente na população idosa, a DO tem um forte impacto no estado nutricional, funcionalidade, morbidade e qualidade de vida, pois a eficácia na ingestão alimentar fica prejudicada, levando a aspirações pulmonares, readmissões hospitalares, aumento da morbidade e infeções respiratórias (Muscaritoli et al., 2012; Van der Maarel-Wierink et al., 2011).

2.6.5. Avaliação na Disfagia Orofaríngea

A avaliação da DO inclui a participação de uma equipa multidisciplinar e, dado o seu impacto no estado de saúde e prognóstico do doente, deve ocorrer precocemente. Idealmente, inicia-se com

⁵ Entrada de material líquido ou sólido, por exemplo, alimentos, secreções, saliva e outros na via aérea abaixo da glote antes, durante ou após a deglutição. Este fenómeno pode ocorrer com ou sem reflexo de tosse, o que corresponde a níveis diferentes de gravidade da DO (SPTF, 2020, p.41).

⁶ Inflamação pulmonar resultante da aspiração de saliva, secreções, alimentos ou conteúdo gástrico contaminados para as vias respiratórias inferiores. É uma das principais consequências da DO e das perturbações do estado de consciência (SPTF, 2020, p. 168).

⁷ Desequilíbrio do estado hídrico resultante da ingestão insuficiente de líquidos para satisfazer as necessidades fisiológicas normais do organismo. Apresenta diferentes sinais e sintomas consoante a idade (SPTF, 2020, p. 72).

⁸ Desequilíbrio do estado nutricional resultante da ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades fisiológicas do indivíduo (SPTF, 2020, p. 72).

uma triagem, seguindo-se de avaliação clínica da deglutição, avaliação instrumental da deglutição e auto-avaliação por parte do doente. Importa referir que a avaliação deve ser regular e em diferentes contextos, uma vez que podem existir mudanças no quadro clínico em curtos períodos de tempo que comprometam as competências de deglutição do indivíduo (Speyer, 2013).

Realizada a triagem, por qualquer profissional de saúde capacitado para o fazer, compreende-se se o doente está em risco de aspiração ou deglutição insegura. Caso se detetem sinais de risco na triagem, é possível a recomendação de Videoendoscopia da Deglutição⁹ (VED) e/ou Videofluoscopia da Deglutição¹⁰ (VFE), que são considerados os exames instrumentais *goldstandard* para avaliação nestes casos (figura 2). Um Terapeuta da Fala (especializado na área) realiza também o exame clínico. Este processo inclui a pesquisa sobre a história clínica do doente (doenças associadas aos sintomas, deficiência respiratória, uso de medicação, ocorrência prévia de PA, perda rápida de peso, estado nutricional, funcionalidade no seu dia-a-dia, recursos, fisiologia oral, laríngea e faríngea e anatomofisiologia com foco especial nos pares cranianos), avaliação da ingestão oral (de várias consistências alimentares) e higiene oral (uma vez que uma higiene oral pobre, juntamente com a DO e a fragilidade apresentada por estes doentes forma um trio de condições fortemente preditoras de PA's). Importa referir que a avaliação da alimentação deve ser realizada nos diferentes contextos do doente (gabinete, refeitório, ...). A auto-avaliação face ao seu problema é realizada por meio de questionário auto-aplicável que analisa o estado de saúde funcional e a qualidade de vida relacionada com a saúde. Outros exames instrumentais que podem ser realizados são a Tomografia Computadorizada, Manometria de Alta Resolução e medição da pressão da língua. A avaliação deve ser feita em equipa (por exemplo o estado nutricional idealmente deve ser avaliado por um nutricionista). Existem protocolos validados para a avaliação de doentes com DO, contudo, muitos profissionais recriam protocolos adaptados às dinâmicas das instituições e serviços. Nem sempre é possível a aplicação de um exame *goldstandard* (Butler et al., 2010; Fernández & Clavé, 2013; Pongpipatpaiboon, Inamoto, Aoyagi, et al., 2018; Speyer, 2013, 2019; Speyer et al., 2010).

⁹ Exame instrumental da deglutição com recurso a um endoscópio de fibra ótica, com abordagem transnasal. Permite a visualização da farínge, laringe, progressão do alimento, eventuais episódios de penetração e/ou aspiração, atividade reflexa e registo das imagens do exame (SPTF, 2020, p. 48).

¹⁰ Exame radiológico dinâmico, o qual utiliza a denominada fluoroscopia para a observação das estruturas anatómicas e a relação temporal dos fenómenos ocorridos nas fases oral e faríngea da deglutição durante a ingestão de alimentos, misturados a uma substância de contraste (bário). Com a visualização do percurso do bolo alimentar no trato aerodigestivo em tempo real, o exame apresenta alta sensibilidade e especificidade no seu diagnóstico da penetração/aspiração laríngea (SPTF, 2020, p. 229).

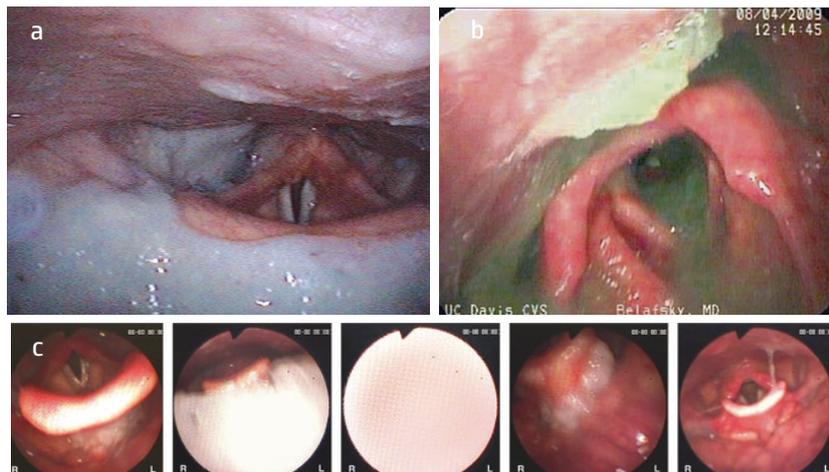


Figura 2. – Imagens laríngeas da avaliação instrumental utilizando VED | a) retenção de alimento na larínge; b) aspiração de alimento em direção à traqueia; c) exame que reflete segurança e eficácia da deglutição, ou seja, referente a um indivíduo sem DO (Eiichi & Kannit, 2018, p. 71; Ekberg, 2019, p. 127).

Alguns exemplos de testes/escalas com objetivo de triar e caracterizar a DO poderão ser o *Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST)* (Clavé et al., 2008), o *Gugging Swallowing Screen (GUSS)* (Trapl et al., 2007), o Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco de Disfagia (PARD) (Padovani et al., 2020) a *Functional Oral Intake Scale (FOIS)* (Crary et al., 2005; Queirós et al., 2013) e a *Eat Assessment Tool (EAT-10)* (Belafsky et al., 2008).

Para a avaliação do estado nutricional do doente, os profissionais podem recorrer ao Mini Nutritional Assessment® (MNA). Esta é uma ferramenta unicamente criada para avaliar o estado nutricional e deve ser incluída na avaliação geral de idosos que estão em clínicas, lares, hospitais ou considerados frágeis. Este teste, que se encontra validado para o português europeu, inclui duas versões (uma versão completa e uma curta). A versão completa pode ser aplicada em menos de 15 minutos e inclui avaliação antropométrica (Índice de Massa Corporal - IMC) calculada a partir do peso e altura, perda de peso, circunferências de braço e pantorrilha; avaliação geral (estilo de vida, medicamentos, mobilidade e presença de sinais de depressão ou demência); avaliação alimentar curta (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia para a alimentação); avaliação subjetiva (auto percepção de saúde e nutrição). Denote-se que para este teste a especificidade e valores preditivos de acordo com o estado clínico são de 96%, 97% e 98%. A sua “forma curta” permite a triagem em 2 etapas (etapa 1, com 6 itens para idosos saudáveis residentes na comunidade e etapa 2, para os que se encontram em risco de malnutrição), é destinada a populações de baixo risco e mantém a validade e precisão da versão completa. Esta última versão pode ser aplicada em indivíduos residentes na comunidade. Contudo, para os institucionalizados, a versão completa será a mais indicada (Guigoz, 2006; Nestlé Nutritional Institute, 2020).

Alguns autores defendem que a avaliação da DO não deverá restringir-se apenas ao doente e, com vista a reduzir o risco inerente a esta patologia dentro das instituições, levaram a cabo estudos com ferramentas que permitem a deteção de riscos e elaboração de planos para que estes sejam minimizados dentro das UCCMDR. Para isso, realçam a importância da avaliação e do tratamento em equipa, a realização de formações para o aumento da literacia nesta área, o aumento do tempo disponibilizado para avaliação e tratamento do doente e a implementação de planos para gestão dos casos nestas unidades que uniformizem a comunicação/linguagem entre a equipa. Com este tipo de planos, prevê-se também a diminuição de custos associados ao tratamento da DO, através da avaliação precoce e diminuição de intercorrências durante o internamento (Silva & Baylina, 2019).

Por fim, também a avaliação do conhecimento do cuidador informal sobre a DO tem vindo a surgir na literatura mais recente, como forma de caracterizar o meio e a literacia dos indivíduos, que cuidam de doentes com DO, sobre esta problemática. Desta forma, prevê-se a sensibilização dos gestores para o investimento em ações que melhorem a literacia dos cuidadores e facilitem a comunicação entre toda a equipa, visando a capacitação e a diminuição de intercorrências nos diferentes contextos (Silva et al., 2020).

2.6.6. Intervenção na pessoa com Disfagia Orofaríngea

Como reforçado ao longo deste trabalho, a complexidade inerente à deglutição exige um tratamento igualmente metódico. É imprescindível uma abordagem multidisciplinar para identificação, diagnóstico e tratamento dos comprometimentos associados à DO, assim como atuar e compreender o quadro multidimensional. Frequentemente, o Terapeuta da Fala é o profissional responsável pelo tratamento da área. Contudo, torna-se relevante a participação de outros profissionais na gestão dos casos. É da responsabilidade de cada instituição atribuir responsabilidades específicas para cada profissional, atendendo que, por exemplo, uma abordagem apenas da área da Enfermagem sem a abordagem do Terapeuta da Fala não é o mais benéfico para o doente, assim como a Terapia da Fala sem a Nutrição também não o será. As decisões sobre o tipo de alimentação e as direções do tratamento deverão nascer de forma colaborativa entre o indivíduo com DO, a família e os profissionais (Speyer, 2013).

Importa explicar neste ponto que os doentes podem apresentar níveis de complexidade diferentes e que, por este motivo, a intervenção tem de ser ajustada a cada caso em específico. Questões médicas/funcionais, determinantes sociais (nível de educação/literacia, situação financeira, acesso a serviços comunitários), suporte social/familiar, características pessoais e fatores do sistema de saúde influenciam o seu grau de complexidade (Nelson et al., 2016).

Na reabilitação dos indivíduos com DO, os objetivos principais são garantir a segurança pulmonar, promover a integridade nutricional, normalizar a fisiologia da deglutição e maximizar a qualidade de vida (Daniels et al., 2019).

Segundo a American Speech Language Hearing Association (ASHA), é essencial apoiar com segurança a nutrição e hidratação adequadas e retornar à ingestão oral segura e eficiente (incluindo a incorporação das preferências alimentares do doente e consulta aos familiares/cuidadores para garantir que as suas atividades da vida diária estão a ser consideradas); determinar os métodos/técnicas de alimentação ideais para maximizar a segurança da deglutição e a eficiência da alimentação; minimizar o risco de complicações pulmonares; reduzir a sobrecarga do doente e do cuidador, maximizando a qualidade de vida; e desenvolver planos de tratamento para melhorar a segurança e a eficiência da deglutição (American Speech-Language-Hearing Association, 2020).

Após avaliação, o tratamento pode incluir opções/abordagens cirúrgicas, médicas ou comportamentais. As técnicas médicas podem envolver dietas para tratar doenças subjacentes como diabetes ou hipertensão, ou até tratamento farmacológico como medicação anti-refluxo ou mucolíticos (Speyer, 2019).

Apesar de, na melhor das hipóteses, o tratamento ser desenvolvido para o retorno a uma dieta oral plena e satisfatória, numa fase inicial as vias alternativas de alimentação como SNG ou PEG são as soluções médicas mais viáveis e utilizadas em diversas instituições geriátricas nacional e internacionalmente (Daniels et al., 2019; Lin et al., 2002). A SNG é considerada uma solução de curto prazo, fornece nutrição enteral e hidratação por meio de um tubo flexível que entra pela cavidade nasal, passa pela farínge e esfíncter esofágico superior e entra no estômago. A inserção inadequada, deslocamento durante o uso e a extubação acidental ou premeditada são alguns dos inconvenientes no seu uso (Daniels et al., 2019; Roe et al., 2017). A alimentação por PEG consiste na nutrição e hidratação por um tubo colocado cirurgicamente através da parede abdominal diretamente ao estômago. A PEG normalmente é colocada após uso de SNG e estudos indicam que é uma solução mais aceite pela comunidade médica. Ainda que a utilização deste tipo de alimentação seja viável numa fase inicial, um dos objetivos da intervenção terapêutica é capacitar o indivíduo com DO para a deglutição independente de SNG ou PEG. A idade, a diminuição do número de comorbidades, internamento prolongado para reabilitação, ausência de AVC nos dois hemisférios, AVC não hemorrágico, redução da gravidade da DO, ausência de aspiração, ausência de perda prematura de bolo alimentar e início oportuno da resposta faríngea, são até agora fatores identificados como preditores de remoção de PEG (Wilmskoetter et al., 2017). A colocação da alimentação não oral apresenta conflitos éticos para o doente, familiares e equipa e mantém-se fundamental que outras intervenções sejam realizadas, para que as funções sensório-motoras orofaríngeas não diminuam (Daniels et al., 2019).

Quanto às técnicas cirúrgicas, as opções abrangem uma gama de intervenções para aumentar a proteção das vias aéreas, otimizar a abertura do segmento faringoesofágico (alongando o lúmen por dilatação, miotomia cirúrgica do músculo cricofaríngeo ou injeção de toxina botulínica em alterações no esófago e esfíncter esofágico superior) (Kocdor et al., 2016), tieroplastia com medialização e laringoplastia com injeção em casos de paralisia das cordas vocais (para equilibrar o encerramento glótico promovendo a adução das cordas vocais durante a deglutição com consequente proteção das vias aéreas) (Speyer, 2019; Tam et al., 2017).

A abordagem comportamental da deglutição divide-se entre técnicas Compensatórias e de Reabilitação. Este modelo de tratamento deve ser realizado por Terapeutas da Fala e inclui modificação das características da dieta ingerida, técnicas comportamentais e motoras, estimulação sensorial e neurofisiológica, ajustes posturais e manobras de deglutição ou qualquer combinação delas (Speyer, 2019). Em primeira instância consideram-se as modificações na dieta, que têm como objetivos principais diminuir o risco de aspirações, fornecer nutrientes e hidratação necessários e fornecer uma abordagem progressiva à alimentação com base nas progressões ou regressões da deglutição durante o tratamento. Inclui a mudança na textura dos alimentos e viscosidade¹¹ dos líquidos, modificações de sabor, acidez, quantidade e temperatura do bolo, desde que o aporte nutricional seja garantido. Para modificar as propriedades de um alimento, poderão ser usados espessantes¹² nos líquidos, triturar sólidos ou até mesmo misturar líquidos e sólidos, dependendo das exigências de cada caso (Bolivar-Prados et al., 2019; Cichero et al., 2017; Rofes et al., 2014; Speyer et al., 2010). Um estudo de Speyer (2019) indicou que modificar o sabor, a temperatura e o volume dos alimentos estimula as vias sensoriais melhorando a deglutição, assim como diminuir o volume por ingestão facilita a deglutição quando o doente apresenta fadiga durante o momento da refeição. No que diz respeito às modificações dos líquidos/alimentos, a International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) propõe a padronização da nomenclatura dos alimentos com textura modificada e líquidos espessados para indivíduos com DO ao longo da vida, para que os profissionais a nível mundial usem uma linguagem comum. A sua estrutura consiste num contínuo de 8 níveis (0-7), onde os líquidos são medidos de 0-4 e os alimentos sólidos de 3-7. Ela sugere adaptações aplicadas aos alimentos que são fornecidos aos doentes com dificuldades na deglutição que incluem a utilização de espessante nos líquidos (controlando a viscosidade) e também a modificação das texturas dos alimentos sólidos (IDDSI, 2020). Estas adaptações

¹¹ A viscosidade trata-se de uma taxa de fluxo por unidade de força, podendo ser entendida como uma medida de resistência de um fluido ao fluxo. Um exemplo será a comparação desta medida entre a água e um batido (SPTF, 2020, p. 229).

¹² Produto usado para alterar as características reológicas dos líquidos finos, frequentemente usado em adultos com DO e em algumas situações, em crianças com DO (SPTF, 2020, p. 93).

deverão ser aplicadas de acordo com as preferências e competências de deglutição de cada indivíduo.

Dado que uma sensibilidade intraoral (no interior da cavidade oral) íntegra é fundamental no processo da deglutição, devem ser aplicadas tarefas de estimulação sensorial e neurofisiológica. Elas incluem alterações nas características da comida (como já referido), a aplicação de pressão, estimulação elétrica neuromuscular e estimulação física e química para promover a resposta cerebral para a deglutição. Na bibliografia estão relatados estudos com alimentos ácidos, bicarbonatos, estímulos táteis, térmicos, frio-estimulação (toque com gelo) e pressão (por exemplo com o uso de uma colher ou zaragatoa) (Rey-Matias & D Leochico, 2016; Speyer, 2019; Xia et al., 2011).

Os ajustes posturais envolvem estratégias de posicionamento da cabeça, que têm como objetivo alterar as dimensões das cavidades orofaríngeas compensando as deficiências anatómicas, perdas sensoriais ou reduzida força para propulsão do bolo alimentar, para que o alimento se dirija de forma adequada pelas cavidades orofaciais sem risco de aspiração, resíduos ou comprometimento da deglutição. Melhoram a capacidade de adaptação ao alimento no momento e podem ser estratégias de posicionamento de cabeça ou de corpo inteiro. O ajuste postural de cabeça inclui a flexão, a rotação e a inclinação. As manobras anteriormente referidas, compensatórias, podem tornar-se técnicas permanentes em benefício dos doentes (Speyer, 2019) e estes devem usá-las em todas as refeições. Acrescentam-se as manobras de deglutição, que permitem um maior controlo voluntário, melhorado o processo de deglutição. Este tipo de manobras requerem a participação ativa e prática intensiva. Não iremos incidir sobre cada manobra, apenas identificá-las, uma vez que são de relevante importância no processo de deglutição do doente, mas não para o objetivo deste trabalho. Estas são a deglutição supraglótica; deglutição super supraglótica, Manobra de Mendelsohn, deglutição em esforço, Masako e manobra de Shaker. Realça-se a importância do *biofeedback* na aprendizagem e generalização do uso das estratégias do processo terapêutico e reforça-se que uma parte significativa das estratégias anteriormente referidas necessitam da atenção/participação ativa do indivíduo com DO ou de ajuda por parte de profissionais e cuidadores (Bogaardt et al., 2009; Speyer, 2019).

Dado o contexto de estudo deste trabalho, importa descrever como é realizada a gestão do tratamento do indivíduo com DO de acordo com as normas da RNCCI, uma vez que o apoio ao doente com alterações de alimentação é referido com diretrizes próprias. Os manuais de orientação dos cuidados ao doente realizados por esta entidade e pelo Instituto da Segurança Social relevam que a alimentação e a manutenção do aporte nutricional é fundamental. É possível alterar a viscosidade de líquidos de acordo com as competências do doente, a fim de prevenir malnutrição, desidratação, aspiração e pneumonias. Quanto aos cuidados diretos em situações especiais, como na DO, importa

controlar a textura dos alimentos, utilizar espessantes, evitar alimentos com tipos de consistência diferentes e alimentos que adiram ao palato. Assim, garantir o aporte nutricional e hidratação graduando a consistência dos alimentos e recorrendo a gelatinas e espessante para líquidos, bem como preparar alimentos de forma apelativa, fazem parte da intervenção. A promoção do estado nutricional do doente e a prevenção de complicações respiratórias são alguns dos indicadores que se deverão ter em conta no tratamento. A diminuição do aporte calórico, da hidratação, infeções não explicáveis, alterações de peso e serviço de refeição desorganizado são alguns indicadores de resultados negativos analisados pelas entidades que monitorizam as instituições (Instituto da Segurança Social, 2014; RNCCI, 2011).

2.6.7. Custos da Disfagia Orofaríngea

A presença de DO aumenta a utilização de recursos e dos custos e contribui para a pressão nas organizações de saúde. O seu cálculo é difícil de determinar, uma vez que nem sempre é identificada como diagnóstico principal (Altman et al., 2010; Attrill et al., 2018). O processo de tratamento da DO inclui um sistema complexo de diretrizes de avaliação e de gestão, necessidade de suporte multidisciplinar, dependência contínua de dietas modificadas ou alimentação suplementar e necessidade de tratamentos contínuos após altas hospitalares. Como já referido, indivíduos com DO têm tempos de permanência hospitalar mais longos, uma frequência maior de complicações (que está associada a uma maior taxa de utilização de recursos) e maior taxa de mortalidade. Os custos são superiores, particularmente por causa das despesas hospitalares e de equipamentos médicos duráveis (Bonilha et al., 2014; Westmark et al., 2018; Silva & Pimenta, 2019).

No âmbito da análise de custos da DO, a bibliografia expõe um leque extenso de estudos longitudinais, maioritariamente retrospectivos, que focam a análise de custos diretos com saúde, os custos diretos não relacionados com saúde e os custos indiretos. Dentro desta análise, os tipos de custos mais referidos incluem custos de hospitalização, atendimento em ambulatório, diagnósticos, enfermagem, exames radiológicos, procedimentos terapêuticos e cirúrgicos, alimentação por SNG, reabilitação, medicamentos, hemodiálise e tratamento psiquiátrico. Uma significativa parte dos investigadores retiram informações de bases de dados de seguradoras, de registos médicos e de bases de dados hospitalares (Cabré et al., 2014; Marin et al., 2020). Um protocolo elaborado por Marin et al., (2018) com o objetivo de estruturar um estudo de revisão sistemática sobre os custos associados à DO no AVC, expõe a importância de se analisarem aspetos relativos aos custos das suas complicações (tais como aspiração, malnutrição, desidratação, PA), tempo de internamento, alimentação, recursos e mortalidade. Identificaram também que a perspetiva dos custos deve ser abordada, no sentido de se tratar da perspetiva dos hospitais, sistemas de saúde e do ponto de vista social, uma vez que fornecem informações diferenciadas e específicas para cada caso.

Uma revisão bibliográfica realizada por Attrill et al., (2018), demonstrou que a diferença de custos monetários entre indivíduos com DO e sem DO foi relatada como significativa em 9 dos 11 estudos analisados. Os custos relacionados com a DO representaram um aumento de 40.36% comparativamente com os grupos de doentes sem DO. A diferença de custos entre indivíduos com DO e sem DO foi significativa na maior parte dos estudos. Ainda nesta revisão, em 26 artigos, 21 concluíram que o tempo de internamento foi significativamente mais longo comparativamente com doentes sem DO, sendo que nos estudos realizados na europa contribuiu para um aumento de 8 dias por internamento (Attrill et al., 2018).

Chen et al. (2015) investigaram os preditores de custos médicos totais em doentes com AVC isquémico numa amostra de 311 indivíduos hospitalizados em Taiwan. Cerca de 205 doentes apresentaram DO, aos quais foram atribuídos US \$ 5 134,5 em custos. Com o mesmo objetivo, mas para doentes com AVC Hemorrágico, Chen & Ke (2016) identificaram um custo de US \$ 7 329,2 para 118 indivíduos com DO, sendo esta condição também um fator preditor para custos gerais em doentes com AVC.

Com o objetivo de avaliar o impacto da DO no tempo de permanência hospitalar, custos, disponibilidade de alta e mortalidade intra-hospitalar entre indivíduos adultos internados nos EUA, Patel et al. (2018) analisou dados da Amostra Nacional de Pacientes Internos do Projeto AHRQ Healthcare (HCUP), onde foram incluídos doentes com idades superiores a 45 anos, com mais de 180 dias de internamento, com e sem DO. Para calcular custos, foram considerados o tempo de internamento, despesas totais e custos intra-hospitalares, necessidades após alta e mortalidade hospitalar. Assim, 2.7% de 88 milhões de doentes tiveram DO, que afetou 50.2% indivíduos do género masculino. A DO foi mais prevalente em casos com idades entre os 65 e 90 anos com maior registo de comorbilidades (aproximadamente 3). Os quadros clínicos mais observados foram de septicémia, hemorragia intracraniana ou AVC, infeções respiratórias, esofagite, gastroenterite e distúrbios digestivos e necessidade de reabilitação. Indivíduos com DO tiveram tempo de permanência hospitalar 43% mais longo do que os que não apresentavam DO. O custo médio de internamento para doentes com DO foi de US \$ 19 244 comparativamente com doentes sem DO (US \$ 13 001), e os custos totais foram de US \$ 65 181 para doentes com DO e de US \$ 43 069 para os que não tinham este comprometimento. Doentes com DO tinham maior probabilidade de morte (1.7%) e maior probabilidade de terem alta para cuidados pós-agudos (dando continuidade ao tratamento) do que para o domicílio. Neste estudo, os custos totais de doentes internados com DO foram de 42% a 44% superiores por admissão, especialmente por maior apresentarem maior número de dias de internamento, testes de diagnóstico e tratamento adicional (Patel et al., 2018). Os autores realçaram que, extrapolando os valores obtidos, a DO foi responsável por US \$ 4.3 a US \$ 7.1 bilhões de custos hospitalares anuais adicionais.

3. Metodologias

O capítulo 3 descreve o presente estudo, caracterizando as suas etapas e apresentando as metodologias implementadas para cumprir com os objetivos propostos. Neste, são também apresentadas as dinâmicas da UCCMDR em análise, particularmente no que se refere ao tratamento dos doentes com DO.

3.1. Caracterização do estudo

A escolha cuidadosa do método de pesquisa apropriado para obter o conhecimento sobre um determinado tema é fundamental, sendo que um estudo pode usar vários tipos de pesquisa. Para cumprir o objetivo proposto neste trabalho, foi aplicada uma metodologia que se enquadra nos estudos correlacionais, uma vez que pretende descobrir e estabelecer a existência de uma relação, associação e independência entre dois ou mais aspetos de uma situação ou fenómeno; de pesquisa descritiva, pois estuda e descreve com precisão as características de situações, problemas, fenómenos, serviços e grupos ou indivíduos; diagnóstica, porque determina a frequência com que algo ocorre ou está relacionado; e quantitativa, já que parte do estudo se baseia na medição da quantidade em termos monetários que foram submetidos a uma análise quantitativa rigorosa, formal e rígida (Bairagi & Munot, 2019; Kothari, 2004). Considera-se também que se trata de um estudo de caso, uma vez que utiliza uma abordagem versátil, que consiste na investigação detalhada de uma entidade delimitada em que os investigadores examinaram uma questão relevante (Salkind, 2010). O estudo de caso é mais profundo do que amplo e baseia-se numa investigação intensiva na Unidade em consideração (Kothari, 2004). Este estudo de caso inclui também uma análise económica relativa ao custo da doença, a DO, uma vez que se irão descrever e calcular os custos associados à DO na UCCMDR, ignorando-se comparações de custos e consequências entre duas ou mais abordagens/programas em saúde (Drummond et al., 2015). Quanto ao momento em que os dados foram recolhidos, este estudo caracteriza-se como estudo de corte retrospectivo e transversal, uma vez que os dados se referem a doentes que já não se encontram na Unidade e foi realizada uma pesquisa em bancos de dados administrativos e registos médicos que ocorreu num único momento (Salkind, 2010).

3.2. Etapas do estudo

O presente estudo decorreu em diferentes etapas. Iniciou-se com a revisão bibliográfica do tema com base em trabalhos realizados nacional e internacionalmente. Posteriormente definiu-se a população, a amostra e as variáveis a estudar. De seguida, recolheram-se e trataram-se os dados dentro da UCCMDR, através da consulta das informações nos registos clínicos (informáticos e não informáticos) e no departamento de contabilidade. A consulta dos dados foi realizada mediante a

autorização no conselho de ética da instituição. Após recolha dos dados de acordo com critérios específicos, estes foram organizados em tabelas para a sua devida análise estatística, descrição e cálculo dos custos relativos à DO. Com a obtenção dos resultados, estes foram analisados, organizados e discutidos para que, por fim, se realizassem as devidas conclusões, presentes neste documento.

3.3. Seleção e pesquisa bibliográfica

Esta etapa contempla um estudo abrangente de conteúdo técnico e autorizado que relaciona as palavras-chave de uma pesquisa sobre um tema. É uma etapa fundamental, ainda que seja revista várias vezes durante o desenvolvimento do estudo. Permite compreender abordagens, metodologias, conjuntos de dados usados por outros investigadores e o estado da arte. Os pesquisadores devem ser capazes de usar e analisar trabalhos elaborados previamente como base, e propor novas ideias que podem ser corroboradoras ou contraditórias do trabalho anterior. Realça-se que esta etapa conduziu o estudo no sentido de preencher as lacunas existentes sobre a análise de custos associados à DO em Portugal (Bairagi & Munot, 2019).

Nesta fase, a revisão bibliográfica foi estruturada com base em material previamente elaborado como obras literárias, artigos, documentos informativos, dissertações, diplomas legais, páginas web de organizações e associações, apresentações em congressos e pósteres. Procedeu-se à pesquisa em revistas científicas como "*Dysphagia*", "*Gastroenterology*", "*Age and Aging*", "*CHEST JOURNAL*" ou "*Otolaryngology – Head & Neck Surgery*", em bases de dados como a PubMed, ScienceDirect, Google-académico e B-on, na biblioteca da ESS do IPP e em sites de organizações e associações como a European Society For Swallowing Disorders (ESSD), ASHA, SNS a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Associação Portuguesa de Terapia da Fala (APTF) e a Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF). Os temas procurados incluíram as expressões "cálculo de custos em saúde", "custos diretos com saúde", "análise de custos em saúde", "fatores agravantes do tempo de internamento", "conceito de economia", "conceito de economia de saúde", "sistema de saúde em Portugal", "funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação", "caracterização dos doentes internados na RNCCI", "conceito de Disfagia Orofaríngea", "etiologia e prevalência da Disfagia Orofaríngea", "avaliação e tratamento da Disfagia Orofaríngea", "custos da Disfagia Orofaríngea", "complicações da Disfagia Orofaríngea", "AVC e Disfagia Orofaríngea", "estado nutricional e Disfagia Orofaríngea", "custos da Pneumonia por Aspiração", "alimentação entérica e parentérica na Disfagia Orofaríngea" e "cuidados prestados na alimentação a doentes das Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação". No decorrer da revisão da literatura, priorizou-se a utilização de bibliografia recente.

3.4. População, amostra e variáveis

No âmbito da criação do desenho de pesquisa e análise estatística, uma população é todo o conjunto de entidades onde se procura compreender ou fazer inferências. Delinear claramente a população de interesse é uma parte fundamental do trabalho de pesquisa. Quando as informações completas de uma população são desnecessárias, define-se um subconjunto denominado “amostra”, sendo que os atributos da amostra são usados para fazer inferências sobre toda a população de onde esta foi retirada e o processo para a sua seleção é a amostragem (Salkind, 2010).

Neste estudo, considera-se que a população são doentes internados em UCCMDR. A amostra foi recolhida numa UCCMDR em particular, entre os anos de 2017 e 2019. No estudo, incluíram-se apenas doentes que apresentavam como motivo de internamento “necessidade de reabilitação” e que tinham sido submetidos a avaliação da deglutição pelo Terapeuta da Fala (com os protocolos de avaliação da construídos e adaptados às dinâmicas da Unidade). Excluíram-se todos os casos de internamento por descanso do cuidador, casos sociais ou saídas da instituição por transferência.

As variáveis analisadas neste trabalho tiveram como base a literatura relevante pré-existente sobre o tema, o conhecimento profundo sobre a patologia em análise e as dinâmicas da instituição. Assim, investigaram-se as características sociodemográficas (idade, género e habilitações académicas), presença/ausência de DO, diagnóstico principal, tipo de alimentação (oral ou entérica), número de SNG por internamento, complicações clínicas (PA e estado nutricional), custos com espessante, custos com alimentação entérica e custos com acompanhamento durante refeições (Auxiliares de Ação Médica (AAM) e enfermagem) e custos com reabilitação (Terapia da Fala).

3.5. Caracterização das dinâmicas da instituição em análise no estudo

A UCCMDR analisada é uma das várias valências de uma Instituição Privada de Solidariedade Social que também inclui cozinha, lar-de-idosos, centro-de-dia, creche e Unidade de multideficiência. Particularmente a UCCMDR é composta por uma equipa multidisciplinar que inclui Medicina (Fisiatria), Enfermagem, Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Assistente Social e AAM. Esta Unidade tem capacidade para 20 camas. Aos enfermeiros, aos AAM e à Terapeuta da Fala são atribuídas competências para a alimentação dos doentes. É também garantida a formação na área da DO para capacitação dos profissionais e uniformização das estratégias a utilizar durante o momento de refeição.

No que diz respeito especificamente ao processo de tratamento do doente com DO, à entrada é realizado o ajuste da dieta com base nas indicações clínicas prévias e é descrita a sua situação clínica na plataforma da instituição por parte da Enfermagem. Este procedimento é válido

apenas quando o doente já tem prévias indicações dos ajustes alimentares. Caso estas indicações não estejam presentes no relatório clínico e se detetem dificuldades na alimentação, é realizado um teste de triagem por parte da equipa de enfermagem e as informações são transmitidas ao Terapeuta da Fala e Médica Fisiatra que irá articular com a restante equipa.

Posteriormente, se em reunião de equipa se considerar que o doente beneficia de avaliação/intervenção/orientação, este é encaminhado para a Terapia da Fala para avaliação/intervenção mais pormenorizada do caso.

Nesta instituição e neste tipo de casos em particular, o Terapeuta da Fala é o responsável por agilizar o processo relativo à avaliação/reabilitação do doente, sempre com o apoio do Médico Fisiatra responsável pelo caso. De acordo com a gravidade da DO apresentada, para além da reabilitação em Terapia da Fala, este poderá necessitar de espessante nos líquidos para aumento da sua viscosidade, ajuste da consistência alimentar (ingestão de comida pastosa/cremosa, triturada/picada, esmagada com o garfo ou cortada), restrições alimentares (por exemplo, evitar ingestão de alimentos com consistências duplas como frutos sumarentos, arroz seco ou frutos secos), acompanhamento por parte dos AAM ou Enfermeiros durante as refeições (em casos considerados mais graves e com maior risco de complicações durante o período de alimentação) ou alimentação entérica (por exemplo uso de SNG ou PEG). As consultas de intervenção em Terapia da Fala envolvem o apoio durante o período de alimentação e o tratamento em gabinete e têm uma duração de aproximadamente 45 min.

Os ajustes relativos às particularidades de cada doente são descritos numa tabela que é atualizada semanalmente (particularmente pela Nutricionista e Terapeuta da Fala) e que está afixada na copa da instituição, onde as refeições são preparadas pelas AAM. Todos os registos são descritos na plataforma da RNCCI, nos registos de sessão, nas tabelas de comunicação à Médica Fisiatra (elaboradas semanalmente com base nas evoluções e propostas de evolução de cada doente que usufrui da valência de Terapia da Fala) e na plataforma interna da Unidade.

A avaliação da deglutição pela Terapeuta da Fala inclui a análise do historial clínico, análise dos recursos existentes, aplicação de um protocolo de avaliação informal da DO em contexto de gabinete e a aplicação de um protocolo de avaliação informal da DO em contexto de refeição (onde são registadas as competências do doente, recursos utilizados e o tempo que dura a sua alimentação). O Terapeuta da Fala está presente na Unidade uma vez por semana, avaliando e reavaliando cada caso semanalmente. Também neste período assiste às refeições. Após a reavaliação nos diversos contextos de alimentação, as conclusões são registadas na plataforma da Unidade e analisadas nas reuniões de equipa.

Os protocolos de avaliação informal utilizados são adaptados às dinâmicas da Unidade. Contudo, utilizam como base alguns protocolos e escalas pré existentes e validadas, tais como o V-

VST (Clavé et al., 2008), o PARD (Padovani et al., 2020), a EAT-10 (Schindler, 2013), a Escala FOIS (Crary et al., 2005) e Protocolo de Avaliação Orofacial (PAOF) (que avalia as funções motoras e de sensibilidade do doente a nível orofacial) (Guimarães, 1995). A enfermagem avalia as necessidades à entrada e a Nutricionista utiliza o MNA[®] (Guigoz, 2006; Nestlé Nutritional Institute, 2020) para caracterizar o estado nutricional.

Os custos relativos à colocação de SNG são suportados pela instituição. Aos doentes que dão entrada na Unidade e trazem SNG, é atribuída uma sonda de longa duração. O mesmo é realizado quando necessária a colocação de SNG posteriormente à sua entrada na UCCMDR (por exemplo por agravamento do quadro clínico). No caso de o doente necessitar de mais do que uma SNG por internamento, como por exemplo por danos na anteriormente colocada, é fornecida outra.

No que diz respeito às refeições, cada doente que não se alimenta por via entérica realiza pequeno-almoço, lanche da manhã, hidratação da manhã, almoço, hidratação da tarde, lanche da tarde, jantar e ceia. Reforça-se que dependendo da gravidade da DO ou das orientações fornecidas, os doentes poderão necessitar de ajuda numa fase inicial do tratamento por parte de enfermagem (especificamente) ou por parte dos AAM. Esta ajuda relaciona-se com a necessidade de orientações durante a refeição e monitorização de engasgos, saturações, tosse ou ajuda nas estratégias que o doente necessite de automatizar (manobras compensatórias/posturais abordadas no capítulo referente à revisão da literatura). Os doentes que realizam nutrição entérica têm 7 momentos de alimentação e hidratação ao longo do dia, cuja valência de enfermagem é a responsável.

3.6. Recolha e tratamento dos dados

Neste trabalho, a recolha de dados foi realizada fundamentalmente a partir da base de dados e de registos internos da Unidade e da consulta dos valores dos materiais e recursos humanos no departamento de contabilidade da UCCMDR.

Na base de dados e registos obtiveram-se as seguintes variáveis: número de doentes com DO, idade, género, habilitações académicas, diagnóstico principal, estado nutricional, número de PA's, tempo de permanência na instituição, identificação dos recursos humanos no período de alimentação e reabilitação para a DO (AAM, Enfermagem e Terapeuta da Fala), quantidade de espessante utilizado por dia, número de SNG usadas por internamento, número de refeições por via entérica e recursos utilizados para a reabilitação do doente com DO.

Para o cálculo dos custos monetários referentes à enfermagem e AAM durante o período de alimentação, foi necessária a atribuição de um tempo de alimentação para o grupo de doentes com DO e cálculo das proporções com base no valor hora de cada profissional. Para o cálculo dos tempos de alimentação de doentes que se alimentam com ajuda de Enfermagem ou AAM, consultaram-se os registos dos processos de Terapia da Fala dos últimos 20 doentes com DO (dependentes de AAM ou enfermagem) à entrada e calculou-se a sua média. Atribuiu-se 120

minutos para alimentação diária. Por fim, no que diz respeito aos gastos de tempo com enfermagem durante a alimentação entérica, foi questionado o tempo à Enfermeira-chefe, imputando-se 8 minutos por doente (referentes à preparação e ministração do alimento). O custo do valor hora de cada profissional para a instituição, foi determinado com recurso ao apoio do sector da contabilidade da instituição. Os valores obtidos são expostos na seguinte tabela 4.

Tabela 4 - Custos dos recursos humanos utilizados em doentes com DO na UCCMDR.

	Profissional	Valor hora	Tempo em minutos	Valor diário por doente	Valor semanal por doente
Período de alimentação	Enfermagem durante refeições via oral	7,65 €	120	15,3 €	
	Auxiliar de ação médica	4,47€	120	8,94 €	
	Enfermagem durante SNG	7,65€	56	7,14	
Reabilitação	Terapeuta da Fala	7,60 €	45	-	5,70 €

Fonte: elaboração própria com base nos dados fornecidos pelo departamento de contabilidade e registos dos profissionais. A tabela integra os dados relativos ao período de reabilitação e refeição e os valores são referentes a cada doente individualmente.

No que diz respeito aos custos com a alimentação por SNG, com base nos registos da enfermagem, definiu-se que cada doente realiza 7 refeições de 250 ml, sendo que cada embalagem de alimentação entérica contém 500 ml. O preço para embalagem de 500 ml é de 3,25 €. Para obtenção do preço real gasto por doentes com alimentação entérica, ao valor total gasto com a alimentação, subtraiu-se o preço da alimentação por via oral. Realizou-se este processo uma vez que a alimentação destes doentes é processada e vem embalada, contendo propriedades específicas para este tipo de casos. O mesmo não acontece com os doentes que se alimentam por via oral, uma vez que utilizam as refeições da UCCMDR preparadas neste local que contêm os mesmos alimentos para doentes sem e com DO (ainda que as dietas tenham de ser adaptadas em termos de consistência e viscosidade).

Para o cálculo dos valores relativos ao uso de espessante, consultou-se novamente a contabilidade para obter o preço da lata de espessante e os registos de Terapia da Fala dos doentes para obter a média do número de gramas de espessante necessárias. Uma lata de 400 g de espessante custava 11,66 €. Definiu-se que cada doente com DO e alimentação oral, em média, necessita de 30 g de espessante diariamente. Foram calculadas as proporções com base no preço de uma lata de espessante e o número de gramas necessárias (tabela 5).

Os doentes que se alimentam por via entérica necessitam de 1 SNG por internamento que é fornecida pela Unidade. O preço de cada SNG é de 11,68 €. Calculou-se o número de SNG por internamento com base nos registos de enfermagem e o preço da SNG foi solicitado à contabilidade.

Tabela 5 - Custos gerais com alimentação na UCCMDR por cada doente.

Recurso	Valor	Valor diário por doente	Valor por internamento	Valor semanal por doente
Alimentação entérica	3,25 €	11,375 € - 3,28 € = 8,095 €	-	-
Espessante	11,66 €	0,90 €	-	-
1 SNG	11,68 €	-	11,68 €	-
Preço diário de Alimentação para via oral	Almoço – 1,74 € Jantar – 1,04 € Pequeno almoço e lanches – 0,50 €	3,28 €	-	-
Materiais intervenção				3,30 €

Fonte: elaboração própria, com base nas informações fornecidas pela equipa de enfermagem e departamento de contabilidade. Integra os preços com alimentação, excluindo os recursos humanos.

No que concerne aos custos com reabilitação, calculou-se o tempo de reabilitação em Terapia da Fala e os recursos utilizados com os doentes por este profissional. Obteve-se um valor de 9 €, que inclui o valor hora do profissional (ajustado a 45 minutos de intervenção por semana como descrito na tabela 4) e os materiais que utiliza com os doentes (tabela 5). Estes dados foram obtidos através da contabilidade (através do valor dos materiais solicitados por ano para intervenção em Terapia da Fala), tiveram em conta as dinâmicas da instituição no que diz respeito ao tempo de intervenção estipulado para doentes com DO e as informações dos processos clínicos dos doentes (onde consta a intervenção em Terapia da Fala e os materiais utilizados durante o tratamento).

Por fim, para cálculo do acréscimo de valores total dos doentes da amostra, multiplicou-se o custo dos recursos utilizados diariamente com os doentes para sua alimentação e tratamento pelo respetivo número de dias de internamento.

3.7. Análise estatística dos dados

Após recolha, tratamento e organização dos dados em tabelas de acordo com as variáveis em estudo, utilizou-se o *software SPSS Statistics for Macintosh* (versão 27) (IBM Corp., 2020) para a realização da análise estatística dos valores obtidos.

Para a descrição da amostra relativamente aos parâmetros sociodemográficos, características clínicas e prevalência, procedeu-se a uma análise exploratória/descritiva que incluiu a apresentação de tabelas de frequências, gráficos e medidas de localização e dispersão.

Para a análise inferencial recorreu-se ao teste t-*Student* para amostras independentes, o teste Exato de Fisher e o teste de Qui-quadrado. O teste t-*Student* para amostras independentes foi utilizado para comparação de médias de idade e dias de internamento em função da presença ou ausência de DO. O teste Exato de Fisher e o Qui-quadrado foram realizados no sentido de verificar o grau de associação entre as variáveis qualitativas (características sociodemográficas e clínicas) em função da presença de DO. Em todas as análises assumiu-se um valor de significância de 5%.

Para levar a cabo uma investigação, é fundamental respeitar fundamentos éticos. O Tratado de Helsínquia permite regulamentar a investigação, protegendo os seus participantes. Assim, ao comité de ética da instituição, foi fornecida toda a informação relativa à investigação, de forma cuidada e organizada. Em todos os procedimentos foram respeitados os protocolos da investigação aceites pela instituição.

4. Resultados

De modo a cumprir os objetivos propostos neste trabalho, o presente capítulo integra a exposição dos resultados após aplicadas as metodologias propostas no capítulo 3. Deste modo, apresenta os valores obtidos no âmbito da prevalência da DO na UCCMDR em estudo, a caracterização sociodemográfica e clínica dos doentes, o tempo de internamento para doentes com e sem DO e os custos associados aos recursos utilizados para a sua gestão dentro da instituição em análise. Recorreu-se, portanto, a uma amostra de 130 doentes que preencheram os critérios estabelecidos.

4.1. Prevalência de Disfagia Orofaríngea

No que diz respeito ao número de indivíduos com DO na UCCMDR, dos 130 doentes analisados, 57 apresentavam DO. Obteve-se assim uma prevalência de 43,8% (gráfico 1).

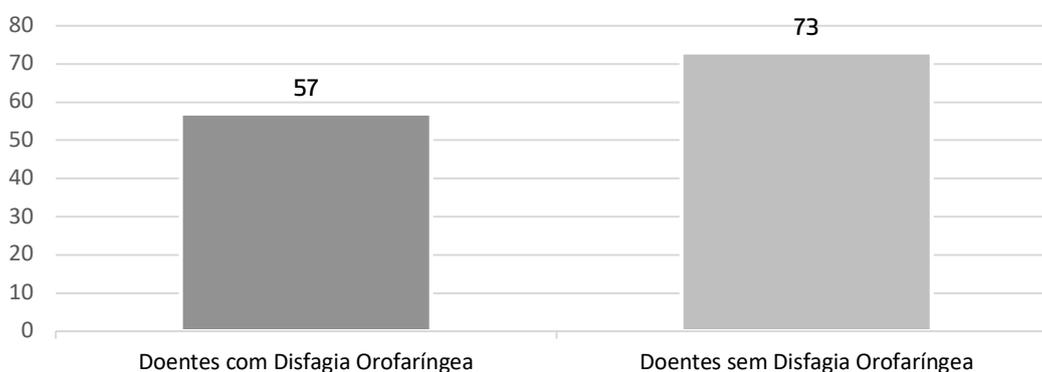


Gráfico 1 – Representação gráfica da prevalência de DO na UCCMDR em análise.

4.2. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

No que diz respeito à idade, no total da amostra, os indivíduos apresentaram média de 75.2 anos (DP =11.2). A média de idades dos doentes com DO ascendeu a 76.2 (DP=11.2) e nos sem DO a 74.4 (DP=11.2). Na generalidade, a população analisada neste trabalho é idosa. Os dois grupos não apresentam médias de idade significativamente diferentes ($p= 0.365$). Realça-se que 36.84% dos doentes com DO têm entre 74 e 84 anos (primeira linha da tabela 6 e gráfico 2).

Na globalidade, 71 (54.62%) dos indivíduos da amostra eram do género feminino e 59 (45.38%) do género masculino. Existe uma tendência significativa para a presença de DO em elementos do género masculino ($\chi^2=4.738$, $p= 0.03$), como explica a segunda linha da tabela 6. Dentro de cada elemento do género, homens com DO representam 54.23% da totalidade dos homens e mulheres com DO representam 35% da totalidade das mulheres. Dos 57 doentes com DO, 25 (43.85%) eram do género feminino e 32 (56.14%) do género masculino.

No total da amostra, 89 doentes apresentavam como habilitações literárias 1º Estádio de Educação Básica (4 classe, 6º ano) (68.46%), 34 (26.15%) sem escolaridade e 7 (5.38%) o 9º ano. A maior parte dos indivíduos com DO tem como habilitações literárias o 1 Estadio de Educação Básica (4ª classe/6º ano), que representa 61.4% (linha 4 da tabela 6). Considera-se que não existe uma associação significativa entre este parâmetro e a DO ($\chi^2=5.865, p= 0.053$).

No que diz respeito à origem do internamento, 83.84% dos doentes com DO tiveram como origem o Hospital e 16.15% o Domicílio. De todos os doentes encaminhados pelo hospital, 44.95% apresenta DO. Não existe associação significativa entre a origem do internamento e a DO, como indica a linha 5 da tabela 6.

Tabela 6- Caracterização sociodemográfica e clínica dos doentes.

Variáveis	Descrição das variáveis	Doentes com DO	Doentes sem DO	Total	p-Value
Idade	-	M= 76.2 DP=11.2	M= 74.4 DP=11.2	M=75.2 DP=11.2	$p=0.365$
Género	Feminino	25	46	71 (54.62%)	$\chi^2 = 4.738$ $p=0.030$
	Masculino	32	27	59 (45.38%)	
Habilitações Académicas	1 estadio de educação básica (4ª classe/ 6º ano)	35	54	89 (68.46%)	$\chi^2=5.865$ $p= 0.053$
	9º Ano	6	1	7 (5.38%)	
	Sem escolaridade	16	18	34 (26.15%)	
Origem do internamento	Hospital	49	60	109 (83,84%)	$\chi^2= 0.336$ Teste de Fisher = 0.636 $p=0.562$
	Domicílio	8	13	21 (16.15%)	
PA	Com histórico	9	0	9 (6,92%)	Teste de Fisher = 12.384 $p<0.001$
	Sem histórico	48	73	121 (93.07%)	
Diagnóstico clínico	AVC	34	12	46 (35.38%)	$\chi^2= 32.754$ $p< 0.001$
	TCE, DND e outras doenças neurológicas	9	8	17 (13.8 %)	
	Fraturas, úlceras e Distúrbios ósseos, articulares e musculares	8	39	47 (36.15%)	
	Outras	6	14	20 (15.38%)	
Estado nutricional	Nutrido	28	56	84 (64.6%)	$\chi^2= 10.656$ Teste de Fisher = 0.002 $p=0.001$
	Malnutrido	29	17	46 (35.38%)	
Via de alimentação	Sem via alternativa	32	73	105 (80,76%)	$\chi^2= 39.641$ $p>0.001$
	Com via alternativa	25	0	25 (19.2%)	

Fonte: elaboração própria, com base na análise estatística dos dados utilizando o programa SPSS.

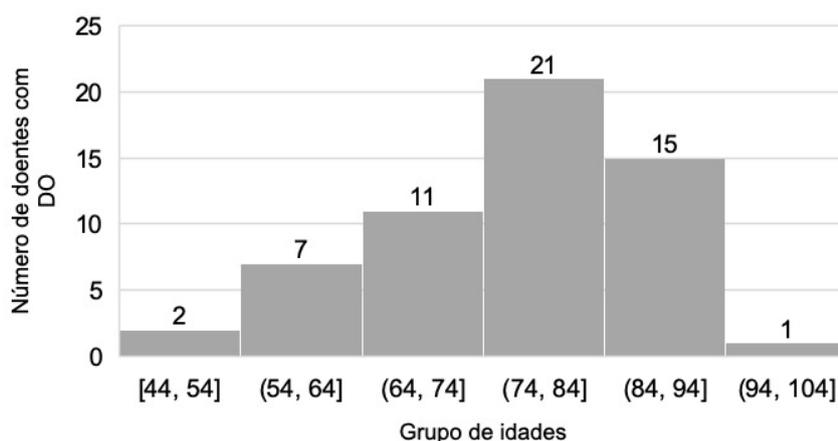


Gráfico 2– Exposição gráfica da caracterização dos doentes por faixas etárias.

Da totalidade dos 130 doentes, 6.92% apresentaram histórico de PA (antes ou durante o internamento). No que diz respeito à população com DO, esta porção representou 15.79% da totalidade de doentes, como explica a linha 6 da tabela 6. Observou-se que existe uma tendência estatisticamente significativa para a PA em doentes com DO.

No que concerne ao diagnóstico clínico que motivou a entrada dos doentes na Unidade, analisaram-se todos os 130 diagnósticos que, pela sua variabilidade e pontos em comum, foram agrupados por tipologias. Concluiu-se que existe tendência significativa para a presença de DO em doentes com AVC ($\chi^2=32.754$, $p<0.001$), sendo que 59.64% dos doentes com DO apresentaram AVC como diagnóstico clínico principal.

Quanto à variável relativa ao estado nutricional à entrada, dos 130 doentes, 46 foram classificados como “malnutridos”. Este valor representa 35.38% do total da amostra. No que diz respeito exclusivamente à população com DO, 50.87% da totalidade de doentes foram classificados como “malnutridos” e 49.12% como “nutridos”. Dos 46 doentes malnutridos, 63% apresentavam DO. Constatou-se que existe uma tendência significativa para a presença de malnutrição em doentes com DO ($\chi^2=10.656$, $p=0.001$), uma vez que este grupo demonstrou um estado nutricional mais baixo (linha 8 da tabela 6).

No que se refere à via de alimentação que os 130 doentes utilizavam à entrada, 19.23% alimentavam-se por SNG ou PEG, ou seja, realizavam alimentação entérica. No que diz respeito concretamente à população com DO, doentes com via de alimentação entérica representaram 43.85% deste grupo, ou seja, 25 indivíduos (linha 9 da tabela 6).

4.3. Tempo de internamento na instituição

De acordo com os valores obtidos na base de dados da instituição, doentes com DO estão internados em média cerca de 122 (DP=62.27). Este resultado é superior em 17.81 dias comparativamente com doentes sem DO, que apresentaram média de 104.19 dias de internamento

(DP=49.279) (tabela 7). Embora haja uma tendência para o aumento do número de dias de internamento em doentes com DO, a diferença entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa ($p=0.065$).

Tabela 7 – Análise do tempo de internamento dos doentes com e sem DO.

Variável	Com DO	Sem DO	Total da amostra	p-Value
Tempo de internamento	122 DP=62.272)	104.19 (DP=49.279)	112.75 (DP= 55.9)	$p=0.065$

Fonte: Elaboração própria.

4.4. Acréscimo de custos nos doentes com Disfagia Orofaríngea

Para a análise do acréscimo de custos dos doentes com DO, utilizaram-se os valores referentes ao acompanhamento durante as horas de refeição, o valor da alimentação entérica, o valor de espessante o valor da SNG (uma SNS por internamento) e o valor com reabilitação. O gráfico 3 expõe a soma dos custos diários dos 57 doentes com DO (com base nas avaliações e registos na data da entrada na instituição). Na totalidade, foi obtido um acréscimo de custos de 418,99 € com acompanhamento, 202,38 € com alimentação entérica (usada por doentes que têm como via de alimentação SNG ou PEG), 28,80 € em espessante, 292 € em SNG e 74 € com reabilitação em Terapia da Fala. Importa referir que o valor da SNG foi calculado por internamento, ou seja, ao multiplicar o valor de uma sonda por 25 doentes que realizavam alimentação entérica, obteve-se 292 €.

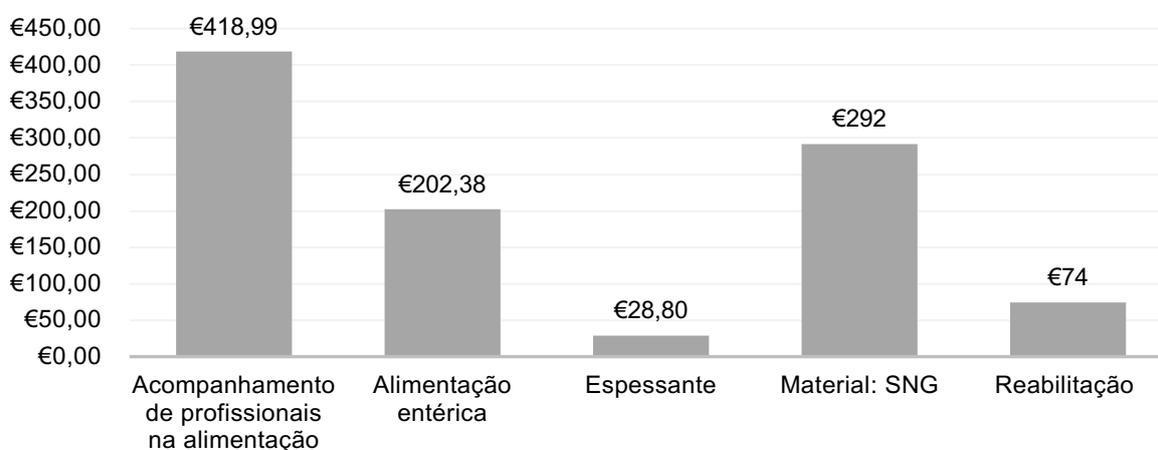


Gráfico 3 – Soma dos acréscimos de custos relativos a 1 dia dos 57 doentes com DO.

Neste ponto, importa perceber o custo de cada doente diário e individualmente. Após análise da amostra, foi possível agrupar os indivíduos de acordo com as suas necessidades e tipo de

custos. Assim agruparam-se os que se alimentavam exclusivamente por via entérica, que tinham DO e necessitavam do apoio de enfermagem durante a alimentação, que tinham DO e necessitavam do apoio de AAM durante a alimentação e doentes com DO independentes (gráfico 4).

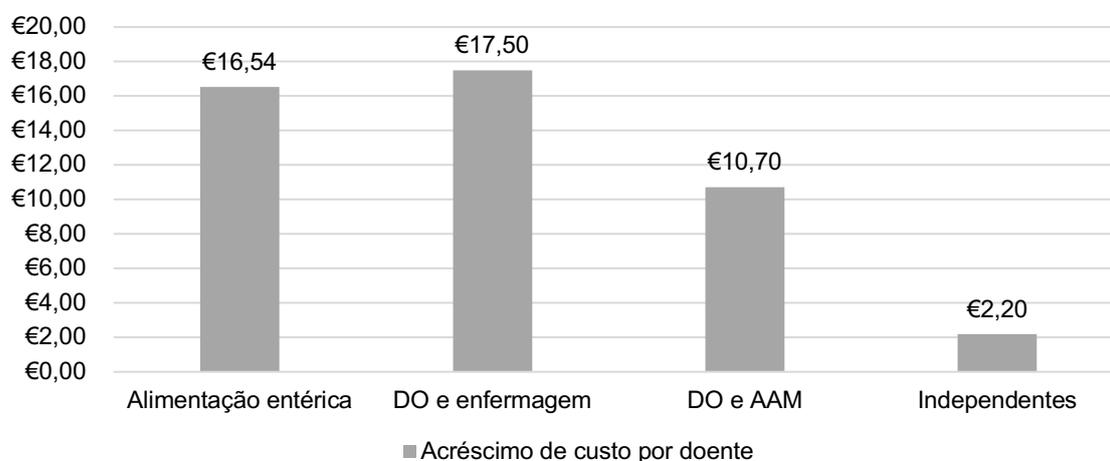


Gráfico 4 - Análise comparativa entre o acréscimo de custos unitários por cada grupo de doentes diariamente. Nota: A análise não inclui o custo da SNG, uma vez que esta será calculada por internamento mais à frente, contudo, os dados apresentados incluem o valor com reabilitação em Terapia da Fala em cada grupo.

Analisando o gráfico anterior, constatou-se que um doente com alimentação entérica apresentou um acréscimo de custos de 16,54 € face a aos que não apresentavam DO. Um doente com DO e que necessitasse da supervisão de enfermagem, teve um acréscimo de 17,50 € e o que necessitava a AAM 10,70 €. Um doente considerado independente representou um acréscimo de 2,20 €. Estas diferenças traduzem-se nos custos apresentados na tabela 8, quando multiplicados pelo real número de dias de internamento de cada indivíduo.

Tabela 8 – Exposição do acréscimo de custos por grupo de doentes.

Tipo de doente	Custo total de acordo com os dias de internamento
Alimentação entérica	51 820,85 € para 25 doentes
DO e enfermagem	7 000,4 € para 3 doentes
DO e AAM	26 680,3 € para 21 doentes
Independentes	2 453 € para 8 doentes
Custo total doentes sem DO	25 197 € para 73 doentes

Fonte: elaboração própria com base na informação disponibilizada nos registos clínicos da UCCMDR e no departamento de contabilidade. Este quadro inclui também o valor apurado dos custos com doentes sem DO para futura análise, comparação e discussão de valores.

Para melhor compreensão dos custos indicados na tabela 8, os gráficos 5, 6, 7 e 8 apresentam uma descrição detalhada dos gastos com os diversos recursos inerentes aos grupos de

doentes. Assim, dentro do grupo de doentes que se alimentam por via entérica, 3 976,70 € dos valores estavam relacionados com a reabilitação, 22 789,55 € com acompanhamento durante os horários de alimentação, 24 762,60 com alimentação entérica e 292 € com material, que incluiu a SNG. Estes valores estão descritos e comparados no gráfico 5.

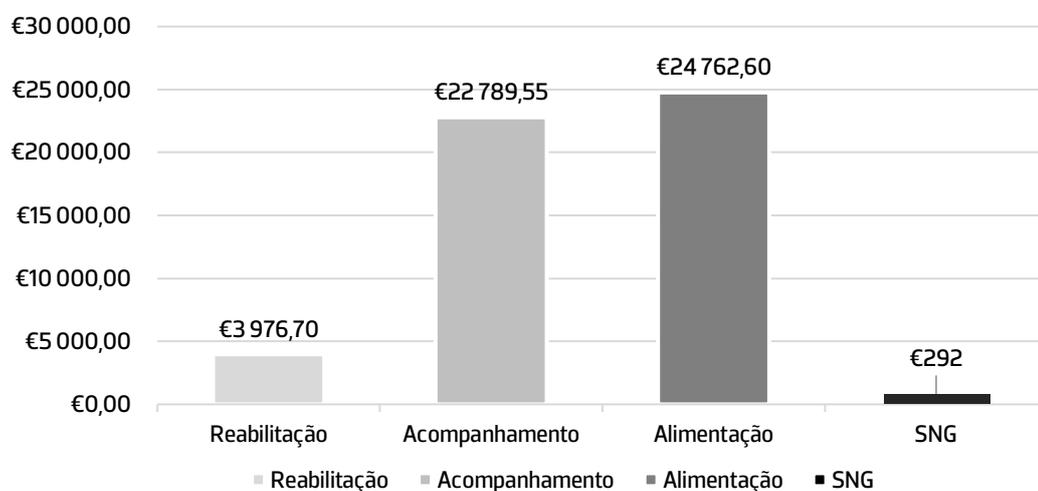


Gráfico 5 – Discriminação dos custos para doentes que realizavam alimentação entérica.

No que diz respeito ao grupo de doentes com DO que se alimentavam por via oral e necessitavam de acompanhamento pela valência de enfermagem durante as refeições, os valores com reabilitação foram de 529,10 €, acompanhamento durante os horários da refeição de 6 105 € e 366,30 € com espessante (gráfico 6).

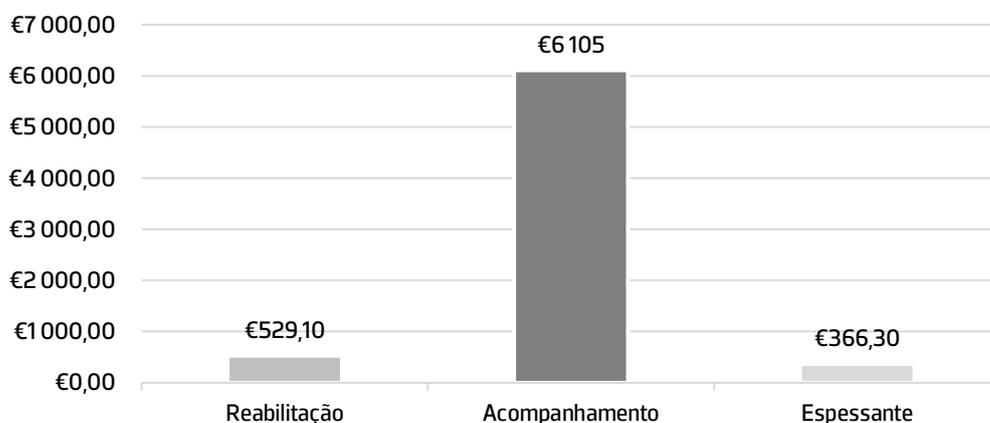


Gráfico 6 – Discriminação dos custos para os doentes que realizavam alimentação via oral e necessitavam do apoio de enfermagem.

Relativamente ao grupo de doentes com DO que beneficiavam de acompanhamento com AAM durante o período de refeição, obteve-se 3113,50 € em reabilitação, 21 411,30 € com acompanhamento e 2155,50 € com espessante, como expõe o gráfico 7.

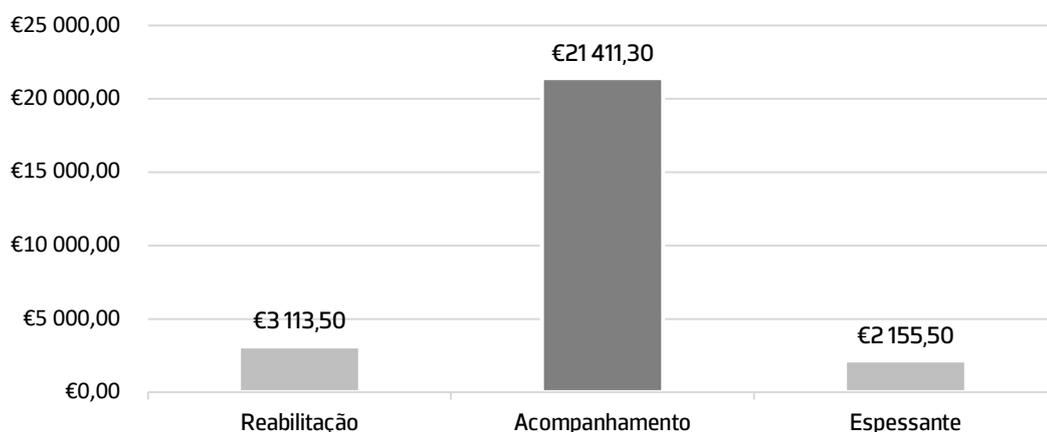


Gráfico 7 – Discriminação dos custos para doentes que realizavam alimentação via oral e necessitavam de acompanhamento por AAM.

De acordo com os resultados obtidos, para doentes com DO que não necessitavam de ajuda no horário da refeição, obteve-se um custo de 1449,50 € com reabilitação e 1003,50 € com espessante (gráfico 8).



Gráfico 8– Discriminação dos custos para doentes independentes.

5. Discussão

O presente capítulo integra a discussão dos resultados obtidos no capítulo anterior e a respetiva comparação com os estudos consultados. Uma vez que os dados analisados estão de acordo com o capítulo 4, encontra-se estruturado de forma semelhante iniciando-se com a análise da prevalência da DO na instituição, seguindo-se da caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, análise do tempo de internamento dos doentes na instituição em função da presença ou ausência de DO e finaliza com a discussão sobre os dados obtidos no que diz respeito aos custos de doentes com DO.

5.1. Análise da prevalência de Disfagia Orofaríngea na instituição

No que concerne à prevalência de doentes com DO, dos 130 indivíduos analisados, 57 apresentavam comprometimento na sua deglutição, obtendo-se uma percentagem de 43.8%. Constata-se que a DO é uma comorbidade prevalente nesta UCCMDR. Analisando estudos que retratam e caracterizam esta problemática, mesmo que noutros contextos (ambiente hospitalar, Unidades de Reabilitação ou outras instituições que prestem cuidados a doentes idosos a nível nacional e internacional) é possível considerar que os resultados obtidos vão ao encontro do que a bibliografia consultada refere sobre o tema, ainda que os valores exatos variem. Ou seja, é consensual que a DO é prevalente, contudo, os valores exatos de prevalência descritos variam de acordo com a tipologia de instituição avaliada e o tipo de protocolos aplicados para a avaliação do doente com DO, considerando-se sempre a possibilidade de subdiagnóstico (uma vez que a DO é um sintoma e não um diagnóstico principal e nem sempre é possível a aplicação de VFE e VED). Sobre este tema, num estudo que incluiu a análise de 77 540 204 internamentos hospitalares nos EUA, Altman et al., (2010), concluiu-se que 35% dos internamentos foram associados à DO, considerando-se a possibilidade de subdiagnóstico. Também numa Unidade Geriátrica em Espanha, um trabalho feito com cerca de 2 359 doentes com média de idades de 84.9 anos, concluiu que 47.5% dos casos avaliados apresentavam DO (Cabré et al., 2014). Outro exemplo, é o de Nogueira & Reis (2013) que avaliaram 272 pessoas idosas que viviam em lares-de-idosos em Portugal, tendo constatado a prevalência de DO em 40% dos indivíduos. Roy et al., (2007) realizou um estudo na comunidade, onde explicou que 38% dos 117 participantes idosos reportaram uma dificuldade na deglutição. Ainda que o estudo não tenha sido realizado com doentes institucionalizados, os resultados face à prevalência aproximam-se dos obtidos neste trabalho. Numa revisão bibliográfica sobre a incidência de DO após AVC, Martino et al., (2005) referem que, quando usados instrumentos de triagem, é possível obter uma prevalência entre 37% a 45%, sendo mais elevada quando utilizados exames instrumentais (64%-78%), o que não é o caso desta instituição. Uma apresentação de Silva & Ferreira (2018) no 1º Congresso Nacional sobre Disfagia

em Portugal expôs um estudo de caracterização com 193 de indivíduos institucionalizados em duas UCCMDR que revelou uma prevalência de 37.3% doentes com DO.

Os resultados obtidos neste trabalho são compatíveis com os dados apresentados pelos diversos estudos consultados, realizados nacional e internacionalmente. As pequenas variações no número de casos identificados poderão estar relacionadas com a forma de avaliação/identificação da DO, a tipologia da instituição ou o número de casos em análise (Marin et al., 2020). Apesar destas diferenças, é unânime que as Unidades de Saúde e de Reabilitação ou as instituições que têm como missão a prestação de cuidados ao idoso incluem uma prevalência considerável de doentes com DO.

5.2. Análise da caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

No que diz respeito à variável “idade”, na totalidade, os doentes apresentaram uma média de 75.22 (DP = 11.2). A média de idades para doentes com DO foi superior à média de idade dos doentes sem DO, contudo, as médias entre os dois grupos não foram significativamente diferentes (considerando $p=0.365$). Atendendo aos valores indicados por outros trabalhos consultados, realizados em instituições idênticas e com casuísticas semelhantes, os resultados obtidos estão de acordo com a bibliografia sobre o tema. Os valores observados na média geral de idades vão de encontro ao retrato explicado no relatório de monitorização realizado pela RNCCI (ACSS, 2019), onde é descrito que população que integra a RNCCI é envelhecida. Na totalidade da rede, em 2019, a percentagem de doentes com mais de 80 anos foi de 47.1%, e com idades entre 65 e 79 anos foi de 35.9%.

No que diz respeito à comparação entre as médias de doentes com e sem DO, diversos estudos explicam que esta é uma patologia mais prevalente nos idosos quando comparada com faixas etárias inferiores. Dada a sua prevalência nesta população, é já considerada uma síndrome geriátrica (Fernández et al., 2017). Um estudo realizado nos EUA, usando a amostra de doentes internos do Projeto HCUP (2009–2013), explica que 74% dos doentes com DO tinham entre 65 e 90 anos (Patel et al., 2018). Num estudo em ambiente hospitalar com 205 participantes, Spronk et al., (2020) concluíram que a DO era mais prevalente em doentes com idades entre os 65 e 79 anos, estando esta dificuldade significativamente relacionada com a idade. Altman et al., (2010) descrevem que a faixa etária de doentes com mais de 75 anos apresentou maior prevalência de doentes com perturbação da deglutição, após analisar 77 540 204 internamentos. Um estudo realizado por Westmark et al., (2018) com 258 doentes identificou que a média de idades dos indivíduos com DO era de 83.6 anos e sem DO era 82.7 anos, sendo que, nesta amostra, a idade era relativamente homogénea tal como a apresentada pela UCCMR em análise. Por fim, numa Unidade Geriátrica, Cabré et al., (2014), constataram que doentes com DO apresentavam idades superiores (com DO, com média de 85.7 anos e sem DO de 84 anos). Reforça-se que dada a homogeneidade de idades na Unidade estudada neste trabalho, os resultados obtidos estão de acordo com a

bibliografia consultada no sentido em que a maior parte dos doentes com DO se encontram entre os 60 e os 94 anos.

No que concerne ao género, constatou-se que 71 doentes eram do género feminino (54.62%) e 59 (45.38%) do género masculino. Ainda que o grupo seja composto por mais elementos do género feminino, cerca de 54.23% dos homens tinham DO contrastando com 35.21% das mulheres (quando analisada a prevalência dentro de cada grupo). Considera-se assim que existem mais doentes com DO do género masculino. Constatou-se também que as variáveis “género” e “DO” estão significativamente associadas, sendo que doentes do género masculino têm maior tendência para apresentarem DO ($\chi^2=4.738$, $p=0.03$). Analisando este resultado, a bibliografia parece reportar resultados discrepantes ou pouco conclusivos e escassos. Alguns dos estudos realizados em indivíduos sem patologia e que focam o impacto do género na deglutição, explicam que as mulheres apresentam configurações anatómicas distintas dos homens, menor produção de saliva (após menopausa) e diminuição de velocidade de deglutição, levando a maior probabilidade de comprometimento do processo de deglutição com a idade (Alves et al., 2007; Butler et al., 2009). Dado que neste trabalho a problemática é analisada em contexto institucional, torna-se também necessário analisar dados de outros trabalhos sobre esta variável neste tipo de instituições ou em contextos equivalentes. A grande maioria dos estudos encontrados descreve a variável género como não significativa para a presença de DO e revelam valores de percentagem distintos dos obtidos neste trabalho. Um dos exemplos é um estudo realizado com 313 doentes internados num hospital para tratamento de reabilitação na Dinamarca, onde foi concluído que 44% dos doentes eram do género masculino e 55.9% eram do género feminino, sendo que 46.2% dos doentes do género masculino apresentavam DO, contrastando com os 54.23% apresentados na UCCMDR em estudo neste trabalho (Melgaard et al., 2018). A variável género não foi significativa para a presença de DO no estudo dinamarquês. Contrariamente, um trabalho realizado por Patel, et. al. (2018), com 50.2% de casos do género masculino e 49.8% do género feminino demonstrou que existiram mais homens do que mulheres com DO. Neste, a maior parte dos doentes tinham tido AVC como principal causa de internamento, contrariamente ao anterior que apontou o envelhecimento e a fragilidade como principal causa. Em Portugal, Silva & Ferreira (2018) explicaram que na sua amostra, 55.55% dos doentes com DO eram homens, contudo, não investigaram a associação entre a DO e a variável género. Reconhece-se que o quadro clínico na instituição em análise neste trabalho possa influenciar a percentagem de homens com DO comparativamente com mulheres, uma vez que existem mais homens com AVC, TCE e outras alterações neurológicas (alterações que estão muito associadas à presença de DO), do que mulheres.

Analisando a variável relativa às habilitações literárias dos doentes na UCCMDR concluiu-se que, 68.46% tinham o 1º Estadio de Educação básica (4ª classe/6º ano) e cerca de 26.15% não

tinham escolaridade. Estes dados já seriam esperados dado o relatório realizado pela RNCCI que caracteriza a população institucionalizada na rede com baixos graus académicos (ACSS, 2019). Os dados sobre o nível de educação dos doentes são importantes, na medida em que orientam os profissionais na adequação da comunicação com os mesmos sobre as suas dificuldades (neste caso, ao nível da deglutição). A educação/nível de literacia/alfabetização pode ser também considerado um determinante social que complexifica o tratamento do doente com necessidade de reabilitação, influenciando também sua adesão ao tratamento (Nelson et al., 2016) e, por este motivo, os dados obtidos são importantes para a caracterização de doentes institucionalizados com DO em UCCMDR.

Cerca de 35.38% dos doentes da instituição apresentaram como diagnóstico principal o AVC e seguidamente, 36.15% Fraturas, Úlceras ou Distúrbios ósseos, articulares e musculares (DOAM). Estes valores vão de encontro aos apresentados pelo relatório de monitorização da RNCCI (ACSS, 2019). O diagnóstico clínico de cada doente é importante na medida que é possível analisar se a amostra pode ter maior probabilidade de apresentar determinado tipo de comorbilidades. Um exemplo disso é a elevada prevalência de DO em doentes com AVC, TCE, demências e outras Doenças Degenerativas (Clavé & Shaker, 2015).

Especificamente no que concerne à caracterização do grupo de doentes com perturbação da deglutição, de acordo com o diagnóstico clínico, constatou-se que existe uma associação significativa entre o AVC e a DO. Neste trabalho, no grupo de doentes com AVC, 73.91% apresentaram DO. Na totalidade dos doentes com DO, 34 (59.64%) apresentavam AVC como diagnóstico principal. Seguiu-se o TCE, DND e outras doenças do foro neurológico que incluíram 9 doentes (15.78%), Fraturas, Úlceras e DOAM com 8 doentes (14.03%) e outras patologias 6 doentes (10.52%). De acordo com a literatura explorada, diversos estudos constataram uma elevada incidência de DO após AVC, sendo o AVC considerado um dos principais preditores de DO (Martino et al., 2005; Takizawa et al., 2016). No que diz respeito à bibliografia referente a instituições semelhantes à apresentada neste trabalho, realça-se o estudo de Lendínez-Mesa et al. (2014), numa unidade de reabilitação de média-longa duração, onde foi concluído que 63% dos doentes com DO apresentavam como diagnóstico de principal o AVC.

Dada a tipologia da Unidade, não são referenciados com importância doentes com doenças degenerativas, doenças oncológicas ou alterações do foro mental (também muito associadas à DO) uma vez que existem outras tipologias mais indicadas para o seu internamento. Este poderá ser um motivo para o baixo número de doentes com outros quadros clínicos que também estão associados à presença desta perturbação (ACSS, 2019).

Apesar de o AVC e as doenças neurológicas serem os diagnósticos clínicos mais associados à DO, observou-se, que doentes com outros diagnósticos, como Fraturas, Úlceras e DOAM, também

apresentaram DO. Estes dados podem ser justificados pelo facto de serem doentes idosos, multimedcados e que, embora não apresentassem como diagnóstico principal quadros clínicos com afetação do sistema neurológico, tinham este tipo de quadro como historial clínico (Fernández et al., 2017). Também o facto de existirem diversos diagnósticos associados aos doentes que integram a RNCCI, pode influenciar a multiplicidade de casos associados ao mesmo doente levando a que apresentem diagnósticos secundários muito associados à presença de DO (ACSS, 2019; Silva & Ferreira, 2018). Os dados obtidos são de extrema importância para a análise, contextualização e caracterização do problema referente à DO nesta tipologia de instituição e estão de acordo com a literatura sobre o tema.

No global da amostra estudada existem mais doentes com origem hospitalar do que doentes com origem domiciliária (cerca de 83.84%). Este dado é coincidente com os valores obtidos pelo relatório da RNCCI, que reforça o crescente número de encaminhamentos para UCCMDR por parte dos hospitais (ACSS, 2019). Não existe uma associação significativa entre a presença de DO e a origem do internamento. Contudo, dentro do grupo de doentes com DO, 85.96% tiveram origem hospitalar. Silva & Ferreira (2018) também constataram uma percentagem de doentes com DO e origem hospitalar superior à de doentes com DO e origem domiciliária. Estes dados são cruciais para o estabelecimento do diagnóstico e plano terapêutico no âmbito do processo de reabilitação, como já referido anteriormente neste trabalho. Sabe-se, através de uma análise informal sobre os casos, que alguns doentes com origem domiciliária estiveram previamente institucionalizados em Unidades Hospitalares e aguardaram pela vaga da Unidade em contexto domiciliário. Esta informação poderá ser relevante para a compreensão do que a família ou o cuidador informal do doente tem sobre a DO, uma vez que cuidadores de doentes que tenham como origem do internamento o contexto domiciliário (por terem tido maior contacto com as dificuldades funcionais do doente) poderão ter uma compreensão mais alargada sobre o caso. Por outro lado, as informações clínicas dos doentes com origem hospitalar poderão também encontrar-se mais detalhadas, integrar indicações sobre as suas dietas, histórico de complicações clínicas decorrentes da DO e avaliações instrumentais mais precisas.

Dada a tendência significativa de DO em doentes com AVC e o número de doentes com AVC e origem hospitalar dentro do grupo de doentes com DO, realizou-se um teste de Qui-quadrado para entender a associação entre a origem do internamento e o diagnóstico clínico. Percebeu-se que existe uma tendência significativa para pessoas com AVC apresentarem como origem o Hospital ($\chi^2=11.283$, $p=0.001$) e esta associação poderá influenciar a prevalência de doentes com DO com origem hospitalar. Neste âmbito, a literatura explica também que existe uma maior incidência de doentes com DO institucionalizados em Unidades Hospitalares do que na comunidade. Assim, esta prevalência documentada na bibliografia poderá também ajudar a compreender o elevado número

de doentes com origem hospitalar que também apresentam DO neste trabalho em específico (Holland et al., 2011; Serra-Prat et al., 2011).

Nesta instituição, existe uma tendência significativa para a PA em doentes com DO. O histórico de PA correspondeu a 6.92% de toda a amostra e a 15.79% dos doentes com DO. Foram integrados apenas os doentes com referência ao termo “Pneumonia por Aspiração” e não outra variante deste diagnóstico. De acordo com a literatura, a PA é uma comorbidade prevalente em doentes com DO (Fernández et al., 2017). A DO está fortemente relacionada com a pneumonia adquirida na comunidade, pode ser considerada um fator de risco independente para o seu aparecimento e doentes com PA apresentam frequentemente comprometimentos no processo de deglutição (Almirall et al., 2013). Um estudo de corte prospetivo que acompanhou doentes que tiveram alta de uma Unidade Geriátrica de Agudos, também concluiu que num total de 2359 doentes com média de idades de 84.9 anos, a DO teve um impacto significativo no risco de readmissão por pneumonia, PA e broncoaspiração. A DO foi também considerada um preditor independente de readmissão por PA Cabré et al., 2014). Van Der Maarel-Wierink et al., (2011), explicam na sua revisão de literatura na área dos idosos frágeis, que para além de a DO ser um fator preditor de PA nesta população, existe uma associação positiva entre a DO e a PA, particularmente nos idosos com alterações neurológicas prévias. Assim, constata-se que o mesmo se verifica nesta amostra, uma vez que para além de incluir doentes idosos, com uma percentagem significativa de doenças neurológicas (em particular o AVC), observou-se associação significativa entre a DO e a PA.

Relativamente à análise dos resultados obtidos no estado nutricional a literatura refere que até 55% dos doentes idosos com DO encontram-se em risco de malnutrição. Estudos indicam que a malnutrição está presente entre 25% a 75% dos doentes com DO e que a causa da malnutrição associada à DO está subestudada. Reforça-se que o Council of Europe on Food and Nutricional Care in Hospitals refere que a malnutrição pode ter como origem principal a DO. Explorar esta problemática é fundamental, na medida em que promove a alocação de recursos para a prevenção das complicações inerentes à DO como uma das causas da malnutrição (Namasivayam & Steele, 2015; Rofes et al., 2010). Em particular, nesta UCCMDR, 35.38% dos doentes foram classificados à entrada como “malnutridos”. Indivíduos com DO apresentaram uma tendência significativa para a diminuição do estado nutricional e 50.88% dos doentes com DO apresentaram malnutrição na avaliação inicial. Os resultados obtidos encontram-se de acordo com a literatura consultada. Sabe-se que, pelo comprometimento da eficácia da deglutição, a DO está frequentemente associada à malnutrição. Está também descrito que esta associação pode originar baixa capacidade funcional, desenvolvimento de infeções e outras comorbidades que aumentam a taxa de mortalidade na população idosa, acréscimo de custos, aumento no tempo de internamento e agravamento do quadro clínico (Marin et al., 2020). Em Portugal, um trabalho de revisão bibliográfica identificou a DO

como o sinal clínico mais associado à malnutrição, particularmente em doentes com AVC (Ribas, 2019). Estes dados são importantes, na medida em que permitem aos profissionais de saúde adotarem estratégias para a melhoria da deglutição e adequarem a ingestão calórica e proteica dos doentes (Fernández et al., 2017).

No âmbito da análise da via de alimentação, no total da amostra, 19.23% dos doentes realizava alimentação entérica por SNG, indicando que no grupo de doentes com DO a prevalência de indivíduos com SNG era de 43.86%. Os resultados obtidos estão de acordo com a literatura que aborda a prevalência da alimentação entérica em instituições semelhantes à UCCMDR em estudo e em doentes com DO. Atendendo aos critérios que levam à tomada de decisão para a implementação da via alternativa de alimentação, seria de esperar a uma associação entre a DO e o recurso SNG (Daniels et al., 2019). Assim, não existiram doentes sem DO que utilizassem PEG ou SNG para o processo de alimentação. Em Taiwan, um estudo realizado com 1221 idosos residentes em instituições de longa duração, cuja maioria apresentava AVC (48.5%), 28.8% eram alimentados com SNG (Lin et al., 2002). Em Espanha, um estudo realizado em instituições de reabilitação de média-longa duração, obteve uma prevalência no uso SNG de 7% em doentes com alterações neurológicas moderadas e de 29% em doentes com alterações neurológicas graves (Lendínez-Mesa et al., 2014).

5.3. Análise do tempo de internamento na instituição

Nesta instituição, doentes com DO tiveram um tempo de internamento superior em 17.81 dias (DP= 49.279) comparativamente com doentes sem DO. Contudo, apesar de se identificar uma tendência para doentes com DO permanecerem mais tempo dentro da UCCMDR, as médias do número de dias de internamento entre doentes com e sem DO não foram significativamente diferentes. Estes resultados corroboram os de diversos estudos realizados nacional e internacionalmente. Uma investigação nos EUA, revelou que doentes com DO apresentam um aumento de 40.6% no número de dias de internamento e um adicional número de 223 027 dias de internamento por ano. Os dados foram mais significativos quando comparados doentes com AVC hemorrágico (4.74 dias para doentes sem DO e 10.55 dias para doentes com DO) assim como em doenças como problemas cardíacos, AVC Isquémico e Parkinson, em que a presença de DO determinou um aumento de 30% no número de dias de internamento. Também doentes com necessidades de reabilitação e DO apresentaram maior número de dias de internamento (12.53 dias) comparativamente com doentes sem DO com a mesma necessidade (9.40 dias), calculando-se um aumento de 33.29% (Altman et al., 2010). Num estudo de Patel et al., (2018), doentes com DO apresentaram aumento 43% nos dias de internamento comparativamente com doentes sem DO, após a análise de 88 milhões de doentes que deram entrada em Unidades Hospitalares nos EUA. Reforçando esta constatação, Attrill et al., (2018), revelam na sua revisão da literatura sobre custos

associados à DO (que incluiu estudos da Europa e da América do Norte), que doentes com este comprometimento tiveram na generalidade maior número de dias de internamento de forma estatisticamente significativa, reforçando que em Unidades de Neuro-reabilitação, doentes com DO ficam cerca de 35 dias (DP = 16.7) e doentes sem DO 26.6 dias (DP= 12.3). Em Portugal, um estudo realizado numa UCCMDR por Silva & Pimenta (2020) com uma amostra de 103 doentes e média de idades de 74.23, (DP=11.45), demonstraram que doentes com DO apresentaram um aumento de 31,9 dias de internamento comparativamente com doentes sem DO.

De acordo com o conhecimento que os investigadores têm sobre a instituição em análise e a missão da UCCMDR face aos cuidados prestados aos doentes, sabe-se que é frequente a prorrogação de dias de internamento (após 90 dias estipulados pela RNCCI) justificada pela necessidade de melhorar competências funcionais no doente, entre elas, a capacidade de deglutição de forma segura e eficaz (RNCCI, 2011). Este facto poderá assim justificar também a discrepância de valores no número de dias de internamento entre doentes com e sem DO.

Embora a bibliografia faça referência ao acréscimo do número de dias de internamento em doentes com DO, denota-se que na UCCMDR os valores obtidos são diferentes dos mencionados por outros artigos, particularmente pelo número de dias de internamento e porque a diferença entre as médias não foi significativa. Este resultado poderá ser justificado pelo funcionamento de cada instituição em particular, tipo e gravidade dos diagnósticos clínicos, recursos utilizados a avaliação e tratamento do doente, critérios para a alta do doente e o pelo país onde a instituição se encontra (Attrill et al., 2018).

5.4. Análise dos acréscimos de custos no grupo de doentes com Disfagia Orofaríngea

A complexidade do tratamento de doentes com DO, traduziu-se num aumento de custos para a instituição, no sentido em que são necessários recursos específicos para melhorar as competências do doente e diminuir as complicações associadas a esta perturbação. Os dados obtidos neste ponto, referente à descrição e cálculo de custos associados, estão de acordo com a bibliografia sobre o tema. Contudo, o impacto económico de todas as complicações inerentes à DO é ainda pouco explorado (Marin et al., 2020), particularmente em instituições como a UCCMDR.

Importa realçar que calcular os custos relativos ao tratamento de doentes com DO, como noutras áreas no âmbito da saúde, foi uma tarefa exigente, na medida em que incluiu uma diversificada pesquisa bibliográfica e um conhecimento profundo sobre as dinâmicas da instituição analisada neste trabalho. Assim, no presente estudo, os custos totais com a DO incluíram custos médicos diretos, uma vez que estão diretamente relacionados com a prestação do serviço de saúde e variáveis. Foram excluídos os custos fixos da análise por se considerarem irrelevantes e incluíram-se apenas os que ocorrem quando o serviço é prestado (Finkler & Ward, 1999; Lourenço & Silva, 2008).

Analisando a soma dos custos por um dia de internamento dos 57 doentes, obteve-se um acréscimo de 418,99 € com acompanhamento de profissionais, de 202,38 € com alimentação entérica, 28,80 € com espessante, 292 € em material para alimentação entérica (particularmente SNG e por internamento) e 74 € com reabilitação para a DO. Destaca-se que 7.28% dos custos estariam direcionados para a área da reabilitação e 41.23% para o acompanhamento durante o horário de alimentação. Esta discrepância de valores poderá estar relacionada com o tempo de intervenção estipulado para Terapia da Fala de acordo com as normas estipuladas para as UCCMDR (UMCCI, 2011). Diariamente, os doentes que realizavam apenas alimentação entérica tinham um custo de 16,54 €, doentes com alimentação por via oral e que necessitavam da ajuda de um enfermeiro 17,50 €, doentes com a ajuda de auxiliares de ação médica 10,70 € e os independentes 2,20 € (contabilizando-se apenas o espessante). Por fim, multiplicando-se os custos pelo real número de dias de internamento de acordo com o número de doentes de cada subgrupo, concluiu-se o acréscimo de custos de 51 820,85 € para os 25 doentes que realizavam alimentação entérica, 7 000,4 € para 3 doentes que necessitavam da ajuda de enfermagem, 26 680,3 € para 21 doentes que necessitavam da ajuda de AAC e 2 453 € para 8 doentes com DO independentes. Os resultados expõem também os custos com alimentação associados aos doentes sem DO, que consistiram na soma dos valores das refeições e foram calculados também com base na multiplicação pelo número de dias de internamento. Uma vez que estes não necessitavam da ajuda de profissionais especificamente para a alimentação ou reabilitação da deglutição, excluíram-se estes valores. Estes totalizaram em 25 197 €, um valor inferior aos apresentados por doentes com DO.

No que diz respeito à descrição detalhada da totalidade dos recursos gastos atendendo ao número de dias de internamento, doentes que se alimentavam por via entérica obtiveram maiores valores quanto à alimentação preparada para SNG (24 762,6 €). Quanto aos doentes que necessitavam de ajuda por parte de enfermagem, não foram contabilizados os gastos com alimentação, uma vez que são custos fixos e que não dependem da DO neste caso. Verificou-se que os custos mais elevados estavam relacionados com o acompanhamento de profissionais, neste caso enfermagem, que totalizaram 6105 €. No que diz respeito aos doentes que necessitavam de ajuda por parte de AAM identificou-se novamente que o acompanhamento totalizou o valor mais elevado, 21 411,3 €. Por fim, nos doentes independentes, o acompanhamento não foi um fator analisado e, por isso, os valores mais significativos foram com a reabilitação onde se totalizaram 3113,5 €. A análise destes valores é importante, na medida em que exprimem diferenças dos valores relativos aos recursos utilizados, por exemplo, entre o acompanhamento e a reabilitação. Assim, com reabilitação foram gastos 9068,8 € e com acompanhamento 50 305,85 €. Como referido anteriormente, estes valores poderão estar relacionados com o tempo de intervenção do Terapeuta da Fala na instituição, que se traduz num custo menor deste profissional.

De acordo com a nossa pesquisa bibliográfica, em Portugal não existem estudos de avaliação de custos na área da DO. Os estudos encontrados a nível internacional apresentam uma forte heterogeneidade face ao desenho económico (principalmente entre a perspetiva do estudo, tipo de custos incluídos e o tempo de seguimento). Assim, não foi fácil a comparação de resultados entre os diferentes estudos, como alguns autores que realizaram revisões da literatura sobre o tema explicam (Marin et al., 2020). Reforça-se também que não foi possível a total comparação com os custos desta UCCMDR, uma vez que não foi encontrado nenhum estudo que foque especificamente custos descritos e calculados neste trabalho.

Apesar das dificuldades na comparação dos dados obtidos, foi possível identificar e calcular custos associados à DO e perceber que dificuldades na deglutição podem refletir-se em acréscimo de custos para as instituições, em concordância com a literatura que estuda este tema. O mesmo se verificou no estudo de Patel et al. (2018), quando demonstraram que a DO foi responsável por um acréscimo de US \$ 4,3 e US \$ 7,1 bilhões em custos anuais adicionais e US \$ 16,8 bilhões de custos de internamento entre 2009 e 2013 comparativamente com doentes sem DO. Os mesmos autores referiram que os custos totais dos doentes internados com DO foram 42% a 44% superiores por admissão. Os autores realçaram que o reconhecimento tardio da DO poderia levar a uma morbidade significativa devido ao risco de malnutrição, PA, necessidade de entubação, antibióticos e alimentação entérica que se refletem em atrasos na alta hospitalar e, conseqüentemente, maiores custos. Num estudo realizado em Taiwan foi concluído que, no que diz respeito particularmente à alimentação entérica, doentes com AVC e SNG representaram maiores custos hospitalares face a doentes que se alimentavam por via oral. Os custos médios de hospitalização foram de US \$ 12 538 ± US \$ 6 247 para os doentes que tinham SNG e US \$ 5 949 ± US \$ 3 428 para os que não tinham ($p < 0.001$) (Marin et al., 2020). No mesmo sentido, Attrill et al. (2018), explicam na sua revisão de literatura que numa amostra de 1 850 506 indivíduos, o custo médio atribuído a doentes com DO traduziu-se num aumento de custos de 40.36%, comparativamente com doentes sem DO. Nestes, os custos calculados foram referentes a contextos diferenciados, tais como enfermarias cirúrgicas, cuidados intensivos e reabilitação de doentes internados e incluíram indivíduos com AVC, cancro de cabeça e pescoço e cuidados pós-cirúrgicos.

Com o objetivo de analisar o custo durante 1 ano associado ao diagnóstico de DO pós-AVC Bonilha et al. (2014) identificaram um acréscimo de custos totais de US \$ 4,510 ($p < 0.001$) superior em 23%, comparativamente com doentes com AVC sem DO, numa amostra de 3200 doentes hospitalizados na Carolina do Sul. Neste estudo os custos estavam associados aos encargos totais pagos pelo seguro Medicare. Os custos atribuídos à DO identificam o acréscimo de gastos para além do custo do atendimento geral para doentes com AVC sem diagnóstico de DO e incluíram cuidados

hospitalares, cuidados domiciliários de enfermagem, cuidados de saúde domiciliários, serviços de ambulatório e equipamentos médicos duráveis.

Com o objetivo de investigar custos médicos totais para indivíduos com AVC admitidos no departamento de reabilitação de um Hospital em Taiwan, um estudo retrospectivo realizado por Chen & Ke (2016) com 237 doentes e média de idades de 61.3 anos DP=13.5, identificou um custo médio atribuído à DO de US \$ 7 329,2 que se aplicou a 118 doentes com DO da amostra (entre 2002 e 2012). Realça-se que neste, a média do número de dias de internamento foi de 46.3, DP=17.2 (inferior à média apresentada no presente estudo). Neste estudo, é explicado que a principal limitação refere-se ao detalhe dos custos, uma vez que não inclui custos com diagnósticos, enfermagem, procedimentos terapêuticos, materiais especiais, alimentação por SNG, alimentação por via oral e reabilitação. A análise comparativa entre o estudo supracitado e o presente trabalho não é viável, na medida em que os custos analisados não semelhantes, apesar de a amostra e o contexto ser equivalente pelo facto de se tratar de um departamento de reabilitação. Outro estudo realizado na mesma tipologia de instituição com 311 indivíduos e média de idades de 68.9 anos DP= 12.2 (entre 2002 e 2012), indicou um custo total associado à DO de US \$ 5 134,5 para toda a amostra e um custo de internamento total para cada doente de US \$ 4 606,8 para uma média de 25.3 dias de internamento (DP=12) (Chen et al., 2015). Em ambos os estudos, não foram claros os custos incluídos no cálculo associado aos valores da DO e os custos com reabilitação, alimentação por sonda e acompanhamento por técnicos, incluíram-se nos custos médicos gerais do tratamento dos doentes (distintos dos custos com DO). Desta forma, neste estudo, embora retrate uma realidade idêntica à apresentada na UCCMD, também não será possível realizar uma análise comparativa.

Os estudos discutidos neste tópico, referentes a Patel et al. (2018), Bonilha et al. (2014) e Marin et al. (2020), realçam o acréscimo de custos referentes à DO e, nesta perspetiva, são corroborados pela a análise realizada neste trabalho. Contudo, o estabelecimento de paralelismos torna-se difícil na medida em que não mensuram e/ou especificam os custos em particular com acompanhamento durante as refeições de doentes com DO e o trabalho realizado pelos profissionais competentes e especializados para tal. Acrescenta-se também que as perspetivas apresentadas pelos estudos anteriormente referidos baseiam-se em seguradoras assim como a recolha de dados é feita através de bases de dados utilizando códigos específicos para cada contexto analisado. Também não apresentam as mesmas dinâmicas da UCCMDR e não refletem a realidade de financiamento para esta tipologia de instituição em Portugal.

6. Conclusão

A DO é uma perturbação na deglutição frequentemente negligenciada, com elevada prevalência, prognóstico desfavorável e complicações graves. Uma vez que está associada ao envelhecimento, a sua prevalência poderá aumentar devido ao envelhecimento demográfico. É considerada uma síndrome geriátrica e as instituições devem fornecer recursos humanos e materiais para o seu diagnóstico e tratamento atempado (Clavé & Shaker, 2015).

Assim como na bibliografia consultada relativa à caracterização dos doentes com DO, também no nosso estudo a DO é identificada como uma alteração prevalente na população idosa (Cabré et al., 2014).

Foi observada de igual forma uma associação significativa entre a DO e o género masculino, que nem sempre é retratada na bibliografia. Este parâmetro é muitas vezes identificado como “não significativo” para a presença de DO (Melgaard et al., 2018), ou seja, não existe consenso sobre o seu impacto neste âmbito. Sugere-se que o facto de existirem mais homens com alterações neurológicas nesta UCCMDR influencie a prevalência de homens com DO.

Uma vez que a população apoiada na instituição é descrita nos relatórios de monitorização como tendo escolaridade baixa, também a amostra estudada apresenta essa característica (ACSS, 2019). Apesar de não se encontrar associação significativa entre a presença de DO e a variável “escolaridade”, para os profissionais que participam na reabilitação e sugerem estratégias de intervenção para os casos, esta informação pode ser importante.

Foi constatado que o AVC foi o diagnóstico clínico mais associado à DO, ainda que estivesse presente noutros diagnósticos possivelmente pela idade da amostra a que se refere este trabalho. A associação entre as alterações neurológicas e a DO está fortemente documentada na literatura internacional (Takizawa et al., 2016), e foi observada no nosso estudo.

Dado o crescente número de referências com origem hospitalar para a UCCMDR, também no nosso estudo se verifica que 83.84% dos doentes do total da amostra tiveram origem hospitalar. Não foi encontrada uma associação significativa entre a origem do internamento e a DO, contudo, 83.84% dos doentes com DO foram encaminhados do hospital. Sugere-se que este resultado possa ser importante para a equipa de reabilitação uma vez que o doentes poderá trazer do hospital informações sobre o tipo de dieta, diagnósticos clínicos associados, medicação e resultados de possíveis avaliações instrumentais (VFE ou VED).

A associação positiva entre a DO e a PA é documentada na literatura (Fernández & Clavé, 2013; Van der Maarel-Wierink et al., 2011). No nosso estudo constatou-se que 15.79% dos doentes com DO tinham histórico de PA, ainda que consideremos que esta estatística seja inferior à real uma vez que muitos dos doentes não tinham especificado no seu histórico clínico o tipo de pneumonia.

A associação significativa verificada entre a malnutrição e a DO vem corroborar os dados já expostos pela literatura (Namasivayam & Steele, 2015), reforçando a importância da avaliação e ajustes nutricionais neste tipo de doentes especialmente quando realizam alimentação entérica (Ribas, 2019). O facto de a malnutrição potencializar o declínio da condição clínica (Fernández et al., 2017), poderá também traduzir-se em custos não só para a instituição mas também para o doente.

Quanto à via de alimentação, seria de esperar uma associação entre doentes com DO e recurso a alimentação através de SNG ou PEG. Neste caso, dentro do grupo de indivíduos com DO, 43.85% alimentavam-se por esta via. Embora não existam muitos estudos que retratem a prevalência de doentes com via alternativa de alimentação neste contexto, considera-se este um aspeto fundamental na caracterização dos doentes na medida em que permite aos profissionais compreenderem necessidades dos doentes e gerirem a alocação de recursos para a alimentação.

No que diz respeito à análise económica em saúde, é fundamental que os custos sejam adequadamente identificados, medidos e valorizados. Existem custos que resultam da utilização de recursos pelos serviços de saúde, pelos doentes e respetivas famílias, custos que surgem noutras sectores de atividade e variações na produtividade que dependem do tipo de serviços. O custo total do doente terá como base o cálculo dos custos diretos médicos fixos e/ou variáveis e não médicos, custos indiretos e custos intangíveis (Lourenço & Silva, 2008). Particularmente no âmbito da análise económica aplicada ao processo de tratamento de doentes com DO, os resultados obtidos neste trabalho estão de acordo com a bibliografia internacional sobre o tema. Ainda que diversas revisões bibliográficas refiram que os estudos existentes são realizados em contextos diversificados, com abordagens distintas e que a associação entre a DO e as suas complicações necessite de mais estudos, sabe-se que esta envolve uma gestão complexa do doente e recursos. Por estar também presente em doentes com diversos quadros clínicos concomitantemente e por levar ao agravamento da condição de saúde, está associada ao aumento de custos monetários (Marin et al., 2020; Westmark et al., 2018) e aumento no número de dias de internamento dos doentes (Attrill et al., 2018). O mesmo se observa no presente trabalho.

No objetivo relativo ao cálculo do número de dias de internamento, ainda que não se obtivesse uma associação significativa com a DO, foi identificado um acréscimo de 17.81 dias em média em doentes com este diagnóstico. Da mesma forma, no que concerne ao cálculo de acréscimo de custos, foi possível identificar fundamentalmente custos diretos médicos variáveis que incluíram a SNG, espessante, recursos humanos (enfermagem e AAM) e reabilitação. No que diz respeito aos recursos que representaram mais custos, destacou-se o acompanhamento por enfermagem e AAM e a alimentação por SNG, sendo que o recurso que apresentou menor valor monetário foi relativo à reabilitação dos doentes. Totalizou-se um acréscimo de custos de 87 954,55 euros em doentes com DO.

A DO é uma dificuldade prevalente na população idosa e nas UCCMDR. Nesta instituição, esteve significativamente associada ao género masculino, AVC, presença de malnutrição, historial clínico de PA e à necessidade de uso de SNG. Neste contexto, doentes com DO ficam mais tempo internados e representam maiores custos para as instituições (nos momentos de refeição e para reabilitação da deglutição) porque a sua condição requer recursos específicos e diversificados.

A literatura reforça que a avaliação da DO, desenvolvimento de terapias e a implementação de estratégias para compensar mecanismos deficitários é crucial na gestão do doente. Contudo, o tratamento adequado por profissionais especializados nem sempre está ao alcance de todos os doentes (Marin et al., 2020). Com a gestão adequada, a redução do número de pneumonias e mortalidade refletem-se também na diminuição de custos monetários em 50%, assim como na melhoria da qualidade de vida dos doentes (Ickenstein et al., 2010). No presente estudo, os custos com a reabilitação do doente foram inferiores aos restantes apurados. Porém, não é possível nesta análise explicar se aumentando o investimento na área da reabilitação, os custos com DO possam diminuir.

Consideramos que a análise de custos é um desafio para qualquer gestor, especialmente porque nem sempre os custos são de fácil obtenção e, particularmente na área da saúde, muitas questões éticas devem ser cuidadosamente ponderadas. Assim, este trabalho apresenta aspetos a melhorar, uma vez que não foi possível considerar a evolução dos doentes no cálculo dos custos totais e obter a real prevalência de PA. Acrescenta-se que os valores do tempo de enfermagem, AAM e Terapia da Fala durante o período de alimentação foram realizados com base nos registos da UCCMDR dos últimos 20 doentes, podendo ser superiores aos reais. O facto de não se terem realizado exames instrumentais (VFE e/ou VED) para a avaliação da DO, poderá também ter influenciado os dados relativos à sua prevalência, na medida em que pode ter havido subdiagnóstico como muitas vezes é retratado na bibliografia. Por fim, a comparação dos resultados com outros estudos nem sempre foi possível, uma vez que o presente trabalho calcula custos referentes a variáveis que nem sempre estão explicitamente expostas nos trabalhos analisados na literatura. Acrescenta-se que a obtenção dos custos neste trabalho teve como base uma pesquisa em conjunto com o departamento de contabilidade da própria instituição, contrariamente à maior parte dos estudos internacionais que expõe dados gerais obtidos em bases de dados e códigos associados a seguradoras.

A presente dissertação cumpre os objetivos propostos a fim de caracterizar e documentar os custos inerentes aos doentes com DO nas UCCMDR. Acreditamos que estudos futuros sobre a DO neste âmbito permitirão melhorar e aprimorar cada vez mais o cálculo dos seus custos e complicações associadas, assim como obtenção da sua prevalência em diversos contextos.

Dada a natureza crónica da DO, da sua prevalência na população envelhecida e o envelhecimento demográfico verificado em Portugal, consideramos fundamental a valorização desta perturbação em diversos contextos, quer institucionais quer na comunidade. Como sugestão para futuras investigações, sugere-se a aplicação de novas análises de descrição dos seus custos e de avaliações económicas mais completas neste e noutros contextos, enaltecendo o seu impacto. Desta forma, a alocação e gestão de recursos para a prevenção de complicações e reabilitação dos doentes poderão ser implementadas sistematicamente.

7. Referências bibliográficas

- ACSS. (2019). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados* [Monitorização]. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_-Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf
- Almirall, J., Rofes, L., Serra-Prat, M., Icart, R., Palomera, E., Arreola, V., & Clavé, P. (2013). Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for community-acquired pneumonia in the elderly. *European Respiratory Journal*, *41*(4), 923–928. <https://doi.org/10.1183/09031936.00019012>
- Altman, K. W., Yu, G.-P., & Schaefer, S. D. (2010). Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: Impact on prognosis and hospital resources. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, *136*(8), 784–786. <https://doi.org/10.1001/archoto.2010.129>
- Alves, L. M. T., Cassiani, R. de A., Santos, C. M. dos, & Dantas, R. O. (2007). Gender effect on the clinical measurement of swallowing. *Arquivos de Gastroenterologia*, *44*(3), 227–229. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032007000300009>
- American Speech–Language–Hearing Association. (2020). *Adult dysphagia*. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/>
- Attrill, S., White, S., Murray, J., Hammond, S., & Doeltgen, S. (2018). Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: A systematic review. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 594. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3376-3>
- Bairagi, V., & Munot, M. V. (Eds.). (2019). *Research Methodology: A Practical and Scientific Approach: Vol. 1*. CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Barros, P. (2013). *Economia da saúde conceitos e comportamentos* (3ª). Almedina.
- Barros, P. (2016). *Pela sua saúde* (Vol. 1). Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barros, P. (2007). O preço da saúde. *J Port Gastreterol*, *14*, 194–198. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ge/v14n4/v14n4a03.pdf>

- Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). Validity and reliability of the eating assessment tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, *117*(12), 919–924. <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>
- Béresniak, A., & Duro, G. (1999). *Economia da saúde*. Climepsi.
- Bhattacharyya, N. (2014). The prevalence of dysphagia among adults in the United States. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, *151*(5), 765–769. <https://doi.org/10.1177/0194599814549156>
- Bogaardt, H. C. A., Grolman, W., & Fokkens, W. J. (2009). The use of biofeedback in the treatment of chronic dysphagia in stroke patients. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *61*(4), 200–205. <https://doi.org/10.1159/000227997>
- Bolivar-Prados, M., Rofes, L., Arreola, V., Guida, S., Nascimento, W. V., Martin, A., Vilardell, N., Fernández, O. O., Ripken, D., Lansink, M., & Clavé, P. (2019). Effect of a gum-based thickener on the safety of swallowing in patients with poststroke oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility*, *31*(11). <https://doi.org/10.1111/nmo.13695>
- Bonilha, H. S., Simpson, A. N., Ellis, C., Mauldin, P., Martin–Harris, B., & Simpson, K. (2014). The one-year attributable cost of post-stroke dysphagia. *Dysphagia*, *29*(5), 545–552. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9543-8>
- Boquinhas, J. M. (2012). *Políticas e sistemas de saúde*. Almedina.
- Butler, S. G., Stuart, A., Castell, D., Russell, G. B., Koch, K., & Kemp, S. (2009). Effects of age, gender, bolus condition, viscosity, and volume on pharyngeal and upper esophageal sphincter pressure and temporal measurements during swallowing. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *52*, 240–253. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0092\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0092))
- Butler, S. G., Stuart, A., Leng, X., Rees, C., Williamson, J., & Kritchevsky, S. B. (2010). Factors influencing aspiration during swallowing in healthy older adults. *The Laryngoscope*, *120*, 2147–2142. <https://doi.org/10.1002/lary.21116>

- Cabré, M., Serra-Prat, M., Force, L., Almirall, J., Palomera, E., & Clavé, P. (2014). Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: Observational prospective study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *69A*(3), 330–337. <https://doi.org/10.1093/gerona/glt099>
- Chen, C., Chang, C., Hsu, H., Lin, C., & Chen, K. (2015). Factors predicting the total medical costs associated with first-ever ischemic stroke patients transferred to the rehabilitation ward. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *47*(2), 120–125. <https://doi.org/10.2340/16501977-1894>
- Chen, C.-M., & Ke, Y.-L. (2016). Predictors for total medical costs for acute hemorrhagic stroke patients transferred to the rehabilitation ward at a regional hospital in Taiwan. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *23*(1), 59–66. <https://doi.org/10.1179/1945511915Y.0000000006>
- Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI framework. *Dysphagia*, *32*(2), 293–314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, *27*(6), 806–815. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.06.011>
- Clavé, P., & Shaker, R. (2015). Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, *12*(5), 259–270. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.49>
- Clavé, P., Terré, R., Kraa, M. de, & Serra, M. (2004). Approaching oropharyngeal dysphagia. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, *96*(2), 119–131. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082004000200005>
- Crary, M. A., Mann, G. D. C., & Groher, M. E. (2005). Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Archives of Physical*

Medicine and Rehabilitation, 86(8), 1516–1520.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049>

Daniels, S. K., Huckabee, M. L., & Gozdzikowska, K. (2019). *Dysphagia following stroke* (3^a). Plural Publishing.

Drummond, M., Sculpher, M., Claxton, K., Stoddart, G., & Torrance, G. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (Vol. 41). Oxford University Press.
<http://jech.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jech.41.4.355-a>

Eiichi, S., & Kannit, P. (2018). Physiological models of swallowing. Em E. Saitoh, K. Pongpipatpaiboon, Y. Inamoto, & H. Kagaya (Eds.), *Dysphagia evaluation and treatment* (Vol. 1, pp. 17–19). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-5032-9>

Ekberg, O. (Ed.). (2019). *Dysphagia: Diagnosis and treatment*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-68572-4>

Ekberg, O., & Nylander, G. (2019). Anatomy and Physiology. Em O. Ekberg (Ed.), *Dysphagia diagnosis and treatment* (2.^a ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-68572-4>

Espinosa-Val, M. C., Martín-Martínez, A., Graupera, M., Arias, O., Elvira, A., Cabré, M., Palomera, E., Bolívar-Prados, M., Clavé, P., & Fernández, O. O. (2020). Prevalence, risk factors, and complications of oropharyngeal dysphagia in older patients with dementia. *Nutrients*, 12(3), 863. <https://doi.org/10.3390/nu12030863>

Fernández, O. O., & Clavé, P. (2013). Oral hygiene, aspiration, and aspiration pneumonia: From pathophysiology to therapeutic strategies. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 292–295. <https://doi.org/10.1007/s40141-013-0032-z>

Fernández, O. O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 576–582.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>

Finkler, S., & Ward, D. (1999). *Essentials of cost accounting for health care organizations* (2^a). Jones & Barlett Learning.

- Frank, R. H. (2005). *Microeconomía y conducta*. McGraw-Hill.
- Groher, M. E., & Puntil-Sheltman, J. (2016). Dysphagia Unplugged. Em M. E. Groher & M. A. Crary, *Dysphagia: Clinical management in adults and children* (2ª, pp. 1–7). Elsevier.
- Guigoz, Y. (2006). The mini nutritional assessment (MNA®) review of the literature – What does it tell us? *The Journal of Nutrition*, *10*(6), 466–487.
- Guimarães, I. (1995). *Protocolo de avaliação orofacial*. Europraxis.
- Higo, R., Tayama, N., & Nito, T. (2004). Longitudinal analysis of progression of dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis. *Auris Nasus Larynx*, *31*(3), 247–254. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2004.05.009>
- Hincapie-Henao, L., Lugo, L. E., Ortiz, S. D., & López, M. E. (2010). Prevalencia de disfagia en unidad de cuidados especiales. *CES Medicina*, *24*(2), 21–29.
- Holland, G., Jayasekera, V., Pendleton, N., Horan, M., Jones, M., & Hamdy, S. (2011). Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: A self-reporting questionnaire survey. *Diseases of the Esophagus*, *24*(7), 476–480. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2011.01182.x>
- IBM Corp. (2020). *BM SPSS Statistics for Macintosh, Version 27.0* (Versão 27) [Computer software]. IBM Corp.
- Ickenstein, G. W., Riecker, A., Höhlig, C., Müller, R., Becker, U., Reichmann, H., & Prosiel, M. (2010). Pneumonia and in-hospital mortality in the context of neurogenic oropharyngeal dysphagia (nod) in stroke and a new nod step-wise concept. *Journal of Neurology*, *257*(9), 1492–1499. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5558-8>
- IDDSI. (2020). *The IDDSI Framework*. <https://iddsi.org/>
- Instituto da Segurança Social. (2014). *Guia prático—Rede nacional de cuidados continuados*. <https://servicosocial.pt/wp-content/uploads/2015/07/Rede-Nacional-de-Cuidados-Continuados-Integrados.pdf>
- Jalil, A., Katzka, D., & Castell, D. (2015). Approach to the patient with dysphagia. *The American Journal of Medicine*, *128*(10), 1138.e17–1138.e23. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.04.026>

- Jorgen, E., Nina, K., Massimo, C., & Messana, I. (2019). Saliva and the control of its secretion. Em O. Ekberg (Ed.), *Dysphagia—Diagnosis and Treatment* (pp. 23–25). Springer.
- Kawashima, K., Motohashi, Y., & Fujishima, I. (2004). Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. *Dysphagia*, *19*(4), 266–271. <https://doi.org/10.1007/s00455-004-0013-6>
- Kidd, D., Lawson, J., & MacMahon, J. (1995). The natural history and clinical consequences of aspiration in acute stroke. *QJM: An International Journal of Medicine*, *88*, 409–413. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.qjmed.a069082>
- King, S. N., Dunlap, N. E., Tennant, P. A., & Pitts, T. (2016). Pathophysiology of radiation-induced dysphagia in head and neck cancer. *Dysphagia*, *31*(3), 339–351. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9710-1>
- Kocdor, P., Siegel, E. R., & Tulunay-Ugur, O. E. (2016). Cricopharyngeal dysfunction: A systematic review comparing outcomes of dilatation, botulinum toxin injection, and myotomy: Cricopharyngeal Dysfunction. *The Laryngoscope*, *126*(1), 135–141. <https://doi.org/10.1002/lary.25447>
- Kothari, C. R. (2004). *Research methodology—Methods and techniques* (2^a). New Age International.
- Kremer, M., & Glennerster, R. (2012). Improving health in developing countries: Evidence from randomized evaluations. Em M. V. Pauly, T. G. McGuire, & P. Barros (Eds.), *Handbook of health economics* (Vol. 2, p. 201). Elsevier.
- Lendínez-Mesa, A., Fraile-Gomez, M. del P., García-García, E., Díaz-García, M. del C., Casero-Alcázar, M., Fernandez-Rodríguez, N., & Fernandes-Ribeiro, A. S. (2014). Disfagia orofaríngea: Prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, *39*(1), 5–10. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2014.03.001>
- Leopold, N. A., & Kagel, M. C. (1996). Prepharyngeal dysphagia in parkinson's disease. *Dysphagia*, *11*(1), 14–22. <https://doi.org/10.1007/BF00385794>

- Lim, Y., Kim, C., Park, H., Kwon, S., Kim, O., Kim, H., & Lee, Y. (2018). Socio-demographic factors and diet-related characteristics of community-dwelling elderly individuals with dysphagia risk in South Korea. *Nutrition Research and Practice, 12*(5), 406–414. <https://doi.org/10.4162/nrp.2018.12.5.406>
- Lin, L.-C., Wu, S.-C., Chen, H. S., Wang, T.-G., & Chen, M.-Y. (2002). Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in taiwan. *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(6), 1118–1123. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50270.x>
- Logemann. (1995). Dysphagia: Evaluation and treatment. *Folia Phoniatr Logop, 3*(47), 140–164. <https://doi.org/10.1159/000266348>
- Lourenço, Ó., & Silva, V. (2008). Avaliação económica de programas de saúde—Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 24*(6), 729–752. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v24i6.10572>
- Lynch, K., & Katzka, D. (2020). Dysphagia: How to recognize and narrow the differential. Em Dhyanes A Patel, R. T. Kavitt, & M. F. Vaezi (Eds.), *Evaluation and Management of Dysphagia: An evidence-based approach* (pp. 3–5). Springer International Publishing.
- Marik, P. E., & Kaplan, D. (2003). Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest, 124*(1), 328–336. <https://doi.org/10.1378/chest.124.1.328>
- Marin, S., Serra-Prat, M., Fernández, O. O., & Clavé, P. (2018). Cost of oropharyngeal dysphagia after stroke: Protocol for a systematic review. *BMJ Open, 8*(12), e022775. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022775>
- Marin, S., Serra-Prat, M., Fernández, O. O., & Clavé, P. (2020). Healthcare-related cost of oropharyngeal dysphagia and its complications pneumonia and malnutrition after stroke: A systematic review. *BMJ Open, 10*(8), e031629. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031629>
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke, 36*(12), 2756–2763. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>

- Melgaard, D., Rodrigo-Domingo, M., & Mørch, M. (2018). The prevalence of oropharyngeal dysphagia in acute geriatric patients. *Geriatrics*, *3*(2), 15. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3020015>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, n.º 101/2006 (2006). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Muscaritoli, M., Kushta, I., Molfino, A., Inghilleri, M., Sabatelli, M., & Rossi Fanelli, F. (2012). Nutritional and metabolic support in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Nutrition*, *28*(10), 959–966. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2012.01.011>
- Namasivayam, A. M., & Steele, C. M. (2015). Malnutrition and dysphagia in long-term care: A systematic review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, *34*(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/21551197.2014.1002656>
- Nazish, Dr. Z., Inayatullah, Prof. Dr. M., & Younus Khan, Dr. M. (2016). Etiology of dysphagia based on upper endoscopy. *The Professional Medical*, *23*(09), 1039–1044. <https://doi.org/10.17957/TPMJ/16.3468>
- Nelson, M. L. A., Hanna, E., Hall, S., & Calvert, M. (2016). What makes stroke rehabilitation patients complex? Clinician perspectives and the role of discharge pressure. *Journal of Comorbidity*, *6*(2), 35–41. <https://doi.org/10.15256/joc.2016.6.63>
- Nestlé Nutritional Institute. (2020). *Mini nutritional assessment*. https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_portuguese.pdf
- Newman, R., Vilardeell, N., Clavé, P., & Speyer, R. (2016). Effect of bolus viscosity on the safety and efficacy of swallowing and the kinematics of the swallow response in patients with oropharyngeal dysphagia: White paper by the european society for swallowing disorders (essd). *Dysphagia*, *31*(2), 232–249. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9696-8>
- Nogueira & Reis. (2013). Swallowing disorders in nursing home residents: How can the problem be explained? *Clinical Interventions in Aging*, *8*, 221–227. <https://doi.org/10.2147/CIA.S39452>
- Nunes, R. (2009). *Regulação da saúde* (2ª). Vida económica.

- Nunes, R., & Rego, G. (2002). *Prioridades na saúde*. McGraw-Hill.
- OCDE. (2020). *State of health in the UE - Portugal—Perfil de saúde do país em 2019*. <https://www.oecd.org/portugal/Portugal-Perfil-de-saude-do-pais-2019-Launch-presentation.pdf>
- O'Neill, A. C., & Richter, G. T. (2013). Pharyngeal dysphagia in children with down syndrome. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 149(1), 146–150. <https://doi.org/10.1177/0194599813483445>
- Padovani, A. R., Moraes, D. P., & Mangili, L. D. (2020). Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Revista da sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(3), 199–205. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007>
- Patel, D A, Krishnaswami, S., Steger, E., Conover, E., Vaezi, M. F., Ciucci, M. R., & Francis, D. O. (2018). Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Diseases of the Esophagus*, 31(1). <https://doi.org/10.1093/dote/dox131>
- Pauly, M. V., McGuire, T. G., & Barros, P. (Eds.). (2012). *Handbook of health economics* (First edition). Elsevier.
- Pereira, J. (2004). *Economia da saúde—Glossário de termos e conceitos* (Depósito legal n. o 207 095/04). Associação Portuguesa de Economia da Saúde. [https://www.researchgate.net/publication/323561316_Economia_da_Saude_um_glossario_de_termos_e_conceitos'](https://www.researchgate.net/publication/323561316_Economia_da_Saude_um_glossario_de_termos_e_conceitos)
- Pires, C. V. (2012). *Avaliação nutricional na admissão do doente com AVC* (Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança) [Dissertação de doutoramento, Instituto Politécnico de Bragança]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/7702>
- Pongpipatpaiboon, K., Inamoto, Y., Aoyagi, Y., Shibata, S., Kagaya, H., & Matsuo, K. (2018). Clinical evaluation of dysphagia. Em E. Saitoh, K. Pongpipatpaiboon, Y. Inamoto, & H. Kagaya (Eds.), *Dysphagia evaluation and treatment* (pp. 35–98). Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-5032-9>
- Pongpipatpaiboon, K., Inamoto, Y., Matsuo, K., Aoyagi, Y., Shibata, S., & Kagaya, H. (2018). Overview of structures and essential terms. Em E. Saitoh, K. Pongpipatpaiboon, Y. Inamoto, & H. Kagaya (Eds.), *Dysphagia Evaluation and Treatment* (pp. 3–9). Springer.

- Queirós, A., Moreira, S., Silva, A., Costa, R., & Lains, J. (2013). Contributo para a adaptação e validação da Eat Assessment Tool (EAT-10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS). *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação*, 24(2), 25–30. <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.108>
- Rey-Matias, R. R., & D Leochico, C. F. (2016). Rehabilitation techniques in dysphagia management among stroke patients: A systematic review. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 04(03). <https://doi.org/10.4172/2329-9096.1000340>
- Ribas, B. (2019). *Influência do estado nutricional na recuperação funcional em sobreviventes de AVC: revisão sistemática da literatura* (Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança) [Dissertação de doutoramento, Instituto Politécnico de Bragança]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/20483>
- RNCCI. (2011). *Manual do prestador: Recomendações para melhoria continua*. http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI
- Roe, G., Harris, K. M., Lambie, H., & Tolan, D. J. M. (2017). Radiographer workforce role expansion to improve patient safety related to nasogastric tube placement for feeding in adults. *Clinical Radiology*, 72(6), 518.e1-518.e7. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2016.12.018>
- Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P., Speyer, R., & Clavé, P. (2010). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology Research and Practice*, 2011, 13. <https://doi.org/10.1155/2011/818979>
- Rofes, L., Arreola, V., Mukherjee, R., Swanson, J., & Clavé, P. (2014). The effects of a xanthan gum-based thickener on the swallowing function of patients with dysphagia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 39(10), 1169–1179. <https://doi.org/10.1111/apt.12696>

- Roy, N., Stemple, J., Merrill, R. M., & Thomas, L. (2007). Dysphagia in the elderly: Preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. *Annals of Otolology, Rhinology & Laryngology*, *116*(11), 858–865. <https://doi.org/10.1177/000348940711601112>
- Salkind, N. J. (Ed.). (2010). *Encyclopedia of research design* (Vol. 1). SAGE Publications.
- Schindler, A. (2013). Reliability and validity of the Italian eating assessment tool. *Annals of Otolology, Rhinology & Laryngology*, *112*(11), 717–724. <https://doi.org/10.1177/000348941312201109>
- Serra-Prat, M., Hinojosa, G., López, D., Juan, M., Fabr e, E., Voss, D. S., Calvo, M., Marta, V., Rib o, L., Palomera, E., Arreola, V., & Clav e, P. (2011). Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, *59*(1), 186–187. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03227.x>
- Shune, S. E., Moon, J. B., & Goodman, S. S. (2016). The effects of age and preoral sensorimotor cues on anticipatory mouth movement during swallowing. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *59*(2), 195–205. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-S-15-0138
- Silva, M., & Baylina, P. (2019, Outubro). *Dysphagia in medium-term care organizations: Risk management using HFMEA* [Apresenta o de Poster]. 8th ESSD congress, Dublin. <http://link.springer.com/10.1007/s00455-019-10009-w>
- Silva, M., & Ferreira, D. (2018). *Caracteriza o dos utentes com disfagia nas unidades de cuidados continuados* [Apresenta o oral em congresso]. 1o Congresso Nacional sobre Disfagia, Porto. <https://congresso-disfagia.eventqualia.net/en/2018/inicio/programa2/programap/>
- Silva, M., Matos, A., & S a-Couto, P. (2020). *Knowledge of informal caregivers about oropharyngeal dysphagia—Preliminary results* [Apresenta o de Poster]. 10th ESSD Virtual Congress, Girona.
- Silva, M., & Pimenta, R. (2019). *Dysphagia costs in medium-term healthcare units: Impact on rehabilitation time* [Apresenta o de poster]. 9th ESSD Congress, Viena. <http://link.springer.com/10.1007/s00455-019-10078-x>

- Siwiec, R., & Babaei, A. (2020). Oropharyngeal Dysphagia. Em Dhyanes A Patel, R. Kavitt, & M. F. Vaezi (Eds.), *Evaluation and Management of Dysphagia* (pp. 43–48). Springer.
- Smithard, D. G., Smeeton, N. C., & Wolfe, C. D. A. (2007). Long-term outcome after stroke: Does dysphagia matter? *Age and Ageing*, *36*(1), 90–94. <https://doi.org/10.1093/ageing/af1149>
- Spechler, S. J., & Castell, D. (2001). Classification of esophageal motility abnormalities. *Gut*, *49*(1), 145–151. <https://doi.org/10.1136/gut.49.1.145>
- Speyer, R. (2013). Oropharyngeal dysphagia—Screening and assessment. *Otolaryngologic Clinics of North America*, *46*(6), 989–1008. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.004>
- Speyer, R. (2019). Behavioral treatment of oropharyngeal dysphagia. Em O. Ekberg (Ed.), *Dysphagia diagnosis and treatment* (2.^a ed., pp. 669–686). Springer Science & Business Media.
- Speyer, R., Baijens, L., Heijnen, M., & Zwijnenberg, I. (2010). Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: A systematic review. *Dysphagia*, *25*(1), 40–65. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9239-7>
- Spronk, P. E., Spronk, L. E. J., Lut, J., Gnacke, E., Mijnes, D., Munster, B., & Kröner, A. (2020). Prevalence and characterization of dysphagia in hospitalized patients. *Neurogastroenterology & Motility*, *32*(3), e13763. <https://doi.org/10.1111/nmo.13763>
- SPTF. (2020). *Dicionário Terminológico de Terapia da Fala* (1^a). Papa-lettras.
- Stephen, M., Nancy, D., & Anne, S. (2011). *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press.
- Suttrup, I., & Warnecke, T. (2016). Dysphagia in Parkinson's disease. *Dysphagia*, *31*(1), 24–32. <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9671-9>
- Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. *Dysphagia*, *31*(3), 434–441. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9>

- Tam, S., Sun, H., Sarma, S., Siu, J., Fung, K., & Sowerby, L. (2017). Medialization thyroplasty versus injection laryngoplasty: A cost minimization analysis. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, *46*(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40463-017-0191-5>
- Tarricone, R. (2006). Cost of illness analysis. What room in health economics? *Health Policy*, *77*(1), 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.07.016>
- Tracheostomyeducation. (2019). *Normal Swallowing* [Site]. Tracheostomyeducation. <https://tracheostomyeducation.com/normal-swallowing/>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*, *38*(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- UMCCI. (2011). *Manual do prestador—Recomendações para melhoria contínua* (<http://www.umcci.min-saude.pt>; 1ª). http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf
- Van der Maarel-Wierink, C. D., Vanobbergen, J. N. O., Bronkhorst, E. M., Schols, J. M. G. A., & de Baat, C. (2011). Meta-analysis of dysphagia and aspiration pneumonia in frail elders. *Journal of Dental Research*, *90*(12), 1398–1404. <https://doi.org/10.1177/0022034511422909>
- Westmark, S., Melgaard, D., Rethmeier, L. O., & Ehlers, L. H. (2018). The cost of dysphagia in geriatric patients. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, *Volume 10*, 321–326. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S165713>
- Wilmskoetter, J., Herbert, T. L., & Bonilha, H. S. (2017). Factors associated with gastrostomy tube removal in patients with dysphagia after stroke: A review of the literature. *Nutrition in Clinical Practice*, *32*(2), 166–174. <https://doi.org/10.1177/0884533616661012>
- Wirth, R., Pourhassan, M., Streicher, M., Hiesmayr, M., Schindler, K., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2018). The impact of dysphagia on mortality of nursing home residents: Results from the nutrition day project. *Journal of the American Medical Directors Association*, *19*(9), 775–778. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.03.016>

Xia, W., Zheng, C., Lei, Q., Tang, Z., Hua, Q., Zhang, Y., & Zhu, S. (2011). Treatment of post-stroke dysphagia by vitalstim therapy coupled with conventional swallowing training. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]*, *31*(1), 73–76. <https://doi.org/10.1007/s11596-011-0153-5>