



Liliana Saraiva Lopes Abreu

***Protocolo de Segurança na Avaliação Nasolaringoscópica da
Deglutição (PSAND): contributo para a validação cultural e
linguística do português Europeu***

**Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, na área de
Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Professor Doutor Pedro Sá Couto

Co-Orientador: Professora Mestre Susana Mestre

Maio, 2016



Liliana Saraiva Lopes Abreu

***Protocolo de Segurança na Avaliação Nasolaringoscópica da
Deglutição (PSAND): contributo para a validação cultural e
linguística do português Europeu***

**Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, na área de
Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Professor Doutor Pedro Sá Couto

Co-Orientador: Professora Mestre Susana Mestre

Júri:

Presidente: Professor Doutor Vasco Manuel Pinto dos Reis

Professor Catedrático (aposentado) em Gestão de Organizações de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

Professor Coordenador Principal convidado da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Professor Doutor Pedro Miguel Ferreira de Sá Couto

Professor Auxiliar do Departamento de Matemática da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria de Fátima Ferreira de Andrade Costa

Terapeuta da fala, Doutora em Ciências e Tecnologias da Saúde

Maio, 2016

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Pedro Sá Couto pela dedicação e disponibilidade constante.

À Professora Mestre Susana Mestre pelo apoio, disponibilidade e ajuda.

Ao Professor Adriano Rockland pela amizade e disponibilidade imediata.

Aos Terapeutas da Fala que constituíram o painel de especialistas pois, sem eles este estudo não seria possível.

Às instituições que permitiram a recolha de dados para que a execução deste trabalho fosse possível, bem como aos profissionais que nele trabalharam.

Aos meus pais que me proporcionaram a concretização deste sonho e que sempre me apoiaram. São os melhores pais do mundo.

À minha irmã pela presença, apoio e ajuda.

Ao meu namorado Nuno pela compreensão, apoio, amizade, dedicação e paciência.

À minha melhor amiga Carolina por estar sempre presente em todos os momentos mais importante e difíceis e por nunca me deixar “cair”.

Aos meus animais de estimação, Lua e Noa por estarem sempre comigo e me fazerem sorrir a cada momento e melhorarem a minha disposição quando me sinto já cansada e sem forças.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo contribuir para a adaptação e validação cultural do *Protocolo de Segurança de Avaliação Nasolaringoscópica da Deglutição (PSAND)*. Neste âmbito, compreendeu duas etapas: (1) fase qualitativa – foi dedicada à tradução e adaptação do protocolo à língua e cultura portuguesa; e (2) fase quantitativa – foram verificadas as características psicométricas, nomeadamente a validade de conteúdo e o uso deste instrumento, de forma a verificar a segurança da deglutição, definindo-a como penetração ou aspiração.

A amostra é constituída por 20 sujeitos de ambos os géneros, sendo que todos apresentam Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo como diagnóstico clínico, podendo apresentar disfagia ou não. Os pacientes inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 31 e os 85 anos, sendo que 16 são do género masculino e 4 do género feminino.

Para a recolha dos dados foi utilizado a versão portuguesa e adaptada do PSAND e o nasolaringoscópio como instrumento de avaliação. Os resultados obtidos pelo painel de especialistas permitem-nos concluir que todos os parâmetros avaliados são pertinentes para uma avaliação da deglutição e importantes para delinear uma alimentação segura para cada caso.

Desta forma, com a aplicação do PSAND foi possível obter dois grupos “Penetração” (13 pacientes) e “Aspiração” (5 pacientes). Observou-se diferenças significativas ($p < 0.05$) entre os dois grupos para as variáveis: alimentação dependente ou independente, fraco controlo oral, grande quantidade de resíduos, diminuição da sensibilidade laríngea, escape prematuro do bolo alimentar e dificuldade na limpeza de resíduos.

Em suma, podemos afirmar que a aplicação deste protocolo constitui uma mais-valia para diagnosticar a presença de disfagia em qualquer diagnóstico clínico e avaliar a funcionalidade da deglutição, verificando-se o risco de penetração e aspiração e classificando-se a severidade da disfagia.

Palavras-chave: Deglutição, Disfagia, AVC, Avaliação, PSAND.

ABSTRACT

The present study aims to contribute to the cultural validation and adaptation of the Protocol of Security of a Nasolaryngoscopy Evaluation of the Deglutition (PSAND). In this context, the study comprises two phases: (1) qualitative phase, that correspond to the translation and adaptation of the protocol to European Portuguese language. ; (2) phase quantitative, where the psychometric characteristics were checked, specially the content validity and the use of this instrument, in order to verify the safety of swallowing, defining it as normal, penetration or aspiration.

The sample consists of twenty subjects of both genders, where all of them have an acute stroke as clinical diagnosis and, they can have dysphagia or not. The age of the inquired was ranging from 31 and 85 years old, being that 16 are male and 4 are female.

For the that collection it was used the Portuguese adaptation of the PSAND and the nasolaryngoscope as the evaluation tool. The results obtained by the panel of experts allow us to conclude that all the parameters are relevant to the assessment of swallowing and important to determinate a safe feeding for each case.

Thus, by applying the PSAND, it was possible to get two groups: “Penetration” (13 patients) and “Aspiration” (5 patients). There were statistically significant differences ($p < 0.05$) between the two groups for the variables: dependent or independent feeding, poor oral control, lot of residues, reduction of laryngeal sensitivity, premature escape of the bolus and difficulty in cleaning the residues.

In summary, we can say that the application of this protocol is an asset to diagnose the presence of dysphagia in any clinical diagnosis, evaluate the swallowing function and verifying the risk of penetration and aspiration and classifying the severity of dysphagia.

Key-words: Swallowing, Dysphagia, AVC, Evaluation, PSAND.

ÍNDICE

LISTA DE GRÁFICOS	8
LISTA DE QUADROS	9
LISTA DE ABREVIATURAS	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA	13
1.1. Deglutição.....	13
1.2. Disfagia.....	15
1.3. Acidente Vascular Cerebral.....	17
1.4. Disfagia no Acidente Vascular Cerebral	18
1.5. Avaliação da Deglutição.....	20
1.5.1. Avaliação Clínica	20
1.5.2. Avaliação Instrumental	21
1.6. Avaliação Endoscópica da Deglutição	22
1.7. Escala de Severidade de Penetração e Aspiração	26
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	29
2.1. Objetivos do estudo	29
2.2. Tipo de estudo	29
2.3. Participantes.....	30
2.4. Procedimentos	31
2.4.1. Tradução e adaptação do teste.....	31
2.4.1.1. Fase 1 – Tradução Inicial	31
2.4.1.2. Fase 2 – Versão de consenso (reconciliação)	31
2.4.1.3. Fase 3 – Retroversão	32
2.4.1.4. Fase 4 – Validade e Fiabilidade do instrumento por um painel de peritos	32

2.1.4.5.	Fase 5 – Pedidos de autorização para a elaboração do pré-teste.....	33
2.4.1.6.	Fase 6 – Estudo piloto.....	34
2.5.	Descrição do instrumento	34
2.6.	Forma de tratamento dos dados	36
CAPÍTULO III – RESULTADOS		37
3.1.	Validade de conteúdo do PSAND	37
3.2.	Análise dos dados	38
3.2.1.	Caraterização da amostra	38
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		47
CONCLUSÃO		53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		55
APÊNDICES.....		61
APÊNDICE 1-	Pedido de autorização à Comissão de Ética	63
APÊNDICE 2 –	Resposta da Comissão de Ética	67
APÊNDICE 3 –	Pedido de autorização para participar nos exames	71
APÊNDICE 4 –	Pedido de autorização às autoras do PSAND	75
APÊNDICE 5 –	Resposta das autoras do PSAND	79
APÊNDICE 6 –	Pedido de colaboração de um painel de especialistas no estudo	83
APÊNDICE 7 –	Ficha de caraterização do especialista	87
APÊNDICE 8 –	Grelha de avaliação do PSAND pelo painel de especialistas	91
APÊNDICE 9 –	Versão portuguesa do PSAND	101
ANEXOS		109
ANEXO 1 –	Versão original do PSAND.....	111

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Grau de severidade da Disfagia, em função do número de pacientes 43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos inquiridos em função do género	38
Quadro 2. Distribuição dos inquiridos em função da história alimentar	39
Quadro 3. Distribuição dos inquiridos em função da avaliação clínica não funcional da deglutição	40
Quadro 4. Distribuição dos inquiridos em função da avaliação instrumental da deglutição	41
Quadro 5. Distribuição dos inquiridos em função da avaliação funcional da deglutição (os valores indicados na tabela indicam indivíduos (N) que tiveram uma observação positiva)	42
Quadro 6. Distribuição dos Grupos “Penetração” (N = 13) e “Aspiração” (N = 5) em função da idade e do género	44
Quadro 7. Distribuição dos Grupos “Penetração” (N = 13) e “Aspiração” (N = 5) em função dos sinais clínicos observados	45

LISTA DE ABREVIATURAS

AIT	-	Acidente Isquémico Transitório
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
EVF	-	Encerramento Velofaríngeo
ELA	-	Esclerose Lateral Amiotrófica
FEES	-	<i>Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing Safety</i>
ICC	-	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i>
INE	-	Instituto Nacional de Estatística
IVC	-	Índice de Validade de Conteúdo
NA	-	Não Aplicável
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ORL	-	Otorrinolaringologista
PC	-	Paralisia Cerebral
PSAND	-	Protocolo de Segurança na Avaliação Nasolaringoscópica da Deglutição
PV	-	Pregas Vocais
RGE	-	Refluxo Gastro-esofágico
SN	-	Sistema Nervoso
SNC	-	Sistema Nervoso Central
SNP	-	Sistema Nervoso Periférico
VFC	-	Videofluoscopia

INTRODUÇÃO

O envelhecimento representa um dos fenómenos demográfico cada vez mais problemático das sociedades atuais, não sendo Portugal uma exceção. “Atualmente, com 10.356 milhões de habitantes, Portugal tem um total de 1.479 milhões de jovens com menos de 15 anos de idade (14.3%) e 1.693 milhões de pessoas com mais de 65 anos (16.4% da população atual)”. Perante isto, podemos verificar um envelhecimento muito acentuado no nosso país, com uma população idosa a exceder a população jovem (Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2012). Estes dados levantam preocupações que exigem um melhor e maior conhecimento sobre os problemas desta população, especialmente as suas patologias e consequências das mesmas.

Em Portugal, o AVC é a primeira causa de morte e de incapacidade/ dependência permanente, especialmente em faixas etárias mais idosas. Ele é, em todo o mundo, a terceira causa de morte e de incapacidade sendo que, anualmente, 20 milhões de pessoas sofrem desta doença e destas, 5 milhões falecem (Ferreira & Marques, 2011). Segundo um estudo realizado por Pacianori et al. (2004), pelo menos metade dos sobreviventes ao AVC ficam com algum tipo de incapacidade, sendo um dos sintomas mais comuns a disfagia.

Na prática profissional, o Terapeuta da Fala trabalha com várias doenças neurológicas que apresentam alterações na deglutição. Estas alterações, denominadas de disfagias, podem levar o paciente ao óbito por o conduzir à desnutrição, desidratação, aspiração traqueal e pneumonias de repetição (Michou & Hamdy, 2009) (Furkim & Mattana, 2004).

Desta forma, com os elevados progressos na área da saúde, que levaram a uma melhor compreensão e a ter novas expectativas e formas de melhor tratamento ao paciente com AVC torna-se, portanto, necessário as práticas permanentes na área que garantam intervenções mais específicas ao indivíduo, envolvendo cuidados particulares, não esquecendo a neuroprotecção e a reabilitação precoce (Ferreira & Marques, 2011).

Uma vez que a maioria destes casos são diagnosticados em ambiente hospitalar, bem como o sintoma de disfagia, torna-se cada vez mais importante a criação de instrumentos de trabalho que auxiliem os diferentes profissionais a realizar avaliações e intervenções terapêuticas mais específicas e rigorosas (Santos Dias, 2015). Assim, a intervenção traçada será mais específica e adequada a cada caso e, a alimentação via oral definida, será traçada de forma a garantir a segurança do indivíduo.

A nível mundial, existem várias escalas que avaliam a capacidade de deglutição do indivíduo e, que podem ser usadas pelos profissionais de saúde no seu trabalho diário. Porém, não existem

protocolos de avaliação instrumental traduzidos, adaptados e validados para o português europeu, para que possam ser usados com os pacientes.

O objetivo deste estudo é contribuir para a validação e adaptação cultural e linguística do PSAND para o português europeu. Este protocolo é recente e está a ser desenvolvido no Brasil (originários do PSAND), não estando, ainda, a ser usado na prática clínica como um instrumento validado. Após algum estudo e análise do PSAND ele pareceu ser bastante interessante, com os tópicos necessários e pertinentes de serem avaliados na deglutição. Desta forma se pretendeu traduzi-lo e adaptá-lo para a nossa comunidade, para que pudesse ser usado pelo Otorrinolaringologista (ORL) (pois é ele que executa o exame) e pelo Terapeuta da Fala na avaliação da deglutição, traçando a via e tipo de alimentação mais segura a cada caso.

O PSAND é um instrumento muito útil de ser usado, uma vez que fornece variadas informações aos diferentes profissionais, auxiliando na identificação e interpretação de alterações na dinâmica da deglutição/ alimentação.

Assim, este trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos, sendo que o primeiro se centra na revisão da literatura. Os restantes três centram-se na investigação propriamente dita e discussão de todos os valores obtidos.

No primeiro capítulo procurou-se realizar um enquadramento teórico, abordando o AVC, a deglutição, a disfagia, a avaliação da deglutição e a descrição da escala “Penetration-Aspiration Scale”. É de referir que neste capítulo se faz uma explicação mais detalhada ao exame endoscópico, uma vez que é o exame usado no PSAND.

O segundo capítulo centra-se na metodologia, onde se colocam os objetivos do trabalho, tipo de estudo, participantes envolvidos, procedimentos utilizados, descrição do instrumento, métodos usados e forma de tratamento dos dados que estiveram envolvidos na investigação.

No terceiro capítulo irão ser apresentados os resultados obtidos ao longo do estudo, fazendo-se uma breve descrição dos valores obtidos.

A discussão é encontrada no capítulo quatro, onde se apresentam os resultados obtidos, de acordo com estudos e trabalhos realizados (que se encontram na literatura), que comprovem os resultados obtidos. Por fim, na conclusão irá ser apresentada uma reflexão crítica do trabalho, com todos os pontos fortes e fracos do mesmo, limitações e questões futuras de investigação.

CAPÍTULO I

REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo pretende-se realizar uma revisão da literatura com todas as temáticas importantes para a elaboração deste estudo. Desta forma, irão ser abordados os seguintes temas: deglutição normal e alterações na deglutição (disfagia), o que é um AVC, englobando uma breve descrição das suas causas, consequências e influência nas alterações da deglutição, como se avalia a deglutição, qual o tipo de avaliação e quais os instrumentos que poderão ser usados na sua avaliação e, por fim, a apresentação de uma escala para a classificação da severidade da disfagia.

1.1. Deglutição

A deglutição tem por função transportar o alimento desde a cavidade oral até ao estômago (Furkim & Santini, 2008). Este ato é importante para a manutenção da vida e, por se tratar de um fenómeno rápido e automático, pode parecer simples (Marques, André, & Zuma de Rosso, 2008). Porém, o fenómeno de deglutir é bastante complexo por envolver um conjunto de mecanismos neuromotores, coordenados pelo córtex cerebral, tronco cerebral e nervos encefálicos (Santos de Queiroz, Haguette, & Haguette, 2009).

A deglutição é composta por diferentes fases intrinsecamente relacionadas e divididas, exercendo a função de conduzir o alimento da cavidade oral até ao estômago de forma segura, por meio de uma coordenação precisa. Tem por objetivo primordial centrar-se na manutenção do estado nutricional do indivíduo e na proteção da via aérea (Santos de Queiroz, Haguette, & Haguette, 2009).

A divisão das fases da deglutição é baseada nas suas características anatómicas e funcionais, sendo que é composta por uma fase voluntária (preparatória oral e oral executiva) e duas fases involuntárias (faríngea e esofágica) (Furkim & Santini, 2008).

A fase oral é voluntária e é dividida em preparatória oral e oral executiva. Num indivíduo normal, a cavidade oral funciona como um órgão sensorial e motor para preparar o alimento, para que este depois seja deglutido de forma segura. É nesta fase que decorre a mastigação do alimento por três processos: incisão, trituração e pulverização. Durante esta fase ocorre a mistura do alimento com a saliva, formando o bolo alimentar. Caso esta fase não ocorra de forma adequada irá comprometer toda a fase seguinte. A duração desta fase depende, maioritariamente, do tempo de mastigação de cada indivíduo, ou seja, se o tempo de mastigação for maior, a duração desta fase irá ser igualmente maior. Em toda a fase oral é importante ter em consideração o encerramento labial, para que não

ocorra o escape do alimento para fora da cavidade oral. Desta forma, o bolo alimentar é colocado entre a língua e o palato duro antes do início da deglutição voluntária. Aqui, o palato mole encontra-se numa posição mais baixa, para prevenir a queda do bolo na faringe antes do início da deglutição. A faringe e a laringe estão em repouso, a via aérea encontra-se aberta e a respiração nasal continua até que a deglutição ocorra (Furkim & Santini, 2008).

A fase oral executiva, como referido anteriormente, é voluntária e começa com a propulsão posterior do bolo, realizado pela língua, terminando com o início da fase faríngea. Na fase oral o ápice da língua encontra-se apoiado contra os alvéolos superiores, ou seja, atrás dos dentes incisivos superiores e, a parte anterior da língua adquire uma forma côncava para armazenar o bolo alimentar. Assim, a língua exerce vários papéis importantes, sendo eles: levar o alimento de um lado para o outro dentro da cavidade oral para ser mastigado; juntar o alimento com a saliva para formar o bolo alimentar; conter e acomodar o bolo formado e, por fim, propulsioná-lo no sentido antero-posterior. Quando o bolo alimentar passa para a faringe, o palato mole eleva, ocorrendo o encerramento velofaríngeo (EVF), para que o alimento não passe para a nasofaringe – regurgitação nasal. É importante que ao longo de todo o processo a cavidade oral se mantenha encerrada para ajudar a criar e manter uma onda de pressão positiva necessária para o transporte do bolo alimentar através da faringe, esfíncter esofágico superior e, por fim, para o esófago. A fase oral executiva dura menos de um segundo, sendo que pode variar de acordo com consistência do alimento (Furkim & Santini, 2008).

A fase faríngea é involuntária e é responsável pelo transporte do bolo alimentar da faringe até ao esófago (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000). Esta inicia-se com a elevação e encerramento do palato mole para prevenir a passagem do bolo alimentar para a nasofaringe (Furkim & Santini, 2008). A parede posterior da faringe avança no sentido postero-anterior, assegurando o bolo no dorso da língua. Desta forma, o alimento não poderá subir, uma vez que o palato mole está encerrado e, também não irá retornar para a boca, uma vez que o dorso da língua está a impedir a sua passagem para a cavidade oral. Assim, o alimento só poderá descer e nunca retornar. Para que todo o processo ocorra de forma correta e não haja passagem do alimento para a via aérea, também terá de ocorrer um encerramento da glote, realizado pela epiglote e, uma adução das Pregas Vocais (PV). Neste momento, haverá uma elevação da laringe, para facilitar este encerramento, que será concomitante com a abertura do músculo cricofaríngeo para permitir a entrada do alimento para o esófago (Sitta, 2012). Esta fase dura, aproximadamente, um segundo (Furkim & Santini, 2008).

Aquando da passagem do bolo alimentar da faringe para o esófago, dá-se o início da última fase da deglutição, a esofágica.

A fase esofágica consiste no transporte do bolo alimentar do esófago até ao estômago (Furkim & Santini, 2008). É uma fase inconsciente e involuntária que dura, aproximadamente, cinco segundos. O bolo alimentar desce ao longo do esófago, após a abertura do músculo cricofaríngeo, e é levado para o estômago por meio dos seus movimentos peristálticos. Nessa fase ocorrem duas ondas peristálticas: a primária e a secundária que, são iniciadas pelos constritores da faringe. Quando a onda peristáltica primária alcança o esfíncter esofágico inferior, este relaxa e permite a passagem do bolo alimentar para o estômago, encerrando-se assim o processo da deglutição (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

1.2. Disfagia

Quando se verifica qualquer dificuldade ao longo do processo de deglutição, decorrente de processo agudo ou progressivo, que interfere no transporte do bolo alimentar desde a boca até ao estômago, denomina-se de disfagia. A deglutição pode ser prejudicada por processos mecânicos que dificultam a passagem do bolo, como por falta de secreção salivar, por fraqueza das estruturas musculares responsáveis pela propulsão do bolo ou por disfunção da rede neuronal que coordena e controla a deglutição (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000). Todas estas dificuldades podem acarretar graves consequências para o paciente, como a penetração e/ou aspiração de alimento e/ou saliva para a árvore traqueobrônquica, desnutrição e desidratação, podendo levar o paciente à morte (Junqueira & Carvalho Dauden, 2009)

A aspiração traqueal é definida como a presença de material abaixo do nível das PV. Por outro lado, a penetração laríngea é definida como a entrada de material na laringe, próximas às PV (sem passar para baixo das mesmas), sem atingir a traqueia ou brônquios (Rosenbek, Robbins, Roecker, Coyle, & Wood, 1996).

Quanto à sua localização, a disfagia pode ser classificada em disfagia orofaríngea, quando acomete a fase oral e/ou faríngea da deglutição, ou disfagia esofágica, quando acomete a fase esofágica da deglutição (Costa & Castro, 2003)

De acordo com a etiologia, a disfagia orofaríngea pode ser classificada em neurogénica, mecânica, psicogénica, induzida por drogas e presbifagia (disfagia decorrente da idade).

A disfagia neurogénica é causada por doenças neurológicas. Praticamente todas as doenças do Sistema Nervoso Central (SNC) podem resultar em disfagia. No entanto, algumas são mais propícias em causar disfagia como o AVC (AVC), Poliomielite, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Doença de Parkinson, Paralisia Cerebral (PC), tumor cerebral e traumatismo crânio-

encefálico (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000). Assim como as doenças neurológicas podem provocar disfagia, qualquer anormalidade existente ao nível da musculatura esquelética também pode provocar disfagia (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

Na disfagia de origem mecânica ocorre a perda no controlo do bolo alimentar pela ausência total ou parcial das estruturas, de forma a realizar uma deglutição normal. Apesar de o controlo neurológico central e os nervos periféricos estarem intactos, as estruturas anatómicas responsáveis pela deglutição não estão. As inflamações agudas dos tecidos da orofaringe, o trauma, a macroglossia, o cancro da região da cabeça e pescoço, as ressecções cirúrgicas, entre outras, são alguns dos potenciadores de disfagia mecânica (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

Durante o processo natural de envelhecimento do ser humano, ocorre uma diminuição da função dos vários órgãos e sistemas do organismo com a degeneração da parte sensitiva e da função motora das mesmas. O mesmo se verifica com a faringe e o esófago que, com o envelhecimento, perdem a sua sensibilidade e função adequadas. O “envelhecimento” destas estruturas poderá levar à disfagia, a qual tem muita incidência na população idosa. A explicação deste facto deve-se a diversos fatores como: problemas de mastigação por ausência de peças dentárias ou por próteses inadequadas, diminuição do volume de saliva por uso de medicações e doenças associadas, diminuição da força máxima da língua, diminuição da pressão orofaríngea, redução do limiar de excitabilidade da deglutição, presença de penetração no vestíbulo laríngeo, diminuição dos reflexos protetivos (reflexos de tosse e vômito), aumento da incidência de refluxo gastroesofágico (RGE), uso de medicamentos que comprometem a atividade muscular dos órgãos envolvidos na deglutição, entre outros (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

A disfagia psicogénica pode ser a manifestação de quadros depressivos, ansiosos ou, até mesmo conversivos. Contudo, ainda não existem muitos estudos que relacionem a disfagia com quadros emocionais. Sabe-se, apenas, que pessoas submetidas a *stress* apresentam um aumento da pressão de repouso do esfíncter esofágico superior (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

Alguns medicamentos podem desencadear disfagia como efeito colateral. O efeito dos medicamentos pode-se dar a vários níveis. Quando ocorre no SNC dá-se a depressão do nível de consciência, supressão da regulação central da deglutição e desordens do movimento. No Sistema Nervoso Periférico (SNP) há um bloqueio da junção neuromuscular, provocando fraqueza da musculatura da faringe. Por fim, quando a ação do medicamento ocorre a nível muscular pode provocar efeitos adversos na mesma, podendo atingir a musculatura da faringe e, assim, provocar disfagia (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

1.3. Acidente Vascular Cerebral

Em Portugal, o AVC é a primeira causa de mortalidade e morbilidade, sendo responsável por cerca de 2500 internamentos por ano. Estima-se uma progressão na sua incidência devido ao aumento da esperança média de vida e ao crescimento da população idosa (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o AVC é descrito como uma síndrome caracterizada por sinais clínicos focais (e, por vezes, globais) de alteração da função cerebral, sem outra causa aparente para além da vascular, que se estabelece de forma aguda, permanecendo mais de 24 horas ou levando à morte.

Um AVC ocorre quando uma parte do cérebro deixa de ser irrigada pelo sangue. Isto sucede sempre que um coágulo se forma num vaso sanguíneo cerebral ou é transportado para o cérebro depois de se ter formado noutra parte do corpo, interrompendo o fornecimento de sangue a uma região do cérebro. Pode, também, resultar da rutura de uma artéria cerebral e, neste caso, o sangue vai destruir o tecido cerebral circundante. Em qualquer um dos casos, o tecido cerebral acaba por ser destruído e o seu funcionamento afetado (Pires, 2012)

Existem dois tipos de AVC: (1) o isquémico, sendo o tipo de AVC mais comum, que acontece quando um coágulo bloqueia a artéria que leva o sangue para o cérebro e, pode ser provocado por uma trombose cerebral, uma embolia cerebral ou um bloqueio nos pequenos vasos sanguíneos da parte mais profunda do cérebro; (2) e o hemorrágico, que é caracterizado por um derrame, quando há rutura de um vaso sanguíneo, causando um derrame (hemorragia) no cérebro e, pode ser provocado por uma hemorragia intracerebral (quando um vaso sanguíneo rebenta dentro do cérebro) ou uma hemorragia subaracnóidea (quando um vaso sanguíneo na superfície do cérebro sangra para a área/espço entre o cérebro e o crânio) (Associação AVC, 2009).

Em geral, as manifestações clínicas do AVC, têm início súbito e incluem vários sintomas, entre os quais: fraqueza muscular (facial e dos membros), alteração de sensibilidade de um lado do corpo (dormência, fraqueza ou paralisia de um lado do corpo), incoordenação motora, dificuldades em falar (como a fala arrastada) ou compreender, défice visual, confusão ou instabilidade e cefaleia intensa (Associação AVC, 2009).

Estudos evidenciam que pacientes com AVC têm um risco mais elevado de mortalidade devido a infeções urinárias, desnutrição e pneumonia de aspiração, causada principalmente por alterações no mecanismo de deglutição. Desta forma, é importante o conhecimento de fatores de risco de aspiração em pacientes com AVC, pois previne complicações, diminui o tempo de internamento, custos hospitalares e mortalidade (Ferreira & Marques, 2011).

1.4. Disfagia no Acidente Vascular Cerebral

Como referido anteriormente, a deglutição é um processo contínuo e, a coordenação em cada fase e entre elas é necessária para o transporte efetivo do bolo alimentar, desde a boca até ao estômago. Desta forma, o comprometimento de uma das fases irá interferir nas restantes, impedindo ou prejudicando o processo adequado de deglutição e, determinando o aparecimento de sinais e sintomas específicos, que se podem manifestar direta ou indiretamente (Costa & Castro, 2003).

As alterações na fase oral da deglutição podem ser determinadas pela dificuldade de preparação e controlo do bolo alimentar e por complicações em iniciar a deglutição. Tais factos podem dever-se a fatores causais como a xerostomia, a diminuição da sensibilidade, alterações anatómicas, a perda da dentição natural, próteses mal-adaptadas, alterações do SNC ou neuromusculares (que comprometem a mobilidade, sensibilidade e a força da língua) a redução da força de mastigação e dificuldades no enceramento labial (Costa & Castro, 2003).

Por outro lado, dificuldades em iniciar a deglutição, como sensação de alimento parado na região cervical, tosse, engasgos e regurgitação nasal podem ser observadas na fase faríngea da deglutição (Costa & Castro, 2003).

“Tosse, engasgos e sensação de asfixia ao alimentar-se são sinais preditivos de penetração laríngea ou aspiração traqueal” (Costa & Castro, 2003).

A tosse é um sinal que pode manifestar-se antes, durante ou após a deglutição. Quando se verifica antes da deglutição, esta sugere escape oral com penetração do bolo alimentar na laringe, antes do início dos mecanismos fisiológicos da deglutição e de proteção das vias aéreas. Tosse durante a deglutição pode indicar falta de um correto encerramento glótico, elevação laríngea reduzida ou, ainda, uma falha na sincronização entre a abertura da transição esofágica e a ejeção oral. Por fim, quando a tosse se manifesta após a deglutição, esta pode ser o resultado de entrada de resíduo alimentar na laringe, retido nos recessos faríngeos, base da língua ou cavidade oral, quando a laringe se encontra em repouso (Costa & Castro, 2003).

Um outro sinal que também se pode apresentar é a dor torácica, intermitente ou constante, que pode ser um sinal de comprometimento do corpo esofágico e estar relacionada, não só aos distúrbios de motilidade, mas também às doenças esofágicas comuns, decorrentes ou não de RGE (Costa & Castro, 2003).

Segundo Barer (1989) e Kidd et al. (1995), a ocorrência de disfagia tem sido descrita em, aproximadamente, 30 a 42% de pacientes com AVC em fase aguda. Aproximadamente 50%, apresentam uma recuperação espontânea para uma deglutição normal dentro de uma semana após

o início do quadro (Okubo, 2008). Porém, os pacientes que permanecem com dificuldades após a primeira semana mostram uma recuperação muito lenta da disfagia orofaríngea. Ainda, Barer (1989), Kidd et al (1995), Teasell, Bach e McRae (1994) afirmaram que a prevalência do diagnóstico clínico de disfagia em pacientes no primeiro mês após o AVC tem sido descrita entre 2 a 21% e pode permanecer em 7% dos pacientes após três meses de AVC.

Kidd et al. (1995) realizaram um estudo em 60 pacientes com AVC onde acompanharam a sua evolução em tempos distintos (sete e catorze dias e, ainda, uma reavaliação três meses depois). Deste estudo concluíram que a disfagia tende a ser resolvida nos primeiros catorze dias que sucedem o AVC e a sua presença, provavelmente, reflete a severidade do AVC.

É sabido que problemas de deglutição após AVC são comuns, sendo descrito que a disfagia pode persistir, permanecer em alguns pacientes, ou ser desenvolvida durante o curso da doença, pelo facto de muitos pacientes receberem medicação durante a sua hospitalização, o que pode baixar o nível de consciência e aumentar o risco de aspiração (Okubo, 2008).

Smithard et al. (1998) realizaram um estudo prospetivo que demonstrou que mais de metade dos pacientes foram identificados com risco de aspiração durante a deglutição após avaliação por terapia da fala e, apenas 41% apresentavam este risco após a avaliação médica. Também, um estudo realizado por Daniels et al. (1998) revelou que muitos pacientes com AVC têm um elevado risco de aspirarem nos primeiros dias após o AVC.

Singh e Hamdy (2006) descreveram que embora mais de metade dos pacientes com AVC tenham apresentado disfagia, muitos terão recuperado a função de deglutição dentro de um período de dias a semanas, sendo que dentro de um mês, muitos a realizarão de forma segura. Tal facto pode ser explicado pela adaptação neuroplástica que permite que o controlo da musculatura da deglutição seja reorganizado pelo hemisfério cerebral não afetado.

A disfagia é um problema comum e sério após o AVC envolvendo ambos os hemisférios cerebrais ou o tronco cerebral. Devido ao envolvimento dos diferentes nervos cranianos na deglutição, muitos artigos defendem que este mecanismo não é significativamente afetado em danos causados num hemisfério cerebral isolado (Barer, 1989).

Por outro lado, a aspiração decorrente de dificuldades de deglutição é um fenómeno transiente em muitos casos de AVC e está associada a uma elevada incidência de infeções do trato respiratório baixo. Porém, a mortalidade encontrada em pacientes que apresentam este quadro não está significativamente associada com infeções do trato respiratório ou aspiração por si só (Kidd, Lawson, Nesbitt, & MacMahon, 1995)

1.5. Avaliação da Deglutição

O Terapeuta da Fala que atua na equipa multidisciplinar tem o objetivo de reduzir as complicações, a partir do controlo da deglutição orofaríngea e da comunicação, de forma segura e eficaz (ASHA, 2002).

Os procedimentos de avaliação irão permitir um adequado planeamento da terapia. Para tal, dispomos de uma avaliação clínica, avaliação instrumental e avaliação de outros profissionais (Junqueira & Carvalho Dauden, 2009).

1.5.1. Avaliação Clínica

A avaliação clínica da deglutição é realizada pelo Terapeuta da Fala e deve preceder qualquer tipo de avaliação instrumental, pois ela determina qual o exame complementar a ser realizado, apropriado a cada caso. A avaliação clínica deve ser concretizada em três etapas: anamnese ou história clínica do paciente, exame do paciente e avaliação funcional da deglutição (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

A primeira corresponde à anamnese ou história clínica do paciente, a qual deve ser bastante detalhada e deve abranger aspetos da história pessoal, da doença e da alimentação do paciente até à queixa de disfagia. As perguntas a incluir devem visar a identificação do tipo e da etiologia da dificuldade, assim como do impacto que esta exerce na vida diária do paciente e dos seus familiares (Costa & Castro, 2003).

Após concluída a primeira etapa da avaliação, prossegue-se a segunda etapa que corresponde ao exame do paciente. Aqui deve ser realizada a avaliação da linguagem do paciente, o seu nível de compreensão, a sua capacidade para a fala e, por fim, uma avaliação vocal (afasias, dispraxias, disartrias e disfonias que podem estar associadas a quadros de disfagia). Esta última considerada, a avaliação vocal, é de extrema importância, na medida em que a possível presença de fendas glóticas ou paresias/paralisias das PV, podem causar aspirações traqueais durante o momento de elevação laríngea, na deglutição. A presença de voz molhada é um indicador importante pois, esta infere sobre a possibilidade de presença de saliva, secreção ou alimento ao nível das PV, dentro do vestíbulo laríngeo. Os reflexos orais da deglutição, vômito e palatal, são avaliados, bem como a sensibilidade oral para o paladar (azedo, doce, salgado e amargo) e sensibilidade tátil, com toques suaves na região intraoral e facial. Por fim, investiga-se a mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios em movimentos isolados, observando-se a precisão, a força, a simetria, a amplitude e a velocidade

dos mesmos, durante a fala e durante a deglutição de saliva. Também é importante avaliar e examinar toda a arcada dentária e cavidade oral (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

Depois da recolha de todas as informações anteriores, prossegue-se para a última etapa da avaliação clínica que corresponde à avaliação funcional da alimentação. De um modo geral, esta etapa consiste na observação do paciente durante a ingestão de alimentos. Um dado importante a ter em consideração reside no facto de se o paciente não se alimentar por via oral, é necessário o avaliador seleccionar o tipo de alimento (consistência, volume, utensílio e sabor), de acordo com os dados obtidos na história clínica e na avaliação clínica não funcional (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

Por outro lado, caso o paciente já se alimente por via oral de forma efetiva, o avaliador não deve interferir na sua refeição, observando apenas os utensílios utilizados, o tipo de dieta escolhida, o tempo de duração da refeição, a postura habitualmente usada ao alimentar-se ou ao ser alimentado, a capacidade e forma de apreensão do bolo alimentar do utensílio usado, o manuseio intraoral, o volume de alimento colocado na cavidade oral e a velocidade de deglutição. Por fim, deve observar como é realizada a deglutição e os sinais clínicos identificados antes e após a deglutição. É importante, ao longo da avaliação, estar atento a possíveis sinais indicativos de penetração/aspiração como a tosse, o engasgo, a asfixia, a cianose de lábios ou extremidades, a fadiga, o *stress* ou a sonolência (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

Ao longo da avaliação clínica é pertinente o uso de recursos instrumentais como a auscultação cervical, através do uso do estetoscópio, de forma a auscultar os sons da passagem do ar e da deglutição; e o oxímetro de pulso na medição da saturação de oxigénio e na monitorização de pacientes com queda na saturação por aspiração traqueal (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

Apesar de a avaliação clínica ser um procedimento fulcral na avaliação de um paciente com disfagia, esta quando realizada de forma isolada pode produzir informações inadequadas sobre a fase faríngea da deglutição. Segundo Langmore et al. (1988), “há relatos de que 40% dos pacientes que aspiram não são identificados na avaliação clínica” (Onofri, 2013). Desta forma, torna-se importante a realização de avaliações mais objetivas, como a avaliação instrumental.

1.5.2. Avaliação Instrumental

A avaliação instrumental da deglutição é a última etapa a realizar-se na avaliação de pacientes com disfagia, feita pelo Otorrinolaringologista (ORL) – a videoendoscopia da deglutição – ou pelo cirurgião de cabeça e pescoço, através de exames próprios e específicos a cada caso. Esta fase da avaliação tem por objetivo observar como a deglutição é processada, com que grau de efetividade

o bolo alimentar atinge o esófago e, sobretudo, se existe uma deglutição segura ou não (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

Existem vários métodos disponíveis que permitem recolher vários tipos de informação e em diferentes planos sobre a qualidade da deglutição. Alguns deles são a Videofluroscopia da Deglutição (VFC) ou estudo radiológico da deglutição, avaliação endoscópica da deglutição, ecografia da deglutição, cintilografia da deglutição e, ainda, métodos complementares, como a endoscopia digestiva alta, manometria esofágica e pHmetria do esófago. Durante a concretização destes exames recorre-se à oximetria de pulso e à auscultação cervical. Porém, os métodos mais utilizados na prática clínica diária são a VFC e a avaliação endoscópica da deglutição (Macedo Filho, Gomes, & Furkim, 2000).

1.6. Avaliação Endoscópica da Deglutição

A avaliação endoscópica da deglutição foi, primeiramente descrita por Langmore et al. (1988), denominada de *Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing Safety* (FEES), que fornece uma visão direta e clara da hipofaringe e laringe. O ponto fulcral do exame consiste na identificação da aspiração e/ou evidência de aspiração, que pode ser diretamente observada e não há interferência na fisiologia da deglutição (Langmore, Schatz, & Olsen, 1988). Também, permite determinar se a ingestão oral é realizada de forma efetiva e segura em pacientes com disfagia (Costa & Castro, 2003).

O exame do FEES permite avaliar as estruturas anatómicas, como a cavidade nasal, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe e laringe, as funções do EVF, a mobilidade das PV e a fisiologia da deglutição, quando se fornecem determinadas quantidades de alimentos e líquidos corados de azul ou verde. Desta forma, a quantidade aproximada e a exata localização dos resíduos alimentares podem ser observados para, posteriormente, serem analisados e documentados, com o objetivo de se avaliar o tipo de disfagia e em que momento ocorre a aspiração/penetração (Onofri, 2013).

Acrescido a este exame, nasceu uma nova técnica que permite a avaliação e documentação da sensibilidade na região faringolaríngea e, que foi descrita por Aviv et al. (1993). É um exame que permite avaliar vários parâmetros dos aspetos sensoriais e motores envolvidos na fase faríngea da deglutição e a proteção das vias aéreas, determinando a forma mais segura e menos restritiva para a ingestão oral. Aplica técnicas adequadas de compensação e identifica um plano de reabilitação de disfagia. Porém, a principal vantagem deste exame reside na possibilidade de se verificar a sensibilidade da região supraglótica que, sem este instrumento, não seria possível a estimulação direta desta região (Onofri, 2013).

A avaliação da sensibilidade da faringe e da laringe é realizada por meio de toques nas pregas ariepiglóticas, nas aritnóides e/ou nas PV. Embora o toque seja um estímulo bastante forte, quando comparado com os alimentos líquidos, pacientes que são pouco sensíveis à fibra podem ser considerados também insensíveis ao alimento e ao líquido (Onofri, 2013).

Apesar de o exame de VFC ser considerado o exame padrão a realizar-se em prática clínica para o diagnóstico de disfagias, há inúmeros estudos que têm vindo a demonstrar concordância entre os exames de nasofibrosopia e VFC (Onofri, 2013).

As principais desvantagens da VFC da deglutição relacionam-se com a impossibilidade de saída da unidade de tratamento intensivo, dificuldades em se posicionar adequadamente na mesa de exame, a não colaboração do paciente durante o exame e a sua incapacidade para o tolerar e, o risco de aspiração, mesmo que em pequenas quantidades. Também, o nível de radiação em que o paciente é exposto se torna uma desvantagem deste exame (Onofri, 2013).

Por outro lado, o exame de nasofibrosopia da deglutição apresenta grandes vantagens como a não exposição a radiação, não há necessidade de deslocação para uma unidade de radiologia, pode ser realizado ao lado do leito, pode ser repetido as vezes que forem necessárias e, acima de tudo, é um exame que permite a avaliação da sensibilidade faringolaríngea. É um exame bastante seguro, mas apresenta alguns riscos como engasgos, laringoespasmos e reações adversas ao uso de anestésicos tópicos (Onofri, 2013).

Tanto a avaliação nasofibrosópica inicial descrita como a avaliação da função sensorial são ambos procedimentos seguros e com baixa incidência de complicações. Vários estudos realizados neste âmbito têm descrito que este exame é um instrumento válido para detetar aspirações, penetrações e presença de resíduos faríngeos, quando comparados com a VFC. Outros estudos, também, têm relatado os benefícios do uso deste exame em várias práticas clínicas como no contexto pediátrico e em Unidades de Cuidados Intensivos com casos de AVC, lesão cerebral e cancro de cabeça e pescoço (Kelly, Hydes, C., & Wallace, 2007).

As indicações para a concretização deste exame devem incluir avaliação do controlo de secreções, avaliação de pacientes com alto risco de aspiração, visualização das estruturas laringofaríngeas, avaliação da sensibilidade laringofaríngea, avaliação do cansaço ao longo do tempo de alimentação/deglutição, avaliação da deglutição com alimentos específicos, avaliação de pacientes que não podem realizar VFC (devido à imobilidade, equipamentos ou instabilidade clínica) e avaliação contínua (Kelly, Hydes, C., & Wallace, 2007).

Os resultados obtidos na avaliação videoendoscopia podem incluir a avaliação da anatomia e fisiologia da deglutição, sensibilidade das estruturas envolvidas no processo de deglutição e

controlo de secreções, proteção das vias aéreas durante a função de deglutição, deglutição de alimentos com várias consistências e líquidos, posturas, estratégias e manobras facilitadoras e técnicas terapêuticas (Kelly, Hydes, C., & Wallace, 2007).

Este exame pode ser usado com vários grupos de pacientes com disfagia, nomeadamente perante distúrbios neurológicos, traumatismos crânio-encefálicos e cancro de cabeça e pescoço. Também pode ser aplicado a pacientes em cuidados intensivos que estejam traqueostomizados e/ou ventilados, pacientes com doenças respiratórias, doenças degenerativas, queimaduras e trauma e, em pediatria (com nasofibrosκόpio de tamanho apropriado) (Kelly, Hydes, C., & Wallace, 2007).

O cuidado para a aplicação deste exame deve ser sempre exercido pois, devido às complicações que o paciente poderá apresentar, a avaliação poderá deixar de ser segura. Desta forma, a adequação e a segurança deste exame devem ser efetuados de forma individual e, em conjunto com toda a equipa médica (Kelly, Hydes, C., & Wallace, 2007).

Uma vez que a postura tem um efeito significativo nas habilidades de deglutir, os pacientes são examinados nas suas posturas típicas, aquelas em que normalmente costumam comer. Porém, pacientes em ambulatório são sentados em posição vertical e, pacientes sem mobilidade, ou seja, restritos ao leito são examinados no mesmo, com a cabeceira da cama elevada a 45 graus ou mais (Langmore, Schatz, & Olsen, 1988).

Geralmente não é necessário anestesia para a aplicação deste procedimento. Segundo Sider et al., aquando a aplicação de anestesia, há uma redução tanto no impulso como na capacidade de engolir. Em casos raros a anestesia é indicada em pacientes que sintam um grande desconforto e, desta forma, anestesia-se para facilitar a introdução do endoscópio (Langmore, Schatz, & Olsen, 1988).

A avaliação endoscópica da deglutição consiste na passagem de um fibrosκόpio de fibra ótica flexível para visualizar a hipofaringe, laringe e traqueia proximal com a finalidade de avaliar e examinar distúrbios da deglutição (Kelly, Hydes, C., & Wallace, 2007). Permite avaliar a fisiologia laringofaríngea, o controlo de secreções e a capacidade de ingerir alimentos sólidos e líquidos (Kelly, Hydes, C., & Wallace, 2007).

O fibrosκόpio é introduzido inferiormente ao corneto inferior no meato inferior. Com o fibrosκόpio na nasofaringe, o EVF pode ser observado, de forma adequada. Após o fibrosκόpio estar introduzido, o paciente é solicitado a engolir em seco, para permitir a avaliação da competência velofaríngea durante a deglutição (Langmore, Schatz, & Olsen, 1988).

De seguida, o fibrosκόpio é desviado para baixo, de modo a passar pela orofaringe. A quantidade de saliva que permaneça na hipofaringe é possível de ser observada e, indicará a competência geral

do constritor faríngeo. Nesta fase, o aspeto geral da faringe e a posição da epiglote podem ser observados (Langmore, Schatz, & Olsen, 1988).

Por fim, o fibroscópio é transferido para uma zona posterior à epiglote, onde a aparência geral das estruturas laríngeas podem ser claramente visíveis. Novamente, o paciente é solicitado a deglutir em seco, a manter a sua respiração, a tossir e a vocalizar, o que irá permitir uma avaliação adequada das PV em adução. A assimetria das PV podem ser visualizadas (Langmore, Schatz, & Olsen, 1988).

Nesta fase, também pode ser observada a postura de conforto/desconforto do paciente, se existe ou não um comprometimento das vias aéreas e se ocorre epistaxe (hemorragia nasal).

Após a deglutição em seco, ou seja, da própria saliva, o próximo passo do exame consiste na introdução de alimentos. Previamente à introdução de alimentos é muito importante avaliar o posicionamento do paciente durante a concretização do teste, isto é, se se encontra sentado a uma inclinação de 90° ou de 45° ou, se se encontra deitado na cama a uma inclinação de 90° ou 45° (Langmore, Schatz, & Olsen, 1988).

De seguida, um outro ponto fulcral deste teste reside na mensuração das quantidades de alimento e líquido a fornecer ao paciente para deglutir. As quantidades de líquido a usar são normalmente de 5 e 10 ml. O tipo de consistência e quantidade de alimento a fornecer é determinado de acordo com os objetivos específicos do exame e o estado geral do paciente. De seguida, todo o alimento a ser usado é tingido com corante alimentar, verde ou azul, para promover o contraste (Langmore, Schatz, & Olsen, 1988).

A dinâmica real da deglutição é difícil de ser observada através deste procedimento, pois os movimentos tumultuosos da laringe e da faringe, temporariamente, obscurecem qualquer visualização. Porém, é possível observar se ocorreu penetração ou aspiração laringotraqueal. Considera-se penetração a presença de resíduos alimentares acima do plano das PV e, aspiração quando se observam estes resíduos abaixo do plano das PV (Costa & Castro, 2003). Desta forma, a aspiração antes da deglutição, secundária ao escape prematuro na hipofaringe, e a aspiração depois da deglutição, secundária aos resíduos na faringe, podem ser observados. Qualquer aspiração que ocorra durante a deglutição pode ser, geralmente identificada imediatamente após a deglutição de resíduos presentes na via aérea. A quantidade aproximada e a exata localização dos pequenos materiais aspirados podem ser facilmente visualizados (Langmore, Schatz, & Olsen, 1988).

Se a aspiração ou a penetração ocorrerem durante a concretização do exame sem repostas por parte do paciente (como tossir ou pigarrear), a avaliação termina com a indicação de que o paciente é

um aspirador silencioso. Por outro lado, se o paciente não realizou qualquer aspiração até esta fase, mas tem outros fatores de risco (como excesso de resíduos faríngeos, alerta mínima ou escape prematuro), a avaliação continua para determinar se a sua deglutição é segura ou não. Pacientes que revelam resíduos faríngeos significativos são observados continuamente durante um a dois minutos após a deglutição. Se este material cair no ventrículo laríngeo, a penetração e/ou aspiração podem ser documentadas (Langmore, Schatz, & Olsen, 1988).

Através das observações endoscópicas, podemos graduar a gravidade do distúrbio de deglutição segundo uma escala de avaliação da severidade da penetração e aspiração proposta por Rosenbek et al. (1996).

1.7. Escala de Severidade de Penetração e Aspiração

A escala de avaliação da severidade da penetração e aspiração é multidimensional e é composta por oito pontos, o que significa que mais do que uma forma de comportamento que possa ocorrer é considerado. Avalia a que profundidade o bolo alimentar entra na via aérea e a resposta do paciente perante a situação, ou seja, se é capaz de expelir o material alimentar ou não. Desta forma, podem ocorrer quatro tipos de comportamentos: (1) o material alimentar não entra na via aérea; (2) o material alimentar entra na laringe, mas permanece acima das PV; (3) o material alimentar entra na laringe ao nível das PV e, (4) o material alimentar entra na laringe e passa abaixo do nível das PV (Rosenbek, Robbins, Roecker, Coyle, & Wood, 1996).

Esta escala encontra-se organizada de forma ordinal, onde cada comportamento identificado pela pontuação de dois a oito é considerado como sendo um sinal mais grave de disfagia do que o comportamento identificado na pontuação anterior. Como tal, um comportamento de aspiração é estimado ser mais grave do que o de penetração. Portanto, um comportamento de aspiração é pontuado como seis, sete ou oito e, por outro lado, um comportamento de penetração é pontuado como dois ou três, se o resíduo alimentar permanece acima das PV ou, quatro e cinco se o resíduo alimentar passar abaixo das PV. Por fim, após identificado o comportamento de aspiração ou penetração e a que nível ocorre (se ocorre acima das PV, ao nível das PV ou abaixo das PV), a pontuação final é dada de acordo com a capacidade de expelir ou não o resíduo alimentar (Rosenbek, Robbins, Roecker, Coyle, & Wood, 1996)

A escala de penetração-aspiração, para além de graduar o distúrbio da deglutição, também fornece informações valiosas quanto à identificação do tratamento e do prognóstico (Onofri, 2013)

A hipótese de avaliar o comprometimento funcional da deglutição na sua fase orofaríngea, quer de causa neurogénica como mecânica, através deste exame endoscópico, permite-nos traçar a

evolução do paciente e, ainda, adequar as técnicas de tratamento disponíveis a cada caso, de acordo com o progresso registado (Costa & Castro, 2003).

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

“A metodologia está para a investigação como o sujeito está para o conhecimento. Neste espírito, a metodologia não substitui o investigador proporciona-lhe, no entanto, meios para empreender uma investigação” (Deshaies, 1992)

O presente capítulo diz respeito às questões metodológicas adotadas na elaboração deste trabalho, de acordo com aquilo que se pretende estudar. Assim, serão aqui descritos os objetivos do estudo, bem como a sua questão orientadora, tipo de estudo, método de amostragem, instrumento utilizado para a recolha de dados, procedimentos usados e, por fim, a forma de tratamento dos dados. É de salientar que a metodologia é de grande relevância numa pesquisa científica, uma vez que é uma etapa preponderante para se alcançarem os objetivos propostos.

2.1. Objetivos do estudo

Apesar da variedade de testes que avaliam a deglutição de uma pessoa com disfagia verifica-se uma grande escassez no que concerne à sua tradução e validação para o português europeu. Partindo deste pressuposto, o presente trabalho tem como objetivo contribuir para a adaptação e validação cultural do PSAND, que será descrito detalhadamente nos pontos seguintes.

Este processo de validação decorreu em duas fases distintas. Numa primeira fase pretendeu-se validar o PSAND quanto ao seu conteúdo, nomeadamente no que concerne à clareza, ambiguidade, relevância e adequação conceitual por um painel de peritos na área. Numa segunda fase, realizou-se um estudo estatístico, tendo por base o grau de severidade da disfagia dos pacientes, medida pela escala de severidade da penetração e da aspiração.

2.2. Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se por ter um carácter observacional, exploratório, transversal e correlacional. A pesquisa exploratória, segundo Vergara (2000), é realizada numa área na qual há pouco conhecimento científico acumulado ou sistematizado. Por tratar-se de uma pesquisa que busca explorar conceitos e factos de pouca bibliografia, é considerado um estudo pioneiro. Porém, dados os factos, não comporta hipóteses que poderão surgir durante a pesquisa ou até ao fim da mesma. Contudo, pretende-se descrever todas as características do instrumento e procedimentos de recolha de dados do mesmo, ao longo deste capítulo. A pesquisa descritiva pretende descrever as

caraterísticas de uma determinada população, fenómeno ou experiência, sendo que neste trabalho objetiva-se seleccionar a população de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos (Vergara, 2000).

É um estudo de investigação transversal, pois é um estudo em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Os estudos transversais descrevem uma situação ou fenómeno num momento não definido, apenas representado pela presença de uma doença ou transtorno. Assim sendo, não havendo necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito, o modelo transversal é utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo e o efeito (ou doença) é crónico (Fernandes & Gomes, 2003).

Adicionalmente, pode ser considerado um estudo do tipo correlacional pois deseja-se examinar, de forma sistemática, a relação existente entre duas variáveis (pacientes classificados como “penetração” ou classificados como “aspiração”), com o objetivo de fornecer explicações sobre as mesmas. Este estudo permite verificar a natureza das relações que existem entre determinadas variáveis. O método utilizado em estudos correlacionais baseia-se em métodos quantitativos de colheita de dados, nos quais se pode estimar a validade, sensibilidade e fiabilidade dos instrumentos de medida (Fortin, Côté, & Vissandjée, 1999).

A validade e a fiabilidade são aspetos essenciais em qualquer método experimental, que permitem determinar a qualidade de um instrumento de medida (Fortin, Côté, & Vissandjée, 1999).

A *validade* diz respeito ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos enunciados específicos de um instrumento de medida. Esta pode ser calculada de diferentes formas: validade do conteúdo, validade dos critérios e validade dos constructos (Fortin, Côté, & Vissandjée, 1999).

A *fiabilidade* é uma condição anterior à validade, no entanto, não é suficiente para assegurar a validade de um instrumento. Corresponde à capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes. Pode ser estimada através da estabilidade (teste-reteste), homogeneidade e equivalência (inter-observadores) (Alexandre & Coluci, 2011).

2.3. Participantes

Uma vez que os elementos da população não têm a mesma probabilidade de serem seleccionados para constituírem a amostra, este estudo apresenta uma amostra não probabilística. Trata-se de

uma amostra por conveniência, pois no processo de amostragem foram selecionados indivíduos da população com características específicas (Fortin, Côté, & Vissandjée, 1999).

A seleção da amostra foi realizada tendo em conta os seguintes critérios de inclusão definidos para a posterior aplicação do PSAND: pessoas de ambos os géneros, pessoa de qualquer idade, pessoa com etiologia de AVC isquémico ou hemorrágico agudo e internados em Unidade de AVC.

Como critérios de exclusão definiram-se pessoas com baixo nível de consciência, que não permanecessem dez minutos em estado vígil e as que não tolerassem valores mínimos de ingestão oral para a concretização da avaliação.

A amostra é composta por 20 elementos cujas idades variam entre os 31 e os 85 anos. Todos os participantes apresentam AVC como etiologia.

2.4. Procedimentos

Neste capítulo irá ser abordada a forma como o instrumento foi adaptado para a nossa população, de acordo com os dados de validade e de fiabilidade utilizados, o que pretende medir, como se aplica e como se quota.

2.4.1. Tradução e adaptação do teste

A realização do estudo iniciou-se pelo contacto com os autores do PSAND no sentido de se obter a autorização necessária para a sua aplicação, sendo-nos esta concedida. Como referido anteriormente, o PSAND sofreu um processo de tradução que, decorreu em fases distintas:

2.4.1.1. Fase 1 – Tradução Inicial

Foram realizadas duas traduções independentes a partir da versão original do português do brasil para o português europeu. Ambos os tradutores são bilingues e cada um deles elaborou uma versão do protocolo.

2.4.1.2. Fase 2 – Versão de consenso (reconciliação)

As duas traduções foram discutidas e comparadas por uma terapeuta da fala e por outro perito com formação na área. Esta análise teve como objetivo averiguar a qualidade das traduções no que concerne ao rigor e clareza da linguagem, bem como avaliar a equivalência semântica dos itens traduzidos obtendo-se, assim, uma primeira versão.

2.4.1.3. Fase 3 – Retroversão

A partir da versão de consenso, o protocolo foi traduzido, novamente, para o português do Brasil através de uma retroversão por um tradutor bilingue que tem como língua materna o português do Brasil.

2.4.1.4. Fase 4 – Validade e Fiabilidade do instrumento por um painel de peritos

“Na realidade, as características de validade e de fiabilidade são particularmente importantes ao se escolher, desenvolver ou realizar a adaptação cultural de instrumentos que serão usados tanto em pesquisas como na prática clínica” (Alexandre & Coluci, 2011).

A validade de conteúdo permite verificar se um instrumento de medida e os seus enunciados representam de forma adequada o conceito ou o domínio em estudo (Fortin, Côté, & Vissandjée, 1999). Para tal pode-se recorrer a um painel de peritos, que realiza esse julgamento, examinando a forma como o mesmo traduz o fenómeno que se pretende estudar, sendo posteriormente calculada pelo investigador a percentagem de concordância entre os juízes (Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993). Este painel deve ser constituído por profissionais da área de aplicação do instrumento e deve ser constituído entre 5 a 10 peritos (Lynn, 1986).

Partindo da versão do Português Brasileiro do PSAND foram realizadas algumas alterações e adequação de conceitos, de forma a melhorar o mesmo e a obter um instrumento do Português Europeu, do qual resultou uma segunda versão utilizada para realizar o processo de validação.

Para realizar o julgamento da validade de conteúdo do PSAND foi constituído um painel de peritos. Para isso foram contactados, através de correio eletrónico (ver Apêndice 6), sete Terapeutas da Fala que tivessem experiência na área de intervenção com pessoas com disfagia e experiência na avaliação da deglutição através de nasofibroscopia. Dos sete Terapeutas contactados apenas cinco deram resposta positiva à participação neste estudo, constituindo-se assim o painel de especialistas.

Para iniciar a recolha dos dados relativos à validade foi elaborada uma Ficha de Caracterização Pessoal do Perito (ver Apêndice 7) e uma Grelha de Avaliação (ver Apêndice 8), ambas a ser preenchidas por cada profissional consultado. A avaliação da globalidade do instrumento foi realizada para os parâmetros de clareza, ambiguidade, relevância e adequação conceitual.

Para avaliar cada um deles foi utilizada uma Escala de Likert, na qual cada um dos juízes indica se está mais ou menos de acordo ou em desacordo em relação a cada enunciado apresentado, selecionando entre quatro respostas possíveis. Por exemplo, para a dimensão da clareza, o perito pode pontuar da seguinte forma: 1- item não claro; 2- item pouco claro; 3- item bastante claro; 4-

item muito claro. Após a obtenção das respostas efetuadas pelo painel de peritos realiza-se a sua análise utilizando o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (Wynd, Schmidt, & Shaefer, 2003) (DeVon, et al., 2007) (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, & Oksa, 2003).

O IVC permite medir a proporção ou percentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspetos do instrumento e dos seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo, usando-se uma Escala de Likert (tal como mencionado anteriormente) (Alexandre & Coluci, 2011).

Recorrendo a um painel constituído por cinco ou menos peritos, todos devem concordar para ser representativo. No caso de seis ou mais peritos, recomenda-se uma taxa não inferior a 0,78. Por outro lado, para verificar a validade de novos instrumentos de uma forma geral, alguns autores sugerem uma concordância mínima de 0,80. Porém, nestes casos os valores recomendados devem ser de 0,90 ou mais (Alexandre & Coluci, 2011). Desta forma, o IVC pode ser calculado da seguinte forma (Lynn, 1986) (Polit & Beck, 2006):

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Para calcular o IVC de cada dimensão avaliada (clareza, ambiguidade, relevância e adequação conceitual), Polit e Beck (2006) recomendam a “soma do IVC de todos os enunciados individuais para cada dimensão realizando, posteriormente, a divisão do resultado obtido pelo número total de enunciados considerados na avaliação”. Para realizar este cálculo as respostas foram agrupadas em respostas 1 e 2, como sendo respostas negativas e respostas 3 e 4, como sendo respostas positivas.

2.1.4.5. Fase 5 – Pedidos de autorização para a elaboração do pré-teste

Durante a elaboração desta Dissertação de mestrado foram tomados em consideração aspetos éticos fundamentais. Para isso foi elaborado, de acordo com a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia, 1964; Tóquio, 1975; Veneza, 1983; Hong Kong, 1989; Somerset West, 1996 e Edimburgo, 2000), um consentimento informado livre e informado às pessoas com Disfagia que quisessem participar no estudo (de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão).

A instituição contatada para um pedido de autorização para este estudo foi o Hospital de Faro, E.P.E., com o objetivo de se obter a sua aprovação para a recolha de dados na sua instituição. Foi ainda consultada a Comissão de Ética da instituição (Apêndice 1 e 3) e uma Comissão de Ética independente para a aprovação do estudo. Foi obtido um parecer positivo (Apêndice 2) por parte da instituição podendo-se, então, realizar a recolha de dados.

2.4.1.6. Fase 6 – Estudo piloto

Com a aprovação da Comissão de Ética para a aplicação do instrumento na instituição e com uma apreciação positiva entre todos os especialistas foi possível aplicá-lo a uma determinada população. Esta amostra foi por conveniência sendo o teste de avaliação aplicado em vinte pacientes que, aceitaram participar neste estudo, permitindo que o exame fosse filmado para uma posterior análise, de acordo com o consentimento informado apresentado.

A avaliação foi realizada no gabinete de ORL, sendo que o médico de ORL realizou o exame através do uso de um nasofaringoscópio (EF – N14 Xion GmbH) e, o terapeuta da fala ofereceu as diferentes consistências alimentares ao paciente, recolhendo os dados necessários para a avaliação. Cada avaliação teve uma duração média de quinze minutos.

A avaliação foi registada em vídeo para que depois pudesse ser visualizada novamente para se efetuar o registo em papel, de acordo com o PSAND.

Uma vez que este estudo é um estudo piloto e não existindo dados onde nos possamos basear para a população portuguesa, não foi feita uma comparação com outros estudos anteriores pois, não existem.

2.5. Descrição do instrumento

O PSAND foi construído para avaliar a deglutição de uma pessoa com disfagia e, se esta é segura ou não. O exame é realizado com o paciente sentado ou deitado, numa posição de 45° ou 90°, sendo escolhida a postura que seja mais confortável para o paciente e, também a que permita uma deglutição mais segura.

Assim, ele pretende avaliar, em primeiro lugar, a história alimentar do paciente com disfagia (sendo as questões feitas ao mesmo ou ao seu cuidador), de forma a perceber se esta é feita por via oral total ou parcial ou, se simplesmente, não é realizada por via oral. No caso de a alimentação ser efetuada por via oral parcial, pretende-se entender que quantidade de alimento o paciente ingere por via oral e, se o restante valor nutritivo que tem de ingerir é realizado por alimentação entérica

ou parentérica. Agregada à história alimentar é importante também questionar o paciente ou o seu familiar se, durante a alimentação por via oral, é frequente manifestar sinais clínicos de aspiração como tosse, dispneia, “voz molhada”, entre outros.

Após a recolha de dados relativos à história alimentar do paciente prossegue-se a avaliação clínica da deglutição não funcional e, à monitorização do paciente previamente à aplicação do teste.

Na avaliação não funcional da deglutição é feita toda uma observação direta do paciente, avaliando-se o estado de alerta, a comunicação funcional, a motricidade orofacial, o reflexo de vômito, a tosse voluntária, a deglutição espontânea e voluntária, a elevação laríngea e a qualidade vocal. Todos os parâmetros avaliados são apresentados com hipóteses de resposta fechada como: “sim” ou “não”; “eficiente”, “não eficiente” e “ausente”; “adequado”, “não adequado” e “ausente”; entre outras, selecionando-se a resposta que mais se adequa a cada caso.

O objetivo primordial deste instrumento é a avaliação instrumental e funcional da deglutição, para que depois se possam retirar conclusões quanto à segurança e eficiência da alimentação por via oral.

Desta forma, através do exame endoscópico avalia-se a sensibilidade laringofaríngea, testada pelo toque da extremidade distal do fibroscópio nas PV, nas cartilagens aritenoides e pregas vestibulares, permitindo a observação da ocorrência de adução glótica e tosse reflexa – considerada presente (normal ou diminuída) e ausente. Ainda, é possível avaliar se há um comprometimento da via aérea e ocorrência de epistaxe, aquando a introdução do fibroscópio e, algum desconforto para o paciente (Nunes M. C., 2011).

A avaliação funcional da deglutição avalia diferentes consistências (pudim, mel, néctar e líquida), em diferentes volumes (5ml e 10ml, sendo que 15 ml não foi testado pelo facto de o paciente deglutir em frações). Para cada consistência e volume utilizado devem ser retiradas observações quanto à funcionalidade da deglutição, ou seja, se ocorre escape intraoral posterior, penetração laríngea, resíduos faríngeos, aspiração traqueal e refluxo gastro-esofágico (RGE). Em todas as observações retiradas é importante o terapeuta registar se o paciente conseguiu realizar limpeza laríngea/faríngea, de forma total/parcial. Para cada um dos achados observados e para cada volume e consistência, cota-se como um, para sim, ou zero para não. Ou seja, por exemplo, para a observação “escape intraoral posterior”, caso tenha ocorrido, cota-se como um e, caso não tenha ocorrido, cota-se como zero. O mesmo procedimento é aplicado para as consistências do tipo mel, néctar e líquida e, para os mesmos volumes, referidos anteriormente.

Ao longo da concretização do exame, caso se verifique penetração/aspiração é importante experimentar uma mudança de postura ou a utilização de outras medidas durante o teste, para

verificar se o risco de aspiração/penetração diminui. Por outro lado, caso o risco de aspiração seja mais propício, deve ser indicado no exame (assinalando “sim” ou “não”). É de salientar que, caso o risco de penetração/aspiração seja elevado no paciente, o exame termina na consistência em que se encontra, não avançando e não tentando as restantes consistências.

Após a aplicação do teste volta-se a monitorizar o paciente para que se possam comparar os valores com a primeira monitorização pré-teste. Isto é importante para que se possa observar se há alteração nos valores, devido à possibilidade de ocorrência de penetração/aspiração, onde os valores acabam por ser diferentes do inicial (por exemplo, a frequência cardíaca pode aumentar, bem como a pressão arterial e o valor de saturação de oxigénio pode diminuir).

Por fim, de acordo com os resultados obtidos na avaliação funcional da deglutição avalia-se a severidade da penetração/aspiração do paciente (caso exista) de acordo com a escala de severidade proposta por Rosenbek et al.,1996. Esta escala é pontuada de um a oito, avaliando o grau de penetração e aspiração do paciente, sendo o valor um o valor mais leve e, oito o valor mais severo. Assim, forma-se dois grupos de acordo com a presença de penetração ou aspiração.

2.6. Forma de tratamento dos dados

A caracterização da amostra foi realizada com base na apresentação de valores absolutos e respetivas percentagens para variáveis qualitativas e em médias e desvios-padrão para variáveis quantitativas, apresentadas no instrumento PSAND, correspondendo aos seguintes indicadores: número de sujeitos, variáveis sociodemográficas, amostra, história alimentar, avaliação clínica da deglutição, avaliação instrumental da deglutição e avaliação funcional da deglutição. Os resultados da grelha de avaliação funcional da deglutição foram também apresentados em termos de valores absolutos e respetivas percentagens. Para avaliar a validade de conteúdo usou-se o IVC (apresentado na secção descrita acima) para avaliar os resultados obtidos pelo painel de peritos.

Por último foi realizada uma comparação entre os grupos “aspiração” e “penetração”, com o objetivo de identificar quais as variáveis que permitem uma melhor caracterização dos grupos. Para o cruzamento de variáveis qualitativas utilizou-se o teste do Qui-Quadrado (se os pressupostos para aplicação do teste foram cumpridos, caso contrário, aplicou-se o teste de Fisher) enquanto para as variáveis quantitativas utilizou-se o teste t-Student de amostras independentes (se o pressuposto da normalidade for cumprido, caso contrário, aplicou-se o teste U de Mann-Whitney).

Na análise dos dados obtidos com a aplicação do PSAND recorreu-se ao software *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) 20.0. Os resultados foram considerados significativos para um alfa de 5% ($p \leq 0,05$).

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Seguindo a metodologia utilizada por Crary et al. (2005) aquando a criação do PSAND, o desenvolvimento da versão portuguesa do protocolo também compreendeu duas etapas: a primeira – fase qualitativa – foi dedicada à tradução e adaptação do protocolo à língua e cultura portuguesa; e na segunda – fase quantitativa – foram verificadas algumas características do protocolo, com ênfase na comparação do grupo classificado com “aspiração” e o grupo classificado como “penetração”.

Desta forma, neste capítulo irão ser apresentados os seguintes resultados: os resultados da validade de conteúdo, através de um painel de especialistas, a caracterização da amostra, e a comparação entre grupos (“penetração” versus “aspiração”):

3.1. Validade de conteúdo do PSAND

Para a validação de conteúdo do PSAND foram avaliados 80 itens no que diz respeito à clareza, ambiguidade, relevância e adequação conceitual.

De acordo com os valores obtidos na grelha de avaliação do PSAND (ver Apêndice 8), pelo painel de especialistas, para o critério de “clareza” obteve-se um IVC de 96,0%. Aqui algumas sugestões foram colocadas como:

- Se o protocolo é de nasolaringoscopia e aplica um exame de endoscopia, porquê incluir um exame de VFC? Desta forma, este tipo de exame foi removido do protocolo.
- Se o PSAND avalia vários tipos de consistências, porquê incluir “nenhuma consistência”? Assim, este tópico foi removido e incluiu-se a consistência “sólido duro” e “sólido mole”, sugerido pelos peritos.

Para a dimensão de “ambiguidade” obteve-se um IVC de 95,5%. Neste parâmetro houve uma grande concordância entre os peritos que, não viram ambiguidade na maior parte dos indicadores avaliados. Porém sugeriram que o diagnóstico foi classificado como clínico para que não houvesse confusão entre este e o diagnóstico funcional.

Para a dimensão “relevância” obteve-se um IVC de 99%, sendo que os peritos acharam que todos os passos incluídos no PSAND seriam importantes de avaliar.

Por fim, para a dimensão de “adequação conceitual” obteve-se um IVC de 96,5%. O conceito que a maioria dos peritos achou que deveria ser adequado foi o indicador “sexo” que, de acordo com as sugestões, foi modificado para “género”. Também sugeriram que nos indicadores “movimentos de língua”, “força de língua” e “movimento de palato mole”, a sua forma de resposta (eficiente/não eficiente/ausente) fosse alterada para “adequado/não adequado/ausente”. No indicador “reflexo de

vómito” sugeriram que o seu tipo de repostas fosse “adequado/hiperativo/hipoativo/ausente”, ao invés de “eficiente/não eficiente/ausente”.

É de salientar que todos os itens que levantaram questões aos peritos obtiveram percentagens inferiores a 80% em todas as dimensões avaliadas (como o tipo de exame a ser aplicado). Desta forma, foi elaborado um novo protocolo, de acordo com as sugestões obtidas, e pedido novamente ao painel de especialistas que o avaliassem. O objetivo desta segunda ronda era a obtenção de IVC’s superiores a 80% para todos os itens avaliados e dimensões.

Assim sendo, nesta segunda avaliação, os valores de IVC obtidos foram entre 99% e 99,75%, tendo-se verificado uma elevada concordância em todos os itens avaliados, pelo painel de especialistas. É de salientar que, na primeira ronda de avaliação, apenas os itens “força da língua” (na dimensão de adequação conceitual), “sensação laringofaríngea à direita e à esquerda” (nas dimensões de clareza e de adequação conceitual), “manobras testadas” (na dimensão de de ambiguidade) e “saturação de oxigénio pós-teste” (na dimensão de relevância) obtiveram IVC de 80%, sendo que nesta segunda ronda de avaliação não existiram valores de IVC inferiores a 80%.

3.2. Análise dos dados

3.2.1. Caracterização da amostra

Após a primeira etapa qualitativa, cujos procedimentos foram descritos detalhadamente na secção da metodologia, a versão final do protocolo foi aplicada a um grupo de pacientes pós-AVC agudo, que poderiam apresentar disfagia ou não, decorrente da lesão, em regime de internamento de duas instituições, Centro Hospitalar de Faro e Hospital da Guarda. É de frisar que deste estudo foram excluídos todos os pacientes que não apresentassem AVC como etiologia. Deste modo, a amostra é constituída por 20 sujeitos com idades compreendidas entre os 31 e os 85 anos ($M = 67,4$; $DP = 13,2$), sendo 20% do sexo feminino (4 pacientes) e 80% do sexo masculino (16 pacientes), como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos inquiridos em função do género.

Variáveis		Idade
Género N (%)		M±DP
Masculino	16 (80,0)	66,4 ± 14,0
Feminino	4 (20,0)	71,25 ± 9,8
Total	20	67,4 ± 13,2

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão

No que diz respeito ao tipo de lesão, todos os pacientes apresentaram AVC como diagnóstico clínico, sendo que apenas um utente apresentara Acidente Isquémico Transitório (AIT). Porém, o AIT também é considerado um tipo de AVC.

Após a análise dos inquiridos quanto ao género e ao diagnóstico clínico, procurou-se averiguar a história alimentar de cada um, em especial no que concerne à via de alimentação atual, se tem capacidades para alimentar-se sozinho e, se apresenta sinais clínicos de aspiração, como “tosse”, “dispneia” e/ou “voz molhada” enquanto se alimenta.

Pelo que se pode observar no Quadro 2 nenhum dos inquiridos teve perda de peso nos últimos meses, mas dois não apresentam alimentação por via oral, neste momento (por questões de disfagia grave). Este resultado sugere que apesar da supervisão regular e de algumas modificações ao nível da dieta, há pacientes onde o risco de penetração/aspiração é elevado e, dessa forma não é possível uma alimentação segura por via oral. Também se pode observar no Quadro 2 que cinco dos inquiridos não se alimentam sozinhos e, seis apresentam sinais clínicos de aspiração.

Quadro 2. Distribuição dos inquiridos em função da história alimentar.

Variáveis	N (%)	Variáveis	N (%)
Perda de Peso		Alimentação atual	
Sim	0 (0)	Sem Via oral	2 (10,0)
Não	20 (100)	Via oral total	18 (90,0)
		Via oral Parcial	0 (0)
Alimenta-se sozinho		Sinais clínicos de aspiração	
Sim	15 (75,0)	Sim	6 (30,0)
Não	5 (25,0)	Não	14 (70,0)

Após conhecida a história alimentar do paciente, seguiu-se a avaliação clínica não funcional da deglutição, onde se procurou averiguar o estado de alerta do paciente, avaliar a eficácia da comunicação, a motricidade orofacial e os reflexos. Os dados evidenciados no Quadro 3, demonstram que previamente à concretização da avaliação da deglutição todos os pacientes se encontravam em estado alerta pois, caso contrário, não seria possível avaliar. Relativamente à comunicação funcional, apenas seis inquiridos a apresentam como não eficiente. Os restantes parâmetros avaliados, que correspondem à motricidade orofacial e reflexos, pôde-se verificar que a maioria dos inquiridos apresentam resultados positivos.

Quadro 3. Distribuição dos inquiridos em função da avaliação clínica não funcional da deglutição.

Variáveis	N (%)	Variáveis	N (%)
Estado de Alerta		Comunicação Funcional	
Sim	20 (100)	Eficiente	14 (70,0)
Não	0 (0)	Não eficiente	6 (30,0)
		Ausente	0 (0)
Oclusão Labial Passiva		Movimentos de Língua	
Normal	12 (60,0)	Adequado	15 (75,0)
Assimétrica	8 (40,0)	Não adequado	5 (25,0)
		Ausente	0 (0)
Força da língua		Movimento do palato mole	
Adequado	15 (75,0)	Adequado	12 (60,0)
Não adequado	5 (25,0)	Não adequado	8 (40,0)
Ausente	0 (0)	Ausente	0 (0)
Reflexo de vômito		Tosse voluntária	
Adequado	15 (75,0)	Eficiente	12 (60,0)
Hiperativo	0 (0)	Não eficiente	8 (40,0)
Hipoativo	5 (25,0)	Ausente	0 (0)
Ausente	0 (0)		
Deglutição voluntária		Deglutição espontânea	
Eficiente	15 (75,0)	Eficiente	16 (80,0)
Não eficiente	5 (25,0)	Não eficiente	4 (20,0)
Ausente	0 (0)	Ausente	0 (0)
Elevação laríngea		Qualidade vocal*	
Eficiente	12 (60,0)	Normal	13 (65,0)
Não eficiente	8 (40,0)	Rouca	5 (25,0)
Ausente	0 (0)	Voz “molhada”	3 (15,0)

* Nota: existe um paciente cuja qualidade vocal foi classificada como rouca e, simultaneamente, como molhada.

Na avaliação instrumental da deglutição, através do exame endoscópico, foi possível avaliar a capacidade de adução das PV, a sensibilidade existente ao nível da laringe e faringe podendo-se, também, averiguar se existe um compromisso da via aérea, ocorrência de epistaxe e algum desconforto para o paciente, com a introdução do nasofibrocópio. Através da visualização do Quadro 4, podemos concluir que a maioria dos inquiridos apresenta sensibilidade ao nível das

estruturas laringofaríngeas, com uma adução completa das PV, não havendo um compromisso da via aérea. Aquando a introdução do nasofibrosópio, a maioria dos inquiridos sentiu um desconforto leve (sendo que um sentiu um desconforto moderado) e, em apenas um inquirido ocorreu epistaxe.

Quadro 4. Distribuição dos inquiridos em função da avaliação instrumental da deglutição.

Variáveis	N (%)	Variáveis	N (%)
Adução das PV		Sensibilidade Laringofaríngea- D*	
Completa	16 (80,0)	Normal	15 (75,0)
Incompleta	4 (20,0)	Défice moderado	4 (20,0)
		Défice grave	1 (5,0)
Sensibilidade Laringofaríngea – E**		Compromisso da via aérea	
Normal	15 (75,0)	Sim	3 (15,0)
Défice moderado	4 (20,0)	Não	17 (85,0)
Défice grave	1 (5,0)		
Epistaxe		Desconforto do Paciente	
Sim	1 (5,0)	Nenhum	6 (30,0)
Não	19 (95,0)	Leve	13 (65,0)
		Moderado	1 (5,0)
		Grave	0 (0)

*- Direita; **- Esquerda

Na avaliação funcional da deglutição foi avaliada a deglutição para as diferentes consistências e volumes. Através da observação dos resultados obtidos no Quadro 5 (que apenas apresenta os inquiridos que manifestaram os sinais descritos), podemos verificar que os sinais mais observados, ao longo da avaliação, em todos os inquiridos foram a penetração laríngea, o resíduo faríngeo e a aspiração traqueal. O RGE apenas se verificou em um paciente. Também, se pode reparar no Quadro 5 que, a maioria dos pacientes que realiza penetração laríngea, aspiração traqueal ou apresenta resíduos faríngeos, consegue fazer uma limpeza total do alimento. Uma vez que os pacientes conseguiram realizar uma limpeza total da via aérea, não foi necessário testar manobras para libertar o alimento da via aérea.

Quadro 5. Distribuição dos inquiridos em função da avaliação funcional da deglutição (os valores indicados na tabela indicam indivíduos (N) que tiveram uma observação positiva).

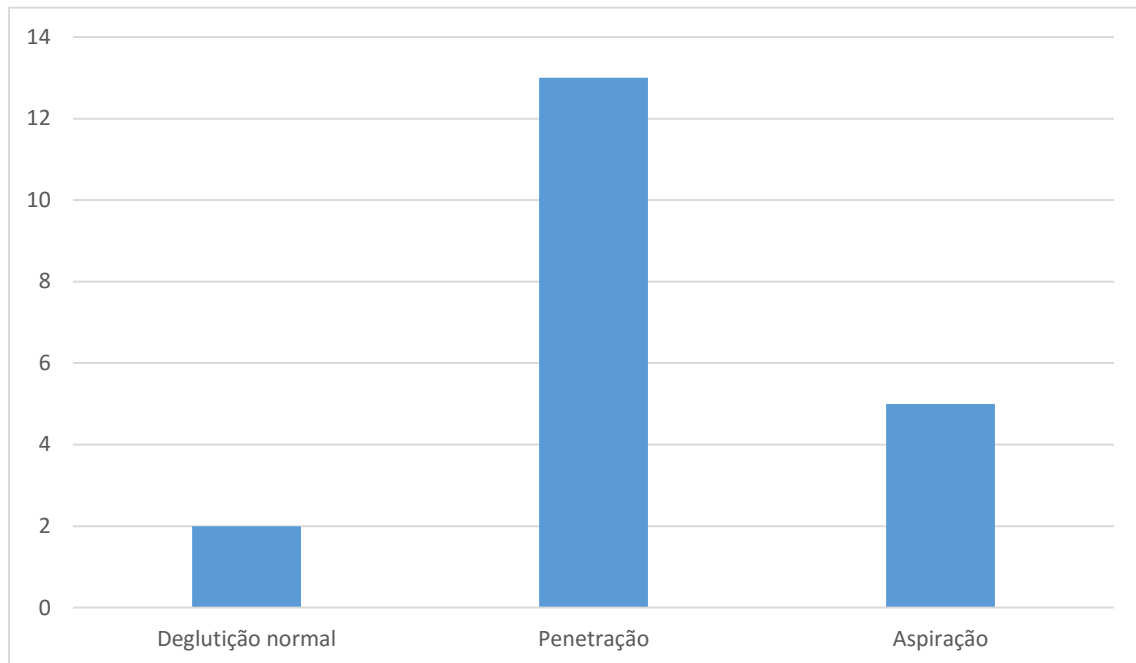
Variáveis (Sinais Clínicos Observados)	<i>Pudim</i>		<i>Mel*</i>		<i>Néctar</i>		<i>Líquida</i>	
	5ml	10ml	5ml	10ml	5ml	10ml	5ml	10ml
<i>Escape intraoral posterior</i>	0	0			2	1	0	1
<i>Penetração laríngea</i>	0	1			2	0	2	3
Limpeza laríngea	na	1			2	0	2	3
Total	na	1			2	0	2	3
Parcial	na							
<i>Resíduo faríngeo</i>	0	3			2	2	1	2
Valéculas epiglóticas	0	3			2	1	1	2
Seios periformes	0	3			2	1	1	1
Parede posterior da faringe	0	3			2	0	1	0
Limpeza faríngea	na	3			2	2	1	2
Total	na	3			2	2	1	2
Parcial	na							
<i>Aspiração traqueal</i>	0	0			3	0	1	2
Resposta silenciosa ou reflexo de tosse	na	na			3	Na	1	2
Limpeza laríngea	na	na			2	Na	1	1
Total	na	na			2	Na	1	1
Parcial	na	na				Na		
<i>Refluxo gastro-esofágico</i>	0	0			1	0	0	0
Limpeza faríngea	na	na			1	Na	na	Na
Total	na	na			1	Na	na	Na
Parcial	na	na				Na	na	Na
<i>Manobras testadas</i>	0	0			0	0	0	0

*Nota: na – não aplicável

Relativamente ao grau de severidade da disfagia, verificou-se que 65% dos pacientes (13 pacientes) apresenta penetração (M = 1,2; DP = 0,4) e, 25% dos pacientes (5 pacientes) apresenta aspiração (M = 6,6; DP = 0,5). Apenas dois dos inquiridos apresentam uma deglutição normal. Tal pode ser observado no gráfico abaixo, Gráfico 1, sendo que também é possível constatar que a maioria dos pacientes se encontra no grupo de “penetração”. Estes resultados foram possíveis de

ser concluir através dos sinais apresentados que, também ajudam a determinar o grau de severidade da penetração e aspiração, podendo ser observados no Quadro 6.

Gráfico 1 – Grau de severidade da Disfagia, em função do número de pacientes.



O Quadro que se segue compara os grupos “Penetração” e “Aspiração” em função da idade e do género, onde podemos observar que a maioria dos inquiridos que apresenta penetração é do género masculino, pelo facto de a maioria dos sujeitos inquiridos serem desse mesmo género. Porém, um inquirido do género masculino apresenta aspiração, bem como quatro do género feminino. As idades para a ocorrência de penetração e aspiração oscila entre os 52 e os 79 anos. Através da aplicação dos testes estatísticos podemos observar que não existem diferenças entre a idade e os dois grupos (teste U Mann-Whitney). Porém, existe uma associação entre o género e os grupos (teste Qui-Quadrado).

Quadro 6. Distribuição dos Grupos “Penetração” (N = 13) e “Aspiração” (N = 5) em função da idade e do género.

Variáveis	Grupo	Grupo	Teste estatístico
	“Penetração”	“Aspiração”	
	N (%)	N (%)	
Idade (anos; M ± DP)	67,5 ± 15,2	71,2 ± 8,5	U = 29,5 p = 0,767
Género			
Masculino	13 (92,9)	1 (7,1)	$\chi^2 (1) = 14,1$
Feminino	0 (0)	4 (100)	p = 0,002

No Quadro 7 podemos comparar os sinais observados em cada um dos grupos, que ajudam a determinar o grau de penetração (pontuado de um a cinco) e de aspiração (pontuado de seis a oito). Cada um dos sinais observados (fraco controlo oral, grande quantidade de resíduos, diminuição da sensibilidade laríngea, escape prematuro do bolo alimentar, dificuldade na limpeza de resíduos das valéculas epiglóticas, faringe e seios periformes e RGE), quanto mais positivos forem, maior irá ser a severidade da penetração ou aspiração. Os resultados obtidos mostram que:

- A maioria dos pacientes que apresentam penetração têm a capacidade de se alimentar sozinhos, o que não se verifica no grupo de “aspiração”, onde necessitam de ajuda para se alimentar, existindo uma forte associação entre a autonomia em se alimentarem e o grupo;
- Para a variável “fraco controlo oral” também se pode observar que para o grupo “penetração”, a maioria dos inquiridos tem a capacidade de controlo oral, não se verificando o mesmo no grupo “aspiração”, onde o controlo oral se torna difícil. Estes resultados evidenciam, igualmente, uma forte relação entre o controlo oral e o grupo;
- A variável “grande quantidade de resíduos” centra-se no grupo de “aspiração”, tendo-se observado apenas um caso no grupo de “penetração”. Aqui a relação entre a presença de resíduos e o grupo é, de igual modo, relacionável;
- Para a variável “diminuição da sensibilidade laríngea” pode-se verificar que existe em todos os pacientes do grupo de “aspiração”, observando-se apenas um caso no grupo de “penetração”. Os valores obtidos mostram uma forte relação entre o grupo e a “diminuição da sensibilidade laríngea”;
- Para a variável “escape prematuro do bolo alimentar” apenas foi observado nos pacientes inseridos no grupo “aspiração”, observando-se uma relação significativa entre o grupo e o sinal identificado;

- Em ambos os grupos houve dificuldades na “limpeza de resíduos”, sendo que no grupo de “aspiração” a evidência foi maior (apenas um paciente não revelou dificuldades), existindo uma relação entre esta variável e os grupos;
- Em nenhum dos grupos se observou a presença de RGE;
- Em suma, apesar das dificuldades encontradas em ambas os grupos para as diferentes variáveis, as maiores dificuldades centraram-se no grupo de “aspiração”.

Quadro 7. Distribuição dos Grupos “Penetração” (N = 13) e “Aspiração” (N = 5) em função dos sinais clínicos observados.

Variáveis (Sinais Clínicos Observados)	Grupo “Penetração”	Grupo “Aspiração”	Teste estatístico
<i>O paciente alimenta-se sozinho</i>			
Sim	12 (92,3)	1 (7,7)	$\chi^2 (1) = 9,2$
Não	1 (20,0)	4 (80,0)	$p = 0,008$
<i>Fraco controlo oral</i>			
Sim	3 (42,9)	4 (57,1)	$\chi^2 (1) = 5,0$
Não	10 (90,9)	1 (9,1)	$p = 0,047$
<i>Grande quantidade de resíduos</i>			
Sim	1 (25,0)	3 (75,0)	$\chi^2 (1) = 5,3$
Não	12 (85,7)	2 (14,3)	$p = 0,044$
<i>Diminuição da sensibilidade laríngea</i>			
Sim	1 (16,7)	5 (83,3)	$\chi^2 (1) = 15,9$
Não	12 (100)	0 (0)	$p = 0,001$
<i>Escape prematuro do bolo alimentar</i>			
Sim	0 (0)	5 (100)	$\chi^2 (1) = 21,3$
Não	13 (100)	0 (0)	$p < 0,001$
<i>Dificuldade na limpeza de resíduos das valéculas epiglóticas, faringe e seios periformes</i>			
Sim	2 (33,3)	4 (66,7)	$\chi^2 (1) = 6,7$
Não	11 (91,7)	1 (8,3)	$p = 0,022$
<i>Refluxo gastro-esofágico</i>			
Sim	0	0	na
Não	13 (72,2)	5 (27,8)	

Em suma, com os resultados obtidos através do cruzamento das diferentes variáveis, podemos concluir que o PSAND possui boas características psicométricas, para poder ser aplicado em pacientes onde se pretenda uma avaliação mais descritiva e pormenorizada da deglutição.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na prática profissional, o Terapeuta da Fala tem um papel determinante na reabilitação das competências comunicativas e na deglutição do paciente, identificando os principais défices e as capacidades, estabelecendo um plano de intervenção personalizado e individualizado a cada um, com o objetivo centrado na melhoria da qualidade de vida do paciente. A disfagia pode conduzir o paciente à morte por o levar à desnutrição, desidratação, aspiração traqueal e pneumonia (Singh & Hamdy, 2006).

Para a concretização deste estudo participaram 20 pacientes (16 do sexo masculino e 4 do sexo feminino), sendo que a relação entre o género foi considerada não significativa estatisticamente. A idade média dos pacientes é de 67,4 (DP = 13,2), sendo que segundo um estudo realizado, o AVC tem apresentado um acréscimo de incidência em idades mais precoces, devido aos efeitos acumulativos do envelhecimento do sistema cardiovascular e a natureza progressiva de fatores de risco para o AVC (hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, entre outros) (Silva).

De acordo com a literatura, num estudo com 10900 pessoas de diversos países sobre envelhecimento, bem-estar e saúde, realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde, mostrou que uma em cada duas pessoas com mais de 60 anos apresentaram fatores de risco para AVC e que mais de 80% dessas pessoas informaram terem tido AVC (Jacques & Cardoso, 2011)

Com a aprovação da validade de conteúdo do protocolo por um painel de especialistas, este pôde ser aplicado aos participantes inquiridos. Torna-se importante salientar que todas as alterações realizadas foram, previamente, analisadas junto do painel de especialistas e de acordo com os termos mais técnicos usados para a nossa população e, também, mais usuais na prática em Terapia da Fala. De seguida, foi possível aplicar o PSAND à nossa comunidade portuguesa. É de realçar que os resultados do IVC são superiores a 0,80, o que é recomendado pela referência (Polit & Beck, 2006).

Relativamente ao género, foi encontrado na literatura que a presença de AVC ocorre em 54% dos homens e 46% das mulheres. Em outro estudo realizado em 300 pacientes com fator de risco para AVC, 10 apresentaram a doença prévia e 100% eram homens (Castro, et al., 2009).

Ao serem analisadas as variáveis “deglutição normal” e “disfagia” foi verificada a presença de deglutição normal em 2 pacientes (10%) e disfagia em 18 pacientes (90%). Segundo Nunes et al. (2012) a incidência de disfagia em pacientes pós-AVC varia entre 20 a 90% dos casos. Desta forma, derivado ao contexto, torna-se imprescindível a criação de instrumentos que ajudem os

profissionais a identificar e a gerir, atempadamente, uma situação de disfagia, de forma a dinamizarem as suas consequências (Gasiorowska & Fass, 2009).

Para além da elevada taxa de mortalidade, a disfagia também pode acarretar graves complicações futuras, comprometendo a recuperação funcional do indivíduo. Desta forma, uma avaliação após o início dos sintomas de AVC e uma intervenção efetiva para reverter ou limitar os danos cerebrais, deve ser mais precoce. Segundo Barer (1989), “a possibilidade de que a disfagia leva a uma mortalidade potencialmente reversível oferece uma oportunidade para o benefício da intervenção numa escala de tempo de dias ao invés de minutos ou horas, justificando maiores investigações”.

A disfagia decorrente de AVC é classificada como neurogénica, que ocorre devido a uma alteração no Sistema Nervoso (SN), responsável pelos processos de coordenação das estruturas envolvidas nas diversas fases da deglutição (Jacques & Cardoso, 2011). Dos 20 pacientes avaliados, 90% apresentam disfagia pós-AVC, sendo verificado na literatura que a ocorrência de disfagia é bastante comum após o AVC, encontrando-se em 51% dos indivíduos dois dias após o AVC, reduzindo para 27% após sete dias (Smithard, et al., 1998).

Neste estudo pretendeu-se detetar as dificuldades de deglutição na fase aguda do AVC que pudessem auxiliar na prática clínica o Terapeuta da Fala.

As avaliações da deglutição são, geralmente, divididas entre a avaliação clínica e a avaliação instrumental. Neste estudo, usou-se a videoendoscopia da deglutição para a avaliação instrumental que, tem por finalidade observar as características da mucosa, avaliação estrutural e funcional da deglutição, sensibilidade e localizar as alterações mais evidentes e significativas durante a deglutição (Okubo, 2008).

A avaliação clínica tem as suas limitações quanto à definição da presença de aspirações, uma vez que estas podem ocorrer de forma silenciosa. Desta forma, o terapeuta da fala tem a possibilidade de escolher a realização de um exame objetivo ou não, de acordo com o estado clínico do paciente, estado de alerta, nível de consciência e fatores de risco de aspiração (Barros, Fábio & Furkim, 2006)

Neste estudo todos os pacientes se encontravam em estado de alerta para a concretização da videoendoscopia da deglutição pois, de outra forma, não seria possível a concretização do exame. Para McCullough et al. (2001), este afirma que poderá existir uma correlação significativa entre ser aspirador e apresentar uma alteração no estado de alerta (Puerari, 2011). Porém, tal não se verificou neste estudo pois, sem o paciente estar em estado de alerta, não seria possível avaliar a deglutição.

Cerca de 25% dos inquiridos no estudo demonstraram dificuldades em alimentar-se sozinhos, necessitando de ajuda. Pesquisas realizadas por Logemann (1999), destacaram que a presença de hemiplegia (por AVC), quando associada à perda da autonomia para se alimentar sozinho necessitando do apoio de terceiros, é um forte preditor de risco para disfagia (Logemann, Veis, & Colangelo, 1999)

De acordo com os resultados obtidos na avaliação miofuncional orofacial podemos concluir que todos os inquiridos apresentavam movimentos presentes (embora alguns os possam ter pouco adequados), pois a ausência de algum movimento (como a oclusão labial, movimento e força de língua e movimento de palato mole) irá condicionar a manutenção do bolo alimentar na cavidade oral (oclusão labial) e a preparação do mesmo. O mesmo se pôde verificar nos reflexos (vômito, deglutição e tosse) que são de elevada importância para proteção da via aérea que, se encontram presentes em todos os inquiridos, embora em alguns possam estar pouco eficientes. Também se pode afirmar o mesmo para a elevação laríngea. A qualidade vocal é um parâmetro muito importante na avaliação da deglutição pois, uma alteração desta pode ser indicadora de penetração ou aspiração. Neste estudo verificámos que oito dos inquiridos apresentam alterações na qualidade vocal.

Segundo Ferraz (2001), os lábios são responsáveis pela apreensão de alimentos na fase inicial da mastigação, participando também no processo de deglutição; a língua é responsável por envolver o bolo alimentar com a saliva, sendo um dos elementos que impulsiona o alimento durante a deglutição e, também essencial na mastigação e fonação; o palato mole é de extrema importância na deglutição, uma vez que impede a passagem do alimento para a cavidade nasal, possibilitando a passagem do mesmo para a faringe; e, por fim, a laringe é responsável pela proteção da via aérea durante a deglutição, respiração e fonação. Qualquer alteração num destes elementos poderá condicionar o processo de deglutição (Ferraz, 2001).

Dos resultados obtidos na avaliação instrumental da deglutição podemos afirmar que uma adução incompleta das PV proporciona uma maior ocorrência de penetração ou aspiração pois, não há uma proteção correta da via aérea comprometendo-a, bem como uma diminuição da sensibilidade da faringe e laringe irá comprometer a deglutição e a proteção da via aérea.

Segundo McKaig (1998) é importante observar a deglutição de volumes e consistências variados, de forma a se poder elaborar um quadro mais real das habilidades de deglutição do paciente (Cavalcanti, 1999). Segundo Clavé et al. (2006), o aumento da consistência ou viscosidade do bolo alimentar melhora a função da deglutição em pacientes com disfagia neurogénica (Onofri, 2013).

Quando se tem a certeza de que o paciente eleva a laringe durante a deglutição e que não existe tosse, então outras consistências podem ser testadas (Cavalcanti, 1999).

A literatura tem descrito alguns sinais clínicos que frequentemente indicam a possibilidade de alguma alteração no processo de deglutição. Entre eles podemos destacar a presença de tosse (antes, durante ou após a deglutição), alterações na qualidade vocal após a deglutição, alteração na auscultação cervical, alteração na saturação de oxigénio, pigarreio e alterações na elevação laríngea (Vanin, 2004).

Dos resultados obtidos na videoendoscopia da deglutição podemos verificar a ocorrência de escape intraoral posterior, penetração laríngea, resíduos faríngeos e aspiração traqueal, em algumas das consistências e volumes, como tal se pode observar no Quadro 5.

O escape intraoral posterior está relacionado com o compromisso motor da fase oral da deglutição (incluindo alterações nos elementos orofaciais), estruturas osteomúsculo-articulares responsáveis pela qualidade da ejeção, onde há o escape do alimento da cavidade oral para a faringe antes do disparo do reflexo de deglutição, o que pode resultar em aspiração traqueal, pois neste momento a via aérea encontra-se desprotegida (Santos de Queiroz, Haguette, & Haguette, 2009).

A presença de resíduos alimentares nas valéculas e/ou recessos pode ocorrer devido às alterações na fase preparatória oral e/ou oral da deglutição, à falta de eficiência na ejeção do bolo alimentar, ao atraso do disparo do reflexo de deglutição, à diminuição dos movimentos peristálticos, à redução da elevação e anteriorização laríngea e à falta de coordenação do músculo cricofaríngeo (Santos de Queiroz, Haguette, & Haguette, 2009).

É de salientar que autores relataram que pacientes com AVC apresentam diminuição da sensibilidade laríngea, contribuindo para a aspiração traqueal (Aviv J. E., et al., 1996). Desta forma, pode-se afirmar que a ausência de sensibilidade laríngea determina uma maior ocorrência de resíduos na faringe, penetração e aspiração. De forma inversa, a presença de sensibilidade laríngea diminui a ocorrência de presença de resíduos, penetração e aspiração laríngea (Onofri, 2013). Neste estudo, verificou-se que a diminuição de sensibilidade laríngea leva a um risco aumentado de ocorrência de penetração/aspiração.

Neste estudo observou-se que a maior ocorrência de escape precoce posterior foi em consistência mais líquida (néctar e líquida), resultando em penetração laríngea, resíduos na faringe e aspiração traqueal, sendo que a maioria dos pacientes conseguiu realizar limpeza laríngea/faringe. A maior presença de resíduo faríngeo observou-se na consistência mais pastosa, pudim (para 10ml), sendo que os inquiridos conseguiram realizar limpeza faríngea.

Estudos mostram que pacientes com comprometimento neurológico apresentam lentificação e falta de controlo das estruturas relacionadas com as fases preparatória oral e oral da deglutição, aumentando a quantidade de resíduos faríngeos, o que proporciona um risco aumentado de penetração e/ou aspiração, como tal como pode ser observado neste estudo (Gráfico 1) onde apenas dois inquiridos apresentam uma deglutição normal após AVC.

Após formados os grupos que apresentam “Penetração” (13 inquiridos) e “Aspiração” (5 inquiridos), comparou-se com as variáveis “idade” e “género”. Dos resultados obtidos através do teste estatístico, para a variável “idade” (teste U Mann-Whitney) o valor obtido não foi significativo ($p > 0.05$), concluindo-se que a idade não tem influência na presença de penetração ou aspiração mas, tem efeito na ocorrência de disfagia após AVC, como descrito acima. Por outro lado, o “género” tem valor significativo entre os dois grupos (teste Qui-Quadrado, com $p < 0.05$), sendo que todos os inquiridos do género feminino apresentam aspiração, bem como apenas um do género masculino. Não foram encontrados estudos na literatura que justificassem a relação entre o “género” e a “idade” e a presença de “penetração” ou “aspiração”. Igualmente, com este estudo também não foi possível realizar essa relação.

Por fim, foram comparados os sinais clínicos observados na videoendoscopia da deglutição com os diferentes grupos.

Como foi referido acima, os sinais clínicos observados (alimentação dependente ou independente, fraco controlo oral, grande quantidade de resíduos, diminuição da sensibilidade laríngea, escape prematuro do bolo alimentar e dificuldade na limpeza de resíduos) encontram-se presentes na disfagia, tal como se pode verificar neste estudo e na literatura encontrada. Porém, não foram encontrados estudos que relacionassem estas variáveis com a presença de penetração e aspiração. Contudo, pelo que é descrito na literatura, que a aspiração é mais grave que a penetração, era de esperar que os valores das variáveis estudadas fossem significativos entre os grupos, sendo que o grupo “aspiração” iria apresentar valores piores, como tal se pôde observar no Quadro 7.

Em suma, segundo Schroeder, Daniels, McClain, Corey e Foundas (2006), é a localização e a gravidade das lesões que determina o grau de severidade da disfagia em pacientes com AVC. Por outro lado, Paciaroni et al. (2004) defendem, que no que diz respeito ao desenvolvimento da disfagia, o tamanho da lesão é considerado um fator mais importante do que a sua localização.

CONCLUSÃO

Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), 2007, referem que em Portugal o AVC é responsável por 44,9% das mortes, sendo que em 2004 a taxa de mortalidade padronizada era de 97,6% por 100.000 habitantes. Estes dados tornam-se importantes, na medida em que, as consequências pós-AVC têm um forte impacto a nível familiar, económico e social da pessoa com AVC. Perante isto, verifica-se que a situação da pessoa com AVC é muito mais complexa que a sua mortalidade, sobrepondo-se o elevado problema de incapacidade e desvantagens que daí resultam (Ferreira & Marques, 2011). Decorrente de todas as alterações que o AVC acarreta, aproximadamente 25 a 50% dos casos dão origem a casos de disfagia (Brandão, Nascimento, & Vianna, 2009).

A prevalência de sinais clínicos de disfagia e risco para a aspiração após o AVC é bastante alta e, embora se realizem mais estudos para melhorar a especificidade destes sinais, eles podem ser identificados na avaliação clínica da deglutição através de um Protocolo de Deglutição, bem como numa avaliação instrumental de videoendoscopia, através do fornecimento de diferentes consistências e volumes ao paciente.

É de salientar que, de acordo com os resultados bastante positivos obtidos pelo painel de especialistas, leva-se a afirmar que o PSAND avalia parâmetros bastantes relevantes, com boa adequação conceitual, com ambiguidade bastante baixa e com clareza. Na primeira ronda de avaliação do protocolo pelo painel de especialistas, obtiveram-se alguns valores de IVC inferiores a 80%, nomeadamente no que concerne ao tipo de exame a realizar e à adequação conceitual nos termos correspondentes à avaliação da motricidade orofacial. Posto isto, achou-se pertinente obter um segundo feedback pelo painel de especialistas (de acordo com as alterações realizadas pelas sugestões obtidas), onde todos os valores de IVC obtidos foram superiores a 80%.

Através da aplicação do protocolo de videoendoscopia da deglutição foi possível concluir-se que este é um exame útil, de fácil execução e de baixo custo podendo ser realizado como primeiro método na avaliação, diagnóstico e orientação terapêutica nos doentes com perturbações da deglutição. Considera-se ser uma abordagem diagnóstica importante para a avaliação dinâmica e funcional das estruturas laringofaríngeas na disfagia orofaríngea, mostrando com precisão a indicação da via de alimentação mais segura e eficaz, bem como da consistência dos alimentos a administrar, evitando-se assim intercorrências respiratórias graves (Freitas, et al., 2012).

Neste estudo também foi possível concluir que os pacientes que apresentam aspiração apresentam sinais clínicos observados mais graves que os que apresentam penetração, como por exemplo: grande quantidade de resíduos com grandes dificuldades na limpeza dos mesmos, escape prematuro do bolo alimentar, fraco controlo oral e diminuição da sensibilidade laríngea. Todos

estes sinais observados e que se encontram presentes irão, de certa forma, dificultar a alimentação por via oral e, comprometer o estado de saúde do paciente. Em casos mais severos é importante discutir a hipótese de alimentação por via alternativa. Com todos estes dados obtidos foi possível avaliar a severidade da disfagia, com base na “Escala Penetração-Aspiração”, que é uma ferramenta muito útil neste protocolo de avaliação. ´

Perante o exposto, pode-se aferir que a tradução e adaptação do PSAND para o português europeu constitui uma mais-valia para diagnosticar a presença de disfagia em qualquer diagnóstico clínico, avaliar a funcionalidade da deglutição, verificando-se o risco de penetração e aspiração e, por fim, classificar a severidade da disfagia. Desta forma, através dos dados recolhidos será possível traçar um plano de intervenção individual e personalizado a cada caso, tendo em conta as capacidades orofaciais, eficácia e segurança da deglutição.

Como limitações deste estudo afere-se o reduzido tamanho da amostra e o facto de não ter sido possível recolher os dados todos, necessitando da ajuda de terceiros para a sua recolha. Também é de referir que devido a uma reestruturação no serviço de ORL no Centro Hospitalar de Faro, falta de disponibilidade diária para uma deslocação à Instituição e por tempo limitado, não foi possível realizar uma avaliação inter-avaliador.

Outra limitação neste estudo deparou-se com a falta de estudos realizados com pessoas com disfagia, individualizando-as com a presença de “penetração” ou “aspiração”, para que os dados apresentados comprovassem os resultados mais negativos obtidos em pessoas que realizam aspiração.

Também, neste estudo, foi pensado a concretização de uma avaliação intra-avaliador. Porém, por questões relacionadas com o bem-estar do paciente, o facto de o exame ser invasivo e provocar dor, submeter duas vezes a mesma pessoa a este exame, seria incorreto. Assim, esta avaliação também não foi possível de se realizar.

Neste sentido acha-se importante que novos estudos se concretizem com população que apresente o AVC como etiologia, de forma a prevenir casos graves de disfagia e, também, para detetar os sinais e sintomas da mesma precocemente. Igualmente, acha-se pertinente que estes estudos sejam realizados com um número de amostra mais vasta para que se obtenham mais resultados e para que estes sejam mais fidedignos e representativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, N. M., & Coluci, M. Z. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. 3061-3068. *Ciência & Saúde Coletiva*.
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2002). Roles of speech language pathologists in swallowing and feeding disorders: technical report. 3, 181-199. ASHA Desk Reference.
- Associação AVC. (2009). *Tipos de AVC*. Obtido de Associação AVC: <http://associacaoavc.pt/Informacao/Menu1/Page3.php>
- Aviv, J. E., Martin, J. H., Zagar, D., Sacco, R. L., Diamond, B., Keen, M. S., & Blitzer, A. (1996). Supraglottic and pharyngeal sensory abnormalities in stroke patients with dysphagia. *105*, 92-97. USA: *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*.
- Aviv, J., Martin, J., Keen, M., Debell, M., & Blitzer, A. (October de 1993). Air pulse quantification of supraglottic and pharyngeal sensation: a new technique. *102*, 777-780. St. Louis: *Ann Otol Rhinol Laryngol*.
- Barer, D. (Outubro de 1989). The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. *52*, 236-241. Nottingham, UK: *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*.
- Barros, A. F., Fábio, S. R., & Furkim, A. M. (2006). Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquémico na fase aguda da doença. *64*, 1009-1014. São Paulo - Brasil: *Arquivos de Neuropsiquiatria*.
- Brandão, D. M., Nascimento, J. L., & Vianna, L. G. (2009). Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquémico. *55*, 738-743. *Revista da Associação Médica Brasileira*.
- Brennan, R., & Prediger, D. (1981). Coefficient Kappa: some uses, misuses and alternatives. *41*, 687-699. *Educational and Psychological Measurement*.
- Castro, J. A., Epstein, M. G., Sabino, G. B., Nogueira, G. L., Blankenburg, C., Staszko, K. F., & Filho, W. A. (2009). Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. *7*, 171-173. São Paulo: *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*.

- Cavalcanti, H. G. (1999). *Disfagia orofaríngea de origem neurológica em adulto*. Fortaleza: CEFAC.
- Clavé, P., Kraa, M., Arreola, V., Girvent, M., Farré, R., Palomera, E., & Serra-Prat, M. (2006). The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *24*, 1385-1394. Spain: *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*.
- Costa, M. M., & Castro, L. d. (2003). *Tópicos em Deglutição e Disfagia*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Crary, D. A., Mann, G. D., & Groher, M. E. (2005). Initial psychometric assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in stroke patients. *86*, 1516-1520. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.
- Daniels, S. (2006). *Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing*. Obtido de GI Motility Online: <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo34.html>
- Daniels, S., Brailey, K., Priestly, D., Herrington, L., Weisberg, L., & Foundas, A. (January de 1998). Aspiration in patients with acute stroke. *79*, 14-19. New Orleans: *Arch Phys Med Rehabil*.
- Deshaies, B. (1992). *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- DeVon, H., Block, M., Moyle-Wright, P., Ernst, D., Hayden, S., Lazzara, D., . . . Kostas-Polston, E. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reability. *39*, 155-164. USA: *Journal of Nursing Scholarship*.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa nº9: a dor como 5º sinal vital*. Ministério da Saúde.
- Fernandes, L. A., & Gomes, J. M. (2003). *Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação*. Porto Alegre.
- Ferraz, M. d. (2001). *Manual Prático de Motricidade Orofacial: Avaliação e Tratamento (5ª ed.)*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Ferreira, A., & Marques, J. (25 de Julho de 2011). *Fase Aguda do AVC isquémico: a importância da Neuroproteção e da reabilitação precoce*.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2012). *Caraterísticas Demográficas da População Idosa*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures, Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Freitas, L., Moscoso, E., Machado, M., Rita, A., Simão, M., Dias, Ó., & Andrea, M. (2012). Avaliação videoendoscópica da deglutição na abordagem da disfagia orofaríngea. *50*, pp. 285-289.
- Furkim, A. M., & Santini, C. S. (2008). *Disfagias Orofaríngeas* (2ª ed.). Barueri, São Paulo: Pró-Fono.
- Furkim, A., & Mattana, A. (2004). A. Fisiologia da deglutição orofaríngea. *1ª*, 212-218. São Paulo, Rocca.
- Gasiorowska, A., & Fass, R. (2009). Current approach to dysphagia. *5*, 269-279. *Gastroenterology & Hepatology*.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *46*, 1417-1432. France: *J Clin Epidemiol*.
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *40*, 619-625. Canada: *International Journal of Nursing Studies*.
- Jacques, A., & Cardoso, M. C. (20 de Agosto de 2011). Acidente Vascular Cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. pp. 229-236.
- Junqueira, P., & Carvalho Dauden, A. T. (2009). *Terapia Fonoaudiológica - práticas e aspectos atuais*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Kelly, A. M., Hydes, K., C., M., & Wallace, C. (2007). *Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES): The role of speech and language therapy*. RSCLT.
- Kidd, D., Lawson, J., Nesbitt, R., & MacMahon, J. (Junho de 1995). The natural history and clinical consequences of aspiration in acute stroke. *88*, 409-413. Belfast City: Oxford University Press.
- Langmore, S., Schatz, K., & Olsen, N. (1988). Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. *2*, 216-219. Michigan: *Dysphagia*.
- Logemann, J. A., Veis, S., & Colangelo, L. (1999). A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *14*, 44-51. USA: *Dysphagia*.
- Lynn, M. (1986). Determination and quantification of content validity. *35*, 382-385. *Nursing Research*.

- Macedo Filho, E. D., Gomes, G. F., & Furkim, A. M. (2000). *Manual de Cuidados do Paciente com Disfagia*. São Paulo: Lovise.
- Marques, C. H., André, C., & Zuma de Rosso, A. L. (17 de Março de 2008). *Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre métodos de avaliação*. Rio de Janeiro.
- McCullough, G. H., Wertz, R. T., Rosenbek, J. C., Mills, R. H., Webb, W. G., & Ross, K. B. (2001). Inter- and intrajudge reliability for videofluoroscopic swallowing evaluation measures. *16*, 110-118. USA: Dysphagia.
- McKaig, T. N. (1998). *Bedside Assessment of Swallowing Safety*. Boston: Butterworth-Heinemann.
- Michou, E., & Hamdy, E. (Junho de 2009). Cortical input in control of swallowing. *17*, 166-171. United Kingdom: *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The content analysis guidebook*. London: Sage Publications.
- Nunes, M. C. (2011). *Correlação entre a lesão encefálica e a disfagia em pacientes adultos com Acidente Vascular Encefálico*. Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná.
- Nunes, M. C., Jurkiewicz, A. L., Santos, R. S., Furkim, A. M., Massi, G., Sant, G., . . . Lange, M. C. (2012). *Correlation between brain injury and dysphagia in adult patients with stroke* (Vol. 16). São Paulo: *International Archives of Otorhinolaryngology*.
- Okubo, P. d. (2008). *Detecção de disfagia na fase aguda do acidente vascular cerebral isquémico. Proposição de conduta baseada na caracterização dos fatores de risco*. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo .
- Onofri, S. M. (2013). *Correlação entre a sensibilidade laríngea e a penetração/aspiração traqueal em disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo - Universidade de Medicina de Ribeirão Preto.
- Paciaroni, M. e. (2004). Dysphagia following stroke. *51*, 162-167. *European Neurology*.
- Pires, C. V. (Maio de 2012). *Avaliação Nutricional na admissão do doente com AVC*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde.
- Polit, D., & Beck, C. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *29*, 489-497. USA: *Research in Nursing & Health*.

- Puerari, V. R. (2011). *Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após o Acidente Vascular Encefálico*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina.
- Randolph, J. J. (2005). *Free-Marginal Multirater Kappa (multirater κ free): An Alternative to Fleiss' Fixed-Marginal Multirater Kappa*. Finland: Paper presented at the Joensuu Learning and Instruction Symposium.
- Rosenbek, J. C., Robbins, J. A., Roecker, E. B., Coyle, J. L., & Wood, J. L. (1996). *A Penetration-Aspiration Scale*. New York: Springer.
- Santos de Queiroz, M. A., Haguette, R. C., & Haguette, E. F. (24 de Julho de 2009). Achados da Videoendoscopia da deglutição em adultos com disfagia orofaríngea neurogénica. Fortaleza, Brasil: Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
- Santos Dias, C. S. (2015). *Functional Oral Intake Scale (FOIS): contributo para a validação cultural e linguística para o Português Europeu*. Lisboa: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Silva, P. M. (s.d.). Evitar o Acidente Vascular Cerebral: um desejo e uma responsabilidade partilhada. *13*.
- Singh, S., & Hamdy, S. (2006). Dysphagia in stroke patients. *82*, 383-391. Manchester: Postgrad Med J.
- Sitta, E. (30 de Abril de 2012). *O perfeito funcionamento da deglutição e suas fases*. Obtido de O corpo fala, você aprende.: <http://ericasitta.wordpress.com/2012/04/30/o-perfeito-funcionamento-da-degluticao/>
- Smithard, D., O'Neill, P., England, R., Park, C., Wyatt, R., Martin, D., & Morris, J. (1998). The natural history of dysphagia following a stroke. *12*, 188-193. Manchester: Dysphagia.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate analysis* (4 ed.). Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Teasell, R., Bach, D., & McRae, M. (1994). Prevalence and recovery of aspiration poststroke: a retrospective analysis. *9*, 35-39. Canadá: Dysphagia.
- Vanin, G. d. (2004). *Avaliação da frequência de sinais sugestivos de disfagia em pacientes de um centro de tratamento intensivo*. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina.

Vergara, S. C. (2000). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração* (3^a ed.). São Paulo: Atlas.

Wynd, C., Schmidt, B., & Shaefer, M. (2003). Two quantitative approaches for estimating content validity. 25, 508-518. USA: Western Journal of Nursing Research.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Pedido de autorização à Comissão de Ética

Exm. Sr. Presidente do Hospital de Faro

Assunto: Pedido de autorização pra a realização de projeto de investigação

Lisboa, 28 de Outubro de 2014

Eu, Liliana Saraiva Lopes Abreu, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição, na recolha de dados para fins de investigação relativa à unidade curricular de “Trabalho de Projeto” do Curso de Mestrado em Terapia da Fala na área de motricidade orofacial e deglutição da Escola Superior de Saúde de Alcoitão, sob a orientação da Professora Mestre Susana Mestre. Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

No âmbito de uma investigação subordinada ao tema “Tradução e adaptação transcultural do Protocolo de Avaliação da Deglutição por Nasofibrosopia”, objetiva-se o seguinte: (1) realizar tradução transcultural; (2) validar o conteúdo para a população portuguesa, por um grupo de peritos na área de disfagia; (3) realizar um pré-teste, onde se irá aplicar o protocolo a um grupo de sujeitos normais e a um grupo de sujeitos com patologia degenerativa.

Para a realização deste estudo pretende-se avaliar 30 sujeitos com patologia degenerativa e 3 sujeitos normais, ou seja, sem patologia. A aplicação deste protocolo seria entre o período de Dezembro de 2014 e Janeiro de 2015.

Com os melhores cumprimentos,

Liliana Abreu

APÊNDICE 2

Resposta da Comissão de Ética

De: Tiago Carmo

Enviada: segunda-feira, 14 de Setembro de 2015 13:50

Para: SUSANA ISABEL MARTINS MESTRE

Cc: Maria Emilia Cantante Parreira

Assunto: Estudo "Disfagia após AVC"

Boa Tarde Terapeuta Susana Isabel Martins Mestre

Informo Vossa Excelência que foi autorizado o seu pedido sobre o estudo acima referido.

Para qualquer informação adicional não hesite em contactar a Unidade de Investigação.

Cumprimentos

O Técnico Superior

Tiago Do Carmo

[Descrição: cid:image001.png@01CF0863.D0DD6AF0]

TÉCNICO DE RECURSOS HUMANOS

Tel. 289 89 11 47 Ext.: 11537

Unidade de Investigação do CFIC

Comissão de Ética

Comissão de Farmácia

Centro Hospitalar do Algarve | Unidade de Faro

APÊNDICE 3

Pedido de autorização para participar nos exames

Exm(s),

Presidente do Conselho de Administração: Sr. Dr. Pedro Nunes

Diretor do Serviço de ORL: Sr. Dr. Ilídio Gonçalves

Diretora do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação: Sra. Dra. Helena Gomes

Coordenadora do Setor de Terapia da Fala: Sra. Dra. Fátima Pinto

Assunto: Pedido de autorização para a colaboração da instituição no projeto de investigação;

Pedido de autorização para participação nos exames de Nasofibrosopia no serviço de ORL.

Eu, Liliana Saraiva Lopes Abreu, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada instituição, na recolha de dados para fins de investigação relativa à unidade curricular de “Trabalho de Projeto” do Curso de Mestrado em Terapia da Fala na área de motricidade orofacial e deglutição da Escola Superior de Saúde de Alcoitão, sob a orientação da Professora Mestre Susana Mestre. Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

No âmbito de uma investigação subordinada ao tema “Tradução e adaptação transcultural do Protocolo de Segurança de Avaliação Nasolaringoscópica da Deglutição”, objetiva-se o seguinte: (1) realizar a tradução transcultural; (2) validar o conteúdo para a população portuguesa, por um grupo de peritos na área de disfagia; (3) realizar um pré-teste, onde se irá aplicar o protocolo a um grupo de sujeitos com patologia, por Acidente Vascular Cerebral.

Para a realização deste estudo pretende-se avaliar entre 20 a 30 sujeitos. Desta forma, solicitava, para além da vossa colaboração neste projeto, a minha presença no serviço de ORL para a visualização dos exames e recolha de dados do protocolo, entre o período de 11 a 19 de Maio de 2015.

Lisboa, 23 de Abril de 2015

Com os melhores cumprimentos,

Liliana Abreu

APÊNDICE 4

Pedido de autorização às autoras do PSAND

Ex.ma. Sra. Doutora Ana Furkim,

Sou aluna de mestrado em Terapia da Fala, na área de motricidade orofacial e deglutição na Escola Superior de Saúde do Alcoitão. De momento, encontro-me a realizar a dissertação de mestrado na área de Disfagia, na qual gostaria de aplicar um protocolo de nasofibroscopia. Após a análise de diversos protocolos de nasofibroscopia, o que mais cativou o meu interesse foi o elaborado pela Ex.ma. Sra. Doutora.

Desta forma, para a sua aplicação será necessário realizar uma tradução e validação de conteúdo do mesmo para a Língua Portuguesa. Assim, venho por este meio solicitar a sua autorização para realizar esta tradução e validação.

Disponho-me para qualquer questão que queira esclarecer.

Agradeço antecipadamente a sua atenção, apresentando os meus melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

Liliana Abreu

APÊNDICE 5

Resposta das autoras do PSAND

1. De : Ana Maria Furkim

Data:07/10/2014 09:15 (GMT-03:00)

Para: lilianaabreu_11@hotmail.com,Susana Mestre, Franciele Sória, Rosane Sampaio, Maria Cristina Alencar Nunes, Marina Bueno

Assunto: Autorização para Validação Transcultural

Cara Lilian,

Estamos felizes que tenha interesse em validar transculturalmente nosso protocolo de estudo nasolaringoscópico da deglutição. Estou copiando todos os autores para que encaminhem autorização de cada um.

"Protocolo de Segurança da Avaliação Nasofibrososcópica da Deglutição" de Furkim, A., Fugmann, E., Sória, F., Nunes, M., Sampaio, R., Macri, M. & Duarte, S.

Atenciosamente,

Furkim

2. Dra Ana Maria Furkim e Lilian,

Autorizo a validação do "Protocolo de Segurança da Avaliação Nasofibrososcópica da Deglutição".

Att

Marina

3. Bom dia Dra. Ana Maria Furkim e Lilian,

Autorizo a validação do "Protocolo de Segurança da Avaliação Nasofibrososcópica da Deglutição".

Att.

Maria Cristina de Alencar Nunes

(41) 9941-2017

4. Dra Ana Maria Furkim e Lilian,

Autorizo a validação do protocolo.

Att,

Fga. Franciele Soria

5. Prezada Dra Ana Maria Furkim

Autorizo a Lilian a validação

Att

Profa.Dra. Rosane Sampaio Santos

Universidade Tuiuti do Paraná

Programa Mestrado e Doutorado Em Distúrbios da Comunicação da UTP

APÊNDICE 6

Pedido de colaboração a um painel de especialistas no estudo

Exmo (a) Terapeuta da Fala,

Sou aluna de mestrado da Escola Superior de Saúde do Alcoitão em Terapia da Fala e encontro-me a realizar a minha dissertação de mestrado na área de Motricidade Orofacial e Deglutição. O meu projeto consiste na Tradução e Adaptação Transcultural do “Protocolo de Segurança de Avaliação Nasolaringoscópica da Deglutição” (Furkim, et al.).

A avaliação endoscópica da deglutição é um procedimento fundamental a ser realizado em pacientes com disfagia. Através desta avaliação é permitido avaliar a possibilidade de ocorrência de penetração e/ou aspiração, com que quantidades, em que momento da deglutição ocorre (antes, durante ou após a deglutição), em quais consistências e volumes alimentares acontece, e acima de tudo, permite-nos verificar se o paciente consegue expelir o material da via aérea.

A pertinência da escolha deste tema prende-se com a necessidade de possuir instrumentos de avaliação da disfagia, adaptados para o Português Europeu. Para além disso, a escolha do método é justificada pela constante necessidade de equacionar exames para o paciente. É importante a existência de instrumentos validados para o Português Europeu, que permitam realizar uma avaliação instrumental da deglutição.

Este estudo iniciou-se com a sua tradução e adaptação transcultural para a nossa língua, o Português Europeu do “Protocolo de Segurança de Avaliação Nasolaringoscópica da Deglutição”. De seguida, pretende-se validar o seu conteúdo para a população portuguesa, por um painel de peritos. Por fim, irá ser realizado um pré-teste, onde o protocolo irá ser aplicado a um grupo de pacientes com disfagia por Acidente Vascular Cerebral.

Desta forma, este e-mail surge no seguimento de convidá-lo(a) a integrar um painel Delphi, que tem como objetivo avaliar os diferentes conteúdos do protocolo a ser aplicado em pacientes com disfagia.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração, sendo que para tal seria necessário a sua resposta afirmativa a este email, no prazo de cinco dias úteis. Caso aceite participar, enviaremos informações mais detalhadas sobre o projeto em curso. É de salientar que a sua participação será uma mais valia no desenvolvimento do mesmo.

Em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais, não hesite em realizá-lo através dos contatos: lilianaabreu_11@hotmail.com (aluna), p.sa.couto@ua.pt (orientador) e susanamestretf@gmail.com (co-orientadora).

Agradecemos desde já a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Liliana Abreu

Bibliografia

Furkim, A., Nunes, M., Triló, S., Sampaio, R., Sória, F., Bueno, M., & Fugmann, E. (s.d.).

Protocolo de Segurança de Avaliação Nasolaringoscópica da deglutição (PSAND).

APÊNDICE 7

Ficha de caracterização do especialista

Nome:

Idade:

Naturalidade:

Grau Académico:

Ano de formação:

Escola de Formação:

Anos de experiência na área da intervenção com pessoas com Disfagia:

Anos de experiência na avaliação da deglutição através de Nasofibroscopia:

Local de Trabalho:

Distrito:

Concelho:

Tem conhecimento do teste em tradução? sim () não ()

APÊNDICE 8

Grelha de avaliação do PSAND pelo painel de especialistas

Protocolo de Segurança de Avaliação Nasolaringoscópica da Deglutição (PSAND)

Indicadores		Nível de Concordância dos Peritos																Sugestões
		Clareza				Ambiguidade				Relevância				Adequação Conceitual				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Tipo de exame	Videoendoscopia da Deglutição																	
Dados de Identificação	Género																	
	Data de nascimento																	
	Diagnóstico Clínico																	
Histórico da dieta	Perda de peso nos últimos 3 meses (sim/não)																	
	Alimentação atual	Sem via oral																
		Via oral total																
	Via oral parcial	Entérica (SNE, SNG, PEG, jejunostomia)																
		Parentérica																
		Consistências	Líquido															
			Mel															
			Néctar															
	Pudim																	
Sólido mole																		

			Sólido duro																	
	<i>Alimenta-se sozinho?</i>	Sim/Não																		
	<i>Manifesta sinais clínicos de aspiração? (tosse, dispneia, voz molhada)</i>	Enquanto se alimenta? (sim/não)																		
		Com que alimentos/consistências																		
Exame Físico	<i>Estado de Alerta</i>	Sim/Não																		
	<i>Comunicação funcional</i>	Eficiente/Não eficiente/Ausente																		
	<i>Oclusão labial passiva</i>	Normal/Assimétrica																		
	<i>Movimentos de língua</i>	Adequado/Não adequado/Ausente																		
	<i>Força de língua</i>	Adequado/Não adequado/Ausente																		
	<i>Movimento de palato mole</i>	Adequado/Não adequado/Ausente																		
	<i>Reflexo de vômito</i>	Adequado/hiperativo/hipoativo/Ausente																		
	<i>Tosse voluntária</i>	Eficiente/Não eficiente/Ausente																		
	<i>Deglutição voluntária</i>	Eficiente/Não eficiente/Ausente																		
	<i>Deglutição espontânea</i>	Eficiente/Não eficiente/Ausente																		
	<i>Elevação laríngea</i>	Eficiente/Não eficiente/Ausente																		
		Assimetria	Sim/Não																	

	<i>Dificuldade de elevação laríngea</i>	Trepidação																	
	<i>Qualidade vocal</i>	Normal/Rouca/molhada																	
Monitorização no pré-teste	<i>Frequência cardíaca</i>																		
	<i>Saturação de Oxigénio</i>																		
	<i>Temperatura</i>																		
	<i>Pressão Arterial</i>																		
	<i>Frequência Respiratória</i>																		
Exame Endoscópico	<i>Adução das pregas vocais</i>	Completa/Incompleta																	
	<i>Sensação laringofaríngea</i>	Direita	Normal/ Défice moderado/ Défice grave																
		Esquerda	Normal/ Défice moderado/ Défice grave																
	<i>Segurança</i>	Compromisso da VA	Sim/Não																
		Epistaxe	Sim/Não																
		Desconforto do paciente	Nenhum/ Leve/ Moderado/ Grave																
Avaliação da Deglutição	<i>Posicionamento</i>	Cadeira 90°																	
		Cadeira 45°																	

	<i>durante o teste</i>	Cama 90°																			
		Cama 45°																			
	<i>Consistências:</i> - Pudim - Mel - Néctar - Líquida	Escape intraoral posterior																			
		Penetração laríngea																			
		- Limpeza laríngea (total/parcial)																			
		Resíduo faríngeo																			
		- Valéculas epiglóticas																			
		- Seios periformes																			
		- Parede posterior da faringe																			
		- Limpeza faríngea (total/parcial)																			
		Aspiração traqueal																			
		- Resposta: silenciosa/reflexo de tosse																			
		- Limpeza laríngea (total/parcial)																			
		Refluxo gastro-esofágico																			
		- Limpeza faríngea (total/parcial)																			
Manobras testadas																					
Modificação de Postura	<i>Diminui o risco de aspiração/penetração</i>	Sim/Não																			
	<i>Outras medidas observadas:</i>	Pigarreio																			
		Sorver																			
		Pequenos pedaços																			

Risco aumentado de aspiração devido	<i>Fraco controlo oral</i>	Sim/Não																	
	<i>Grande quantidade de resíduos</i>	Sim/Não																	
	<i>Diminuição da sensibilidade laríngea</i>	Sim/Não																	
	<i>Escape prematuro do bolo alimentar</i>	Sim/Não																	
	<i>Dificuldade na limpeza de resíduos das valéculas epiglóticas, faringe, seios piriformes</i>	Sim/Não																	
	<i>Refluxo gastro-esofágico</i>	Sim/Não																	
Monitorização após o teste	<i>Frequência cardíaca</i>																		
	<i>Saturação de Oxigénio</i>																		
	<i>Temperatura</i>																		
	<i>Pressão Arterial</i>																		
	<i>Frequência Respiratória</i>																		
Consistências oferecidas durante o exame	<i>Líquida</i>																		
	<i>Néctar</i>																		
	<i>Mel</i>																		
	<i>Pudim</i>																		
Escala de Severidade: Penetração e Aspiração	<i>Pontuação 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 pontos (de acordo com a escala de severidade: penetração e aspiração proposta por Rosenbek et al., 1996)</i>																		

INSTRUÇÕES

A avaliação/análise solicitada serve para avaliar a clareza, ambiguidade, relevância e adequação conceitual de cada um dos indicadores do instrumento em análise.

Utilize a escala abaixo para designar a sua avaliação, assinalando com um **X** no local correspondente:

ESCALA DE AVALIAÇÃO	
1	Não
2	Pouco
3	Bastante
4	Muito

NOTA: Atenção ao item AMBIGUIDADE cuja escala é:

ESCALA DE AVALIAÇÃO	
1	Não ambíguo
2	Pouco ambíguo
3	Bastante ambíguo
4	Muito ambíguo

Agradecemos também que expresse a sua opinião tecendo comentários ou indicando sugestões para a melhoria do instrumento na coluna de Sugestões. Porém, poderá, igualmente, acrescentar as suas sugestões no quadro abaixo.

Sugestões:

APÊNDICE 9

Versão portuguesa do PSAND

PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA AVALIAÇÃO NASOLARINGOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (PSAND)

Furkim AM; Nunes MCA; Triló ST; Sampaio RS; Sória FS; Bueno MM; Fugmann EA.

Tipo de exame: Videoendoscopia da Deglutição

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Data do exame: ___/___/___

Número do processo clínico: _____

Género: F () M ()

Data de nascimento: ___/___/___

Diagnóstico Clínico: _____

1: Acidente Vascular Cerebral () 2: Demência () 3: Cardíaco () 4: Pneumonia ()

5: Cancro () 6: Traumatismo Crânio-encefálico () 7: Paralisia Cerebral ()

8: Outro(s): _____

2. HISTÓRIA ALIMENTAR

2.1. PERDA DE PESO NOS ÚLTIMOS 3 MESES: sim () ___ Kg / ___ meses
não ()

2.2. ALIMENTAÇÃO ATUAL:

Sem via oral ()

Via oral total ()

Via oral parcial ():

Alimentação oral:

- Consistência(s): líquido () mel () néctar () pudim () sólido mole ()
sólido duro ()

Volume: _____ ml/dia

- Alimentação entérica ()

a) sonda orogástrica () b) sonda nasogástrica () c) gastrostomia (PEG) ()

d) jejunostomia ()

Volume: _____ ml/dia

- Alimentação parentérica ()

2.3. ALIMENTA-SE SOZINHO? sim () não ()

2.4. MANIFESTA SINAIS CLÍNICOS DE ASPIRAÇÃO (por exemplo: tosse, dispneia, voz “molhada”, etc)

Enquanto se alimenta: sim () não ()

- Se sim, especificamente com que alimentos/consistências: _____

3. AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO NÃO FUNCIONAL

3.1. ESTADO DE ALERTA: sim () não ()

3.2. COMUNICAÇÃO FUNCIONAL: eficiente () não eficiente () ausente ()

Motricidade Orofacial

3.3. OCLUSÃO LABIAL PASSIVA: normal () assimétrica ()

3.4. MOVIMENTOS DE LÍNGUA: adequado () não adequado () ausente ()

3.5. FORÇA DA LÍNGUA: adequado () não adequado () ausente ()

3.6. MOVIMENTO DO PALATO MOLE (produção de a/ã):

adequado () não adequado () ausente ()

3.7. REFLEXO DE VÔMITO:

adequado () hiperativo () hipoativo ()

ausente ()

3.8. TOSSE VOLUNTÁRIA: eficiente () não eficiente () ausente ()

3.9. DEGLUTIÇÃO VOLUNTÁRIA (saliva): eficiente () não eficiente () ausente ()

3.10. DEGLUTIÇÃO ESPONTÂNEA (saliva): eficiente () não eficiente () ausente ()

3.11. ELEVAÇÃO LARÍNGEA: eficiente () não eficiente () ausente ()

3.12. QUALIDADE VOCAL: normal () rouca () voz “molhada” ()

4. MONITORIZAÇÃO NO PRÉ-TESTE

4.1. FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC) _____ (batimentos por minuto)

4.2. SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO (Sat. O₂) _____

4.3. TEMPERATURA (T) _____

4.4. PRESSÃO ARTERIAL (PA) _____

4.5. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR) _____

5. AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL DA DEGLUTIÇÃO

EXAME ENDOSCÓPICO

5.1. ADUÇÃO DAS PREGAS VOCAIS: completa () incompleta ()

5.2. SENSIBILIDADE LARINGOFARINGEA:

Direita: normal () déficit moderado () déficit grave ()

Esquerda: normal () déficit moderado () déficit grave ()

5.3. SEGURANÇA

5.3.1. Compromisso das vias aéreas: sim () não ()

5.3.2. Epistaxe: sim () não ()

5.3.3. Desconforto do Paciente: nenhum () leve () moderado () grave ()

6. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA DEGLUTIÇÃO (avaliar os seguintes volumes: 5ml, 10ml e 15ml)

6.1. POSICIONAMENTO DURANTE O TESTE: cadeira 90° () cadeira 45° ()

cama 90° () cama 45° ()

Assinale com: 0 = não; 1 = sim

Consistência Observações		1. PUDIM	2. MEL	3.	4.
		5ml, 10ml, 15 ml	5ml, 10ml, 15 ml	NÉCTAR 5ml, 10ml, 15 ml	LÍQUIDA 5ml, 10ml, 15 ml
• Escape intraoral posterior *					
• Penetração laríngea					
Limpeza laríngea	Total				
	Parcial				
• Resíduo faríngeo **					
Valéculas epiglóticas					
Seios periformes					
Parede posterior da faringe					
Limpeza faríngea	Total				
	Parcial				
• Aspiração traqueal					

Resposta silenciosa ou reflexo de tosse					
Limpeza laríngea	Total				
	Parcial				
• Refluxogastro-esofágico					
Limpeza faríngea	total				
	parcial				
• Manobras testadas					

Nota: * o bolo alimentar entra na parede laríngea da faringe, maior que um segundo antes da resposta da deglutição ocorrer; ** após a terceira deglutição do mesmo bolo alimentar.

7. MODIFICAÇÃO DA POSTURA

7.1. DIMINUIU O RISCO DE ASPIRAÇÃO/PENETRAÇÃO: sim () não ()

- Qual a postura usada _____

7.2 Que outras medidas foram observadas, durante o momento de avaliação: pigarreio ()
pedaços menores () sorver () outras () _____

8. RISCO DE ASPIRAÇÃO AUMENTADO DEVIDO A:

8.1. FRACO CONTROLO ORAL: sim () não ()

8.2. GRANDE QUANTIDADE DE RESÍDUOS: sim () não ()

8.3. DIMINUIÇÃO DA SENSIBILIDADE LARÍNGEA: sim () não ()

8.4. ESCAPE PREMATURO DO BOLO ALIMENTAR: sim () não ()

8.5. DIFICULDADE NA LIMPEZA DE RESÍDUOS DAS VALÉCULAS EPIGLÓTICAS,
FARINGE, SEIOS PIRIFORMES: sim () não ()

8.6. REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO: sim () não ()

9. MONITORIZAÇÃO APÓS O TESTE

9.1. FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC) _____ (batimentos por minuto)

9.2. SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO (Sat. O2) _____

9.3. TEMPERATURA (T) _____

9.4. PRESSÃO ARTERIAL (PA) _____

9.5. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR) _____

10. CONSISTÊNCIAS OFERECIDAS DURANTE O EXAME (conforme o padrão da ADA, 2002):

- () Líquida
- () Néctar
- () Mel
- () Pudim

11. ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO (PAS), ROSENBEK *et al.*, 1996:

Pontuação: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ()

CONCLUSÃO: _____

Terapeuta da Fala responsável: _____

ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO

(ROSENBEK *et al.*, 1996):

CATEGORIA	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO
PENETRAÇÃO	1	Contraste alimentar não entra na via aérea.
	2	Contraste alimentar entra até acima das pregas vocais, sem resíduos.
	3	Contraste alimentar permanece acima das pregas vocais, resíduos visíveis.
	4	Contraste alimentar atinge as pregas vocais, sem resíduo.
	5	Contraste alimentar atinge as pregas vocais, resíduos visíveis.
ASPIRAÇÃO	6	Contraste alimentar passa o nível glótico, mas não há resíduos ao nível subglótico.
	7	Contraste alimentar passa o nível glótico com resíduos no subglótico apesar do paciente responder.
	8	Contraste alimentar passa a glote com resíduos na subglote, mas o paciente não responde.

ANEXOS

ANEXO 1

Versão Original do PSAND

PROTOCOLO DE SEGURANÇA DE AVALIAÇÃO NASOLARINGOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (PSAND)

Furkim AM; Nunes MCA; Triló ST; Sampaio RS; Sória FS; Bueno MM; Fugmann EA.

Tipo de exame: Videoendoscopia ()

Videofluoscopia ()

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Data do exame: __/__/__

Número do processo: _____

Sexo: F () M ()

Data de nascimento: __/__/__

Diagnóstico: _____

1: Acidente Vascular Cerebral () 2: Demência () 3: Cardíaco () 4: Pneumonia ()

5: Cancro () 6: Traumatismo Crânio-encefálico () 7: Paralisia Cerebral ()

8: Outros: _____

2. HISTÓRICO DA DIETA

2.1. PERDA DE PESO NOS ÚLTIMOS 3 MESES: sim () não ()

2.2. DIETA ATUAL:

Via oral total () consistência(s): _____

Via oral parcial ():

Alimentação oral:

- Consistência(s): líquido () mel () néctar () pudim () sólido ()

nenhum ()

- Volume: _____

Alimentação entérica:

a) sonda orogástrica () b) sonda nasogástrica () c) gastrostomia (PEG) ()

d) jejunostomia () e) parentérica ()

2.3. O PACIENTE/DOENTE ALIMENTA-SE SOZINHO? sim () não ()

2.4. MANIFESTA SINAIS CLÍNICOS DE ASPIRAÇÃO (por exemplo: tosse, dispneia e voz “molhada”)

Enquanto come: sim () não ()

- Se sim, especificamente com que alimentos/consistências: _____

3. EXAME FÍSICO

- 3.1. ALERTA: sim () não ()
- 3.2. COMUNICAÇÃO FUNCIONAL: eficiente () não eficiente () ausente ()
- 3.3. LÁBIOS: normal () assimétrico ()
- 3.4. MOVIMENTO DA LÍNGUA: () eficiente () não eficiente () ausente
- 3.5. FORÇA DA LÍNGUA: () eficiente () não eficiente () ausente
- 3.6. MOVIMENTO DO PALATO MOLE (produção de a/ã):
() eficiente () não eficiente () ausente
- 3.7. REFLEXO DE VÔMITO: () eficiente () não eficiente () ausente
- 3.8. TOSSE VOLUNTÁRIA: () eficiente () não eficiente () ausente
- 3.9. DEGLUTIÇÃO VOLUNTÁRIA: () eficiente () não eficiente () ausente
- 3.10. DEGLUTIÇÃO ESPONTÂNEA: () eficiente () não eficiente () ausente
- 3.11. ELEVAÇÃO LARÍNGEA: () eficiente () não eficiente () ausente
- 3.12. DIFICULDADE NA ELEVAÇÃO LARÍNGEA:
 assimetria sim () não ()
 trepidação sim () não ()
- 3.13. QUALIDADE VOCAL: normal () rouca () húmida ()

4. MONITORIZAÇÃO NO PRÉ-TESTE

- 4.1. FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC) _____ (batimentos por minuto)
- 4.2. SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO (Sat. O₂) _____
- 4.3. TEMPERATURA (T) _____
- 4.4. PRESSÃO ARTERIAL (PA) _____
- 4.5. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR) _____

5. EXAME ENDOSCÓPICO

- 5.1. ADUÇÃO DAS PREGAS VOCAIS: completa () incompleta ()
- 5.2. SENSAÇÃO LARINGOFARINGEA:
 Direita: normal () défice moderado () défice grave ()
 Esquerda: normal () défice moderado () défice grave ()
- 5.3. SEGURANÇA
- 5.3.1. Comprometimento das vias aéreas: sim () não ()

5.3.2. Epistaxe: sim () não ()

5.3.3. Desconforto do Paciente: nenhum () leve () moderado () grave ()

6. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO (medir a quantidade de líquido: 5ml, 10ml ou 15ml e golo livre)

6.1. POSICIONAMENTO DURANTE O TESTE: cadeira 90° () cadeira 45° ()

cama 90° () cama 45° ()

Complete: 0=não; 1=sim

Consistência Observações	PUDIM	MEL	NÉCTAR	LÍQUIDA
• Escape intraoral posterior *				
• Penetração laríngea				
Limpeza laríngea				
• Resíduo faríngeo **				
Valéculas epiglóticas				
Recessos periformes				
Parede posterior da faringe				
Limpeza laríngea				
• Aspiração traqueal				
Resposta: silenciosa/reflexo de tosse				
Limpeza laríngea				
• Refluxogastro-esofágico				
Limpeza laríngea				
• Manobras testadas				

Nota: * o bolo alimentar entra na parede laríngea da faringe maior que um segundo antes da resposta da deglutição ocorrer; ** após a terceira deglutição do mesmo bolo alimentar.

7. MODIFICAÇÃO COMPORTAMENTAL

7.1. MUDANÇA DE POSTURA DIMINUIU O RISCO DE ASPIRAÇÃO/PENETRAÇÃO:

sim () não ()

7.1.1. Se sim, que outras medidas foram observadas, durante o momento de avaliação:
pigarro () pequenos pedaços () sorver () outras () _____

8. RISCO AUMENTADO DE ASPIRAÇÃO DEVIDO A:

- 8.1. POBRE CONTROLO ORAL: sim () não ()
8.2. GRANDE QUANTIDADE DE RESÍDUOS: sim () não ()
8.3. DIMINUIÇÃO DA SENSIBILIDADE LARÍNGEA DA FARINGE: sim () não ()
8.4. ESCAPE PREMATURO DO BOLO ALIMENTAR: sim () não ()
8.5. DIFICULDADE NA LIMPEZA DE RESÍDUOS DAS VALÉCULAS EPIGLÓTICAS,
FARINGE, RECESSOS PIRIFORMES: sim () não ()
8.6. REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO: sim () não ()

9. MONITORIZAÇÃO APÓS O TESTE

- 9.1. FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC) _____ (batimentos por minuto)
9.2. SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO (Sat. O2) _____
9.3. TEMPERATURA (T) _____
9.4. PRESSÃO ARTERIAL (PA) _____
9.5. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR) _____

10. CONSISTÊNCIAS OFERECIDAS DURANTE O EXAME (conforme o padrão da ADA, 2002):

- () Líquida
() Néctar
() Mel
() Pudim

11. ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO (ROSENBEK *et al.*, 1996):

Pontuação: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ()

CONCLUSÃO: _____

Terapeuta da Fala responsável: _____

ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO

(ROSENBEK *et al.*, 1996):

CATEGORIA	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO
PENETRAÇÃO	1	Contraste não entra na via aérea.
	2	Contraste entra até acima das pregas vocais, sem resíduos.
	3	Contraste permanece acima das pregas vocais, resíduos visíveis.
	4	Contraste atinge as pregas vocais, sem resíduo.
	5	Contraste atinge as pregas vocais, resíduos visíveis.
ASPIRAÇÃO	6	Contraste passa o nível glótico, mas não há resíduos ao nível subglótico.
	7	Contraste passa o nível glótico com resíduos no subglótico apesar do paciente responder.
	8	Contraste passa a glote com resíduos na subglote, mas o paciente não responde.