

PERFIL DA DISFAGIA APÓS UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

PROFILE OF DYSPHAGIA AFTER A STROKE: AN INTEGRATIVE REVIEW

PERFIL DE DISFAGIA DESPUÉS DE UNA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA

CARINA TEIXEIRA PAIXÃO¹

LOLITA DOPICO DA SILVA²

FLAVIA GIRON CAMERINI³

Este artigo trata da disfagia decorrente de acidente vascular cerebral (AVC). O objetivo foi identificar o perfil das publicações sobre disfagia em pacientes vítimas de AVC. Pesquisa de revisão integrativa que usou os mesmos descritores nas bases Medline, Lilacs e Scielo, selecionando 17 artigos entre 1998 e 2008. Os dados foram analisados a partir das categorias correspondentes aos enfoques das publicações encontradas. Os resultados mostram dezessete artigos agrupados em duas categorias a que abordou a incidência e características da disfagia(9) e a que discutiu as complicações da disfagia(8). As publicações da primeira categoria mostram incidência de disfagia entre 30% e 91% e indicam que tamanho e localização da lesão são determinantes na gravidade da disfagia. A segunda categoria apresenta a pneumonia e desnutrição como consequências da disfagia. Conclui-se que o enfermeiro deve nortear os cuidados direcionados a limitar o efeito da disfagia pós AVC e suas complicações para o paciente.

DESCRIPTORES: Acidente Cerebral Vascular; Transtornos de Deglutição; Enfermagem.

This article deals with dysphagia due to a cerebrovascular accident (CVA). The aim of the research was to identify the profile of publications on dysphagia in patients suffering from stroke. It was an integrative review search that used the same descriptors in the electronic databases Medline, Lilacs and Scielo selecting 17 articles from 1998 to 2008. The data were analyzed from the categories corresponding to the approaches of found publications. The results show seventeen articles grouped into two categories that addressed the incidence and characteristics of dysphagia (9) and that discussed the complications of dysphagia (8). The publications in the first category showed an incidence of dysphagia from 30% to 91% and indicate that the lesion size and location determine the severity of the dysphagia. The second category presents pneumonia and malnutrition as a consequence of dysphagia. The conclusion is that the nurse should guide the guidelines directed at limiting the effects of dysphagia after stroke and its complications for the patient.

DESCRIPTORS: Stroke; Deglutition Disorders; Nursing.

Este artículo trata de disfagia decorrente de una enfermedad vascular cerebral (EVC). El objetivo fue determinar el perfil de las publicaciones acerca de la disfagia en pacientes víctimas de EVC. Investigación de revisión integradora que usó los mismos descriptores en las bases Medline, Scielo e Lilacs, seleccionando 17 artículos entre 1998 a 2008. Los datos fueron analizados a partir de las categorías correspondientes a los enfoques de las publicaciones encontradas. Los resultados muestran diecisiete artículos agrupados en dos categorías, la que trató de la incidencia y características de la disfagia (9) y la que discutió las complicaciones de la disfagia (8). Las publicaciones de la primera categoría muestran una incidencia de la disfagia entre 30% a 91% e indican que tamaño y localización de la lesión son determinantes en la gravedad de la disfagia. La segunda categoría presenta la pulmonía y desnutrición como consecuencias de la disfagia. Se concluye que el enfermero debe guiar los cuidados direccionados a limitar el efecto de la disfagia post EVC y sus complicaciones para el paciente.

DESCRIPTORES: Accidente Cerebrovascular; Trastornos de Deglución; Enfermería.

¹ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Enfermeira da Unidade Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca do INC. Rio de Janeiro/Brasil. E-mail: carinapaixao@gmail.com

² Professora Permanente do Curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Coordenadora do Curso de Especialização em Terapia Intensiva da FEUERJ-UERJ. Pós-Doutora pela UFSC. Rua: Flordelice 505 casa 1, Condomínio Bosque dos Esquilos, Jacarepaguá, CEP: 22753-800 – Rio de Janeiro/Brasil. E-mail: lolita.dopico@gmail.com

³ Mestranda em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Enfermeira da Unidade Coronariana do Hospital Pró Cardíaco/Brasil. E-mail: fcamerini@gmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil apresenta um perfil epidemiológico marcado pelo aumento de mortes por doenças cerebrovasculares e doença isquêmica do coração, mas também, pelo crescente número de pessoas com doenças e incapacidades crônicas, onde a morbi-mortalidade decorrente de doenças do aparelho circulatório adquirem relevância no país. O destaque entre essas doenças é para as cerebrovasculares e, particularmente, para o acidente vascular cerebral (AVC), que representa a terceira causa de morte em países industrializados e a primeira causa de incapacidade entre adultos⁽¹⁾.

O acidente vascular cerebral (AVC), também chamado de doença silenciosa do século é a que apresenta maior incidência e tem maior morbidade dentro do grupo de doenças vasculares. Aparece como a primeira causa de invalidez e morte com consequências importantes já que cerca de 40 a 50% dos indivíduos vítimas de AVC morrem após os seis primeiros meses⁽¹⁾. A maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz desta patologia a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental. Na maioria das vezes, os pacientes portadores de incapacidades pela natureza das sequelas não respondem às intervenções a curto e médio prazo, sendo um desafio constante para os profissionais e autoridades de saúde o retorno dessas pessoas à sociedade⁽¹⁾.

Mais da metade dos pacientes (50,6%) após um AVC tem entre seis e dez tipos de incapacidades, sendo a mais prevalente a fraqueza muscular, presente em 77,4% dos pacientes, seguida dos distúrbios da comunicação e linguagem e da disfagia, esta última respondendo por 44,7% das incapacidades encontradas. Neste estudo o interesse recai na incapacidade do tipo disfagia como sequela do AVC⁽¹⁾.

A Organização Mundial de Saúde⁽²⁾ conceitua o termo incapacidade como restrição resultante de uma deficiência ou da falta de habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser

humano. A disfagia aparece como uma incapacidade que contribui para a perda da funcionalidade e independência para alimentar-se, trazendo riscos de desnutrição e pneumonia aspirativa para o paciente.

Cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVC requerem algum tipo de auxílio para a alimentação decorrente da disfagia. A perda de autonomia para a alimentação entre adultos e a consequente dependência dos mesmos é uma forma de expressão da gravidade desta incapacidade⁽²⁾.

A frequência e gravidade da disfagia e a necessidade do pronto reconhecimento e tratamento adequado, constituem um desafio, tanto pelo impacto à saúde, quanto pelas repercussões na vida das pessoas e suas famílias. A disfagia pode acarretar prejuízos nos aspectos nutricionais, de hidratação, no estado pulmonar, prazer alimentar e equilíbrio social do indivíduo⁽²⁾.

A incoordenação do mecanismo de deglutição pode resultar em aspiração de alimentos ou regurgitação nasal. Assim a disfagia, geralmente é associada com tosse após a deglutição, dificuldade respiratória, infecção pulmonar, comprometendo tanto a parte respiratória do indivíduo como a sua nutrição. As principais metas para o paciente e a família incluem o alcance de uma dieta o mais próxima do habitual do paciente antes do AVC, a ausência de infecções pulmonares por broncoaspiração e de desnutrição.

A relevância deste estudo se fundamenta na capacidade do enfermeiro de atuar frente a um paciente disfágico pós AVC, na prevenção das complicações como a pneumonia e a desnutrição, assim como aumentar a autonomia do paciente, diminuindo suas dependências e melhorando suas relações sociais, ambas extremamente afetadas por conta da disfagia. Os estudos dessa natureza com certeza estarão contribuindo com todos aqueles que procuram alicerçar o trabalho da enfermagem, assim como os seus indicadores de qualidade da assistência.

O objetivo desta revisão foi identificar o perfil das publicações sobre disfagia em pacientes vítimas de um AVC.

METODOLOGIA

Consistiu em uma revisão integrativa da literatura e cumpriu criteriosamente seis etapas⁽³⁾: seleção de questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relato da revisão proporcionando um exame crítico dos achados.

A questão norteadora do estudo foi, qual o conhecimento que tem sido produzido acerca da disfagia em pacientes vítimas de um AVC?

A identificação do objeto de estudo na literatura foi realizada em bases de dados *online*, de artigos indexados no *National Library of Medicine* (MEDLINE), na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), buscando publicações em diferentes fontes.

Para o refinamento da pesquisa, foram definidos como critérios de seleção, tratar-se de produções em inglês, espanhol e português publicados entre os anos de 1998 e 2008; sobre adultos com 18 anos ou mais; abordassem o tema da disfagia no âmbito hospitalar e/ou domiciliar; tratassem de pesquisas de campo; indexados pelos termos do Mesch/Decs: acidente vascular cerebral/*stroke* e disfagia/*dysphagia*.

As estratégias para o levantamento dos artigos foram adaptadas para cada uma das bases de dados, de acordo com suas especificidades de acesso, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de seleção. Para a coleta dos dados, foi elaborado um instrumento com os seguintes conteúdos: título do artigo, autor, ano, periódico, objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Os artigos foram numerados e organizados em uma pasta. Em seguida, foi realizada a leitura dos mesmos e posteriormente estes foram agrupados em categorias correspondentes aos enfoques, o que também norteou a análise.

O levantamento foi realizado no mês de Fevereiro de 2009. Foram encontrados 151 trabalhos e a amostra foi composta por 17 artigos. Foram encontradas duas categorias de artigos, aqueles que abordam a incidência e características da disfagia⁽⁴⁻¹²⁾ e aqueles que discutem as complicações da disfagia⁽¹³⁻²⁰⁾.

RESULTADOS

Encontraram-se doze artigos publicados por médicos em periódicos médicos; outros três estudos foram de fonoaudiólogos e duas publicações de enfermeiros.

Incidência e características da disfagia

Um estudo objetivou determinar a incidência da disfagia e se existe correlação entre a localização da lesão vascular cerebral e a dificuldade de deglutição em pacientes vítimas de AVC⁽⁴⁾. O exame da avaliação clínica da deglutição foi confrontado com os resultados obtidos na tomografia para a localização das lesões. Na avaliação clínica, 48% do total de 27 pacientes apresentaram disfagia orofaríngea. O estudo conclui que a incidência de disfagia na fase aguda do AVC reforça a necessidade de prevenir o risco de broncoaspiração.

Outra pesquisa apresentou uma incidência de disfagia entre 30% e 50% entre pacientes vítimas do AVC sendo reconhecida como um dos principais fatores de risco para pneumonia aspirativa e uma das complicações mais frequentes do AVC⁽⁵⁾. Considerou-se que o tamanho da lesão do AVC é mais importante do que sua localização para o desenvolvimento de disfagia orofaríngea. Conclui que em pacientes com a mesma localização de AVC, alguns desenvolvem disfagia e outros não.

Outro estudo objetivou determinar a variação da incidência da disfagia após o AVC a partir do diagnóstico por exame de imagens⁽⁶⁾. Foi observada uma incidência de 76,5% em pacientes avaliados somen-

te clinicamente, elevando-se o percentual para 91% quando se acrescentava a avaliação videofluoroscópica. Conclui que a avaliação por vídeo deve ser o “padrão ouro” no diagnóstico de disfagia.

Autores ao estudarem o prognóstico de pacientes vítimas de AVC durante os primeiros três meses após acidente vascular cerebral agudo verificaram que 34,7% dos 406 pacientes tinham disfagia, sendo mais frequente em pacientes com acidente vascular cerebral hemorrágico⁽⁷⁾. Nos pacientes com AVC isquêmico, o envolvimento total do território da artéria cerebral média foi mais frequentemente associada à disfagia. Conclui que a disfagia avaliada clinicamente foi uma variável significativamente capaz de prever morte e incapacidade em 90 dias.

Estudo rastreou pacientes pós AVC e verificou que dos 123 pacientes, 74,5% tinham disfagia. Conclui que é fundamental que exista um protocolo para avaliação da deglutição para utilização por enfermeiros, contribuindo para a identificação precoce da disfagia a fim de minimizar complicações relacionadas à mesma⁽⁸⁾.

Pesquisa comparou queixas referidas de alterações na deglutição com os achados da videofluoroscopia em pacientes pós AVC. Foram avaliados 20 pacientes, dentre os quais 90% apresentavam disfagia orofaríngea, sendo que 40% destas eram disfagia grave, no entanto, apenas três pacientes apresentavam queixas relacionadas a alterações de deglutição. Concluiu que há que haver uma maior atenção por parte da equipe de saúde com o diagnóstico de disfagia em pacientes vítimas de AVC⁽⁹⁾.

Outra publicação identificou dados clínicos que consideraram importantes na admissão dos pacientes com disfagia pós AVC como a idade (mais de 70 anos), o sexo masculino, a fraqueza ou assimetria palatal, a incompleta depuração oral e a tosse. Os preditores clínicos de aspiração (determinados radiograficamente) foram: trânsito oral e incompleta depuração oral. Conclui que incorporando os sinais clínicos identificados à avaliação clínica da deglutição pode-se

aumentar sua utilidade preditiva para a população de idosos⁽¹⁰⁾.

Autores ao realizarem uma pesquisa quanto à avaliação clínica da deglutição em idosos hospitalizados após AVC evidenciaram que quanto à avaliação estrutural da disfagia, 71% utilizavam prótese dentária, 57% apresentavam resíduos alimentares na cavidade oral, havia ulcerações em 14% e monilíase em 7% dos pacientes, demonstrando a inadequação da higienização oral. A avaliação funcional mostrou 7% dos pacientes com pneumonia e 14% apresentando tosse e engasgo com líquidos indicando sinais sugestivos de penetração e aspiração laríngea⁽¹¹⁾. Concluiu que mudanças de consistência alimentar e higienização assistida, além da diminuição na velocidade da alimentação assistida são condutas que otimizam a alimentação dos pacientes.

Pesquisadores investigaram a frequência de disfagia em pacientes com AVC agudo e compararam não disfágico com disfágico sob aspectos demográficos, desempenho nas atividades de vida diária e tipo de deficiência neurológica. A frequência de disfagia foi encontrada oscilando entre 27% e 40% em doentes que estavam inconscientes, doentes terminais ou com história prévia de disfagia. Concluíram que a gravidade do AVC parece ser um indicador para a disfagia e que esses pacientes ficam significativamente mais tempo no hospital do que os pacientes não- disfágicos⁽¹²⁾.

Complicações associadas à disfagia pós AVC

Uma pesquisa avaliou as características essenciais que permitiriam a predição daqueles pacientes com maior risco para a pneumonia após um AVC. Evidenciou que há associação da pneumonia com idade avançada, disartria ou afasia, déficit cognitivo e disfagia para líquidos. Conclui que uma avaliação dessas variáveis serve para identificar pacientes com alto risco de desenvolver pneumonia após acidente vascular cerebral⁽¹³⁾.

Objetivando investigar protocolos de prevenção para pneumonia em pacientes disfágicos com AVC,

foi feita uma avaliação clínica em quinze instituições, totalizando 2532 casos. Identificou-se que complicações intra-hospitalares foram registradas em 2329 (92%) dos casos, sendo a disfagia responsável por 61%. Em seis instituições onde havia um protocolo formal para disfagia, a taxa de complicações foi de 57% em comparação com 78% para aquelas que não tinham protocolo. Concluiu que a taxa de pneumonia em instituições onde há protocolos para cuidar de pacientes disfágicos foi de 2,4% e de 5,4% nos hospitais onde não havia protocolo⁽¹⁴⁾.

Um estudo retrospectivo objetivou avaliar se a aspiração detectada pela videofluoroscopia para deglutição poderia prever a sobrevivência a longo prazo de pacientes disfágicos com AVC⁽¹⁵⁾. Dos 182 pacientes, 91 (50%) apresentaram aspiração durante o exame realizado após o tempo de mediana de 8,4 semanas decorridos o acidente vascular cerebral, e 76 (42%) tinham aspiração silenciosa. Um total de 65 pacientes morreram em um tempo de mediana de seguimento de 30,8 meses após o exame videofluoroscópico. O estudo conclui que a aspiração detectada durante a fase pós-aguda do AVC não foi preditiva para a sobrevivência de longo prazo em pacientes com disfagia após o acidente vascular cerebral.

Uma pesquisa foi realizada⁽¹⁶⁾ para estimar a frequência de pneumonia em pacientes com AVC que usavam sondas para a alimentação por causa da disfagia, sendo feito um estudo prospectivo com 100 pacientes durante 18 meses. A pneumonia foi detectada em 44% dos pacientes, adquiridas no segundo e terceiro dias de AVC. Concluiu que as sondas enterais oferecem apenas uma proteção limitada contra a pneumonia aspirativa em pacientes com disfagia aguda após o AVC.

Foi realizado um estudo retrospectivo com 378 pacientes para avaliar as complicações pós AVC⁽¹⁷⁾. Percebeu-se que a incidência de pneumonia em pacientes com AVC extenso era significativamente maior quando comparados a pacientes com doença crônica das vias aéreas. Dentro do grupo dos pacien-

tes que apresentaram pneumonia e foram vítimas de AVC, verificou-se maior incidência para hipertensão e diabetes na história clínica assim como maior incidência de aspiração. Concluiu que todos os pacientes com acidente vascular cerebral evoluíram com aspiração.

Uma pesquisa com o objetivo de determinar a relação entre o fluxo e o fechamento da laringe durante a deglutição em pacientes vítimas de AVC e de examinar os mecanismos que conduzem à aspiração, avaliou 90 pacientes por meio de imagens videofluoroscópicas, evidenciando que após o AVC há déficits sensitivos e retardo no fechamento da laringe, reforçando a gravidade para a aspiração⁽¹⁸⁾. Concluiu que a disfagia tem sido evidenciada em até 70% dos pacientes com acidente vascular cerebral, predispondo-os a broncoaspiração e a pneumonia

Uma publicação⁽¹⁹⁾ investigou a prevalência de desnutrição e seus fatores de risco associados ao acidente vascular cerebral em pacientes residentes em uma enfermaria. Esses fatores de risco foram história prévia de consumo de álcool, co-morbidades (cinco ou mais), polifarmácia (cinco ou mais), diabetes mellitus, mobilidade diminuída (cadeiras de rodas ou vinculados a cama) e sondas para alimentação. Entre os pacientes, cinco (8,2%) eram desnutridos e 56 (91,8%) estavam adequadamente nutridos. Não foram encontradas diferenças significativas na distribuição dos fatores de risco entre os grupos nutridos e desnutridos.

Outro estudo⁽²⁰⁾, abordou a necessidade de um diagnóstico precoce e eficaz da disfagia a fim de reduzir a incidência da pneumonia e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Foi citado que pacientes disfágicos dificilmente percebem que tem problemas para engolir, deixando os cuidadores como os responsáveis pela segurança no engolir. Foi feito, um estudo observacional com 31 pacientes antes e após a deglutição de alimentos/bebidas. Ficou comprovado que deve ser garantido aos pacientes uma alimentação lenta para evitar broncoaspiração.

DISCUSSÃO

Incidência e características da disfagia

Essa categoria mostrou que há uma associação entre localização e tamanho do AVC com a disfagia, assim como, aborda a necessidade de métodos diagnósticos, facilitando o processo de identificação dessa incapacidade.

O AVC constitui o principal grupo de doenças do sistema nervoso central (SNC) em idosos atingidos em torno de 72%. A incidência do AVC aumenta com a idade; dos 45 aos 54 anos é de um para cada 1000 pacientes, acima dos 85 anos, essa incidência aumenta para dezoito a cada 1000 pacientes⁽²⁾.

A deglutição é definida como uma atividade complexa e coordenada, regulada por um comando central no tronco encefálico, com o objetivo de transportar o bolo alimentar da cavidade oral ao estômago. A deglutição normal pode ocorrer de forma voluntária e/ou involuntária, envolvendo atividades motora e sensorial por meio dos nervos cranianos e integrando-se a outras funções vitais, como a respiração. Sua manutenção depende do funcionamento de um conjunto de estruturas ósseas, cartilaginosas, musculares e neurais⁽³⁾.

A disfagia orofaríngea é causada por tonicidade, mobilidade e peristaltismo desordenados ou por obstruções do fluxo do bolo alimentar indo do esôfago ao estômago. Pacientes com diagnóstico de disfagia orofaríngea podem apresentar diversos acometimentos, dentre eles: dificuldade em segurar o bolo na cavidade intraoral; escape de alimento pelos lábios; resíduo alimentar elevado em vestíbulo; tosse; engasgo; sensação do alimento preso ou parado na garganta; refluxo nasal e controle de saliva diminuído⁽³⁾.

A incidência de AVC na América do Sul é de 26% a 37% para o AVC hemorrágico e de 51% a 73% de AVC isquêmico. No Brasil, a incidência de AVC isquêmico é de 73% e a de AVC hemorrágico é de 26%, e apesar do grau de dificuldade de deglutição poder estar relacio-

nado com o tipo de AVC, tanto o AVC isquêmico quanto o hemorrágico podem causar disfagia.

Pesquisas^(4,6,9) relataram a alta incidência de disfagia orofaríngea no paciente após AVC isquêmico, destacando a importância de um protocolo para avaliação da deglutição, evitando complicações como pneumonias aspirativas e desnutrição. Sabe-se que a presença de disfagia reflete-se no aumento da gravidade do AVC, entretanto, um protocolo com orientações acerca da dieta oferecida a pacientes disfágicos deveria ser garantido para todos os pacientes independente da sua gravidade. Não tem sido realizadas pesquisas sobre a disfagia pautadas em protocolos de orientação ao paciente ou família, assim como, não se abordam estratégias facilitadoras para uma alimentação segura que possam ser desenvolvidos por enfermeiros⁽¹¹⁾.

Após a avaliação clínica, realização de exames complementares (quando necessário) e classificação da disfagia, os enfermeiros devem discutir condutas visando reestruturar as condições alimentares do paciente, considerando a doença de base, a evolução do quadro clínico, o estado cognitivo do paciente, presença de distúrbios respiratórios, condições sociais, compreensão e cooperação da família, e a condição para iniciar a oferta de alimentação via oral⁽²¹⁾.

Para isso deve-se realizar uma avaliação clínica específica, utilizando métodos diretos e indiretos de diagnóstico de disfagia: Os métodos indiretos são evidenciados pela observação das estruturas faciais e orofaringolaringeais, caracterizando os aspectos da face; a postura de cabeça; a presença ou não de atrofias; o estado e oclusão dentária; a adequação da articulação temporomandibular; o palato duro e palato mole e os músculos (faciais, mastigatórios e de língua), quanto ao seu aspecto em repouso e em movimento⁽²²⁾.

Os métodos diretos fazem uso de diferentes tipos de dieta via oral, visando à observação da respiração, sucção, voz, fala, mastigação e deglutição. Para tanto, são utilizadas as seguintes consistências: sólido, consistente, pastoso fino, líquido engrossado e líquido ralo; nas medidas padronizadas de 1, 3, 5 e 10 ml⁽²²⁾.

É durante a deglutição que os enfermeiros poderão observar se há vedamento labial; contenção oral; eficiência mastigatória; capacidade de medializar e posteriorizar o alimento; presença de refluxo nasal; elevação de laringe; número de deglutições; presença de resíduos alimentares e/ou secreção, presença de tosse, engasgos e/ou pigarros antes, durante ou após a deglutição; alteração do comportamento vocal; coordenação respiração-deglutição e restrição alimentar, quanto ao tipo de dieta⁽²²⁾.

Complicações associadas à disfagia pós AVC

A segunda categoria de resultados mostrou que há uma associação freqüente entre disfagia e pneumonia assim como um estudo apresentou associação com a desnutrição.

A disfagia orofaríngea, comum em pacientes com AVC, ocorre em 45-65% dos casos, podendo predir morte e incapacidade e deve ser entendida como um déficit motor da faringe. As complicações mais comuns que advêm da disfagia são queda no estado nutricional e pneumonia aspirativa, podendo resultar em morte, principalmente em pacientes idosos⁽²³⁾.

Recomenda-se uma prescrição de dieta específica para disfágicos. Acredita-se que muitos pacientes aspiram ou apresentam penetração laríngea de alimentos inclusive dentro do ambiente hospitalar porque a consistência da dieta não é adequada.

O líquido reconhecidamente é a consistência alimentar mais difícil de ser deglutida em pacientes neurologicamente comprometidos. A observação cuidadosa do paciente com AVC mostra que muitos deles têm mais problemas na deglutição de líquidos do que semi-sólidos. Por essa razão, é essencial avaliar a capacidade de deglutição de semi-sólidos antes de líquidos, já que esse procedimento minimiza o risco de aspiração durante o teste e identifica pacientes que toleram a ingestão de semi-sólidos, mas não de líquidos. A diferenciação entre a disfagia com risco e sem risco de aspiração é importante

porque pode levar a diferentes recomendações de dietas específicas⁽²⁴⁾.

A aspiração é definida como a presença de materiais gástricos ou da orofaringe no trato respiratório inferior. Diferencia-se da penetração laríngea, que é definida como a entrada de materiais da orofaringe na laringe, distalmente às pregas vocais, sem atingir traquéia ou brônquios. Essa diferença é útil na medida em que, frequentemente, pode-se observar penetração sem aspiração⁽²⁵⁾.

Para uma adequada avaliação da disfagia, é necessário que o estado em que o paciente se encontra ofereça condições mínimas de avaliação, caso contrário pode-se obter alterações que não condizem com o quadro real do paciente. Além disso, o nível de consciência é um dos preditores do desenvolvimento de problemas na deglutição⁽²⁴⁾.

Em pacientes com AVC e disfágicos, o risco para desenvolver pneumonia aspirativa é 3,17 vezes maior do que no paciente acamado sem disfagia e 11,5 vezes maior para o risco de aspiração. Acredita-se que isso se deva à aspiração, algumas vezes silenciosa, relacionada à disfagia resultante da lesão encefálica⁽²⁾.

Isso justifica uma contínua avaliação da disfagia tanto na fase aguda do AVC, como também no pós-AVC.

A pneumonia aspirativa pode provocar a morte em dias. A causa da pneumonia é multifatorial, sendo difícil determinar, com segurança, o fator que a desencadeou. Sabe-se que a disfagia é um fator de risco direto e indireto para o desenvolvimento da pneumonia. O fator primário é a aspiração de qualquer material. O importante, entretanto, é lembrar que a disfagia não é, necessariamente, a única condição que leva à aspiração. Muitos pacientes hospitalizados podem, temporariamente, aspirar pequenas quantidades de saliva, alimentos ou líquidos devido a sua condição de acamado, estado dependente, redução do nível de alerta, uso de sedativos ou estupor pós-cirúrgico, sem desenvolvimento da pneumonia⁽²⁵⁾.

Possivelmente o alto índice de pneumonia (30% a 92%) encontrado nas pesquisas⁽¹³⁻²⁰⁾ se deva à vá-

rios fatores; presença de desnutrição nos pacientes avaliados, ao não diagnóstico de disfagia nessa população e ao desconhecimento do paciente e do cuidador em relação aos alimentos permitidos, proibidos e consistência adequada.

Os enfermeiros precisam estar atentos a alguns dos sinais sugestivos de risco de broncoaspiração que são: tosse ou engasgo; refluxo nasal; broncoespasmo; cianose; alteração da frequência respiratória; queda da oxigenação; e ausculta cervical alterada⁽²³⁾.

Nos pacientes vítimas de AVC e com disfagia encontramos sintomas comuns, como a alteração do esfíncter labial dificultando o início do processo da deglutição. Também há a redução do controle da língua durante a dinâmica da fase oral, ocasionando menor propulsão do bolo alimentar; atraso ou ausência do reflexo de deglutição aumentando o risco de aspiração; trânsito faringeal lentificado pela falta da pressão intra-oral necessária para dar prosseguimento à fase faringeal; a alteração do comportamento vocal após a dieta oral sugerindo penetração laringeal e também a redução na elevação da laringe^(24, 26).

A dificuldade em deglutir requer muitos cuidados de enfermagem, como posicionar o paciente o mais sentado possível para comer, realizar manobras posturais da cabeça, oferecer higiene oral para umedecer a boca, controlar a consistência e volume das dietas, promover a estimulação sensorio-motora oral, treino do controle oral por meio do oferecimento em pequena quantidade de alimento, verificar a presença ou não de alimento acumulado nas laterais da boca não engolidos antes do oferecimento de mais alimento e manter a pessoa sentada pelo menos meia hora após alimentar-se, prevenindo assim complicações como regurgitação ou vômito⁽²⁷⁾.

A desnutrição é outra consequência da disfagia. Em um estudo⁽²⁸⁾ com 49 indivíduos vítimas de AVC, verificou-se que 49% dos pacientes estavam desnutridos, mas essa incidência diminuiu para 34% após intervenção nutricional. Desses pacientes, 47% tinham

disfagia e a desnutrição estava mais presente nos pacientes disfágicos. Segundo esse estudo, existe uma associação significativa entre desnutrição e disfagia nos pacientes pós-AVC.

Manter o paciente e seus familiares informados da melhor forma de cuidar de um paciente disfágico e de como prevenir suas complicações significa trabalhar dentro de preceitos de qualidade onde orientar reflete também o compromisso do enfermeiro⁽²⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disfagia após o AVC afeta a vida de muitas pessoas de diversas maneiras, direta ou indiretamente, levando a implicações que incluem não só problemas de ordem biológica, mas psicológica e social também. Viver permanentemente ou por longos períodos de tempo com disfagia pode levar a alterações no processo de deglutição e a necessidade de lidar com uma linguagem corporal ou estilo de vida alterado. Por isso, é fundamental que o enfermeiro forneça, por exemplo, treinamento de deglutição para esses pacientes, indicando o tipo de alimento e em qual consistência são mais facilmente deglutidos.

A adaptação à disfagia pós AVC é um processo de colaboração entre paciente, família, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Essa colaboração não se limita aos ambientes hospitalares; ao invés disso, deve prosseguir durante toda a trajetória da doença.

Reabilitar o quadro disfágico significa trabalhar para a conquista de uma deglutição sem risco de complicações. O objetivo da reabilitação em disfagia orofaríngea é estabilizar o aspecto nutricional e eliminar os riscos de aspiração laringotraqueal e conseqüentes complicações associadas.

A disfagia merece maior atenção, visto que prejudica a realização de atividades diárias, como uma alimentação eficaz e segura, levando a sofrimentos e impactos negativos na recuperação global do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho EF, Lessa F, Gonçalves FR, Silva JAM, Lima MEFL, Melo Júnior SW. O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. *Rev Assoc Saúde Pública Piauí*. 1998; 1(2):107-19.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.
3. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
4. Barros AFF, Fabio SRC, Furkim AM. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64(4):1009-14.
5. Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CDA. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing*. 2007; 36:90-4.
6. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(2-B):503-6.
7. Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F et al. Dysphagia following stroke. *Eur Neurol*. 2004; 51(3):162-7.
8. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *J Clin Nurs*. 2001; 10(4): 463-73.
9. Gatto AR, Rehder MIBC. Comparação entre queixas de deglutição e achados videofluoroscópicos no paciente pós acidente vascular encefálico. *Rev CEFAC* 2006 [citado 2008; 8(3):320-7.
10. Mann G, Hankey GJ. Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke. *Dysphagia*. 2001;16(3):208-15.
11. Magalhães LA, Bilton TL. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. *Distúrb Comum*. 2004; 16(1):65-81.
12. Westergren A, Hallberg IR, Ohlsson O. Nursing assessment of dysphagia among patients with stroke. *Scand. J. Caring Sci*. 1999; 13(4):274-82.
13. Sellars C, Bowie L, Bagg J, Sweeney P, Miller H, Tilston J, et al. Risk factors for chest infection in acute stroke: a prospective cohort study. *Stroke*. 2007; 38(8):2284-91.
14. Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*. 2005;36:1972-6.
15. Chen S, Chie W, Lin Y, Chang Y, Wang T, Lien I. Can the aspiration detected by videofluoroscopic swallowing studies predict long-term survival in stroke patients with dysphagia? *Disabil. Rehabil*. 2004; 26(23):1347-53.
16. Dziewas R, Ritter M, Schilling M, Konrad C, Oelenberg S, Nabavi DG, et al. Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2004; 75:852-6.
17. Ding R, Logemann JA. Pneumonia in stroke patients: a retrospective study. *Dysphagia*. 2000; 15(2):51-7.
18. Power ML, Hamdy S, Singh S, Tyrrell PJ, Turnbull I, Thompson D. Deglutitive laryngeal closure in stroke patients. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2007; 78(2):141-6.
19. Chai J, Chu FCS, Chow TW, Shum NC. Prevalence of malnutrition and its risk factors in stroke patients residing in an infirmary. *Singap Med J*. 2008; 49(4):290-6.
20. Rosenvinge SK, Starke ID. Improving care for patients with dysphagia. *Age Ageing*. 2005; 34(6):587-93.
21. Menezes FT, Gonçalves MIR, Chiari BM. Adaptações alimentares em adultos pós AVCI sem queixa de disfagia. *Fono atual*. 2005; 8(34):14-24.

22. Fontes SV, Fukujima MM, Oliveira RMC et al. Group physiotherapy in hemiplegic or hemiparetic stroke patients. *J Neurol Sci* 1997;150(5):129-36.
23. Palmer JB, DuChane AS. Rehabilitation of swallowing disorders due to stroke. *Phys Med Rehabil Clin North Am.* 1991; 2(1):529-36.
24. Lacerda NC, Santos SSC. Avaliação nutricional de idosos: um estudo bibliográfico. *Rev Rene* 2007; 8(1):60-9.
25. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr.* 2003; 22(3):235-40.
26. Beserra PJF, Bittencourt GKGD, Nóbrega MML, Garcia TR. Ações de enfermagem identificados na linguagem dos componentes enfermagem da Clínica Médica de um hospital-escola. *Rev Rene.* 2004; 5(2):41-8.
27. Marik P, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest.* 2005; 124(1):328-36.
28. Finestone HM, Greene-Finestone LS. Rehabilitation medicine: diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. *CMAJ.* 2003; 169(10):1041-4.
29. França ISX, Pagliuca LMF. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev Rene.* 2008; 9(2):129-37.

RECEBIDO: 12/08/2009

ACEITO: 20/01/2010