

Magali Aparecida Orate Menezes da Silva

**Cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica:
perfil e conhecimentos relacionados à alimentação**

São José do Rio Preto

2007

Magali Aparecida Orate Menezes da Silva

**Cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica:
perfil e conhecimentos relacionados à alimentação**

**Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina de São
José do Rio Preto para obtenção
do Título de Mestre no Curso de
Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, Eixo Temático: Medicina e
Ciências Correlatas.**

Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli

Domingos

São José do Rio Preto – SP

2007

Silva, Magali Aparecida Orate Menezes da

Cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica: perfil e conhecimentos relacionados à alimentação / Magali Aparecida Orate Menezes da Silva.

São José do Rio Preto, 2007

70 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli Domingos

1. Disfagia neurogênica; 2. Cuidadores; 3. Fonoaudiologia

Magali Aparecida Orate Menezes da Silva

Cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica:
perfil e conhecimentos relacionados à alimentação

BANCA EXAMINADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida
Micelli Domingos

2º Examinador: Profa. Dra. Maria Cristina Oliveira
Santos Miyasaky

3º Examinador: Profa. Dra. Andréa Corrêa Pereira

Suplentes: Profa. Dra. Maysa Alahmar Bianchin

Profa. Dra. Vera Lúcia Fugita dos Santos

São José do Rio Preto, 27/08/2007.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimento Especial.....	ii
Agradecimentos.....	iv
Epígrafe.....	vi
Lista de Quadro e Tabelas.....	vii
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	ix
Resumo.....	x
Abstract.....	xii
1 Introdução.....	01
1.1 Objetivos.....	20
2 Casuística	21
2.1 Critérios de inclusão.....	22
2.2 Critérios de exclusão.....	23
3 Método.....	24
3.1 Tipo de Estudo.....	25
3.2 Local.....	25
3.3 Procedimento.....	26
4 Resultados e Discussão.....	27
5 Conclusões.....	47
6 Recomendações.....	49
7 Referências.....	51
8 Apêndices.....	63
9 Anexo.....	69

- ✓ Aos meus queridos pais, Orestes e Nair, pelo amor, carinho, exemplo de vida e valorização profissional.
- ✓ A meu querido esposo e amigo, Adinaldo, pelo amor, carinho, compreensão, incentivo em todas as minhas decisões.
- ✓ A minhas filhas, Mariana e Gabriela, pelo meu grande amor, e pelos momentos de ausência.
- ✓ À minha irmã, Mônica e ao meu cunhado André, pelo incentivo e carinho.
- ✓ A meus sogros, Adélia e Adhemar, pelo carinho e estímulo.

- ✓ A Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli Domingos, orientadora e amiga sempre presente, incentivando e auxiliando.

Obrigada pela concretização deste trabalho.

- ✓ A Profa. Dra. Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki, amiga em todos os momentos, com muito carinho sempre incentivando nas situações mais difíceis, um exemplo de humildade, competência e dedicação.
Obrigada pelo carinho e pela conquista de mais uma etapa da minha vida profissional

- ✓ Aos diretores da Faculdade de Medicina e ao Hospital de Base de São José do Rio Preto pela oportunidade que tive para a realização deste trabalho.
- ✓ À Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, na pessoa de seu coordenador Prof. Dr. Domingo Marcolino Braile pelo incentivo e os demais colaboradores, José Antonio, Fabiana e Rosemeire pela atenção e dedicação.
- ✓ Ao Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço em especial ao Prof. Dr. José Victor Maniglia pelo incentivo.
- ✓ As amigas do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto pelo apoio recebido.
- ✓ A Profa. Dra. Maysa Alahmar Bianchin, pela amizade e incentivo.
- ✓ As amigas e companheiras, Marta, Isabel, Leda e Maria Amélia.
- ✓ A COAPRIMO nas pessoas de Eliana e Roseli, grandes incentivadoras e companheiras.
- ✓ Aos neurologistas, otorrinolaringologistas, clínicos, fonoaudiólogos, enfermeiros, nutricionistas, terapêutas ocupacionais, psicólogos e demais profissionais que me apoiaram e me auxiliaram com suas sugestões que tanto contribuíram para estudo.
- ✓ A Jaine Aparecida Padilla pela colaboração na digitação e elaboração deste trabalho.

- ✓ Aos cuidadores de pacientes disfágicos, que são o centro deste estudo e que, num momento tão especial, estiveram disponíveis para participar dele.
- ✓ A todos os pacientes, com os quais trabalhei, ao longo de minha vida profissional.
- ✓ A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta investigação.

“O dom da fala foi concedido aos homens não para que eles enganassem uns aos outros, mas sim para que expressassem seus pensamentos uns aos outros”

(Santo Agostinho)

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1	Cuidados para a alimentação segura do paciente disfágico.....	17
Tabela 1	Caracterização dos cuidadores por faixa etária.....	28
Tabela 2	Caracterização dos cuidadores de acordo com o sexo.....	29
Tabela 3	Caracterização dos cuidadores de acordo com tempo de dedicação ao paciente disfágico.....	30
Tabela 4	Caracterização dos cuidadores de acordo com a escolaridade.....	31
Tabela 5	Caracterização dos cuidadores de acordo com estado civil.....	32
Tabela 6	Caracterização dos cuidadores de acordo com o grau de parentesco.....	33
Tabela 7	Caracterização dos cuidadores de acordo com o tempo de atenção ao pacientes disfágicos.....	34
Tabela 8	Conhecimento do cuidador em relação à etiologia da disfagia.....	36
Tabela 9	Importância da alimentação via oral de acordo com os cuidadores.....	37
Tabela 10	Conhecimento dos cuidadores de pacientes disfágicos quanto ao início da alimentação via oral.....	38
Tabela 11	Porcentagem de cuidadores que indicaram diferentes consistências do alimento para o início da reabilitação....	39
Tabela 12	Conhecimento dos cuidadores sobre a escolha do tipo de colher para oferecer alimento.....	40

Tabela 13	Conhecimento dos cuidadores sobre os riscos da alimentação via oral.....	41
Tabela 14	Conhecimento dos cuidadores sobre a importância da tosse em pacientes disfágicos.....	42
Tabela 15	Conhecimento dos cuidadores sobre a postura adequada para a alimentação.....	44
Tabela 16	Dificuldades dos cuidadores quanto ao tipo de via utilizada para alimentação.....	45
Tabela 17	Distribuição percentual dos cuidadores, segundo suas opiniões sobre as principais dificuldades encontradas pelo paciente disfágico.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

°	grau
ml	mililitro
%	porcentagem
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional de Doenças - Décima Revisão
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
VO	Via Oral

RESUMO

Introdução: A disfagia é um sintoma de um ou mais problemas subjacentes, sendo um distúrbio de deglutição com sensação de anormalidade ou de obstrução que impede a passagem de sólidos ou líquidos, da cavidade oral para o estômago. A etiologia da disfagia é classificada como neurogênica, mecânica, decorrente da idade, psicogênica e induzida por drogas. Pacientes disfágicos necessitam de assistência devido ao alto risco de aspiração durante alimentação.

Objetivo: Este trabalho teve como objetivo traçar o perfil dos cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica, identificando seus conhecimentos sobre a disfagia em relação alimentação e cuidados com os pacientes. **Casuística:** Participaram 40 cuidadores de pacientes disfágicos atendidos no Hospital de Base de São José do Rio Preto, no período de maio e junho de 2002 e que atenderam aos critérios de inclusão. **Método:** O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os pacientes foram encaminhados pelos médicos especialistas das áreas de neurologia clínica, neurocirurgia, clínica médica, geriatria e gastroenterologia ao Serviço de Fonoaudiologia do Hospital de Base para avaliação e conduta. O cuidador respondeu um questionário elaborado pela própria pesquisadora sobre o perfil do cuidador e o

conhecimento do mesmo sobre disfagia. **Resultados:** Os cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica eram na maioria do sexo feminino, jovens, alfabetizados, casados, informais e sem experiência como cuidador. Apresentaram pouco conhecimento sobre disfagia, reabilitação, importância da alimentação via oral, consistência dos alimentos, utensílios apropriados, importância da tosse, postura adequada, utilização de sonda enteral, riscos e dificuldades encontradas pelo paciente. **Conclusão:** A amostra apresentou pouco conhecimento em relação a disfagia e aos cuidados necessários à alimentação segura e eficiente, demonstrando necessidade de orientação específica desde o início da reabilitação.

Palavras-chave: 1. Disfagia neurogênica; 2. Cuidadores; 3.

Fonoaudiologia

.

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is a symptom of one or more underlying problems, being a swallowing disorder with abnormal or obstruction sensation which prevents the passage of solid or liquid, from the oral cavity to the stomach. According to its etiology dysphagia is classified as neurogenic, mechanic, age-bound, psychogenic and induced by drugs. Dysphagia patients need care due to the high risk of aspiration during feeding. **Casuistic:** Forty caregivers of dysphagia patients who were seen at Hospital de Base in São José do Rio Preto in the period of May and June, 2002, who met the inclusion criteria, took part in the study. **Methods:** Study approved by the Ethics Committee. The patients were referred by the areas of clinical neurology, neurosurgery, general practice, geriatrics, gastroenterology to the Speech Therapy Service of Hospital de Base for evaluation and management. The caregiver answered a questionnaire prepared by the researcher herself about the caregiver's profile and his knowledge about dysphagia. **Results:** The caregivers were mostly informal, young, literate, married, and female, without experience as caregiver. They showed little knowledge about dysphagia, rehabilitation, importance of oral feeding, thickness of adequate food, the importance of cough, the right posture, the use of

enteral tube, risks and difficulties faced by the patients. **Conclusion:** The sample presented little knowledge relating dysphagia and the necessary care to a safe and effective feeding, showing the need for specific guidance from the very beginning of rehabilitation.

Key words: 1. Neurogenic dysphagia; 2. Caregivers; 3. Speech Therapy

1 INTRODUÇÃO

A história da humanidade mostra a importância da alimentação para a sobrevivência, como forma de socialização, de expressão de valores e de crenças culturais. O comportamento alimentar, portanto, não pode ser compreendido apenas sob uma visão estritamente biológica e metabólica.⁽¹⁻⁵⁾

Esta visão ampla da alimentação auxilia a compreender o impacto negativo que restrições alimentares, mesmo que temporárias, podem ter sobre a qualidade de vida do paciente e das pessoas com quem mantém contato social, como familiares e amigos.⁽⁶⁻⁸⁾

O comportamento alimentar depende de vários fatores, entre os quais a capacidade de deglutição. Esta envolve um processo neuromuscular complexo, que inclui estruturas da cavidade oral, da faringe, da laringe e do esôfago. Tem como objetivo efetuar o trânsito do alimento até o tubo digestivo, retirando os resíduos do sistema respiratório e prevenindo sua aspiração.^(7,9)

A deglutição é composta por quatro fases: 1) Preparatória: manipulação e mastigação (quando necessária) do alimento na boca; 2) Oral: propulsão posterior do alimento para que tenha início o reflexo da deglutição; 3) Faríngea: condução do bolo alimentar à faringe por meio

do reflexo da deglutição; 4) Esofágica: condução do bolo alimentar, pelo peristaltismo esofágico, no esôfago cervical e torácico até o estômago.^(7,10,11)

A deglutição envolve, portanto, uma série complexa de eventos voluntários e reflexos, e depende da integridade do sistema por meio do qual é realizada. Esta integridade pode ser afetada por diversos fatores, congênitos ou adquiridos, e a dificuldade ou incapacidade para deglutir, tanto em crianças como em adultos, é denominada disfagia, do grego *dis* (dificuldade) e *phagien* (comer).^(9,12,13)

Disfagia

A disfagia é um sintoma ou sinal de um ou mais problemas subjacentes.^(14,15) Para os pacientes, é habitualmente relatada como uma sensação de anormalidade ou de obstrução, que impede a passagem de sólidos ou líquidos, da cavidade oral para o estômago. Esta sensação varia em graus: 1. deglutição normal; 2. dificuldade para engolir alguns alimentos sólidos, embora alimentos semi-sólidos possam ser engolidos; 3. incapacidade para engolir sólidos, apenas líquidos; 4. dificuldade para engolir líquidos; 5. incapacidade para engolir saliva.⁽¹⁷⁾

Embora a forma mais comum de disfagia seja a orofaríngea – dificuldade no trânsito do alimento da faringe para o estômago – a maioria dos autores refere-se ao problema, em geral, apenas como disfagia.⁽¹⁸⁾

Atualmente, a possibilidade de manejar de forma efetiva a disfagia é amplamente reconhecida.^(10,19) Estudos sobre o tema, entretanto, são recentes, em função do envelhecimento da população e do número crescente de pacientes que sobrevivem a condições anteriormente fatais, como por exemplo, o Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Prevalência

A disfagia pode ocorrer em todas as faixas etárias, embora sua prevalência aumente com a idade em função de várias doenças. Dados sobre prevalência divergem em função do local, da população estudada e da forma como o diagnóstico foi realizado.⁽¹⁵⁾ Estudos feitos na Europa e Estados Unidos, por exemplo, fornecem taxas que variam entre 12 e 60% para pacientes idosos.⁽²⁰⁾ No Reino Unido, 15%⁽²¹⁾ a 33%⁽²²⁾ dos pacientes em casas de saúde apresentam dificuldade para engolir medicação sólida oral.

Entre pacientes que sofreram AVE, cerca de 75% apresentarão disfagia.⁽²³⁾ Estudo realizado no Brasil indicou, a partir de uma avaliação clínica fonoaudiológica, presença de disfagia em 76,5% dos pacientes internados após um AVE. Quando foi realizado exame videofluoroscópio da deglutição, o percentual de disfagia aumentou para 91%.⁽²⁴⁾ Na China, 81% dos pacientes que sofreram AVE apresentavam disfagia na fase aguda da doença, 79% com necessidade de apoio nutricional por meio de sonda.⁽²⁵⁾

Smithard, Smeeton e Wolfe (2007)⁽²⁶⁾ realizaram um estudo com o objetivo de avaliar se a presença de disfagia na primeira semana após um AVE prediz evolução a longo prazo. Concluíram que a disfagia, freqüentemente observada após um AVE, é um fator preditor de mortalidade após três meses e de institucionalização de longa duração para o paciente.

Etiologia

De acordo com a etiologia, a disfagia pode ser classificada em neurogênica, mecânica, decorrente da idade, psicogênica e induzida por drogas. Disfagia neurogênica é causada pela modificação da deglutição decorrente da instalação súbita de quadro neurológico, tais como AVE,

Traumatismo Crânio-encefálico (TCE), doença progressiva ou degenerativa, paralisia cerebral, Parkinson, demências como Alzheimer, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, miastenia grave, distrofia muscular, tumores do Sistema Nervoso Central (SNC).^(9,12,23,27,28)

Quando há alteração ou retirada parcial ou total de estruturas que prejudicam a anatomia e fisiologia do processo de deglutição, a disfagia é denominada mecânica. Esta alteração pode ser decorrente de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, utilizadas, por exemplo, no tratamento do câncer de cabeça e pescoço.^(6,17,29-31)

Durante o processo natural de envelhecimento, há uma redução funcional de vários órgãos e sistemas do organismo, como deterioração do sistema sensitivo e da função motora. A elevada incidência de disfagia em idosos está associada a problemas de mastigação por deficiência do arco dental ou pelo uso de próteses inadequadas; diminuição do volume de saliva por uso de medicação ou por doenças associadas; redução da força máxima da língua; redução da pressão da orofaringe; redução do portal da excitabilidade da deglutição; presença de penetração no vestíbulo laríngeo; diminuição dos reflexos protetores. A disfagia, em pacientes idosos, apresenta, muitas vezes, conseqüências

negativas, que evoluem para complicações como pneumonia aspirativa e desnutrição.^(32,33)

A disfagia psicogênica, na Classificação Internacional de Doenças - Décima Revisão (CID-10), não está incluída como categoria específica, mas como transtornos somatoformes na subclassificação de outros transtornos somatoformes.⁽³⁴⁾ Nestes, estão incluídas sensações não decorrentes de transtornos físicos, como sensação de um caroço na garganta, reconhecido como "bolo histérico", causando disfagia.

Transtornos somatoformes incluem sintomas somáticos ou preocupação com o corpo que não podem ser explicados por nenhuma condição médica ou pelo uso de substâncias. Embora esta terminologia tenha se mostrado útil para que pacientes anteriormente negligenciados sejam foco de atenção, muitas críticas são feitas em relação à sua real utilidade para auxiliar na compreensão, no direcionamento de pesquisas e no fornecimento de uma base útil para tratamento.⁽³⁵⁾

A disfagia induzida por drogas está associada a alterações na mobilidade da musculatura estriada, na sensibilidade da mucosa ou por lesão na mucosa esofágica, além de causar diminuição da motilidade esofágica e alteração da pressão do esfíncter esofágico inferior⁽³⁶⁾. Algumas drogas como corticoesteróide e amiodarona, podem levar a uma disfagia como efeito colateral tanto sobre o sistema nervoso central

como sobre o sistema nervoso periférico, mas especificamente na junção neuromuscular, onde ocorre o bloqueio de atividade, podendo provocar fraqueza da musculatura na região faríngea.^(23,37,38)

Diagnósticos identificados com maior frequência entre pacientes encaminhados para avaliação de transtorno de deglutição em um Serviço de Otorrinolaringologia foram AVE (44,6%), hipertensão arterial (41,4%), doença neurológica diferente de AVE (41,5%), doença infecciosa (35,3%), doença cardiovascular (30,7%) e diabetes (23%).⁽³⁹⁾

Diagnóstico

Sinais indicativos de disfagia incluem infecções pulmonares recorrentes, tosse durante ou após a deglutição, voz gorgolejante, regurgitação oral ou nasal, mastigação enfraquecida ou prolongada, perda do olfato e/ou paladar, perda da sensação de movimento da mastigação do alimento na boca, reflexo de deglutição atrasado, perda de peso e desidratação.⁽³³⁾

Uma avaliação clínica, com anamnese e exame físico adequados, permite diagnosticar disfagia em 80% dos casos.⁽²³⁾ A videofluoroscopia, considerada o padrão ouro para diagnóstico, é um procedimento caro, requer pessoal especializado e a exposição à radiação limita sua

utilização de rotina. A manometria esofágica pode auxiliar no diagnóstico e o emprego do endoscópio de fibra ótica tem sido cada vez mais freqüente. Este último pode ser também utilizado para monitorar diferentes terapias e técnicas de alimentação, sem o custo e riscos da videofluoroscopia.^(23,40-42)

Tratamento

Uma abordagem interdisciplinar pode proporcionar resultados positivos no tratamento da disfagia. Além disso, familiares, cuidadores e outras pessoas próximas podem auxiliar a equipe de saúde, quando necessário e adequado.⁽³³⁾ As medidas, geralmente recomendadas, envolvem orientações relativas à dieta, ambiente e medidas compensatórias. Além disso, podem incluir medicação, terapia endoscópica e cirúrgica.⁽²³⁾

O fonoaudiólogo, além de auxiliar no diagnóstico, pode indicar exercícios e técnicas de deglutição para auxiliar no fortalecimento da musculatura orofacial, manobras de proteção das vias aéreas, e coordenação das fases da deglutição. O papel do nutricionista é orientar em relação aos componentes nutricionais, textura e temperatura da

alimentação, bem como sobre tipos de alimentos que reduzem o risco de aspiração e que são adequados à capacidade de deglutição do paciente. O fisioterapeuta, por sua vez, recomenda o posicionamento mais adequado do paciente durante a alimentação. O enfermeiro deve assegurar ao paciente durante as refeições um ambiente tranqüilo e um adequado posicionamento.⁽³³⁾

Quando é impossível nutrir e hidratar o paciente via oral (VO), métodos alternativos como alimentação por sonda nasogástrica ou gastrostomia são considerados pela equipe de saúde.

Impacto da disfagia sobre o paciente e familiares

As principais conseqüências da disfagia incluem desidratação, deficiências nutricionais e infecções respiratórias, que podem prejudicar a qualidade de vida e levar à morte, principalmente em pacientes idosos. Outro importante problema é a não ingestão de medicação, pela dificuldade para engolir cápsulas ou tabletes sólidos.^(33,43)

Sinais ou sintomas de disfagia que podem ocorrer durante as refeições incluem engasgar, tossir, regurgitar, tempo prolongado para fazer as refeições e dificuldade de vedamento labial, acarretando problemas na contenção de alimentos sólidos ou líquidos na cavidade

bucal. Estes pacientes, portanto, podem apresentar problemas sociais e psicológicos decorrentes de sua dificuldade de deglutição, como ansiedade e esquiva para alimentar-se em situações sociais.^(33,44) Como conseqüência, a interação social pode ser prejudicada, uma vez que a alimentação constitui também um ato social que facilita a interação com as pessoas.⁽²⁸⁾

A disfagia pode interferir com o estilo de vida do paciente, modificando de forma significativa seus hábitos alimentares e causando isolamento social, sentimentos de culpa, medo e perda. Assim, coloca em risco também o bem-estar geral do paciente e de seus familiares.⁽³³⁾

Estudo sobre a experiência alimentar de pacientes com disfagia após um AVE e pacientes idosos saudáveis, identificou que medo de engasgar, sensação de desconforto na boca e garganta e redução do olfato e paladar eram comuns aos dois grupos. Para os pacientes que haviam sofrido AVE, entretanto, as dificuldades relacionadas à alimentação eram muito mais intensas e abrangentes. Incluía também sede, desconforto frente à comida, vergonha da própria aparência, sentimento de humilhação por depender de outra pessoa para alimentar-se e falta de esperança. Este dado confirmou a hipótese inicial dos pesquisadores, de que dificuldades alimentares estão mais relacionadas a ter sofrido um AVE que à idade.⁽⁴⁵⁾

A desidratação decorrente da disfagia pode levar a um espessamento da secreção e conseqüente dificuldade de respiração. A desnutrição, por sua vez leva à apatia, prejudicando a realização de atividades de auto-cuidado, como a higiene pessoal, as atividades laborais e de socialização.^(28,46) Assim, a disfagia pode ter um impacto negativo importante sobre a qualidade de vida geral do paciente, de seus familiares e grupo social.

Manejo

Devido à complexidade do processo de deglutição, o diagnóstico deve ser realizado por especialistas na área, habitualmente fonoaudiólogos. Entretanto, profissionais da enfermagem e familiares podem participar dos cuidados, monitorando peso e auxiliando a adequar a alimentação às preferências do paciente.⁽¹³⁾

Avaliação fonoaudiológica

O trabalho do fonoaudiólogo, em relação ao paciente disfágico, compreende desde a elaboração da história clínica, avaliação funcional

da alimentação, ausculta cervical, até a terapia e orientação fonoaudiológica.^(12,47-51)

Além destas avaliações, outros exames são necessários para concluir o diagnóstico: a videofluoroscopia e a nasolaringofibrosopia. O estudo videofluoroscópico da deglutição, mais conhecido como videofluoroscopia, é um método radiológico que permite a avaliação de todas as fases da deglutição de forma dinâmica nos três momentos: antes, durante e após a deglutição. São testadas três consistências: líquida, pastosa e sólida. O alimento é misturado ao contraste (bário de baixa densidade) e administrado em diferentes volumes de 1, 3, 5, 10 e 20 ml. É um exame que determina se o paciente pode alimentar-se via oral de modo seguro, exclui ou confirma a presença de aspiração ou microaspiração e verifica a eficácia da terapia e das manobras. É geralmente realizado em conjunto com o radiologista e o fonoaudiólogo. É o método mais freqüentemente utilizado.⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾

A nasolaringofibrosopia é um exame realizado pelo otorrinolaringologista e acompanhado pelo fonoaudiólogo. Tem função de avaliar as estruturas anatômicas, lesões estruturais, assimetrias, alterações orgânicas, processos inflamatórios ou infecciosos. Utilizam-se alimentos contrastados com azul de metileno em diferentes consistências onde são observados reflexo de tosse, reflexo adutor laríngeo e do

reflexo de proteção das vias aéreas. A nasolaringofibrosopia tem função diagnóstica, localiza e classifica a gravidade da disfunção e auxilia no direcionamento da terapia de reabilitação.⁽⁵²⁾

Após realização das avaliações clínicas, solicita-se quando necessárias, videofluroscopia e/ou nasofibrolaringoscopia para o diagnóstico. Posteriormente, inicia-se a terapia fonoaudiológica e as orientações para o paciente, familiar e/ou cuidador.

Reabilitação do paciente disfágico e o papel do cuidador

O atendimento ao paciente disfágico requer cuidados de uma equipe interdisciplinar que inclui fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas com especialidade na área motora e respiratória, terapeutas ocupacionais, psicólogos, clínicos gerais, neurologistas, gastroenterologistas, otorrinolaringologistas, pneumologistas, geriatras, fisiatras e pediatras.^(48-50,53)

Além desta equipe interdisciplinar, o paciente também recebe cuidados por parte de membro da família ou outra pessoa, denominados na literatura como “cuidador”. Cuidado significa o ato ou tarefa de zelar pelo bem estar de alguém, prestando assistência, assumindo a

responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato. É importante ressaltar que só faz sentido “cuidar” de alguém quando este não consegue desempenhar tarefas da vida diária sem auxílio.⁽⁵⁴⁾

Cuidadores são, portanto, pessoas que se dedicam a tarefa de cuidar, sejam elas membro da família que, voluntariamente ou não, assumem esta atividade, ou pessoas contratadas pela família para este fim. Existem dois tipos de cuidadores: o formal e o informal. O cuidador formal é o profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados em domicílio, segundo as necessidades específicas do paciente; o cuidador informal por outro lado, é um membro da família ou da comunidade, não pago, que presta cuidados de forma parcial ou integral ao paciente com déficit de auto cuidado. O cuidador pode ser classificado também como primário ou secundário, sendo o cuidador primário aquele que tem responsabilidade total em relação ao fornecimento da ajuda e os demais cuidadores secundários.^(25,54-56)

Os graus de incapacidade do paciente determinam os níveis de dependência e constituem, conseqüentemente, um desafio para o cuidador. Vários autores reforçam o papel vital do cuidador em determinar os resultados da reabilitação do paciente, uma vez que o grau de recuperação pode depender da habilidade e da qualidade dos cuidados oferecidos apoio ao paciente.⁽⁵¹⁾

É importante que paciente, cuidador e equipe multiprofissional atuem de forma integrada, maximizando a qualidade dos cuidados, diminuindo o risco de pneumonia aspirativa, tempo de internação, desnutrição, melhorando assim a qualidade de vida do paciente.⁽⁵⁵⁾

Inúmeros estudos indicam que a maioria dos pacientes com disfagia é capaz de retornar totalmente a uma alimentação oral, após a terapia para deglutição.^(47,48,55-59)

O objetivo da reabilitação na disfagia, é contribuir, primordialmente, para melhorar as condições nutricionais e de hidratação, minimizar ou eliminar os riscos de aspiração de alimentos, saliva e secreções para os pulmões, melhorando, desta maneira, o processo de alimentação. Um programa de reabilitação efetivo deve garantir que paciente e familiar entendam e cumpram o programa, que muitas vezes requer a prática de atividades que precisam ser treinadas. O **Quadro 1** mostra os principais cuidados envolvidos na alimentação segura do paciente que apresenta disfagia.^(27,38,47,53)

Reabilitar desordens da deglutição implica não somente proporcionar ao paciente à volta a uma alimentação oral, como auxiliar a família a conviver com a preocupação decorrente dos engasgos, e com o mal-estar originado pela disfagia, em uma pessoa com a qual se tem vínculos afetivos.⁽⁶⁰⁾

Quadro 1 - Cuidados para a alimentação segura do paciente disfágico.

Postura	Manter o paciente o mais verticalizado, em 90°.
Quantidade	Adequar volume para uma mastigação homogênea.
Ritmo	Respeitar o ritmo individual de cada paciente
Mastigação	Verificar saúde bucal e adaptação das próteses dentárias.
Higienização	Prevenir falhas na higiene, que possam acarretar riscos para a saúde bucal e eventual aspiração de restos alimentares.
Atenção	Evitar fatores que possam desviar a atenção do paciente durante as refeições, utilizar comando verbal e não solicitar respostas verbais durante a alimentação.
Engasgos	Solicitar a tosse e manobras para que o alimento seja expulso das vias aéreas, aguardar a reorganização do paciente para continuar a alimentação.

Fonte: Duarte; Diogo, 2005⁽⁶¹⁾

Normalmente, quando o paciente está internado, usa-se a sonda nasogástrica para alimentá-lo, dependendo do quadro clínico existente e do tipo de disfagia. Na maioria dos casos o paciente recebe alta ainda com a sonda e os cuidadores, na expectativa de iniciarem a alimentação VO, introduzem alimentos com consistência, posturas e em quantidades inadequadas, o que causa complicações ou reinternações.⁽²⁷⁾

A regulamentação das atividades do cuidador domiciliar está prevista em Projeto de Lei, uma vez que é necessário “definir espaços e especificidades de atribuições a partir de um enfoque que privilegie as necessidades de atendimento da população, e de uma visão articulada das diversas problemáticas presentes na área social, desencadeando-se processo que articule e integre esforços entre as diversas esferas do trabalho do estado”. Essa preocupação é recente e inclui o papel do estado e das sociedades científicas em relação aos cuidadores domiciliares.⁽⁶¹⁾

Impacto do cuidar sobre o cuidador

O cuidador geralmente realiza tarefas de suporte, que vão além daquelas habituais e que significam reciprocidade entre indivíduos. Cuidar de um paciente pode, portanto gerar estressores que afetarão a vida do cuidador em vários aspectos. Estes incluem, por exemplo, tanto a complexidade de situações envolvidas nos cuidados com o paciente, como fatores de ordem fisiológica, financeira, ambiental, social e emocional.^(57,62)

Cuidar pode causar estresse fisiológico, uma vez que envolve cuidados médicos, de enfermagem, de higiene, de locomoção, assistência

para o banho e alimentação, que são particularmente difíceis tanto para o paciente como para o cuidador.^(61,63)

Inclui ainda estresse associado à dimensão financeira, como responsabilidade com gastos médicos, farmacêuticos, terapêuticos e outros, que podem ser responsabilidade do cuidador e/ou de outros membros da família.^(57,64)

Cuidar envolve ainda o chamado estresse ambiental, uma vez que o ambiente precisa ser adequado e adaptado para o paciente como modificações e adaptações na residência. Quando o paciente reside com filhos, parentes ou amigos, conflitos e estresse com os demais membros da casa podem ser inevitáveis.⁽⁶⁴⁾

Prover cuidados 24 horas ao dia pode causar estresse social, uma vez que acarreta afastamento da sua família, dos amigos e da vida social, podendo levar a um acúmulo de ressentimento, mesmo que de forma inconsciente.^(57,63)

Considerando que a disfagia pode causar sérias complicações para pacientes, familiares e para o sistema de saúde, foram estabelecidos os objetivos deste estudo.

1.1 Objetivos

Geral

Identificar o perfil de uma amostra de cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica e verificar seus conhecimentos em relação à alimentação dos pacientes.

Específicos

- Caracterizar os cuidadores em relação às variáveis: idade; sexo; grau de escolaridade; estado civil; grau de parentesco e tempo de dedicação ao paciente.
- Caracterizar o conhecimento do cuidador com relação à etiologia da disfagia neurogênica, a importância da alimentação VO, consistência da alimentação, utensílios utilizados na oferta, riscos da alimentação VO, importância da tosse, postura adequada e dificuldades apontadas pelos cuidadores e pelos pacientes.

2 CASUÍSTICA

Participaram do estudo 40 cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica, que acompanharam a primeira consulta no ambulatório no Serviço de Fonoaudiologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP, no período de maio e julho de 2002. Os cuidadores foram incluídos e convidados a participar da pesquisa de forma consecutiva, a medida que compareciam à consulta e quando preenchiam os critérios de inclusão.

2.1 Critérios de inclusão

Cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica atendidos na primeira consulta no serviço de Fonoaudiologia do ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP, encaminhados por especialistas para consulta e acompanhamento fonoaudiológico.

2.2 Critérios de exclusão

Cuidadores de pacientes disfágicos com outra etiologia que não neurogênica.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo sobre o conhecimento, atitudes e práticas dos cuidadores de pacientes com disfagia neurogênica, em uma amostra atendida no Hospital de Base de São José do Rio Preto.

3.2 Local

O presente estudo foi realizado no Serviço de Fonoaudiologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP, Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

O Hospital de Base é um hospital geral, de ensino, de grande porte, referência no Estado de São Paulo. Considerado filantrópico, tem como principal clientela os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresenta perfil de alta complexidade, em função das especialidades, do grande número de pacientes atendidos e da tecnologia disponível para diagnóstico e tratamento.

3.3 Procedimento

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e aprovado sob o parecer n° 055/2002 (Anexo 1).

Os pacientes foram encaminhados pelos médicos especialistas das áreas de neurologia clínica, neurocirurgia, clínica médica, geriatria e gastroenterologia ao Serviço de Fonoaudiologia do Hospital de Base para avaliação e conduta. Os cuidadores que acompanhavam os pacientes disfágicos foram convidados a participar do estudo. Após concordância, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). O cuidador respondeu um questionário (Apêndice 2) elaborado pela própria pesquisadora sobre o perfil do cuidador e o conhecimento do mesmo sobre disfagia.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos cuidadores

Pesquisas sobre cuidadores de pacientes disfágicos são escassas, principalmente no Brasil. As características da amostra estudada em relação à idade, sexo, escolaridade, estado civil, grau de parentesco e tempo de dedicação como cuidador estão demonstradas nas **Tabelas 1 a 7**.

Tabela 1 - Caracterização dos cuidadores por faixa etária.

Grupo de idade	Nº	%
12 a 20 anos	3	7,5
21 a 40 anos	20	50,0
41 a 60 anos	13	32,5
Mais de 60 anos	4	10,0
Total	40	100,0

Os dados da **Tabela 1** mostram que a idade dos cuidadores variou entre 12 e mais de 60 anos, 50% com idade entre 21 e 40 anos. Estes dados indicam que um importante número de cuidadores deve conjugar atenção ao enfermo com atividades profissionais e familiares, o que torna, portanto, a atividade de cuidador extremamente desgastante.

Apenas quatro cuidadores (10%) têm mais de 60 anos de idade. Este é um dado que caracteriza uma pessoa idosa cuidando de um indivíduo debilitado. É preciso considerar, nestes casos, que além de todas as dificuldades associadas ao processo de cuidar, o idoso já vivencia o processo de envelhecimento normal, com vulnerabilidade para depressão, desgaste fisiológico e problemas crônico-degenerativos.⁽⁶⁵⁾

Tabela 2 - Caracterização dos cuidadores de acordo com o sexo.

Sexo dos cuidadores	Nº	%
feminino	33	82,5
masculino	7	17,5

A **Tabela 2** mostra que a maioria dos cuidadores (82,5%) é do sexo feminino. A literatura realmente aponta que as mulheres assumem com maior freqüência este papel, provavelmente porque cuidar parece ser uma atividade socialmente esperada para o sexo feminino. Como a maioria destas cuidadores inclui esposa, filha ou neta, é possível pressupor que estas acumulem compromissos domésticos, com filhos e marido, além de, muitas vezes, atividades profissionais fora do lar. Os dados obtidos são, portanto, compatíveis com a literatura, que aponta também uma inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho.^(57,61,63,65)

Pesquisas realizadas com cuidadores de pacientes fragilizados ou de alta dependência indicam o desejo dos familiares de contar com uma pessoa treinada, a exemplo do auxiliar de enfermagem, para ajudar nos cuidados com o paciente, tornando clara a necessidade que a família sente de apoio e auxílio de pessoal qualificado.^(57,64,65)

Tabela 3 - Caracterização dos cuidadores de acordo com tempo de dedicação ao paciente disfágico.

Tempo de dedicação	Nº	%
Parcial	33	82,5
Total	7	17,5

Na **Tabela 3** observa-se que a minoria dos cuidadores 7 (17,5%) dedica-se exclusivamente ao paciente. Foram identificados neste estudo 33 (82,5%) cuidadores parciais, que exercem outras funções e na sua ausência, o paciente é cuidado por outras pessoas. Este fato pode estar relacionado tanto a benefícios como a prejuízos. Sob a perspectiva de benefícios, possibilita ao cuidador oportunidades de descanso, além de favorecer a interação social, minimizando problemas como isolamento e depressão. Pode, entretanto, ser visto como prejudicial quando o cuidador secundário não possui habilidades satisfatórias para esta atividade, podendo provocar agravo à saúde do paciente, principalmente

no caso do paciente disfágico, com risco de aspiração, podendo levar a pneumonia e até morte.^(57,65,66)

Considerando os benefícios para o cuidador que exerce esta tarefa em período parcial, bem como os riscos de um cuidador secundário despreparado, é necessário que este último seja também orientado em relação aos cuidados para que possa haver uma reabilitação adequada e com menor risco.^(64,65)

Tabela 4 - Caracterização dos cuidadores de acordo com a escolaridade.

Grau de escolaridade	Nº	%
Analfabeto	4	10,0
Ensino fundamental incompleto	14	35,0
Ensino fundamental completo	8	20,0
Ensino médio incompleto	11	27,5
Ensino médio completo	3	7,5
Total	40	100,0

A **Tabela 4** mostra que 90% dos cuidadores são alfabetizados, 20% possuem ensino fundamental completo, 35% ensino fundamental incompleto e 10% são analfabetos. Este dado reflete a baixa escolaridade dos cuidadores e é compatível com dados obtidos em outro estudo realizado na instituição.⁽⁶⁷⁾

A falta de escolaridade interfere, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados aos pacientes disfágicos. Estudos com cuidadores indicam que o nível de escolaridade é relevante na assimilação das orientações fornecidas pela equipe de profissionais, bem como para a realização de anotações, necessárias no processo de reabilitação do paciente.⁽⁶⁵⁾ O cuidador necessita compreender e aderir a dietas e prescrições, bem como manusear medicamentos. Efetua ainda a estimulação e orienta as formas de alimentação domiciliar. Assim, interpretações corretas das orientações irão garantir cuidados de qualidade ao paciente.^(48,66)

Para assegurar cuidados de qualidade ao paciente com disfagia, é necessária atenção redobrada dos profissionais da saúde em relação aos cuidadores, a fim de ensiná-los a prevenir possíveis enganos. Além disso, orientações específicas e adequadas ao nível de compreensão do cuidador devem ser asseguradas.^(64,65)

Tabela 5 - Caracterização dos cuidadores de acordo com estado civil.

Estado Civil	Nº	%
Solteiro (a)	7	17,5
Casado (a)	18	45,0
União consensual	9	22,5
Separado (a)	6	15,0
Total	40	100,0

Cuidadores de pacientes disfágicos, em sua maioria, são casados (45%) ou estão em união consensual (22,5%), indicando vínculos afetivos com os pacientes. Cuidadores solteiros (17,5%) desempenham, com maior frequência, este papel de maneira informal (**Tabela 5**). Por não possuírem família constituída, tornam-se mais disponíveis para cuidar. As mulheres solteiras parecem ser mais disponíveis e mais exigidas pelos familiares para exercer esta função.^(64,66)

Tabela 6 - Caracterização dos cuidadores de acordo com o grau de parentesco.

Grau de parentesco	Nº	%
Cônjuge	22	55,0
Filho	8	20,0
Cunhado	3	7,5
Irmão	4	10,0
Vizinho	1	2,5
Amigo	0	0,0
Auxiliar de enfermagem	2	5,0
Total	40	100,0

A maioria dos cuidadores dos pacientes disfágicos são familiares próximos, cônjuges, filhos, irmãos e cunhados (92,5%), enquanto que 7,5% são auxiliares de enfermagem, amigos e vizinhos (**Tabela 6**). Estudos têm mostrado que o apoio familiar é primordial para a

recuperação do paciente disfágico, assim como para sua reintegração social.^(9,47,65)

O papel da família é importante no processo de prestação de cuidados ao paciente. Entretanto, na medida em que aumenta o grau de complexidade dos cuidados, a insegurança pode estar presente no núcleo familiar, levando à busca do denominado cuidador formal. Tal situação é observada também quando nenhum familiar assume a tarefa de cuidar do paciente. Cuidadores leigos, informais ou não profissionais, em nossa cultura, têm sido primordialmente a família.^(61,63)

O cuidado muitas vezes é realizado como uma questão de obrigatoriedade, de retribuir algo recebido do paciente no passado, além do sentimento de responsabilidade pelos mais velhos e doentes, que estão em situação de dependência parcial ou total.^(50,53,61,65)

Tabela 7 - Caracterização dos cuidadores de acordo com o tempo de atenção ao pacientes disfágicos.

Tempo de atenção	Nº	%
Menos de 1 mês	23	57,5
De 1 a 6 meses	11	27,5
Mais de 6 meses	6	15,0
Total	40	100,0

A **Tabela 7** demonstra que a maioria dos cuidadores de pacientes disfágicos (57,5%) tem menos de um mês de experiência e apenas 15% têm mais de 6 meses de experiência. Isto reforça a necessidade de orientações adequadas, pois a maioria dos cuidadores não têm conhecimentos necessários para cuidar de pacientes com dificuldade específica de deglutir.^(57,66)

O cuidador leigo possui qualidades pessoais de forte amor à humanidade, de solidariedade e de doação. Costuma oferecer-se voluntariamente para atuar nas áreas específicas de sua vocação ou inclinação. Treinar pessoas leigas a cuidar de pacientes é uma grande responsabilidade, considerando-se que estes exigem atendimento específico complexo.⁽⁶¹⁾

Conhecimento do cuidador em relação ao paciente com disfagia neurogênica

Os dados apresentados nas **Tabelas 8 a 17** demonstram a falta de conhecimento dos cuidadores em relação à disfagia e aos cuidados necessários à alimentação segura e eficiente do paciente disfágico.

Tabela 8 - Conhecimento do cuidador em relação etiologia da disfagia.

Causa da disfagia	Nº	%
AVE	29	72,5
TCE	5	12,5
Doenças Neurológicas	4	10,0
Outras	2	5,0
Total	40	100,0

A **Tabela 8** apresenta a ocorrência da disfagia de acordo com a etiologia, sendo 72,5% dos casos decorrentes de AVE. Estudos indicam que 50% dos pacientes que tiveram déficit neurológico decorrente de alterações na circulação encefálica, apresentam disfagia.^(58,68-71)

Embora as causas da disfagia possam ser variadas, o AVE é a causa mais freqüente, dado também encontrado neste estudo. O AVE pode ser de tronco ou cortical e o grau depende da área e extensão da lesão.^(8,,9,27,38,47,69,70)

É importante saber a causa da disfagia, pois o cuidador tem que receber informações precisas do caso. No AVE e no TCE o quadro é estável, uma vez que instalada a lesão não progride. A reabilitação, juntamente com a atuação do cuidador, proporciona melhora do quadro, levando a uma deglutição funcional. No caso de doenças neurológicas degenerativas, o cuidador deve estar orientado quanto ao agravamento do quadro, pois a lesão é progressiva com tendência a piorar.^(73,74)

Tabela 9 - Importância da alimentação via oral de acordo com os cuidadores.

Importância da alimentação via oral	Nº	%
Sim	33	82,5
Não	2	5,0
Não sabe	5	12,5
Total	40	100,00

A **Tabela 9** apresenta as opiniões dos cuidadores sobre a importância que atribuem à alimentação VO. A maioria (82,5%) considera que a mesma é importante e 5% afirmam o contrário.

A literatura ressalta que a alimentação VO deve ser mantida sempre que seja possível,^(42,53) pois o ato de alimentar-se é inerente ao ser humano e a alimentação está associada a aspectos sociais, econômicos, culturais e religiosos.⁽⁴⁹⁾ Este dado é relevante, pois é um elemento favorável ao interesse das orientações para estimular o paciente quanto à importância e aos riscos da alimentação.

Tabela 10 - Conhecimento dos cuidadores de pacientes disfágicos quanto ao início da alimentação via oral.

Tempo de início da alimentação via oral	Nº	%
Quando achar necessário	8	20,0
Orientado pelo fonoaudiólogo	7	17,5
A pedido do paciente	11	27,5
Outros profissionais	14	35,0
Total	40	100,0

A **Tabela 10** mostra o conhecimento dos cuidadores quanto ao momento de iniciar alimentação VO, 27,5% relataram seu início quando acharam necessário, 35% por sugestão de outros profissionais da saúde e 17,5% seguindo a orientação do fonoaudiólogo.

Estudos indicam que o fonoaudiólogo é o profissional habilitado para avaliação, planejamento terapêutico e seguimento do tratamento até à alta. É o responsável pela conduta do processo de reabilitação funcional da deglutição, por ser capacitado para a reeducação das estruturas orais e laríngeas. ^(48,56,60,71)

Cabe ao fonoaudiólogo orientar o paciente com disfagia em condições de ser alimentado VO ou por sonda. A alimentação VO deve ser introduzida no momento adequado, quando o paciente apresenta condições necessárias para garantir que não haja complicações e riscos. ^(13,58,69,71)

Tabela 11 - Porcentagem de cuidadores que indicaram diferentes consistências do alimento para o início da reabilitação.

Consistência do alimento para o início da reabilitação	Nº	%
Líquido	30	75,0
Sólido	3	7,5
Pastoso	7	17,5
Total	40	100,0

Os dados refletem que os cuidadores não possuem conhecimentos sobre a consistência adequada para iniciar a alimentação VO, pois 75% responderam que esta deve ser iniciada com alimento líquido (**Tabela 11**).

A consistência ideal para iniciar a alimentação VO é a pastosa, pois o paciente consegue sentir o alimento, mover os órgãos orofaciais e deglutir quando for necessário, enquanto que com o líquido não tem controle e, às vezes, devido à lesão neurológica, não consegue perceber o mesmo e este desliza através da faringe/laringe, podendo ocorrer tosse, engasgos e aspiração. O alimento sólido é mais difícil por ter que ser cortado, umedecido, mastigado e depois deglutido. Na reabilitação, o líquido é o último a ser introduzido.^(57,61)

Em pacientes com dificuldade de controle oral, alimentos pastosos são mais fáceis de deglutir, pois esta consistência não flui tão rápido como o líquido e não tem necessidade de ser mastigada.^(12,13,60)

As texturas utilizadas na reabilitação são a de líquidos espessos, semelhante a sucos de manga ou tomate; de mel, com mais consistência e o pastoso, similar ao pudim/mousse, purê de batatas, ou seja, com consistência de massa.^(25,58,60)

Tabela 12 - Conhecimento dos cuidadores sobre a escolha do tipo de colher para oferecer alimento.

Forma de oferecer alimento, utilizando a colher	Nº	%
Colher de sopa	23	57,5
Colher de sobremesa ou chá	7	17,5
Colher de café	10	25,0
Total	40	100,0

Na **Tabela 12**, observa-se que a maioria dos cuidadores (57,5%) utiliza a colher de sopa na alimentação do paciente disfágico e 17,5% usam colher de sobremesa ou chá, que é a mais indicada. Este é, portanto, um dado relevante que deve ser considerado na orientação dos cuidadores.

A alteração na inervação e na musculatura acarreta dificuldade da deglutição e risco aspiração. A utilização da colher de sopa é cultural, e o cuidador a utiliza automaticamente para alimentar o paciente. Entretanto, seu emprego acarreta dificuldades, uma vez que concentra uma quantidade grande de alimento (5 ml medidos em água) para o disfágico. Como muitas vezes este não tem controle do bolo alimentar, ingere todo o conteúdo ao mesmo tempo, sem mastigar.^(8,10,28)

A colher de café (1 ml medido em água) é uma quantidade insuficiente para que o paciente sinta o alimento na boca, podendo engoli-lo sem ser degustado, com a possibilidade do mesmo escorregar através da via faringe/laringe e ser aspirado.^(25,48,60) Nesta investigação, 25% utilizaram este tipo de colher refletindo o grave risco aos pacientes. Brauner e Frame (2001)⁽²⁵⁾ relatam que a utilização da colher de chá ou sobremesa (3 ml medidos em água) é ideal para melhor controle do bolo alimentar pelo paciente, com menor risco de aspiração pulmonar.

Tabela 13 – Conhecimento dos cuidadores sobre os riscos da alimentação VO.

Risco da alimentação VO	Nº	%
Sim	8	20,0
Não	15	37,5
Não sabe	17	42,5
Total	40	100,0

A alimentação oral pode ser um risco para pacientes disfágicos. A **Tabela 13** mostra que 42,5% dos cuidadores não sabem dos riscos da alimentação VO. A alimentação via oral pode provocar aspiração pulmonar, pois o alimento acumula-se na região da laringe (seios piriformes e valéculas) e penetra, via pulmão, no momento da inspiração.^(12,20,48,49)

A disfagia associada às doenças neurológicas inclui dificuldades para iniciar a deglutição da saliva, regurgitação nasal, tosse, engasgos durante a alimentação e restos de alimentos aderidos à região faríngea, o que provoca, com frequência, desnutrição nos doentes. A pneumonia aspirativa ocorre pela diminuição da segurança do processo alimentar por via oral e é provocada pela perda dos mecanismos de proteção das vias aéreas aumentando o risco de aspiração laringotraqueal.^(12,48,49)

Tabela 14 - Conhecimento dos cuidadores sobre a importância da tosse em pacientes disfágicos

Importância da tosse em pacientes com disfagia	Nº	%
Sim	5	12,5
Não	20	50,0
Não sabe	15	37,5
Total	40	100,0

Observou-se que 50% dos cuidadores indicam que a tosse não é importante e 37,5% não sabem da importância da mesma, enquanto que 12,5% afirmaram saber sobre as implicações da tosse nos pacientes disfágicos (**Tabela 14**). A tosse é o reflexo de proteção das vias aéreas, considerado na avaliação clínica, pois indica que a deglutição não está efetiva e precisa ser melhor avaliada por meio de exames como videofluoroscopia e nasofibrolaringoscopia.^(12,44,75)

O reflexo da tosse é crucial, pois é responsável pela expulsão das substâncias estranhas das vias aéreas inferiores, por movimentos aspiratórios bruscos e violentos, efetuados com a glote semicerrada e acompanhada de ruídos característicos, denominada reflexo de defesa principal.⁽⁵³⁾

Sabe-se que ocorre 25% de aspiração em pacientes com AVE^(8,75) e a presença de “tosse persistente”, produtiva ou não, com ou sem alteração da sonoridade, é um sinal de alerta para a existência potencial de aspiração laringotraqueal, principalmente, quando observada durante as refeições. A aspiração pode ocorrer antes, durante e após o ato da deglutição.⁽¹²⁾ A tosse e os engasgos podem ser os primeiros sintomas de uma disfagia, levando o paciente a um estado de extrema ansiedade na hora das refeições.⁽⁷¹⁾

Tabela 15 - Conhecimento dos cuidadores sobre a postura adequada para a alimentação

Postura adequada para alimentar os pacientes	Nº	%
Sentado	12	30,0
Recostado	28	70,0
Em pé	0	0
Total	40	100,0

A **Tabela 15** mostra que 70% dos cuidadores consideram que a postura correta durante a alimentação é o paciente recostado e 30% afirmaram que a posição é o paciente sentado. Como o paciente disfágico normalmente tem alteração da inervação e da musculatura, o ideal é mantê-lo sentado para facilitar a deglutição dos alimentos. A postura adequada é extremamente importante para prevenir engasgos e pneumonia por aspiração. O alinhamento anatômico correto facilita o trânsito do alimento pela faringe e esôfago. O paciente deve estar sentado com a cabeça pendendo ligeiramente para frente, auxiliando o fechamento do trato aéreo. Na cama, o tronco do paciente deve ser elevado em 45° e a cabeça centrada sempre que possível.^(12,25,60)

Tabela 16 - Dificuldades dos cuidadores quanto ao tipo de via utilizada para alimentação

Dificuldades encontradas por cuidadores	Nº	%
Alimentação via oral	25	62,5
Alimentação via sonda	15	37,5
Total	40	100,0

A **Tabela 16** mostra que 62,5% dos cuidadores consideram mais difícil a alimentação VO e 37,5% consideram que é mais complexa a alimentação por meio da sonda. A alimentação via sonda não é prazerosa, pois o paciente não degusta a alimentação e não se sacia, contudo, em determinados casos é necessária para não impor riscos ao paciente. Por outro lado, para o cuidador é uma forma fácil de alimentá-lo, pois é objetiva e não depende do mesmo.⁽¹³⁾ A alimentação VO para o paciente, é cultural e socialmente aceita possibilitando a estimulação da deglutição por meio do alimento e agilizando sua recuperação, mas para o cuidador é mais complicado, pois depende do paciente e do seu estado neuropsicomotor.^(42,59,71,73,74)

Tabela 17 - Distribuição percentual dos cuidadores, segundo suas opiniões sobre as principais dificuldades encontradas pelo paciente disfágico.

Dificuldades encontradas pelo paciente	Nº	%
Morder os alimentos	1	2,5
Mastigar os alimentos	2	5,0
Comer os alimentos	17	42,5
Beber os líquidos	20	50,0
Total	40	100,0

A **Tabela 17** apresenta as principais dificuldades manifestadas pelo próprio paciente observadas pelo cuidador. Indica que 50% têm problemas para ingerir líquidos, enquanto 42,5% para ingerir alimentos.

Em pacientes disfágicos, o líquido é mais difícil de ser ingerido, por isso, na maioria das vezes são utilizadas estratégias para a modificação da consistência dos alimentos adicionando-se espessantes para evitar aspirações.^(49,75)

5 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstraram uma amostra de cuidadores de pacientes com disfagia caracterizada por:

- ✓ maioria do sexo feminino, jovens, alfabetizados, casados, informais e sem experiência como cuidador.
- ✓ pouco conhecimento em relação a disfagia e aos cuidados necessários à alimentação segura e eficiente tais como, importância da alimentação VO, consistência da alimentação, utensílios utilizados na oferta, riscos da alimentação VO, importância da tosse e postura adequada, demonstrando necessidade de orientação específica desde o início da reabilitação.

6 RECOMENDAÇÕES:

As conclusões formuladas permitem fazer as seguintes recomendações:

- ✓ divulgar nas áreas de neurologia, clínica médica e otorrinolaringologia do Hospital de base de São José do Rio Preto os resultados deste trabalho para que todos os profissionais que atendem disfágicos tomem conhecimento e contribuam, direta ou indiretamente, para que os pacientes tenham uma qualidade de vida adequada em relação a alimentação.
- ✓ realizar atividades de orientação a todos os profissionais que trabalham no Hospital de Base que atendam pacientes com disfagia, para que possam orientar de maneira adequada os cuidadores evitando assim riscos e complicações.

7 REFERÊNCIAS

- 1 Serra GMA. Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na Revista Capricho. Dissertação [Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 136 p.
- 2 Pinel JPJ. Biopsicologia. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- 3 Monteiro M, Coutinho JG, Recine E. Consulta aos rótulos de alimentos e bebidas por freqüentadores de supermercados em Brasília, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18(3):172-177.
- 4 Lopes FA, Cabral JSP, Spinelli LHP, Cervenka L, Yamamoto ME, Branco RC et al. Comer ou não comer, eis a questão: diferenças de gênero na neofobia alimentar. *Psico-USF* 2006;11(1):123-125.
- 5 Peres DS, Franco LJ, Santos MA. Comportamento alimentar em mulheres portadores de diabetes tipo 2. *Rev Saúde Pública* 2006;40(2):302-317.
- 6 Terrell JE, Ronis DL, Fowler KE, Bradford CR, Chepeha DB, Prince ME. et al. Clinical predictors of Quality of Life in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130:401-410.

- 7 Rosenthal DI, Lewin JS, Eisbruch A. Prevention and treatment of dysphagia and aspiration after chemoradiation for head and neck cancer. *J Clin Oncol* 2006;27(14):2636-2643.
- 8 Sharp HM. Ethical issues in the management of dysphagia after stroke. *Top Stroke Rehabil* 2006;13(4):18-25.
- 9 Silva LM. Disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico no idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2006;9(2):93-106.
- 10 Dahlin C. Oral complications at the end of life: although dysphagia and stomatitis can have a devastating effect on the quality of a patient's life, there are many ways to manage them. *Am J Nursing* 2004;104(7):40-47.
- 11 Nakamura AN, Bello KMAS. Avaliando e cuidando de aspectos relacionados à alimentação. In: Duarte YAO e Diogo MJD. *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 237-247.
- 12 Macedo ED, Pisani JC, Carneiro J, Gomes G. *Disfagia, abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Lovise; 2000.
- 13 Holman C, Roberts S, Nicol M. Promoting adequate nutrition: using artificial feeding. *Nurs Older People* 2006;17(10):31-2.
- 14 College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario. *Preferred Practice Guideline for Dysphagia*. Approved 2000.

- Disponível em
www.calspo.com/english_site/DYSPHAGIADOCUMENT.pdf
Acesso em: 02 de abril de 2007.
- 15 Wilkins T, Gillies RA, Thomas A, Wagner PJ. The prevalence of dysphagia in primary care patients: a HamesNet Research Network Study. *J Am Board Fam Med* 2007; 20(2):144-150.
- 16 Macedo ED. Fisiologia aplicada da deglutição. In: Centro de Pesquisa e Tratamento de Disfagia: Abordagem Multidisciplinar. São Paulo: Frôntis; 1998. p.1-6.
- 17 Javle M, Ailawadhi S, Yang GY, Nwogo CE, Schiff MD, Nava HR. Palliation of malignant dysphagia in esophageal cancer: a literature-based review. *J. Support Oncol* 2006;4(8):365-379.
- 18 Robert L. Oropharyngeal dysphagia and nutritional management. *Curr Opin Gastroenterol* 2006;22(4):341-346.
- 19 Malagelada JR, Bazzoli F, Elewaut A, Fried M, Krabshuis JH, Lindberg G. et al. WGO Diretriz Prática: Disfagia. 2004. Disponível em www.omge.org/globalguidelines/guide11/g_data11_pt.php
Acesso em: 02 de abril de 2007.
- 20 Smithard DG, O'Neil PA, Park C et al. Can bedside assessment reliably exclude aspiration following acute stroke? *Age Ageing* 1998;27(2):99-106.

- 21 Wright D. Medication administration in nursing homes. *Nurs Stand* 2002; 16(42):33-8.
- 22 Stevenson J. Meeting the challenge of dysphagia management. *Nurse* 2002;3(2):2-3.
- 23 Santos ACB, Calderón MG, Rodriguez TN. Disfagia: uma revisão da literatura. *GED Gastroenterol Endosc Dig* 2005;25(5):217-226.
- 24 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):503-506.
- 25 Brauer C, Frame D. Manual de disfagia. Carapicuíba: Pro Fono; 2001.
- 26 Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CDA. Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing* 2007;36:90-94.
- 27 Oliveira ST. Fonoaudiologia Hospitalar. São Paulo: Lovise; 2003.
- 28 Silva CRN. Deglutição na criança, no adulto e no idoso – Fundamentos para odontologia e fonoaudiologia. 1ª ed. São Paulo: Lovise; 2003.
- 29 Cintra AB, Vale LP, Feher O, Nishimoto IN, Kowalski LP, Angelis EC. Deglutição após quimioterapia e radioterapia simultânea para

- carcinomas de laringe e hipofaringe. *Rev Assoc Med Bras* 2005;51(2):93-99.
- 30 Riely LH, Skolawsky RL, Albert TJ, Vaccaro AR, Heller JG. Dysphagia after anterior cervical decompression and fusion. *Spine* 2005;30(22):2564-2569.
- 31 Rieger JM, Zalmanowitz JG, Wolfaardt JF. Functional outcomes after organ preservation treatment in head and neck cancer: a critical review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;35(7):581-587.
- 32 Quintale S, Pimentel AT, Berenstein ALS. Caracterização das mudanças anatomofisiológicas da mastigação, deglutição e dos hábitos alimentares no indivíduo idoso assintomático. *Fono Atual* 2002;5(21):16-29.
- 33 Morris H. Dysphagia in the elderly – a management challenge for nurses. *Br J Nurs* 2006; 15(10):558-562.
- 34 WHO. World Health Organization. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Geneva: WHO; 1992.
- 35 Mayou RMA, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005;162(5):847-855.
- 36 Jaradeh S. Neurophysiology of swallowing in the aged. *Dysphagia* 1994;9:218-20.

- 37 Castro SAFN, Hartmann ACVC, Santos AC. Medicamentos associados à xerostomia e a distúrbios das funções orofaciais em idosos. *Rev Fonoaudiologia Brasil* 2004;5(1):1-3.
- 38 Palmer JB, Drennan JC, Baba M. Evolution and treatment of swallowing impairments. *Am Fam Physician* 2000;15(61):2453-62.
- 39 Arteaga P, Olavaria C, Naranjo B, Elgueta F, Espínola D. Cómo realizar una evaluación de deglución completa, eficaz y en corto tiempo. *Rev. Otorrinolaringol Cir. Cabeza Cuello* 2006;66:13-22.
- 40 ASHA. Clinical Indicators for instrumental assessment of dysphagia. Guidelines. American Speech-Language Hearing Association 2000; disponível em: www.asha.org. Acesso em: 5 de abril de 2007.
- 41 Gonçalves MIR, Lederman HM, Souza LA, Guedes ZCF, Pizarro GU, Oliveira JMA, Reibschid S. Protocolo de avaliação videofluoroscópica da deglutição de adultos – Videodeglutoesofagograma VDEG. *Fono Atual* 2004;7(27):78-86.
- 42 Lister R. Oropharyngeal dysphagia and nutritional management. *Curr Opin Gastroenterol* 2006;22(4):341-346.
- 43 Barros AF, Fábio SRC, Furkim AM. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular isquêmico na fase aguda da doença. *Arq Bras Neuropsiquiatr* 2006;64(4):1009-1014.

- 44 Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 2002;17:139-146.
- 45 Jacobsson C, Axelsson K, Osterlind PO, Norberg A. How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *J Clin Nurs* 2000; 9:255-264.
- 46 Elmstahl S, Bulow M, Ekberg O, Petersson M, Tegner H. Treatment of dysphagia improves nutritional conditions in stroke patients. *Dysphagia* 1999;14:61-66.
- 47 Macedo ED, Pisani JC, Carneiro J, Gomes G. *Disfagia: abordagem multidisciplinar*. 2ª ed. São Paulo: Frôntis; 1998.
- 48 Furkim AM, Santini CS. *Disfagia orofaríngea*. São Paulo: Pro Fono; 1999.
- 49 Souza BBA, Martins C, Campos DJ, Balsini JD, Meyer LR. *Nutrição e disfagia: guia para profissionais*. Curitiba: Nutriclínica, 2003.
- 50 Viude A, Giannini MLB. *Tratamento fonoaudiológico da disfagia*. São Paulo: Semog; 2000.
- 51 Hernandez AM, Marchesan I. *Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- 52 Doria S, Abreu MAB, Buch R. *Estudo comparativo da deglutição com nasofibrolaringoscopia e videoglutograma em pacientes com*

- acidente vascular cerebral. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2003;69(5):636-642.
- 53 Jacobi SJ, Levy DS, Silva LMC. Disfonia: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
- 54 Collectanea Symposium. Disfagia orofaríngea neurogênica. 2ª ed. São Paulo: Frôntis; 1998.
- 55 Marchesan IQ. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- 56 Marchesan IQ. Disfagia. In: Marchesan IQ, Bolaffi C, Gomes ICD, Zorzi JL, Editores. Tópicos de fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 1995. p.161
- 57 Gonçalves LO. Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI. Dissertação [Mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002. 96 p.
- 58 Furkim AM, Silva RG. Programa de reabilitação em disfagia neurogênica. 2ª ed. São Paulo: Frôntis; 1999.
- 59 Oliveira MCB. Atendimento hospitalar ao paciente disfágico. In: Hernandez AM, Marchesan IQ(ed.). Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.117-122.

- 60 Perlaman AL. Videofluoroscopia predictors or aspiration in patients with oropharyngel disphagia. *Dysphagia* 1994; 9:90-5.
- 61 Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005.
- 62 Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para profissionais da saúde. Petrópolis: Vozes, 2005
- 63 Lavinsky AE, Vieira TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Sci, Health Sci* 2004;26(1):41-45.
- 64 Souza NR, Oliveira AA, Oliveira MML, Santos CVS, Silva ACC, Vieira ABA. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. *Rev Saúde.Com* 2005;1(1):51-59.
- 65 Nakatani AYK, Souto CCS, Paulette LM, Melo TS, Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Eletr Enfermagem* 2003;5(1). Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/perfil.html. Acesso em: 26 de março de 2006.
- 66 Giannini MLB. Tratamento fonoaudiológico da disfagia e a prática da bioética. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

- 67 Bianchin MA. Acidente Encefálico e reabilitação. Atividades de vida diária e prática, depressão, qualidade de vida e barreiras. Tese. [Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2003.
- 68 Palmer JB, Duchane AS. Rehabilitation of swallowing disorders due to stroke. *Phys Med Rehab Clin N Amer* 1991;2:529-46.
- 69 Cavalcanti HG. Disfagia orofaríngea de origem neurológica em adulto. [Monografia]. Fortaleza (CE): Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Motricidade Oral; 1999.
- 70 Sennyey A, Nazzochi AC. O setor de fonoaudiologia vinculado ao setor de neurologia e neurocirurgia. In: Hernandez AM, Marchesan I, Editores. *Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p.155-9.
- 71 Douglas CR. Fisiologia da deglutição. In: Douglas CR, Editor. *Tratado de fisiologia aplicado à fonoaudiologia*. São Paulo: Robe; 2002. p.372-86.
- 72 Costa M, Castro LP. *Tópicos em deglutição e disfagia*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- 73 Bocchi, SCM; Angelo, M. Interação cuidador familiar – pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Rev C S Col* 2005;10(3):729-38.

- 74 Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise de conhecimento. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004;12(1):115-121.
- 75 Perèz GE, Jaramillo JH. La disfagia: su diagnóstico y tratamiento. ¿Quién, cuándo y cómo? *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* 2004;52(4):247-249.

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Eu, _____, RG. _____, nascido(a) em __/__/__, residente em _____ município de _____ concordo em participar da investigação, realizada por Magali Aparecida Orate Menezes da Silva, CRF^a 5029/SP, telefone (17) 227-0653, fonoaudióloga do Hospital de Base/FAMERP, que tem por objetivo avaliar a importância do trabalho educativo, sobre cuidados alimentares, em pacientes disfágicos.

Declaro haver sido informado(a) de que: (1) trata-se de um trabalho educativo, (2) será realizada uma entrevista com perguntas relacionadas com a alimentação, (3) apenas um grupo de cuidadores participará do curso, para a adequação alimentar de pacientes disfágicos, (4) tenho a garantia de ser esclarecido(a) em caso de dúvidas, sobre os cuidados alimentares em disfágicos, (5) tenho a liberdade para deixar de participar da investigação, (6) minha identidade será mantida em segredo, (7) os resultados da investigação serão utilizados em congressos e/ou revistas científicas.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de 2002.

Assinatura da Investigadora

Apêndice 2

QUESTIONÁRIO DO CUIDADOR

I – Identificação do cuidador:

Nome: _____

1. Idade _____

2. Sexo:

feminino

masculino

3. Tempo de dedicação na função de cuidador:

Parcial

Total

4. Grau de escolaridade:

Analfabeto

Ensino primário incompleto

Ensino primário completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Universitário incompleto

Universitário completo

5. Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

União consensual

Separado(a)/divorciado(a)

6. Grau de parentesco com o paciente:

- Cônjuge
- Filho
- Cunhado
- Tio
- Irmão
- Vizinho
- Amigo
- Auxiliar de enfermagem

II – Aspectos gerais:

1. Desde quando você está realizando a função de cuidador?

- menos de 1 mês
- de 1 a 6 meses
- mais de 6 meses

2. O que provocou a disfagia, na pessoa que você atende?

- Acidente vascular encefálico
- Trauma crânio-encefálico
- Doença neurológica
- Outras

3. É importante a alimentação oral para estes pacientes?

- Sim Não Não sabe

4. Quando você crê que deverá ser iniciada a alimentação, através da boca, para pacientes com problemas de deglutição?

- Quando achar necessário
- Quando for orientado pelo fonoaudiólogo
- Quando o paciente pedir
- Quando outros profissionais o recomendem

5. Qual consistência de alimento, poderá iniciar a alimentação, do paciente com problemas de deglutição, com uso ou não de sonda?

- Líquido Sólido (duro) Pastoso (purê)

6. Que tipo de colher deve ser utilizada para alimentar o paciente com problemas de deglutição

- Colher de sopa
- Colher de sobremesa
- Colher de café

7. Existem riscos, quando o paciente apresenta dificuldade para deglutir o alimento, pela boca?

- Sim Não Não sabe

8. A tosse é um reflexo importante para ser observada no paciente com disfagia.

- Sim Não Não sabe

9. Qual é a postura adequada para alimentar pacientes com problemas de deglutição?

- Sentado Deitado De pé

10. Qual é a maior dificuldade para o cuidador de paciente disfágico?

- Passar-lhes os alimentos, através da sonda.
- Oferecer-lhes alimentos, pela boca.
- Oferecer-lhes líquidos, pela boca.

11. Em qual das ações que se detalham, você percebe maior dificuldade no paciente disfágico, que você cuida?

- Morder os alimentos
- Mastigar os alimentos
- Comer os alimentos
- Tomar líquidos

Anexo 1



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
AUTARQUIA ESTADUAL - LEI Nº 8899 ,de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179, de 14/06/74)

Parecer n.º 055/2002

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo nº. 2274/2002 sob a responsabilidade de Magali Aparecida Orate Menezes da Silva, com o título “Aplicação de um programa educativo com cuidadores de pacientes disfágicos para adequação alimentar”, está de acordo com a Res. CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 08 de abril de 2002.


PROF. DR. JOSÉ PAULO CIPULLO
COORDENADOR DO CEP/FAMERP