

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE ODONTOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DISFÁGICOS
NEUROGÊNICOS PÓS-INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Nicolli Bassani de Freitas

Porto Alegre
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE ODONTOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DISFÁGICOS
NEUROGÊNICOS PÓS-INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Autor: Nicolli Bassani de Freitas

Orientadora: Prof. Dra. Maira Rozenfeld Olchik

Co-orientadora: Fga. Dra. Simone Augusta Finard

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
conclusão do Curso de Fonoaudiologia da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul para obtenção do título de bacharel
em Fonoaudiologia.

Porto Alegre

2013

CIP- Catalogação na Publicação

Freitas, Nicolli Bassani

A percepção da qualidade de vida de pacientes disfágicos neurogênicos pós-intervenção fonoaudiológica / Nicolli Bassani de Freitas. – 2013.

53 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Instituto de Psicologia, Curso de Graduação em Fonoaudiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

Orientadora: Maira Rozenfeld Olchik

Co-orientadora: Simone Augusta Finard

1. Disfagia neurogênica. 2. Qualidade de vida. 3. Fonoaudiologia. I. Olchik, Maira Rozenfeld. II. Finard, Simone Augusta. III. Título.

Elaborada por Andressa Ferreira - CRB-10/2258

Nicolli Bassani de Freitas

A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DISFÁGICOS
NEUROGÊNICOS PÓS-INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do título em Bacharel em Fonoaudiologia no Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 25 de novembro de 2013.

Prof. Dr. Marcio Pezzini França
Coordenador da COMGRAD

Banca Examinadora

Prof. Dra. Maira Rozenfeld Olchik

Prof. Dra. Silvia Dornelles

Prof. Dra. Deborah Salle Levy

Dedico este trabalho aos meus pais pelos exemplos de coragem, persistência em suas metas, carinho e compreensão. Ao meu irmão, minha família, meus amigos e meu namorado, pois sei que tantas vezes fui ausente, porém, mesmo assim, sempre torceram e acreditaram em mim para a concretização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por iluminar e abençoar minha trajetória, dando-me forças para buscar e conquistar essa vitória.

Aos meus queridos pais Gilmar Soares de Freitas e Nely Bassani Freitas e ao meu irmão Vinicius Conrado Bassani Freitas que, com muito carinho e compreensão, não mediram esforços para que eu cumprisse essa etapa da minha vida.

Agradeço ao meu namorado Bruno Salimen Boschi pela compreensão em minhas ausências e momentos de estresse, pela paciência, carinho e amor dedicados ao longo dessa fase.

Obrigada a todos meus familiares que me incentivaram a cumprir mais essa etapa e a iniciar uma nova e desafiante jornada, especialmente aos meus tios Neusa Bassani Dalmagro e Sérgio Dalmagro, Nestor Bassani e Valéria Sartori Bassani, e aos meus primos Lucas Bassani Dalmagro, Tiago Bassani Dalmagro e Tais Sartori Bassani.

Às minhas orientadoras Maira Rozenfeld Olchik e Simone Augusta Finard, pelo suporte, paciência e incentivos e que tornaram possível a execução e conclusão deste trabalho.

A todos os professores que dividiram os seus conhecimentos e que foram tão importantes e fundamentais no caminho do saber.

A querida professora Roberta Alvarenga Reis na qual tive o imenso prazer e oportunidade de trabalhar neste ano.

Meus agradecimentos aos amigos, Verônica Dias Mendes, Gabriela Taffarel Borges, Elisa, Gabriela Lima Jerônimo, Thamires da Rosa, Priscila Silveira, Bruna Silveira, Franciele Nunes, Karine Machado, Fernanda Hernandez, Marcela Nectoux, Leticia Mendo e Erika Vieira pela amizade e companheirismo em todos esses anos, pelos seus inúmeros conselhos que sempre disponibilizaram e pelas palavras de estímulos.

As minhas amigas Sabrina Cardoso, Amanda Lisboa, Andressa Airoidi, Cristiane Nehring, Maitê Brackmann e Natalya Gorsky que fizeram parte da minha

formação e que vão continuar presentes em minha vida, obrigada por esses cinco anos de convívio e por terem me dado força para seguir até aqui.

Aos amigos Kathior Cabral, Ariane Viegas, Roberta Guimarães, Ahlex Saldanha, Gustavo Craco e Clarissa Constant pelo convívio diário, companheirismo e paciência ao longo desse ano.

Aos pacientes, sem os quais esse trabalho não seria viável e que colaboraram para que os atendimentos fossem inesquecíveis para minha vida profissional.

A todos que contribuíram direta e indiretamente para essa formação que se torna mais uma vitória na minha vida, os meus sinceros agradecimentos.

**A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DISFÁGICOS
NEUROGÊNICOS PÓS-INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA**

**THE PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE IN DYSPHAGIC NEUROLOGICAL
PATIENTS AFTER SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGIST INTERVENTION**

Título resumido: Qualidade de vida em disfagia neurogênica

**Nicolli Bassani de Freitas ⁽¹⁾, Simone Augusta Finard ⁽²⁾,
Maira Rozenfeld Olchik ⁽³⁾**

⁽¹⁾ Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

⁽²⁾ Fonoaudióloga do Serviço de Fisiatria e Reabilitação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

⁽³⁾ Professora Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Departamento de Cirurgia e Ortopedia, Curso de Fonoaudiologia, Porto Alegre, RS, Brasil; Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Nome: Maira Rozenfeld Olchik

Endereço: Ramiro Barcelos, 2492. Bairro Santa Cecília, Porto Alegre - RS

Telefone: (51) 3308-5010

E-mail: mairarozenfeld@hotmail.com

Área: Motricidade Orofacial

Tipo de manuscrito: Artigo original de pesquisa

Fonte de auxílio: FIPE – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Conflito de Interesses: Inexistente

RESUMO

Objetivos: acompanhar e mensurar a qualidade de vida após a intervenção fonoaudiológica em pacientes com disfagia neurogênica. **Método:** trata-se de um pesquisa quantitativa, intervencional, não randomizada, descritiva e transversal. Participaram da pesquisa pacientes neurológicos com sintomas disfágicos acompanhados pelo Setor de Fonoaudiologia do Serviço de Fisiatria e Reabilitação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Na primeira sessão de fonoaudiologia foi aplicado o questionário SWAL-QOL, a Avaliação da Deglutição e Escala Funcional de Ingestão Por Via Oral (FOIS), bem como após 6 sessões de tratamento fonoaudiológico. **Resultados:** Participaram da pesquisa 10 pacientes de ambos os gêneros, 7 do gênero feminino (70%) e 3 (30%) do gênero masculino. A média de idade foi de 46,5 anos. No que se refere à patologia de base, 4 pacientes eram diagnosticados com Doença de Machado Joseph (40%), um com Doença de Parkinson (10%), 2 com AVC (20%), um com Miastenia gravis (10%), um com Ataxia espinocerebelar do tipo 7 (10%) e um com Doença de Charcot-Marie-Tooth (10%). Em relação ao FOIS, inicialmente um paciente encontrava-se no nível 6 - (10%) e 9 pacientes no nível 7 - (90%). Na reavaliação, os 10 pacientes (100%) encontraram-se no nível 7. Para a análise da qualidade de vida em disfagia, foram relacionados os 11 domínios do SWAL-QOL pré e pós intervenção fonoaudiológica, os resultados encontram-se na tabela 1. As associações significativas foram do domínio “deglutição como um fardo”, com $p=0,005$; domínio “frequência de sintomas”, com $p=0,012$; domínio “comunicação” com $p= 0,011$; domínio “medo de se alimentar”, com $p= 0,028$; domínio “saúde mental”, com $p= 0,008$; e domínio “fadiga”, com $p=0,005$. **Conclusão:** verificou-se que os pacientes apresentaram melhora na qualidade de vida em disfagia após seis sessões de intervenção fonoaudiológica bem como melhora na satisfação em relação ao processo alimentar. **Descritores:** disfagia neurogênica; qualidade de vida; fonoaudiologia.

SUMÁRIO

RESUMO	
INTRODUÇÃO	11
MÉTODO.....	11
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO	19
CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICES.....	28
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	28
APÊNDICE 2 – AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO.....	30
ANEXOS	38
ANEXO 1 – SWAL-QOL.....	38
ANEXO 2 – FOIS	41
ANEXO 3 – NORMAS DA REVISTA	41

INTRODUÇÃO

A deglutição é um ato reflexo e um processo bastante complexo, já que envolve uma série de músculos e nervos, os quais devem funcionar de forma coordenada e rápida. É composta por três fases: oral (preparatória e transporte), faríngea e esofágica e ocorre concomitante a outras funções, como a mastigação e a respiração ^(1,2,3).

A disfagia é um sintoma de uma doença de base, caracterizada por qualquer alteração no trânsito do alimento durante a digestão (da boca ao estômago), podendo estar o indivíduo com risco de aspiração pulmonar, desnutrição e/ou desidratação. O distúrbio da deglutição pode tornar o hábito agradável de comer em um desprazer, principalmente em quadros mais graves nos quais os pacientes são dependentes de seus cuidadores para a alimentação, o que afeta severamente a qualidade de vida ^(1,4,5).

Nos distúrbios da deglutição por lesões neurológicas adquiridas, encontram-se como principais causas os acidentes vasculares encefálicos (AVC) e os traumatismos cranioencefálicos (TCE). Nas disfagias associadas a doenças neurodegenerativas, as principais doenças que causam esse sintoma são: doença de Parkinson, doença de Huntington, distonias crânio-cervicais, doença de Alzheimer ou outras demências, doença de Machado-Joseph, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, miastenia gravis, miopatias, entre outras ^(6,7).

A avaliação das disfagias é feita a partir da avaliação clínica e de exames objetivos. A avaliação clínica verifica a integridade das estruturas envolvidas no processo de deglutição, além de também avaliar a parte funcional testando diferentes consistências alimentares: líquidos finos, líquidos pastosos finos ou líquidos pastosos grossos, alimentos pastosos homogêneos (sem pedaços), pastosos heterogêneos (com pedaços), semi-sólidos macios e sólidos. Recursos instrumentais podem ser usados durante a avaliação clínica, como a ausculta cervical e o oxímetro de pulso. Se ainda houver dúvidas, podem ser realizados exames de imagens para concluir o diagnóstico ^(1,7,8,9).

Qualidade de vida pode ser definida como a percepção que a pessoa tem de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ela vive e

em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações ⁽¹⁰⁾. Avaliar a qualidade de vida é uma tarefa difícil, uma vez que ela é abstrata e subjetiva, além de envolver aspectos pessoais, sociais, profissionais e emocionais ⁽¹¹⁾. Há diversos instrumentos que avaliam a qualidade de vida, como o Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form (MOS SF-36), WHOQOL-100, WHOQOL-bref, entre outros. Nesse estudo foi utilizado o SWAL-QOL, que mede a qualidade de vida em disfagia.

Avaliar a qualidade de vida relacionada com a deglutição permite que se conheça o verdadeiro impacto das alterações de deglutição na vida do paciente, contribui para que se tenha uma intervenção mais eficaz, além disso, é uma ferramenta importante para observar o impacto da disfagia e monitorar a eficácia da reabilitação do ponto de vista do paciente ^(11,12,13).

O termo intervenção fonoaudiológica foi definido como o termo padrão utilizado nesse estudo uma vez que abrange a avaliação e também a terapia.

O objetivo desse estudo foi acompanhar e mensurar a qualidade de vida após a intervenção fonoaudiológica em pacientes com disfagia neurogênica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, intervencional, não randomizada, descritiva, transversal, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob o número 12-0168/2012; realizado no Setor de Fonoaudiologia do Serviço de Fisiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os pacientes com doença neurológica diagnosticada por médico assistente e encaminhados ao Setor de Fonoaudiologia após consulta fisiátrica foram convidados a participar do estudo. Foram incluídos sujeitos a partir de 18 anos, de ambos os sexos, que apresentaram suspeita ou risco de penetração/aspiração traqueal verificados por meio da Avaliação Ambulatorial da deglutição.

Excluíram-se os pacientes com comprometimento auditivo, visual, prático e/ou de linguagem que impossibilitassem a compreensão e/ou realização da avaliação ou de responder o questionário, com impossibilidade de manter o tratamento no período prescrito e/ou que tenham realizado tratamento fonoaudiológico prévio.

Os pacientes incluídos no estudo receberam seis sessões de intervenção fonoaudiológica de aproximadamente 40 minutos. Foi definido pelos pesquisadores o número de seis sessões uma vez que encontrava-se dentro do limite prescrito pelo médico assistente, assim como seria o número suficiente para que os pacientes dessem continuidade a intervenção, visto que a maioria não mora em Porto Alegre.

O questionário Quality of Life in Swallowing Disorders - SWAL-QOL - (Anexo 1) foi aplicado pelas pesquisadoras na primeira sessão, antes de ser realizada qualquer intervenção. Após a aplicação do questionário, a pesquisadora avaliou a deglutição por meio da Avaliação Ambulatorial da Deglutição (Apêndice 2), aplicou a Escala Funcional de Ingestão por Via Oral - FOIS - (Anexo 2) e iniciou a intervenção propriamente dita de acordo com os resultados. Na 6ª sessão de intervenção foi aplicado novamente o SWAL-QOL para verificar a modificação da qualidade de vida em disfagia pós-intervenção. Da mesma forma, foi reavaliado quanto à Escala Funcional de Ingestão por Via Oral e quanto a suspeita ou risco de disfagia. Se

houvesse necessidade de continuidade da intervenção fonoaudiológica, o paciente mantinha o agendamento regular de acordo com o quadro clínico.

O SWAL-QOL é um questionário específico para avaliar o impacto das alterações da deglutição na qualidade de vida. Ele avalia a eficácia da deglutição do ponto de vista do paciente e foi traduzido e adaptado para o português pela equipe de Fonoaudiologia do Hospital do Câncer A.C. Camargo ⁽¹³⁾. Esse questionário é composto por 44 questões que avaliam dez domínios como: alimentação como um fardo, desejo de se alimentar, frequência de sintomas, seleção de alimentos, comunicação, medo, saúde mental, função social, sono e fadiga. Auto-classifica a qualidade de vida em ruim, regular, boa, muito boa e excelente ^(14,15).

A Avaliação Ambulatorial da Deglutição é uma avaliação adaptada pelo Setor de Fonoaudiologia do Serviço de Fisiatria e Reabilitação do HCPA. É composta por perguntas sobre história relacionada ao sistema estomatognático, avaliação das estruturas (bochechas, lábios, língua, palato mole, laringe) e das funções (respiração, mastigação, deglutição e fala). As funções de mastigação e deglutição são avaliadas por meio da ingestão de líquido e alimentos na consistência pastosa ou sólida (são utilizados frequentemente água, banana ou iogurte e biscoito *waffer* ou maçã). Ao final da avaliação, verificou-se se os pacientes tinham suspeita ou risco de aspiração/penetração laringotraqueal.

A FOIS mede a quantidade e tipo de alimento que o paciente consegue ingerir por via oral de forma segura. Nessa escala o paciente é classificado em um dos 7 níveis disponíveis. No nível 1 o paciente não ingere nada por via oral; no nível 2 é dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido; no nível 3 é dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido; no nível 4 é quando há via oral total de uma única consistência; no nível 5 há via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações; no nível 6 quando há via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares; e no nível 7 quando é via oral total sem restrições ⁽²¹⁾.

Devido a queixa de disfagia, a partir da primeira sessão o paciente já recebia orientações de cuidados relacionados com a deglutição conforme suas

necessidades relacionadas ao seu quadro clínico e a sua patologia de base, assim como manobras posturais e de reabilitação, e adaptações de consistências, quando necessárias. Além disso, eram realizados exercícios miofuncionais orofaciais e de elevação laríngea, como também podiam ser realizados exercícios de protrusão e retração de língua, movimento ântero-posterior de língua, movimentos rotacionais para acúmulo de saliva, deglutição com esforço, entre outros ^(4,21).

As análises foram feitas pré e pós intervenção, sempre comparando esses dois momentos do mesmo paciente. A análise estatística dos dados obtidos foi realizada com o *software statistical package for social science* SPSS v. 18.0 for windows. Especificamente para as variáveis do SWAL-QOL foram testadas quanto à normalidade pré e pós-intervenção fonoaudiológica com o teste de Wilcoxon. Para as variáveis de grau de disfagia e quanto ao nível da FOIS foi utilizado o teste estatístico paramétrico do Qui-Quadrado de McNemar. O nível de significância utilizado foi de 5%.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 10 pacientes de ambos os gêneros, 7 do gênero feminino (70%). A média de idade foi de 46,5 anos (20-89 anos), com desvio padrão de $\pm 18,8$.

Quanto ao grau de escolaridade, 3 (30%) apresentaram 7 anos de estudo, 3 (30%) tinham 4 anos de estudo, 2 pacientes (20%) com 10 anos de estudo, um (10%) com 8 anos de estudo e um (10%) com 14 anos de estudo. A média de anos de estudo foi de 7,5 anos, com desvio padrão de $\pm 3,2$. Em relação ao estado civil, 4 (40%) eram solteiros, 3 (30%) eram casados, 2 (20%) eram divorciados e um era viúvo (10%).

Referente à patologia de base, quatro (40%) pacientes eram diagnosticados com Doença de Machado-Joseph, dois (20%) com Acidente Vascular Cerebral (AVC), um (10%) com Doença de Parkinson, um (10%) com Miastenia gravis, um (10%) com Ataxia espinocerebelar do tipo 7 e um (10%) com Doença de Charcot-Marie-Tooth.

Na escala FOIS, inicialmente 9 pacientes encontravam-se no nível 7 (90%) e um no nível 6 (10%). Na reavaliação, o paciente do nível 6 passou para o nível 7, assim como todos os demais mantiveram-se nesse mesmo nível.

Para a análise da qualidade de vida em disfagia, foram relacionados os 11 domínios do SWAL-QOL pré e pós-intervenção fonoaudiológica, os resultados encontram-se na tabela 1. A pontuação do SWAL-QOL varia de 0 a 100, sendo 0 a correspondente à pontuação pior e 100, à pontuação melhor. As associações significativas foram do domínio “deglutição como um fardo”, com $p=0,005$; domínio “frequência de sintomas”, com $p=0,012$; domínio “comunicação” com $p= 0,011$; domínio “medo de se alimentar”, com $p= 0,028$; domínio “saúde mental”, com $p= 0,008$; e domínio “fadiga”, com $p=0,005$.

Tabela 1. Comparação das médias por domínio do SWAL-QOL pré e pós intervenção fonoaudiológica.

Domínios SWAL-QOL	Pré	Pós	p
Deglutição como um fardo	47,50	85	0,005*

Desejo de se alimentar	82,50	84,17	0,68
Tempo de se alimentar	60	68,75	0,45
Frequência de sintomas	63,39	73,93	0,012*
Seleção do alimento	76,25	78,75	0,655
Comunicação	43,75	66,25	0,011*
Medo de se alimentar	42,50	68,13	0,028*
Saúde Mental	65	86,50	0,008*
Social	81	86,50	0,465
Sono	46,25	55	0,523
Fadiga	32,50	62,50	0,005*

*Dados significativos para $p \leq 0,05$ – Teste de Wilcoxon

Tabela 2. Descrição individual da intervenção fonoaudiológica-

Patologia de base	Idade	Sintomas fonoaudiológicos	Intervenção fonoaudiológica
Doença de Machado-Joseph	38	Engasgos com saliva e líquidos, leve disartria	Manobra de chin-tuck, manobra de limpeza (pigarro ou tosse), cuidados durante refeições, exercícios orais e faringolaríngicos
Doença de Parkinson	89	Engasgos com líquidos	Sucção alimento denso com canudo, autóclise + deglutição com esforço com manobra de chin-tuck, protrusão e retrusão de língua, cuidados durante as refeições e manobra de limpeza (pigarro ou tosse)
Doença de Machado-Joseph	38	Engasgos com líquidos	Exercícios orais e faringolaríngicos e cuidados durante as refeições
Acidente vascular cerebral isquêmico	55	Engasgos com líquidos, leve disartria	Cuidados durante as refeições
Doença de Machado-Joseph	20	Engasgos com sólidos	Manobra de chin-tuck, manobras de limpeza (deglutições com esforço, pigarro ou tosse e deglutições múltiplas), cuidados durante as refeições, exercício para coaptação glótica e exercícios faringolaríngicos
Miastenia gravis	33	Engasgos com	Manobra postural de chin-tuck,

		líquidos e sólidos	manobras de limpeza (deglutição com esforço, lateralizar a cabeça para ambos os lados para mobilizar resíduos), dar preferência a sólidos macios ou de fácil trituração
Ataxia espinocerebelar do tipo 7	48	Engasgos com saliva e líquidos.	Manobra postural de chin-tuck e manobras de limpeza, cuidados durante as refeições
Doença de Charcot-Marie-Tooth	58	Engasgos com líquidos e sólidos (incluindo comprimidos)	Cuidados para a formação e deglutição do bolo (deglutições seguras), manobra postural, facilitadora e de limpeza.
Acidente vascular cerebral isquêmico	51	Engasgos com sólidos	Cuidados durante as refeições, manobra de chin-tuck, manobras de limpeza, exercícios orais e faringolaríngeos
Doença de Machado-Joseph	35	Engasgos com líquidos	Cuidados durante as refeições, manobra de chin-tuck, manobra de limpeza (deglutição com esforço), exercícios para suporte respiratório

DISCUSSÃO

Avaliar a qualidade de vida relacionada à deglutição demonstra o real impacto das alterações na vida dos indivíduos e é fundamental para a compreensão de como o paciente lida com as dificuldades, além de fornecer informações que poderão ser utilizadas para um melhor direcionamento do tratamento, enfocando-se os aspectos considerados relevantes para cada paciente.

Quando comparados os valores do SWAL-QOL obtidos por idosos saudáveis com os valores de indivíduos disfágicos (em diferentes graus e com diferentes patologias de base), foi observado grandes diferenças nos escores, sendo que a disfagia acarretou escores médios bastante inferiores na qualidade de vida em disfagia ^(13,26,27).

No que se refere à qualidade de vida e disfagia, a literatura aponta que a disfagia está associada a severas consequências na qualidade de vida dos pacientes ^(22,23,24). Apesar da importância do tema, a literatura é restrita. Foi encontrado apenas um artigo utilizando o SWAL-QOL como instrumento para avaliar a qualidade de vida em relação à disfagia neurogênica pré e pós intervenção fonoaudiológica ⁽²³⁾.

Esse estudo compara a terapia fonoaudiológica tradicional com a estimulação elétrica neuromuscular. Participaram 88 pacientes diagnosticados com doença de Parkinson. Foram utilizados três instrumentos (FOIS, SWAL-QOL e MD Anderson Dysphagia Inventory) para avaliar a deglutição e a qualidade de vida em três momentos: pré, pós-tratamento e 3 meses após a alta. Os 3 grupos (terapia tradicional, terapia com eletroestimulação no nível motor e terapia com eletroestimulação no nível sensorial) receberam de 13 a 15 intervenções fonoaudiológicas para disfagia, de meia hora, em cinco dias consecutivos da semana, em um período de 3 a 5 semanas. A quantidade de intervenções é maior nesse estudo do que em nossa pesquisa. Os resultados desse estudo mostram que a melhora em relação à qualidade de vida foi bastante restrita em todos os grupos. Esses achados mostram que o número de sessões não é o que melhora a qualidade de vida, uma vez que seis sessões, uma vez por semana, foram suficientes para haver melhor percepção em relação à qualidade de vida do que 13 a 15 sessões. O

tipo de tratamento também foi bastante diferente quando comparados os estudos, e em ambos houve melhora na qualidade de vida, o que mostra que há melhora independente do tipo de tratamento fonoaudiológico ⁽²³⁾.

Existem alguns outros estudos que utilizaram o mesmo protocolo pós terapia fonoaudiológica, mostrando alterações na qualidade de vida pós terapia em pacientes com disfagia mecânica. Os resultados dos estudos apontaram melhora na deglutição e na qualidade de vida relacionada à deglutição após fonoterapia, corroborando com os achados da pesquisa aqui apresentada ^(12,15).

O SWAL-QOL tem domínios que estão diretamente relacionados com a intervenção fonoaudiológica, como a frequência de sintomas, comunicação, medo de se alimentar e seleção de alimentos, uma vez que após a intervenção é esperado que os sintomas relacionados com a disfagia e que o medo de engasgar diminuam e que o paciente possa comer todas as consistências alimentares dentro de seu quadro clínico.

O domínio “deglutição como um fardo” está diretamente relacionado ao fato do paciente ter de lidar com seu problema de deglutição. Essa melhora significativa ocorreu possivelmente porque a maioria dos pacientes tem uma doença neurodegenerativa e bastante depressivos, sendo para eles cada vez mais difícil gerenciar a deglutição. Por meio da intervenção fonoaudiológica esses pacientes lançam mão de estratégias que tornam a deglutição mais fácil de lidar e menos perturbante, não sendo mais um fardo tão grande.

A frequência de sintomas relacionados com a disfagia também diminuiu. Há um estudo que mostra que esse domínio relaciona-se diretamente com as alterações de deglutição na fase oral. Essa melhora estaria provavelmente associada ao uso de técnicas e estratégias que compõem a intervenção fonoaudiológica e que estão diretamente relacionados com a diminuição dos sintomas, como sensação de alimento parado, tosse, engasgos, entre outros ⁽²⁸⁾.

O domínio “medo de se alimentar” faz com que os pacientes modifiquem seus hábitos de vida e as consistências dos alimentos ou líquidos que ingerem para evitar que ocorra penetração ou aspiração laringotraqueal. Entretanto, com as estratégias e cuidados indicados na terapia fonoaudiológica, os pacientes sentem-se mais

seguros ao deglutir e o receio em relação à ocorrência de penetração ou aspiração laringotraqueal diminuí consideravelmente.

Conforme estudos, as alterações na fase preparatória e oral de pacientes com disfagia interferem na comunicação oral ^(24,29,30). Além disso, relacionam-se com a presença de sintomas comuns para a alteração da deglutição como, por exemplo, a sensação de alimento parado na garganta e tosse. Esses aspectos podem estar associados ao fato de duas funções utilizarem as mesmas estruturas.

A fadiga está relacionada ao cansaço no processo alimentar, tornando a refeição uma atividade pouco prazerosa devido ao peso associado à mesma. Isso pode estar relacionado ao cansaço com determinados alimentos que envolvem maior esforço na fase oral (alimentos sólidos) e/ou devido ao tempo utilizado para o paciente fazer as suas refeições, que muitas vezes é longo e causa um cansaço.

O aumento no tempo de duração da alimentação está relacionado com a fadiga, com a presença dos sinais de disfagia e ao tipo de alimento da queixa, pois devido aos cuidados necessários para evitar o escape do alimento que está ingerindo, o paciente mastiga com mais cautela levando mais tempo para terminar a refeição ^(24,31,32,33). Além disso, os indivíduos relatam dificuldades em selecionar alimentos que possam deglutir com segurança ⁽²⁴⁾.

Apesar da dificuldade que os pacientes apresentaram com a deglutição, não foi significativo o isolamento social decorrente da dificuldade para se alimentar em público, o que também não ocorreu no ambiente familiar, o mesmo foi descrito por Brandão et al., 2009 ⁽²⁵⁾.

Há estudos que mostram que houve aumento na escala FOIS após a terapia fonoaudiológica em pacientes com disfagia neurogênica, estando em concordância com os achados da atual pesquisa ^(23,34).

A evolução na ingestão oral e a ocorrência de broncopneumonias (BCP) foi pesquisada em 50 pacientes adultos hospitalizados com disfagia orofaríngea neurogênica, divididos em grupos (31 pacientes após acidente vascular encefálico (AVE), sete pacientes após traumatismo crânio-encefálico (TCE) e 12 pacientes com demência), classificando-os nos níveis da escala. Foram levantadas as informações antes e após a atuação fonoaudiológica. Verificou-se que a maior parte dos pacientes dos 3 grupos encontrou-se no nível 1 da escala antes da intervenção

fonaudiológica, e após tal intervenção, encontrou-se em sua maioria no nível 5 (pacientes pós-AVE e com demência) e outros no nível 7 (pacientes pós-TCE) ⁽³⁴⁾. Nesse estudo foi utilizado o mesmo instrumento pré e pós terapia fonaudiológica (FOIS) que em nossa pesquisa, porém em nossa pesquisa inicialmente 9 pacientes encontravam-se no nível 7 e um no nível 6, e na reavaliação, o paciente do nível 6 passou para o nível 7, assim como todos os demais mantiveram-se nesse mesmo nível. Observa-se que no estudo de Silvério et al., 2010, os pacientes estavam em piores níveis do que a atual pesquisa, assim como a gravidade da disfagia era diferente. Essas características explicam as diferenças do FOIS encontradas em ambos os estudos.

A reabilitação nos pacientes com doenças neurológicas degenerativas visa manter os processos de deglutição estáveis por mais tempo possível.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados na pesquisa demonstram que a disfagia orofaríngea neurogênica apresenta impacto na qualidade de vida dos pacientes sob os parâmetros avaliados.

Após as seis sessões de intervenção fonoaudiológica, verificou-se que os pacientes apresentaram melhora na percepção da qualidade de vida em disfagia e também melhor satisfação em relação ao processo alimentar.

Propõem-se estudos neste formato e com número maior de pacientes e de sessões para que possa selecionar a abordagem terapêutica e padronizar a conduta.

REFERÊNCIAS

1. Bilton TL, Suzuki H, Soares LT, Venites JP. Fonoaudiologia em gerontologia. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1373-81.
2. Marchesan IQ. Deglutição: diagnóstico e possibilidades terapêuticas. In: Marchesan, IQ, organizadora. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade orofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.59-68.
3. Ribeiro LMM. Deglutição: processo normal e patológico [tese]. Londrina (PR): Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 2000.
4. Furkim AM, Silva RG. Programa de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frôntis Editorial; 1999.
5. Mourão LF. Intervenção fonoaudiológica nos distúrbios do movimento. In: Ortiz KZ, organizadora. Distúrbios neurológicos adquiridos: Fala e deglutição. 2 ed. Barueri: Editora Manole LTDA; 2010. p.144-60.
6. Clavé P, Pradas J. Importancia de valorar la disfagia orofaríngea en los pacientes con enfermedades neurodegenerativas. *Jano*. 2007;1658:33-35.
7. Gonçalves MIR, César SR. Disfagias neurogênicas: Avaliação. In: Ortiz KZ, organizadora. Distúrbios neurológicos adquiridos: Fala e deglutição. 2 ed. Barueri: Editora Manole LTDA; 2010. p.278-301.
8. Padovani AR. Protocolo fonoaudiológico de introdução e transição da alimentação por via oral para pacientes com risco para disfagia (PITA) [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
9. Cardoso MCAF, Fontoura EG. Valor da ausculta cervical em pacientes acometidos por disfagia neurogênica. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2009;13(4): 431-39.
10. The Whoqol Group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (The Whoqol). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.

11. Angelis EC, Bandeira AKC. Qualidade de vida em disfagia. In: Jotz GP, Carrara-de-Angelis E, Barros APB, organizadores. Tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter LTDA; 2009. p.364-68.
12. Mangilli LD, Amoroso MRM, Nishimoto IN, Barros APB, Carrara-de-Angelis E. Voz, deglutição e qualidade de vida de pacientes com alteração de mobilidade de prega vocal unilateral pré e pós-fonoterapia. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008;13(2):103-12.
13. Portas JG. Validação para a língua portuguesa-brasileira dos questionários: qualidade de vida em disfagia (Swal-Qol) e satisfação do paciente e qualidade do cuidado no tratamento da disfagia (Swal-Care) [dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente; 2009.
14. Bandeira AKC. Qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição após tratamento para câncer de língua [tese]. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente; 2004.
15. Barros APB, Portas JG, Queija DS, Lehn CN, Dedivits RA. Autopercepção da desvantagem vocal (VHI) e qualidade de vida relacionada à deglutição (Swal-Qol) de pacientes laringectomizados totais. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2007;36(1): 32-37.
16. Marchesan IQ. Disfagia. In: Marchesan IQ, organizadora. Tópicos em Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 1995. p.161-6.
17. Silva RG, Vieira MM. Disfagia Orofaríngea Neurogênica em Adultos Pós-Acidente Vascular Encefálico: identificação e classificação. In: Macedo Filho ED, Carneiro J, Pisani JC, organizadores. Disfagia: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Frontis; 1998. p.17-34.
18. Silva RG, Cola PC, Gatto AR. Disfagia orofaríngea neurogênica em adultos: avaliação fonoaudiológica em leito hospitalar. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC, organizadores. Disfagia-Avaliação e Tratamento. São Paulo: Revinter; 2003.
19. Netto PI, Carrara-de-Angelis E, Barros APB. Princípios da Reabilitação das Disfagias Orofaríngeas. In: Jotz GP, Carrara-de-Angelis E, Barros APB,

- organizadores. Tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter LTDA; 2009. p.332.
- 20.Vale-Prodromo LP. Protocolo de avaliação clínica da deglutição em pacientes oncológicos de cabeça e pescoço. In: Carvalho V, Barbosa EA. *Fononcologia*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter LTDA; 2012. p. 23-39.
- 21.Furkim AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS) como marcador. *Rev CEFAC*. 2008;10(4):503-12.
- 22.Gustafsson B, Tibblin L. Dysphagia, an unrecognized handicap. *Dysphagia*. 1991;16:193–9.
- 23.Heijnen BJ, Speyer R, Baijens LW, Bogaardt HC. Neuromuscular electrical stimulation versus traditional therapy in patients with Parkinson’s disease and oropharyngeal dysphagia: effects on quality of life. *Dysphagia*. 2012;27(3): 336-45.
- 24.Plowman-Prine EK, Sapienza CM, Okun MS, Pollock SL, Jacobson C, Wu SS, Rosenbek JC. The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson’s disease. *Mov Disord*. 2009;24(9):1352–8.
- 25.Brandão DMS, Nascimento JLS, Vianna LG. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(6):738-43.
- 26.Queija DS, Portas JG, Dedivitis RA, Lehn CN, Barros APB. Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009;75(4):556-64.
- 27.Cassol K, Galli JFM, Zamberlan NE, Dassie-Leite AP. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2012;24(3):223-32.
- 28.Ayres A, Freire LN, Rodrigues DM, Presotto M, Olchik MR, Rieder CRM. Qualidade de vida e disfagia em indivíduos portadores da doença de parkinson. In: 12º Congresso da FORL; 2013; Campos do Jordão. Resumos de trabalhos.
- 29.Ferreira FV. Características respiratórias, posturais e vocais na doença de Parkinson - Estudo de Caso [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2008.

30. Gasparim AZ, Jurkiewicz AL, Marques JM, Santos RS, Marcelino PCO, Herrero Junior F. Deglutição e tosse nos diferentes graus da doença de Parkinson. *Arquivos Int. Otorrinolaringol* [Internet]. 2011;15(2):181-8.
31. Bigal A, Harumi D, Luz M, De Luccia G, Bilton T. Disfagia do idoso: estudo videofluoroscópico de idosos com e sem doença de Parkinson. *Distúrb comum* [internet]. 2007;19(2):213-223.
32. Belo LR, Lins SC, Cunha DA, Lins O, Amorim CF. Eletromiografia de superfície da musculatura supra-hióidea durante a deglutição de idosos sem doenças neurológicas e idosos com parkinson. *Rev. CEFAC* [internet]. 2009;11(2):268-280.
33. Leow LP, Huckabee ML, Anderson T, Beckert L. The impact of dysphagia on quality of life in ageing and Parkinson's disease as measured by the swallowing quality of life (Swal-Qol) questionnaire. *Dysphagia* [Internet]. 2010;25(3):216-20.
34. Silvério CC, Hernandez AM, Gonçalves MIR. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. *Rev CEFAC*. 2010;12(6):964-70.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: “A percepção da qualidade de vida de pacientes disfágicos neurogênicos pós-intervenção fonoaudiológica”, que tem o objetivo de estudar sua impressão sobre seu problema para engolir. Para isso, é necessário que você dedique seu tempo para responder a um questionário que será feito pela pesquisadora. Serão 6 sessões (conforme agendamentos de rotina) com duração de aproximadamente 40 minutos cada. A pesquisadora também deverá examinar (observar) sua boca por dentro e por fora e fará anotações do que observou, também avaliará seus movimentos de sugar, mastigar e engolir os alimentos que serão oferecidos como (água, iogurte/ banana e biscoito/ maçã). Para esta avaliação, também será usado um estetoscópio (aparelho) para ouvir os ruídos do engolir. Após a avaliação, receberá seu tratamento, conforme sua necessidade e dificuldades e, após iniciar o tratamento e já estar realizando as orientações fonoaudiológicas para melhorar seu “ato” de engolir, responderá novamente o questionário para registrar suas impressões.

A justificativa para a realização desta pesquisa é o fato de existirem poucos estudos na literatura sobre a auto-avaliação do paciente em relação à satisfação de seu processo alimentar pós intervenção fonoaudiológica.

A sua participação é voluntária, caso decida não participar, essa decisão não vai alterar o seu atendimento habitual na instituição.

Os benefícios da pesquisa são a publicação de um estudo que possa esclarecer o efeito da intervenção fonoaudiológica em pacientes neurológicos com queixas de disfagia. Com o esclarecimento da eficácia terapêutica desses pacientes, essas abordagens podem ser aperfeiçoadas ou modificadas, se necessário, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Os riscos que você está exposto são o desconforto de responder alguns questionários e perguntas relacionadas ao seu caso clínico, assim como o desconforto de ser avaliado.

Fui esclarecido sobre:

- A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento e a qualquer dúvida acerca da pesquisa.
- A liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhuma relação com seu atendimento na instituição.
- A segurança de manter minha identidade será preservada ao participar do referido estudo, para que assim seja garantido o direito de confidencialidade.
- Que os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins estritamente científicos e acadêmicos, podendo ser publicados/ apresentados em periódicos e eventos científicos.
- Que a participação no estudo não acarretará em custos e não será disponível nenhuma compensação financeira pela sua participação.
- Em caso de dúvida, poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável Profa. Dr. Maira Rozenfeld Olchik, telefone (51) 9117 5920, ou pessoalmente no Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, telefone (51) 3308 5010. Outras pesquisadoras envolvidas são a Acad. Nicolli Bassani de Freitas, telefone (51) 9249 9596, além da Fga. Dr. Simone Augusta Finard, telefone (51) 8151 5726.
- Você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para esclarecimentos éticos sobre a pesquisa: 3359 8304.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE 2 – AVALIAÇÃO AMBULATORIAL DA DEGLUTIÇÃO

Setor de Fonoaudiologia
Serviço de Fisiatria e Reabilitação
HCPA

Identificação

Nome _____ Idade _____ Profissão _____
Escolaridade _____ Data ____/____/____

Anamnese

História da doença

Condições pulmonares/ respiração

() sem complicação () respiração ruidosa () dificuldade para respirar
() traqueostomia: tempo () cânula c/ balonete () fenestrada
Necessidade de aspiração () sim () não Frequência: _____

História/ evolução da disfagia (tosse, engasgos, espirros, voz molhada, esforço para engolir, estase faríngea, febre sem causa aparente, pneumonia, desnutrição, desidratação, DRGE, problemas gástricos, estado nutricional):

O paciente tem noção de suas dificuldades? _____

Sente prazer ao alimentar-se _____

Tempo da refeição _____ Comparação (anterior e atual) _____

Utensílios utilizados _____

Alimento “arranhando” ou queimação (principalmente) após alimentar-se? _____

Perdeu peso? _____

Aumento da salivação após a refeição? _____

Tosse ou sente-se sufocado antes, durante ou após alimentar-se? _____

Sua voz se modifica após alimentar-se? _____

Há aumento de secreção traqueal? _____

Houve infecções respiratórias de qualquer tipo? _____

Faz alguma coisa para compensar seus problemas de mastigação e deglutição? _____

Via de alimentação

() SNG () SNE () Via oral & Sonda () Gastrostomia
() VO Líquido () VO Pastosos () VO sólida

Exames complementares _____**Medicações** _____**Acompanhamentos** _____**Distúrbios associados**

Condições motoras/ compreensão auditiva/ expressão oral/ distúrbios emocionais ou cognitivos (Poderá ser aplicado Mini Exame do Estado Mental):

Exame Clínico da Deglutição**Oroscopia**

Oclusão dos dentes _____

Estado de conservação dos dentes/ higiene oral _____

Falhas dentárias _____

Próteses dentárias (e adaptação) _____

Presença de secreções _____

OBS.: _____

Exame Orofacial**Mandíbula (Motor – V)**

Abrir e fechar: () normal () desvios p/ D () desvios p/ E () incompleta

Abrir e fechar c/ pressão contrária: () normal () fraco

Lateralização: () normal () alterado _____

Diadococinesia: () abrir e fechar 2 repet/seg () lento () Incoordenação

Medida da abertura (paquímetro) _____mm

Bochechas (Motor – VII/ Sensorial – V)

Sucção: () normal () alterado _____

Inflar: () normal () alterado _____

Tônus (contra-resistência): () eutonia () hipertonia () hipotonia

Lábios (Motor – VII/ Sensorial – V)

Encolher os lábios abertos e fechados () normal () alterado _____

Adaptado por: Fg^a Dr. Simone Finard de Marchesan (1995); Silva e Vieira (1998), Silva (2003); Vale-Prodromo et al (2009); Barros e Carrara-de-Angelis (2009).

Sorriso aberto e fechado: () normal () alterado _____
Estalos: () normal () alterado _____
Vedação labial: () normal () alterado _____
Assimetria: () desvio p/ D () desvio p/ E
Tônus (contra-resistência): () eutonia () hipertonia () hipotonia
Diadococinesia (6 repetições em 2''): () normal () alterado _____
Sensibilidade ao toque: () superior D () superior E () inferior D () inferior E

Língua (Motor – V e XII/ Sensorial – V, VII e IX)

Lateralização: () normal () alterado _____
Rotação (autóclise): () normal () alterado _____
Protrusão: () normal () desvio _____
Retrusão: () normal () alterado _____
Sucção: () normal () alterado _____
Estalos: () normal () alterado _____
Tônus (contra-resistência): () eutonia () hipertonia () hipotonia

Observações sobre força, coordenação, simetria e presença de fasciculações

Sensibilidade tátil/ térmica/ gustativa

Investigar alterações de sensibilidade, sensibilidade “assimétrica”. Toques com espátula (cabo de colher gelada, sabor) na face ou região intra-oral. Paciente c/ olhos fechados deve localizar.

Gustação e exterocepção (1/3 posterior) – glossofaríngeo

Gustação (2/3 posterior) – facial

Exterocepção (2/3 posterior) – trigêmio

Palato Mole/Faringe (Motor – X/ Sensorial – IX, X e XI)

Sustentar um “a” () normal () ausente () hipernasalidade
Variação com /a - ã/ () normal () invariável () hipernasalidade
Emissão de /X/ () normal () ausente () hipernasalidade
Sensibilidade () normal () alterada D () alterada E
Diadococinesia () normal () hipernasalidade () hiponasalidade

Reflexo orais patológicos _____

Adaptado por: Fg^a Dr. Simone Finard de Marchesan (1995); Silva e Vieira (1998), Silva (2003); Vale-Prodromo et al (2009); Barros e Carrara-de-Angelis (2009).

Assimetria, elevação velar, retrações, fechamento velar, presença de secreções _____

Laringe

Força laríngea (/i/ aumentar a intensidade): () normal () fraca () inalterada

Excursão laríngea (/i/ elevar o *pitch*): () adequado () registro reduzido

Pigarro: () limpeza () mantém pigarro () voz molhada

Tosse: () normal () fraca () ausente

Tempo emissão (M – 20”/ F – 14”): /a/ _____ /i/ _____ /u/ _____

Qualidade vocal após respirações curtas e rápidas: /a/ -respira - /a/ - respira - /a/ - respira - /a/...

() sem alteração () rouca/ molhada () tosse/ pigarro () aguda

() soprosa () áspera () trêmula () grave

Deglutição “4 dedos” para saliva

Posicionar a mão (dedo indicador em região submandibular, dedo médio no hióide, dedo anular na face superior da cartilagem tireóide, dedo mínimo na face inferior da cartilagem tireóide) e solicitar a deglutição da saliva.

Movimento: () normal () reduzido () comprometido

Eficiência glótica

Contagem do /s/: _____

Contagem do /z/: _____

Relação /s/ (controle expiratório) - /z/ (componente laríngeo): _____

Resultados

- Os tempos (entre 15” e 25”) devem ser iguais para ambos;
- Tempos de /s/ e /z/ menores que 15”: comprometimento do suporte respiratório;
- Tempo de /z/ igual ou maior que o de /s/ em até 3”: maior fechamento das PPVV com a sonorização e possível hipercontração de PPVV;
- Em falantes normais, valor de “z” pode ser até 3” acima por maior fechamento das pregas vocais.
- Tempo de /s/ normal e /z/ alterado: alteração em PPVV com falta de coaptação;
- Divisão do valor de /s/ pelo valor de /z/ (ou relação /s/ - /z/): resultado maior que 1,2 indica falta de coaptação glótica.

Adaptado por: Fgª Dr. Simone Finard de Marchesan (1995); Silva e Vieira (1998), Silva (2003); Vale-Prodromo et al (2009); Barros e Carrara-de-Angelis (2009).

Alimentação por Via Oral (VO): informações do paciente ou familiar

Independência para alimentação

() Sim Não () _____

Consistências aceitas pelo paciente

() líquidos finos () líquidos pastosos

() pastosos () pastoso com grumos

() sólidos picados () sólidos

Citar exemplos _____

Ausculta Cervical: antes das deglutições

() normal () alterada _____

Avaliação com alimentos

Avaliação realizada somente quando o paciente apresenta tolerância para **Via Oral** (VO). Confirmar a consistência e especificar. Definitivamente **não** realizada quando paciente estiver em **N.P.O.** (*nulla per oris* = nada por via oral).

Volumes ofertados: 3 e 5 ml (colher plást. descartável) e 10 e 20 ml (copo descartável).

Consistências: líquida (água ou suco), líquido-pastosa (similar ao iogurte ou batida), pastosa (purê ou similar ao Danoninho®) e sólida (biscoito *waffer*).

Procedimentos:

- Medir o volume com seringa e ofertar com colher/copo;
- Sempre auscultar antes de iniciar a avaliação;
- Em caso do paciente estar em VO, usar 20 ml para esta(s) consistência(s);
- Usar a seringa somente em casos de limitação da abertura da boca;
- O próprio paciente deverá levar o alimento à boca;
- Na 1ª deglutição, solicitar que o paciente permaneça com o bolo, só deglutir ao comando do examinador, após observação de sinais **indiretos** de escape prematuro – ausculta cervical – ou **diretos** como tosse, pigarro, outros;
- Na 2ª deglutição, caso exista algum sinal indireto ou direto, oferecer mesma quantidade e observar sinais;
- Aumenta-se volume da consistência;
- Após cada deglutição, com lanterna, visualiza estase oral ou orofaríngea;
- Aplicar as manobras necessárias para eliminar sintomas de penetração/aspiração;
- Identificar sinais de estase com ausculta cervical;
- Identificar sinais de estase com deglutição “4 dedos”.
- Adequar a deglutição com manobras de acordo com achados.

Adaptado por: Fgª Dr. Simone Finard de Marchesan (1995); Silva e Vieira (1998), Silva (2003); Vale-Prodromo et al (2009); Barros e Carrara-de-Angelis (2009).

Descrever os achados durante as deglutições

Fase Preparatória e Oral (contenção oral; sinais indiretos de escape prematuro – ausculta cervical e “4 dedos”– ; captação do bolo; dificuldade para manter e sugar com o canudo; alimento escapa da boca; esforço na mastigação/ movimentos exagerados; dificuldade para formar o bolo alimentar; dificuldade para mover o bolo bilateralmente; dificuldade para levar o bolo para a faringe; resíduos de alimentos; várias tentativas para engolir):

Fase Faríngea (refluxo nasal; deglutição rápida; deglutição demorada; elevação laríngea adequada; elevação laríngea alterada; tosse após deglutição; pigarro após deglutição; saliva e/ou muco excessivo; limpa a garganta após deglutição; voz alterada após a deglutição; movimentos de cabeça exagerados ao deglutir):

Fase Esofágica (arrotos; soluços; saciedade precoce; queimação; refluxo oral):

Deglutição “4 dedos” para alimentos

Posicionar a mão (dedo indicador em região submandibular, dedo médio no hióide, dedo anular na face superior da cartilagem tireóide, dedo mínimo na face inferior da cartilagem tireóide) e solicitar a deglutição das consistências. Podem ser encontrados:

Sinais clínicos de penetração/ aspiração traqueal

() tosse () engasgo () cianose () sonolência () fadiga () dispnéia

Sinais de penetração **antes** da excursão laríngea – alteração no controle oral: utilizar manobra de cabeça em flexão e/ou consistências mais espessas.

Sinais de penetração **durante** a deglutição (excursão laríngea) – alteração na elevação ou fechamento da laringe: utilizar manobras de proteção das vias aéreas inferiores.

Sinais de penetração **após** a laringe retornar ao repouso – estase e entrada do alimento nas vias aéreas inferiores: utilizar manobras de limpeza.

Traqueostoma após as deglutições

() não utiliza () normal () saída de alimentos _____

Ausculata Cervical: após as deglutições

() normal () alterada _____

Melhor(es) consistência(s) e quantidade

Postura(s) facilitadora(s)

Manobras facilitadoras

Diagnóstico Funcional

Disfagia leve (trânsito orofaríngeo levemente comprometido sem sinais de aspiração) _____

Disfagia moderada (trânsito orofaríngeo comprometido, sinais de penetração/aspiração, preservação de mecanismos protetores) _____

Adaptado por: Fg^a Dr. Simone Finard de Marchesan (1995); Silva e Vieira (1998), Silva (2003); Vale-Prodromo et al (2009); Barros e Carrara-de-Angelis (2009).

Disfagia grave (trânsito orofaríngeo comprometido, sinais de penetração/aspiração, ausência de mecanismos protetores) _____

Conduta

() *Exames instrumentais*

() *Sugiro VO assistida*

() *Sugiro manter VO para todas as consistências*

() *Sugiro VO para a(s) consistência(s)* _____

() *Manter NPO* _____

Acompanhamento ambulatorial e orientações domiciliares

ANEXOS

ANEXO 1 – SWAL-QOL

PROTOCOLO DE QUALIDADE DE VIDA

Tradução e adaptação: Neyller Patriota Montoni, Anna Karinne Costa Bandeira,
Elisabete Carrara-de Angelis, Indihara Santos Alves Saldanha

Nome: _____ Data: _____

Instruções para Completar os Estudos da Qualidade de Vida em Disfagia

McHorney *et al.*, 2002

Esse questionário foi feito para saber como seu problema de deglutição tem afetado sua qualidade de vida no dia-a-dia.

Por favor, tenha atenção para ler e responder cada questão. Algumas questões podem parecer iguais às outras, mas cada uma é diferente.

Exemplo de como as questões irão aparecer neste protocolo.

1. No último mês, quantas vezes você sentiu os sintomas abaixo:

	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Nunca</i>
Sentiu-se fraco	1	2	3	4	5

Obrigada por fazer parte deste estudo!!!!

NOTA IMPORTANTE: Entendemos que você pode ter vários problemas físicos. Algumas vezes é difícil separá-los das dificuldades da deglutição, mas esperamos que você dê o seu melhor para concentrar somente nas dificuldades de deglutição. Obrigada pelo seu esforço em completar este questionário.

SWAL QOL

1. Abaixo estão algumas questões gerais que podem ser mencionadas pelas pessoas com distúrbio de deglutição. No último mês, o quanto as questões a seguir têm sido verdadeiras para você? (Circular um número em cada linha)

	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Nunca</i>
Lidar com meu problema de deglutição é muito difícil	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição é a maior perturbação de minha vida	1	2	3	4	5

2. Abaixo estão alguns aspectos da alimentação do dia-a-dia relatados pelos pacientes com distúrbio de deglutição. No último mês, o quanto essas questões têm sido verdadeiras para você? (Circular um número em cada linha)

	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Nunca</i>
Na maioria dos dias, sinto que tanto faz se eu como ou não	1	2	3	4	5
Levo mais tempo para comer do que outras pessoas	1	2	3	4	5
Estou raramente com fome	1	2	3	4	5
Levo muito tempo para comer minha refeição	1	2	3	4	5
Alimento-me sem sentir prazer	1	2	3	4	5

3. Abaixo estão alguns problemas físicos que as pessoas com distúrbio de deglutição podem apresentar. No último mês, qual a periodicidade que apresentou cada um destes problemas como resultado do seu problema de deglutição? (Circular um número em cada linha)

	<i>Sempre</i>	<i>Freqüentemente</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Difícilmente</i>	<i>Nunca</i>
Tosse	1	2	3	4	5
Engasgo quando me alimento	1	2	3	4	5
Engasgo com líquidos	1	2	3	4	5
Apresento saliva grossa ou secreção	1	2	3	4	5
Vômito	1	2	3	4	5
Enjôo	1	2	3	4	5
Dificuldades na mastigação	1	2	3	4	5
Excesso de saliva ou secreção	1	2	3	4	5
Pigarros	1	2	3	4	5
A comida pára na garganta	1	2	3	4	5
A comida pára na oca	1	2	3	4	5
Bebida ou comida escorrem da boca	1	2	3	4	5
Bebida ou comida saem pelo nariz	1	2	3	4	5
Tosse para retirar o líquido ou a comida para fora da boca quando estes estão parados	1	2	3	4	5

4. Responda algumas perguntas sobre como problemas de deglutição têm afetado sua alimentação no último mês (Circular um número em cada linha)

	<i>Concordo plenamente</i>	<i>Concordo parcialmente</i>	<i>Não sei</i>	<i>Discordo parcialmente</i>	<i>Discordo totalmente</i>
Saber o que posso ou não posso comer é um problema para mim	1	2	3	4	5
É difícil achar alimentos que posso e gosto de comer	1	2	3	4	5

5. No último mês, qual a freqüência que as afirmativas abaixo sobre a comunicação aplicam-se a você devido a seu problema de deglutição? (Circular um número em cada linha)

	<i>Todas as vezes</i>	<i>Maior parte das vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Poucas vezes</i>	<i>Nenhuma vez</i>
As pessoas têm dificuldade em me entender	1	2	3	4	5
Tem sido difícil me comunicar claramente	1	2	3	4	5

6. Abaixo estão algumas preocupações que as pessoas com problema de deglutição às vezes mencionam. No último mês, qual a periodicidade que apresentou cada uma dessas preocupações? (Circular um número em cada linha)

	<i>Sempre</i>	<i>Freqüentemente</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Difícilmente</i>	<i>Nunca</i>
Tenho medo de engasgar quando me alimento	1	2	3	4	5
Preocupo-me em ter pneumonia	1	2	3	4	5
Tenho medo de engasgar com líquidos	1	2	3	4	5
Saber quando vou engasgar é muito difícil	1	2	3	4	5

7. No último mês, o quanto as afirmativas a seguir têm sido verdadeiras devido ao seu problema de deglutição? (Circular um número em cada linha)

	<i>Quase Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Nunca</i>
Meu problema de deglutição me deprime	1	2	3	4	5
Ter que tomar muito cuidado quando bebo ou como me aborrece	1	2	3	4	5
Tenho estado desanimado com meu problema de deglutição	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição me frustra	1	2	3	4	5
Fico impaciente em lidar com meu problema de deglutição					

8. Pense em sua vida social no último mês. Como poderia concordar ou discordar das afirmativas a seguir (Circular um número em cada linha)

	<i>Concordo plenamente</i>	<i>Concordo parcialmente</i>	<i>Não sei</i>	<i>Discordo parcialmente</i>	<i>Discordo totalmente</i>
Deixo de sair para comer devido ao meu problema de deglutição	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição torna difícil ter uma vida social	1	2	3	4	5
Meu trabalho ou minhas atividades de lazer mudaram pelo problema de deglutição	1	2	3	4	5
Programas sociais e férias não me satisfazem devido ao problema de deglutição	1	2	3	4	5
Meu papel com família e amigos tem mudado devido ao problema de deglutição	1	2	3	4	5

9. No último mês, quantas vezes sentiu algum desses sintomas físicos? (Circular um número em cada linha)

	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Nunca</i>
Sente-se fraco?	1	2	3	4	5
Tem problema para dormir?	1	2	3	4	5
Sente-se cansado?	1	2	3	4	5
Dorme a noite toda?	1	2	3	4	5
Sente-se exausto?	1	2	3	4	5

ANEXO 2 – FOIS

Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – *Functional Oral Intake Scale* – FOIS

Nível 1: Nada por via oral ()

Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido ()

Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido ()

Nível 4: Via oral total de uma única consistência ()

Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações ()

Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares ()

Nível 7: Via oral total sem restrições

Furkim AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a Escala Funcional de Ingestão por Via Oral (FOIS) como marcador. Rev CEFAC. 2008;10(4):503-12.