



**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS
FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS**

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE
A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM DISFAGIA**

**MARCELA FERREIRA DA COSTA
MONIQUE FERNANDA GAETANO
REGIANI CARLA DOS SANTOS OLIVEIRA
TAMIRIS DE SOUZA SILVA**

**Fernandópolis
2010**

**MARCELA FERREIRA DA COSTA
MONIQUE FERNANDA GAETANO
REGIANI CARLA DOS SANTOS OLIVEIRA
TAMIRIS DE SOUZA SILVA**

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE
A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM DISFAGIA**

Monografia apresentada às Faculdades Integradas de Fernandópolis, Fundação Educacional de Fernandópolis, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Prof.^a Ms. Janaína Regina Bosso.

Co-orientadora: Prof.^a Ms. Mara M B Buosi

FERNANDÓPOLIS

2010

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela paciência e oportunidade em realizar e concluir essa etapa,

As nossas professoras Janaína R Bosso e Joelma Nascimento, pela ajuda,
apoio e incentivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
REVISÃO DA LITERATURA.....	13
JUSTIFICATIVA	15
OBJETIVO.....	16
MATERIAL E MÉTODOS.....	17
RESULTADOS.....	18
DISCUSSÃO.....	22
CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
ANEXOS.....	28

RESUMO

Dentre os profissionais que atuam com os pacientes disfágicos o fonoaudiólogo desempenha um papel fundamental no processo terapêutico, podendo proporcionar a eles uma melhor qualidade de vida. O objetivo desse estudo foi verificar o conhecimento dos profissionais da saúde, especificamente médicos, fisioterapeutas e nutricionistas, quanto a atuação do fonoaudiólogo junto ao paciente disfágico. Foi utilizado um questionário elaborada exclusivamente para esse estudo, composto por 11 questões diretas com apenas duas possibilidades de resposta: sim e não. O questionário foi analisado por um juiz indiferente ao estudo, especialista da área de motricidade orofacial. O estudo apresentou um caráter duplo cego. Participaram do estudo 8 médicos (média de 11,62 anos de profissão), 8 nutricionistas (média de 9,5 anos de profissão) e 8 fisioterapeutas (média de 7,25 anos de profissão). Os resultados mostraram que os profissionais apresentam conhecimento sobre a atuação do fonoaudiólogo na equipe interdisciplinar da disfagia, entretanto existe ainda a necessidade de maior sensibilização e difusão das ações e papel do fonoaudiólogo nessa equipe.

1. INTRODUÇÃO

Qualquer problema no processo de deglutição pode atrapalhar significativamente a vida alimentar e geral de um indivíduo, por isso tratá-lo precocemente é de extrema relevância.

A disfagia é considerada como qualquer dificuldade de deglutição, decorrente de processo agudo ou progressivo, que interfere no transporte do bolo alimentar da boca ao estômago. A deglutição pode ser prejudicada devido a processos mecânicos que dificultam a passagem do bolo, falta de secreção salivar, fraqueza das estruturas musculares responsáveis pela propulsão do bolo ou disfunção da rede neuronal que coordena e controla a deglutição. A disfagia pode ser orofaríngea ou alta, quando existem alterações e mudanças na fase oral ou faríngea da deglutição, ou pode ser baixa ou esofageana, quando existem alterações e mudanças na fase esofageana da deglutição. (JACOBI e SILVA, 2003).

O prognóstico do paciente disfágico depende, além de vários outros fatores, de quando eles são encaminhados para os devidos profissionais que podem atuar no seu processo terapêutico.

Dentre os profissionais que atuam com os pacientes disfágicos o fonoaudiólogo desempenha um papel fundamental no processo terapêutico, podendo proporcionar a eles uma melhor qualidade de vida.

Atualmente, o tratamento das alterações da deglutição, pertence a uma equipe multiprofissional, na qual o fonoaudiólogo faz parte do núcleo fundamental. O fonoaudiólogo, além de ser o profissional habilitado e responsável por avaliar, definir e /ou alterar as condutas terapêuticas na disfagia, ampliando ao máximo as possibilidades do paciente controlar funcionalmente a fase oral e faríngea da

deglutição; é também responsável por devolver ao paciente o prazer de se alimentar junto a família conforme suas condições. (ESCOURA, 1998).

Esse projeto objetivou verificar o conhecimento dos profissionais da saúde, especificamente: médicos, nutricionistas e fisioterapeutas atuantes na região noroeste do estado de São Paulo , sobre a atuação fonoaudiológica em disfagia e a importância da precocidade dos encaminhamentos desses pacientes para o tratamento fonoaudiológico.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 – Fisiologia da Deglutição

A deglutição é um ato de exercício complexo com respostas motoras padronizadas e modificáveis por alterações no estímulo, no volume e na consistência do bolo alimentar. Músculos e cartilagens da laringe são interligados por nervos periféricos através dos pares cranianos, que por sua vez estão interligados ao tronco e ao córtex cerebral do sistema nervoso central, que realiza um comando central. O sistema nervoso central é responsável por iniciar e coordenar as várias estruturas envolvidas nas fases da deglutição. (FILHO, GOMES, e FURKIN 2000.)

A deglutição normal ocorre como um processo fisiológico ordenado, que transporta material deglutido e saliva da boca ao estômago. O mecanismo sensorial que desencadeia a deglutição ainda não é precisamente conhecido, mas, sim baseado em evidências experimentais. A entrada de fluídos ou alimentos na hipofaringe, no território de inervação sensorial do nervo laríngeo superior, parece ser um estímulo crucial. Entretanto a deglutição pode ser iniciada apenas com um esforço volitivo, sem a presença de alimentos (JACOBI 2003). Ainda, a deglutição é um processo que deve satisfazer os requisitos nutricionais através de mecanismos fisiológicos capazes de obter o alimento, ingeri-los e assimilá-los (FURKIN 1998).

As estruturas anatômicas da cavidade oral responsáveis pela deglutição são: lábios, dentes, bochechas, palato duro, palato mole, úvula, mandíbula, assoalho da boca, língua e pilares amigdalianos. As estruturas anatômicas da faringe responsáveis pela deglutição são: músculos constritores da faringe, seios

piriformes e cricofaríngeos. As estruturas anatômicas da laringe responsáveis pela deglutição são: epiglote, valécula, vestibulo laríngeo, ligamentos ariepigloticos, aritenoides, bandas ventriculares, ventrículos laríngeos e pregas vocais. (FILHO, GOMES e FURKIN, 2000.)

Fases da deglutição

A deglutição é dividida em fases, somente para fins didáticos. São varias as divisões sugeridas, entretanto, a de maior aceitação e consenso na literatura especializada é a descrita por LOGEMANN (1983).

LOGEMANN (1983) descreve a deglutição acontecendo em 4 fases distintas, a saber:

1ª Fase - Preparatória: quando o alimento é manipulado na boca ou ainda mastigado, quando necessário.

2ª Fase Oral (fase voluntária da deglutição): quando a língua impulsiona o alimento para trás até o disparo do reflexo da deglutição.

3ª Fase Faríngea: do disparo do reflexo da deglutição carregando o bolo através da faringe.

4ª Fase Esofágica: quando a peristalse esofágica carrega o bolo através do esôfago cervical e torácico até o estômago.

2.2– Disfagia

Entender as disfagias não é tarefa fácil, uma das razões talvez esteja na quantidade de pequenas informações que o fonoaudiólogo recebe das diversas áreas da saúde. O médico vê as disfagias como mais uma complicação do paciente, o neurologista como uma característica do quadro neurológico, o fonoaudiólogo como um distúrbio de motricidade oral, e / ou faríngea, o

nutricionista como um risco de desnutrição, o pneumologista como uma possibilidade de complicação pulmonar, e o gastroenterologista está atento às complicações gastrointestinais. A família vê a alimentação como sinal de melhora, e o paciente tem apenas fome e sede. Cabe ao fonoaudiólogo, como especialista dos distúrbios da deglutição, reunir todas informações necessárias para o enriquecimento do seu trabalho com o paciente disfágico.

A disfagia não é uma doença, mais sim um sintoma de uma patologia de base (MARCHESAN 1995).

A disfagia é descrita como uma desordem da deglutição que pode acometer uma ou mais fases da deglutição - fase preparatória, fase oral, fase faríngea e/ou fase esofágica (FURKIM e MARTINEZ, 1998).

A disfagia pode ser: neurogênica, mecânica, decorrente da idade, psicogênica, e/ou induzida por drogas. A disfagia neurogênica é aquela causada por doenças neurológicas ou trauma. Como os neurônios que controlam a deglutição não são diferentes dos outros, raramente lesões no sistema nervoso central comprometem apenas a deglutição. Praticamente todas as doenças do sistema nervoso central podem resultar em disfagia. No entanto, algumas são mais frequentemente causadoras de disfagia. São elas: acidente vascular encefálico, poliomelite, esclerose lateral amiotrófica, doença de Parkinson, paralisia cerebral e trauma crânio-encefálico (JACOBI e SILVA, 2003).

Na disfagia de origem mecânica, ocorre perda do controle do bolo pelas estruturas necessárias para completar uma deglutição normal. O controle neurológico central e os nervos periféricos estão intactos, porém, as estruturas anatômicas responsáveis pela deglutição não estão. (JACOBI, LEVY e SILVA 2003).

A disfagia psicogênica resulta de alterações emocionais e psíquicas, com queixa bastante freqüente de bolo faríngeo. Entretanto, trabalhos que relatem disfagia propriamente dita associadas a quadro emocional são poucos.

Alguns medicamentos podem desencadear disfagia como efeito colateral. Embora não seja frequente, é necessário estar atento para um diagnóstico rápido e preciso. O efeito dos medicamentos pode ser dar tanto no sistema nervoso central quanto no sistema nervoso periférico ou muscular.

Atuação fonoaudiológica em disfagia

A interdisciplinaridade no atendimento do paciente disfágico é de fundamental importância, processando-se tanto durante a avaliação quanto durante o tratamento do paciente. Essa interdisciplinaridade se justifica pelas várias causas das disfagias e pelas conseqüências e impactos no estado clínico do paciente. Em geral, as equipes de disfagia compreendem fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e médicos de várias especialidades tais como neurologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, pneumologia, endoscopia e cirurgia entre outras, todos com função específica e igualmente importantes.

O atendimento terapêutico das disfagias é uma prática relativamente recente.

Os métodos mais utilizados para o diagnóstico das disfagias são: avaliação clínica e exames objetivos, como a videoendoscopia e a videofluoroscopia da deglutição. A videoendoscopia da deglutição (VED) apresenta resultados comparáveis à videofluoroscopia, sendo um método de fácil realização, baixo custo, sem exposição à radiação, podendo ser realizado ao lado do leito do paciente. Não oferece riscos ao indivíduo, na maioria dos casos, podendo ser

repetido diversas vezes para a observação do sucesso da terapia fonoaudiológica. A realização da VED fornece subsídios para a implementação de estratégias compensatórias apropriadas, tais como: a determinação das consistências alimentares e das manobras facilitadoras, a serem utilizadas.

O exame clínico da deglutição precede a avaliação instrumental, pois ele determina o exame complementar mais adequado para cada caso. O exame clínico é realizado em três etapas: anamnese cuidadosa, exame do paciente e avaliação funcional da alimentação (MACEDO, GOMES, FURKIM, 2000).

Reabilitar o disfágico significa trabalhar para a conquista de uma deglutição sem riscos de complicações. A utilização do conceito de eficiência em disfagia orofaríngea deve ser compreendida como a capacidade que um procedimento terapêutico possui para produzir efeitos benéficos na dinâmica da deglutição (LAZZARUS et al., 1993).

A eficácia, no entanto, está relacionada às melhoras no quadro geral do indivíduo, independente da permanência do distúrbio, desde que os procedimentos garantam ingestão oral segura, manutenção da condição nutricional e estabilização de comprometimentos pulmonares.

3. REVISÃO DA LITERATURA

RANGEL (1998) analisou, em hospitais de São Paulo, a importância do trabalho em conjunto do fonoaudiólogo, que atua na reeducação da deglutição e do nutricionista, que decide na dieta com os pacientes disfágicos. Constatou-se que a interação não era tão próxima, mostrando que os nutricionistas são reconhecidos nos ambientes hospitalar, porém o reconhecimento da atuação do fonoaudiólogo ainda deixa muito a desejar, tanto em hospitais públicos como em particulares.

McLELLAN, DONATO, ABADO e PANHOCA (2007) analisaram o estado nutricional de 17 pacientes, adultos e idosos, ambos os sexos, com diagnóstico clínico de afasia decorrentes de acidente vascular encefálico (AVE), atendidos em uma clínica de fonoaudiologia do município de Campinas – SP, visando verificar relação entre o estado nutricional desses pacientes avaliados e a presença de disfagia. Constataram que apesar de grande parte apresentar disfagia, a maioria tinha consumo dietético satisfatório. O acompanhamento nutricional e fonoaudiológico é essencial para formações de hábitos alimentar saudáveis promovendo melhor qualidade de vida a todos.

PANDOVANI, MORAIS, MANGILI e ANDRADE (2007), constituíram um protocolo piloto de avaliação do risco para disfagia, visando auxiliar o fonoaudiólogo a identificar e interpretar as alterações na dinâmica da deglutição, caracterizar os sinais clínicos sugestivos de penetração laríngea ou aspiração laringo-taqueal, definindo pontualmente a gravidade da disfagia e estabelecendo condutas a partir dos resultados da avaliação.

MARQUES, ANDRÉ e ROSSO (2008) realizaram uma revisão de literatura sobre os testes clínicos – funcionais para avaliação da disfagia orofaríngea em pacientes na fase aguda do AVE, e ressaltaram a importância da

videofluoroscopia como método-ouro na avaliação da disfagia e a videoendoscopia da deglutição ,quando disponível. Constataram que existe grande variabilidade nos métodos de oferta para teste clínico - funcionais, onde 192 artigos consultados notaram que vários protocolos internacionais sugeriam que a avaliação clínico - funcional seja realizada com líquido (água), na literatura nacional indica utilização de 3 consistências : sólido, pastoso e líquido. Apesar das críticas, este método é amplamente utilizados com pacientes na fase aguda do AVE.

SCHELP, COLA, GATTO, SILVA e CARVALHO (2004) avaliaram indivíduos pós-acidente vascular encefálico, isquêmico ou hemorrágico determinando a incidência de disfagia. Comprovaram que 76,5% apresentaram disfagia no momento da avaliação, sendo que foram avaliados pelo menos seis dias após a instalação do AVE.

SILVA (2007) realizou uma extensa revisão de literatura, a partir da década de 90, onde apresentou uma análise crítica sobre a eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea, visando dois distintos blocos: os de eficiência de um procedimento terapêutico em especial e outros que estão discutindo os critérios para o controle da eficácia da reabilitação. Constatou que estudos não randomizados tem comprometido os resultados, uma vez que a causa das pesquisas tem utilizado amostras muito heterogêneas. Além disso, os programas terapêuticos empregados são poucos descritivos comprometendo a reprodução por parte de outros pesquisadores.

4.JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a alta incidência de pacientes com disfagia e que poucos são os encaminhamentos feitos para a fonoaudiologia, sentimos a necessidade de verificar o real conhecimento dos profissionais da saúde que atuam com esses pacientes especificamente: médicos, nutricionistas e fisioterapeutas sobre a atuação fonoaudiológica em pacientes disfágico.

5. OBJETIVO

Verificar o conhecimento dos profissionais da saúde, especificamente: médicos, nutricionistas e fisioterapeutas que atua na região noroeste do estado de São Paulo sobre a importância da atuação fonoaudiológica na disfagia.

6. MATERIAL E MÉTODOS

6.1 -Casuística

Participaram do presente estudo 24 profissionais, sendo 8 médicos (de diferentes especialidades), 8 nutricionistas e 8 fisioterapeutas, das cidades de Indiaporã, Fernandópolis e Ouroeste, na região noroeste do Estado de São Paulo.

A participação foi voluntária e para a participação todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, no anexo 1.

6.2 - Método

O presente estudo apresenta caráter duplo cego.

Foi utilizado um questionário, composto por questões simples, com respostas diretas, com apenas duas escalas de resposta: sim e não (anexo 2).

O questionário, composto por 11 questões foi desenvolvido especificamente para esse estudo. A análise da efetividade das questões foi realizada por um juiz neutro, indiferente ao trabalho, especialista na área de motricidade orofacial. A análise realizada pela Profa. Joelma Nascimento está descrita no anexo 3, contendo as respostas esperadas para cada questão.

O questionário foi entregue ao profissional, sem orientações prévias. As respostas foram dadas sem a participação das pesquisadoras.

7. RESULTADOS

7.1 – Análise do tempo de atuação profissional

O tempo médio de exercício da profissão encontrado foi de 11,62 anos para o grupo médicos, 9,5 anos para o grupo nutricionista e 7,25 anos para os fisioterapeutas.

7.2 - Análise das respostas obtidas no grupo Médicos

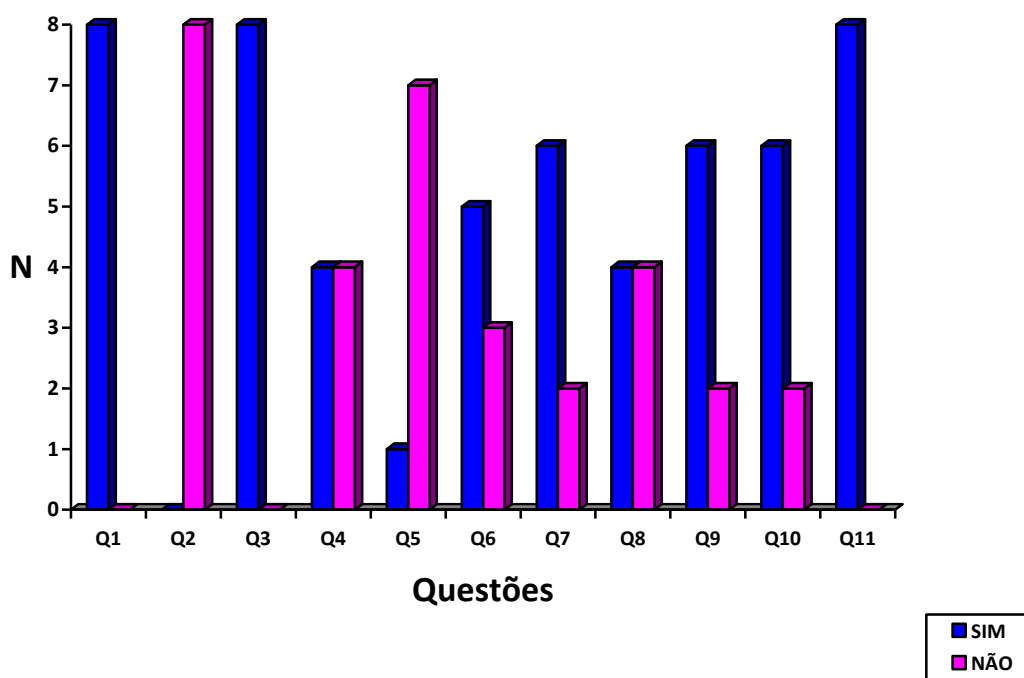


Gráfico 1. Descrição das respostas obtidas para o grupo Médicos

Considerando a resposta esperada para as questões, destacam-se as questões 4, 5 e 8, onde as respostas obtidas foram significativamente diferentes.

7.3 – Análise das respostas obtidas no grupo Nutricionistas

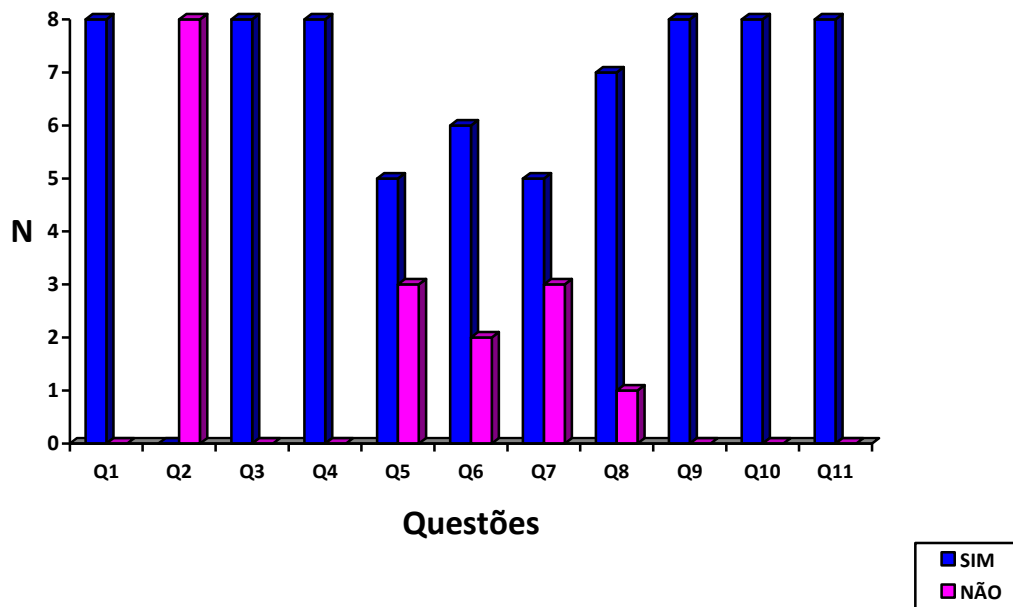


Gráfico 2. Descrição das respostas obtidas para o grupo Nutricionista.

Considerando a resposta esperada para as questões, destacam-se as questões 5 e 8, onde as respostas obtidas foram significativamente diferentes.

7.4 – Análise das respostas obtidas no grupo Fisioterapeutas

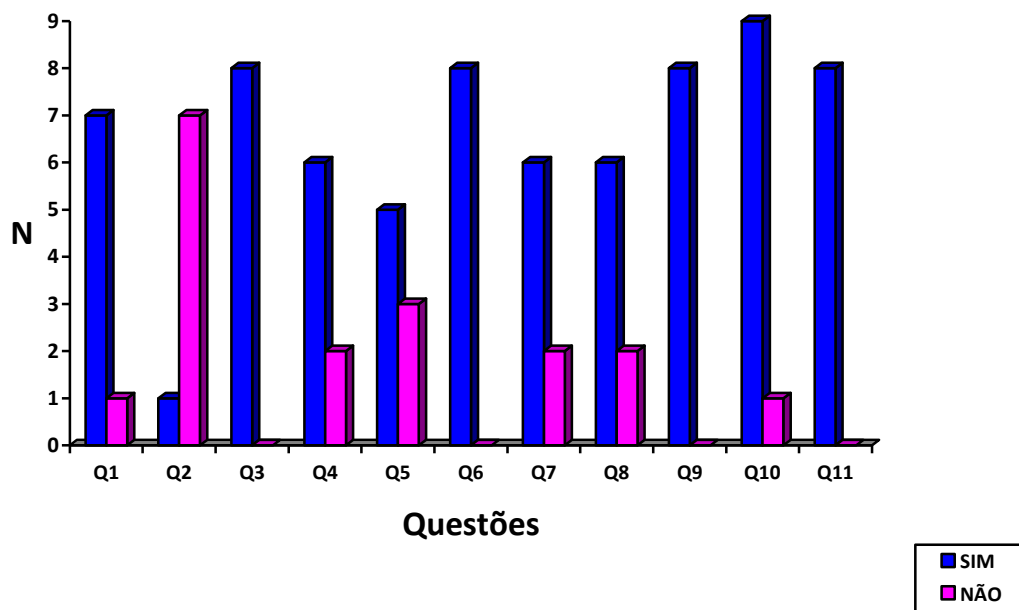
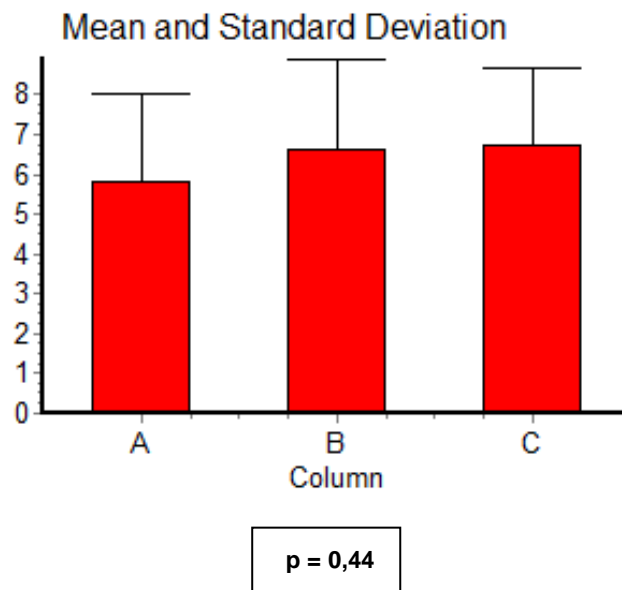


Gráfico 3. Descrição das respostas obtidas para o grupo Fisioterapeutas.

Considerando a resposta esperada para as questões, destacam-se as questões 5, 7 e 8, onde as respostas obtidas foram significativamente diferentes

7.5 – Análise comparativa

A análise comparativa foi realizada por meio do teste estatístico Kruskal – Wallis. Foram analisados os perfis obtidos para resposta esperada nas 11 questões, para os três grupos, como descrito no gráfico 4.



Legenda: A (Médicos), B (Nutricionistas), C (Fisioterapeutas)

Gráfico 4. Análise comparativa do perfil de respostas esperadas obtidas no questionário.

Apesar da diferença pontual observada, a análise comparativa evidenciou que não existe diferença no padrão de respostas obtidos nos diferentes grupos profissionais estudados.

8. DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta um caráter duplo cego, o que caracteriza um estudo sem a influência de orientações ou das percepções dos pesquisadores durante a coleta dos dados. Sendo assim, é válido ressaltar que nenhum dos participantes recebeu qualquer orientação prévia sobre a temática estudada.

Na análise pontual das questões, em grupos, foi observado que ao padrão de respostas do grupo Nutricionistas foi o que mais se aproximou do esperado. A intersecção de trabalho da fonoaudiologia e nutrição vêm se fortalecendo ao longo dos anos, especialmente na atuação ambulatorial da disfagia (SCHELP, 2004).

Nos três grupos profissionais estudados destacaram-se as respostas obtidas nas questões 5 e 8.

A questão 5, referente ao diagnóstico da disfagia, a resposta esperada era sim, uma vez que, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), por meio da resolução 356/08 (2008) regulamentou a atuação do profissional fonoaudiólogo nas diferentes etapas da disfagia, consolidando essa prática, inclusive, como uma especialidade da categoria.

Entretanto, as respostas obtidas para os três grupos (gráficos 1, 2 e 3) mostram que ainda não existe uma concepção sedimentada da inclusão do profissional fonoaudiólogo no grupo interdisciplinar da atuação junto ao paciente disfágico.

É importante salientar que, apesar da atuação real e diária da fonoaudiologia junto ao ambiente hospitalar e disfagia, a regulamentação da especialidade aconteceu em 2008 e deve ser considerada recente.

A média de tempo de exercício da profissão dos participantes variou de 11,62 e 7,25 anos e a regulamentação e a inserção mais efetiva do fonoaudiólogo na equipe acontece a aproximadamente 3 anos.

Existe, portanto, a necessidade da desensibilização dos profissionais de saúde, especialmente aqueles que compõem o grupo interdisciplinar de atuação em disfagia da importância e papel do fonoaudiólogo como membro atuante da mesma.

A questão 8, referente a fase da disfagia em que o fonoaudiólogo deve atuar, a resposta esperada era não, uma vez que na fase esofágica, que é involuntária, não existe essa atuação. Entretanto, as respostas obtidas (gráficos 1, 2 e 3) mostraram que os profissionais acreditam que a atuação da fonoaudiologia possa acontecer em todas as fases da disfagia.

Cabe aqui, levantar a hipótese de erro de interpretação da questão, citada pela juíza especialista, no anexo 3. A elaboração da questão foi tendenciosa e pouco nítida.

Entretanto, tal achado ressalta o conceito de pouca disseminação da área de atuação e a ratifica a necessidade de expansão da atuação

Especificamente no grupo médicos, houve discrepância nas respostas obtidas na questão 4, referente a avaliação do paciente disfágico.

A avaliação da disfagia deve ser composta por exames médicos específicos (videoendoscopia e videofluoroscopia) e exame clínico- funcional, onde são avaliados as manobras de deglutição e as condições das estruturas orofaciais envolvidas, para diferentes consistências alimentares (PANDOVANI et al, 2007; MARQUES et al, 2008). Portanto, a avaliação do paciente disfágico é multidisciplinar, no qual o fonoaudiólogo está inserido.

Especificamente no grupo Fisioterapeutas, foi destacado o perfil de respostas da questão 7, referente a indicação da via alimentar. De fato, essa indicação é limitante de categoria e deve ser realizada conjuntamente pelo fonoaudiólogo e nutricionista, podendo gerar dúvidas em profissionais de outras categorias.

Apesar das avaliações pontuais separadas por grupos, a avaliação comparativa não mostrou diferenças significativas no perfil obtido nos questionários (gráfico 4), salientando a necessidade de uma conscientização de atuação interdisciplinar no grupo de atendimento a disfagia.

9. CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que a atuação do fonoaudiólogo na equipe interdisciplinar da disfagia é uma realidade e os profissionais envolvidos apresentam conhecimentos sobre essa prática. Entretanto, tais conhecimentos ainda são restritos e existe a necessidade de sensibilização e maior difusão das ações específicas e papel do fonoaudiólogo nessa equipe.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARRARA-DE ANGELIS, E.; FURIA, C.L.B.;MOURÃO, L.F.; KOWALSKI, L.P.– A Atuação da Fonoaudiologia no Câncer de Cabeça e Pescoço. São Paulo, Lovise, 2000. p.141 –47.

DOUGLAS, C. R. – Tratado de Fisiologia aplicado á Fonoaudiologia. São Paulo – SP, 2002.

FERREIRA, L. P. , LOPES, D. M., LIMONGI, S. C. O. – Tratado de Fonoaudiologia. Ed. ROCA, São Paulo, 2004.

FURKIM, A. M. & MARTINEZ, S. O. – Fonoaudiologia disfagia: conceito, manifestações, avaliação e terapia. In: Collectanea Symposium – Disfagia Orofaríngea Neurogênica. São Paulo, Frôntis Editorial, 1998. p. 17-21.

HERNANDEZ, A. M. & MARCHESAN, I. – Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar. Rio de Janeiro – RJ, 2002.

JACOBI, J. S., LEVY, D. S. & SILVA, L.M.C. – Disfagia Avaliação e Tratamento, Rio de Janeiro, 2003, cap. 1, pag. 13-17.

ESCOURA, JB - Exercícios e Manobras Facilitadoras no Tratamento de Disfagias, São Paulo, 1998.

JUNQUEIRA, P. A importância da fase oral na dinâmica da deglutição. In: Costa MM, Castro LP. Tópicos em deglutição e disfagia. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.31-6.

MACEDO, E. ; GOMES, G. F. & FURKIM, AM- Manual de cuidados do paciente com disfagia, São Paulo, 2000, cap. 2, pag. 17-21.

MARCHESAN, I.Q. – Deglutição – Normalidade. In: FURKIN, A.M. & SANTINI, C.S. – Disfagias Orofaríngeas. São Paulo, Carapicuíba, Pró-fono, 1999. p.3 – 16.

MANRIQUE, D. – Disfagia orofaríngea neurogênica. In: Collectanea Symposium – Disfagia Orofaríngea Neurogênica. São Paulo, 1998. p. 9-11.

MARCHESAN, I. Q. – Fundamentos em Fonoaudiologia, aspectos clínicos da motricidade oral. 2º Ed. Revisada e ampliada, Rio de Janeiro, 2005.

PADOVANI A. R.; MORAES D. P.; MANGILI L. D.; ANDRADE F. R. F.- protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD), Revista CEFAC vol.12 no.3 São Paulo, Julho, 2007.

PITTIONI, M. E. M.- Fonoaudiologia Hospitalar- Uma realidade necessária. Revista CEFAC, Londrina, 2001.

ANEXO 1**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS (FEF)
FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS (FIFE)
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO (ISE)
PROGRAMA DE INICIAÇÃO EM PESQUISA (PIP)****CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE**

Prezado (a) Senhor (a):

Esta pesquisa se propõe a realizar um estudo sobre o conhecimento dos médicos, dos nutricionistas e fisioterapeutas das cidades de Fernandópolis, Indiaporã e Ouroeste sobre a atuação fonoaudiológica em pacientes disfágicos.

Sua participação na pesquisa se resumirá nas respostas ao questionário que será aplicado pelas pesquisadoras.

Sua participação não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento à respeito da Fonoaudiologia, onde o profissional fonoaudiólogo integra uma equipe multiprofissional contribuindo para a sobrevida com melhor qualidade.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros questionários, não sendo divulgado a identificação de nenhum dos participantes.

O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei toda as informações que solicitar.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

Fernandópolis, _____ de _____ de 2010.

Pesquisadoras

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS (FEF)
FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS (FIFE)
INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO (ISE)
PROGRAMA DE INICIAÇÃO EM PESQUISA (PIP)**

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM
PESQUISA**

Eu _____, portador do RG.
n° _____, residente na cidade de _____, declaro,
para os devidos fins, que concordo em fazer parte da pesquisa a ser efetuada
pelas alunas Marcela Ferreira da Costa, Regiane C. dos S. Oliveira e Tamiris de
Souza Silva, sendo que fui informado, verbalmente e por escrito, a respeito da
pesquisa, e estou de acordo com os termos da mesma, concordando em
participar, espontaneamente, submetendo-me aos procedimentos necessários,
quais sejam: responder à um questionário, comprometendo-me portanto a
cooperar, uma vez que foi garantido o meu anonimato.

Fernandópolis, _____ de _____ de 2010.

Participante

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO: Atuação Fonoaudiológica na Disfagia

Profissão: () Nutricionista () Fisioterapeuta () Médico

Especialidade_____

Gênero: () M () F

Tempo de formação:

Cidade:

Para cada pergunta, marque um "X" na coluna correspondente a sua resposta.

	SIM	NÃO
1 – Você sabe o que é Disfagia?	()	()
2 – Disfagia é uma dificuldade de fala?	()	()
3 – Disfagia é uma dificuldade de deglutição?	()	()
4 – A avaliação de um paciente disfágico deve ser feita por um fonoaudiólogo?	()	()
5 – O diagnóstico de Disfagia é feito pelo fonoaudiólogo?	()	()
6 – O tratamento da Disfagia é feito pelo fonoaudiólogo?	()	()
7 – Em sua opinião, o fonoaudiólogo pode indicar a melhor via de alimentação para um paciente disfágico?	()	()
8 – O fonoaudiólogo pode tratar um paciente disfágico com alteração em qualquer fase da deglutição (oral, faríngea e esofágica)?	()	()
9 – A terapia fonoaudiológica promove uma melhor qualidade de vida alimentar e geral do paciente disfágico?	()	()
10 – O fonoaudiólogo pode atender um paciente disfágico estando ele numa UTI (Unidade de Terapia Intensiva)?	()	()
11 – Você acha importante a presença de um fonoaudiólogo na área hospitalar?	()	()

ANEXO 3

Análise crítica do questionário: Atuação fonoaudiológica na disfagia. PROFESSORA JOELMA NASCIMENTO

Analisando o questionário, constatou-se coerência com o objetivo do trabalho, pois, as autoras querem verificar o conhecimento dos profissionais da saúde (médico, nutricionistas e fisioterapeutas) sobre a atuação fonoaudiológica na disfagia.

Partindo do pressuposto que estes profissionais fazem parte da equipe que atuam com pacientes disfágicos, é de suma importância que saibamos até que ponto os profissionais participantes da pesquisa tem conhecimento sobre a atuação do fonoaudiólogo com o paciente disfágico.

Nos grandes centros, o atendimento ao paciente disfágico acontece de forma multi e interdisciplinar, estando todos envolvidos no processo terapêutico do paciente, atuando de forma integrada, definindo as condutas mais adequadas do tratamento. No entanto, na nossa região, essa integração profissional precisa ser construída, pois, muitos pacientes com alteração na deglutição vêm encaminhados pelos médicos para atendimento fonoaudiológico, não pela queixa de dificuldades na deglutição, mais sim, pela patologia de base.

Análise das perguntas:

1ª – Você sabe o que é disfagia?

Com relação à primeira pergunta formulada, acredito estar coerente para a pesquisa, contudo, espera-se que todos os profissionais envolvidos respondam corretamente, pois como já foi mencionado, estes profissionais fazem parte da equipe interdisciplinar que atuam no tratamento do paciente disfágico.

No entanto, por acreditar que os profissionais participantes da pesquisa, saibam o que é disfagia, acho que não haveria necessidade de ter as duas próximas perguntas no questionário, que são:

2ª – disfagia é uma dificuldade de fala?

3ª – disfagia é uma dificuldade de deglutição?

Porém, a permanência das referidas perguntas, não influenciam no resultado da pesquisa.

4ª – A avaliação de um paciente disfágico deve ser feita por um fonoaudiólogo? Esta pergunta é muito pertinente, pois o fonoaudiólogo é o profissional capacitado para avaliar pacientes disfágicos, identificando e interpretando alterações na dinâmica da deglutição, podendo assim caracterizar sinais sugestivos de penetração laríngea ou aspiração laringo-traqueal, para poder estabelecer condutas a partir dos resultados de avaliação.

Durante a avaliação o fonoaudiólogo deve ficar atento para os seguintes sinais: escape oral, tempo de trânsito oral, refluxo nasal, número de deglutição, elevação laríngea, saturação de O₂, qualidade vocal, tosse e engasgos. Outro procedimento realizado pelo profissional para avaliar a disfagia é a ausculta cervical. Este procedimento irá fornecer pistas adicionais à avaliação clínica a respeito de presença ou ausência de resíduos na faringe ou na laringe. No entanto, por ser um exame subjetivo, a ausculta cervical deve ser realizada por um profissional experiente na área de disfagia.

Embora a avaliação clínica forneça dados sobre a condição da alimentação dos pacientes disfágicos, muitas vezes há a necessidade de realizar exames complementares para a avaliação objetiva da deglutição para o diagnóstico de

disfagia, como: videodeglutograma, videofluoroscopia, entre outros, portanto esta questão pode gerar dúvidas aos participantes, pois, eles podem responder negativamente a questão por acreditar que antes do paciente ser encaminhado para avaliação fonoaudiológica, primeiramente precisa ser encaminhado para realização de exames objetivos para se ter um diagnóstico.

5ª – O diagnóstico da disfagia é feito pelo fonoaudiólogo?

Segundo o conselho federal de fonoaudiologia resolução nº- 356, de 6 de dezembro de 2008 "Dispõe sobre a competência técnica e legal do fonoaudiólogo para atuar nas disfagias orofaríngeas" que o fonoaudiólogo é o profissional legalmente habilitado para realizar a avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológicos das disfagias orofaríngeas, bem como o gerenciamento destas no recém-nascido, na criança, no adolescente, no adulto e no idoso. Esta questão poderá ser respondida negativamente pela maioria dos participantes, por acreditarem que o diagnóstico só pode ser feito por meio de exames complementares e objetivos.

6ª – O tratamento da Disfagia é feito pelo fonoaudiólogo?

Sim, para reabilitar o paciente disfágico, deve-se ter pleno conhecimento da influência da fisiologia da mudança da consistência e temperatura do alimento, utensílios e das manobras posturais. Além do que, há muitos casos que se é necessário a estimulação sensorial, massagens e exercícios específicos com as musculaturas da face, oral, faringe e laríngea, exigindo um profissional preparado para o atendimento, portanto, o tratamento da funcionalidade orofaringe e laringe é da competência do fonoaudiólogo.

7ª – Em sua opinião, o fonoaudiólogo pode indicar a melhor via de alimentação para um paciente disfágico?

Sim, quando classificado o risco da alimentação via oral, o fonoaudiólogo deve colaborar, junto à equipe, na indicação de colocação e de retirada de via alternativa de alimentação.

8ª – O fonoaudiólogo pode tratar um paciente disfágico com alteração em qualquer fase da deglutição (oral, faringe e esofágica?)

O tratamento fonoaudiológico com pacientes disfágicos restringe basicamente as fases oral e faríngea da deglutição. As técnicas de reabilitação desenvolvem o aspecto sensorio-motor e podem ser ativas diretas, com introdução de dieta, e ativas indiretas, através de exercícios mioterápicos e manobras estratégicas para alcançar uma deglutição segura.

9ª – A terapia fonoaudiológica promove uma melhor qualidade de vida alimentar e geral do paciente disfágico?

Sim, pois com a volta da alimentação oral, retorna também o prazer em se alimentar. Vivemos em uma sociedade que preza momentos de alimentação não só como fonte de nutrição e saúde, mas como meio de aproximação das pessoas. Pacientes disfágicos, tendem-se a afastar da família e da sociedade no momento da alimentação, portanto, com a terapia fonoaudiológica este paciente ao voltar a se alimentar por via oral, sente a mesma satisfação que sentia antes de ficar impossibilitado de se alimentar pela boca.

10ª – O fonoaudiólogo pode atender um paciente disfágico estando ele numa UTI (Unidade de Terapia Intensiva)

Sim, porém o fonoaudiólogo deve seguir alguns critérios para ver se o momento da avaliação é o ideal. Os critérios são: nível de consciência do paciente, ventilação mecânica e condições clínicas gerais.

11ª – Você acha importante a presença de um fonoaudiólogo na área hospitalar?

O trabalho do fonoaudiólogo em um hospital pode ser realizado em vários setores: ambulatorial ou a beira do leito, na unidade de tratamento intensivo (adulto, neonatal e pediátrica), na maternidade, na cardiologia, na neurologia, na otorrinolaringologia, com pacientes disfágicos, entre outros.

A fonoaudiologia hospitalar é um campo promissor, que vem crescendo a cada dia, porém, grande parte dos hospitais, ainda não conta com o profissional fonoaudiólogo como parte de seu corpo clínico e isto leva a um total ou quase desconhecimento dos médicos sobre nossa atuação e importância na área hospitalar, portanto cabe ao fonoaudiólogo aproveitar esta oportunidade e divulgar a necessidade e a importância de seu trabalho neste espaço.

Com relação às perguntas da pesquisa, acredito estar coerentes ao objetivo do trabalho e por meio delas poderemos ao final fazer uma análise sobre o conhecimento desses profissionais sobre a atuação do fonoaudiólogo com pacientes disfágicos.

Com relação às questões, acho que algumas além da resposta **sim** e **não**, poderiam ser abertas para os participantes argumentarem as respostas negativas. As perguntas são: 4; 5; 10; e principalmente a pergunta 11, pois veríamos o que estes profissionais realmente pensam sobre a importância da atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar.

