

PERFIL DE PACIENTES EM USO DE VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL

Profile of patients using alternative feeding route in a general hospital

Serjana Cavalcante Jucá Nogueira ⁽¹⁾, Ana Paula Cajaseiras de Carvalho ⁽²⁾, Cleysiane Barros de Melo ⁽³⁾, Edna Pereira Gomes de Moraes ⁽⁴⁾, Brasília Maria Chiari ⁽⁵⁾, Maria Inês Rebelo Gonçalves ⁽⁶⁾

RESUMO

Objetivo: caracterizar a população em uso de via alternativa de alimentação internada em um hospital geral de referência. **Método:** estudo transversal prospectivo, tendo-se realizado coleta de dados em 229 prontuários de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em enfermarias adultas de um hospital geral, identificando-se dados referentes à via alternativa de alimentação em uso, justificativas clínicas, doença(s) de base e demais aspectos clínicos relacionados aos distúrbios de deglutição. **Resultados:** houve predomínio do sexo masculino (55,02%); 70,3% dos pacientes apresentaram diagnóstico de alguma doença neurológica e a via de alimentação mais utilizada foi a sonda nasoesférica (82,53%). Embora a pneumonia e a desnutrição tenham sido diagnosticadas na minoria dos casos (35,08% e 10,04%), houve associação entre as variáveis pneumonia e disfagia ($p=0,0098$), não ocorrendo o mesmo entre desnutrição e disfagia ($p=0,0759$). A disfagia foi citada em apenas em 6,55% dos casos. Observou-se, ainda, alta frequência de ausência de dados referente aos sinais e sintomas de dificuldade de alimentação e de justificativas para indicação da via alternativa de alimentação prescrita. **Conclusão:** embora a população estudada tenha apresentado fatores de risco para desenvolvimento de distúrbios da deglutição, como doenças de base com alta ocorrência de disfagia e alteração do nível de consciência e/ou sonolência, a baixa frequência do diagnóstico da disfagia e a constante falta de dados relacionados ao contexto alimentar revelaram a pouca importância dada às manifestações funcionais pela unidade hospitalar estudada.

DESCRIPTORIOS: Transtornos de Deglutição; Adulto; Nutrição Enteral; Epidemiologia

⁽¹⁾ Fonoaudióloga graduada pelo curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, Maceió/AL.

⁽²⁾ Fonoaudióloga; Professora auxiliar do curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, Maceió/AL; Especialização em Motricidade Orofacial com enfoque em disfagia e atendimento hospitalar; Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo, SP.

⁽³⁾ Fonoaudióloga graduada pelo curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, Maceió/AL.

⁽⁴⁾ Fonoaudióloga; Professora auxiliar do curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió/AL; Especialização em Voz pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo, SP.

⁽⁵⁾ Fonoaudióloga; Professora titular do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo/SP; Livre Docente.

INTRODUÇÃO

Durante a internação hospitalar, a depender das condições clínicas associadas a determinadas doenças de base, alguns pacientes podem apresentar limitações funcionais para ingestão oral de alimentos, necessitando fazer uso de uma via alternativa de alimentação para garantia de um status nutricional adequado¹.

A escolha do tipo de via de nutrição dependerá das condições clínicas relacionadas à deglutição, da integridade do trato gastrointestinal e do estado geral do paciente. A nutrição enteral, cujo acesso

⁽⁶⁾ Fonoaudióloga; Professora Adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo/SP; Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana.

Conflito de interesses: inexistente

é garantido por dispositivos como sonda nasogástrica, sonda nasoentérica e ostomias (gastrostomia e enterostomia), possibilita a oferta de alimentos diretamente no trato digestório, sendo comumente indicada na impossibilidade de ingestão oral, seja por déficits funcionais ou por condições morfológicas, desde que o trato gastrointestinal esteja funcionando total ou parcialmente². Uma das indicações da Gastrostomia é o uso da nutrição enteral por tempo prolongado, podendo as sondas nasoentéricas ou nasoentéricas gerar complicações como migração ou retirada espontânea, lesões isquêmicas no nariz, orofaringe ou esôfago, estenose e fístula traqueoesofágica³. A disfagia é apontada na literatura como o maior motivo de indicação da Gastrostomia⁴. Diante de prejuízos importantes da absorção de nutrientes pelo trato digestório, recomenda-se a via parenteral, por meio da qual serão repostos os nutrientes necessários à sobrevivência. A nutrição parenteral pode ainda ser usada para complementar a enteral, especialmente diante de prejuízos metabólicos, favorecendo a recuperação nutricional do paciente⁵.

Sendo o distúrbio da deglutição uma das causas que levam ao uso da via alternativa de alimentação, torna-se necessário compreender a sua fisiopatologia e implicações para a saúde geral. O ato da deglutição é resultante de um complexo mecanismo neuromotor cuja coordenação resultará no efetivo transporte do alimento da boca até o estômago⁶. Inadequações nesse processo com impactos no estado nutricional e/ou na hidratação e/ou para a saúde pulmonar, assim como para o prazer alimentar são descritas como disfagia⁷. Nas disfagias neurogênicas, as estruturas neurais centrais e/ou periféricas que controlam os complexos mecanismos da deglutição estão afetadas, sendo comum esse tipo de distúrbio em pacientes internados por doenças neurológicas⁸⁻¹⁰. Já nas disfagias mecânicas, o controle neurológico está intacto, porém as estruturas anatômicas responsáveis pela deglutição sofreram algum dano estrutural¹¹.

Diversos autores descreveram a alta ocorrência de disfagia nas doenças neurológicas, sendo observado esse distúrbio em 5% a 75,5% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) durante a internação, achado também verificado em estudos com pacientes sob cuidados intensivos¹²⁻¹⁵.

O nível de alerta e a cognição também foram descritos por diversos autores como fatores relevantes para o desempenho da deglutição, sendo comum diante de agitação psicomotora, déficit de atenção, concentração ou memória ocorrer interferência na eficiência da ingestão oral^{9,16}. Um estudo realizado com pacientes submetidos à intubação orotraqueal concluiu que pacientes com

acometimento neurológico associado apresentaram piores resultados na avaliação da deglutição e menor possibilidade de alimentação por via oral, condições diretamente relacionadas ao quadro cognitivo-comportamental¹⁷.

A avaliação fonoaudiológica em pacientes com sinais disfágicos ou com riscos para a disfagia favorece o diagnóstico diferencial dos distúrbios de deglutição e a definição de condutas que visem a reintrodução via oral de forma segura e eficiente, prevenindo complicações, reduzindo os custos hospitalares, acelerando a alta, além de proporcionar melhoria da qualidade de vida¹⁸⁻²¹.

Embora os distúrbios da deglutição venham sendo investigados em diversas populações, dentre elas os pacientes internados, poucos são os estudos sobre a caracterização de pacientes em uso de via alternativa de alimentação e sua relação com os quadros disfágicos. Considerando o contexto clínico relacionado ao paciente em uso de via alternativa de alimentação, o presente estudo teve como objetivo caracterizar a população em uso de via alternativa de alimentação internada em um hospital geral sem serviço de Fonoaudiologia.

■ MÉTODO

Estudo descritivo transversal prospectivo, realizado por meio da análise de prontuários de 229 pacientes internados, no período de abril a junho de 2010, em enfermarias adultas de um hospital geral de referência do Estado de Alagoas.

Para identificação dos pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados nas enfermarias adultas do hospital, realizou-se levantamento diário nos postos de enfermagem a fim de identificar, na prescrição do dia, a via alimentar indicada. Posteriormente, foram coletados os dados referentes ao sexo, idade, diagnóstico(s) médico(s) atuais, via alternativa de alimentação utilizada, queixa ou relato de dificuldades de deglutição, assim como descrição da situação nutricional e respiratória. As informações foram registradas em protocolo de coleta de dados idealizado pelas pesquisadoras (Figura 1).

Os critérios de inclusão adotados no estudo foram: pacientes internados nas enfermarias adultas, de ambos os gêneros, a partir de 18 anos de idade, em uso de via alternativa de alimentação, independente da doença de base. Foram excluídos os pacientes cujos prontuários estavam incompletos quanto às variáveis adotadas pelo estudo. Para a definição do número de participantes, não foi realizado cálculo amostral, tendo sido incluídos todos os pacientes que se encontravam internados

**PERFIL DE PACIENTES EM USO DE VIA ALTERNATIVA DE ALIMENTAÇÃO
INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS**

I) Dados de Identificação

Leito:

Enfermaria:

Ala:

Prontuário nº:

Idade:

Sexo:

() 1- Masculino

() 2- Feminino

II) Aspectos Clínicos

Via de alimentação alternativa em uso:

() 1- SNG

() 2- SNE

() 3- PEG

() 4- Jejunostomia

() 5- Parenteral

Diagnóstico médico/Doença de base:

() 1- Doença Neurológica

() 2- Doença Cardiovascular

() 3- Doença Gastrointestinal

() 4- Doenças Infeciosas

() 5- Trauma/Politrauma

() 6- Doença respiratória

() 7- Doença Metabólica

() 8- Outra

III) Aspectos relacionados à deglutição

Sintoma/sinal de dificuldade de deglutição

() 1- Não

() 2- Inapetência

() 3- Engasgo/Tosse

() 4- Recusa alimentar/Baixa ingestão oral

Justificativas para o uso da via alternativa de alimentação

() 1- Não apresenta

() 2- Rebaixamento do nível de consciência

() 3- Grave Estado Geral

() 4- Dificuldade de deglutição

() 5- Sonolência

Diagnóstico de Disfagia

() 1- Não

() 2- Sim

Diagnóstico de Desnutrição

() 1- Não

() 2- Sim

Diagnóstico de Pneumonia

() 1- Não

() 2- Sim

Figura 1 – Formulário de coleta de dados

entre abril e junho de 2010 que respondiam aos critérios de inclusão.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL sob protocolo nº 1255/09.

Os dados coletados foram armazenados em planilha eletrônica e analisados de forma descritiva e analítica por meio do programa estatístico SPSS® (versão 15.0 for Win, SPSS Inc). Para a análise da relação entre as variáveis utilizou-se o teste Qui-quadrado, adotando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

■ RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 229 pacientes, sendo 126 (55,02%) do gênero masculino e 103 (49,97%) do feminino. Em relação à idade, os sujeitos foram classificados quanto à faixa etária, tendo 31 (13,53%) apresentado idade entre 18 à 38 anos; 48 (20,96%) de 39 à 59 anos; 110 (48,03%) de 60 à 80 anos; e 40 (16,5%) de 81 à 100 anos.

A(s) doença(s) de base apresentadas pelos sujeitos, descritas na Tabela 1, foram agrupadas em seis grupos: Doenças Neurológicas, englobando (Acidente Vascular Encefálico- AVE; Traumatismo Crânio Encefálico – TCE; Demências; Traumatismo Raquimedular; e Tumor Central); Doenças Cardiovasculares (Hipertensão Arterial Sistêmica e Cardiopatias); Distúrbios Gastrointestinais (Hemorragia Gástrica; Distensão Abdominal; Fístulas; Apendicite); Doenças Respiratórias (Insuficiências Respiratórias; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC); Traumas (Ferimentos por arma de fogo – abdominal, torácico e de membros; Politraumatismos; Traumas de face); e Outras doenças (Diabetes Mellitus; Hepatopatias; Infecção de escaras; Doenças Renais; Distúrbios Psiquiátricos; Câncer de cabeça e pescoço; e Doenças Hematológicas). O tipo de doença mais prevalente foi a neurológica, e em relação à quantidade de doenças, apenas 13,10% dos sujeitos apresentaram três ou mais doenças diagnosticadas. Quanto à via de alimentação, a mais utilizada foi a sonda nasogástrica – SNG (82,53%), enquanto que a parenteral foi verificada em 1,74% dos casos. As alterações clínicas desnutrição e pneumonia estiveram presentes em 10,04% e 35,80% dos casos, respectivamente.

Segundo a Tabela 2, a via alternativa de alimentação de alimentação mais usada em todos os grupos de doença de base foi a sonda nasogástrica ($p < 0,0001$). O uso da gastrostomia (PEG) foi observado apenas no grupo de pacientes com

doenças neurológicas, enquanto que a alimentação parenteral foi mais frequente no grupo de doenças gastrointestinais.

Quando considerada as justificativas clínicas para o uso da via alternativa de alimentação (Tabela 3), observou-se diferença estatística para os pacientes em uso de Sonda nasogástrica (SNG) e Sonda nasoenteral (SNE) – $p < 0,0001$, porém, a baixa ocorrência de pacientes em uso das demais vias impossibilitou a aplicação de testes de relação no grupo de doenças gastrointestinais e traumas. O rebaixamento do nível de consciência foi a justificativa mais frequente tendo estado associado ao uso SNG e SNE em 41 (17,09%) e 3 (1,31%) dos casos, respectivamente.

Em relação às justificativas para o uso da via alternativa por grupo de doença de base, o rebaixamento do nível de consciência também foi o motivo clínico mais descrito nos prontuários. A dificuldade de deglutir foi registrada apenas no grupo de doenças neurológicas e cardiovasculares. Houve diferença estatística quando considerada a distribuição das justificativas clínicas por grupo de doença de base ($p < 0,0001$). Tabela 4

A tabela 5 ilustra a distribuição dos sintomas de dificuldade de alimentação conforme a via de alimentação em uso. Dentre os pacientes da amostra que apresentaram engasgo/tosse, todos faziam uso de alguma via enteral. Não se observou registro de sinais e sintomas de dificuldade de alimentação no grupo de sujeitos em alimentação parenteral. A ausência de registros referentes a sinais e sintomas de dificuldade de alimentação foi significativa nos grupos de pacientes em uso de SNG e SNE ($p < 0,0001$).

Quanto aos sinais e sintomas de dificuldade de alimentação (Tabela 6), houve predomínio da ausência desses achado em prontuário para todos os grupos de doença ($p < 0,001$), 20 pacientes (8,73%) apresentaram tosse associada a doenças neurológicas, enquanto que a recusa/baixa ingestão esteve associada a doenças cardiovasculares em 7 (3,05%) dos casos.

A distribuição dos sinais e sintomas de dificuldades de alimentação conforme quantidade de doenças de base, descritas na Tabela 7, revelou a alta frequência de ausência de registro nos três grupos e maior frequência de engasgo/tosse e recusa/baixa ingestão no grupo de sujeitos com uma doença de base.

Conforme os resultados expostos na Tabela 8, observou-se associação entre presença de disfagia e pneumonia ($p = 0,0098$), não ocorrendo o mesmo entre disfagia e desnutrição (0,0759).

Tabela 1 – Descrição da amostra quanto aos aspectos clínicos

Aspectos clínicos	N	%
Doenças de base*		
Neurológica	161	70,30
Cardiológica	70	30,56
Gastrointestinal	24	10,48
Respiratória	11	4,80
Trauma	18	7,86
Outras	42	18,34
Número de doenças por sujeito		
Uma	116	50,65
Duas	83	36,24
Três ou mais	30	13,10
Via de alimentação		
SNG	189	82,53
SNE	27	11,79
PEG	4	1,74
Mista	5	2,18
Parenteral	4	1,74
Pneumonia		
Sim	82	35,80
Não	147	64,19
Desnutrição		
Sim	23	10,04
Não	206	89,95

SNG= Sonda nasogástrica; SNE= Sonda nasoenteral; PEG= Gastrostomia.

Tabela 2 – Distribuição da via alternativa em uso conforme doença de base

Doença de base	Via de alimentação										Valor de p
	SNG		SNE		PEG		Mista		Parenteral		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Neurológica	133	58,07	22	9,6	3	1,31	5	2,18	1	0,43	<0,0001
Cardiovascular	62	27,07	5	2,18	-	-	-	-	1	0,43	<0,0001
Gastrointestinal	20	8,73	1	0,43	-	-	-	-	2	0,87	NA
Trauma	12	5,24	5	2,18	-	-	-	-	-	-	NA

SNG= Sonda nasogástrica; SNE= Sonda nasoenteral; PEG= Gastrostomia; RNC= Rebaixamento do Nível de Consciência; GEG= Grave estado geral; Não apresenta= não descrito em prontuário; NA= Não há teste aplicável.

*valores estatisticamente significantes ($p < 0,05$) – Teste Qui-quadrado

Tabela 3 – Distribuição das justificativas clínicas conforme via alternativa de alimentação em uso

Via de alimentação	Justificativa para o uso da via										Valor de p
	RNC		Sonolência		GEG		Dificuldade em deglutir		Não apresentou		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
SNG	41	17,09	2	0,87	4	1,74	8	3,49	75	32,75	<0,0001*
SNE	3	1,31	-	-	-	-	1	0,43	23	0,10	<0,0001*
PEG	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,74	NA
Mista	1	0,43	-	-	-	-	-	-	4	1,74	NA
Parenteral	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,74	NA

SNG= Sonda nasogástrica; SNE= Sonda nasoenteral; PEG= Gastrostomia; RNC= Rebaixamento do Nível de Consciência; GEG= Grave estado geral; Não apresentou= não descrito em prontuário; NA= Não há teste aplicável.

*valores estatisticamente significantes (p< 0,05)- Teste Qui-quadrado

Tabela 4 – Distribuição das justificativas para o uso da via alternativa de alimentação conforme doença de base

Doença de base	Justificativa para o uso da via										Valor de p
	RNC		Sonolência		GEG		Dificuldade em deglutir		Não apresentou		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Doença de base	32	13,97	1	0,43	3	1,31	9	3,93	119	51,96	<0,0001
Neurológica	14	6,11	-	-	1	0,43	2	0,87	51	22,27	<0,0001
Cardiovascular	2	0,87	1	0,43	-	-	-	-	20	8,73	<0,0001
Gastrointestinal	4	1,74	-	-	2	0,87	-	-	11	4,80	<0,0001
Trauma	32	13,97	1	0,43	3	1,31	9	3,93	119	51,96	<0,0001

RNC= Rebaixamento do Nível de consciência; GEG= Grave estado geral; Não apresenta= não descrito em prontuário.

*valores estatisticamente significantes (p< 0,05) –Teste Qui-quadrado

Tabela 5 – Distribuição dos sinais e sintomas de dificuldade de alimentação conforme via alternativa de alimentação em uso

Via de alimentação	Sinais e Sintomas										Valor de p
	Inapetência		Engasgo/ Tosse		Recusa/ Baixa ingesta		Escape extra-oral		Não apresenta		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
SNG	6	2,62	16	6,98	21	9,17	2	0,87	144	62,8	<0,0001*
SNE	1	0,43	6	2,62	2	0,87	2	0,87	16	6,98	<0,0001*
PEG	2	0,87	1	0,43	1	0,43	-	-	-	-	NA
Mista	-	-	1	0,43	-	-	1	0,43	3	1,31	NA
Parenteral	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,74	NA

SNG= Sonda nasogástrica; SNE= Sonda nasoenteral; PEG= Gastrostomia; Não apresenta= não descrito em prontuário;

NA= Não há teste aplicável.

*valores estatisticamente significantes (p< 0,05)- Teste Qui-quadrado

Tabela 6 – Distribuição dos sinais e sintomas de dificuldade de alimentação conforme doença de base

Doença de base	Sinais e Sintomas										Valor de p
	Inapetência		Engasgo/Tosse		Recusa/Baixa ingestão		Escape extra-oral		Não apresenta		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Neurológica	5	2,18	20	8,73	18	7,86	4	1,74	117	51,0	<0,001*
Cardiovascular	4	1,74	2	0,87	7	3,05	1	0,43	54	23,5	<0,001*
Gastrointestinal	-	-	2	0,87	3	1,31	-	-	18	7,86	<0,001*
Trauma	1	0,43	2	0,87	-	-	1	0,43	13	5,67	<0,001*

Não apresenta= não descrito em prontuário.

*valores estatisticamente significantes (p< 0,05)- Teste Qui-quadrado

Tabela 7- Distribuição dos sinais e sintomas conforme quantidade de doenças de base

Sintomas	Quantidade de doenças de base						Valor de p
	Uma		Duas		Três ou mais		
	N	%	N	%	N	%	
Inapetência	6	2,62	2	0,87	1	0,43	NA
Engasgo/Tosse	16	6,98	7	3,05	1	0,43	0,0008*
Recusa/Baixa ingestão	13	5,67	8	3,49	3	1,31	0,0439*
Escape extra oral	2	0,87	3	1,31	-	-	NA
Não apresenta	79	34,49	63	27,51	25	10,9	<0,0001*

NA= Não há teste aplicável; Não apresenta= não descrito em prontuário.

*valores estatisticamente significantes (p< 0,05).

Tabela 8 – Associação entre disfagia e diagnóstico de pneumonia e desnutrição

Achados clínicos	Disfagia				Valor de p
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Pneumonia					
Sim	11	4,80	71	31	0,0098*
Não	6	2,62	141	61,57	
Desnutrição					
Sim	4	1,74	19	8,29	0,0759
Não	13	5,67	193	84,27	

*valores estatisticamente significantes (p< 0,05). Teste Qui-quadrado

■ DISCUSSÃO

Os resultados verificados neste estudo evidenciaram que 31,30% da amostra foi constituída por idosos (sujeitos acima de 60 anos de idade), população na qual o efeito do envelhecimento no processo de deglutição, associado a alterações da saúde, tornam o mecanismo mais vulnerável a distúrbios como a disfagia. Mudanças na cavidade oral relacionadas ao envelhecimento podem levar

a redução da mobilidade das estruturas orofaciais, perda das papilas gustativas e da dentição, interferindo na preparação do bolo alimentar e, consequentemente, na eficiência da ingestão oral^{22,23}.

A utilização de vias alternativas de alimentação por pacientes sob cuidados hospitalares foi relatada por diversos estudos, os quais relacionaram os distúrbios de deglutição a doenças como AVE, TCE, Demências, Câncer de cabeça e pescoço ou a fatores como o rebaixamento do nível de

consciência, déficit cognitivo, grave estado geral e uso prolongado de ventilação mecânica^{15,24,25}. Nesse estudo, várias foram as doenças de base observadas, porém a maioria dos pacientes (70,30%) possuía diagnóstico de algum acometimento neurológico. A associação entre disfagia e doenças neurológicas também foi descrita em estudos anteriores^{10,12,13,18,24}. As doenças cardiológicas apresentaram a segunda maior incidência (30,56%), grupo que, quando complicados por neuropatia central, podem necessitar de suporte enteral prolongado, sendo em alguns casos indicada a gastrostomia²⁶.

Na presença de múltiplas doenças o risco para o desenvolvimento de quadro disfágico é acentuado, respondendo muitas vezes pelo agravamento do estado geral do paciente. O rebaixamento do nível de consciência (RNC) foi considerado em um estudo como forte preditor para o risco de aspiração, tendo em vista a menor capacidade do sujeito para desenvolver mecanismos protetivos quando este se encontra em estado de alerta diminuído¹⁶. Neste estudo, o RNC foi a justificativa mais utilizada para o uso de via alternativa de alimentação para todos os grupos de doenças ($p < 0,0001$). O *delirium*, déficit cognitivo transitório de início agudo e abrupto relacionado a uma causa orgânica é um achado clínico comumente encontrado na população geriátrica com implicações na ingesta oral segura e eficiente. Uma pesquisa realizada com pacientes idosos com diagnóstico de *delirium* durante a internação demonstrou que em 42,40% a conduta fonoaudiológica adotada em relação à alimentação foi a indicação de via enteral e 21,20% a via mista. A alimentação enteral nesses casos visa a prevenção de pneumonias aspirativas, os déficits nutricionais e até mesmo o óbito por inanição²⁷.

A pneumonia esteve presente em 35,80% dos casos estudados, tendo-se observado associação entre esse achado e a disfagia ($p = 0,0098$). Os dados da literatura quanto à relação entre aspiração traqueal e alteração da saúde pulmonar são controversos, tendo sido verificado em uma pesquisa que apenas 50% dos pacientes aspiradores cursaram com pneumonia aspirativa, tendo-se considerado como fatores predisponentes a origem, o volume, a condição clínica do paciente e a patogenidade do conteúdo aspirado²⁸. Outro aspecto a ser considerado é que, embora as sondas seja comumente adotadas como via de alimentação para pacientes com distúrbio da deglutição, questiona-se a eficiência do uso deste recurso na prevenção das complicações pulmonares, pois além de não excluir o risco de aspiração de secreções altas²⁹. Um estudo realizado com 173 pacientes com lesão neurológica severa identificou que 81% daqueles que apresentaram pneumonia, faziam uso de via

alternativa de alimentação exclusiva¹⁷. Em contrapartida, um estudo com pacientes pós AVE constatou que a incidência de pneumonia foi significativamente mais alta em sujeitos em uso de dieta via oral quando comparado aqueles em uso de tubo de alimentação³⁰. Esses autores discutem a relação entre o uso das SNG e SNE com o aumento da colonização bacteriana (biofilme) e com a dessensibilização dos mecanismos de proteção de vias aéreas superiores. O efeito do calibre da sonda sobre os esfíncteres esofágico superior e inferior na também é citado como um dos fatores que favorecem a broncoaspiração^{29,30}.

A SNG e a SNE foram as vias de alimentação mais prevalentes, tendo sido observadas em 82,53% e 11,79% dos casos, respectivamente. Possivelmente, por serem as vias mais comuns em quadros de distúrbios da deglutição crônicos e/ou irreversíveis, a Gastrostomia foi observada em apenas 1,74% da amostra estudada. Tendo em vista, que o uso da nutrição enteral tem como propósito de evitar o déficit nutricional e as complicações advindas dela em pacientes graves e/ou com distúrbio da deglutição^{1,31}, o uso deste recurso pelos pacientes do estudo, pode justificar a baixa frequência da desnutrição, citada em apenas 10,04%, dos casos, assim como a ausência de associação desta comorbidade com a presença de disfagia no grupo ($p = 0,0759$). Acredita-se ainda que as dificuldades de realização da clínica de pacientes acamados podem levar ao subdiagnóstico dos distúrbios nutricionais.

Um estudo multicêntrico realizado no Brasil envolvendo 4.000 pacientes internados em hospitais da rede SUS de diversas regiões do país identificou que dos 48,9% dos pacientes com diagnóstico de desnutrição, 10,10% faziam uso de alimentação enteral³². Em outro, desenvolvido com pacientes com prescrição de nutrição enteral, observou-se que 29% dos 100 sujeitos submetidos à avaliação nutricional precedente ao uso da via foram classificados como desnutridos. Em ambos os estudos, a disfagia não foi considerada uma variável³³.

Embora apenas 18(6,55%) dos pacientes da amostra tenham apresentado registro de disfagia em prontuário, manifestações como engasgo/tosse, recusa alimentar/baixa ingestão oral e/ou inapetência foram descritas nos prontuários dos casos estudados. Acredita-se, portanto, que este distúrbio foi subdiagnosticado, podendo a incidência ser mais expressiva, uma vez que a disfunção da deglutição é uma das principais justificativas para a indicação de uma via alternativa de alimentação, além da alta prevalência de doenças neurológicas como doença de base, as quais cursam frequentemente com quadros disfágicos transitórios ou permanentes.

A ausência efetiva do fonoaudiólogo na instituição na qual foi realizado o estudo parece contribuir com esta realidade, tendo em vista que este é o profissional habilitado para prevenir, avaliar e reabilitar os distúrbios da deglutição.

Nos últimos anos observou-se um aumento significativo do registro da disfagia, como diagnóstico primário ou secundário, em prontuário hospitalar. Tal panorama parece ser resultado da maior atenção destinada aos sintomas de distúrbios da deglutição e sua documentação nos prontuários médicos. É possível que o aumento da expectativa de vida da população e a maior sobrevivência proporcionada pelo avanço dos cuidados médico-hospitalares também contribuam para essa realidade³⁴.

O impacto da atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar vem sendo comprovado cientificamente, proporcionando inclusive, redução dos custos hospitalares, visto que muitos pacientes conseguem progredir para a via oral total, não necessitando mais de via complementar, sendo ainda minimizado os riscos de complicação do

estado geral quando diagnosticado e reabilitado os distúrbios da deglutição^{20,21,35-37}. Considerando que alguns pacientes apresentam prognóstico reservado, podendo não progredir para a via oral exclusiva, mesmo quando acompanhados pela Fonoaudiologia, é imprescindível definir a rotina para a condução desses casos, incluindo a programação da gastrostomia ou manutenção desta.

■ CONCLUSÃO

A caracterização da amostra quanto à faixa etária e às doenças de base mais prevalentes, associadas à presença da utilização de via alternativa de alimentação, sugerem que parte desta população seja disfágica ou apresentem riscos para o desenvolvimento desse distúrbio. A constante ausência de dados referentes às incapacidades/limitações relacionadas à alimentação demonstrou a pouca relevância clínica dada às manifestações funcionais pela instituição hospitalar na qual o estudo foi realizado.

ABSTRACT

Purpose: to characterize the population submitted to administration of alternative feeding route admitted to a general hospital in the state of Alagoas. **Method:** data from medical records of 229 patients admitted to adult infirmary were investigated. Data referring to the administration of alternative feeding route in use and clinical aspects related to swallowing disorders were analyzed. **Results:** there was a predominance of male participants (55.02%) in the sample. From the total sample, 70.3% of participants were diagnosed with a neurological disease and most of them used the nasogastric tube (82.53%) as feeding route. There was an association between the variables pneumonia and dysphagia ($p = 0.0098$). However, no association between malnutrition and dysphagia was found ($p = 0.0759$). There was also a high frequency of absence of data concerning symptoms of feeding difficulty as well as about justification for the use of the alternative feeding route. **Conclusion:** the population studied presented risk factors for development of dysphagia. The shortage of data revealed the little importance given to functional manifestation at the hospital context.

KEYWORDS: Deglutition Disorders; Adult; Enteral Nutrition; Epidemiology

■ REFERÊNCIAS

1. Leite HP, Carvalho WB, Santana e Meneses JF. Atuação da equipe multidisciplinar na terapia nutricional de pacientes sob cuidados intensivos. *Rev. Nutr.* 2005; 18(6):777-84.
2. Macedo Filho ED, Gomes GF, Furkim AM. Cuidados do paciente disfágico. In: Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise; 2000.
3. Coppini LZ, Waitzberg DL. Complicações da nutrição enteral. In: Waitzberg DL, ed. Nutrição enteral e parenteral na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 1995. p.198-205.
4. Minicuccu MF, Silva GF, Matsui M, Inoue RMT, Zornoff LAM, Matsubara LS, Paiva SAR. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. *Rev. Nutr.* 2005; 18(4):553-9.
5. Castro DLL, Freitas MM, Zaban ALRS. Terapia nutricional enteral e parenteral: complicações em

- pacientes críticos – uma revisão de literatura. *Com. Ciências Saúde*. 2009;20(1):65-74.
6. Macedo Filho ED. O papel da fase faríngea nos processos disfágicos. In: *Tópicos em deglutição e disfagia*. Medsi; 2003.
 7. Furkim. AM; Silva RG. *Programas de Reabilitação em Disfagia Neurogênica*. São Paulo: Frôntis, 1999.
 8. Silva RG. Disfagia neurogênica em adultos pós-acidente vascular encefálico: identificação e classificação. In: Macedo Filho ED, Pissani JC, Carneiro HJ, Gomes FG. *Disfagia: abordagem multidisciplinar*. São Paulo, Frontis Editorial, 1999.
 9. Padovani AR, Moraes DP, Medeiros GC, Almeida TM, Andrade CRF. Intubação orotraqueal e disfagia: comparação entre pacientes com e sem dano cerebral. *Einstein*. 2008; 6(3):343-9.
 10. Barros AFF, SRC Fábio, Furkim AM Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64(4):1009-14.
 11. Groher ME, Gonzales EE. Mechanical disorders of swallowing. In: Groher ME. *Dysphagia: diagnoses e management*. 2 ed. Boston: Butterworth-Heinemann, 1992.
 12. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(2-B):503-6.
 13. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing disorders following acute stroke: prevalence and diagnostic accuracy. [Cerebrovasc Dis](#). 2000;10(5):380-6.
 14. Moraes MAS, Coelho WJP, Castro G, Nemr Kátia. Incidência de disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev CEFAC*. 2006; 8(2): 171-7.
 15. Padovani AR, Andrade CRF. Perfil funcional da deglutição em unidade de terapia intensiva clínica. *Einstein*. 2007,5(4): 358-62.
 16. Goldsmith T. Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal intubation and tracheostomy. *Int Anesthesiol Clin*. 2000;38 (3):219-42.
 17. Hansen TS, Larsen K, Engberg W. The Association of Functional Oral Intake and Pneumonia in Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008; 89: 2114-20.
 18. De Pippo KL, Holas MA, Reding MJ, Mandel FS, Lesser ML. Dysphagia therapy following stroke: a controlled trial. *Neurology*. 1994 Set; 44(9):1655-60.
 19. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(3):199-205.
 20. Silvério CC, Hernandez AM, Gonçalves MIR. Ingesta Oral do paciente hospitalizado com Disfagia Orofaríngea. *Rev. CEFAC*. 2010 Nov-Dez; 12(6):964-70.
 21. Moraes DP, Andrade CRF. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(1):89-94.
 22. Suzuki HS, Nasi A, Ajzen S, Bilton T, Sanches EP. Avaliação clínica e videofluoroscópica de pacientes com distúrbio de deglutição – estudo comparativo em dois grupos etário: adultos e idosos. *Arq. Gastroenterol*. 2006; 43(3): 201-5.
 23. Fiorese AC, Bilton T, Venites JP, Sanches EP. Estudo das alterações de maior ocorrência nas fases oral e faríngea da deglutição, entre 20 e 93 anos de idade, avaliados pela videofluoroscopia. *Distúrbios da comunicação*. Dezembro, 2004;16(3): 301-12.
 24. Gomes GF, Campos AC, Pisani JC, Filho EM, Filho JR, Malafaia O, et al. Sonda nasointestinal, aspiração traqueal e pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cerebrovascular complicada por disfagia orofaríngea. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2003; 16(4): 189-92.
 25. Finuncane TE, Christmas C, Travis K. Alimentação por sonda em paciente com demência avançada – revisão das evidências. *J Am Med Assoc*. 2000;4(2):2772-827.
 26. Cukier C, Magnoni CD, Poletti P e Tacla M. Gastrostomia endoscópica em pacientes com cardiopatia complicada. *Arq. Gastroenterol*. 2000; 37(4): 208.
 27. Pelegrini P, Venites JP, Bilton TL. Perfil das condutas alimentares de idosos com delirium durante a internação hospitalar. *Distúrb Comun*. 2007;19(1):63-71.
 28. Marik PE. Primary care: Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N. Engl. J. Med*. 2001;344(9): 665-71.
 29. Mc Cann R. Falta de evidências sobre alimentação por sonda – elementos a se considerar. *J. Am. Med.Assoc*. 2000;4(2): 2819-20.
 30. Nakajoh K, Nakagawa T, Sekizawa K, Matsui T, Arai H, Sasaki H. Relation between incidence of pneumonia and protective reflexes in post-stroke patients with oral or tube feeding. *Journal of Internal Medicine*. 2000; 247:39-42.
 31. Barton RG – Nutrition support in critical illness. *Nutr Clin Pract*. 1994;9:127-39.
 32. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI – Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17:573-80.
 33. Leandro-Merhi VA, Morete JL, Oliveira MRM. Avaliação do estado nutricional precedente

ao uso de nutrição enteral. Arq Gastroenterol. 2009;46:219-24.

34. Santoro PP. Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, ações terapêuticas e perspectivas futuras [Editorial]. Rev CEFAC. 2008; 10(2): 0-0.

35. Furkim AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional

de ingestão oral como marcador. Rev CEFAC. 2008; 10 (4): 503-12.

36. Odderson IR, Keaton JC, Mc Kenns BS. Swallow management in patients on an acute stroke pathway: quality is cost effective. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995; 76(12):1130-3.

37. Silva RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2007;19(1) :123-30.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000079>

RECEBIDO EM: 18/08/2011

ACEITO EM: 19/11/2011

Endereço para correspondência:

Ana Paula Cajaseiras de Carvalho

Rua José Luiz Calazans, s/n, Condomínio Parque

Jatiúca, Bloco E3/ Apt 201

Jatiúca, Maceió – AL

CEP: 57035-850.

E-mail:anacajaseiras@yahoo.com.br