

Artigo Original

Original Article

Renata Mancopes¹
 Bruna Franciele da Trindade Gonçalves²
 Cintia Conceição Costa²
 Talita Cristina Favero²
 Daniela Rejane Constantino Drozd²
 Diego Fernando Dorneles Bilheri³
 Stéfani Fernanda Schumacher⁴

Descritores

Fonoaudiologia
 Deglutição
 Transtornos de Deglutição

Keywords

Speech, Language and Hearing Sciences
 Deglutition
 Deglutition Disorders

Endereço para correspondência:
 Bruna Franciele da Trindade Gonçalves
 Avenida Borges de Medeiros, 25,
 Salgado Filho, Santa Maria (RS),
 Brasil, CEP: 97040-000.
 E-mail: brunna_fono@yahoo.com.br

Recebido em: 22/04/2014

Aceito em: 28/07/2014

Correlação entre o motivo do encaminhamento, avaliação clínica e objetiva do risco para disfagia

Correlation between the reason for referral, clinical, and objective assessment of the risk for dysphagia

RESUMO

Objetivo: Correlacionar o motivo do encaminhamento para o serviço de fonoaudiologia de um hospital universitário com os resultados da avaliação clínica e objetiva do risco para disfagia. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional, analítico de caráter retrospectivo e quantitativo. Os dados utilizados foram advindos do banco de dados, sendo utilizadas as informações do motivo do encaminhamento para o serviço de Fonoaudiologia, resultados da avaliação clínica para o risco de disfagia e também da videofluoroscopia da deglutição. **Resultados:** Houve diferença média entre as variáveis motivo do encaminhamento, resultados encontrados na avaliação clínica e objetiva da deglutição e a escala de penetração/aspiração, embora os valores não tenham sido estatisticamente significantes. Foi constatada correlação estatisticamente significativa entre avaliação clínica, avaliação objetiva e escala de penetração, sendo que a maior delas ocorreu entre os resultados da avaliação objetiva e a escala de penetração. **Conclusão:** Houve correlação entre a avaliação clínica e objetiva da deglutição e diferença média entre as variáveis do motivo do encaminhamento com as respectivas avaliações. Isso demonstra a importância da associação entre os dados do histórico do paciente e os resultados da avaliação clínica e exames complementares, como a videofluoroscopia, para a identificação correta da alteração de deglutição, sendo importante ainda combinar o uso de escalas de gravidade de penetração/aspiração para estabelecer o diagnóstico.

ABSTRACT

Purpose: To correlate the reason for referral to speech therapy service at a university hospital with the results of clinical and objective assessment of risk for dysphagia. **Methods:** This is a cross-sectional, observational, retrospective analytical and quantitative study. The data were gathered from the database, and the information used was the reason for referral to speech therapy service, results of clinical assessment of the risk for dysphagia, and also from swallowing videofluoroscopy. **Results:** There was a mean difference between the variables of the reason for the referral, results of the clinical and objective swallowing assessments, and scale of penetration/aspiration, although the values were not statistically significant. Statistically significant correlation was observed between clinical and objective assessments and the penetration scale, with the largest occurring between the results of objective assessment and penetration scale. **Conclusion:** There was a correlation between clinical and objective assessments of swallowing and mean difference between the variables of the reason for the referral with their respective assessment. This shows the importance of the association between the data of patient's history and results of clinical evaluation and complementary tests, such as videofluoroscopy, for correct identification of the swallowing disorders, being important to combine the use of severity scales of penetration/aspiration for diagnosis.

Trabalho realizado no Laboratório de Disfagia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

(1) Curso de Graduação em Fonoaudiologia e Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

(2) Universidade Federal de Santa Maria – (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil.

(3) Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

(4) Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

Fonte de financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A deglutição é uma função vital e envolve um número grande de estruturas e que, se alteradas, podem acarretar diversos problemas para o indivíduo⁽¹⁾. As anomalias do processo da deglutição têm etiologia multifatorial e complexa, que, muitas vezes, dificulta o esclarecimento diagnóstico da sua causa efetiva. Várias publicações têm evidenciado que os distúrbios da deglutição apresentam elevadas taxas de morbimortalidade, custo bastante expressivo para a reabilitação e que os melhores resultados terapêuticos são obtidos nos casos em que foi possível estabelecer o diagnóstico de modo claro e precoce⁽²⁾.

Sabe-se que qualquer alteração que comprometa a correta sequência fisiológica do transporte do bolo alimentar da boca até a entrada no estômago pode ser considerada disfagia⁽¹⁾. Muitos pacientes apresentam queixas de engasgos e estase de alimento na garganta, no entanto, a diminuição da sensibilidade laríngea e do reflexo de tosse, comum nas disfagias, pode mascarar o quadro e dificultar a autopercepção do paciente.

A avaliação fonoaudiológica da deglutição ocorre por meio da avaliação clínica e da realização de exame que estuda a dinâmica da deglutição e pode esclarecer objetivamente os distúrbios específicos nas fases oral e/ou faríngea como a videofluoroscopia⁽³⁾.

A videofluoroscopia é o exame considerado padrão ouro para a avaliação das disfagias, pois fornece uma imagem dinâmica de todas as fases da deglutição, bem como uma avaliação da anatomia e fisiologia orofaríngea⁽⁴⁾. Os pacientes que não apresentam queixas devem ser avaliados com muita atenção e, se necessário, devem ser submetidos ao exame objetivo da deglutição, evitando complicações decorrentes das aspirações silenciosas ou da disfunção da deglutição por si só, como a desnutrição e desidratação⁽⁵⁾.

A indicação desse exame ultrapassa o objetivo diagnóstico e contribui para o entendimento do grau das alterações encontradas e sua respectiva etiologia, o que fortalece o planejamento terapêutico, que passa a ser baseado em imagem funcional⁽¹⁾.

Aqueles que apresentam queixas nem sempre apresentam alteração durante exame objetivo da deglutição, o que pode ser justificado tanto pela alteração na percepção de sua alteração como também, devido ao fato de que no exame objetivo é possível observar somente um momento, muitas vezes não correspondendo à situação convencional de alimentação. No entanto, a queixa do paciente deve ser considerada e correlacionada com dados da avaliação clínica e com os dados da funcionalidade da deglutição⁽⁵⁾.

Por essa razão, o objetivo do presente estudo foi correlacionar o motivo do encaminhamento para o serviço de Fonoaudiologia de um hospital universitário com os resultados da avaliação clínica e objetiva do risco para disfagia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional, analítico de caráter retrospectivo e quantitativo em banco de dados. Os dados utilizados foram advindos do banco de dados, sendo utilizadas as informações do motivo do encaminhamento para o serviço de Fonoaudiologia, resultados da avaliação clínica para o risco de disfagia e também da videofluoroscopia da deglutição de pacientes em acompanhamento fonoaudiológico

no Ambulatório de Disfagia do Hospital Universitário de Santa Maria, no período de agosto de 2011 a dezembro de 2012.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número 23081.013174/2011-46. Ressalta-se que, por meio da realização do termo de confidencialidade, os pesquisadores se comprometeram a utilizar as informações para a realização de pesquisa, desde que mantido o sigilo da identidade pessoal.

Os critérios de inclusão adotados foram: apresentar motivo do encaminhamento para o serviço de Fonoaudiologia e possuir dados completos referentes às avaliações no banco de dados. Os critérios de exclusão foram: dados incompletos da avaliação no banco de dados. A partir da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 36 sujeitos de ambos os gêneros, os quais foram divididos em faixas etárias: adulto (19 a 44 anos), meia idade (45 a 64 anos) e idoso (65 a 78 anos), de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os motivos dos encaminhamentos foram divididos em tosse, dificuldade de alimentação e mal estado geral.

A avaliação da deglutição foi realizada baseada no Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia⁽⁶⁾, sendo realizado, assim, o teste de deglutição da água e teste de deglutição de alimento pastoso, procurando estabelecer a classificação do grau de disfagia e condutas. Foi determinado também o nível de ingestão oral por meio da escala FOIS⁽⁷⁾. Para a realização da avaliação, o paciente foi posicionado sentado ou com a cabeça elevada em ângulo de 90°.

Além disso, foi realizada a ausculta cervical para constatar a presença de ruído anormal antes ou após a deglutição, verificado o tempo de trânsito oral nas diferentes consistências, sendo considerado adequado quando o tempo máximo de permanência do alimento na boca foi de quatro segundos e lento quando o tempo de trânsito oral foi mais de quatro segundos e, simultaneamente, foi realizada a oximetria com oxímetro portátil⁽⁶⁾. A cada troca de consistência, foi solicitado que o paciente emitisse a vogal /a/ em tempo máximo de fonação com vistas a realizar avaliação perceptivo-auditiva, a fim de constatar possível alteração na qualidade da voz, como a presença de voz molhada, a qual é um sinal indicativo de penetração laríngea.

A videofluoroscopia foi realizada por fonoaudióloga experiente na área, sendo acompanhada pelo técnico em radiologia e/ou médico radiologista. Inicialmente, foram registrados aspectos das condições do paciente no momento do exame referentes ao estado geral, dentição, condições respiratórias e de alimentação.

No exame propriamente dito, foram observados os seguintes aspectos: fase oral-captção do bolo, vedamento labial, posicionamento do bolo, escape extraoral, preparação/mastigação, ejeção oral, coordenação entre fase oral e fase faríngea e presença de resíduos em cavidade oral após a deglutição. Na fase faríngea: vedamento velofaríngeo, penetração laríngea, aspiração traqueal, resíduos em recessos faríngeos, valéculas, parede da faringe e recessos piriformes, além da assimetria na descida do bolo pela faringe. Todos esses aspectos foram observados nos volumes de 5 mL, 10 mL e goles livres. Foram consideradas dentro da normalidade até três deglutições para cada volume, sendo consideradas múltiplas aquelas que excederam esse número.

As consistências utilizadas no exame foram: líquido, néctar, mel, pudim e sólido (pão ou bolacha). As consistências foram preparadas com bário em diluição de 50% e o espessamento

seguiu as indicações do fabricante. Os alimentos foram preparados previamente pelo examinador momentos antes do exame.

Após a avaliação videofluoroscópica, a classificação da disfagia foi realizada de acordo com o proposto por O'Neil et al.⁽⁸⁾, que subdivide o resultado da avaliação em sete níveis, sendo eles: nível I – deglutição normal; nível II – deglutição funcional; nível III – disfagia orofaríngea leve; nível IV – disfagia orofaríngea leve a moderada; nível V – disfagia orofaríngea moderada; nível VI – disfagia orofaríngea moderada a grave e nível VII – disfagia orofaríngea grave.

Para a presença de penetração e/ou aspiração, utilizou-se a escala de Rosenbek et al.⁽⁹⁾. A categoria de penetração corresponde até o nível 5 da escala e do nível 6 ao nível 8 corresponde a aspiração laringotraqueal, sendo:

- o contraste não entra em via aérea;
- contraste entra até acima das pregas vocais, sem resíduo;
- contraste permanece acima das pregas vocais, resíduo visível;
- contraste atinge a prega vocal, sem resíduo;
- contraste atinge a prega vocal, resíduo visível. A categoria aspiração corresponde aos níveis seguintes, a saber:
- contraste passa o nível glótico, mas não há resíduos no nível subglótico;
- contraste passa o nível glótico com resíduo no nível subglótico, mas o paciente responde;
- contraste passa a glote com resíduo na subglote, mas o paciente não responde.

Após a tabulação dos dados, foram utilizados os *softwares*: *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 1.7, Minitab 1.6 e Excel Office 2010 e realizou-se a análise estatística com a utilização dos testes paramétricos, adotando-se o nível de significância de 5%. Para medir o grau de relação entre a avaliação clínica, objetiva e escala de penetração, utilizou-se a correlação de Pearson. Na comparação do motivo do encaminhamento para o serviço de Fonoaudiologia com a média das variáveis avaliação clínica, objetiva e escala de penetração, utilizou-se o teste ANOVA.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a comparação do motivo do encaminhamento com os resultados encontrados na avaliação clínica e objetiva da deglutição e a escala de penetração/aspiração.

A Tabela 2 evidencia a correlação da avaliação clínica com a objetiva e a escala de penetração/aspiração.

DISCUSSÃO

A disfagia é considerada um sintoma de diferentes etiologias e que traz complicações clínicas como a desnutrição, a desidratação e a aspiração⁽¹⁻¹⁰⁾. Para a identificação adequada da presença de um distúrbio de deglutição, a avaliação deve possibilitar a compreensão de alguns aspectos como o motivo do encaminhamento, elucidação da causa, a capacidade de proteção da via aérea inferior, o risco aspirativo e as condições do paciente em se nutrir e fazer a ingestão hídrica por via oral de forma segura⁽¹⁻¹⁰⁾.

A Tabela 1 demonstra a comparação do motivo do encaminhamento com os resultados encontrados na avaliação clínica e objetiva da deglutição e a escala de penetração/aspiração.

Tabela 1. Comparação do encaminhamento com Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia, videofluoroscopia e escala de penetração

Motivo do encaminhamento	Média±DP (Mediana)	CV (%)	IC	Valor p
PARD				
Tosse (n=17)	2,59±1,84 (2)	71	0,87	
Dificuldade de Alimentação (n=12)	2,67±2,10 (2)	79	1,19	0,747
Mal estado geral (n=7)	3,29±2,56 (2)	78	1,9	
Videofluoroscopia				
Tosse (n=17)	5,18±1,88 (6)	36	0,89	
Dificuldade de Alimentação (n=12)	5,00±1,71 (5,5)	34	0,97	0,377
Mal estado geral (n=7)	4,00±2,16 (4)	54	1,6	
Escala de penetração				
Tosse (n=17)	2,00±2,15 (1)	108	1,02	
Dificuldade de Alimentação (n=12)	2,67±2,67 (1)	100	1,51	0,154
Mal estado geral (n=7)	4,29±3,25 (3)	76	2,41	

Legenda: CV = coeficiente de variação; IC = intervalo de confiança; PARD = Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia; DP = desvio padrão

Tabela 2. Correlação do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia, videofluoroscopia e escala de penetração

	PARD	Videofluoroscopia
Videofluoroscopia		
Correlação	-50,1%	
Valor de p	0,002	
Escala de penetração		
Correlação	44,9%	-76,5%
Valor de p	0,006	<0,001

Legenda: PARD = Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia

A literatura sugere diversas formas de realizar a avaliação da deglutição, dentre elas: a realização de *screenings* ou triagens, que podem ser realizados por outros profissionais, desde que não haja oferta de alimento e que a queixa seja apenas identificada para a adequada constatação; avaliação fonoaudiológica clínica e avaliação objetiva da deglutição (videofluoroscopia)^(1,11-13).

O trabalho de Clavé et al.⁽¹⁴⁾ verificou a eficácia da aplicação de um teste de triagem mudando volume e viscosidade (V-VST) associada à videofluoroscopia, para identificar a dificuldade de deglutição em 97 sujeitos, 85 com disfagia e 12 sem disfagia. Concluíram ser um método sensível à identificação da dificuldade, embora tenha enfatizado a necessidade de realizar o exame objetivo para melhor esclarecimento dos achados.

A avaliação clínica da deglutição está sujeita à competência do fonoaudiólogo ao avaliar as estruturas anatômicas e os processos neurofisiológicos envolvidos na deglutição⁽¹⁵⁾. Durante a avaliação, torna-se importante obter informações a partir da anamnese e dos procedimentos específicos que irão possibilitar a verificação do funcionamento das fases da deglutição; entretanto, às vezes, torna-se necessária a realização de exames objetivos.

Em algumas situações, somente a realização da avaliação clínica não é suficiente para detectar a presença da disfagia de modo preciso, haja vista que esta não é sensível à detecção de

estases em difícil localização, o que pode levar à aspiração tardia⁽¹²⁾, sendo necessário lançar mão de métodos objetivos de avaliação. A videofluoroscopia é o exame padrão ouro que define a anatomia e fisiologia da deglutição por meio da oferta de diferentes consistências e, somente a partir desta, é possível constatar a presença de aspiração silenciosa^(1,2,12,13,16,17).

Costa⁽¹⁸⁾ afirmou que a videofluoroscopia, além de ser um método radiológico necessário ao conhecimento médico, propicia um diagnóstico adequado, permitindo uma conduta terapêutica específica com pacientes disfágicos e que, sem o uso desse exame, a conduta terapêutica ocorre de forma empírica.

No estudo de Suzuki et al.⁽²⁾, os pesquisadores fizeram avaliação clínica e objetiva em 70 indivíduos com queixa de dificuldade para deglutir, sendo os mesmos divididos em dois grupos, adultos e idosos. Constataram relação entre queixa de sensação de alimento parado no esôfago e presença de retardo no esvaziamento esofágico, ao exame objetivo. No grupo de idosos, foram encontradas relações entre a queixa de tosse e a presença de estase em recessos piriformes e a queixa de tosse e a presença de penetração laríngea pelo meio de contraste.

Os autores ressaltaram ainda a importância da realização de avaliação objetiva da deglutição mesmo em casos onde não há patologia de base associada à queixa de deglutição, pois, com a realização desta, foi possível identificar características específicas nos dois grupos estudados que não foram passíveis de serem identificadas somente na avaliação clínica⁽²⁾.

Ainda, os mesmos autores sugerem que o método, quando precedido de anamnese clínica adequada, consegue caracterizar convenientemente o grau de disfunção e, frequentemente, identificar a causa da anomalia, com grande precisão.

A partir da análise do resultado deste estudo, parece que a obtenção isolada do histórico (motivo do encaminhamento), avaliação clínica e objetiva da deglutição, em alguns casos, como na presença de aspiração silente, não é suficiente para o correto diagnóstico de disfagia. Desta forma, se faz necessária, primeiramente, a realização de uma adequada avaliação clínica da deglutição, devendo ser complementada com a realização de exames objetivos.

A Tabela 2 mostra a correlação da avaliação clínica com a objetiva e a escala de penetração/aspiração. Foi constatada correlação entre todas as variáveis, sendo que a maior delas ocorreu entre os resultados da videofluoroscopia e a escala de penetração, com valor de -76,5%. A correlação foi negativa, pois as classificações adotadas são inversas. Essa correlação é classificada como sendo boa.

O estudo de Drozd et al.⁽¹⁹⁾ analisou a fase faríngea da deglutição de 15 pacientes com tosse crônica e comparou a classificação da deglutição a partir do exame de videofluoroscopia e a escala de penetração/aspiração de Rosenbek et al.⁽⁹⁾. Os autores constataram correlação negativa entre o grau de disfagia e a presença de penetração e aspiração, evidenciando que, quanto maior o grau de disfagia (nível mais baixo na escala O'Neil et al.⁽⁸⁾), maior é a presença de penetração e aspiração (nível mais alto na escala Rosenbeck et al.⁽⁹⁾).

Na pesquisa de Sordi et al.⁽¹²⁾, os pesquisadores realizaram avaliação clínica e objetiva em 30 indivíduos com diagnóstico de doenças neurológicas. Em 8 (26,66%) casos, foi verificado que a avaliação objetiva trouxe informações não detectadas na avaliação clínica como a presença de estases, penetração

laríngea e aspiração laringotraqueal, salientando a necessidade da realização de exames objetivos.

Xerez et al.⁽²⁰⁾ estudaram a dinâmica da deglutição na fase subaguda de acidente vascular encefálico (AVE) por meio da avaliação clínica e objetiva. Do total de 37 sujeitos, 26 (70,27%) realizaram as duas avaliações e foi confirmada a existência de alteração da fase oral já evidenciada na avaliação clínica, entretanto, os achados da fase faríngea na avaliação clínica não se correlacionaram à avaliação objetiva. Desta forma, os autores salientaram não ser possível afirmar a presença de penetração/aspiração somente pela avaliação clínica.

Furkim et al.⁽²¹⁾ correlacionaram os achados da avaliação clínica e objetiva de 32 crianças portadoras de paralisia cerebral. Verificaram sinais sugestivos de aspiração durante a avaliação clínica em 30 crianças da amostra, sendo confirmada a aspiração por meio da videofluoroscopia em 27 crianças. Em dois casos, a avaliação clínica não mostrou sinais de aspiração e, após a realização do exame objetivo, esta foi constatada. Diante dos achados, os autores enfatizam que as avaliações clínica e videofluoroscópica podem ser consideradas como complementares na pesquisa de ocorrência de aspiração, pois há casos em que a aspiração é silenciosa, podendo ser diagnosticada somente pela videofluoroscopia.

Estudo semelhante avaliou a deglutição de 50 crianças com paralisia cerebral a partir da avaliação clínica e objetiva e foi verificado que todos os pacientes avaliados apresentaram alterações na dinâmica da deglutição em ambas as avaliações. Concluiu-se então que essas avaliações são complementares e essenciais para o diagnóstico de disfagias orofaríngeas, sendo fundamentais para definir o prognóstico e determinar o planejamento terapêutico⁽²²⁾.

No relato de caso realizado por Bastilha et al.⁽²³⁾, os autores equiparam a avaliação clínica e objetiva da deglutição em um paciente portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e enfisema pulmonar. Ao exame clínico, não foram encontrados sinais sugestivos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal, sendo a dinâmica da deglutição classificada como normal. Entretanto, devido à queixa de tosse crônica apresentada pelo paciente, a videofluoroscopia foi realizada e constatou-se disfagia orofaríngea moderada com penetração e aspiração silente.

Gatto e Rehder⁽⁵⁾ realizaram avaliação clínica e videofluoroscópica em 20 sujeitos com diagnóstico de AVE e, dentre os achados, verificou-se que dos pacientes que negavam engasgos com a consistência pastosa, 3 (16,67%) apresentaram penetração laríngea e 2 (11,11%) aspiraram; dos que negavam engasgos com líquidos, em 3 (27,27%) constatou-se penetração laríngea e 4 (36,36%) aspiraram. Os autores salientam que, mesmo em casos onde não há queixas específicas, os pacientes devem ser avaliados cuidadosamente e, na ocorrência de dúvida sobre a avaliação clínica, deve-se submetê-los a avaliação objetiva a fim de evitar complicações decorrentes das aspirações silenciosas.

Outro estudo com 47 pacientes portadores de disfagia orofaríngea e com déficits neurológicos concluiu que, a partir do uso da videofluoroscopia como método de avaliação, foi possível classificar precisamente o grau da disfagia e, assim, propiciar uma conduta mais específica em relação ao tipo de alimentação ofertada⁽²⁴⁾.

Schelp et al.⁽²⁵⁾ realizaram um estudo com 102 pacientes, sendo que 41 sujeitos fizeram apenas a avaliação clínica da deglutição

e 61 fizeram avaliação clínica e videofluoroscopia. Encontraram maior incidência de disfagia através do exame objetivo (91%), em comparação com os 76,5% detectados na avaliação clínica.

Em estudo realizado para verificar a concordância entre a avaliação clínica da deglutição e a videofluoroscopia, foram avaliados 50 sujeitos do gênero masculino, com idade entre 23 e 103 anos, com queixa de dificuldade de deglutição e diferentes patologias de base. Verificou-se que a concordância entre as avaliações foi de 72% para atraso no trânsito oral; de 62% para resíduos em cavidade oral; 66% para o atraso no trânsito faríngeo; 42% para resíduos na faringe e 76% para aspiração traqueal⁽²⁶⁾.

Os achados salientam que as avaliações são complementares e, para o correto diagnóstico de disfagia, em alguns casos, a avaliação clínica fonoaudiológica não será suficiente.

CONCLUSÃO

A partir da realização deste trabalho, evidenciou-se que, para diagnosticar a presença de disfagia, não basta obter apenas dados do histórico do paciente, sem associar os resultados da avaliação clínica utilizando protocolos padronizados, sendo necessário frequentemente realizar exames complementares como a videofluoroscopia para a identificação correta da alteração de deglutição. Também foi possível constatar que a gravidade da disfagia está correlacionada com a presença de penetração e aspiração, sendo importante combinar escalas de gravidade de penetração/aspiração para estabelecer o diagnóstico.

**RM foi responsável pelo projeto e orientação geral das etapas de execução e elaboração do manuscrito; BFTG, CCC, TCF e DRCD foram responsáveis pelo delineamento do estudo, análise dos dados e elaboração do manuscrito; DFDB e SFS foram responsáveis pela coleta, tabulação dos dados e escrita do manuscrito.*

REFERÊNCIAS

- Vale-Prodomo LP, Carrara-de-Angelis E, Barros APB. Avaliação clínica fonoaudiológica das disfagias. In: Jotz GP, Carrara-de-Angelis E, Barros APB. Tratado de deglutição e disfagia no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. p. 61-7.
- Suzuki HS, Nasí A, Ajzen S, Bilton T, Sanches EP. Avaliação clínica e videofluoroscópica de pacientes com distúrbios da deglutição – estudo comparativo em dois grupos etários: adultos e idosos. Arq Gastroenterol. 2006;43(3):201-5.
- Barros AF, Fábio SR, 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.
- Lopes-Filho O, editor. Tratado de Fonoaudiologia. 2ª edição. São Paulo: Tecmedd; 2005.
- Gatto AM, Rehder MIBC. Comparação entre queixas de deglutição e achados videofluoroscópicos no paciente pós-acidente vascular encefálico. Rev CEFAC. 2006;8(3):320-7.
- 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.
- Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehab. 2005;86(8):1516-20.
- O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The dysphagia outcome and severity scale. Dysphagia. 1999;14(3):139-45.
- Rosenbek J, Robbins JA, Roecker EB, Coyle J, Wood J. A penetration-aspiration scale. Dysphagia. 1996;11(2):93-8.
- Furkim AM, Wolf AE. Avaliação clínica e instrumental da deglutição. In: Rehder MI, Branco A. Disfonia e disfagia: interface, atualização e prática clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. p. 39-49.
- Martino R, Silver F, Teasell R, Bayley M, Nicholson G, Streiner DL, et al. The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST): development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. Stroke. 2009;40(2):555-61.
- Sordi M, Mourão LF, Silva AA, Flosi LCL. Importância da interdisciplinaridade na avaliação das disfagias: avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição. Braz J Otorhinolaryngol. 2009;75(6):776-87.
- Kellen PM, Becker DL, Reinhardt JM, Van Daele DJ. Computer-assisted assessment of hyoid bone motion from videofluoroscopic swallow studies. Dysphagia. 2010;25(4):298-306.
- Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clinical Nutrition. 2008;27:806-15.
- Silva RG. Disfagia neurogênica em adultos: uma proposta para avaliação clínica. In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-fono; 1999.
- Costa MMB, Koch HA. Lateral laryngopharyngeal diverticulum: anatomical and videofluoroscopic study. Eur Radiol. 2005;15(7):1319-25.
- Martin-Harris B, Brodsky MB, Michel Y, Castell DO, Schleicher M, Sandidge J, et al. MBS measurement tool for swallow impairment - MBSImp: establishing a standard. Dysphagia. 2008;23(4):392-405.
- Costa MMB. Videofluoroscopia: método radiológico indispensável para a prática médica. Radiol Bras. 2010;43(2):7-8.
- Drozd DRC, Costa CC, Jesus PRO, Trindade MS, Weiss G, Neto ABM, et al. Análise da fase faríngea da deglutição em portadores de tosse crônica. Int Arch Otorhinolaryngol. 2012;16(4):502-8.
- Xerez DR, Carvalho YSV, Costa MMB. Estudo clínico e videofluoroscópico da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. Radiol Bras. 2004;37(1):9-14.
- Furkim AM, Behlau MS, Weckx LLM. Avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição em crianças com paralisia cerebral tetraparética espástica. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3A):611-6.
- Queiroz MAS, Andrade ISN, Haguette RCB, Haguette EF. Avaliação clínica e objetiva da deglutição em crianças com paralisia cerebral. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2011;16(2):210-4.
- Bastilha GR, Mancopes R, Gonçalves BFT, Bilheri DFD. Resultados da avaliação clínica e objetiva da deglutição em paciente com tosse crônica: relato de caso. Int Arch Otorhinolaryngol. 2012;16(Suppl. 1):9-8.
- Barbiera F, Condello S, de-Palo A, To Daro D, Mandracchia C, de Cicco D. Role of videofluorography swallow study in management of dysphagia in neurologically compromised patients. Radiol Med. 2006;111(6):818-27.
- 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(2B):503-6.
- Zenner PM, Losinski DS, Mills RH. Using cervical auscultation in the clinical dysphagia examination in long-term care. Dysphagia. 1995;10(1):27-31.