

Medicina, Ribeirão Preto

Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

VOLUME 49 SUPLEMENTO 4

Junho/ 2016

2º CONGRESSO BRASILEIRO DE DISFAGIA

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
17 e 18 de junho de 2016

RESUMOS DOS TRABALHOS INSCRITOS

A FONOAUDIOLOGIA NO GERENCIAMENTO DE UM PROTOCOLO DE SEGURANÇA AO PACIENTE DE UM HOSPITAL GERAL

Tatiana Maria de Campos Franco, Renata de Freitas Ruano..... 12

A INSERÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NA VISITA MULTIDISCIPLINAR DA ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA- RELATO DE EXPERIÊNCIA

Laressa Pacheco Lucas, Aline Goulart Motoki, Camila Maia Dias, Lissânia Michelli da Silva,
Luciana Ávila dos Santos 12

ABORDAGEM DA DISFAGIA, EM CASO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Vanessa Souza Gigoski, Bianca Regina Dresch, Ruth Siqueira Grewer, Marcia Grassi Santana,
Guilherme Pinto 13

ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA EM ALIMENTAÇÃO DE IDOSOS DEMENCIADOS INSTITUCIONALIZADOS

Letícia Maria Malandrín da Silva, Ana Carolina Bellini Telles, Débora Cristina Cardoso Santos,
Adriane Kiyoko Teruya 14

ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA EM CASO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Vanessa Souza Gigoski, Ruth Siqueira Grewer, Marcia Grassi Santana, Bianca Regina Dresch..... 15

ACHADOS FONOAUDIOLÓGICOS EM UM PACIENTE COM ANGIOSARCOMA METASTÁTICO ATENDIDO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Vera Beatris Martins, Márcia Grassi Santana, Emille Dalbem Paim, Melaine Czerminski Larré, Carolina Kalil,
William Brizola Lisboa, Monalise Costa Batista Berbert..... 15

ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

Brenda Gabriela Haack , Karine da Rosa Pereira, Bruna Brandt , Renato Procianoy, Rita de Cassia Silveira,
Deborah Salle Levy..... 16

ALTERAÇÕES DA PAREDE POSTERIOR DA FARINGE E SUA INFLUÊNCIA NA FUNCIONALIDADE DA DEGLUTIÇÃO

Luciane Teixeira Soares, Juliana Paula Venites, Melissa Marques Pereira, Luciana Escanoela Zanato 17

ANÁLISE DA DEGLUTIÇÃO EM IDOSOS ATRAVÉS DE VIDEODEGLUTOGRAMA

Michele Rocha da Silva, Dimaima Lais Lorenz, Lorenza Bollis Supptitz,
Maria Cristina de Almeida Freitas Cardoso 17

ANÁLISE DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DA DEGLUTIÇÃO EM SUJEITOS COM DPOC

Diéllen Albanio Wegner , Eduardo Matias dos Santos Steidl, Fernanda Borowsky da Rosa, Renata Mancopes. 18

APLICAÇÃO DA ESCALA DE PENETRAÇÃO-ASPIRAÇÃO E SUA CORRELAÇÃO COM DADOS CLÍNICOS DE PACIENTES COM GLOSSOPTOSE E DISFAGIA

Juliana Costa dos Santos, Bruna de Moraes Brandt, Marisa Gasparin, Marcus Vinícius Collares,
Gabriel Kuhl, Antônio Carlos Maciel, Paulo José Maróstica, Denise Manica, Deborah Salle Levy..... 18

ATENÇÃO A DISFAGIA OROFARÍNGEA NO HOME CARE: ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Karina de Fatima Portela de Oliveira, Rosane Sampaio Santos..... 19

ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO À PACIENTE PÓS RECONSTRUÇÃO DE FACE COM RETALHO MIOCUTÂNEO

Vera Beatris Martins, Emille Dalbem Paim, Melaine Czermiski Larré, William Brizola Lisboa,
Carolina Kalil, Monalise Costa Batista Berbert..... 20

ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO TARDIO À PACIENTE QUEIMADO

Vera Beatris Martins, Márcia Grassi Santana, Melaine Czermiski Larré, Emille Dalbem Paim,
William Brizola Lisboa, Carolina Kalil, Monalise Costa Batista Berbert..... 20

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM CASO DE TUMOR DE JUGULAR COM ABORDAGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Vanessa Souza Gigoski, Ruth Siqueira Grewer, Marcia Grassi Santana, Vera Beatris Martins,
Bianca Regina Dresch 21

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM UMA PACIENTE COM SÍNDROME DE MAY-THURNER: RELATO DE CASO

Danielle Martins Otto, Marcia Grassi Santana, Vera Beatris Martins, Bianca Regina Dresch 22

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA SÍNDROME DE BRUGADA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sara Virgínia Paiva Santos, Catarina Lucia Barbosa Amaral, Danielle Ramos Domenis, Sheila Schneiberg 23

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO DE INDIVÍDUOS VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Scherley Keavynny Tavares Silva, Taís Monteiro, Pâmela Paôla Carneiro Lopes 23

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO

Mariana Zerbetto Fabricio, Aline Cristina Pacheco, Roberto Oliveira Dantas 24

AVALIAÇÃO CLÍNICA E VIDEOFLUOROSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO NA SÍNDROME DE SCHIMMELPENNING-FEUERSTEIN-MIMS: ESTUDO DE CASO

Clebes Ferreira da Costa Junior, Fabíola Custódio Flabiano Almeida, Karina Elena Cardioli Bernardis Buhler .. 25

AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA DE LÍQUIDOS PELO MÉTODO IDDSI *FLOW TEST*

Dauana Cássia Alves, Nattália Araujo Alves, Roberto Oliveira Dantas 25

AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE WEST E PARALISIA CEREBRAL: ESTUDO DE CASO

Bianca Regina Dresch, Lisiane de Rosa Barbosa 26

AVALIAÇÃO DA INGESTÃO DE ÁGUA COM DIFERENTES CONSISTÊNCIAS EM PESSOAS NORMAIS

Dauana Cássia Alves, Roberto Oliveira Dantas..... 27

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DO TRATO VOCAL POR MEIO DE VIDEONASOFIBROLARINGOSCOPIA

Gabriela de Castro Machado, Luise Stumpf Hübner, Sílvia Dornelles, Gerson Schulz Maahs..... 27

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE ORAL E FARINGEA NO PACIENTE DPOC

Fernanda Borowsky da Rosa, Adriane Schmidt Pasqualoto, Renata Mancopes , Diéllen Albanio Wegner ,
Jimmy Alvarado Meza, Lidia Lis Tomasi 28

BLUE DYE TEST: REVISÃO DE LITERATURA

Ana Paula Ferreira Rocha, Elizabete Angelis Carrara, Irene de Pedro Neto 28

CARACTERIZAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO ASSOCIADO À LOCALIZAÇÃO HEMISFÉRICA

Gabriela Melo Barbosa, Lorraine Caroline Rocioli Ribeiro Albaneze, Marcella Fátima Cintra 29

CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA ALIMENTAÇÃO DE PACIENTES COM NEUROTOXOPLASMOSE ASSOCIADO À SIDA

Ewerton Alves dos Santos, Alesson Marcos Lima Santos, Lourdianny Melo Barros,
Ana Paula Cajaseiras de Carvalho 30

CASO CLÍNICO: REABILITAÇÃO DA DISFAGIA EM PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVO, COM SÍNDROME DA ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA MALIGNA

Percilia Cardoso Lopes Alves, Sheila Cassidy Alves Mendes Vieira, Luciana de Oliveira Pereira,
Maria Sheila Guimaraes Rocha, Michel Machado, Adriana Leico Oda, Alessandra Stucchi Ferrari,
Lilian Renata de Oliveira Parrera, Zenilda Pinho, Andreia Brandão B..... 30

COMPARAÇÃO DA QUEIXA DE DEGLUTIÇÃO EM INDIVÍDUOS COM DIABETES MELITO TIPOS I E II

Gabriela Lima Ricci, Weslania Viviane do Nascimento, Maria Cristina Foss Freitas, Roberto Oliveira Dantas.... 31

COMPONENTES DA DEGLUTIÇÃO E O MANEJO DA DISFAGIA NA DOENÇA DE HUNTINGTON	
Beatriz Calasans dos Santos, Daniella Priscila de Lima, Lucia Figueiredo Mourão	32
COMUNICAÇÃO INTERNA EFETIVA NO AMBIENTE HOSPITALAR, PARA O ALCANCE DA ALIMENTAÇÃO SEGURA	
Elizabeth Gonçalves Ribeiro	32
CONHECIMENTO DE CUIDADORES DE PACIENTE PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL SOBRE O MANEJO DA ALIMENTAÇÃO	
Michele Caroline Enzweiler, Susana Elena Delgado	33
CORRELAÇÃO DAS ESCALAS NEUROLÓGICAS COM A DISFAGIA NA FASE AGUDA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO	
Maria Cristina de A. Nunes, Viviane F. Zétola, Marcos C. Lange, Gisele S. Pinto, Ricardo Petterle, Rosane Sampaio Santos	34
DISFAGIA ONCOGÊNICA EN PACIENTES CON CONSERVACIÓN DE ÓRGANOS	
Gabriela Brotzman, Valverde Marine Sanchez , Raul Giglio, Juan Manuel Carrera, David Pereira, Roque Adan, Santiago Zund, Estefania Delrieu.....	34
DISFAGIA OROFARÍNGEA E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO: PERFIL DE UM CENTRO DE REABILITAÇÃO	
Danielle R. Domenis, Raphaela B. Guedes-Granzotti, Kelly Silva, Luciana A.S. Borges, Marisa T.H. Fukuda	35
DISFAGIA OROFARÍNGEA EM IDOSOS COM E SEM DOENÇA NEUROLÓGICA: COMPONENTES RELACIONADOS COM PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO	
Ana Carolina Valentim de Medeiros, Lucia Figueiredo Mourão, Daniela Priscila de Lima, Ana Carolina Constantini	36
EDUCAÇÃO CONTINUADA: PROCESSO INDISPENSÁVEL PARA O FUNCIONAMENTO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO	
Tatiana Maria de Campos Franco, Renata de Freitas Ruano.....	37
EFEITO NA DEGLUTIÇÃO E VOZ DO SOPRO NA DOENÇA DE PARKINSON: RELATO DE CASO	
Viviane Gomes da Silva, Thays Correa da Veiga, Thalyta Georgia Vieira Borges, Marina Ribeiro Lopes Neves, Flávia Rodrigues Ferreira, Mariana Pinheiro Brendim, Charles Henrique Dias Marques	37
EFEITOS DA “DEGLUTIÇÃO COM ESFORÇO” COMO PRÁTICA INTENSIVA NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PARKINSONIANOS	
Lara Jorge Guedes de Camargo, Lúcia Figueiredo Mourão, Camila Lirani Silva, Lilian Teresa Bucken Gobbi, Agrício Nubiato Crespo.....	38
ELABORAÇÃO DE DIETA ADEQUADA PARA ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE DISFÁGICO INSTITUCIONALIZADO	
Luciana de Oliveira, Fabíola Darcie Marquitti, Roberto Oliveira Dantas	39

EXAME DE VIDEOFLUOROSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO EM PACIENTES NASCIDOS COM SÍNDROME DE MÓBIUS – RELATO DE CASO

Barbara Heloise Colcerniani Braga, Zelita Caldeira Ferreira Guedes, Ana Paula Doi Bautzer, Renata Ramalho Da Silva..... 40

FATORES ASSOCIADOS À PRESSÃO DE LÍNGUA EM PACIENTES PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Grazielle Duarte de Oliveira, Amanda Freitas Valentim, Laélia Cristina Caseiro Vicente , Andréa Rodrigues Motta 40

FATORES PREDITIVOS DE DISFAGIA OROFARÍNGEA E DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES COM AVC

Aline Cristina Pacheco, Rubia Poliana Crisostomo Miranda, Ana Maria Queiroz Norberto, Diandra Bosi Favoretto, Brunna Pileggi Rimoli, Monica Carvalho Braga, Luciana Bezerra de Mello Alves, Thatiana Barboza Carnevalli Bueno, Fernanda Jardinette Dalbem, Flavia Danielle Pontes, Karina Tavares Weber, Pedro Telles Cougo-Pinto, Suleimy Cristina Mazin, Suleimy Cristina Mazin, Roberto Oliveira Dantas, Octavio Marques Pontes-Neto..... 40

FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR: DEMANDA E PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Nayara de Oliveira Souza, Marta Alves da Silva Arroyo, Maria Amélia Branco Fecuri 41

FREQUÊNCIA DE SUJEITOS COM DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS EM ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO

Bruna Maginani Campos, Letícia Mafra de Araújo, Karen Fontes Luchesi..... 42

GLIOMA DE TRONCO CEREBRAL INFANTIL E ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM AMBIENTE HOSPITALAR: RELATO DE CASO

Francieli Loss Volpatto , Camila Lucia Etges, Bianca Regina Dresch, Lisiane de Rosa Barbosa..... 42

IMPACTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NO GRAU DE DISFAGIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Julia Santos Costa Chiossi, Bianca Gerolim Nunes, Mariana Ribeiro Terra 43

INTERFACE FONOAUDIOLOGIA E NUTRIÇÃO: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO NA INTRODUÇÃO DE VIA ORAL EM PACIENTES DISFÁGICOS

Daniela Malta de Souza Medved, Thaís Muniz Montalvão, Lucieny Silva Martins Serra, Cristina Lemos Barbosa Furia..... 44

INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE TUMOR DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL NO AMBIENTE HOSPITALAR

Laura Fuchs Nunes, Lisiane de Rosa Barbosa, Camila Lucia Etges, Bianca Regina Dresch 45

MEDIDAS DA PRESSÃO DE LÍNGUA EM PACIENTES PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Grazielle Duarte de Oliveira, Amanda Freitas Valentim , Laélia Cristina Caseiro Vicente , Andréa Rodrigues Motta 45

MIASTENIA GRAVIS E DISFAGIA: ESTUDO DE CASO

Daniela Cristina Vicco Domingues, Alexsandra Bernardo, Ariane Sibebe Vieira, Cibele Natally Amorim Oliveira, Rayana Silva Arceno, Karen Fontes Luchesi, Claudia Tiemi Mituuti 46

NÍVEL DE INGESTÃO POR VIA ORAL EM PACIENTES TROMBOLIZADOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

Marcella R. Avelino, Cristiane G. Montibeller, Karen F. Luchesi, Cláudia T. Mituuti, Priscila W. Ribeiro, Ana M. Furkim..... 47

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Cleiton da Silva Amorim, Martha Fernanda Alves Leite, Ana Regina Alves Pereira 47

O EFEITO IMEDIATO DA ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR NA FUNÇÃO DE DEGLUTIÇÃO EM UM CASO DE CÂNCER DE LARINGE: RELATO DE CASO

Danila Rodrigues Costa, Marcela Maria Alves Silva-Arone, Eduardo de Carvalho Andrade, Hilton Coimbra Borgo, Cássia Maria Fischer Rubira, Paulo Sérgio da Silva Santos, Giédre Berretin-Felix 48

O THERAPY TAPING® NO TRATAMENTO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA EM PACIENTE COM PARALISIA DE PREGAS VOCAIS

Raquel Guidotti Lemos, Rosane Sampaio Santos, Talita Todeschini Vieira, Karina de Fátima Portela de Oliveira Pereira..... 48

O THERAPY TAPING® NO TRATAMENTO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA EM PACIENTE GLOSSECTOMIZADO TOTAL

Raquel Guidotti Lemos, Rosane Sampaio Santos, Talita Todeschini Vieira, Karina de Fátima Portela de Oliveira Pereira..... 49

O THERAPY TAPING® NO TRATAMENTO DAS DISFAGIAS OROFARÍNGEAS EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Raquel Guidotti Lemos, Rosane Sampaio Santos, Talita Todeschini Vieira, Karina de Fátima Portela de Oliveira Pereira..... 50

OCORRÊNCIA DE FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA APÓS INTOXICAÇÃO EXOGENA POR INGESTÃO DE CARBAMATO: RELATO DE CASO

Sara Virgínia Paiva Santos, Danielle Ramos Domenis, Sheila Schneiberg..... 50

PERFIL DO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA INFANTIL DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PORTO ALEGRE

Isadora Annes Bitencourt, Karine da Rosa Pereira, Claudia Schweiger, Gabriel Kuhl, Antônio Carlos Maciel, Deborah Salle Levy..... 51

PERFIL NUTRICIONAL EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO APÓS TRÊS MESES DO ICTUS

Rafaela Silveira Santos, Aline Cristina Pacheco, Roberto Oliveira Dantas..... 51

PNEUMONIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Rúbia Poliana Crisóstomo Miranda, Aline Cristina Pacheco, Ana Maria Queiroz Norberto, Diandra Bosi Favoretto, Bruna Pileggi Rimoli, Monica Carvalho Braga, Luciana Bezerra de Mello Alves, Thatiana Barboza Carnevalli Bueno, Flavia Daniele Pontes, Fernanda J..... 52

PRESENÇA DE DISFAGIA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Luiza Teles Barbosa Mendes, Zelita Caldeira Ferreira Guedes, Ana Maria Canzonieri	52
PROTEÍNA C-REATIVA, MIELOPEROXIDASE E METABÓLITOS DE ÓXIDO NÍTRICO EM PACIENTES COM DISFAGIA OROFARÍNGEA	
Diane de Lima Oliveira, Maiara Brusco De Freitas, Suellen Guesses Homem, Camila Tomio, Gabriela Cristofoli Barni, Julia Salvan da Rosa, Emilia Addison Machado Moreira, Ana Maria Furkim	53
PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DE DEGLUTIÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA	
Gabriele Ramos de Luccas, Camila de Castro Corrêa, Giédre Berretin-Felix	53
QUALIDADE DE VIDA EM DISFAGIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO APÓS TRÊS MESES DO ICTUS	
Rafaela Silveira Santos, Aline Cristina Pacheco, Roberto Oliveira Dantas.....	54
QUEIMADURA POR INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS CÁUSTICAS E A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA	
Duanne Nascimento Silva, Inez Janaina de Lima Amaral	55
REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM PACIENTES GLOSSOLARINGECTOMIZADOS TOTAIS: RELATO DE 04 CASOS	
Jéssica Tierno Cordeiro, Patrícia Massucatto Milanello, Margareth Souza Andrade, Luciana Dall'agnol Siqueira Slobodtsov, Camila Barbosa Barcelos, Simone Aparecida Claudino da Silva Lopes, Elisabete Carrada De-Angelis.....	55
REHABILITACIÓN FONODEGLUTORIA EN UN PACIENTE CON GLOSECTOMÍA TOTAL	
Valverde Marine Sanchez, Gabriela Brotzman, Roque Adan, Estefania Delrieu, Adriana Romeo, Romina Infantino, Raul Giglio, Juan Manuel Carrera, David Pereira	56
RELATO DE CASO: USO DE VÁLVULA DE FALA EM PACIENTE COM POLINEUROPATIA DO PACIENTE CRÍTICO	
Cintia Rodrigues Baltar	57
SINAIS E SINTOMAS DE DISFAGIA APÓS TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO: RELATO DE CASO	
Danila Rodrigues Costa, Cássia Maria Fischer Rubira, Paulo Sérgio da Silva Santos, Giédre Berretin-Felix.....	57
SÍNDROME DE BRUGADA E DISFAGIA OROFARÍNGEA: RELATO DE CASO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Sara Virgínia Paiva Santos, Danielle Ramos Domenis, Sheila Schneiberg.....	58
TEMPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E PRESENÇA DE DISFAGIA NA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE SUJEITOS ADULTOS	
Julia Santos Costa Chiossi, Bianca Gerolim Nunes, Mariana Ribeiro Terra.....	59

Índice de autores

Adan R.....	34, 55
Albaneze LCRR	29
Alves DC.....	25, 26
Alves LBM.....	40, 51
Alves NA	25
Alves PCL.....	30
Amaral CLB.....	22
Amaral IIL	54
Amorim CS.....	47
Andrade EC	47
Andrade MS.....	55
Arceno RS	45
Arroyo MAS.....	41
Avelino MR.....	46
Baltar CR	56
Barbosa GM.....	29
Barbosa LDR	26, 42
Barbosa LR.....	44
Barcelos CB.....	55
Barni GC.....	52
Barros LM	29
Bautzer APD	39
Berbert MCB	15, 19, 20
Bernardo A.....	45
Berretin-Felix G.....	47, 53, 57
Bitencourt LA	50
Borges LAS.....	35
Borges TGV	37
Borgo HC	47
Borowsky FR.....	18
Braga BHC.....	39
Braga MC.....	40, 51
Brandt BM.....	16, 18
Brendim MP	37
Brotzman G.....	34, 55
Bueno TBC	40, 51
Bühler KEB	24
Camargo LJG.....	37
Campos BM	41
Canzonieri AM	52
Cardoso MCAF	17
Carrara-Angelis E	28
Carrara-De Angelis EC	55
Carrera JM.....	34
Carrera,JM.....	55
Carvalho APC	29
Cintra MF	29
Collares MV	18
Constantini AC.....	35
Cordeiro JT.....	55
Corrêa CC.....	53
Costa DR	47, 57
Costa Junior CF.....	24
Cougo-Pinto PT	40, 51
Crespo na	37

Da Rosa FB	28
Da Rosa JS	52
Dalbem FJ	40, 51
Dantas RO	24, 25, 26, 31, 38, 40, 51, 53
De Araújo LM	41
De Freitas MB	52
Delgado SE	33
Delrieu E	34, 55
Dias CM	12
Domenis DR	22, 35, 49, 57
Domingues DCV	45
Dornelles S	27
Dresch BD	13, 15, 21
Dresch BR	22, 26, 42, 44
Enzweiler MC	33
Etges CL	42, 44
Fabricio MZ	24
Favoretto DB	40, 51
Fecuri MAB	41
Ferrari AS	30
Ferreira FR	37
Flabiano-Almeida FC	24
Franco TMC	12, 36
Freitas MCF	31
Fukuda MTH	35
Furia CLB	43
Furkim AM	46, 52
Gasparin M	18
Giglio R	34, 55
Gigoski VS	13, 15, 21
Gobbi LTB	37
Grawer RS	13, 15, 21
Guedes ZCF	39, 52
Guedes-Granzotti RB	35
Haack BG	16
Homem SG	52
Hübner LS	27
Infantino R	55
Kalil C	15, 19, 20
Kuhl G	18, 50
Lange MC	33
Larré MC	15, 19, 20
Leite MFA	47
Lemos RG	48, 49
Levy DS	16, 18, 50
Lima DP	31, 35
Lirani-Silva C	37
Lisboa WB	15, 19, 20
Lopes PPC	23
Lopes SACS	55
Lorenz DL	17
Lucas LP	12
Luccas GR	53
Luchesi KF	41, 45, 46
Maahs GS	27
Machado GC	27
Machado M	30

Maciel AC	18, 50
Mancopes R.....	18, 28
Manica D.....	18
Maróstica PJ.....	18
Marques CHD.....	37
Marquitti FD.....	38
Martins VB.....	15, 19, 20, 21, 22
Mazin SC.....	40, 51
Medeiros ACV.....	35
Medved DMS.....	43
Mendes LTB.....	52
Meza JA.....	28
Milanello PM.....	55
Miranda RPC.....	40, 51
Mituuti CT.....	45, 46
Montalvão TM.....	43
Monteiro T.....	23
Montibeller CG.....	46
Moreira EAM.....	52
Motoki AG.....	12
Motta AR.....	39, 45
Mourão LF.....	31, 35, 37
Nascimento WV.....	31
Netto IP.....	28
Neves MRL.....	37
Norberto AMQ.....	40, 51
Nunes BG.....	43, 58
Nunes LF.....	44
Nunes MC.....	33
Oda AL.....	30
Oliveira CNA.....	45
Oliveira DL.....	52
Oliveira GD.....	39, 45
Oliveira KFP.....	19
Oliveira L.....	38
Otto DM.....	22
Pacheco AC.....	24, 40, 51, 53
Paim ED.....	15, 19, 20
Parrera LRO.....	30
Pasqualoto AS.....	28
Pedroso ABB.....	30
Pereira ARA.....	47
Pereira D.....	34, 55
Pereira K.....	16
Pereira KFPO.....	48, 49
Pereira KR.....	50
Pereira LO.....	30
Pereira MM.....	17
Petterle R.....	33
Pinho Z.....	30
Pinto GS.....	33
Pinto GV.....	13
Pontes FD.....	51
Pontes FE.....	40
Pontes-Neto OM.....	40, 51
Procianoy R.....	16
Ribeiro GR.....	32

Ribeiro PW	46
Ricci GL	31
Rimoli BP	40, 51
Rocha APF	28
Rocha MSG	30
Romeo A	55
Ruano RF	12, 36
Rubira CMF	47, 57
Sanchez VM	34, 55
Santana MG	13, 15, 20, 21, 22
Santos AML	29
Santos BC	31
Santos DCC	14
Santos EA	29
Santos JC	18
Santos LA	12
Santos PSS	47, 57
Santos RS	19, 33, 48, 49, 51, 53
Santos SVP	22, 49, 57
Santos-Pontelli TEG	40, 51
Schneiberg S	22, 49, 57
Schweiger C	50
Serra LSM	43
Silva DN	54
Silva K	35
Silva LM	12
Silva LMM	14
Silva MR	17
Silva RR	39
Silva SKT	23
Silva VG	37
Silva-Arone MMA	47
Silveira RC	16
Slobodtsov LDAS	55
Soares LT	17
Souza NO	41
Steidl EMS	18
Supptitz LB	17
Telles ACB	14
Terra MR	43, 58
Teruya AK	14
Tomasi LL	28
Tomio C	52
Valemtim AF	39, 45
Veiga TC	37
Venites JP	17
Vicente LCC	39, 45
Vieira AS	45
Vieira SCAM	30
Vieira TT	48, 49
Volpatto FL	42
Weber KT	40, 51
Wegner DA	18, 28
Zanato LE	17
Zétola VF	33
Zund S	34

A FONOAUDIOLOGIA NO GERENCIAMENTO DE UM PROTOCOLO DE SEGURANÇA AO PACIENTE DE UM HOSPITAL GERAL

Franco TMC, Ruano RF

Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo; Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo

Introdução: Os eventos de aspiração laringotraqueal em pacientes hospitalizados podem causar pneumonias aspirativas, insuficiência respiratória e óbito, além de gerar grande impacto no custo para o sistema de saúde. Intervenções simples e de baixo custo, como a elaboração e utilização de protocolos de segurança ao paciente, que envolvam a prevenção dos eventos de broncoaspiração, devem ser realizadas. **Objetivo:** Demonstrar como é realizado o gerenciamento de um protocolo de prevenção de broncoaspiração, protocolo institucional de segurança ao paciente de um hospital geral de grande porte. **Metodologia:** A pesquisa foi quantitativa e em campo. O protocolo de prevenção de broncoaspiração foi elaborado em 2013 e é gerenciado pela equipe de fonoaudiologia, por meio de indicadores de qualidade que demonstram resultados e a efetividade do protocolo. O protocolo começou a ser utilizado em todas as unidades de internação: Pronto Socorro, UTIs e enfermarias, após treinamento das equipes multidisciplinares. As equipes das unidades foram treinadas para identificar os pacientes com risco de apresentar aspiração laringotraqueal e para realizar ações que previnem a ocorrência desse evento. No protocolo constam quais os pacientes que podem apresentar o risco de aspiração (patologias que podem levar o paciente a ter disfagia neurogênica e/ou mecânica, rebaixamento do nível de consciência, presença de dispositivos, entre outros). Qualquer membro da equipe multidisciplinar pode identificar o paciente com risco de aspiração, sendo necessário no momento da identificação, realizar medidas preventivas iniciais (solicitação e/ou passagem de via acessória de alimentação ou modificação da dieta via oral geral para uma dieta de risco mínimo para aspiração). Após a realização de alguma dessas medidas preventivas, é solicitada a avaliação fonoaudiológica que irá confirmar ou não o risco e acompanhará o paciente com disfagia orofaríngea neurogênica e/ou mecânica. **Resultados:** Ao longo desses anos a fonoaudiologia gerenciou o protocolo, apresentando indicadores de qualidade e realizando planos de ações para melhoria dos resultados sempre utilizando a educação continuada das equipes. Em 2013 foram identificados como risco para broncoaspiração 1371 pacientes e foram notificados 41 eventos de broncoaspiração. Em 2014 foram 1488 identificados e notificados 32 eventos e em 2015 foram 1036 identificados e notificados 23 eventos. No gerenciamento do último ano, dos riscos identificados, 39,2% dos pacientes apresentavam rebaixamento do nível de consciência; 35,6% receberam diagnóstico de AVC; 11,5% tinham tumores de cabeça e pescoço; 8,5% deram entrada com TCE; 3% tinham outras patologias neurológicas e 2,3% tinham disfagia a esclarecer. O risco para aspiração laringotraqueal foi confirmado em 92,8% dos pacientes, durante avaliação fonoaudiológica, os quais foram acompanhados pela equipe de Fonoaudiologia. **Conclusão:** A identificação precoce dos pacientes com riscos de broncoaspiração dentro de hospitais é um método de baixo custo que promove segurança ao paciente e diminui a ocorrência desses eventos. O gerenciamento do protocolo deve ser realizado com indicadores que demonstrem resultados, efetividade e que permitam ações de melhoria.

A INSERÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NA VISITA MULTIDISCIPLINAR DA ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA- RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lucas LP, Motoki AG, Dias CM, Silva LM, Santos LA

Universidade de Uberaba; Universidade de Uberaba; Universidade de Uberaba; Universidade de Uberaba; Universidade de Uberaba

Introdução: O corpo humano executa uma determinada função ao se alimentar, a qual promove a condução do alimento ao estômago. Esta função é denominada deglutição. Nota-se a importância de se avaliar as estruturas envolvidas no processo de deglutição, para verificar a funcionalidade destas, bem como a presença ou não de alterações que poderão acometer a deglutição normal. A disfagia é qualquer dificuldade no processo de deglutição, que interfere no transporte do bolo alimentar da boca ao estômago, devido a algum processo agudo ou progressivo. O fonoaudiólogo inserido na enfermaria de clínica médica, tem como atribuições o diagnóstico e reabilitação das disfagias, promovendo a redução e prevenção de complicações pulmonares, adequado restabelecimento da alimentação, importante para o

bom prognóstico e qualidade de vida do paciente hospitalizado. **Objetivo:** Relatar a experiência da atuação fonoaudiológica na visita multidisciplinar da Enfermaria de Clínica Médica de um Hospital Universitário Média Complexidade, com relação à assistência ao paciente disfágico, no diagnóstico, reabilitação, transição de dieta oral e na orientação da disfagia. **Método:** Estudo observacional da intervenção fonoaudiológica realizada em adultos com disfagia, internados na Enfermaria de Clínica Médica, em um Hospital Universitário da cidade de Uberaba-MG. A equipe multiprofissional foi composta pelas seguintes áreas: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social. As observações foram realizadas durante o período vespertino, três vezes por semana, por duas residentes fonoaudiólogas (R1 e R2), que participaram da visita multidisciplinar, nos adultos disfágicos atendidos pelas fonoaudiólogas da unidade e consistia em: aplicação de um questionário de triagem disfágica nos pacientes que ainda não se encontravam em acompanhamento fonoaudiológico, com o intuito de detectar possíveis sinais e sintomas de disfagia, observação do estado geral/clinico do adulto, acompanhamento da avaliação e diagnóstico inicial da disfagia, transição de dieta oral nos casos em que o adulto apresentava dificuldades para alimentação via oral exclusiva, escolha da via de alimentação segura selecionada para a oferta da dieta. **Resultado:** Os atendimentos proporcionaram aos adultos uma avaliação fonoaudiológica mais precisa, a fim de se obter um melhor acompanhamento e direcionamento das disfagias, almejando um atendimento integral e humanizado. As orientações tornaram-se fundamentais para os pacientes disfágicos, para a equipe multiprofissional e médica. Ressalta-se o relato dos acompanhantes acerca das queixas relacionadas à disfagia, tais como engasgo, tosse, mudança da consistência da dieta via oral durante a internação, importância do uso da sonda enteral, entre outras. Pode-se observar que o fonoaudiólogo, além de ser o profissional responsável e habilitado por prevenir, avaliar e reabilitar as disfagias, também é corresponsável pela manutenção e qualidade de vida. **Conclusão:** Ao final desse relato de experiência, obteve-se um conhecimento prático da importância do profissional fonoaudiólogo estar inserido na Enfermaria de Clínica Médica e nas visitas da Equipe multiprofissional, com intuito de identificar os riscos para a disfagia, na elaboração de um plano de cuidado individualizado, visando assim a recuperação do paciente e o seu restabelecimento para uma alimentação segura e prazerosa, favorecendo uma alta hospitalar mais rápida, segura e com suporte nutricional adequado.

ABORDAGEM DA DISFAGIA, EM CASO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Gigoski VS, Dresch BD, Grawer RS, Santana MG, Pinto GV

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto

Introdução: O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é uma agressão ao cérebro de cauda física externa, que pode produzir alteração no nível de consciência e resultar em comprometimento das habilidades cognitivas, físicas e comportamentais. No TCE grave os pacientes não atendem aos comandos simples até mesmo após a estabilização cardiopulmonar, e apresentam alto risco de morte e seqüelas temporárias ou permanentes. Entre as seqüelas, uma comumente encontrada e casos agudos é a disfagia, tanto pela redução da força quanto pela incoordenação dos movimentos. Também, após longo período de intubação orotraqueal, as pregas vocais podem estar lesionadas, diminuindo a proteção de via aérea durante a deglutição, aumentando o risco de broncoaspiração. Pelo grande número de comorbidades associadas, uma intervenção multiprofissional irá proporcionar um tratamento mais completo ao paciente. **Objetivo:** Descrever a abordagem multidisciplinar da disfagia em caso de traumatismo cranioencefálico grave. **Metodologia:** Estudo de caso, descritivo, realizado durante os meses de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. Paciente do sexo feminino, 56 anos, internou em novembro após queda da própria altura, com TCE grave, evidenciado em exame de imagem que demonstrava hematoma subdural direito, efeito de massa, herniação das estruturas de linha média e herniação subfalcina. Permaneceu longo tempo em ventilação mecânica e realizou traqueostomia, com colocação de cânula metálica número 6. Recebendo fisioterapia 2X ao dia. Após extubação, neurologista responsável, solicitou avaliação fonoaudiológica. Na avaliação clínica se constatou-se: média quantidade de secreção em cavidade oral, distúrbio compreensão e expressão comunicativa, disfagia orofaríngea

grave, sem deglutição de saliva. Iniciou-se terapia de gerenciamento salivar e sugeriu-se troca da cânula para cânula de traqueostomia de silicone, modelo biesalski, com válvula de fonação. A troca foi realizada. Após, iniciou-se terapia vocal, estimulação direta de deglutição com dieta pastosa liquidificada e líquidos espessados. Blue Dye Test Modificado sempre com resultado negativo. Paciente recebeu atendimento fonoaudiológico e fisioterápico diário para adaptação da válvula fonadora, protocolo multidisciplinar de decanulação da traqueostomia e controle postural para a deglutição. Também foram ajustadas as medicações para que a paciente se mantivesse alerta durante o dia. **Resultado:** Na metade do mês de janeiro, foi retirada a cânula de traqueostomia e já havíamos evoluído a dieta até consistência pastosa, que era o habitual da paciente antes do TCE. Com alta hospitalar em fevereiro, paciente estava com alimentação plena por via oral, respirando por ar ambiente, ainda apresentando distúrbio de comunicação, em que recebeu encaminhamento para seguimento ambulatorial. **Conclusão:** Podemos concluir, assim como já demonstrado em outros trabalhos, a importância da atuação multidisciplinar, nos casos de traumatismo cranioencefálico, para proporcionar melhor prognóstico, com recuperação mais rápida e efetiva da deglutição, já no ambiente hospitalar.

ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA EM ALIMENTAÇÃO DE IDOSOS DEMENCIADOS INSTITUCIONALIZADOS

Silva LMM, Telles ACB, Santos DCC, Teruya AK

Residencial Israelita Albert Einstein; Residencial Israelita Albert Einstein; Residencial Israelita Albert Einstein; Residencial Israelita Albert Einstein

Introdução: O envelhecimento é atravessado por modificações estruturais e fisiológicas sistêmicas. Um fator importante diz respeito às demências, em especial, a Demência de Alzheimer (DA). Esta se caracteriza por alterações da memória, julgamento e raciocínio intelectual, tornando o indivíduo dependente e aumentando a probabilidade da necessidade de residir em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPIs). As alterações na deglutição acompanham a evolução da DA. Pacientes com DA grave tendem a se tornarem dependentes para a alimentação. Também apresentam alterações de paladar, além dos comprometimentos motores quando a doença atinge regiões do trato subcortical, tronco cerebral e junções neuromusculares. Assim, o fonoaudiólogo exerce papel importante no contexto das ILPIs, devendo estar atento à dinâmica de alimentação, promovendo condições para uma refeição funcional e segura. **Objetivo:** Descrever a atuação fonoaudiológica durante a alimentação de idosos com demência grave do Residencial Israelita Albert Einstein (RIAE). **Método:** Pesquisa descritiva baseada no gerenciamento fonoaudiológico em refeitório e com consulta em prontuário para elencar dados de idade, sexo, grau de demência, funcionalidade de ingestão via oral, tipo de dieta e uso de espessante. Como critério de inclusão, foram selecionados idosos com CDR (Clinical Dementia Rating) indicando demência grave. Para a classificação da funcionalidade da ingestão via oral, foi utilizada a FOIS (Functional Oral Intake Scale). Não foi utilizada a identificação dos idosos, assim, não foi necessária aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultado:** Foram selecionados 12 prontuários, sendo que todos os idosos eram do sexo feminino com idade entre 74 e 96 anos. Quanto ao tipo de dieta e uso de espessante, a mais frequente foi a pastosa com líquido espessado (4 de 12) seguida por semi-sólida (3 de 12, sendo uma com líquido espessado), branda (1 de 12) e geral (1 de 12). Três idosos possuíam via alternativa de alimentação. Com relação a FOIS, dos 12 idosos, um possuía nível 7, um nível 6, três nível 5, quatro nível 4, um nível 2 e dois nível 1. A abordagem fonoaudiológica do RIAE é gerencial, pressupondo a presença do fonoaudiólogo no refeitório em pelo menos duas refeições de cada idoso durante a semana, a fim não só de detectar alterações, mas também de tornar o momento da alimentação seguro e funcional na medida em que possibilita condutas imediatas em resposta às oscilações clínicas dos idosos nesta fase da demência. A abordagem gerencial tem como foco principal a fase antecipatória da deglutição e envolve o treinamento do cuidador, o preparo do ambiente de alimentação, a organização motora global do idoso, a adaptação da dieta e de utensílios. **Conclusão:** Conclui-se que a atuação fonoaudiológica de abordagem gerencial é eficiente para detectar as oscilações no desempenho da deglutição e manter a ingestão via oral funcional de idosos com diagnóstico de demência grave, evitando a introdução de vias alternativas de alimentação.

ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA EM CASO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Gigoski VS, Grawer RS, Santana MG, Dresch BD

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto

Introdução: O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é uma agressão ao cérebro causada por agressão física externa, que pode produzir alteração no nível de consciência e resultar em comprometimento das habilidades cognitivas, físicas e comportamentais. No TCE grave os pacientes não atendem aos comandos simples até mesmo após a estabilização cardiopulmonar, e apresentam alto risco de morte e sequelas temporárias ou permanentes. Nesses pacientes, como muitas vezes passam por um período de inconsciência e até coma, quando melhoram, podem apresentar umas “fraqueza generalizada”, que vai desde os membros até os músculos envolvidos na deglutição, tanto de fase oral como faríngea. Também, após longo período de intubação, as pregas vocais podem estar lesionadas, diminuindo a proteção de via aérea durante a deglutição, aumentando o risco de broncoaspiração. **Objetivo:** Descrever a abordagem fonoaudiológica em caso de traumatismo cranioencefálico grave. **Metodologia:** Estudo de caso, descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, realizado durante os meses de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, em um hospital de referência em neurologia de Porto Alegre/RS. **Resultado:** Paciente do sexo feminino, 56 anos, internou em novembro após queda da própeia altura com traumatismo cranioencefálico grave, evidenciando em exame de imagem hematoma subdural direito, efeito de massa, herniação das estruturas de linha média e herniação subfalcina. Permaneceu longo tempo em ventilação mecânica, e por isso realizou traqueostomia. Em dezembro, após extubação, e colocação de cânula metálica, neurologista responsável pelo caso solicitou avaliação fonoaudiológica em que constatou-se: média quantidade de secreção em cavidade oral, apraxia, afasia, disfagia orofaríngea grave, e paciente sem deglutição de saliva. Iniciou-se terapia de gerenciamento salivar, e sugeriu-se troca para cânula de traqueostomia plástica, com válvula fonadora, que foi realizada. Após, realizou-se terapia vocal, e iniciou-se estimulação direta de deglutição com dieta pastosa liquidificada, em que no Blue Dye Test Modificado, paciente sempre com resultado negativo. Em janeiro, realizado protocolo de decanulação da traqueostomia, em que na metade do mês, pode-se retirar a mesma. Evoluímos a dieta até consistência pastosa, que era o habitual da paciente antes da internação. Com alta hospitalar em fevereiro, paciente se alimentando plenamente por via oral, respirando por ar ambiente, apresentando apenas afasia, em que recebeu encaminhamento para tratamento fora do ambiente hospitalar. **Conclusão:** Podemos concluir com esse trabalho a importância da atuação fonoaudiológica, nesses casos neurológicos de traumatismo cranioencefálico, para proporcionar melhor prognóstico, já no ambiente hospitalar. Percebe-se a evolução que a paciente obteve no hospital, devido a atuação fonoaudiológica, o que reforça a inserção da fonoaudiologia na equipe multidisciplinar nesses casos.

ACHADOS FONOAUDOLÓGICOS EM UM PACIENTE COM ANGIOSARCOMA METASTÁTICO ATENDIDO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Martins VB, Santana MG, Paim ED, Larré MC, Kalil C, Lisboa WB, Berbert MCB

Irmandade Santa Casa de Porto Alegre; Irmandade Santa Casa de Porto Alegre; Irmand. Santa Casa de Porto Alegre/UFCSPA; Irmand. Santa Casa de Porto Alegre/UFCSPA; Irmand. Santa Casa de Porto Alegre/UFCSPA; Irmand. Santa Casa de Porto Alegre/UFCSPA; Univers

Introdução: O angiosarcoma é um tipo de raro de tumor que aparece dentro do revestimento de um vaso sanguíneo. Tal tumor pode potencialmente surgir em qualquer veia ou artéria do corpo, mas a maioria dos angiossarcomas são encontradas perto da superfície da pele ou dentro de nódulos linfáticos. O diagnóstico na maioria das vezes é tardio e o tratamento normalmente consiste de uma combinação de quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Os sintomas de um angiossarcoma pode variar consideravelmente, dependendo da localização do tumor e a fase de progressão. Existe uma correlação clara entre o

prognóstico e o tamanho ou estágio de um angiossarcoma, sendo que em fases mais avançadas da doença, o paciente pode necessitar de cuidados intensivos. **Objetivo:** Atuação fonoaudiológica em um caso de angiossarcoma metastático na Unidade de Terapia Intensiva **Método:** Paciente do sexo masculino, 55 anos. Iniciou com tosse seca sem melhora, odinofagia e perda de peso, sendo inicialmente diagnosticado com derrame pleural. Foi internado e para tal, realizou toracocentese, talcagem e após investigação descoberta de neoplasia do tipo angiossarcoma com metástase no fígado, pulmão e coluna vertebral. Foi realizado tratamento quimioterápico, no entanto devido a disfunção ventilatória, foi solicitado leito na unidade de terapia intensiva (UTI). Na unidade, o paciente necessitou de intubação orotraqueal (IOT). Permaneceu 20 dias com IOT, sendo realizadas diversas tentativas de extubação neste período, porém, o paciente não tolerou, optou-se por uma traqueostomia. Atualmente o paciente está em uso de ventilação mecânica, por meio de uma cânula de traqueostomia plástica, com cuff insuflado, recebendo dieta por via alternativa exclusiva. O paciente manifestava a equipe desejo de ingerir líquidos via oral, logo, no intuito de via oral de conforto, foi solicitada avaliação fonoaudiológica. Em avaliação inicial, identificou-se grande quantidade de estase salivar em cavidade oral, necessitando de múltiplas deglutições para limpeza. Força e mobilidade de órgãos fonoarticulatórios diminuída, bem como sensibilidade intraoral e elevação laríngea reduzida. Atraso no disparo da deglutição. Blue Dye Test Modificado positivo, com saída de resíduo salivar corado peritraqueal. Foi iniciada terapia de forma breve e intensiva, por meio de exercícios de estimulação de força e mobilidade de orofaringe, de aumento da elevação laríngea e estimulação tátil térmica gustativa. **Resultado:** Após quatro sessões, observou-se diminuição da quantidade de secreção hialina em cavidade oral, e o paciente cessou os pedidos de aspiração constantes à equipe de fisioterapia. Permanece com a elevação laríngea reduzida, porém já com discreto aumento na elevação. Segue em terapia fonoaudiológica. **Conclusão:** A atuação fonoaudiológica em paciente oncológico internado em unidade de terapia intensiva mostrou-se efetiva, contribuindo para minimizar os episódios de broncoaspirações, além da melhora na qualidade de vida.

ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

Haack BG, Pereira K, Brandt BM, Procianoy R, Silveira RC, Levy DS

Introdução: A encefalopatia-hipóxico isquêmica tem se mostrado como uma grande causa de morte e incapacidade nos recém-nascidos a termo. A hipotermia terapêutica neonatal tem sido utilizada em pacientes recém-nascidos que possuem 35 semanas da idade gestacional ou mais com diagnóstico médico de encefalopatia-hipóxico isquêmica. A literatura sugere que a hipotermia terapêutica diminui as lesões cerebrais e aumenta a sobrevivência desses pacientes. Com isso, cada vez mais se torna necessário a busca por evidências científicas sobre o prognóstico dos pacientes submetidos a hipotermia terapêutica. **Objetivo:** Descrever as condutas no gerenciamento da deglutição de pacientes que realizaram o protocolo de hipotermia terapêutica no período Neonatal. **Método:** Relato de seis pacientes que foram submetidos ao protocolo de hipotermia terapêutica e encaminhados para acompanhamento ambulatorial fonoaudiológico devido a disfagia orofaríngea. Quatro pacientes tinham como diagnóstico médico asfixia grave ao nascer, um paciente tinha asfixia moderada e um paciente com Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica do Recém-Nascido. No seguimento fonoaudiológico foram estimadas condutas de acordo com o parecer da avaliação clínica da deglutição e da videofluoroscopia da deglutição. As condutas propostas foram: estimulação intra-oral, estimulação extra-oral, treino de via oral com volume reduzido, modificação de consistência, manobra de controle de volume. Utilizou-se análise descritiva para as variáveis do estudo. **Resultado:** Os pacientes começaram o acompanhamento fonoaudiológico aos 23 dias, 2 meses, 11 meses, 1 ano e 2 meses e dois pacientes com 1 mês de idade cronológica. Nos dois pacientes com prognóstico de via de alimentação oral restrita foram utilizadas as seguintes condutas: estimulação intra-oral, estimulação extra-oral, treino de via oral com volume reduzido e a frequência de atendimentos foi estabelecida de forma quinzenal. Nos quatro pacientes com competência motora-oral e coordenação entre sucção, deglutição, respiração suficiente para se alimentar foi utilizada a estimulação intra-oral, a modificação de consistência, manobra de controle de volume com a modificação de utensílios (redução

de fluxo do bico da mamadeira) e a frequência de atendimento foi estabelecida de forma mensal para dois pacientes e semanal para os outros dois pacientes. A média da idade gestacional dos pacientes foi de $38,7 \pm 1,4$, a média do apgar no primeiro minuto foi de $1,6 \pm 1,75$ e no quinto minuto $4,3 \pm 3,14$. **Conclusão:** Não há na literatura estudo sobre a atuação fonoaudiológica em paciente submetidos ao protocolo de hipotermia terapêutica. Há na literatura estudo sobre a atuação fonoaudiológica em pacientes disfágicos com sequelas neurológicas. Com isso, são necessários mais estudos para entender a relação entre o tratamento de hipotermia terapêutica e as habilidades motoras-orais e da deglutição.

ALTERAÇÕES DA PAREDE POSTERIOR DA FARINGE E SUA INFLUÊNCIA NA FUNCIONALIDADE DA DEGLUTIÇÃO

Soares LT, Venites JP, Pereira MM, Zanato LE

Universidade Paulista – UNIP; Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Introdução: Dentre as alterações estruturais que impedem o adequado funcionamento dos órgãos envolvidos no processo de deglutição podemos destacar a barra cricofaríngea, cujos indivíduos acometidos não necessariamente apresentam um quadro disfágico, mas comumente relatam alguma queixa referente à deglutição. Alterações na parede posterior da faringe como a barra cricofaríngea podem estar associadas à dificuldade de deglutir alimentos sólidos. Essa é uma queixa que tem surgido com mais frequência na prática fonoaudiológica à medida que a população envelhece e que a idade avançada parece ser um dos fatores para seu desenvolvimento. Tradicionalmente, a barra cricofaríngea tem sido considerada uma alteração funcional, secundária a abertura do esfíncter esofágico superior associado à diminuição do relaxamento do músculo cricofaríngeo, o qual não se distende de maneira normal durante a deglutição. **Objetivos:** Apresentar o caso de um idoso com diagnóstico de barra cricofaríngea e demonstrar por meio da videofluoroscopia da deglutição a influência das alterações da parede posterior da faringe na funcionalidade da deglutição. **Material e Método:** A amostra foi constituída de 1 indivíduo, 83 anos de idade, sexo masculino, com queixa de dificuldade para deglutir alimentos sólidos e engasgos esporádicos. O método baseou-se na anamnese e avaliação objetiva da deglutição por meio da videofluoroscopia, realizada no Departamento de Diagnóstico por Imagem de um Hospital Público em São Paulo. Esse relato de caso fez parte do estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/Hospital São Paulo sob o protocolo de número 842.135/14. **Resultados:** Na videofluoroscopia da deglutição, observou-se a presença de uma barra cricofaríngea, bem como lentidão no esvaziamento esofágico, refluxo esôfago-esofágico, ondas terciárias e hérnia hiatal. As fases oral e faríngea de deglutição estavam adequadas para a idade do paciente. **Discussão e Conclusão:** A videofluoroscopia é fundamental para o diagnóstico da barra cricofaríngea, pois esse tipo de alteração é detectado apenas durante a realização deste exame, uma vez que é uma alteração funcional, ou seja, aparece apenas durante o ato de deglutição. Quando alterações na parede posterior da faringe provocam protrusão para dentro do lúmen da faringe e/ou do terço proximal do esôfago, podem levar o indivíduo a modificar a sua dieta, com restrições a alimentos sólidos, e comprometer o seu estado nutricional. Essa mudança estrutural pode se tornar uma barreira física e afetar a deglutição normal em idosos, devendo ser cuidadosamente considerada na interpretação radiológica e no gerenciamento da disfagia.

ANALISE DA DEGLUTIÇÃO EM IDOSOS ATRAVÉS DE VIDEODEGLUTOGRAMA

Silva MR, Lorenz DL, Supptitz LB, Cardoso MCAF

Cpós Esamaz; Cpós Esamaz; Cpós Esamaz; Universidade Federal de Ciências da Saúde de POA

Introdução: A deglutição tem como objetivo transportar o bolo alimentar da boca até o estômago de forma efetiva. É uma ação complexa e dinâmica, fundamental para a nutrição e hidratação. Idosos apresentam modificações no processo de deglutição, que isoladamente não causa disfagia mas provoca adaptações das estruturas a fim de realizar uma deglutição segura. **Objetivo:** Verificar a concordância

entre avaliadores no exame de videofluoroscopia da deglutição, quanto à presença de penetração e aspiração laringotraqueal, nas consistências líquida e pastosa, em idosos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de análise de banco de imagens, a partir da correlação de dois avaliadores. Foram analisados 52 exames de videofluoroscopia da deglutição, com paridade entre sexos e com média de idade de 76 anos, realizados no Hospital Moinhos de Vento – RS. A análise das imagens foi julgada por dois avaliadores quanto à presença de disfagia e a qualidade de proteção das vias aéreas nas consistências líquida e pastosa. **Resultados:** Verificou-se presença de disfagia em 45 (83,53%) dos indivíduos. Para com a consistência líquida foi constatada presença de aspiração em 10 (19,23%) indivíduos e penetração em 29 (55,76%). Na consistência pastosa foi verificada presença de aspiração em 7 (13,46%) indivíduos e penetração laríngea em 15 (28,84%) deles. A ocorrência de concordância entre os avaliadores constatada através do coeficiente de Kappa na presença de disfagia (0,45); aspiração (0 ,92); penetração(0 ,85). **Conclusão:** Os idosos avaliados apresentaram aspiração e penetração, com concordância entre os avaliadores. Observou-se maior presença de penetração e aspiração na consistência líquida.

ANÁLISE DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DA DEGLUTIÇÃO EM SUJEITOS COM DPOC

Wegner DA, Steidl EMS, Borowsky FR, Mancopes R

Universidade Federal de Santa Maria ; Universidade Federal de Santa Maria ; Universidade Federal de Santa Maria ; Universidade Federal de Santa Maria

Objetivo: avaliar clinicamente a eficácia e a segurança da deglutição de sujeitos com DPOC. **Método:** estudo de caráter transversal, no qual foram avaliados cinco sujeitos com diagnóstico de DPOC atendidos no ambulatório de Reabilitação Pulmonar em um Hospital Universitário. A eficácia e segurança da deglutição foram avaliadas por meio do teste *Volume-viscosity Swallow Test* (V-VST) que objetiva principalmente definir a deglutição a partir de duas características de eficácia – capacidade que o paciente tem de anter a ingesta calórica e a água que necessita para estar nutrido e hidratado e a segurança – capacidade de que a ingestão se realize sem risco aspirativo para que não se produzam complicações respiratórias (penetração laríngea ou aspiração laringo-traqueal). Foi utilizada estatística descritiva no programa SPSS para apresentar os resultados. **Resultados:** os sujeitos tinham média de idade de 63,8±5,9 anos, com grau de obstrução do fluxo aéreo moderada (VEF₁ médio: 68,4±10,4 L/min), tempo médio de diagnóstico de 10±1 anos, sendo três (60%) do sexo feminino. Em relação à deglutição houve alteração apenas de eficácia no item deglutições múltiplas, principalmente nas consistências néctar (60%, 20% e 40%) e pudim (40%, 40% e 20%), em 5 ml, 10 ml e 20 ml, respectivamente. **Conclusão:** conclui-se com esse estudo que a principal alteração presente foi relativa a eficácia da deglutição, com presença de deglutições múltiplas nas consistências néctar e pudim, enquanto que na consistência líquida não se observou alterações consideráveis. Dessa forma, é possível supor que o aumento da viscosidade interferiu na eficácia da deglutição desses sujeitos. Estudos anteriores ratificam a necessidade de avaliação complementar com exames objetivos, do tipo videofluoroscopia da deglutição a fim de precisar melhor a avaliação de pacientes com a condição pulmonar prejudicada.

APLICAÇÃO DA ESCALA DE PENETRAÇÃO-ASPIRAÇÃO E SUA CORRELAÇÃO COM DADOS CLÍNICOS DE PACIENTES COM GLOSSOPTOSE E DISFAGIA

Santos JC, Brandt BM, Gasparin M, Collares MV, Kuhl G, Maciel AC, Maróstica PJ, Manica D, Levy DS

Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital de Clínicas de Porto Alegre;

Objetivo: Descrever e correlacionar achados clínicos, antropométricos, pontuação da Escala de Penetração-Aspiração e condutas clínicas e de alimentação realizadas em crianças com glossoptose. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal de caráter retrospectivo e quantitativo em banco de dados com crianças atendidas do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre os anos de 2010 e 2015. As informações sobre cada paciente da pesquisa foram obtidas através de uma

minuciosa revisão prontuários. Um banco de dados foi desenvolvido, com as variáveis obtidas nos prontuários destes pacientes e com as pontuações na Escala de Penetração-Aspiração (Rosenbek, 1966) obtidas através de análise das avaliações videofluoroscópicas previamente realizadas. Para traçar o perfil das crianças, identificamos as seguintes variáveis: idade; sexo; patologia de base; curva de crescimento; complicações respiratórias; uso de antibióticos; uso de via alternativa para alimentação; tipo de tratamento utilizado para glossoptose. Realizou-se a análise estatística com a utilização dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk ($p < 0.001$) e Wilcoxon ($p < 0.001$), e adotou-se o nível de significância de 5%. Foi utilizado, também, o modelo de regressão múltipla (técnica bootstrapping) para verificar quais conjuntos de variáveis teriam maior impacto sobre a variável Escala de Penetração-Aspiração. **Resultados:** A amostra foi composta por 24 participantes com idades entre 0 e 11 anos, sendo 10 (41,6%) do sexo feminino e 14 (58,3%) do sexo masculino. Quanto ao grau da glossoptose, a classificada como leve obteve uma frequência de 10 (41,7%), enquanto a moderada obteve frequência de 11 (45,8%) e grave com 3 (12,5%) indivíduos. As diferentes categorias da variável doença base tiveram como frequência: 13 (54,2%) indivíduos com SPRI, 6 (25%) SPR síndrômica, 4 (16,7%) outras doenças e 1 (4,2%) com nenhuma doença de base diagnosticada. A partir da análise de regressão múltipla, foi observado que as variáveis presença de penetração/aspiração e via alternativa de alimentação possuem efeito significativo na avaliação do paciente pela a Escala de Penetração/Aspiração. **Conclusão:** A partir da realização deste trabalho, evidenciou-se que, a falta de conhecimento em relação à disfagia ou a subestimação dos sintomas respiratórios, pode acarretar consequências clínicas graves, como desnutrição e um declínio das condições clínicas das crianças.

ATENÇÃO A DISFAGIA OROFARÍNGEA NO HOME CARE: ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA E CONTEÚDO DE UM MANUAL DE ORIENTAÇÃO

Oliveira KFP, Santos RS

Universidade Tuiuti do Paraná – UTP; Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

Introdução: O atendimento domiciliar (AD) consiste numa gama de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente. Os objetivos deste cuidado envolvem assistência humanizada e integral com o apoio da educação em saúde; aumento da qualidade de vida (QV), de pacientes em ambiente familiar. **Objetivo:** validar em aparência e conteúdo o “manual de orientação para pacientes adultos com disfagia em terapia fonoaudiológica em home care”. **Metodologia:** A metodologia de sua elaboração trata de um estudo misto, dividido em três etapas; a primeira, com a construção do manual o qual foi encaminhado para 2 doutoras na área de fonoaudiologia as quais contribuíram com sugestões para adequação do material, que foram acatadas; na segunda etapa foram escolhidos 8 juízes especialistas na área, com mestrado ou doutorado, os quais avaliaram o manual por meio de um questionário; e a terceira etapa foi direcionada à escolha de 8 juízes cuidadores de pacientes em atendimento Home Care, como parte representante da população em estudo. Na análise das respostas dos juízes utilizou-se a correlação linear de Pearson e considerados como válidas as respostas com correlação maior que 0,6 sendo este um parâmetro que indica forte correlação linear. **Resultados:** Entre os resultados encontrados, observou-se que, com a avaliação dos juízes foi possível aperfeiçoar o instrumento; os resultados obtidos pelas análises dos dados evidenciaram a existência e correlação maior que 0,6 em todas as questões avaliadas, o que demonstra existir forte correlação entre as perguntas referentes ao conteúdo do manual e sugerem que o material é válido em aparência e conteúdo. **Conclusão:** O manual, voltado para o processo de atendimento do home care, possibilita ao fonoaudiólogo melhor gerenciamento dos cuidados do paciente disfágico e gera a possibilidade de levantamento de indicadores de tempo como parâmetro preditivo do retorno à alimentação via oral.

ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO À PACIENTE PÓS RECONSTRUÇÃO DE FACE COM RETALHO MIOCUTÂNEO

Martins VB, Paim ED, Larré MC, Lisboa WB, Kalil C, Berbert MCB

Irmandade Santa Casa de Porto Alegre; Irmandade Santa Casa de Porto Alegre / UFCSPA; Irmandade Santa Casa de Porto Alegre/ UFCSPA; Irmandade Santa Casa de Porto Alegre/ UFCSPA; Irmandade Santa Casa de Porto Alegre/ UFCSPA; Universidade Federal de Ciências

Introdução: As ressecções de tumores na região de cabeça e pescoço, podem causar diversos impactos para o equilíbrio das funções estomatognáticas, acarretando prejuízos inclusive na fala e na deglutição, sejam eles temporários ou permanentes, dependendo das estruturas envolvidas. **Objetivo:** Adequação da deglutição, voz e fala. **Método:** Paciente do sexo feminino, 71 anos, encaminhada pós ressecção de Carcinoma Espinocelular de cavidade oral localmente avançado (incluindo mucosa jugal à direita, trígono retromolar, ulcerado em região de pele, com invasão da parede ínfero-lateral da maxila) com necessidade de reconstrução com uso de retalho miocutâneo de músculo grande dorsal. Com a remoção parcial do lado direito do palato apresentando comunicação oro nasal. Faz uso de máscara cirúrgica pois o retalho que “cedeu” um pouco no lado direito da face e diz se sentir constrangida com aparência facial. Foi avaliada pela cirurgia plástica e aguarda para nova reconstrução e correção do retalho. Na anamnese fonoaudiológica referiu queixa de odinofagia, disfagia e xerostomia. Em avaliação observou-se que paciente era edêntula na arcada superior e inferior, sem uso de prótese, voz pastosa hipernasal, sistema sensorio motor oral com sensibilidade reduzida ao toque, mobilidade de lábios e língua reduzida, assimetria facial, articulação prejudicada, abertura da boca reduzida (10mm). No teste com alimento, nas consistências líquida, pastosa e sólida, não apresentou aspiração ou penetração 20aríngea de alimentos porém mastigação pouco efetiva – amassamento, estase em cavidade oral, regurgitação nasal. Foi então proposto fonoterapia para melhorar a abertura da boca e assim o Bucomaxilo conseguir moldar a prótese, a colocação de prótese obturadora e fonoterapia após para adequação da musculatura na presença da prótese. As metas no decorrer do atendimento a esta paciente foram manter a amplitude de movimentos dos órgãos fonoarticulatórios e reduzir as contraturas cicatriciais nas regiões de face e pescoço, assim como, manutenção ou reabilitação/adaptação das funções estomatognáticas. **Resultados:** Após 6 sessões de fonoterapia conseguiu colocar a prótese obturadora, melhorando a voz e a regurgitação nasal, e mais 6 atendimentos fonoterápicos foi possível obter melhora moderada do padrão mastigatório e deglutição, o padrão funcional da musculatura para a nova oclusão, além do aumento do espaço vertical de abertura de boca de 10 mm para 20 mm, proporcionando uma melhora da mastigação, deglutição, articulação e qualidade de vida para a paciente. **Conclusão:** A intervenção fonoaudiológica em casos de disfagia ocasionada por tratamento de câncer de cavidade oral mostrou-se eficaz, no que diz respeito à reabilitação de uma paciente que apresentava dificuldades em funções como mastigação, deglutição, voz e articulação.

ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO TARDIO À PACIENTE QUEIMADO

Martins VB, Santana MG, Larré MC, Paim ED, Lisboa WB, Kalil C, Berbert MCB

Irmandade Santa Casa de Porto Alegre; Irmandade Santa Casa de Porto Alegre; Irmand. Santa Casa de Porto Alegre/UFCSPA; Irmand. Santa Casa de Porto Alegre/UFCSPA; Irmand. Santa Casa de Porto Alegre/UFCSPA; Irmand. Santa Casa de Porto Alegre/UFCSPA; Irmand. Santa Casa de Porto Alegre/UFCSPA; Univers

Introdução: As queimaduras são feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Atuam nos tecidos de revestimento do corpo humano, determinando destruição parcial ou total da pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundas como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos. As queimaduras em região de face e pescoço podem provocar a redução de amplitude e da movimentação da cavidade oral devido às contrações, incluindo também mudanças fisiológicas das estruturas orofaciais e incompetência funcional das funções estomatognáticas com alterações de mastigação e/ou articulação e de deglutição e as alterações vocais decorrentes de queimaduras das vias aéreas superiores. **Objetivo:** Adequação da

deglutição. **Método:** Paciente sexo masculino, 77 anos, queimadura extensa 90% da área corporal, devido a explosão de carro em 1997, em 2001 necessitou realizar traqueoplastia por estenose traqueal, e após, em 2014 novamente, dilatação traqueal. Interna em fevereiro de 2016 por dor torácica, hemoptise e disfagia principalmente para a consistência sólida. Realizado fibrobroncoscopia, onde mostrou importante estenose subglótica anelar necessitando mais uma dilatação traqueal. Em março 2016 foi submetido a gastrostomia endoscópica para melhora do aporte nutricional. Após o acidente apresentou limitação de movimento em região de pescoço e cabeça na posição normal, ficando com queixo para baixo, sendo preciso a colocação de enxerto para que paciente pudesse olhar na linha média. Desde então sempre teve limitações de consistências para alimentação, porém nunca fez tratamento fonoaudiológico. Paciente refere que as dificuldades em relação à deglutição se acentuaram gradativamente, com penetração e aspiração em todas as consistências. Na avaliação fonoaudiológica verificou-se mobilidade e força de estruturas orais e orofaríngeas reduzidas, dentição parcial, voz rouca e de fraca intensidade, vedamento labial ineficiente, diminuição da força de língua e mobilidade de orofaringe, redução da elevação laríngea, principalmente em função do retralho com retração cicatricial dificultando a elevação e a realização da ausculta cervical. Testadas consistências líquida, líquido espessado, pastoso liquidificado e paciente apresentou sinais de escape prematuro posterior, elevação laríngea insuficiente, penetração laríngea do líquido, tosse reflexa, sem modificação vocal e muita estase em faringe do pastoso liquidificado, necessitando de revezamento com líquido espessado. **Resultados:** Após cinco sessões fonoaudiológicas com exercícios de mobilidade de língua, orofaringe, elevação laríngea e de alongamento da musculatura cervical e a utilização de manobras de dígito-compressão, melhorando, assim, as condições para competência das funções alteradas sendo possível a progressão para dieta por via oral normal/ livre. Em queimaduras de cabeça e pescoço as alterações na mastigação e deglutição são muito frequentes; e quando as queimaduras ocorrem em vias aéreas superiores provocam alterações na laringe e na qualidade vocal. **Conclusão:** Os resultados caracterizaram que sinais e sintomas de disfagia são evidentes na população de queimados nas regiões de face e pescoço, e a intervenção fonoaudiológica propicia melhor evolução clínica dos fatores relativos à alimentação/deglutição e conseqüentemente melhor qualidade de vida desses indivíduos.

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM CASO DE TUMOR DE JUGULAR COM ABORDAGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Gigoski VS, Grawer RS, Santana MG, Martins VB, Dresch BD

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto

Introdução: Em 2002, a Organização Mundial da Saúde definiu o conceito de cuidados paliativos como uma abordagem ou tratamento que melhore a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de uma enfermidade que ameaça a vida. O tratamento em cuidados paliativos deve ser realizado em equipe multiprofissional para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças da vida impostas pela doença, além de auxiliar a família na tomada de decisões e condutas perante esse indivíduo. O fonoaudiólogo que atua nos cuidados paliativos tem o papel de permitir estímulos gustativos a esse paciente, mesmo com o risco de broncoaspiração, a fim de garantir prazer. Essa intervenção é capaz de e seus familiares. **Objetivo:** Descrever a atuação fonoaudiológica em caso de tumor de jugular com abordagem dos cuidados paliativos. **Metodologia:** Estudo de caso, descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, realizado durante os meses de dezembro de 2015 a março de 2016, em um hospital de referência em neurologia de Porto Alegre/RS. **Resultado:** Paciente do sexo masculino, 66 anos, internou em novembro com quadro de afonia associado a disfagia orofaríngea com alimentos sólidos, tendo emagrecido mais de 20Kg. Apresentava engasgos frequentes, dificuldades para tossir e disgeusia. Diagnosticado com Síndrome de Vernet, apresentando tumor inoperável em jugular, realizou nasofibrolaringoscopia em que verificou-se paralisia bilateral de pregas vocais, e entrada de secreção em via respiratória. Indicou-se gastrostomia, e foi iniciada terapia fonoaudiológica para cooptação de pregas vocais e para segurança de deglutição. Em dois meses, paciente obteve progressão da doença, apresentando paralisia facial esquerda, cefaleia extrema, não reagindo aos procedimentos indicados para dor. Em reunião multiprofissional, solicitou-se avaliação da equipe de cuidados paliativos, visto tumor

inoperável e incurável e prognóstico ruim. Após valiação e decisão da equipe, juntamente com familiares, paciente entra em cuidados paliativos. A atuação fonoaudiológica volta-se ao prazer e conforto do paciente que solicita, insistentemente, comida por via oral. A intervenção se dá através da oferta de dieta pastosa liquidificada nos horários das dietas, em que paciente sente-se feliz, além de os familiares sentirem-se úteis por estarem ofertando e auxiliando o paciente a realizar suas vontades. **Conclusão:** Podemos concluir com esse trabalho a importância da atuação fonoaudiológica, para proporcionar via oral de prazer e conforto na fase de terminalidade desse indivíduo. Entende-se que atuação multiprofissional nos casos de cuidados paliativos é essencial para melhor qualidade de vida dos pacientes e familiares.

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM UMA PACIENTE COM SÍNDROME DE MAY-THURNER: RELATO DE CASO

Otto DM, Santana MG, Martins VB, Dresch BR

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Aleg; Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto

Introdução: A síndrome de compressão da veia ilíaca, também conhecida como Síndrome de May-Thurner, é uma doença pouco comum causada pela compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita, proporcionando uma série de sintomas dependendo do grau de compressão, entre eles: edema assimétrico de membro inferior esquerdo, dor, surgimento de varizes e trombose venosa. Dois terços dos pacientes acometidos são mulheres, em sua maioria entre a segunda e quarta décadas de vida. Com o advento da cirurgia endovascular, uma nova estratégia terapêutica menos invasiva e com bons resultados foi instituída: a angioplastia com balão e colocação de stent. **Objetivo:** Relatar a atuação fonoaudiológica na reabilitação de deglutição e comunicativa de uma paciente com diagnóstico de Síndrome de May-Thurner. **Método:** Estudo de caso pertencente a projeto aprovado pela CEP-ISCMPA sob número 32485714.6.0000.5335. COS, sexo feminino, 32 anos. Teve a gestação interrompida às 28 semanas, por eclampsia grave associada à Síndrome de HELLP – entidade de grave repercussão materna e fetal, definida pela presença de hemólise, elevação de enzimas hepáticas e trombocitopenia em gestante com toxemia. Foi transferida do município de origem para investigação de isquemia medular venosa x polirradiculoneurite desmielinizante aguda pós-anestésica x mielite transversa. Recebeu diagnóstico de Síndrome de May-Thurner com trombose venosa profunda, sendo realizada tentativa de colocação de stent na ilíaca, porém trombos dificultaram o procedimento. Apresentava tetraparesia / plegia flácida com dependência de ventilação mecânica e traqueostomia, fazendo uso de sonda nasoentérica para alimentação. Equipe médica solicitou avaliação fonoaudiológica para auxílio na reabilitação de deglutição e comunicação. **Resultados:** Na avaliação clínica estrutural, observou-se: força, tônus e mobilidade adequados das estruturas orais. Realizou-se o *Blue Dye Test* e *Blue Dye Test Modificado* (teste de deglutição salivar e alimentar, corados com corante alimentício azul), sem sinais sugestivos de aspiração traqueal salivar ou com líquidos. Permaneceu internada na Unidade de Terapia Intensiva durante 100 dias, recebendo atendimento fonoaudiológico ao longo deste período. Foram realizados atendimentos em conjunto com a equipe de Fisioterapia, porém não foi possível a adaptação de válvula de fala/deglutição, devido às condições clínicas e falta de força expiratória da paciente, se comunicando com sobrearticulação oral. Foi-se introduzindo alimentação de forma gradativa e Após 35 dias de fonoterapia, apresentou condições de via oral adaptada (pastosa liquidificada, conforme combinado com a equipe de Nutrição) associada à dieta por gastrostomia. **Conclusões:** A atuação fonoaudiológica, em conjunto com a equipe multidisciplinar, foi fundamental no presente caso para possibilitar uma alimentação por via oral de conforto e com a maior segurança possível conforme o quadro clínico. O caso-clínico evoluiu de dieta exclusiva enteral para uma via oral parcial adaptada associada à dieta por gastrostomia.

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA SÍNDROME DE BRUGADA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Santos SVP, Amaral CLB, Domenis DR, Schneiberg S

Universidade Federal de Sergipe-UFS; Centro de Especialidades Médicas de Aracaju-CEMAR; Universidade Federal de Sergipe-UFS; Universidade Federal de Sergipe-UFS

Introdução: A reabilitação do paciente disfágico na unidade de terapia intensiva (UTI) é uma realidade crescente e envolve engajamento de toda a equipe, sobretudo quando se trata de novas entidades como a síndrome de Brugada, uma arritmia de base genética e causadora potencial de morte súbita. Devido à gravidade da doença as condutas devem ser bem planejadas e precisas de toda equipe interdisciplinar envolvida. **Objetivo:** Descrever a atuação fonoaudiológica em um paciente com Síndrome de Brugada, internado em UTI. **Método:** Paciente jovem (30 anos), sexo masculino, diagnosticado com Síndrome de Brugada após paradas cardiorrespiratórias (PCR), sem histórico prévio de qualquer afecção, necessitou de internação em UTI onde permaneceu em ventilação mecânica invasiva (VMI) prolongada (mais de 15 dias). Restrito ao leito evoluiu com encefalopatia hipóxica, pneumonia aspirativa e dificuldade de alcançar a meta do desmame ventilatório. Pouco mais de duas semanas iniciou abordagem fonoaudiológica. Encontrava-se sem sedação, secretivo, alimentação exclusiva por sonda nasointestinal (SNE), direcionando o olhar. A avaliação fonoaudiológica foi realizada seguindo o protocolo institucional para pacientes traqueostomizados e diagnosticou disfagia orofaríngea grave com aspiração silente de saliva. Apresentava tosse forte com expectoração salivar abundante pelo traqueostomo (TQT), padrões orais patológicos de travamento e bruxismo, sialorréia, espasticidade, ausência de controle cervical, soluços frequentes, dificuldade para eliciar a deglutição, mobilidade reduzida de lábios e língua, laringe rígida, hipersensibilidade ao toque intra-oral, hipomímia facial. Foi realizado fonoterapia diária, exceto quando apresentava intercorrências. A abordagem foi interdisciplinar, com introdução pela equipe médica de medicações com potencial efeito de xerostomia e fisioterapia motora e respiratória. A terapia foi indireta, sem uso de bolo alimentar, utilizando estimulação tátil térmica e gustativa, ajustes e manobras posturais, inibição de padrões orais patológicos, desmame do cuff e oclusão da traqueostomia, estimulação da comunicação. **Resultado:** Após 27 dias de intervenção observou-se redução da sialorréia e secreção, redução do número de aspirações das vias aéreas superiores (VAS) e do TQT, redução dos retornos à VMI por hipersecretividade, melhora da espasticidade, ganho na expressão facial, laringe mais móvel com menos retardo a excursão, aumento do número de deglutições, sem tosse persistente, sem sinais de hipersensibilidade ao toque. Foi realizada gastrostomia e viabilizada alta segura da UTI. Após 55 dias de abordagem, iniciou abertura mínima de boca com tímida exteriorização da língua, tolerância à oclusão digital do TQT, emissão de sons (voz seca) à oclusão do TQT interpretadas como tentativas de comunicação. **Conclusão:** Pacientes com síndrome de Brugada podem evoluir com prejuízos neurológicos e pulmonares após PCR e aumento da probabilidade de apresentar alterações fonoaudiológicas. A disfagia orofaríngea traz impacto pulmonar, nutricional e de hidratação, prolongando o tempo de internação e aumentando o risco de óbito. A presença do fonoaudiólogo na UTI com atuação interdisciplinar e precoce sempre que possível, colabora para a melhora do paciente, redução do tempo de internação e morbidades relacionadas a ela.

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO DE INDIVÍDUOS VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Silva SKT, Monteiro T, Lopes PPC

Faculdade São Lucas; Faculdade São Lucas; Faculdade São Lucas

Introdução: O acidente vascular encefálico (AVE) é considerado como um problema de saúde pública e representa a terceira causa de morte nos países desenvolvidos e a principal causa de incapacidade funcional entre toda a população mundial. No Brasil, é a primeira causa de morte entre óbitos por doenças cerebrovasculares. A disfagia é uma comorbidade muito frequente em acometidos pelo AVE que impede a ingestão oral segura, eficiente e confortável ao indivíduo, ocasionado desnutrição, desidratação

e desconforto ao se alimentar e há risco real de complicações pulmonares, incluindo aspiração de alimentos e líquidos e consequentemente pneumonia aspirativa e septicemia. **Objetivo:** Descrever clinicamente a deglutição de indivíduos acometidos por AVE, bem como relacionar as manifestações relevantes com a idade dos indivíduos participantes. **Métodos:** Foram submetidos à avaliação da deglutição através do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico em hospital de referência em Porto Velho, Rondônia. Participaram deste estudo 81 indivíduos. **Resultados:** Constatou-se no teste de deglutição de água como manifestações predominantes mudança na qualidade vocal, aumento do número de deglutições, engasgo e tosse. No teste da deglutição de pastoso observou-se aumento no número de deglutições, mudança na qualidade vocal e tempo de trânsito oral aumentado. Ao relacionar as manifestações e os resultados encontrados dentro da normalidade com a média de idade verificou-se que somente existiu diferença para a mudança na qualidade vocal, sendo a média de idade de indivíduos com manifestação maior que os que apresentaram resultados normais. **Conclusão:** Conclui-se que no teste de deglutição de água há predomínio de mudança na qualidade vocal, aumento no número de deglutições, engasgo e tosse. Para pastoso observou-se aumento no número de deglutições, mudança na qualidade vocal e aumento do tempo de trânsito oral. Os indivíduos com manifestação na deglutição somente na qualidade vocal são de maior idade do que os que não apresentaram essa manifestação de disfagia.

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO

Fabricio MZ, Pacheco AC, Dantas RO

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Objetivo: Caracterizar a deglutição de pacientes após Acidente vascular Encefálico (AVC) agudo pela avaliação clínica. **Método:** Participaram da pesquisa, pacientes com diagnóstico de AVC em fase aguda, após alta hospitalar. As avaliações foram realizadas no Setor de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP. A avaliação clínica da deglutição foi dividida em duas etapas: avaliação estrutural (sem alimento) e avaliação funcional (com consistência). Na avaliação estrutural, foi solicitado movimentos de língua, lábio e bochecha e testado a sensibilidade dos mesmos através de toque com instrumento pontiagudo. Na avaliação clínica da deglutição propriamente dita, foi oferecida a consistência líquida, composta por água, em volume de 100 ml, utilizando-se copo. Todos os pacientes foram orientados a engolir de forma espontânea, ou seja, não tiveram o comando do avaliador para tal. **Resultado:** Participaram da pesquisa um total de 15 pacientes com diagnóstico de AVC agudo, sendo que 80% AVCi, 13% AVCh e 7% AVC não especificado. A avaliação foi realizada em uma média de 14 dias após alta hospitalar. As alterações observadas na avaliação estrutural foram: sensibilidade de língua à direita (6,6%); retração de língua (13,3%); protrusão/retração de língua (13,3%); tocar língua na bochecha à direita (6,6%); tocar língua à esquerda (6,6%); alternar língua na bochecha (13,3%); inflar bochecha direita (26,6%); inflar bochecha esquerda (20%); inflar bochecha (6,6%); insuflar bochecha (20%); alternar bochecha direita/esquerda (20%). Os sinais clínicos encontrados foram: escape extra oral (6,6%); deglutição múltipla (6,6%); pigarro (20%); alteração vocal (33,33%); tosse (6,6%); ausculta positiva (6,6%). Dos pacientes, 20% apresentaram queixa com relação à alimentação atual, mas apenas 13,3% apresentaram alteração na deglutição. Com relação ao tipo de dieta, 86,6% relataram dieta geral por via oral. O restante relatou restrições com relação à consistência alimentar e os mesmos apresentaram alguma alteração na avaliação estrutural e pelo menos um sinal clínico relatado acima. **Conclusão:** A maioria dos pacientes possuíam diagnóstico de AVCi. Com relação a avaliação estrutural, a dificuldade de inflar bochecha à direita foi a alteração predominante. O sinal clínico de disfagia encontrado em maior porcentagem foi a alteração vocal. Os pacientes que relataram dificuldades durante o ato de engolir, apresentaram alguma alteração na avaliação estrutural e no padrão de deglutição propriamente dito.

AValiação CLÍNICA E VIDEOFLUOROSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO NA SÍNDROME DE SCHIMMELPENNING-FEUERSTEIN-MIMS: ESTUDO DE CASO

Costa Junior CF, Flabiano-Almeida FC, Bühler KEB
Hospital Universitário – USP

Introdução: A síndrome de Schimmelpenning-Feuerstein-Mims é uma doença raríssima, causada por uma mutação autossômica dominante letal que sobrevive através de mosaicismos somáticos. A clássica tríade de sintomas, descrita por Schimmelpenning em 1957 e Feuerstein e Mims em 1962, inclui a presença do nevo sebáceo geralmente crânio-facial, epilepsia e retardo mental. Estudos posteriores descrevem também a presença de neuropatia dos VI, VII e VIII pares cranianos, hemimegalencefalia, hipoplasia cortical, dilatação de ventrículos laterais, malformações, calcificações, tumores, assim como anormalidades oculares, alterações cardiovasculares, ósseas e motoras globais. A literatura disponível é restrita e os estudos encontrados descrevem apenas as características mais gerais da síndrome, não havendo nenhuma descrição sobre questões de ordem fonoaudiológica. **Objetivo:** Descrever os dados da avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição em uma paciente com diagnóstico genético de síndrome de Schimmelpenning-Feuerstein-Mims. **Descrição do caso:** Paciente de 10 anos e três meses, com diagnóstico de síndrome de Schimmelpenning-Feuerstein-Mims foi admitida na UTI Pediátrica com quadro de pneumonia e sibilância, sendo esta a 4ª internação em dois anos pelo mesmo motivo. Solicitada avaliação fonoaudiológica pela equipe médica a fim de verificar a possibilidade de reintrodução da alimentação por via oral. Para avaliação clínica da dinâmica da deglutição foi utilizado o Protocolo para Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED), cujo resultado evidenciou alterações estruturais, alterações de fase oral e presença de sinais clínicos sugestivos de alterações de fase faríngea, recebendo a classificação da disfagia pediátrica Grau 3 – Disfagia orofaríngea moderada a grave, quando há grande suspeita de alteração na fase faríngea da deglutição ou alterações na fase oral com impacto importante na manutenção da nutrição e hidratação adequadas, necessitando de restrição de consistências ou via alternativa de alimentação complementar. Após a alta hospitalar, a paciente passou a ser acompanhada ambulatorialmente e foi realizada a videofluoroscopia da deglutição, na qual foram evidenciadas alterações de fase oral e faríngea, porém ausência de penetração ou aspiração laringo-traqueal para as consistências pastoso homogêneo e líquido fino ofertado em pequena quantidade na colher. A deglutição foi classificada de acordo com a escala de gravidade da disfagia: Nível 6 – Deglutição funcional; e a escala de Penetração-Aspiração: Nível 1 – Contraste não entra em vias aéreas. A partir dos dados da avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição, a conduta fonoaudiológica foi modificar a consistência da dieta via oral para pastosa homogênea, e manter oferta de líquido ralo na colher em pequeno volume visando minimizar o risco de aspiração durante a deglutição. **Conclusão:** Em virtude do grande acometimento neurológico e das alterações do sistema sensorio-motor-oral e estruturas orofaciais na síndrome de Schimmelpenning-Feuerstein-Mims, a atuação fonoaudiológica demonstrou-se extremamente importante tanto durante a internação, quanto no período pós-alta hospitalar para a promoção de uma deglutição mais segura e eficiente, com o objetivo maior de evitar novas internações por quadro pulmonar.

AValiação DA CONSISTÊNCIA DE LÍQUIDOS PELO MÉTODO IDDSI *FLOW TEST*

Alves DC, Alves NA, Dantas RO

Universidade Paulista; Universidade de São Paulo; Universidade de São Paulo

Introdução: Existe uma grande dificuldade em caracterizar a consistência de alimentos líquidos e sólidos. O grupo *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI) tem desenvolvido métodos que possam caracterizar a consistência dos alimentos. A importância é que diferentes pacientes têm a capacidade de ingerir alimentos com específicas consistências, que precisam ser bem caracterizadas para evitar dificuldades na deglutição, evitar aspiração de alimentos para vias aéreas e facilitar a manutenção do estado nutricional. Recentemente foi descrito o IDDSI *flow test* que divide a

consistência de líquidos em cinco níveis: 0 – líquido, 1 – ligeiramente espessado, 2 – suavemente espessado, 3 – moderadamente espessado, 4 – extremamente espessado. **Objetivo:** Avaliar a consistência de produto usado no espessamento de alimentos considerando a nova classificação proposta. **Método:** Foi utilizado o IDDSI *flow test*, que consiste de colocar 10 ml do líquido a ser avaliado em uma seringa na posição vertical e verificar o quanto sai desta seringa em um período de 10 segundos, por conta apenas do escoamento pela gravidade. No nível zero nada restou na seringa, no nível 1 entre 1 e 4 ml ficaram na seringa, nível 2 entre 4 e 8 ml, nível 3 mais que 8 ml mas algum material saiu da seringa, e nível 4 nada saiu da seringa. Avaliamos o escoamento de 10 ml de água pura e engrossada com 1,2 g (néctar), 2,4 g (mel) e 3,6 g (pudim) de espessante alimentar contendo maltodextrina, goma xantana e cloreto de potássio. Cada investigador (n=3) realizou dez medidas da mesma consistência e medidas de hora em hora durante 12 horas (das 8 às 20 horas), na temperatura ambiente de 24º Celsius, em momentos diferentes, com amostras diferentes, em locais diferentes e preparadas por cada investigador. **Resultados:** Com o líquido nada restou na seringa aos 10 segundos (nível zero), com a consistência néctar restaram 4,43(0,43) ml (nível 2), com a consistência mel restaram 8,14(0,40) ml (nível 3) e com a consistência pudim restaram 9,48(0,21) ml (nível 3). Não houve diferença entre os três avaliadores, e também não houve diferença entre as 10 medições realizadas. Não houve variação da consistência durante as 12 horas em que foi medida. **Conclusão:** O IDDSI *flow test* foi capaz de medir a consistência dos líquidos avaliados, mas não foi capaz de diferenciar a consistência pudim da consistência mel. A importância prática desta diferenciação precisa ser estabelecida. Houve boa estabilidade das consistências preparadas durante o período de 12 horas.

AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE WEST E PARALISIA CEREBRAL: ESTUDO DE CASO

Dresch BR, Barbosa LDR

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto

Introdução: A síndrome de West é um dos tipos mais comuns de Epilepsia, caracterizada por encefalopatia epiléptica associado a espasmos em flexão e deficiência mental de instalação no primeiro ano de vida e de etiologia incerta. É uma condição caracterizada por convulsões recorrentes e não provocadas que é gerada por neurônios que disparam simultaneamente gerando uma atividade neuronal síncrona e excessiva no cérebro. A paralisia cerebral é um grupo de desordens do desenvolvimento neurológico, que gera alterações globais de tônus e mobilidade muscular, acometendo também o sistema estomatognático. A deglutição é definida como a condução do alimento da boca ao estômago, atividade essa que exige um controle neuromuscular refinado, sendo que qualquer alteração nesse mecanismo caracteriza a disfagia. Alterações neurológicas, como a Síndrome de West e a Paralisia Cerebral podem alterar a deglutição, que quando é proveniente de um distúrbio neurológico é definida como disfagia neurogênica. **Objetivo:** Descrever os achados clínicos da avaliação da deglutição de uma criança com diagnóstico de Síndrome de West e Paralisia Cerebral. **Metodologia:** Estudo de casos, transversal, observacional, individual e contemporâneo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre sob parecer nº 1.196.507, realizado em um hospital de Porto Alegre/RS. Foi realizado entrevista com o responsável pela criança através de um protocolo de caracterização da amostra e avaliação clínica da deglutição com Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED) adaptado na consistência líquido fino. **Resultado:** Sujeito feminino, 6 meses, em uso dos medicamentos Fenobarbital, Carbamazepina, Fenitoína e Volproato Sódico, exame neurológico compatível com paralisia cerebral, sustento cefálico incompleto, alimentando-se por via oral nas consistências sólida, líquida e pastosa, com queixa de tosse e engasgo na alimentação relatada pela responsável. Foi avaliado com 20 mL de líquido fino em mamadeira e cinco minutos de amamentação em seio materno. Foi observada adequação em vedamento labial e preensão de bico, pausas e tempo de trânsito oral adequados, coordenação de sucções-deglutição-respiração, 3 sucções por deglutição, ausculta cervical alterada, engasgo e tosse eficaz. Obteve-se como resultado da avaliação: Alteração de deglutição em fase oral e faríngea. **Conclusão:** Conclui-se que pacientes com

diagnóstico de Síndrome de West e Paralisia Cerebral podem apresentar alteração de deglutição. Devido ao fato de o paciente avaliado ter diagnóstico de patologias neurológicas, que alteram o funcionamento neuromuscular, conseqüentemente a deglutição pode estar sendo afetada por esses acometimentos. No presente caso, o sustento cefálico incompleto ocasionado pela Paralisia Cerebral pode estar interferindo diretamente na deglutição, visto que o funcionamento das regiões distais depende do desenvolvimento das regiões proximais, como a boca. Os medicamentos utilizados pelo paciente podem gerar efeito sedativo e depressor no Sistema Nervoso Central, além de toxicidade e/ou atrofia do cerebelo, podendo-se inferir que a utilização das drogas antiepilépticas podem ser um agravante no quadro de alteração da deglutição do paciente. Com base nos achados, ressalta-se a importância da atuação fonoaudiológica nesses casos, visando a segurança alimentar e a qualidade de vida desses pacientes.

AVALIAÇÃO DA INGESTÃO DE ÁGUA COM DIFERENTES CONSISTÊNCIAS EM PESSOAS NORMAIS

Alves DC, Dantas RO

Universidade Paulista; Universidade de São Paulo

Introdução: Em pacientes com disfagia a alteração da consistência dos alimentos é uma estratégia de tratamento. Ingestão de água é essencial para manutenção da hidratação do ser humano e manutenção das funções fisiológicas. Em alguns pacientes com disfagia a ingestão de água na forma líquida não pode ser feita, em decorrência do risco de aspiração, e para manutenção da hidratação é modificada a sua consistência. Entretanto não sabemos o que representa para uma pessoa ingerir água modificada.

Objetivo: Avaliar a ingestão de água em quatro diferentes consistências em pessoas normais. **Método:** Em 34 voluntários considerados normais, sem sintomas ou tratamento de alguma doença, 20 mulheres e 14 homens com idades entre 18 e 58 anos (média: 29,8 anos) e índice de massa corporal de 18,6 e 29,8 kg/m² (média: 24,5 kg/m²), foi avaliada a ingestão de 100 ml água nas consistências líquida e engrossada com 1,2 g (néctar), 2,4g (mel) e 3,6g (pudim) de espessante alimentar contendo maltodextrina, goma xantana e cloreto de potássio. Os voluntários foram estudados sentados e ingeriam o volume de 100 mL de água de maneira contínua enquanto era cronometrado o tempo de ingestão e contado o número de deglutições. Com estes resultados foi possível calcular o intervalo entre deglutições (tempo de ingestão dividido pelo número de deglutições), o fluxo de ingestão (100 ml dividido pelo tempo de ingestão) e o volume em cada deglutição (100 mL dividido pelo número de deglutições). Depois de cada teste os voluntários eram arguidos quanto à sensação da ingestão da água, sendo 10 a sensação mais agradável e zero a sensação mais desagradável, e a dificuldade na ingestão, sendo zero a ausência de dificuldade e dez a dificuldade máxima. **Resultados:** O tempo de ingestão foi progressivamente maior (líquida: 5,46 s; néctar: 7,38 s; mel: 9,47 s; pudim: 11,48 s; p<0,01), o fluxo de ingestão progressivamente menor (líquida: 21,08 ml/s; néctar: 16,23 ml/s; mel: 13,84 ml/s; pudim: 11,45 ml/s; p<0,01), e a sensação progressivamente menos agradável (líquida: 9,82; néctar: 6,03; mel: 4,35; pudim: 3,06) na sequência líquida, néctar, mel e pudim. As outras medidas seguiram tendência de aumento do número de deglutições, aumento do intervalo entre deglutições, diminuição do volume em cada deglutição e aumento na dificuldade de ingestão na mesma sequência descrita, mas não houve diferença entre néctar e mel no número de deglutições, no volume em cada deglutição e na dificuldade na ingestão, e entre mel e pudim no intervalo entre as deglutições. **Conclusão:** Os resultados demonstram que o espessamento da água provoca algum grau de dificuldade e sensação menos agradável durante a ingestão, o que deve ser considerado quando água espessada é introduzida no tratamento de pacientes com disfagia.

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE DO TRATO VOCAL POR MEIO DE VIDEONASOFIBROLARINGOSCOPIA

Machado GC, Hübner LS, Dornelles S, Maahs GS

Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: A videonasofibrolaringoscopia consta de um método de avaliação endoscópica flexível que permite ampliação de imagens estáticas ou dinâmicas de estruturas e cavidades do trato vocal. Nos exames de videonasofibrolaringoscopia funcional da deglutição, geralmente, fornecem dados de biomecânica da deglutição, sendo a discriminação sensorial pouco contemplada nessas avaliações. **Objetivo:** Buscar parâmetros que possam nortear padrões de resposta de sensibilidade na avaliação sensorial em trato vocal através do exame de videonasofibrolaringoscopia. **Método:** Foi realizado um estudo observacional transversal com 35 indivíduos saudáveis, variando em uma faixa etária mínima de 18 e máxima de 50 anos. Todos os indivíduos foram submetidos ao exame de videonasofibrolaringoscopia. O exame procedeu em duas fases, a avaliação detalhada das estruturas anatômicas que compõe o trato vocal e a avaliação da sensibilidade por meio de toque com a extremidade distal do aparelho nas regiões de nasofaringe, hipofaringe e laringe. **Resultado:** Dos achados na laringe, especificamente de PPVV, 7 (20%) indivíduos apresentaram alterações orgânicas ou funcionais. Em relação à sensibilidade dos parâmetros anatômicas avaliados por meio do exame de videonasofibrolaringoscopia, demonstrou diferença significativa de sensibilidade ($p < 0,001$), não demonstrando diferença entre faixa etária e gênero. **Conclusão:** Dentre as estruturas que apresentaram reflexos associados a presença de sensibilidade, percebeu-se que o reflexo de GAG se sobressaiu nas estruturas da faringe enquanto o reflexo de tosse esteve mais presente nas estruturas da região da laringe.

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE ORAL E FARINGEA NO PACIENTE DPOC

Da Rosa FB, Pasqualoto AS, Mancopes R, Wegner DA, Meza JA, Tomasi LL

Universidade Federal de Santa Maria ; Universidade Federal de Santa Maria ; Universidade Federal de Santa Maria ; Universidade Federal de Santa Maria ; Universidade Federal de Santa Maria ; Universidade Federal de Santa Maria ; Universidade Federal de Santa Maria

Introdução: Estudos anteriores demonstram que os sujeitos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) apresentam alteração na sensibilidade laríngea, o que pode acarretar em aumento de risco para aspiração durante a deglutição, porém não há estudos avaliando a sensibilidade em cavidade oral e faríngea nesta população. **Objetivo:** avaliar a sensibilidade térmica em cavidade oral e faríngea de sujeitos com diagnóstico de DPOC. **Metodologia:** Foram avaliados quatro pacientes (três do sexo feminino e um do sexo masculino) com DPOC atendidos no ambulatório de Reabilitação Pulmonar em um Hospital Universitário. Os sujeitos foram submetidos à avaliação de sensibilidade térmica na cavidade oral e faríngea por meio de toques com hastes flexíveis com ponta de algodão molhados em água temperatura ambiente e quente (45°C) aplicados bilateralmente nas seguintes estruturas: 2/3 anteriores da língua, 1/3 posterior da língua, palato mole e parede posterior da faringe. A escolha das regiões para avaliação da sensibilidade intra-oral (dois terços anteriores da língua, terço posterior, palato mole) e em faringe seguiu as regiões anatômicas inervadas pelos nervos cranianos Trigêmeo (V par craniano), Glossofaríngeo (IX par craniano) e Vago (X par craniano) responsáveis pela aferência de estímulos de sensibilidade térmica da cavidade oral e faringe para a dinâmica da deglutição (ESTRELA et al., 2009). **Resultados:** um sujeito (25%) apresentou alteração de sensibilidade para estímulos quentes em cavidade oral e três sujeitos (75%) apresentaram alteração de sensibilidade para estímulos quentes em faringe. **Conclusão:** o estudo demonstrou a presença de alteração na sensibilidade térmica em cavidade oral e faringe de sujeitos com DPOC. Novos estudos devem ser realizados associando avaliação clínica e instrumental da sensibilidade e com uma amostra maior de sujeitos com DPOC.

BLUE DYE TEST: REVISÃO DE LITERATURA

Rocha APF, Carrara-Angelis E, Netto IP

Hospital Felício Rocho; Hospital Ac Camargo; Hospital Ac Camargo

Introdução: O teste do corante azul de Evans (TCA) ou teste *blue dye*, é um procedimento simples, barato e prático e sensível para a detecção de aspiração traqueal, sendo bastante utilizado pelo fonoaudiólogo à beira do leito. O TCA tem como objetivo avaliar a deglutição de saliva e o TCAM (teste do

corante azul modificado) de alimentos em diferentes consistências e volumes em pacientes traqueostomizados. Atualmente, o TCA e o TCAM vêm sendo questionados devido aos frequentes resultados falsos-negativos e efeitos nocivos à saúde. Desta forma, não existe ainda um consenso quanto a usá-lo ou não durante a avaliação Fonoaudiológica. **Objetivo:** realizar uma revisão de literatura sobre o que tem descrito do uso *Blue Dye Test* na avaliação fonoaudiológica. **Método:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica por meio de artigos, livros e textos científicos que relatavam o uso do *Blue Dye Test* durante avaliação fonoaudiológica. Foram selecionados artigos publicados em banco de dados referenciais: LILACS/SIELO (BIREME), MEDLINE (Pubmed) e CAPES, utilizando as seguintes palavras chaves: *tracheostomy, blue dye, safety, safe, swallow*. Como critério de inclusão foram elegíveis artigos e textos originais de pesquisa que detalhavam o testes TCA. **Resultado/Discussão:** Foram selecionados apenas 6 artigos que detalharam a utilização do TCA. Desta forma, estes artigos foram comparados a partir dos seguintes aspectos: tipo de corante utilizado na rotina do fonoaudiólogo, quantidade do corante utilizado, tipo de consistência testada, tamanho do bolo ofertado, modo de oferta do corante, condições do cuff, condições de oclusão da cânula, aspiração traqueal, repetição do teste e toxicidade do corante. **Conclusão:** Não existe um consenso entre os autores em relação a metodologia aplicada para o TCA. Os autores relatam que o TCA é sensível para detecção de aspiração traqueal, principalmente em indivíduos submetidos a ventilação mecânica e que apresenta baixa especificidade devido as altas taxas de falsos-negativo. A literatura aponta que pacientes com risco de aumento da permeabilidade intestinal, podem ir a óbito por hipotensão refrataria por apresentarem maior risco de absorção do corante alimentício azul. Mais pesquisas devem ser realizados sobre a toxicidade do uso do corante azul.

CARACTERIZAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO ASSOCIADO À LOCALIZAÇÃO HEMISFÉRICA

Barbosa GM, Albaneze LCRR, Cintra MF

Universidade de Franca; Universidade de Franca; Universidade de Franca

Objetivo: Correlacionar os achados da tomografia computadorizada com a avaliação da deglutição em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico, por meio da aplicação do Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica Preliminar (PAP), do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) e Escala de Coma de Glasgow. **Metodologia:** A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca – número 46153615.0.0000.5438, aprovado em 08 de julho de 2015. No período de 03 de agosto a 30 de agosto de 2015, deram entrada na Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca 19 participantes com idades entre 40 a 92 anos, dos gêneros masculino e feminino que atendiam aos critérios de inclusão. Os participantes apresentavam AVCI diagnosticado por exame médico (por diagnóstico clínico-tomográfico), acompanhados na Enfermaria da Clínica Médica do Setor de Neurologia da Fundação Santa Casa de Franca – SP. Foram incluídos indivíduos adultos (acima de 18 anos) com história de primeiro AVCI na fase aguda da doença. Foram excluídos os indivíduos que apresentaram quaisquer outras alterações neurológicas ou estruturais que pudessem interferir no processo de deglutição. Foram utilizados os dados colhidos na avaliação clínica à beira do leito (escala de Coma de Glasgow, por meio da aplicação do Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica Preliminar (PAP), do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) adaptados). Os resultados dessas avaliações foram correlacionados com a Tomografia Computadorizada, onde foi possível identificar o hemisfério da lesão. Para verificar a existência de associação entre o tipo e grau de disfagia e o local da lesão isquêmica foi utilizado a estatística de X^2 (qui quadrado). O nível de significância pré-estabelecido foi $\alpha = 0,05$. **Resultados:** Participaram do estudo 19 indivíduos, com a idade mínima de 40 anos (01 participante) e máxima de 92 anos (01 participante). Do total de participantes avaliados, 12 (63,15%) foram do sexo masculino e 7 (36,85%) do sexo feminino. Houve confirmação de disfagia orofaríngea neurogênica em dezesseis participantes, com ocorrência de 84,21%, sendo 36,84% disfagia leve, 10,52% disfagia leve a moderada e disfagia grave com 36,84%, sendo 15, 79% houve padrão de deglutição normal. Mediante a correlação do hemisfério da lesão isquêmica diagnosticado pela TC, 63,15% dos participantes apresentaram lesão no hemisfério esquerdo e 36,85 % no hemisfério direito. De acordo com avaliação clínica fonoaudiológica, os participantes com lesão no hemisfério esquerdo apresentaram deglutição com tipo e grau diferenciados, sendo, 15,78% se encontram dentro do padrão de normalidade para deglutição, 10,52%

disfagia grau leve, 15,78% grau leve à moderado e 21,05% grave. No hemisfério direito, 21,05% apresentaram grau de disfagia leve e 15,78% com grau de disfagia grave. Não foi possível correlacionar o hemisfério da lesão com o tipo e grau de disfagia. A estatística de X^2 (Qui ao quadrado) apontou para a não existência de associação entre o tipo de disfagia e o local da lesão isquêmica, sendo nível de significância $p=0,1065$. **Conclusão:** Os resultados obtidos indicaram uma ocorrência de 84,21% na relação entre o AVCI e a presença da disfagia orofaríngea neurogênica, sendo 36,84% disfagia leve, 10,52% disfagia leve a moderada e disfagia grave com 36,84%. Na amostra analisada houve maior ocorrência de disfagia em indivíduos com idade superior a 60 anos. Existem evidências de que a localização hemisférica não esteja associada com a presença ou ausência de disfagia, apesar da incidência de disfagia ter sido alta na fase aguda da doença.

CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA ALIMENTAÇÃO DE PACIENTES COM NEUROTOXOPLASMOSE ASSOCIADO À SIDA

Santos EA, Santos AML, Barros LM, Carvalho APC

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas; Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas; Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas; Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Introdução: A neurotoxoplasmose é uma doença infecciosa que ocorre com mais frequência em indivíduos imunodeprimidos, sendo as lesões centrais mais frequentes em pacientes com SIDA. A depender dos prejuízos neurológicos, agudos ou crônicos, os pacientes portadores da neurotoxoplasmose podem apresentar alterações nas funções de deglutição, fala e linguagem, impactando na sua funcionalidade e no seu estado geral. **Objetivo:** Descrever a funcionalidade de deglutição de pacientes com Neurotoxoplasmose associado à SIDA internados. **Métodos:** A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da UNCISAL (CAAE 30721614.9.0000.5011) sob o nº de parecer 1.067.540, sendo um estudo retrospectivo realizado com pacientes com Neurotoxoplasmose Central associado à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), internados em um Hospital Escola referência para doenças infectocontagiosas no Estado de Alagoas, adotando-se como critérios de inclusão: sujeitos internados em enfermarias e UTI adultas entre janeiro de 2013 e janeiro de 2015; de ambos os sexos; maiores de 18 anos de idade; que geraram notificação de SIDA e que apresentavam diagnóstico médico de Neurotoxoplasmose Central. Foram excluídos os pacientes com outras doenças neurológicas; com má-formação craniofacial ou do trato digestório e aqueles cujos prontuários encontravam-se incompletos. **Resultados:** participaram do estudo 106 pacientes com diagnóstico de SIDA e Neurotoxoplasmose associada, sendo 56 (52,83%) do gênero masculino e 50 (47,16%) do feminino. Observou-se alta ocorrência de uso de via alternativa de alimentação (45,28%), tendo o rebaixamento do nível de consciência sido a justificativa mais adotada (24,52%) para a indicação da via alternativa de alimentação. Dentre os pacientes estudados, 53 (50%) foram encaminhados para avaliação fonoaudiológica, tendo 34 (64,15%) apresentado alteração no reflexo de deglutição e 49 (92,45%) manifestado alterações funcionais dos órgãos fonoarticulatórios. **Conclusão:** Os sinais e sintomas disfágicos observados na população estudada, assim como as manifestações disfágicas levantados na avaliação fonoaudiológica, retratam o impacto da Neurotoxoplasmose na funcionalidade da deglutição, sobretudo quando considerada a situação de saúde do paciente com indicação de internação hospitalar.

CASO CLÍNICO: REABILITAÇÃO DA DISFAGIA EM PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVO, COM SÍNDROME DA ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA MALIGNA

Alves PCL, Vieira SCAM, Pereira LO, Rocha MSG, Machado M, Oda AL, Ferrari AS, Parrera LRO, Pinho Z, Pedroso ABB

Hospital Santa Marcelina; Fonointegracao Ltda; Hospital Santa Marcelina; Hospital Santa Marcelina; Hospital Santa Marcelina; Unifesp; Hospital Santa Marcelina; Hospital Santa Marcelina; Hospital Santa Marcelina; Hospital Santa Marcelina

Introdução: O infarto da artéria cerebral média maligna é definido como a ocorrência de edema cerebral intenso, circunjacente à área de um infarto extenso tem mortalidade de até 80% apesar do tratamento clínico. Os sobreviventes percorrem com incapacidade e graves sequelas neurológicas, tornando –se

acamados e dependentes de cuidados. **Objetivo:** Abordagem fonoaudiológica em cuidados paliativos. **Método:** Paciente FAC, 70 anos do sexo masculino, avaliado na unidade de AVC no HSM a beira do leito e AME, após estabilidade clínica, traqueostomizado em ventilação mecânica, fazendo uso de sonda enteral, sendo iniciada a reabilitação para propiciar o estímulo sensorio-motor-oral para deglutição de saliva, associada a medidas de prevenção a broncoaspiração. Conforme evolução do caso clínico, foi introduzida estimulação com oferta via oral, somente com acompanhamento fonoaudiológico, a dieta via oral foi sendo evoluída gradativamente na consistência e volume, observamos a evolução da dinâmica da deglutição e do padrão respiratória até a retirada da sonda enteral após 7 meses da internação, posteriormente foi sendo liberada dieta adaptada com múltiplas consistências, conforme escala Funcional Oral Intake Scale (FOIS), sólida macia e líquido espessados (FOIS 6), considerando a condição nutricional, respiratória e deglutição, os critérios para retirada da sonda enteral. Sendo importante ressaltar que a família não autorizou a realização de gastrostomia via endoscópica (PEG). Durante a reabilitação fonoaudiológica, sendo realizada a desinsuflação do cuff gradativamente, respeitando padrões respiratório e deglutição, realizado exame videoendoscopia da deglutição antes da retirada da sonda enteral, sendo evidenciado aspiração silente para líquido fino e estase de salivar em recessos faríngeos, após retirada da sonda enteral permaneceu estável em gerenciamento fonoaudiológico. **Resultados e discussão:** No primeiro momento da intervenção fonoaudiológica foi direcionada em cuidados paliativos apenas para estimulação da deglutição de saliva e gerenciamento da secreção alta. Atualmente permanece em domicílio com retorno no ambulatório para gerenciamento com dieta exclusiva via oral e evoluindo com desmame de decânução. No momento com cânula metálica ocluída 24 horas. Pelo prognóstico neurológico consideramos que a intervenção fonoaudiológica, seja realizada em cuidados paliativos, respeitando as limitações de cada fase da reabilitação. Neste caso clínico e em toda a fase da reabilitação a família quando estar envolvida no processo trás ao paciente benefícios. Apesar do prognóstico reservado o paciente vem evoluindo após 15 meses com melhora funcional nos aspectos da dinâmica da deglutição, praxia oral, linguagem todos esses aspectos vêm impactando na qualidade de vida da família e do paciente. **Conclusão:** Conforme a melhora neurológica associada a intervenção multiprofissional a reabilitação fonoaudiológica não ficou limitada pelo prognóstico, trazendo benefícios para paciente em cuidados paliativos.

COMPARAÇÃO DA QUEIXA DE DEGLUTIÇÃO EM INDIVÍDUOS COM DIABETES MELITO TIPOS I E

II

Ricci GL, Nascimento WV, Freitas MCF, Dantas RO

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Introdução: Diabetes é uma doença de alta incidência na população brasileira e diversas vezes relacionada com a disfagia, porém a literatura não é clara quanto aos sinais e sintomas de disfagia nestes pacientes. **Objetivo:** Comparar através do questionário EAT-10 as queixas de deglutição em indivíduos com diabetes tipo I e II. **Metodologia:** Foram selecionados 70 pacientes adultos, independente do gênero, com ou sem queixas de deglutição, acompanhados no ambulatório de Diabetes de um hospital universitário, divididos em dois grupos de acordo com o tipo de diabetes. Todos os pacientes responderam a uma autoavaliação em relação às dificuldades de deglutição, a fim da identificação do risco de disfagia. Para esta autoavaliação foi utilizado o questionário de dificuldade de ingestão alimentar (Protocolo Eating Assessment Tool - EAT-10), versão Brasileira (Gonçalves, Remaili e Behlau, 2013). Tal instrumento possui dez questões de formulação simples e fornece informações sobre funcionalidade, impacto emocional e sintomas físicos que um problema de deglutição pode acarretar na vida de um indivíduo. **Resultados:** Todos os voluntários apresentavam diagnóstico médico de Diabetes Mellito. Foram selecionados 41 pacientes com diabetes tipo I e 29 com diabetes do tipo II. Dos pacientes com diabetes tipo I, 24 eram mulheres e 17 homens, com idade média igual a 33,8 (DP=14,3) anos, e tempo médio de doença 19,5 (DP=10,2) anos. Para os pacientes com diabetes tipo II, 17 eram mulheres e 12 homens, com idade média igual a 57,1 (DP=9,8) anos e tempo médio de doença 15,4 (DP=4,6) anos. Com relação à pontuação total do questionário EAT-10, pacientes com diabetes tipo I apresentaram escore total igual a 1,68 (5,26) e os com diabetes tipo II escore igual 2,62 (5,74). Foi observado que

queixas de deglutição são mais acentuadas em pacientes com diabetes do tipo II, quando comparados com pacientes com diabetes tipo I. **Conclusão:** Voluntários com Diabetes Mellito do tipo II apresentaram mais queixas quanto à deglutição do que voluntários com Diabetes do tipo I. Talvez este aspecto esteja relacionado com a idade mais avançada, além das complicações ocasionadas pela doença. Estudos futuros, com medidas objetivas são necessários para definir o impacto da Diabetes na dinâmica da deglutição.

COMPONENTES DA DEGLUTIÇÃO E O MANEJO DA DISFAGIA NA DOENÇA DE HUNTINGTON

Santos BC, Lima DP, Mourão LF

Universidade Estadual de Campinas; Universidade Estadual de Campinas; Universidade Estadual de Campinas/ Purdue (EUA)

Introdução: A doença de Huntington é neurodegenerativa, hereditária e progressiva. Resulta de uma mutação genética que altera as repetições de trinucleotídeos CAG e promove um processo de degeneração cerebral, especialmente no núcleo caudado e putâmen. Os sintomas incluem disfunção motora e comportamental, declínio cognitivo e, geralmente, disfagia. Não se sabe em que fase a disfagia torna-se aparente, porém a pneumonia aspirativa é causa frequente de morte. Existem poucos estudos que avaliam a deglutição na doença de Huntington e os possíveis riscos de penetração/aspiração ou que abordem a intervenção terapêutica no manejo da disfagia nesses indivíduos. **Objetivos:** Identificar os componentes da deglutição alterados para melhor condução da intervenção terapêutica da disfagia em pacientes com doença de Huntington. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa e transversal. Houve participação de 13 indivíduos diagnosticados com doença de Huntington (grupo de análise) e 6 sem doença neurológica (grupo controle). Foi realizada avaliação clínica da deglutição e exame de videofluoroscopia, no qual 16 parâmetros foram analisados com base em protocolo adaptado de Martin-Harris et al (2008). A identificação da penetração e aspiração foi baseada na escala de Rosembeck et al (1996). Os participantes receberam 5 ml de consistência de pudim, mel, sólido (bolacha wafer) e líquido fino (gole simples), elaboradas com suco de pêra, água, espessante alimentar Thick & Easy® e sulfato de bário Bariogel®. Os participantes foram posicionados em vista lateral, angular e frontal. Os exames foram gravados, analisados considerando o protocolo mencionado e submetidos à análise estatística. **Resultados:** O grupo de análise apresentou idade média de 52,3 anos (+/- 6,5) e duração da doença 7,14 anos (+/- 4,8). O grupo controle foi composto por indivíduos com idade média de 58 anos (+/- 6,9). O teste de Mann-Whitney U (p <0.05) demonstrou diferenças estatisticamente significantes envolvendo 9 (56,25%) dos parâmetros da deglutição, distribuídos nas fases preparatória e orofaríngea. Em comparação com o grupo controle, o grupo com doença de Huntington apresentou alterações no vedamento labial, dificuldades na formação do bolo, transporte lingual lento, disparo da fase faríngea predominante em seios piriformes, excursão parcial do osso hioide, fechamento laríngeo parcial, onda faríngea reduzida, menor retração de base de língua e estase faríngea. No grupo de análise, 8 indivíduos apresentaram penetração (61,5%) e 4 (30,7%) aspiração. No grupo controle, 2 (33,3%) participantes tiveram penetração e não houve aspiração. Não foi encontrada na amostra correlação entre os parâmetros da deglutição analisados isoladamente e a ocorrência de penetração/aspiração. **Conclusão:** O conjunto de alterações motoras, cognitivas e comportamentais na doença de Huntington pode agravar as fases preparatória e orofaríngea da deglutição. Os riscos da entrada de alimento em vias aéreas não se correlacionam a parâmetros da deglutição isolados, mas sim ao conjunto dos mesmos. O manejo da disfagia na doença de Huntington deve considerar a relação biomecânica da deglutição e englobar terapia compensatória e comportamental associada aos componentes orofaríngeos alterados, a fim de minimizar os riscos de penetração e aspiração.

COMUNICAÇÃO INTERNA EFETIVA NO AMBIENTE HOSPITALAR, PARA O ALCANCE DA ALIMENTAÇÃO SEGURA

Ribeiro GR
Hospital Barrador

Introdução: Os programas de Acreditação Hospitalar agregam as instituições de saúde o conceito de segurança do paciente, prevenção de risco e interdisciplinaridade. Neste novo contexto faz-se necessária mudança de alguns paradigmas; com fins de educar e capacitar toda uma equipe quanto à integralidade no cuidar. Torna-se imperiosa a transformação da cultura hospitalar no que tange aos cuidados com a disfagia; uma vez que se situa em um limbo multiprofissional. Desempenhar a comunicação em um ambiente tão plural, construindo identificação entre os profissionais que representam, é o desafio que as instituições enfrentam hoje. No dia a dia dos hospitais a comunicação constitui-se em um item básico e fundamental. No que tange a assistência fonoaudiológica em âmbito hospitalar, pensamos ser imperioso que o fonoaudiólogo mude sua cultura em valorizar a dinâmica deglutitória, em detrimento a uma visão abrangente que por si só inclui diferentes variáveis que são inerentes ao processo de acompanhamento fonoaudiológico, neste cenário de hospitais terciários. Entendemos que o processo fonoterápico incluía ações, como: sinalização do nível de risco alimentar do paciente, liberação de dieta oral com prescrição de oferta alimentar, mapa interdisciplinar de aceitação do paciente em fase de desmame, impressos com instruções quanto à dinâmica alimentar, entre outros, para garantia de uma alimentação segura. Pensamos que o procedimento propriamente dito no setting terapêutico, não seja capaz de evitar a ocorrência de um evento sentinela, pois como descrito anteriormente, são muitos profissionais de saúde que cuidam deste paciente. **Objetivo:** Instituir uma comunicação efetiva à toda equipe de saúde, por meio de informações sobre os processos que envolvem o acompanhamento fonoaudiológico aplicado aos pacientes disfágicos; com fins de promover alimentação segura em âmbito hospitalar. **Método:** Foram desenvolvidos protocolos interdisciplinares. Protocolo com envolvimento da nutrição, enfermagem e fonoaudiologia; quanto a liberação de via oral com descrição de horário, consistência, e pessoa responsável pela oferta, com pré-agendamento. Confecção e fixação sinalizadores com níveis de risco para alimentação oral, confecção de mapa de alimentação para acompanhamento da aceitação e desempenho do paciente; assim como treinamento com equipe de enfermagem através de aulas quinzenais quanto aos cuidados com a deglutição. **Resultado:** Notamos uma leve mudança na cultura da equipe quanto aos cuidados com os pacientes sinalizados como disfágicos, assim como no cuidado inicial quanto alimentação por via oral. Porém, ainda ocorrem situações que ao nosso ver fragilizam a segurança, tais como: transferência de paciente para outro quarto sem levar a placa com nível de risco, chegar fora do horário para ofertar alimentação. Muitas vezes estas situações fragilizam todo o processo descrito de acompanhamento fonoaudiológico. **Conclusão:** Concluímos com este trabalho, que atitudes pró-ativas fortalecem a credibilidade da atuação do serviço de fonoaudiologia, institui a identidade deste profissional, e promove responsabilidade a todos no cuidado com a deglutição neste perfil de hospital. A interdisciplinaridade é o meio de alcançarmos metas, e que é preciso sempre estar atentos a essas variáveis, que somadas a expertise do profissional fonoaudiólogo potencializam a segurança deste paciente durante a internação. A boa comunicação agrega valores e qualidade a assistência em saúde.

CONHECIMENTO DE CUIDADORES DE PACIENTE PÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL SOBRE O MANEJO DA ALIMENTAÇÃO

Enzweiler MC, Delgado SE

Universidade Luterana do Brasil; Universidade Luterana do Brasil

Objetivo: verificar o conhecimento dos cuidadores sobre o manejo da alimentação; constatar se os cuidadores receberam informações específicas sobre os cuidados com a alimentação; verificar quais foram os cuidados abordados e identificar as principais dificuldades relatadas pelos cuidadores sobre a alimentação do paciente. **Método:** A amostra foi constituída por 23 cuidadores de pacientes pós acidente vascular cerebral internados no Hospital Universitário ULBRA/Mãe de Deus - Canoas/RS, no período de julho a setembro de 2015. Foram realizados levantamento de dados no prontuário e uma entrevista com os cuidadores, que continha perguntas abertas e fechadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil, sob número 43450515.9.0000.5349. **Resultados:** Entre os cuidadores, 69,6% eram mulheres e 56,5% serão os responsáveis na alta. O tempo médio de internação dos pacientes foi de uma semana. Apenas 8,1% dos pacientes não apresentou fatores de risco para o AVC. 43,5% dos cuidadores relataram receber orientações sobre a alimentação. Foi observado que 14 cuidadores relataram que os pacientes não apresentam dificuldades durante a

alimentação, porém, quando questionados sobre os sinais e sintomas, oferecendo alternativas, 13 responderam a ocorrência de pelo menos um sinal ou sintoma para disfagia. Entre os 12 pacientes que não haviam realizado avaliação fonoaudiológica, metade apresentou a ocorrência de pelo menos um sinal ou sintoma para a disfagia. A tosse foi o mais frequente em 34,8% dos pacientes. Quando questionados sobre alguma dificuldade na alimentação, as respostas variaram entre resíduos na cavidade oral após a alimentação, diminuição do apetite, diminuição da força muscular, engasgos, velocidade diminuída e falta de habilidade para se alimentar sozinho. Sobre o conhecimento do que era disfagia, 87% afirmaram desconhecer. **Conclusão:** Os cuidadores apresentam um conhecimento mais empírico do que formal quanto ao manejo da alimentação e da disfagia. Essa falta de conhecimento pode ser explicada pelo fato de que poucos cuidadores receberam as orientações da equipe multidisciplinar. Os cuidados que foram abordados aos que receberam orientações, foram quanto à consistência alimentar, à postura correta durante a alimentação, à higiene oral, à elevação de cabeceira, à velocidade da oferta, ao uso do espessante e à quantidade de alimento na colher. As principais dificuldades relatadas durante a alimentação foram a sobra dos resíduos na cavidade oral, a diminuição da força do paciente, a diminuição do apetite e os engasgos.

CORRELAÇÃO DAS ESCALAS NEUROLÓGICAS COM A DISFAGIA NA FASE AGUDA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Nunes MC, Zétola VF, Lange MC, Pinto GS, Petterle R, Santos RS

Universidade Federal do Paraná - UFPR ; Universidade Federal do Paraná - UFPR ; Universidade Federal do Paraná - UFPR ; Universidade Federal do Paraná - UFPR ; Universidade Federal do Paraná - UFPR ; Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

Introdução: A doença cerebrovascular pode resultar em alterações na deglutição chamada de disfagia orofaríngea, na qual afeta mais da metade dos pacientes na fase aguda, e destes, 50% apresentam recuperação espontânea na primeira semana após o evento inicial. **Objetivo:** Correlacionar as escalas neurológicas com a disfagia na fase aguda do acidente vascular cerebral isquêmico. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo em 60 pacientes internados na Unidade de Acidente Vascular Cerebral de um Hospital Universitário, sendo 24 (40,0%) do gênero feminino e 36 (60,0%) do masculino. Todos realizaram nas primeiras 24 horas avaliação neurológica por meio das escalas *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) e a Escala de Rankin modificada (ERm), avaliação clínica funcional da deglutição utilizando a *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) e até 72 horas a avaliação nasolaringofibros cópica da deglutição com aplicação da Escala de Severidade: Penetração e Aspiração (ROSENBEK). Foi utilizado o teste de correlação de Spearman. Aprovado pelo CEP sob o nº 2169.064/2010-03 do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. **Resultados:** Houve correlação moderada entre as escalas neurológicas (NIHSS e ERm), fraca correlação entre as escalas neurológicas (NIHSS e ERm) com as escalas fonoaudiológicas (FOIS e ROSENBEK), e forte correlação entre as escalas fonoaudiológicas (FOIS e ROSENBEK). **Conclusões:** Moderada correlação entre as escalas neurológicas sugerindo que possam ser utilizadas de acordo com a disponibilidade e experiência de cada serviço. Fraca correlação das escalas neurológicas com as escalas fonoaudiológicas, não sendo possível a utilização isolada de apenas umas das avaliações. E forte correlação entre as escalas fonoaudiológicas podendo facilitar na avaliação fonoaudiológica nos serviços que não possuem a avaliação instrumental.

DISFAGIA ONCOGÊNICA EN PACIENTES CON CONSERVACIÓN DE ÓRGANOS

Brotzman G, Sanchez VM, Giglio R, Carrera JM, Pereira D, Adan R, Zund S, Delrieu E

Instituto de Oncologia Angel H. Roffo; Instituto de Oncologia Angel H. Roffo; Instituto de Oncologia Angel H. Roffo; Instituto de Oncologia Angel H. Roffo; Instituto de Oncologia Angel H. Roffo; Instituto de Oncologia Angel H. Roffo; Instituto de Oncologia Angel H. Roffo; Instituto de Oncologia Angel H. Roffo

Antecedentes: Los pacientes que recibieron tratamiento no quirúrgico para el carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello (CCECC) están en riesgo de presentar disfagia, tanto como toxicidad aguda o como alteración a largo plazo. **Objetivos:** Conocer la severidad de la disfagia en pacientes tratados con RT/QRT. Detectar pacientes que agravaron la severidad de la disfagia en el tiempo. Describir los signos disfuncionales más frecuentes. **Material y métodos:** Estudio prospectivo de

pacientes com CCECC livres de enfermidade derivados com sintoma de disfagia desde enero de 2014 a diciembre de 2015, tratados con quimioterapia y radioterapia convencional o con radioterapia convencional. Se implementó el **Protocolo de fibroendoscopia de la deglución** a 8/91 y **Protocolo de videoradioscopia de la deglución** a 83/91. Seguidamente se analizó con **Functional oral intake scale(FOIS)**. **Resultados:** Se incluyeron 91 pacientes con edad promedio 62 años (rango 20-83), mujeres 17/91(18,68%), hombres 74/91(81,31%). Según el tratamiento: 88/91(96,70%) con quimioterapia y radioterapia convencional, 3/62(3,30%) tratados con radioterapia convencional. Según la localización del primario distribuidos: 43/91(57,25%) en orofaringe, 22/91(24,17%) en laringe, 18/91(19,78%) en rinofaringe 8/91(8,79%) en hipofaringe. Se detectaron 20/91(22%) pacientes con severidad de disfagia agravada en el tiempo, en un rango de 5 años a 21 años post tratamiento, con localización en orofaringe 10/20(50%), laringe 2/20(10%) y rinofaringe 8/20(40%) y todos con EIV de la enfermedad. Se diagnosticó con disfagia temprana a 71/91(78%) pacientes entre los 30 a 60 días post tratamiento. Los procedimientos de detección fueron bien tolerados y sin complicaciones en todos los pacientes. Se constató aspiración a vía aérea en 32/91(35,16%), penetración por encima del plano de la glotis en 6/91 (6,60%). En cuanto a la forma de presentación de la aspiración 8/32(25%) fue de modalidad silente o subclínica. Se indicaron técnicas posturales, maniobras de protección de la vía aérea y/o espesante para líquidos en 34/91(37,40%), sonda nasogástrica 1/91(1%) y gastrostomía de alimentación en 4/91(4,4%). Escala FOIS: Nivel 1: 1/91(1%), Nivel 2: 1/91(1%), Nivel 3: 3/91(3,3%) Nivel 4: 28/91(30,7%) Nivel 5: 42/91(46%), Nivel 6: 11/91(12%) y Nivel 7: 5/91(5,5%). De los pacientes con disfagia agravada por el tiempo 4/20(20%) mantienen alimentación por vía oral sin incorporar alimentos sólidos, 12/20(60%) mantienen alimentación por vía oral sin incorporar alimentos sólidos y con técnicas compensatorias para inhibir pasaje a vía aérea, 3/20(15%) requieren alimentación enteral complementaria y 1/20(2%) alimentación enteral exclusiva. **Conclusiones:** El agravamiento de la severidad de la disfagia con el tiempo se correlaciona con estadios avanzados de la enfermedad, edades superiores a los 65 años y puede presentarse a partir de los 5 años post tratamiento. Es posible que con el uso de nuevas modalidades de radioterapia disminuya la prevalencia de disfagia tardía. La metodología para la documentación de rutina de la toxicidad aguda y tardía requiere de estudios instrumentales y/o radioscópicos de seguimiento periódico luego del primer año de tratamiento.

DISFAGIA OROFARÍNGEA E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HEMORRÁGICO: PERFIL DE UM CENTRO DE REABILITAÇÃO

Domenis DR, Guedes-Granzotti RB, Silva K, Borges LAS, Fukuda MTH

Universidade Federal de Sergipe (UFS) – Lagarto; Universidade Federal de Sergipe (UFS) – Lagarto; Universidade Federal de Sergipe (UFS) – Lagarto; Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto

Introdução: A disfagia orofaríngea é um sintoma comum no acidente vascular cerebral (AVC) e sua incidência sofre influência de diversos fatores como tipo de AVC, época em que o mesmo ocorreu, instrumento de avaliação utilizada, dentre outros. A presença de disfagia nesses pacientes aumentam os riscos de pneumonia, desnutrição e óbito. **Objetivo:** Descrever o perfil dos pacientes com AVC hemorrágico atendidos pela fonoaudiologia de um Centro de Reabilitação Terciário (CER). **Método:** O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (14466/2013). Estudo retrospectivo e descritivo a partir da análise dos prontuários de 116 pacientes com diagnóstico de AVC acompanhados pela fonoaudiologia no período de 2010 a 2012 no CER. Desses pacientes, 24 (20,7%) foram selecionados, por terem sido diagnosticados com AVC hemorrágico (AVCh). Além dos dados pessoais e da doença foram coletados dados sobre as alterações fonoaudiológicas e conduta. **Resultados:** Dos 24 pacientes com AVCh atendidos, 16 (66,7%) eram do sexo masculino e 8 (33,3%) do sexo feminino. A idade desses pacientes variou de 30 a 88 anos (média de 56,8 anos \pm 15,30). O tempo da lesão variou de dois a 18 meses, e apenas um paciente tinha histórico de AVC prévio. Na avaliação fonoaudiológica 5 (20,8%) alimentavam-se exclusivamente por via alternativa (sonda nasoentérica) e o restante por via oral, sendo que 8 (33,3%) tinham algum tipo de restrição alimentar quanto à consistência. Todos os pacientes tinham respiração espontânea e não faziam uso de cânula de traqueostomia e 22 (91,7%) apresentaram alterações para se comunicar. Quanto a avaliação da deglutição, 4 (16,7%) foram diagnosticados com disfagia grave para todas as consistências avaliadas (líquida e mel) e 1 (4,2%) com disfagia grave apenas para a consistência líquida. Dos cinco pacientes com disfagia grave, dois tinham lesão bilateral extensa e três lesão à esquerda. Nenhum paciente referiu episódio de pneumonia entre o período da alta

hospitalar e a avaliação. Todos os pacientes com alterações fonoaudiológicas entraram em reabilitação. **Conclusão:** O número de pacientes com AVCh e disfagia foi pequeno, se comparado ao da literatura para AVC em geral. Uma das justificativas para tal número talvez tenha sido a época em que esses pacientes foram avaliados, fora da fase aguda, e também o tipo de AVC. Apesar do número pequeno de pacientes com disfagia grave, a maioria apresentou alterações relacionadas a fala e linguagem, sendo indispensável a atuação fonoaudiológica.

DISFAGIA OROFARÍNGEA EM IDOSOS COM E SEM DOENÇA NEUROLÓGICA: COMPONENTES RELACIONADOS COM PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO

Medeiros ACV, Mourão LF, Lima DP, Constantini AC

Universidade Estadual de Campinas; Universidade Estadual de Campinas; Universidade Estadual de Campinas; Universidade Estadual de Campinas

Introdução: A deglutição pode ser dividida em fases orofaríngea e esofágica. A literatura recente considera as fases oral e faríngea como única, devido a sua importante interdependência biomecânica. Mudanças naturais do envelhecimento podem impactar nessa biomecânica, assim como doenças neurológicas, elevando o risco da entrada de alimento nas vias aéreas superiores. Conhecer os componentes da deglutição que interferem nesse processo pode auxiliar na determinação das abordagens terapêuticas. **Objetivo:** Comparar a presença de alteração dos componentes orofaríngeos em pacientes idosos com e sem doença neurológica (Síndromes Parkinsonianas – SPK) e investigar os componentes da deglutição que estão relacionados com a presença de penetração e aspiração nas populações estudadas. **Metodologia:** Compuseram a amostra 39 indivíduos divididos em dois grupos: idosos saudáveis (N=19) e com SPK (N=20). A avaliação da deglutição foi composta por avaliação clínica (direta e indireta) e exame de videofluoroscopia, classificando-se 16 componentes da deglutição orofaríngea propostos por Martin-Harris (2008): vedamento labial, controle de língua, preparação e mastigação, transporte e movimentação de língua, resíduo oral, local de início da fase faríngea, elevação do palato mole, elevação laríngea, excursão anterior hioide, movimento da epiglote, fechamento do vestibulo laríngeo, onda faríngea, contração faríngea, abertura do segmento faringo-esofágico, retração de base de língua e resíduo faríngeo. Os exames de videofluoroscopia também foram analisados observando-se a ocorrência de penetração e aspiração, utilizando-se como base a Escala de Rosenbeck et al (1996). Os dados foram submetidos a análise estatística, com aplicação do teste de Mann-Whitney e teste de correlação de Spearman. **Resultados:** Dos 16 parâmetros analisados, 8 (50%) não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre idosos com e sem doença neurológica, tais como resíduo oral, local de início de fase faríngea, elevação do palato mole, excursão anterior hioide, movimento da epiglote, contração faríngea, abertura do segmento faringo-esofágico e retração de base de língua. Já os parâmetros vedamento labial, controle de língua, preparação e mastigação, transporte e movimentação da língua, elevação laríngea, fechamento do vestibulo laríngeo, onda faríngea e resíduo faríngeo apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. 7 (36,8%) indivíduos sem doença neurológica e 12 (60%) com SPK apresentaram episódios de penetração. Houve 2 (10%) indivíduos com presença de aspiração, o que não foi verificado no grupo sem doença neurológica. No grupo com SPK, os parâmetros da videofluoroscopia que se correlacionaram à penetração consistiram em 3 categorias (17,6%) relativas à mastigação, fechamento laríngeo e contração faríngea. Não houve categoria da deglutição que se correlacionaram à ocorrência de aspiração. No grupo de idosos sem doença neurológica, o parâmetro fechamento laríngeo correlacionou-se com a ocorrência de penetração. **Conclusão:** Componentes da deglutição naturais do envelhecimento, como alterações no fechamento laríngeo, podem impactar na biomecânica da deglutição com risco para penetração. Contudo, alterações na mastigação e na contração faríngea podem comprometer a biomecânica da deglutição nos idosos com SPK, resultando em risco para entrada de alimento em vias aéreas superiores. Desta forma, o presente resultado pode sugerir a necessidade de maximizar estes componentes fisiológicos na intervenção terapêutica das populações estudadas a fim de reduzir os riscos de penetração e aspiração.

EDUCAÇÃO CONTINUADA: PROCESSO INDISPENSÁVEL PARA O FUNCIONAMENTO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE BRONCOASPIRAÇÃO

Franco TMC, Ruano RF

Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo; Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo

Introdução: Os eventos de aspiração laringotraqueal em pacientes hospitalizados podem causar pneumonias aspirativas, insuficiência respiratória e óbito, além de gerar grande impacto no custo para o sistema de saúde. Intervenções simples e de baixo custo, que envolvam toda equipe multidisciplinar, podem ser realizadas para prevenir a ocorrência desses eventos. **Objetivo:** Demonstrar a necessidade da educação continuada, por meio de treinamentos, em um hospital público geral e de grande porte para que ocorra o funcionamento de um dos protocolos de segurança ao paciente, de prevenção de broncoaspiração. **Metodologia:** A pesquisa foi quantitativa e em campo. O treinamento foi realizado durante um mês em todas as unidades de internação desse hospital geral de grande porte com as equipes multidisciplinares que realizam assistência ao paciente, após observado o funcionamento inadequado do protocolo. As equipes foram treinadas para identificar qual é o paciente de risco para broncoaspiração, para realizar ações que previnem a ocorrência de broncoaspiração já no momento da identificação (suspender dieta via oral, solicitar e/ou passar via acessória de alimentação, elevar decúbito, entre outros) e solicitar a avaliação fonoaudiológica para que seja ou não confirmado o risco e para que esse paciente identificado seja acompanhado caso o mesmo apresente disfagia orofaríngea neurogênica e/ou mecânica. Para realizar o treinamento foi utilizado o fluxograma do Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração, elaborado pela Fonoaudiologia com aceitação das gerências das outras equipes, no qual constam quais os pacientes que podem apresentar o risco de broncoaspiração (patologias que podem levar o paciente a ter disfagia neurogênica e/ou mecânica, rebaixamento do nível de consciência, presença de dispositivos, etc) e como devem acontecer todos os procedimentos após a identificação do paciente com risco. **Resultados:** Após o treinamento realizado foi observado aumento de 70% na identificação dos pacientes com risco, as medidas preventivas foram realizadas em 90% dos pacientes identificados como risco e a solicitação da avaliação fonoaudiológica aumentou em 70%. **Conclusão:** A identificação precoce dos pacientes com risco de broncoaspiração dentro de hospitais é um método de baixo custo que promove segurança ao paciente e diminui a ocorrência desses eventos, porém a educação continuada para equipes multidisciplinares com treinamentos para que identifiquem os pacientes com risco de broncoaspiração no momento da internação ou ao longo da mesma e para que compreendam a importância de realizar as medidas preventivas necessárias é indispensável para a efetividade do rastreamento adequado, sendo necessária a realização e treinamentos com 37plica37cia em hospitais de grande porte devido à rotatividade de colaboradores e diferentes formações que passaram antes de iniciar a atuação.

EFEITO NA DEGLUTIÇÃO E VOZ DO SOPRO NA DOENÇA DE PARKINSON: RELATO DE CASO

Silva VG, Veiga TC, Borges TGV, Neves MRL, Ferreira FR, Brendim MP, Marques CHD

Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: Os exercícios de sopro proporcionam fortalecimento de músculos envolvidos na deglutição e voz, que podem estar prejudicadas pela Doença de Parkinson (DP). O exercício promove melhor eficiência glótica favorecendo o aumento do tempo máximo de fonação e atua sobre a musculatura suprahióidea e no complexo hiolaringeo potencializando a segurança e a ação deglutitória. **Objetivo:** Descrever, analisar e comparar o efeito imediato nas funções de deglutição e voz, através de dois modelos de exercício de fortalecimento da musculatura expiratória. **Método:** Relato de caso, sexo feminino, 80 anos, diagnóstico de DP há 6 anos, estadiamento 4 (Hoenh & Yahr). Realizada Videoendoscopia da Deglutição (VED) pré e pós-tratamento. Coletados registros acústicos pré e pós para cada exercício. Para registro e análise acústica da deglutição utilizou-se o software Deglutison e para a voz, o software VoxMetria. Os modelos de exercício expiratório consistiram: no uso do tubo flexível (LaxVox) em recipiente com 300ml de água, posicionado à 3cm de distância do fundo, associado ao

sopro, e comparado ao Respirom (classic, carga 0) adaptado para sopro. Ambos os exercícios foram baseados na proposta *Expiratory Muscle Strength Training*. De forma a evitar interferências na análise dos dados, cada exercício foi realizado em dias diferentes, com intervalo de uma semana. Para análise da voz foram registradas amostras da vogal /e/ sustentada e contagem de 1 à 20, por meio de microfone unidirecional, com redutor de ruído. Para função deglutitória, registradas duas deglutições de 5ml e gole de conforto através do Sonar Doppler posicionado medialmente na região de cartilagem cricóideia. CEP.31087714.3.0000.5257. **Resultados:** A paciente realizou tratamento com os dois modelos de exercícios. As variáveis coletadas pré e pós-exercício do tubo flexível e respirom foram respectivamente, para deglutição de 5ml: frequência fundamental (f0) (602/651);(602/640); intensidade (9194,1/94,5);(94,1/94,3) e número de deglutições (1/1);(1/1). Para deglutição de gole confortável: f0 (602/990);(602/624), intensidade (94,4/94,6);(94,4/77,8) e número de deglutições (1/1);(1/2). Ressalta-se que houve aumento de volume do gole de conforto após ambos os exercícios. Para vogal /e/ sustentada: diagrama do desvio fonatório (2/3);(2/2), jitter (3,7/0,18);(3,7/18), shimmer (14,51/5,29);(14,51/11,48), irregularidade (6,76/4,47);(6,76/5,38), proporção glottal noise excitation (0,79/0,76);(0,79/0,85) e ruído (1,09/1,22); (1,09/0,85). Para contagem obteve-se: média f0 (213,08/197,66);(213,08/219,83), variabilidade da frequência (248,31/160,29);(248,31/243,12), média de intensidade (52,01/51,54);(52,01/54,63) e semitons (19/13);(19/19). A VED pré-tratamento evidenciou estase em recessos faríngeos e piora da funcionalidade com aumento de volume, caracterizada como Disfagia Orofaríngea Leve. A VED pós-tratamento demonstrou ausência de estase e não houveram diferenças funcionais com maior volume, definida como dentro dos limites funcionais. **Conclusão:** Exercícios expiratórios exercem influência na dinâmica deglutitória e produzem efeito imediato na qualidade vocal aproximando os parâmetros acústicos dos valores de normalidade. No entanto, fazem-se necessários estudos com grupos etiológicos bem definidos e maior quantidade de indivíduos para comprovação do efeito imediato e tardio de tais técnicas no processo de reabilitação das funções de voz e deglutição, apontando para aplicações terapêuticas mais adequadas e eficientes.

EFEITOS DA “DEGLUTIÇÃO COM ESFORÇO” COMO PRÁTICA INTENSIVA NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PARKINSONIANOS

Camargo LJJ, Mourão LF, Lirani-Silva C, Gobbi LTB, Crespo NA

Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP-Campinas ; Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP-Campinas ; Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP-Campinas ; Instituto de Biociências da UNESP Rio Claro ; Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP-Campinas

Introdução: Estudos apontam benefícios da “Deglutição com esforço” (“Effortful Swallow”) como manobra de proteção; hoje há recomendações de 38plica-la como estratégia de prática intensiva, treinando a habilidade de realizar a ação motora. Recomendam a realização da “Deglutição com esforço” em prática intensiva, no mínimo por 06 semanas, repetições de 3 a 4 vezes por semana, aprimorando o desempenho da prática clínica; com prévio treinamento para oferecer condição de realização. Essa nova visão terapêutica trouxe modificações nas considerações de reabilitação da disfagia, conduz a um novo paradigma de habilidades na intervenção, enfatizando o treinamento com tarefas específicas como um meio de intervir nas disfagias. **Objetivo:** Analisar efeitos da “Deglutição com esforço” como prática intensiva na autopercepção da deglutição e qualidade de vida em disfagia nos pacientes com Doença de Parkinson, sem queixa de deglutição. **Método:** Trata-se de um recorte do estudo quantitativo clínico de um grupo com 19 pacientes com Doença de Parkinson até Estágio3 (Hoehn&Yahr) do Proparki-Rio Claro, participantes do programa para estimular a capacidade funcional. Após aprovação do CEP-Unicamp, foram questionados sobre sua deglutição e avaliados pelo questionário de Qualidade de Vida em Disfagia (Swal-QoL) antes e depois das intervenções fonoaudiológicas. Intervenções de 1 hora foram realizadas em grupo, durante 26 dias, em 9 semanas, com objetivo de maximizar as atividades de lábios, língua e faringe, como atividade preparatória para melhor realização da “Deglutição com esforço” como prática intensiva. Os participantes foram estimulados a praticar exercícios miofuncionais de lábios e língua e, posteriormente, instruídos a deglutir com esforço, imprimindo força na língua durante a deglutição de saliva e água. Para o estudo foram excluídos 3 participantes por falta de assiduidade, 2 por comorbidades e 1 por depressão. **Resultado:** Dos 13 participantes, 71% eram homens e 38% mulheres, com idade média de 72,2 anos. Para avaliação da percepção de sua saúde, os participantes foram reestratificados

em três grupos: a) Ruim e Satisfatória, b) Boa; c) Muito boa e Excelente, no período pré intervenção com 3,4,6 participantes, respectivamente; no pós intervenção, com 3,5,5 participantes, respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa na percepção de sua saúde, no antes e depois das intervenções. Também não houve diferença quanto à Queixa de Deglutição (23,1% na pré; 15,4% na pós) e nos escores finais do Swal-QoL (75,0 no pré; 76,8 no pós). Quanto à percepção da sua saúde em relação aos escores finais do Swal-QoL, houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,022$; $R=0,626$) com correlação moderada; quanto maior o escore final da Swal-QoL melhor a classificação de sua saúde. Quando distribuídos em 11 domínios do Swal-QoL, não houve relações estatisticamente significantes entre eles, antes e depois da intervenção. Foram constatados escores baixos em 4 domínios: Duração da alimentação (60,6 no pré; 59,6 no pós), Comunicação (53,8 no pré; 64,4 no pós), Sono (52,9 no pré; 54,8 no pós) e Fadiga (64,7 no pré; 71,7 no pós). **Conclusão:** A estratégia de “Deglutição com esforço” como prática intensiva em grupo não apresentou diferença na autopercepção da deglutição e nem na qualidade de vida em disfagia nos pacientes parkinsonianos, sem queixa de deglutição.

ELABORAÇÃO DE DIETA ADEQUADA PARA ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE DISFÁGICO INSTITUCIONALIZADO

Oliveira L, Marquitti FD, Dantas RO

Hospital Regional de Divinolândia-SP; Hospital Regional de Divinolândia-SP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP

Objetivo: Descrever a elaboração de dieta adequada ao nível de alimentação do paciente disfágico, em uma instituição de longa permanência. **Método:** O trabalho foi realizado no Centro de Reabilitação Neurológica do Hospital Regional de Divinolândia-SP. A amostra foi composta por 146 pacientes, sendo 76 do sexo feminino e 70 do sexo masculino, com idades variando entre um ano e 10 meses a 81 anos. A maioria dos pacientes apresentava diagnóstico médico de paralisia cerebral, acidente vascular encefálico, trauma cranioencefálico, deficiência mental e/ou doença de Huntington. Inicialmente realizou-se, com base nas avaliações clínicas da deglutição, a classificação do grau da disfagia por meio do protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) de Padovani et., 2007. Paralelamente, realizou-se a classificação quanto ao nível da dieta por meio da escala ASHA NOMS. Em seguida foi definida a elaboração do cardápio, adequando as consistências das dietas ao nível de alimentação do paciente. Foi realizada uma análise descritiva dos dados obtidos. **Resultado:** Quanto ao grau da disfagia, dos 146 pacientes avaliados, 23 estavam no nível I (deglutição normal), 19 nível II (deglutição funcional), 48 nível III (disfagia orofaríngea leve), 28 nível IV (disfagia orofaríngea leve a moderada), um nível V (disfagia orofaríngea moderada), dois nível VI (disfagia orofaríngea moderada a grave) e 25 nível VII (disfagia orofaríngea grave). Quanto ao nível de alimentação segundo escala ASHA NOMS, dos pacientes avaliados, 25 estavam no nível I (o indivíduo não é capaz de deglutir nada com segurança por via oral; faz uso de via alternativa); dois no nível II (faz uso de via alternativa mas pode ingerir alguma consistência por via oral somente em terapia); 48 no nível III (método alternativo de alimentação pode ser necessário; a deglutição é segura com o uso moderado de estratégias compensatórias); 28 no nível IV (indivíduo tem restrições moderadas na dieta, necessita de uso moderado de estratégias compensatórias); cinco no nível V (a deglutição é segura com restrições mínimas da dieta; ocasionalmente pode se auto monitorar); 13 no nível VI (a deglutição é segura, havendo necessidade apenas de evitar alguns itens específicos de alimentos, ex. pipoca e amendoim); e 25 no nível VII (a habilidade do indivíduo em se alimentar independentemente não é limitada pela função de deglutição). Em seguida, juntamente com a nutricionista, as dietas foram elaboradas baseadas nas consistências seguras para os pacientes, sendo que 23 pacientes passaram a se alimentar da dieta geral, 15 com a dieta geral com restrição; 10 com a dieta semi-sólida; 44 com a dieta pastosa com resíduo; 24 com dieta pastosa sem resíduo; 20 pacientes usam líquido espessado e 30 utilizam dieta enteral. **Conclusão:** Sendo a disfagia uma condição clínica que pode resultar em graves complicações, o diagnóstico precoce e o tratamento multiprofissional são fundamentais para a assistência integral.

EXAME DE VIDEOFUOROSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO EM PACIENTES NASCIDOS COM SÍNDROME DE MÖBIUS – RELATO DE CASO

Braga BHC, Guedes ZCF, Bautzer APD, Silva RR

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Introdução: A síndrome de Möbius é definida como uma doença genética rara não progressiva. Sua etiologia dentre outras é de base genética e de base ambiental relacionada à ação teratogênica. A síndrome descrita é caracterizada pelo comprometimento congênito total ou parcial dos nervos abducente e facial (VI e VII, respectivamente). Outros pares cranianos também podem estar comprometidos (III, IV, V, IX, X e XII). **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a deglutição de crianças nascidas com síndrome de Möbius utilizando o exame objetivo de videofluoroscopia da deglutição. **Método:** Participaram deste estudo duas crianças nascidas com síndrome de Möbius, média de idade de 1 ano e 4 meses. Foram excluídas do estudo crianças com comprometimentos neurológicos graves e em uso de via alternativa de alimentação exclusiva, ou seja, sem possibilidade para realização de exames objetivos com oferta de alimentos. A realização do exame de videofluoroscopia da deglutição seguiu modelos propostos por Logemann 2002. **Resultado:** As alterações na fase preparatória oral observadas neste estudo de caso foram: ausência de vedamento labial, escape extra-oral e alterações de captação oral ineficiente e ausência de mastigação com realização de amassamento. Na fase oral da deglutição verificou-se fraca ejeção oral do alimento e discreto resíduo em cavidade oral. Na fase faríngea foi observada ineficiência do fechamento do esfíncter velo-faríngeo com refluxo de líquido para região nasal, resíduo em valéculas e penetração supraglótica. **Conclusão:** Através da análise do exame de videofluoroscopia da deglutição concluiu-se que pacientes nascidos com Síndrome de Möbius apresentam alterações nas fases da deglutição: preparatória oral, oral e faríngea, com penetração supraglótica e risco para aspiração laringotraqueal.

FATORES ASSOCIADOS À PRESSÃO DE LÍNGUA EM PACIENTES PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Oliveira GD, Valemtim AF, Vicente LCC, Motta AR

Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A disfagia indica um declínio na função da deglutição e estima-se que sua prevalência pode variar de 42% a 76% em pacientes com AVC agudo.

Há evidências que o maior grau de acometimento da força de língua ocorre nos pacientes com disfagia orofaríngea comparados aqueles com deglutição adequada. **Objetivo:** verificar se o tempo de ocorrência e tipo do acidente vascular cerebral, hemicorpo acometido por hemiplegia, presença e grau de disfagia, interferem na pressão de língua de pacientes internados pós-acidente vascular cerebral. **Métodos:** estudo observacional analítico transversal, realizado com 31 pacientes. Foi aplicado protocolo da avaliação da disfagia, prova de mobilidade lingual e mediu-se a pressão de língua com o *Iowa Oral Performance Instrument* (IOPI). Foram realizadas três medidas da pressão anterior e três da pressão posterior. Os dados foram analisados por meio de estatística apropriada ao nível de significância de 5%.

Resultados: Apenas a presença de disfagia mostrou-se associada estatisticamente à pressão de língua, sendo que os pacientes pós-acidente vascular cerebral disfágicos apresentaram pressão anterior e posterior média e máxima da língua menor que aqueles sem a presença de disfagia. O tempo de ocorrência do acidente vascular cerebral, o tipo e o hemicorpo acometido não apresentaram associação com a pressão lingual. Dentre os 15 participantes que apresentaram a dificuldade de deglutição, 14 (93,3%) foram classificados com disfagia leve e um (6,7%) com disfagia moderada, impossibilitando análise estatística inferencial. **Conclusão:** verificou-se que a disfagia, ainda que de grau leve, é o fator preponderante para diminuição da pressão de língua em pacientes que sofreram acidente vascular cerebral.

FATORES PREDITIVOS DE DISFAGIA OROFARÍNGEA E DESFECHOS CLÍNICOS EM PACIENTES COM AVC

Pacheco AC, Miranda RPC, Norberto AMQ, Favoretto DB, Rimoli BP, Braga MC, Alves LBM, Bueno TBC, Dalbem FJ, Pontes FE, Weber KT, Cougo-Pinto PT, Mazin SC, Santos-Pontelli TEG, Dantas RO, Pontes-Neto OM

Hospital Das Clínicas Fmrp - Usp; Hospital Das Clínicas Fmrp - Usp; Hospital Das Clínicas Fmrp - Usp; Hospital Das Clínicas Fmrp - Usp; Hospital Das Clínicas Fmrp - Usp; Hospital Das Clínicas Fmrp - Usp; Hospital Das Clínicas Fmrp - Usp; Hospital Das Clínicas Fmrp - Usp

Objetivo: Identificar a frequência e fatores preditivos de disfagia orofaríngea em pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Métodos:** Foram incluídos no estudo pacientes admitidos em um hospital público terciário, maiores de 18 anos, com diagnóstico de AVC agudo confirmado por exames de neuroimagem. Foram excluídos pacientes com Ataque Isquêmico Transitório (AIT), Hemorragia Subaracnoidea, Trombose Venosa Cerebral, AVC hemorrágico de causa secundária ou aqueles que não concordaram em participar do estudo. As informações de idade, sexo e tipo e severidade do AVC foram coletados a partir de um banco de dados prospectivo da Instituição. As medidas de capacidade funcional (Escala de Rankin modificada, Índice de Barthel e Medida de Independência Funcional - MIF) foram avaliadas por examinadores cegos para os dados de disfagia. A deglutição foi avaliada à beira do leito na primeira semana da admissão hospitalar por examinadores cegos para os dados do AVC, utilizando um protocolo de avaliação clínica com as consistências pastosa e líquida. **Resultados:** No período de seis meses foram admitidos 285 pacientes com AVC, 92 pacientes foram excluídos devido a quadro muito grave na admissão (15), AIT (21), por não ter sido confirmado o AVC (14), entre outras causas. Dos pacientes elegíveis (193), 7 recusaram-se a participar do estudo e assinar o TCLE. Portanto, foram incluídos 186 pacientes, desses, 53 não apresentaram condições de serem avaliados na primeira semana após o ictus (não eram capazes de responder a comandos simples, ser posicionado sentados ou apresentavam comprometimento respiratório) e 14 receberam alta hospitalar antes da avaliação. Desta forma, foram avaliados clinicamente 119 pacientes, 51,26% apresentaram disfagia. O grupo com disfagia apresentou maior idade ($p=0,01$), pior pontuação na escala do NIHSS na admissão hospitalar ($p<.000$), maior frequência de AVC hemorrágico ($p=0,04$), maior tempo de internação ($p=0,000$), pior pontuação na escala de Rankin modificada ($p=0,01$), Índice de Barthel (0,001) e MIF ($p=0,001$) após três meses do ictus comparado ao grupo sem disfagia. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao óbito em 3 meses ($p=1,00$). A idade (OR: 1,040; IC: 1,008- 1,073), NIHSS de admissão (OR: 1,140; IC: 1,066- 1,220) e AVC do tipo hemorrágico (OR: 5,519; IC: 1,228- 24,811) foram independentemente associados a disfagia detectada na admissão. **Conclusão:** Disfagia orofaríngea é muito frequente na fase aguda do AVC, chegando a mais de 50% dos casos. A idade, gravidade e subtipo hemorrágico do AVC foram fatores preditivos independentes do risco de disfagia orofaríngea nesta população.

FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR: DEMANDA E PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Souza NO, Arroyo MAS, Fecuri MAB

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Objetivo: O objetivo desse estudo foi caracterizar o perfil dos pacientes atendidos pelo serviço de fonoaudiologia no Hospital da Criança e Maternidade (HCM) no período de novembro de 2013 a novembro de 2015, segundo suas variáveis clínicas, sociodemográficas e unidade de internação. **Método:** Foram considerados neste estudo os pacientes que permaneceram internados no hospital, com prescrição médica para avaliação e atendimento fonoaudiológico para reabilitação da deglutição. A coleta de dados foi feita por meio de análise retrospectiva dos prontuários eletrônicos (PEP) após a identificação por meio de livro de registro dos pacientes atendidos. Foram analisados os setores de internação e as variáveis de sexo, idade para as crianças, idade gestacional (I.G) para os recém-nascidos e lactentes, uso de ventilação mecânica, uso de via alternativa de alimentação, diagnóstico primário, local de procedência e alimentação de alta. Foram analisados 402 prontuários, sendo que destes 187

encaixaram-se nos critérios de inclusão. **Resultado:** A maioria dos pacientes atendidos era proveniente de São José do Rio Preto e à DRS XV, do sexo masculino, prematuro, com início do atendimento nas UTIs neonatais, fez uso de ventilação mecânica e via alternativa de alimentação e recebeu alta com alimentação via oral. **Conclusão:** Foi possível caracterizar a população atendida de acordo com as variáveis estabelecidas, há uma demanda de atendimento fonoaudiológico em todos os setores do hospital, tendo uma maior concentração de pacientes nas UTIs neonatais. O atendimento fonoaudiológico teve impacto positivo, tendo em vista que a maioria dos pacientes recebeu alta com alimentação por via oral.

FREQUÊNCIA DE SUJEITOS COM DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS EM ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO

Campos BM, De Araújo LM, Luchesi KF

Departamento de Fonoaudiologia - CCS - UFSC ; Departamento de Fonoaudiologia - CCS - UFSC ; Departamento de Fonoaudiologia - CCS - UFSC

Introdução: Diversas doenças neurodegenerativas podem comprometer o funcionamento do sistema estomatognático, impactando habilidades relacionadas à comunicação e a alimentação, geralmente, de modo progressivo seguindo a evolução da doença. O acompanhamento fonoaudiológico, preferencialmente precoce, pode contribuir para a qualidade de vida dos sujeitos, além de promover uma alimentação mais segura. **Objetivo:** Conhecer a frequência de sujeitos com doenças neurodegenerativas em acompanhamento fonoaudiológico. **Método:** Tratam-se dos resultados parciais e preliminares de um estudo transversal descritivo realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo CAAE 48912515.9.0000.0121). Até o momento foram entrevistados 19 sujeitos diagnosticados com doenças neurodegenerativas. As entrevistas foram baseadas em um roteiro de perguntas fechadas sobre o acompanhamento fonoaudiológico e suas dificuldades de deglutição. O estudo incluiu pacientes adultos com doenças neurodegenerativas (que, segundo a literatura, pudessem afetar sua deglutição) e algum tipo de comunicação (oral, gestual ou alternativa). Foram excluídos sujeitos que demonstraram dificuldades de compreensão às questões relacionadas ao instrumento de coleta ou outras comorbidades que pudessem alterar a deglutição. **Resultado:** Participaram 14 mulheres e seis homens na faixa etária de 19 a 75 anos de idade, com média de 46 (+/- 15) anos de idade. Cinco tinham o diagnóstico de Esclerose Múltipla, quatro de Esclerose Lateral Amiotrófica, três de Atrofia Espinal tipo 3, dois de Parkinson, um de Machado-Joseph, um de Degeneração Cortico-Basal, um de Polineuropatia, um de Ataxia de Friedreich e um de Doença de Kennedy. Destes 19 sujeitos, oito estão em acompanhamento fonoaudiológico. Dos 11 participantes sem acompanhamento, três relataram dificuldade para engolir. Nota-se que há um déficit no que diz respeito ao número de pacientes encaminhados para acompanhamento fonoaudiológico, verifica-se que menos da metade (42%) dos participantes tem recebido o cuidado da fonoaudiologia. **Conclusão:** Nota-se que, apesar de que a população estudada ser conhecida pela grande incidência de complicações pulmonares e nutricionais devido à disfagia, nem todos os sujeitos estão em acompanhamento fonoaudiológico. Questiona-se se há desconhecimento dos médicos quanto à atuação fonoaudiológica, se há carência de fonoaudiólogos especializados em disfagia ou até mesmo, se há déficit de fonoaudiólogos na rede de atenção à saúde nos municípios de residência dos participantes. Contudo, não há dúvida quanto à necessidade de aproximação da fonoaudiologia, preferencialmente precoce, aos portadores de doenças neurodegenerativas, sobretudo para prevenir complicações como desidratação, desnutrição e complicações pulmonares.

GLIOMA DE TRONCO CEREBRAL INFANTIL E ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM AMBIENTE HOSPITALAR: RELATO DE CASO

Volpatto FL, Etges CL, Dresch BR, Barbosa LDR

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Irmandade Santa Casa e Misericórdia de Porto Alegre; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto

Introdução: Os gliomas de tronco cerebral compreendem todo e qualquer tipo de tumor cuja origem é glial. São tumores de difícil manejo e comuns na infância, em crianças entre 5 e 10 anos de idade. O tipo histológico predominante é o Glioma Difuso Pontino Intrínseco que possui péssimo prognóstico, pois afeta de modo difuso as estruturas responsáveis pelas funções vitais. Não obstante, acometimentos desta natureza podem levar à paralisia de nervos cranianos responsáveis pelas funções estomatognáticas, como a respiração, fonação, mastigação e deglutição. **Objetivo:** Relatar a atuação e contribuição fonoaudiológica para o paciente pediátrico oncológico, no que se diz ao gerenciamento dos distúrbios de deglutição. **Método:** Trata-se de um paciente do sexo masculino, 10 anos de idade, diagnosticado com Glioma Difuso Pontino Intrínseco, em fase avançada, internado em Hospital Infantil de referência da cidade de Porto Alegre. A avaliação fonoaudiológica foi solicitada pela equipe médica, devido aos frequentes episódios de tosse e engasgos durante a alimentação, principalmente com as consistências líquidas e sólidas. **Resultados:** Durante a avaliação estrutural observou-se normalidade de estruturas orais, porém mobilidade e força alteradas de lábios, língua, bochechas e palato mole, sensibilidade extra-oral adequada e reflexo de náusea ausente. Durante a avaliação clínica da deglutição, realizada com a oferta de alimento pastoso, líquido, líquido espessado na consistência mel, sólido e grãos, constatou-se alteração na preparação, condução e ejeção do bolo alimentar, elevação laríngea reduzida e sinais clínicos indicativos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal com os alimentos líquidos, sólidos e grãos. Em contrapartida, a deglutição mostrou-se eficiente e segura durante a ingestão de alimentos pastosos liquidificados e líquidos espessados na consistência mel. Através da interpretação dos achados fonoaudiológicos, concluiu-se que o paciente apresentava disfagia orofaríngea moderada, cuja conduta sugerida seria a oferta de dieta pastosa liquidificada e líquidos espessados na consistência mel, sob acompanhamento fonoaudiológico. **Conclusão:** A fonoaudiologia tem muito a contribuir com a qualidade de vida de pacientes oncológicos, seja na reabilitação ou no cuidado paliativo. No que diz respeito à deglutição, a atuação fonoaudiológica é crucial para a sobrevivência do paciente, garantindo uma alimentação por via oral segura e prazerosa.

IMPACTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NO GRAU DE DISFAGIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Chiossi JSC, Nunes BG, Terra MR

Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Introdução: Consciência é a capacidade do indivíduo reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente. As alterações do nível de consciência podem variar desde a desorientação têmporo-espacial até o estado de coma. O rebaixamento do nível de consciência tem sido descrito como um fator relacionado à disfagia orofaríngea e à ocorrência de pneumonia aspirativa, principalmente quando relacionado à dificuldade de reconhecimento do alimento, sonolência e incapacidade de proteção das vias aéreas, sendo apontado como um dos motivos clínicos mais descritos para o uso da via alternativa de alimentação. **Objetivo:** Correlacionar o nível de consciência à presença e grau de disfagia orofaríngea e à possibilidade de alimentação por via oral em pacientes adultos, hospitalizados. **Métodos:** Esta pesquisa foi avaliada pelo comitê de ética sob o CAE: 53672316.8.0000.5154. Foram revisados prontuários randomizados de 167 pacientes adultos hospitalizados entre julho e dezembro de 2015 em um hospital terciário, que haviam passado por avaliação clínica da deglutição durante o seu período de internação por meio de um protocolo padronizado para este fim. Foi analisada apenas a avaliação inicial de cada sujeito. Os pacientes foram classificados quanto ao nível de consciência e atenção em: “normal”, “desatento”, “sonolento”, “não segue comandos” e “não-responsivo”; a orientação foi avaliada nos sujeitos com capacidade de resposta, de forma padronizada, pelas perguntas: “quantos anos você tem?”, “onde nós estamos?” e “em que mês estamos?”, e classificada em “normal” ou “desorientado”. O grau de disfagia foi definido na avaliação subjetiva em “leve”, “moderado” ou “grave”. Para análise de correlação utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e a independência das variáveis no pós-teste foi analisada pelo Teste Exato de Fisher. **Resultado:** dos sujeitos avaliados 71 (42,5%) apresentou alteração no nível de consciência e colaboração, sendo 22 (31%) arresponsividade, 11 (15,5%) incapacidade em seguir

comandos, 14 (19,7%) sonolência, e 24 (33,8%) desatenção. Sessenta e três (37,7%) sujeitos estiveram orientados durante a avaliação. A presença de disfagia foi de 71,3% entre os pacientes avaliados pela equipe, classificada como leve em 39 (23,4%), moderada em 23 (13,8 %) e severa em 57 (34,1%) do total de sujeitos. Todos os sujeitos arresponsivos foram avaliados com disfagia severa. A opção pela dieta via oral foi realizada em 101 (60,5%) dos pacientes, sendo “assistida” pela equipe em 74 (73,3%) destes. O nível de consciência preservado esteve correlacionado com a ausência de disfagia na avaliação clínica (p -valor $<0,001$), e a possibilidade de oferta via oral (p -valor $<0,001$) sem necessidade de assistência (p -valor $=0,002$). Graus de disfagia mais severos estiveram relacionados à um pior nível de consciência (p -valor $<0,001$) mas não à alteração da orientação (p -valor $=0,184$). A habilidade de orientação não esteve correlacionada à possibilidade de oferta via oral (p -valor $=0,297$), mas à opção pela dieta assistida pela equipe (p -valor $=0,001$). **Conclusão:** O nível de consciência esteve correlacionado à presença e grau da disfagia orofaríngea, bem como à conduta da via de oferta da alimentação e à necessidade de assistência, em pacientes adultos hospitalizados.

INTERFACE FONOAUDIOLOGIA E NUTRIÇÃO: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO NA INTRODUÇÃO DE VIA ORAL EM PACIENTES DISFÁGICOS

Medved DMS, Montalvão TM, Serra LSM, Furia CLB

Hospital Universitário de Brasília (HUB EBSEERH) ; Hospital Universitário de Brasília (HUB EBSEERH) ; Hospital Universitário de Brasília (HUB EBSEERH) ; Universidade de Brasília (UnB)

Introdução: A elevada demanda de usuários e escassez de serviços contribuiu para o planejamento e implementação de políticas de qualificação profissional no campo da saúde, especificamente na área da disfagia. **Objetivo:** descrever um plano operacional padrão (POP) da rotina de dieta oral em pacientes disfágicos de um Hospital Universitário pelo Setor de Fonoaudiologia e Nutrição. **Métodos:** experiência em serviço, fluxograma e operacionalização. **Resultados:** Os pacientes serão avaliados e classificados pela equipe de Fonoaudiologia baseado nas escalas do nível da disfagia (*asha noms*) e escala funcional da alimentação (FOIS). Os pacientes serão assistidos pelo fonoaudiólogo ou cuidador, utilizando ajustes posturais, compensações (proteção de via aérea) e modificação do volume e oferta. A dieta enteral será suspensa apenas quando o paciente apresentar boa aceitação e segurança da evolução final da dieta para disfagia (DIS) nutricionalmente completa. A consistência de todas as dietas propostas será líquida pastosa homogênea grossa (mel/creme). O início do treino será realizado com a dieta DIS1, hipocalórica, 275 Kcal, fracionada em duas refeições diárias (colação e merenda) por via oral, com volume reduzido, de 250ml por refeição. Após 48 hs de treino com a DIS1 e para oferecer evolução da via oral de forma segura será proposta a dieta DIS2 com três refeições por dia (desjejum, colação e merenda) ainda com o mesmo volume reduzido de 250ml por refeição, com total de 650 kcal por dia. Se a aceitação e segurança da via oral permanecer por mais 24 hs, o desmame da via alternativa será programado. Dessa forma, após 24 hs de aceitação da DIS2, será realizada a evolução oral com a dieta DIS3, fracionada em cinco refeições (desjejum, colação, almoço, merenda e ceia) já com volume de almoço maior (400ml) que as outras refeições que continuarão com 250ml e valor energético de 1500 Kcal por dia. Nessa etapa, será iniciado o desmame da via alternativa de alimentação. Assim, os pacientes que receberam as dietas DIS1, DIS2 e DIS3 necessariamente continuarão com uma via alternativa alimentar para garantir a oferta das necessidades nutricionais. Com o treino em mais 24 hs, o paciente passará para a dieta DIS4, que é normocalórica, fracionada em seis refeições (desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia) com volumes maiores de 450ml a 650ml por refeição com a mesma consistência das outras, porém, com acréscimo de líquidos espessados (para garantir a necessidade hídrica diária), com 2200 kcal por dia. Durante a oferta da dieta DIS4, o desmame da via alternativa será programado e contínuo, conforme a aceitação da via oral até a retirada completa da via alternativa. Quando necessário, será prescrito a terapia nutricional suplementar oral em creme. A equipe de Nutrição e Fonoaudiologia manterá os profissionais em educação continuada para treino quanto ao preparo, viscosidade, fluxograma e operacionalização. **Conclusão:** Em uma fase de revisão e padronização de consistências, a equipe de Fonoaudiologia e Nutrição de um hospital universitário propõe um programa operacional piloto para evolução da dieta oral segura, desmame da nutrição enteral e manutenção da hidratação e nutrientes em pacientes disfágicos internados.

INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE TUMOR DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL NO AMBIENTE HOSPITALAR

Nunes LF, Dresch BR, Etges CL, Barbosa LR

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto; Irmandade Santa Casa e Misericórdia de Porto Alegre; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto

Introdução: O Tumor Neuroectodérmico Primitivo (PNET) tem origem neural, podendo comprometer o sistema nervoso central (SNC) ou periférico. O PNET é agressivo e raro, sendo pouco relatado em literatura. Geralmente ocorre em crianças com menos de 10 anos de idade e possui uma taxa de sobrevivência de menos de 40%. O fonoaudiólogo é o profissional habilitado para reabilitação de desordens na linguagem, fala, voz e deglutição que este tipo de tumor, devido a sua localização, pode ocasionar. **Objetivo:** Relatar intervenção fonoaudiológica em criança com diagnóstico de tumor de sistema nervoso central (SNC) no ambiente hospitalar. **Método:** Estudo longitudinal, descritivo, realizado em hospital pediátrico de referência na cidade de Porto Alegre/RS, no período de dezembro de 2015 a março de 2016. Como instrumentos de avaliação foram utilizados o Protocolo de Avaliação Clínica da Disfagia Pediátrica (PAD-PED) e Blue Dye Test Protocol. Projeto aprovado com parecer n 467.673 pelo CEP ISCMPA em 11/2013. **Resultado:** Paciente internou para investigação com 2 meses de vida devido a alterações físicas e comportamentais. Após a biópsia e diagnóstico do tumor, foi encaminhado à Fonoaudiologia para avaliação clínica da deglutição, pela possibilidade de disfagia devido à patologia de base. As avaliações foram realizadas em dois momentos: após o diagnóstico da doença, aos dois meses de idade e após período de internação na UTI, aos 3 meses de idade, devido à sepse com neutropenia severa. No total, foram realizados cinco atendimentos. Na primeira avaliação fonoaudiológica observou-se ausência de reflexo de busca e sucção e reflexo de GAG anteriorizado. Em avaliação clínica da deglutição com a oferta de seio materno, apresentou coordenação entre sucção, deglutição, respiração e ausculta cervical adequada. Não apresentou sinais clínicos indicativos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal. Sendo assim, foi indicada alimentação por via oral. Após um mês da avaliação referida, o paciente deu entrada à UTI. Neste período ocorreram diversas intercorrências: choque séptico, sangramento SNC, crise convulsiva, colocação de sonda nasointestinal e intubação orotraqueal durante 15 dias seguido de traqueostomia por quadro de faringomalácia grave. Ao receber alta da UTI, o paciente foi encaminhado para reavaliação. Observou-se língua com tônus diminuído apresentando tremores. Decidiu-se realizar Blue Dye Test com a coloração da saliva com corante alimentício azul para avaliação da deglutição, devido ao uso de traqueostomia. Após teste, paciente foi aspirado e pode-se observar secreção de cor azulada, indicando aspiração traqueal de saliva. Este processo foi repetido por 3 vezes, sendo realizada ainda estimulação sensório-motora-oral. Nas aspirações traqueais seguintes, foi observada saída de material corado pela TQT, porém em menor quantidade. **Conclusão:** O acompanhamento fonoaudiológico nas diferentes fases do tratamento e da doença é de extrema importância para definir a segurança alimentar do paciente. A intervenção da equipe da Fonoaudiologia neste caso propiciou a segurança alimentar, evitando desnecessárias internações por problemas respiratórios.

MEDIDAS DA PRESSÃO DE LÍNGUA EM PACIENTES PÓS-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Oliveira GD, Valemtim AF, Vicente LCC, Motta AR

Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: A partir da atuação no ambiente hospitalar é possível constatar a alta prevalência de disfagia em pacientes pós-acidente vascular cerebral, fato respaldado pela literatura. Diante da avaliação destes pacientes observa-se que o papel da língua nesse distúrbio é de grande importância para fase oral e faríngea da deglutição. **Objetivo:** comparar a pressão de língua entre pacientes pós-acidente vascular cerebral agudo e participantes saudáveis. **Métodos:** estudo observacional analítico transversal,

conduzido com amostra probabilística composta por 31 pacientes internados pós-acidente vascular cerebral (grupo caso) e 31 participantes saudáveis (grupo controle), pareados por sexo e idade (± 2 anos). Realizou-se avaliação clínica da mobilidade de língua e instrumental com um dispositivo para medir a pressão lingual, o *Iowa Oral Performance Instrument*. Foram realizadas três medidas da pressão anterior e três da posterior. Os dados foram analisados por meio de estatística apropriada ao nível de significância de 5%. **Resultados:** o grupo caso apresentou pressão de língua menor que o controle tanto na medida anterior quanto na posterior. A pressão anterior da língua foi maior no sexo masculino, mas apenas no grupo controle. As faixas etárias de 38 a 59 anos e de 70 a 89 anos foram as únicas que diferiram e apenas no grupo caso, tendo o grupo mais jovem apresentado maior pressão posterior. Encontrou-se, nos dois grupos, baixa correlação negativa entre idade e pressão posterior. Tanto no grupo caso quanto no grupo controle a pressão anterior apresentou valores maiores do que a posterior. Verificou-se correlação forte e positiva entre pressão anterior e posterior no grupo caso e no grupo controle. **Conclusão:** a pressão de língua é menor em pacientes que sofreram acidente vascular cerebral agudo. Nos dois grupos, a pressão anterior é maior do que a posterior, sendo que esta diminui discretamente com o aumento da idade.

MIASTENIA GRAVIS E DISFAGIA: ESTUDO DE CASO

Domingues DCV, Bernardo A, Vieira AS, Oliveira CNA, Arceno RS, Luchesi KF, Mituuti CT

Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: A miastenia *gravis* é uma doença caracterizada por distúrbios da transmissão neuromuscular em nível de placa motora, os quais resultam em fraqueza e fadiga da musculatura voluntária. As principais características fonoaudiológicas encontradas são disartria, disfagia, dispneia, dificuldade para mastigação e deglutição. **Objetivo:** Descrever a evolução de um caso de Miastenia Gravis em uso de traqueostomia e *cuff* insuflado por três anos. **Método:** Participou deste estudo uma paciente do sexo feminino, de 32 anos, com diagnóstico de Miastenia Gravis e uso de traqueostomia com *cuff* insuflado há três anos. A paciente foi submetida a 11 sessões de terapia fonoaudiológica semanal de 40 minutos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, promover a segurança da deglutição, o desmame do *cuff* e da traqueostomia, além de favorecer a fonação. Não há registros nem relato da paciente quanto à realização de fisioterapia motora ou respiratória durante ou anterior ao período de fonoterapia. Foram realizadas avaliação clínica e videofluoroscopia da deglutição antes e após a intervenção fonoaudiológica. A reabilitação da respiração por via aérea superior foi realizada por meio da progressiva desinsuflação do *cuff* com o auxílio de aspirador das vias aéreas e monitoramento da oximetria de pulso. Durante as sessões, procedeu-se a desinsuflação total do *cuff* para a oclusão da traqueostomia com treino de fonação e função de fala, além de deglutições múltiplas e voluntárias. **Resultado:** Anteriormente à reabilitação fonoaudiológica verificada a ausência de sonorização, mesmo com a desinsuflação do *cuff*. Por meio do exame de videofluoroscopia da deglutição, foi verificada fraca ejeção oral, retenção em faringe, valécula e recessos piriformes para as consistências líquida, néctar, mel, pudim e sólido, penetração laríngea para consistência sólida, aspiração com consistência pudim, sendo classificada com disfagia orofaríngea moderada e orientada ao espessamento da consistência líquida. Durante o treinamento para reabilitação da respiração por via aérea superior foi observada intolerância à desinsuflação do *cuff* com presença de sinais como tosse, mudança na coloração da pele e queda de saturação que, progressivamente, foram reduzidos conforme o avanço das sessões. Ao longo da fonoterapia, observou-se aumento de tolerância com o *cuff* desinsuflado. Após a reabilitação fonoaudiológica, no exame de videofluoroscopia foi possível observar estase discreta em recessos faríngeos nas consistências líquida, néctar e mel com um episódio de penetração laríngea e limpeza total imediata na consistência líquida com redução da gravidade da disfagia, classificada com disfagia orofaríngea leve. Após nove sessões, houve mudança da traqueostomia de cânula plástica para traqueostomia metálica, ocluída por êmbolo de seringa e retirada da traqueostomia após quatro meses, com qualidade vocal sem alteração. **Conclusão:** Após o tratamento fonoterápico, houve retirada da traqueostomia com retorno da função de fonação, além da diminuição da gravidade da disfagia orofaríngea. Os resultados demonstraram que o processo terapêutico baseado principalmente nas

funções de fonação e deglutição foi positivo para este caso e reforça a importância de prevenir complicações e proporcionar melhor qualidade de vida mais precocemente em pacientes com doenças neurodegenerativas.

NÍVEL DE INGESTÃO POR VIA ORAL EM PACIENTES TROMBOLIZADOS PÓS-ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

Avelino MR, Montibeller CG, Luchesi KF, Mituuti CT, Ribeiro PW, Furkim AM

Universidade Federal de Santa Catarina; Hospital Governador Celso Ramos; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina; Hospital da Faculdade de Medicina de Botucatu; Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais causas mundiais de mortalidade precoce. Além do risco de morte, o AVE pode acarretar uma série de sequelas, dentre elas está a disfagia. Atualmente, a terapia trombolítica vem sendo utilizada nos casos de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) e tem demonstrado melhor prognóstico quanto à diminuição das sequelas. **Objetivo:** Avaliar a capacidade de ingestão de alimentos por via oral de sujeitos submetidos à terapia trombolítica e compará-la com sujeitos não trombolizados pós-AVEI. **Método:** Estudo documental do tipo transversal com 87 pacientes pós-acidente vascular encefálico isquêmico (Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CAAE 44007514.5.0000.0115). Para fins de comparação, os sujeitos foram distribuídos em dois grupos, de acordo com o tipo de intervenção neurológica. No grupo 1, foram alocados os sujeitos submetidos à terapia de reperfusão cerebral ou trombólise e no grupo 2 os não submetidos à terapia. Foram obtidos dados relativos à idade dos sujeitos, sexo, nível de ingestão oral no início da internação e na alta hospitalar, dias de internação, presença de comorbidades e local da lesão neurológica. Os dados foram analisados de forma quantitativa, por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 13.0 para Windows. **Resultados:** Trinta e nove pacientes compuseram o grupo 1 e 48 o grupo 2. Ambos os grupos foram constituídos por sujeitos com média de idade semelhante (65 e 68 anos, respectivamente) e equilibrada distribuição de gênero (18 (46,1%) e 25 (52%) homens, 21 (53,8%) e 23 (48%) mulheres, respectivamente). Ambos os grupos apresentaram como comorbidade mais frequentes a hipertensão arterial sistêmica (31 (79,5%) e 38 (79,2%) sujeitos, respectivamente). Os indivíduos submetidos à terapia trombolítica apresentaram maior evolução da ingestão por via oral ($p=0,002$), bem como menor tempo de internação ($p=0,007$) quando comparado com o grupo não submetido à terapia. **Conclusão:** Observou-se maior evolução da ingestão por via oral e redução do tempo de internação dos pacientes submetidos à terapia trombolítica.

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Amorim CS, Leite MFA, Pereira ARA

Hospital São Domingos; Hospital São Domingos; Hospital São Domingos

Introdução: Cuidado paliativo é uma filosofia do cuidar que visa proporcionar alívio psicológico e físico a pacientes sem possibilidade de cura (portadores de câncer, AIDS, doenças degenerativas progressivas, entre outras). A terminalidade de vida ocorre quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a morte próxima parece inevitável e previsível. Pacientes oncológicos podem sofrer alterações nas funções de comunicação e deglutição, por acometimento direto dos órgãos responsáveis por estas, ou em consequência dos tratamentos realizados nessas áreas ou nas regiões circunvizinhas (ressecções, radioterapia e quimioterapia). Assim, a atuação fonoaudiológica é necessária para manter ou adaptar essas funções. Buscando melhor atender pacientes nessas condições, os profissionais da saúde precisam aprimorar seus conhecimentos sobre o papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos, formando uma equipe multidisciplinar que prima pela qualidade de vida e de morte do paciente, mesmo em quadros irreversíveis. **Objetivo:** Avaliar o nível de informação dos profissionais da saúde atuantes no setor de oncologia do Hospital São Domingos acerca do papel do fonoaudiólogo com pacientes em cuidados paliativos. **Método:** No presente trabalho, realizou-se um estudo exploratório de caráter qualiquantitativo e descritivo, por meio da aplicação de um questionário fechado. Os questionários

foram entregues a cada um dos participantes convidados, os quais, mediante o aceite, foram orientados pelo pesquisador responsável a assinar os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos e depositá-los preenchidos em uma pasta exclusiva e acessível a todos. Foi estipulado um período de até uma semana para devolução dos mesmos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São Domingos sob o número 119124/2015/CEP-HSD. **Resultado:** Foram amostrados 19 profissionais, dos quais, 6 técnicos em enfermagem, 3 enfermeiros, 3 psicólogos, 3 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 farmacêutico e 1 médico oncologista. Grande maioria da amostra (78,94%) acredita que a participação do fonoaudiólogo na equipe de cuidados paliativos seja necessária; praticamente metade dos profissionais (42,10%) relata ter dúvidas sobre o papel deste profissional no atendimento destes pacientes, no entanto um há um número um pouco maior (52,63%) daqueles que já discutiram com um fonoaudiólogo para tirar dúvidas sobre o assunto. Observou-se ainda, que a maioria desses profissionais (73,68%) tem uma visão restrita do trabalho do fonoaudiólogo em cuidados paliativos, acreditando que seu foco principal seja prevenir broncoaspirações. **Conclusão:** Os profissionais do setor de oncologia do Hospital São Domingos tem conhecimento da atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos, porém ainda de forma restrita, pois esta atuação não se resume à área da disfagia. Dessa forma, é necessário realizar e divulgar mais pesquisas sobre o assunto.

O EFEITO IMEDIATO DA ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NEUROMUSCULAR NA FUNÇÃO DE DEGLUTIÇÃO EM UM CASO DE CÂNCER DE LARINGE: RELATO DE CASO

Costa DR, Silva-Arone MMA, Andrade EC, Borgo HC, Rubira CMF, Santos PSS, Berretin-Felix G

Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP

Introdução: A estimulação elétrica neuromuscular (EENM) é uma recente técnica terapêutica no tratamento das disfagias orofaríngeas. Poucos estudos utilizaram a EENM em casos oncológicos, havendo muitas dúvidas sobre o método de aplicação e os resultados de diferentes condições de estimulação nessa população. **Objetivo:** verificar o efeito imediato da EENM sensorial e motora, nas fases oral e faríngea da deglutição, em um caso de câncer de laringe após tratamento. **Método:** Foi realizado exame de videofluoroscopia da deglutição, no qual, de modo randomizado, foram solicitadas deglutições de 5 ml de alimentos nas consistências líquida, mel e pudim em três condições distintas: sem estimulação, com EENM sensorial, com EENM motora. Foi classificado o grau da disfunção da deglutição por meio da escala DOSS (dysphagia outcome and severity scale), a presença de estase de alimentos (escala de Eisenhuber), de penetração laríngea, aspiração laringotraqueal (escala PAS), além da medida do tempo de trânsito oral e faríngeo (em segundos). **Resultados:** Os resultados demonstraram que houve melhora com a estimulação sensorial e motora na escala DOSS. A partir dos resultados da escala PAS, verificou-se melhora, tanto para o estímulo sensorial quanto motor na consistência mel, porém o sensorial foi melhor que o motor, pois foi eliminada a aspiração. Por outro lado, verificou-se piora no estímulo motor para a consistência pastosa. Na escala de resíduos, houve diminuição dos resíduos em valécua com estímulo sensorial e motor para as consistências pastosa e mel. Já na parede posterior da faringe verificou-se piora no estímulo motor para a consistência mel. Em relação ao tempo de trânsito oral e faríngeo não foi observado diferença entre os diferentes níveis de estimulações em diferentes consistências. **Conclusão:** os resultados demonstraram que a EENM em nível sensorial e motor pode melhorar a função de deglutição em indivíduos com significativa disfagia após o tratamento de câncer de laringe, no que se diz respeito ao grau da disfagia, à presença de penetração e aspiração e resíduos.

O THERAPY TAPING® NO TRATAMENTO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA EM PACIENTE COM PARALISIA DE PREGAS VOCAIS

Lemos RG, Santos RS, Vieira TT, Pereira KFPO

Universidade Tuiuti do Paraná; Universidade Tuiuti do Paraná; Universidade Tuiuti do Paraná; Universidade Tuiuti do Paraná

Introdução: C.F.P., paciente do sexo feminino, 64 anos de idade, apresenta disfagia decorrente de Paralisia de Pregas Vocais pós cirurgia de Tumor Glômico. Fez tratamento tradicional fonoaudiológico por anos com outro profissional. Chegou para atendimento em abril de 2014 fazendo uso de traqueostomia desde outubro de 2013, gastrostomia desde agosto de 2012, com laudo da videofluroscopia da deglutição (20/03/2014), de: *“disfagia orofaríngea caracterizada por escape posterior significativo para todas as consistências ofertadas e episódios assistemáticos de penetração laríngea e aspiração traqueal durante a deglutição. Paciente apresenta dinâmica de deglutição de risco”*. **Objetivo:** Verificar a eficiência do método Therapy Taping® em paciente portador de Disfagia Orofaríngea como método coadjuvante da terapia fonoaudiológica tradicional. **Método:** Aplicou-se bandagem elástica na pele do músculo disgástrico e músculo milohiideo, com trocas semanais de maio até dezembro/2014 em intervalos a cada 6 semanas associadas a exercícios fonoaudiológicos tradicionais para elevação de laringe, bem como exercícios oromiofuncionais e de sensibilidade. Durante as terapias foi realizado trabalho de decanulação da traqueostomia, e a paciente já conseguia respirar por via nasal a maior parte do tempo, ficando a traqueostomia desocluída somente para dormir, para melhor conforto da paciente, já que C.F.P. não se sente tranquila para ficar sem a mesma. A partir de novembro de 2014 já dormia com a traqueostomia ocluída, porém relata que não irá tirar a mesma, pois não sente-se “confortável ao imaginar outra apneia”. Neste período realizou-se exames de deglutição (videofluroscopia e nasolaringofibroscopia) para melhor monitoramento do caso. Em novembro de 2014, foi realizada outra videofluroscopia, com o seguinte laudo: *“paciente com disfagia orofaríngea por escape posterior significativo para todas as consistências ofertadas e episódios assistemáticos de penetração laríngea, não observo aspiração traqueal durante a deglutição dos alimentos testados.”* **Resultado:** Paciente liberada para ingesta via oral para todas consistências, com restrições somente para líquidos. Foi mantida a gastrostomia como suporte nutricional, bem como a traquesotomia. **Conclusão:** O método Therapy Taping® apresenta bons resultados quando associado à técnica fonoaudiológica tradicional para o tratamento das disfagias orofaríngeas.

O THERAPY TAPING® NO TRATAMENTO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA EM PACIENTE GLOSSECTOMIZADO TOTAL

Lemos RG, Santos RS, Vieira TT, Pereira KFPO

Universidade Tuiuti do Paraná; Universidade Tuiuti do Paraná; Universidade Tuiuti do Paraná; Universidade Tuiuti do Paraná

Introdução: A.F.S., paciente do sexo masculino, 58 anos com glossectomia total em decorrência de Carcinoma avançado de cavidade oral, realizou tratamento de quimioterapia e radioterapia no período entre out/2012 a maio/2013. A cirurgia ocorreu em março/2014, fazendo uso de traqueostomia e gastrostomia desde então. A traqueostomia está ocluída desde maio/2014, porém o médico Otorrinolaringologista não indica a retirada da mesma. **Objetivo:** Verificar a eficiência do método Therapy Taping® em paciente portador de Disfagia Orofaríngea como método coadjuvante da terapia fonoaudiológica tradicional. **Método:** Aplicou-se bandagem elástica na pele do músculo disgástrico com trocas semanais de abril/2015 até agosto/2015 em intervalos a cada 7 semanas associadas a exercícios fonoaudiológicos tradicionais para elevação de laringe, bem como exercícios oromiofuncionais e de sensibilidade. Foi realizado monitoramento com alimentos nas consistências: líquido, mel, néctar e pudim durante algumas sessões. O nível de saturação nunca baixou de 96, o paciente apresenta dificuldade no manejo oral e na ejeção do bolo alimentar e pouca elevação laríngea. Na comparação do exame da nasolaringoscopia da deglutição de avaliação com o de reavaliação, percebe-se uma melhora na sensibilidade e no controle dos alimentos, apesar de ainda ocorrer aspiração. Ocorre mais dificuldade na deglutição de pastosos em relação aos líquidos, já que a ausência da língua dificulta a ejeção do bolo alimentar. **Resultado:** Paciente apresenta melhoras na sensibilidade e controle dos alimentos, ainda permanece aspiração, em menor quantidade, dos alimentos pastosos. Apresenta menos dificuldade na deglutição de líquidos, porém maior dificuldade no controle e manejo destes. **Conclusão:** O método Therapy Taping® apresenta bons resultados quando associado à técnica fonoaudiológica tradicional para o tratamento das disfagias orofaríngeas.

O THERAPY TAPING® NO TRATAMENTO DAS DISFAGIAS OROFARÍNGEAS EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Lemos RG, Santos RS, Vieira TT, Pereira KFPO

Universidade Tuiuti do Paraná; Universidade Tuiuti do Paraná; Universidade Tuiuti do Paraná; Universidade Tuiuti do Paraná

Introdução: C.M.P., 47 anos, sexo masculino, acometido por acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico agudo/subagudo na porção inferior do hemisfério cerebelar ipsilateral. **Objetivo:** Verificar a eficiência do método Therapy Taping® na disfagia em pacientes com acidente vascular cerebral, como método coadjuvante da terapia fonoaudiológica para disfagia. **Método:** Após AVC confirmado por Tomografia Axial Computadorizada (TAC) o paciente foi submetido à avaliação clínica fonoaudiológica e avaliação instrumental através da nasolaringoscópica da deglutição (FEES) com alimentos nas consistências líquida, mel, néctar e pudim. Paciente fazia uso de sonda nasoesofágica. A bandagem elástica foi aplicada sobre a pele do músculo digástrico no seu ventre posterior, após 25 dias de AVC com trocas semanais durante 5 semanas, associadas a exercícios fonoaudiológicos tradicionais para elevação de laringe, bem como exercícios oromiofuncionais e de sensibilidade. Foi realizado monitoramento com alimentos nas consistências: líquido, mel, néctar, pudim e sólida durante as sessões. Após 8 semanas do AVC o paciente foi submetido a reavaliação clínica e ao FEES. O paciente apresentou melhoras, com pouca presença de estase alimentar em Recesso Piriforme esquerdo e Valécua esquerda, provavelmente por ainda apresentar paralisia de prega vocal esquerda. Não foi observado penetração nem aspiração de nenhuma consistência. Foi liberada dieta via oral. E o tratamento teve continuidade para a paralisia de prega vocal. **Resultado:** Paciente apresentou melhoras na sensibilidade e controle dos alimentos, ainda permanece aspiração, em menor quantidade, dos alimentos pastosos. Apresenta menos dificuldade na deglutição de líquidos, porém maior dificuldade no controle e manejo destes. **Conclusão:** O método Therapy Taping® apresenta bons resultados quando associado à técnica fonoaudiológica tradicional para o tratamento das disfagias orofaríngeas em paciente com acidente vascular cerebral.

OCORRÊNCIA DE FÍSTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA APÓS INTOXICAÇÃO EXÓGENA POR INGESTÃO DE CARBAMATO: RELATO DE CASO

Santos SVP, Domenis DR, Schneiberg S

Universidade Federal de Sergipe-UFS; Universidade Federal de Sergipe-UFS; Universidade Federal de Sergipe-UFS

Introdução: a ocorrência de fístula traqueo-esofágica, adquirida e benigna, é incomum em pacientes internados na unidade de terapia intensiva, mesmo na vigência de intubações frequentes. Tosse produtiva recorrente associada a prejuízo pulmonar e dificuldade no desmame da sonda nasoesofágica (SNE) devem levar a equipe a desconfiar de possíveis lesões estruturais como a fístula traqueo-esofágica e buscar diagnóstico diferencial. **Objetivo:** descrever um caso de paciente que evoluiu com fístula traqueo-esofágica após internação por intoxicação exógena com ingestão de carbamato, detectada somente após avaliação fonoaudiológica. **Método:** paciente jovem, 22 anos, sexo feminino, hospitalizada, sem relato prévio de alterações psicológicas, fez ingestão de carbamato como tentativa de suicídio após desavenças afetivas. Permaneceu intubada por aproximadamente 96 horas, com uma falha na tentativa de extubação nesse período, em uso de dietoterapia via SNE desde admissão e evolução com pneumonia hospitalar. Dadas recorrentes perdas da SNE, tosse frequente e produtiva, foi solicitada avaliação fonoaudiológica. A avaliação fonoaudiológica seguiu o protocolo institucional, com avaliação estrutural para posterior avaliação funcional da deglutição, se possível. **Resultado:** paciente consciente, orientada, atendendo comandos, após 24 horas da extubação, em uso de SNE, oxigenoterapia via cateter nasal (tipo óculos) 2l/min, taquipneica, mas confortável, SpO₂: 96%, sem queixas. Foi realizada avaliação estrutural que observou incoordenação nos movimentos orais, força reduzida de lábios e língua, déficit na elevação laríngea, tosse produtiva e após deglutição de saliva, ausculta cervical positiva (alterada), voz soprosa, prejuízo na expectoração pela via oral e no gerenciamento de saliva/secções. Não foi realizada avaliação funcional da deglutição no momento, visto as alterações apresentadas com

saliva e secreção e possível prejuízo estrutural ocasionado pela intoxicação prévia. Após discussão em equipe, foi sugerida avaliação endoscópica para verificação da integridade das vias esofágica e aérea. Foi diagnosticada fístula traqueo-esofágica e logo contraindicada a ingestão pela via oral. A paciente foi encaminhada para avaliação da cirurgia torácica e posterior programação cirúrgica para correção. **Conclusão:** pacientes hospitalizados com histórico de intoxicação exógena podem evoluir com lesões estruturais como fístula traqueo-esofágica e disfagia. A atuação fonoaudiológica deve sempre que possível ser interdisciplinar, cabendo à equipe discussão quanto a necessidade de exames complementares e conduta.

PERFIL DO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA INFANTIL DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PORTO ALEGRE

Bitencourt LA, Pereira KR, Schweiger C, Kuhl G, Maciel AC, Levy DS

Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Objetivo: caracterizar a população atendida por um ambulatório de disfagia infantil em um hospital geral de alta complexidade. **Método:** estudo transversal retrospectivo, realizado através da coleta de dados em 89 prontuários de pacientes que foram atendidos pelo ambulatório de disfagia infantil. Foram identificados os dados referentes à patologia de base, complicações pulmonares, via alternativa de alimentação, tipo de alimentação, recusa alimentar, avaliação clínica e instrumental. **Resultado:** Observou-se ausência de dados completos nos prontuários de 11 pacientes, os quais foram excluídos da amostra. Houve predomínio do sexo masculino (60,3%); 41% dos pacientes apresentaram diagnóstico de alguma patologia sindrômica e a via de alimentação mais utilizada foi a sonda nasointestinal (25,6%), sendo que 60,3% dos pacientes não fazia uso de via alternativa de alimentação. Complicações pulmonares foram apresentadas por 31 pacientes (39,7%). Houve associação entre as variáveis tosse e/ou engasgos durante a deglutição na avaliação clínica com episódios de penetração na avaliação instrumental ($p=0,006$), porém não houve associação significativa entre aspiração e episódios de tosse e/ou engasgos durante a deglutição ($p=0,725$). Dos 78 pacientes incluídos neste estudo, 67,9% realizaram exame de videofluoroscopia da deglutição. **Conclusão:** a população estudada apresenta fatores de risco para desenvolvimento de distúrbios da deglutição, como doenças de base com alta ocorrência de disfagia e uma alta porcentagem de pacientes que apresentam complicações pulmonares.

PERFIL NUTRICIONAL EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO APÓS TRÊS MESES DO ICTUS

Santos RS, Pacheco AC, Dantas RO

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -FMRP -USP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-FMRP -USP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -FMRP-USP

Introdução: Os pacientes que sofrem Acidente Vascular Cerebral (AVC) frequentemente apresentam alteração no estado nutricional mesmo após a fase aguda. O perfil nutricional desses pacientes, e os fatores aos quais estão relacionados, como a presença de dificuldades de deglutição, variam na literatura e precisam ser melhor estudados. **Objetivo:** Descrever o perfil nutricional de pacientes com AVE após três meses do ictus, assim como comparar o peso dos pacientes antes e após o AVE. **Métodos:** Foram avaliados 23 pacientes com AVE no Ambulatório de Doenças Neurovasculares de um hospital público terciário. Os pacientes foram avaliados com o protocolo Mini Nutritional Assessment (MNA), um teste de rastreio para risco nutricional no qual a pontuação <17 , representa desnutrição; entre 17 e 23,5, risco nutricional; e maior ou igual a 24, eutrofia. Também foi calculado a média do Índice de massa corporal (IMC) e a Circunferência da Panturrilha (CP), considerado um importante marcador de perda de massa involuntária, sendo que a medida de $CP>31\text{cm}$ é considerada eutrofia. Os pacientes e/ou familiares

também foram questionados sobre o peso antes do ictus. O instrumento EAT-10 foi utilizado para identificar pacientes com sintomas de dificuldades de deglutição. Neste instrumento, uma pontuação ≥ 3 pode ser indicativa de alteração na deglutição. **Resultados:** Dos 23 pacientes avaliados no estudo, 56,6% eram do gênero masculino e 43,4% do gênero feminino. A média de idade dos pacientes foi de 65,8 anos. A pontuação média no MNA foi de 22,06, sendo que 60,9% dos pacientes foram classificados como risco para desnutrição. A média da CP foi de 30,04cm, sendo que 43,4% apresentaram CP<31cm, o que indica que esses pacientes apresentaram perda involuntária de massa. Quanto ao IMC, a pontuação média foi de 25,15. Quanto ao peso, a média do peso antes do AVE foi de 71,87Kg e após três meses do ictus de 69,48Kg. Apenas quatro pacientes apresentaram pontuação maior que três no EAT-10, entretanto, três desses pacientes apresentaram alteração nutricional concomitante. **Conclusão:** A maioria dos pacientes avaliados apresentou risco nutricional. A perda de peso foi de, em média, aproximadamente 2kg em três meses e quase metade dos pacientes estudados apresentaram perda involuntária de massa. Desta forma, é necessário que os pacientes com AVE sejam acompanhados do ponto de vista nutricional e também quanto às dificuldades de deglutição, visto que se não forem identificados e tratados precocemente, pode resultar em aumento da morbidade e mortalidade nesta população.

PNEUMONIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Miranda RPC, Pacheco AC, Norberto AMQ, Favoretto DB, Rimoli BP, Braga MC, Alves LBM, Bueno TBC, Pontes FD, Dalbem FJ, Santos-Pontelli TEG, Weber KT, Cougo-Pinto PT, Mazin SC, Pontes-Neto OM, Dantas RO

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto;

Objetivo: Identificar a frequência e os fatores associados com a presença de pneumonia em pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) admitidos em um hospital público terciário. **Métodos:** Participaram do estudo 186 pacientes. Foram coletados os seguintes dados durante o período de internação: presença de pneumonia, presença de disfagia, pontuação na escala do NIH (NIHSS) no momento da admissão hospitalar, sexo e tempo de internação. Esses dados foram obtidos através dos registros no prontuário médico de cada paciente e de um banco de dados de AVC. A presença de disfagia foi constatada a partir da avaliação clínica da deglutição. **Resultados:** Dos 186 pacientes incluídos no estudo, 19,3% apresentaram diagnóstico de pneumonia. 72,2% e 49,3% dos pacientes sem pneumonia e com pneumonia eram do sexo masculino, respectivamente. A mediana da pontuação na escala do NIH foi de 9 (4-17) e de 18,5 (12-30) dos pacientes sem e com pneumonia respectivamente. A média do tempo de internação dos pacientes com pneumonia foi de 24 dias e dos pacientes sem pneumonia foi de 6 dias. Quanto à presença de disfagia, 174 pacientes foram avaliados. Todos os pacientes com pneumonia apresentaram disfagia, enquanto 56,4% dos pacientes sem pneumonia apresentaram disfagia. A gravidade do AVC na admissão hospitalar ($p < 0.001$) e o tempo de internação ($p = < 0.001$) se associaram independentemente com a presença de pneumonia. **Conclusão:** Nossos resultados sugerem que a gravidade do AVC no momento de admissão e tempo de internação se associaram independentemente com pneumonia durante a internação. Verificou-se também uma forte associação entre disfagia e pneumonia. Estes resultados reforçam o conceito de que a avaliação sistemática de disfagia deve ser enfatizada em pacientes com AVC grave.

PRESENÇA DE DISFAGIA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Mendes LTB, Guedes ZCF, Canzonieri AM

Associação Brasileira de Esclerose Múltipla; Universidade Federal de São Paulo; Associação Brasileira de Esclerose Múltipla

Objetivo: Verificar a ocorrência de disfagia em pacientes com esclerose múltipla. **Método:** O estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, sendo aprovado pelo número 045354/2014. Foram avaliados 33 pacientes do sexo feminino, com diagnóstico de esclerose múltipla do tipo remitente recorrente. Foi realizada avaliação clínica fonoaudiológica estrutural, de mobilidade e na função da deglutição, considerando as fases oral e faríngea. **Resultado:** As pacientes apresentaram idade média de 53,3 anos. Entre os indivíduos avaliados na amostra, 19 apresentaram disfagia orofaríngea, enquanto 14 não apresentaram alterações na deglutição. Entre as consistências ofertadas (líquido, pastoso e sólido), os pacientes disfágicos apresentaram maior dificuldade durante a deglutição dos líquidos. **Conclusão:** O estudo verificou a presença de disfagia orofaríngea na maior parte da amostra estudada. Sugere-se que as alterações no processo de deglutição possam estar relacionadas às inabilidades motoras

PROTEÍNA C-REATIVA, MIELOPEROXIDASE E METABÓLITOS DE ÓXIDO NÍTRICO EM PACIENTES COM DISFAGIA OROFARÍNGEA

Oliveira DL, De Freitas MB, Homem SG, Tomio C, Barni GC, Da Rosa JS, Moreira EAM, Furkim AM

Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina

Objetivo: Avaliar os marcadores inflamatórios mieloperoxidase (MPO), metabólitos do óxido nítrico (NO_x) e proteína c reativa ultrasensível (us-PCR) em pacientes com Disfagia Orofaríngea (DO). **Método:** Estudo transversal, realizado com adultos e idosos encaminhados para a videofluoroscopia (Abril/2014 a Dezembro/2015). Foi realizada análise do exame de deglutição e análise sérica da atividade da MPO e concentrações de NO_x e us-PCR. As variáveis de confusão controladas, além do sexo e a idade foram: Índice de massa corporal (IMC), ingestão energética/proteica (questionário de frequência alimentar), e presença de comorbidades (diabete mellitus, hipertensão arterial sistêmica, sintomas de refluxo gastroesofágico e asma). O grupo DO (GDO) (n = 38) foi comparado ao grupo controle (GC) (n= 34), formado por voluntários sem problemas de saúde, pareados por sexo e idade. Os dados foram analisados pela regressão logística univariada e multivariada [odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%]. **Resultado:** Após a análise multivariada para as variáveis de confusão (sexo, idade, IMC, ingestão energética/proteica e comorbidades), foi observado que a chance do paciente ter DO é maior a cada unidade aumentada de MPO (OR: 1,01; IC95% = 1,00-1,01), NO_x (OR: 1,04; IC95% = 1,00-1,08) e us-PCR (OR: 1,67; IC95% = 1,03-2,72) em relação ao GC. **Conclusão:** A disfagia foi associada à resposta inflamatória elevada, independente das condições nutricionais e comorbidades, o que pode indicar que a MPO, NO_x e a us-PCR podem ser variáveis preditoras de disfagia.

PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DE DEGLUTIÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA

Luccas GR, Corrêa CC, Berretin-Felix G

Faculdade de Odontologia de Bauru - USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - USP

Introdução: Os protocolos de avaliação da deglutição propiciam a padronização das informações coletadas nos exames clínico e instrumental, contribuindo para segurança na conclusão diagnóstica, acompanhamento da evolução terapêutica, bem como para o desenvolvimento de pesquisas na área. **Objetivo:** identificar e caracterizar os protocolos de avaliação da função da deglutição. **Método:** realizada uma revisão de literatura em abril de 2016, consultando as bases de dados Lilacs, Pubmed e Scopus, com a seguinte estratégia de busca: Protocolos AND Avaliação AND Deglutição e seus correspondentes em inglês. Foram considerados como critérios de inclusão estudos que avaliassem apenas a função da deglutição, seja por avaliação clínica ou análise dos dados coletados na instrumental; que permitisse a reprodução, contendo o protocolo em anexo ou instruções da aplicação/análise; estudos nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa; estarem disponíveis na íntegra pelo sistema VPN-USP. Quanto aos critérios de exclusão, desconsideraram estudos de revisão, que não apresentassem a finalidade de avaliar a função da deglutição, que não pudessem ser reproduzidos por fonoaudiólogos, que abordassem

mais de uma função orofacial, que apenas citaram o que foi avaliado e questionários de autoavaliação. Foi realizada a leitura do título, resumo e artigo na íntegra; análise do ano de publicação, país da instituição vinculada da pesquisa, objetivos do protocolo, público alvo e especificidades do protocolo. **Resultados:** Foram localizados 24 estudos na Lilacs, 229 na Scopus e 105 na Pubmed, sendo considerados 11 estudos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Dentre eles, quatro protocolos (36%) são de avaliação instrumental, cinco (45%) de avaliação clínica e dois (18%) contemplam ambos os tipos de avaliação. O período de publicação foi de 1988 a 2011, tendo origem no Brasil (45%) e Estados Unidos (55%). Apresentaram como objetivos: avaliar a função da deglutição por meio de avaliação clínica e/ou instrumental, identificar riscos para disfagia, permitir a avaliação conjunta por mais de uma área de atuação, auxiliar o fonoaudiólogo na interpretação dos exames instrumentais, definir a gravidade da alteração, auxiliar na transição da alimentação por sonda para via oral em pacientes hospitalizados, estabelecer condutas terapêuticas. Os protocolos de deglutição identificados foram direcionados em sua maioria para adultos ou idosos com risco de apresentar disfagia. Quanto às opções de análise, quatro protocolos (36%) apresentaram análise de resultados com opções de marcação, quatro protocolos (36%) com escores, três protocolos (27%) consideraram a observação e interpretação do avaliador e um protocolo (9%) propôs análise por escala. Quanto às especificidades dos protocolos, apresentavam propostas de história clínica, avaliação conjuntas com otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos, investigação da consciência do paciente e adaptação para públicos específicos como indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e cardiopatas. **Conclusão:** Os protocolos de avaliação da função da deglutição foram em sua maioria de origem americana, voltados para adultos e idosos com o propósito de identificar sinais sugestivos de disfagia, aplicados na avaliação clínica dos aspectos do sistema estomatognático, respiratório e nível de consciência que podem comprometer a função da deglutição.

QUALIDADE DE VIDA EM DISFAGIA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO APÓS TRÊS MESES DO ICTUS

Santos RS, Pacheco AC, Dantas RO

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -FMRP -USP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-FMRP -USP; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- FMRP-USP

Introdução: O indivíduo disfágico pode apresentar prejuízos na habilidade de comer e beber que afetam sua qualidade de vida. Portanto é importante conhecer qual é o impacto da Qualidade de Vida em Disfagia na população com AVE. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE) após três meses do ictus. **Métodos:** Avaliamos 23 pacientes com AVE no Ambulatório de Doenças Neurovasculares de um hospital público terciário após três meses do ictus. Utilizamos o protocolo de qualidade de vida Quality of Life in Swallowing Disorders (SWAL-QOL) que é constituído por 44 questões que avaliam 11 domínios: deglutição como um fardo, desejo de se alimentar, tempo de alimentação, frequência dos sintomas, seleção de alimentos, comunicação, medo de se alimentar, saúde mental, função social, sono e fadiga. Os pacientes foram orientados a responder as questões e quando era necessário, a pesquisadora oferecia ajuda. **Resultados:** Dos 23 pacientes avaliados no estudo, 43,4% eram do gênero feminino e 56,6% do gênero masculino. A média de idade dos pacientes foi de 65,8 anos. Os pacientes apresentaram pior pontuação (média) no domínio desejo de se alimentar (55,67), seguido por comunicação (59,09), tempo de alimentação (64,77), sono (70,45), medo de se alimentar (75), saúde mental (76,13), função social (77,27), deglutição como um fardo (88,06), frequência dos sintomas (89,27), fadiga (94,04). O domínio seleção de alimentos foi o único que apresentou pontuação máxima de 100. **Conclusão:** Os domínios mais afetados foram desejo de se alimentar e comunicação. Portanto, é de extrema importância que a equipe esteja atenta as dificuldades de deglutição e na comunicação em pacientes com AVE também após a alta hospitalar, visto que essas dificuldades podem permanecer e afetar a qualidade de vida.

QUEIMADURA POR INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS CÁUSTICAS E A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

Silva DN; Amaral ILL

Universidade Federal De Goiás; Universidade Federal De Goiás

Introdução: Queimadura pode ser definida como uma lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de um trauma de origem térmica, elétrica, química ou radioativa. As queimaduras causadas por agentes químicos podem ser provocadas por ácidos ou por álcalis sendo este último a substância mais ingerida e a soda cáustica (hidróxido de sódio) o seu principal agente. Em decorrência da gravidade dos casos a ingestão de substâncias cáusticas é motivo de grande preocupação, fato que é agravado pelo seu fácil acesso, pois estão presentes em diversos produtos de uso doméstico, ocorrendo de forma geral, sua ingestão por acidente ou intenção suicida ocasionando lesões na cavidade oral, laringe, faringe e no esôfago. Podem ocorrer sintomas como náuseas, vômitos, odinofagia, sialorreia, dispneia, disfonia, febre, taquicardia, dor retroesternal e/ou epigástrica e disfagia. Especificamente, as queimaduras derivadas de agentes químicos tem sua gravidade proporcional a fatores como concentração, duração, extensão da penetração e a área do organismo afetada pelo álcali. A literatura descreve que a ingestão de cáustica ocasiona imediatamente esofagite cáustica aguda que evolui posteriormente para estenose em até 50% dos casos podendo cursar com disfagia severa nas primeiras 48h após a lesão. O tratamento da estenose cáustica primeiramente baseia-se na dilatação do esôfago, quando não é possível ou nos casos de insucesso, os pacientes são tratados cirurgicamente, dentre os procedimentos mais empregados destaca-se a esofagogastroplastia e a esofagocoloplastia. **Objetivo:** Identificar as alterações estomatognáticas e evidenciar a atuação fonoaudiológica nos indivíduos com queimadura causada por ingestão de substância cáustica. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a fonoaudiologia nos casos de queimaduras por ingestão de agentes cáusticos. Foram utilizados os descritores: Estenose cáustica e fonoaudiologia, ingestão de soda cáustica, estenose cáustica, queimaduras químicas e queimaduras de esôfago. Os textos encontrados compreenderam o período de 2000 a 2013, com textos em português, espanhol e inglês, junto à base de dados Bireme. **Resultados:** A pesquisa sobre a ingestão de agentes cáusticos e a fonoaudiologia demonstrou o grande impacto ocasionado tanto na saúde quanto nas relações sociais do indivíduo. Segundo estatísticas brasileiras as queimaduras químicas, correspondem de 1% a 4 dos casos, com cerca de 36% de letalidade, nos casos acidentais afeta mais as crianças, já no contexto suicida ocorre mais entre as mulheres com média de idade variável. A ingestão de ácidos ocasiona lesões e alterações relacionadas às funções estomatognáticas, como a sucção, mastigação e deglutição, resultando também em alterações na ejeção posterior do bolo alimentar, diminuição da pressão intra-oral, alterações no fechamento velofaríngeo, diminuição do peristaltismo e alterações vocais. **Conclusão:** O fonoaudiólogo deve atuar precocemente junto a pacientes queimados com objetivo de prevenção e reabilitação do equilíbrio das funções e sequelas funcionais do sistema estomatognático e aparelho fonador. A fonoterapia deve ser iniciada com o paciente ainda em leito e após a alta hospitalar deve dar continuidade ao tratamento em sessões ambulatoriais semanais objetivando qualidade alimentar e comunicativa do indivíduo.

REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM PACIENTES GLOSSARINGECTOMIZADOS TOTAIS: RELATO DE 04 CASOS

Cordeiro JT, Milanello PM, Andrade MS, Slobodtsov LDAS, Barcelos CB, Lopes SACS, Carrara-De Angelis EC
A. C. Camargo Cancer Center; A. C. Camargo Cancer Center; A. C. Camargo Cancer Center; A. C. Camargo Cancer Center; A. C. Camargo Cancer Center; A. C. Camargo Cancer Center; A. C. Camargo Cancer Center

Introdução: As cirurgias para retirada de tumores avançados de cabeça e pescoço podem ocasionar um grande impacto na funcionalidade do paciente. Cirurgias extensas como a glossectomia total (GT) combinada com a laringectomia total (LT) são indicadas para tumores T3 (avançados) e T4 de língua. Quanto maiores as ressecções e mais estruturas estiverem envolvidas, mais significativas serão as

dificuldades de deglutição e comunicação, assim como mais desafiador será o processo de reabilitação. **Objetivo:** Descrever a evolução e o tempo para reabilitação da deglutição e da comunicação alaríngea de quatro pacientes submetidos a glossaringectomia total (GLT). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de casos, retrospectivo, de quatro pacientes (03 do sexo masculino, com idade de 45, 49 e 60 anos e 01 do sexo feminino com idade de 62 anos), encaminhados ao setor de Fonoaudiologia do AC Camargo Cancer Center no período de 02 anos, após a realização de GTL. Foram utilizados os registros em prontuário da avaliação clínica fonoaudiológica, fonoterapia para reabilitação da deglutição e comunicação alaríngea e exame objetivo da deglutição (videofluoroscopia). **Resultados:** 02 pacientes evoluíram com retirada da via alternativa de alimentação, com dieta por via oral (VO) exclusiva de líquido a semissólido e encontravam-se com comunicação alaríngea através da utilização do vibrador laríngeo, com fala inteligível. Os outros 02 pacientes evoluíram com complicações pós-operatórias, um por presença de fístula e outro com estenose esofágica. Essas intercorrências limitaram o processo de reabilitação da deglutição e aquisição da comunicação alaríngea. **Conclusão:** A reabilitação em pacientes submetidos a glossaringectomia total varia de comunicação inteligível à ausência de comunicação alaríngea. O desempenho em relação a deglutição também é variável indo de alimentação por via oral exclusiva à via alternativa exclusiva.

REHABILITACIÓN FONODEGLUTORIA EN UN PACIENTE CON GLOSECTOMÍA TOTAL

Sanchez VM, Brotzman G, Adan R, Delrieu E, Romeo A, Infantino R, Giglio R, Carrera, JM, Pereira D

Instituto de Oncología Angel H. Roffo; Instituto de Oncología Angel H. Roffo; Instituto de Oncología Angel H. Roffo; Instituto de Oncología Angel H. Roffo; Instituto de Oncología Angel H. Roffo; Instituto de Oncología Angel H. Roffo; Instituto de Oncología Angel H. Roffo; Instituto de Oncología Angel H. Roffo

Antecedentes: La cirugía del 56erapê de 56erapêut oral provoca com gran impacto funcional y emocional. Según el tipo de resección quirúrgica y reconstrucción, será el grado de dificultad que presenten estos pacientes con la deglución y la comunicación. **Objetivos:** Exponer los momentos de la intervención fonoaudiológica dentro del equipo interdisciplinario de salud, luego de com glosectomía total com com paciente oncológico. Especificar los avances com el protocolo de decanulación traqueal. Describir la 56erapêutica de evaluación clínica y objetiva de la función deglutoria. Detallar los 56erapêut 56erapêuticas 56erapêutica para la restitución de la alimentación por vía oral. Medir la calidad de vida respecto a la alimentación com público, la calidad del habla y la 56erapêutica de la dieta. **Diseño:** Descriptivo. **Material y métodos:** Paciente masculino, de 56 años com diagnóstico de carcinoma escamoso bien diferenciado, infiltrante de lengua EIV(T4a N2 M0). Cirugía efectuada: glosectomía total com suspensión laríngea, vaciamiento radical izquierdo y suprahomohioideo derecho com reconstrucción de la neolengua mediante colgajo músculo 56erapêu de pectoral mayor y 56erapêuticas56. Al postoperatorio 56erapêut cuenta com cánula de pvc fenestrada com balón y sonda nasogástrica k108. Entrevista pre quirúrgica com servicio de 56erapêuticas5656 y 56erapêuticas5656. Entrevistas individuales. Evaluación deglutoria. Administración de Escala del Nivel de Performance de List. **Resultados:** Paciente com amplia 56erapêuticas56 durante la entrevista pre quirúrgica. Com el postoperatorio 56erapêut presenta com cuadro de excitación psicomotriz por lo que se posterga la intervención fonoaudiológica hasta la remisión del mismo. , Las intervenciones psicooncológicas, de 56erapêutic psicoeducativas, así como psicofarmacológicas, les permitió tanto al paciente como a su entorno com adecuada adaptación a la nueva situación. Luego de 30 días de la cirugía retoma 56erapêutic mostrando com actitud 56erapêu. Se procede a evaluar la 56erapêutic al mantenimiento del balón desinsuflado, Blue test salival negativo, buen manejo de secreciones orales y traqueales. Se indica continuar com balón desinsuflado y comienza com prácticas de habla, disglosia moderada. A los 35 días se efectúa blue test negativo para líquidos y 56erapêuticas com postura, comienza com alimentación vía oral paralela a la enteral. Se realiza neumatoponamiento de la cánula, saturación al 98%SpO2. Se otorgan ejercicios para la musculatura orofacial y terapia miofuncional. A los 40 días se efectúa 56erap radioscopia de la deglución, Disfagia grado III de Karnell, dificultad com la propulsión del bolo y estasis

del bolo, que logra compensar com 57erapêut 57erapêuticas: chin-up y 57erapêu supraglótica. Se decide extracción de sonda nasogástrica. Se administra Escala de List:- Alimentación com público, se alimenta solo com casa frente a determinadas personas 25/100;-Comprensión al hablar: usualmente comprensible com la necesidad del contacto cara a cara 50/100;- Normalidad de la dieta: alimentos blandos que no requieren masticación 40/100. **Conclusiones:** Consideramos vital la intervención interdisciplinaria y fonoaudiológica pre y post quirúrgica com pacientes com glosectomía total. Las intervenciones 57erapêuticas realizadas favorecen la rápida recuperación y elevan la calidad de vida.

RELATO DE CASO: USO DE VÁLVULA DE FALA EM PACIENTE COM POLINEUROPATIA DO PACIENTE CRÍTICO

Baltar CR

Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio

Introdução: A polineuropatia axonal difusa, hoje mais conhecida como polineuropatia do paciente crítico, tem sido relatada por autores há décadas, porém, apenas nos últimos 30 anos, ocupa maior importância como causa de dependência prolongada de ventilação mecânica (VM), em pacientes gravemente enfermos internados em Unidades de Terapia Intensiva. Embora essa população apresente alto risco para disfagia orofaríngea, muitos têm condições de iniciar e evoluir seguramente a dieta por via oral ainda em VM, dependendo da condição clínica do paciente e do resultado obtido com terapia indireta (uso de dispositivo, estimulação tátil, térmica e outras). O uso de dispositivo como a válvula de fala (VF) proporciona aos pacientes traqueostomizados o direcionamento do ar para a laringe, boca e cavidade nasal, possibilitando a fala, além de redução de secreções, aumento da oxigenação do sangue arterial e aumento da olfação. **Objetivo:** relatar o caso de um paciente com diagnóstico de polineuropatia do paciente crítico com indicação de uso de válvula de fala. **Método:** Relato de caso de um paciente de 68 anos, gênero masculino, com história de perda gradativa de força muscular, internado na UTI adulto de um hospital público municipal na zona leste de São Paulo há dez meses. Haverá coleta de dados do prontuário; discussão com equipe multiprofissional; observação dos parâmetros ventilatórios e clínicos para provável viabilização do uso de dispositivo para auxiliar a reabilitação das funções de deglutição e fonação. Para concluir será realizada uma avaliação clínica fonoaudiológica, pela pesquisadora, para avaliar anatomia e mobilidade orofaríngea e deglutição, e indicação da válvula de fala. O número de aprovação do Comitê de ética e pesquisa CAAE: 54285316.3.0000.0073. **Resultado:** Paciente apresentou, com o uso da válvula de fala, qualidade vocal rouco-soprosa e áspera; realizado *Blue Dye Test* modificado com alimentos corados nas consistências: líquido ralo, pastoso e sólido macio. Apresentou captação, controle oral e ejeção eficazes, com elevação laríngea satisfatória, e resultado negativo para penetração/aspiração laríngea à aspiração endotraqueal em todas as consistências. O período de uso da válvula de fala aumentou gradativamente de 15 minutos para 1 hora, depois 2 horas até período e dia todo. **Conclusão:** Os benefícios observados após início do uso da VF foram: retorno da alimentação por via oral; melhora da comunicação oral, com emissão estável e produção de frases longas; diminuição da gravidade e frequência das atelectasias em pulmão esquerdo e evolução da fisioterapia respiratória, conseguindo diminuir parâmetros ventilatórios.

SINAIS E SINTOMAS DE DISFAGIA APÓS TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO:RELATO DE CASO

Costa DR, Rubira CMF, Santos PSS, Berretin-Felix G

Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP; Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP

Introdução: Prejuízos nas diferentes fases da deglutição podem estar presentes em indivíduos que realizaram tratamento de câncer de cabeça e pescoço. O uso de questionários pode ser importante para encontrar os indicadores de risco para disfagia, porém as alterações sensoriais decorrentes do

tratamento do câncer podem prejudicar a percepção do paciente sobre seu problema funcional. **Objetivo:** Apresentar os achados do questionário EAT-10 (versão Português) e da avaliação clínica e instrumental da deglutição em um caso de câncer de cabeça e pescoço. **Materiais e Métodos:** paciente de 52 anos, homem, com diagnóstico de neoplasia de base de língua, após o tratamento quimioterápico/radioterápico, em acompanhamento na Clínica Multidisciplinar da Faculdade de Odontologia de Bauru. Para a avaliação da dificuldade na deglutição foi utilizado o questionário de autoavaliação da alimentação (Protocolo Eating Assessment Tool - EAT-10), que identifica o risco de disfagia. Tal instrumento possui dez questões de formulação simples e fornece informações sobre funcionalidade, impacto emocional e sintomas físicos que um problema de deglutição pode acarretar na vida de um indivíduo. Foi realizada avaliação clínica e instrumental da deglutição, considerando alimentos nas consistências pudim, líquido e sólido (bolacha waffer). Para avaliação clínica os alimentos foram ofertados em livre demanda, enquanto no exame instrumental (nasoendoscopia) foi ofertado um pedaço de bolacha de 2 cm e o volume de 5 ml para líquido e pudim. **Resultados:** A pontuação do protocolo EAT-10 foi 0 (zero). Na avaliação clínica foi verificada elevação laringea reduzida, alteração vocal após a deglutição para líquido e permanência prolongada do alimento na boca e resíduo em língua e dentes para o alimento sólido. Na nasoendoscopia da deglutição foi observado escape posterior prematuro e atraso do início da fase faríngea para líquido, resíduo em valécua para pudim e sólido, além de resíduo em faringe para sólido. **Conclusão:** O protocolo EAT-10 não identificou riscos de disfagia em um caso de câncer de cabeça e pescoço, cuja avaliação instrumental demonstrou sinais de disfagia orofaríngea, demonstrando a importância da avaliação da deglutição nessa população, mesmo em casos sem queixas relacionadas.

SÍNDROME DE BRUGADA E DISFAGIA OROFARÍNGEA: RELATO DE CASO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Santos SVP, Domenis DR, Schneiberg S

Universidade Federal de Sergipe-UFS; Universidade Federal de Sergipe-UFS; Universidade Federal de Sergipe-UFS

Introdução: A Síndrome de Brugada é uma arritmia cardíaca genética, responsável por 20 a 50% dos casos de morte súbita em indivíduos com coração estruturalmente normal, e ocorre geralmente em homens. Praticamente assintomática, é uma afecção pouco discutida na literatura fonoaudiológica. **Objetivo:** Descrever os achados da avaliação fonoaudiológica em um paciente com Síndrome de Brugada internado numa unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital público, no estado de Sergipe. **Método:** Paciente jovem (30), sexo masculino, sem relato de mal prévio, apresentou subitamente hemoptoicos seguidos de parada cardiorrespiratória em sua residência, onde foram iniciadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Foi admitido na UTI, onde foi submetido novamente a RCP por 20 minutos. Permaneceu em ventilação mecânica invasiva prolongada via tubo orotraqueal (média de dez dias), com posterior realização de traqueostomia. Evoluiu com nova PCR revertida, conseqüente encefalopatia hipóxica e pneumonia aspirativa. Após 18 dias encontrava-se sem sedação, hipersecretivo, uso de SNE, vigil e em desmame ventilatório, quando foi solicitada avaliação fonoaudiológica. A avaliação foi realizada seguindo o protocolo institucional para pacientes traqueostomizados. Considerou-se relevante os itens: nível de consciência, estabilidade clínica, postura, presença de reflexos patológicos, quadro neuromotor e respiratório, utilização de dispositivos, avaliação da deglutição e Blue Dye Test. **Resultado:** Na avaliação, paciente apresentava movimento ocular, porém não atendia a comandos verbais, demonstrando prejuízo linguístico-cognitivo. Apresentou alteração postural importante com espasticidade, postura viciosa de pescoço para à esquerda, sem controle cervical, reflexo tônico cervical assimétrico-RTCA presente, padrões orais patológicos de travamento, bruxismo com ocasionais sangramentos de língua e uso de cânula de guedel, sialorréia, soluços frequentes, hipersecretivo, tosse forte com expectoração abundante salivar pelo traqueostomo, estase de secreção na via aérea superior, dificuldade para eliciar a deglutição, mobilidade reduzida de lábios e língua, laringe rígida, hipersensibilidade ao toque intra-oral. Durante a avaliação o balonete (cuff) permaneceu insuflado. Como paciente apresentava sinais claros de broncoaspiração de saliva, não foi realizado o Blue Dye Test.

Como conduta foi discutido com a equipe interdisciplinar o resultado da avaliação fonoaudiológica com a presença de uma disfagia orofaríngea grave, e possibilidades quanto ao prognóstico de melhora cognitiva, evolução do desmame ventilatório e atuação fonoaudiológica inicialmente de forma indireta, sem uso de bolo alimentar. **Conclusão:** Pacientes com Síndrome de Brugada podem evoluir com prejuízos neurológicos e pulmonares graves, tendo a disfagia orofaríngea como uma das possíveis consequências desse quadro. O fonoaudiólogo deve estar presente na equipe interdisciplinar da UTI, tanto para detecção precoce das disfagias orofaríngeas nesse tipo de paciente como intervenção quando possível.

TEMPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E PRESENÇA DE DISFAGIA NA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE SUJEITOS ADULTOS

Chiossi JSC, Nunes BG, Terra MR

Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Introdução: A disfagia orofaríngea é apontada como fator de mau prognóstico no paciente hospitalizado, por se refletir em um maior tempo de internação hospitalar e no aumento da taxa de morbi-mortalidade. De forma bidirecional, a disfagia pode estar relacionada também à gravidade do quadro geral do paciente e ao desenvolvimento de patologias decorrentes do longo período de internação. **Objetivo:** Analisar o impacto do tempo de internação hospitalar no diagnóstico e grau da disfagia orofaríngea de pacientes adultos e idosos hospitalizados. **Métodos:** Tratou-se de um estudo retrospectivo, transversal a partir da análise de 163 prontuários de pacientes, com idade acima de 18 anos, internados em um hospital terciário entre julho e dezembro de 2015. Todos os sujeitos haviam passado por avaliação clínica fonoaudiológica da deglutição por meio de protocolo estruturado, padronizado na instituição. O dia de internação hospitalar da avaliação inicial de cada indivíduo foi comparado à presença e grau de disfagia, e à possibilidade de oferta de alimentos via oral segundo a conclusão da avaliação fonoaudiológica. Para análise de correlação utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e a independência das variáveis no pós-teste foi analisada pelo Teste Exato de Fisher. Esta pesquisa foi avaliada pelo comitê de ética sob o CAE: 53672316.8.0000.5154. **Resultado:** Os pacientes avaliados tinham em média 65,5 (DP=18,4) anos de idade, com tempo de internação entre um e 29 dias (média=8,75; DP=7,5 dias). Destes, 116 (71,1%) receberam diagnóstico de disfagia, sendo: 39 (23,9%) com disfagia leve, 22 (12,5%) moderada e 55 (33,7%) severa. Após a avaliação inicial, 100 (61,3%) sujeitos tiveram possibilidade de oferta de dieta via oral em ao menos uma consistência. Não foi observada correlação entre o tempo de internação hospitalar e a presença de disfagia orofaríngea na avaliação clínica (p-valor=0,6), porém um período de internação superior a dez dias esteve relacionado a graus mais severos de disfagia (p-valor=0,033) e à opção por introdução ou manutenção de uma via alternativa de alimentação e impossibilidade de oferta de alimentos via oral (p-valor=0,044). **Conclusão:** O tempo de hospitalização quando superior a dez dias teve correlação com o grau de disfagia orofaríngea na avaliação clínica de pacientes adultos e idosos.