

# ThickenUP<sup>®</sup>

## clear

CONFIANÇA  
DIA APÓS DIA.

Disfagia

## Disfagia no ambiente domiciliar

O aumento do número de idosos é uma realidade global, de acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), é esperado que em 2050, existirão 2 bilhões de idosos com mais de 60 anos<sup>1</sup>. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que em 2060 haverá cerca de 73.5 milhões de idosos<sup>2</sup>.

Com o aumento da expectativa de vida, há também o aumento de doenças crônicas que levam essa população a maior disfunção orgânica e maior dependência. Nesse contexto, pode surgir a necessidade da assistência de cuidado no âmbito domiciliar, que tem como maior objetivo prevenir agravos de saúde, garantir humanização no cuidado, racionalizar recursos e otimizar a disponibilidade de leitos hospitalares<sup>3</sup>. Dentre os agravos que podem ser prevenidos na assistência domiciliar, estão as quedas, as úlceras por pressão e as pneumonias comunitárias (PAC)<sup>4</sup>.

A incidência das PACs na população idosa é alta e a prevalência de pneumonias aspirativas que levam



**Aline Gomes Lustosa Pinto**  
**Fonoaudióloga - CRF: 18382**

- Especialização em motricidade orofacial com foco em oncologia pelo AC Camargo Câncer Center
- Especialista em disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia
- MBA em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas
- Coordenadora do serviço de fonoaudiologia adulto e pediátrico do Hospital Vera Cruz
- Fundadora da empresa Fonovitta Fonoaudiologia Hospitalar e Domiciliar
- Mestranda em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas

à PAC varia de 5% a 24%<sup>5</sup>. Diretamente relacionada à pneumonia aspirativa, está a disfagia, definida como um distúrbio da deglutição, em que há entrada de conteúdo alimentar ou saliva na região de vias aéreas, abaixo das pregas vocais<sup>6</sup>. A disfagia é um importante fator de risco para o desenvolvimento de pneumonias aspirativas em idosos frágeis e sua prevalência na assistência domiciliar pode variar de 21% a 52% nesta população<sup>7</sup>.

Dentre os fatores de risco que podem levar à disfagia estão:

- idade avançada;
- fragilidade e sarcopenia;
- desnutrição;
- presença de doenças neurodegenerativas;

- doenças cardiovasculares;
- doenças cerebrovasculares;
- uso de medicamentos psicoativos;
- câncer de cabeça e pescoço;
- entre outros<sup>8</sup>.

Apesar da prevalência das pneumonias aspirativas na assistência domiciliar, a identificação da disfagia pode ser difícil, pois muitas vezes pacientes, cuidadores e familiares não sabem identificar sinais sugestivos de alterações na deglutição, como tosse, pigarro e engasgos durante as refeições, emagrecimento, desidratação, pneumonias de repetição, entre outros. Um ponto de atenção é que grande parte dos acompanhantes consideram alguns desses sinais, como a presença de tosse ou pigarro durante a alimentação comuns ao processo de envelhecimento. **Por esse motivo, é importante que a equipe multiprofissional que presta assistência a esses pacientes fique atenta e realize medidas de prevenção a fim de evitar maiores agravos à saúde, como a pneumonia.**

## 1. Fluxograma

Com um serviço de assistência domiciliar caracterizado em sua maioria por pacientes idosos, com baixa funcionalidade e portadores de doenças crônicas, com alto risco de broncoaspiração, a equipe de fonoaudiologia em conjunto com toda a equipe multiprofissional da Assistência domiciliar do Hospital Vera Cruz (formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas), desenvolveram um fluxograma com foco em medidas de prevenção da pneumonia aspirativa no domicílio (Figura 1). O fluxograma propõe que os pacientes que estão na assistência domiciliar e que apresentem determinados fatores de risco para broncoaspiração, merecem maior atenção e medidas de prevenção de

broncoaspiração, por parte da equipe assistencial.

Dentre os fatores de risco considerados estão:

- doenças neurológicas;
- cerebrovasculares;
- cardiovasculares;
- baixa funcionalidade e fragilidade;
- desnutrição e sarcopenia;
- pneumonias de repetição;
- uso de dispositivos como sondas enterais e traqueostomia;
- câncer de cabeça e pescoço;
- uso de medicamentos psicoativos.

Ao iniciar o acompanhamento domiciliar, o paciente recebe os atendimentos da equipe multiprofissional que compõe a assistência a partir do encaminhamento médico que pode ser realizado de três formas:

- **Via hospitalar:** Paciente está internado e durante o processo de desospitalização, a equipe multiprofissional define o plano terapêutico do paciente e o médico solicita as equipes da assistência domiciliar que o paciente vai precisar.

- **Via ambulatorial:** Paciente faz acompanhamento via ambulatório com seu médico de referência e por piora do quadro clínico e maior dependência, ele é encaminhado para o acompanhamento da equipe da assistência domiciliar, conforme necessidade.

- **Via domiciliar:** O paciente já é acompanhado pelo médico da assistência domiciliar e conforme demanda ele é encaminhado para iniciar o acompanhamento com os demais integrantes da equipe.

### **a) Avaliação da assistência domiciliar**

Ao ser encaminhado, o paciente é avaliado

pela equipe de enfermagem e pelos demais profissionais da equipe multidisciplinar solicitados pelo encaminhamento médico. É importante reforçar que nem sempre o paciente domiciliar será acompanhado por todos os integrantes da equipe multiprofissional, o acompanhamento ocorre conforme as necessidades de cada paciente. Normalmente a primeira avaliação é realizada pela equipe de enfermagem que está ciente do risco de pneumonia aspirativa e sempre irá aplicar a triagem da deglutição para avaliar a presença ou não do risco de broncoaspiração para dar início às medidas de prevenção. Caso a equipe de enfermagem identifique o risco, a equipe sugere ao médico de referência que solicite avaliação fonoaudiológica.

### **b) Triagem da deglutição**

Na primeira avaliação é orientado que seja perguntado ao paciente ou seus acompanhantes as seguintes questões:

- **Tem queixa de tosse ou engasgo durante as refeições?**
- **Tem queixa de tosse ou engasgo com a saliva?**
- **Apresenta escape de saliva ou alimento pela cavidade oral?**
- **Demora para se alimentar?**
- **Após se alimentar, tem acúmulo de resíduo na cavidade oral?**
- **Apresentou aumento de secreção ou alguma infecção pulmonar nos últimos 6 meses?**

Na presença de pelo menos uma resposta afirmativa, as medidas de prevenção emergenciais devem ser tomadas até a avaliação fonoaudiológica. O médico de referência do paciente deve ser informado e deve solicitar a avaliação fonoaudiológica. Caso o paciente não tenha risco no momento da avaliação, recomenda-se que esse paciente permaneça em gerenciamento e que eventualmente essa triagem

seja realizada novamente uma vez que trata-se de pacientes com doenças crônicas que podem evoluir com piora clínica.

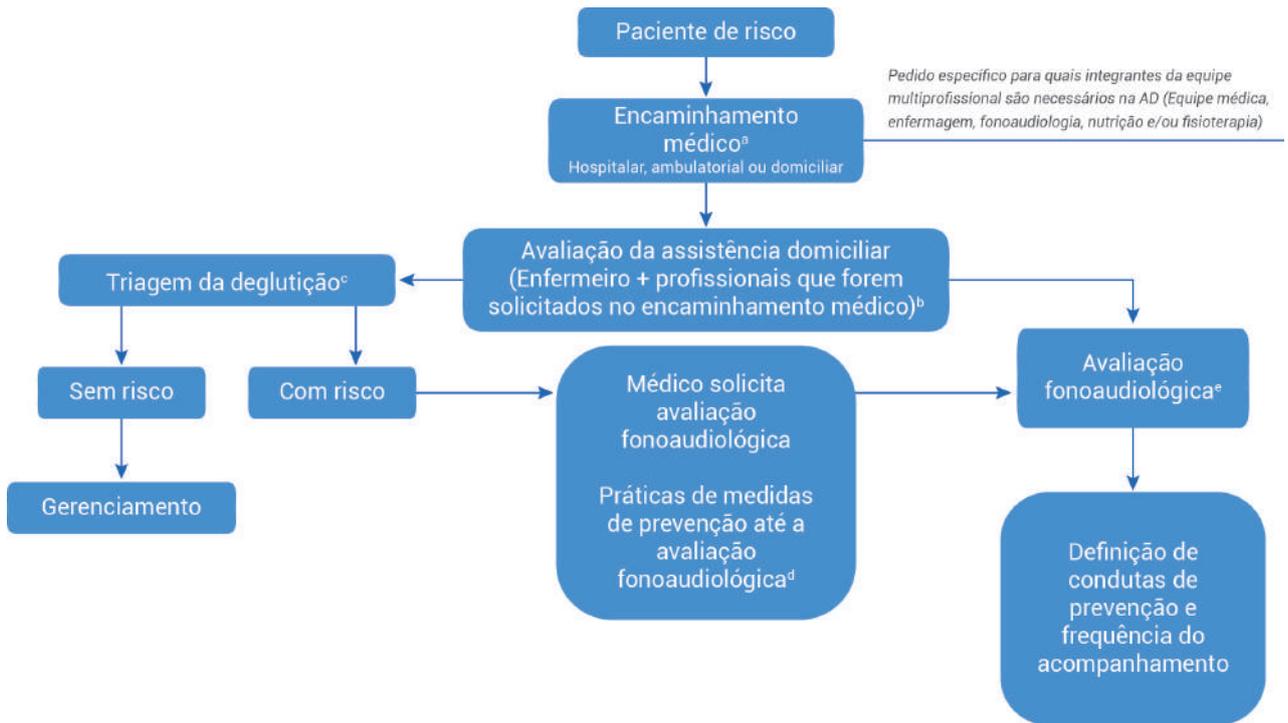
### **c) Medidas de prevenção até a avaliação fonoaudiológica**

Até que a avaliação fonoaudiológica seja realizada, recomenda-se que o profissional que identificou o risco oriente o paciente e seus acompanhantes. Em casos de dieta via oral liberada, dar preferência por alimentos na consistência pastosa, sem resíduos e ingerir líquidos com espessante, sendo utilizada no serviço como padrão, a consistência mel<sup>9</sup> ou a consistência moderadamente espessada<sup>10</sup>. Para os casos de via alternativa de alimentação, o profissional deve reforçar o uso exclusivo da dieta enteral e aguardar a avaliação fonoaudiológica para verificar a indicação de oferta de dieta via oral.

### **d) Avaliação fonoaudiológica**

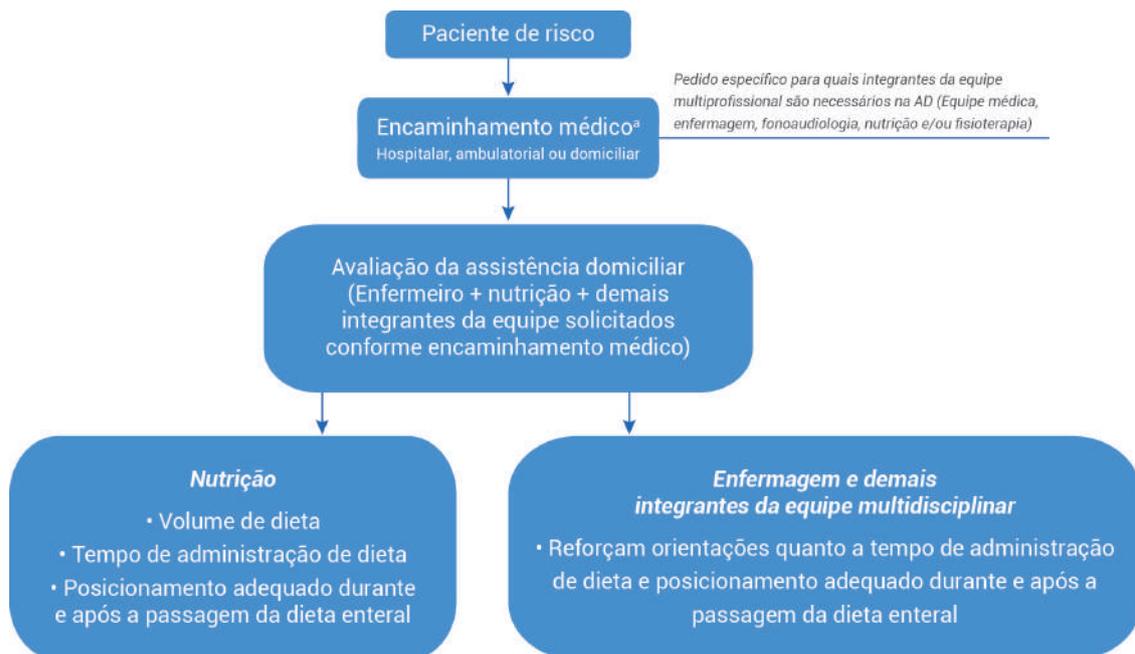
Após o encaminhamento, a equipe de fonoaudiologia tem 48 horas para realizar a avaliação fonoaudiológica e, após a avaliação são definidas condutas mais específicas para a prevenção da pneumonia aspirativa, dentre elas:

- **Adaptação de dieta e restrição de consistências de maior risco;**
- Orientações específicas ao paciente e acompanhantes;
- Suspensão de dieta via oral e orientação de uso de via alternativa de alimentação, quando necessário e conforme discutido em conjunto com demais integrantes da equipe multiprofissional;
- Estratégias de reabilitação para maximizar ou prevenir (na medida do possível) agravos relacionados à deglutição.



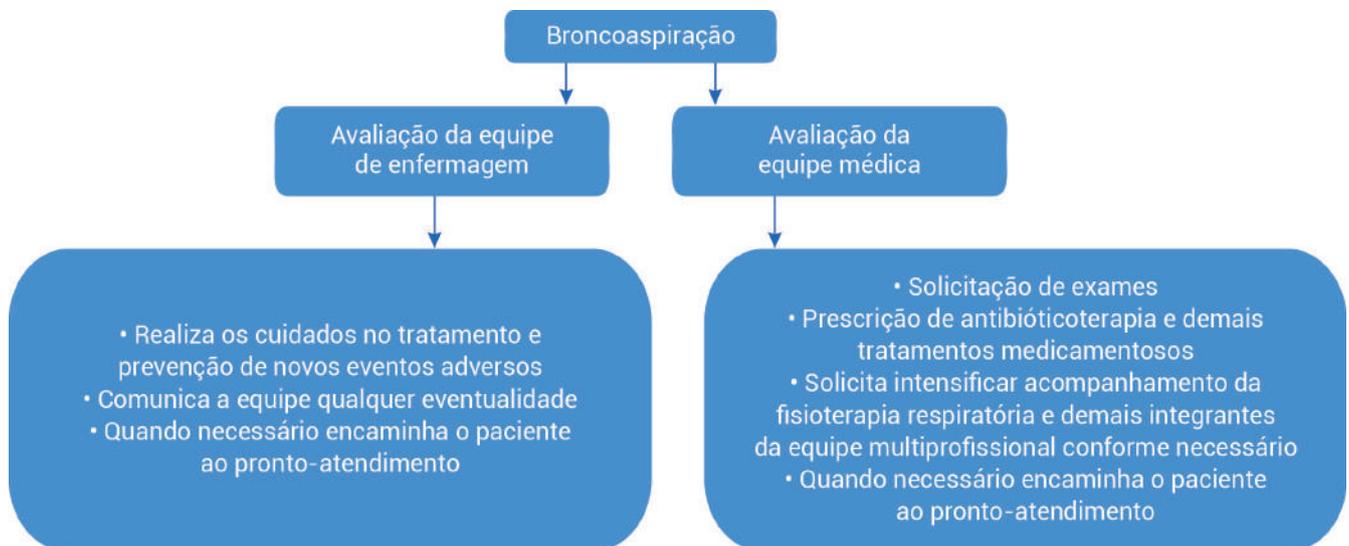
**Figura 1.** Organograma de prevenção de broncoaspiração e avaliação fonoaudiológica

Para os casos de pacientes com dieta enteral, medidas de prevenção de broncoaspiração também devem ser tomadas como posicionamento do paciente durante e após a administração da dieta enteral, controle do volume e tempo de passagem de dieta, conforme a figura 2.



**Figura 2.** Organograma de prevenção da broncoaspiração na dieta enteral

Para os casos em que as medidas de prevenção foram tomadas mas houve broncoaspiração, medidas de mitigação são tomadas conforme figura 3.



**Figura 3.** Organograma de mitigação da broncoaspiração

O sucesso das medidas de prevenção depende da ciência de todos os riscos envolvidos na broncoaspiração, práticas constantes das medidas de prevenção e comunicação eficaz entre os integrantes da equipe multidisciplinar. As falhas de comunicação no ambiente domiciliar são potencializadas e para garantir que elas não ocorram, algumas medidas são descritas na figura 4.



**Figura 4.** Diagrama de comunicação eficaz da equipe multidisciplinar na assistência domiciliar

De acordo com a figura 4 os integrantes da equipe multiprofissional conversam entre si em reuniões presenciais a fim de definir condutas e plano terapêutico e em casos mais emergenciais, é estimulado o contato constante e contínuo entre eles para garantir a melhor assistência ao paciente.

## CONCLUSÃO:

**As ações apresentadas são uma proposta de prevenção do risco de pneumonia aspirativa e foram desenhados conforme o perfil e necessidades do serviço.** Eles objetivam nortear a equipe multiprofissional quanto às práticas de prevenção das pneumonias aspirativas na assistência domiciliar e motivar a comunicação entre os integrantes da equipe, que em muitos serviços ainda têm a dificuldade de se reunirem e discutirem o plano terapêutico e as condutas ideais para cada paciente. Essa dificuldade favorece a ocorrência de eventos adversos e sobrecarrega o serviço domiciliar uma vez que a falta de comunicação não permite a prática de condutas integradas. Vale ressaltar, que não se trata da implementação

de um protocolo de prevenção e gerenciamento da broncoaspiração como é feito na assistência hospitalar. No âmbito domiciliar, essa implementação é delicada, porque no domicílio existem diversas variáveis de difícil controle, como cuidadores e acompanhantes, com diferentes conhecimentos e experiências com relação ao cuidado, estruturas físicas e dinâmicas familiares diversas. **No entanto, a busca ativa por fatores de risco e a tomada de condutas de prevenção são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida do paciente, controle de morbidades, na medida do possível e prevenção de reinternação. Esses pontos mostram a eficácia da atuação da equipe.**

## Referências Bibliográficas:

1. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acessado em 16/07/2019.
2. IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060.
3. Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Manual de Atenção Domiciliar. 2016; 1: 16-19.
4. Chong CP, Street PR. Pneumonia in the elderly: a review of severity assessment, prognosis, mortality, prevention, and treatment. *South Med J*. 2008; 101, 1134–1140.
5. Reza SM, Huang JQ, Marrie TJ. Differences in the features of aspiration pneumonia according to site of acquisition: community or continuing care facility. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54.
6. Logemann AJ. Swallowing Physiology and Pathophysiology. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 1988; 21(4):613-23.
7. Van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Bronkhorst EM, Schols JM, Baat C. (2011). Risk factors for aspiration pneumonia in frail older people: A systematic literature review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2010; 12, 344-354.
8. Van der Maarel-Wierink, CD, Meijers, JM, De Visschere, LM, de Baat, C, Halfens, RJ e Schols, JM. (2014). Subjective dysphagia in older care home residents: A cross-sectional, multi-centre point prevalence measurement. *International Journal of Nursing Studies*. 2013; 51, 875-881.
9. Heiss CJ, Goldberg L, Dzarnoski M. Registered dietitians and speech-language pathologists: An important partnership in dysphagia management. *Journal of the American Dietetic Association*. 2010; 110(9), 1290- 1293.
10. Cichero JAY, Lam P, Steele CM, Hanson B, Chen J, Dantas RO et al. Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: the IDDSI framework. *Dysphagia*. 2017;32(2):293-314.
11. Rama CG. Tradução para o português "Diagrama IDDSI Método de teste, 2016". <https://iddsi.org/wp-content/uploads/2017/07/Portuguese-IDDSI-Testing-Methods.pdf>. Acessado em 17/07/2019."



Conheça a loja virtual da Nestlé  
[www.nutricaoatevoce.com.br](http://www.nutricaoatevoce.com.br)