

# INCIDÊNCIA DE DISFAGIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

## *Incidence of dysphagia in Intensive Therapy Service of adults*

Alba Maria Soares Moraes <sup>(1)</sup>, Weliana de Jesus Pereira Coelho <sup>(2)</sup>, George Castro <sup>(3)</sup>, Kátia Nemr <sup>(4)</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** verificar a incidência e o grau de disfagia orofaríngea em indivíduos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Semi-Intensiva, correlacionando os achados com a doença de base. **Métodos:** nesse estudo foram avaliados 25 pacientes da UTI e Semi-UTI do Hospital Centro Médico Maranhense. Os dados foram colhidos por meio de um protocolo de avaliação fonoaudiológica. **Resultados:** dos 25 pacientes avaliados 18 (74%) apresentaram disfagia orofaríngea, sendo que 11 (61%) tiveram como doença de base lesão neurológica, e 7 (39%) tiveram como doença de base acometimentos não neurológicos. Houve associação significativa entre a presença de disfagia e doença de base neurológica. Dos 18 pacientes disfágicos, 8 (45%) apresentaram disfagia de grau leve, 4 (22%) disfagia de grau moderado e 6 (33%) disfagia de grau grave. Deste total, dos pacientes com doença de base neurológica: 03 (27%) apresentaram grau leve, 03 (27%) apresentaram grau moderado e 05 (46%) pacientes apresentaram grau grave. Já os pacientes acometidos por doença de base não neurológica apresentaram: grau leve 05 pacientes (72%), grau moderado 01 paciente (14%) e grau grave 01 paciente (14%). **Conclusão:** os dados apontam alta incidência de quadros de disfagia orofaríngea em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva, com associação significativa entre a presença de disfagia e doença de base neurológica; o grau grave de disfagia orofaríngea foi predominante nas doenças de base neurológica, e o grau leve de disfagia orofaríngea foi predominante nas doenças de base não neurológica.

**DESCRIPTORIOS:** Transtornos de Deglutição; Unidades de Terapia Intensiva; Fonoaudiologia

### INTRODUÇÃO

A atuação da fonoaudiologia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constitui-se num trabalho tanto no sentido de manutenção de vida porque previne as complicações, quanto de qualidade de vida, uma vez que permite que o paciente volte a se alimentar pela boca mantendo um suporte nutricional adequado <sup>1</sup>.

Uma unidade de terapia intensiva objetiva dar suporte a vida uma vez que o paciente tem suas funções vitais monitorizadas pela equipe médica e de enfermagem diuturnamente <sup>1-2</sup>. Com o passar dos anos novas

especialidades foram se agregando a equipe que compõem a UTI, como a fisioterapia, a nutrição, a fonoaudiologia, a psicologia, e a assistência social, além do médico especialista em Terapia Intensiva <sup>2</sup>.

A UTI cuida de doentes multidisciplinares na sua origem porque são procedentes das várias clínicas do hospital. Desta forma, dentro da UTI congregam-se esforços de vários profissionais especializados para tratar aqueles que, sem esse suporte, não teriam como voltar à sua condição habitual <sup>2-3</sup>.

Existem três tipos de pacientes na UTI, o primeiro grupo é composto por doentes com gravidade suficiente a ponto de necessitar de técnicas e equipamentos especializados; o segundo grupo é composto por pacientes que aparentemente encontram-se bem, mas que potencialmente podem apresentar complicações; e o terceiro composto por pacientes terminais <sup>3</sup>.

Dentre os grupos de pacientes citados acima a atuação fonoaudiológica dá-se de acordo com o quadro clínico e respiratório apresentado pelo paciente, considerando-se que a disfagia encontra-se interligada a estes quadros, a mesma torna-se uma das complicações freqüentes observadas nos indivíduos internados na unidade de terapia intensiva.

A disfagia é uma alteração da deglutição que pode ocorrer em qualquer parte do trato digestivo, desde a boca até o estômago <sup>4</sup>, sendo a disfagia orofaríngea um

(1) Assistente Social e Fonoaudióloga responsável pelo Serviço de Fonoaudiologia Hospitalar no Hospital Centro Médico Maranhense; Pós-graduanda em Fonoaudiologia Hospitalar e em Neuropsicologia e Educação.

(2) Fonoaudióloga do Hospital Centro Médico Maranhense; Pós-graduada em Saúde da Família.

(3) Médico Chefe do Serviço de Terapia Intensiva do Hospital Centro Médico Maranhense. Especialista em Clínica Médica; Especialista em Medicina Intensiva. Especialista em Nutrição Enteral e Parenteral.

(4) Fonoaudióloga. Professora concursada da Universidade de São Paulo; Doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo.

distúrbio da deglutição com sinais e sintomas específicos que se caracteriza por alterações em qualquer etapa e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, podendo ser congênita ou adquirida após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico<sup>5-6</sup>.

Ao se considerar a função primeira do processo de alimentação, a nutrição e a hidratação do indivíduo, mantendo o seu estado nutricional e garantindo assim sua sobrevivência, a disfagia poderá acarretar prejuízos aos aspectos nutricionais, de hidratação, no estado pulmonar, prazer alimentar e social do indivíduo<sup>5-7</sup>.

A disfagia pode ser classificada em leve: a dificuldade concentra-se no transporte do bolo, ocorrência de pequena quantidade de estase em recessos faríngeais sem penetração laríngea, sem história de broncopneumonia de repetição ou sem perda nutricional; disfagia moderada: dificuldade no transporte oral do bolo, ocorrência de estase em recessos faríngeais com sinais sugestivos de penetração laríngea e pequena quantidade de material aspirado, além de esporádicas pneumonias déficit nutricional e alteração do prazer alimentar; e disfagia severa: grande quantidade de estase em recessos faríngeais, sinais sugestivos de penetração laríngea e grande quantidade de material aspirado, pneumonias de repetição, desnutrição e alteração do prazer alimentar com impacto social<sup>5</sup>.

Dentro de uma UTI é de competência do fonoaudiólogo enquanto membro da equipe avaliar a disfagia orofaríngea de forma criteriosa e cautelosa não colocando em risco o quadro clínico do paciente, auxiliando, portanto, na prevenção e redução de complicações pulmonares e/ou de nutrição e hidratação, diminuindo o tempo de ocupação do leito e custos hospitalares<sup>8-9</sup>.

A avaliação e a terapia fonoaudiológica fazem-se necessárias não somente para o diagnóstico da aspiração, avaliando as possibilidades de reintrodução de dieta por via oral, assim como o retorno do prazer em alimentar-se concomitantemente ou não ao uso da sonda de alimentação<sup>9-11</sup>.

Na avaliação funcional da deglutição têm-se como objetivo identificar os achados e correlacioná-los como os distúrbios da dinâmica da deglutição<sup>12</sup>. Sendo que o teste com alimento é realizado de forma muito cautelosa, com escolha criteriosa de consistência podendo ser interrompido imediatamente, procurando-se evitar aspiração<sup>9</sup>. Na avaliação funcional da deglutição sem dieta faz-se necessário a avaliação de todos os parâmetros de monitorização e a avaliação das funções do sistema estomatognático<sup>1</sup>.

Na avaliação funcional da deglutição com dieta é necessário verificar os parâmetros, nível de consciência do paciente, condições clínicas gerais além da obtenção da liberação médica para realização da mesma<sup>9-10,13</sup>.

É importante ao realizar-se a avaliação funcional da deglutição em um paciente no leito hospitalar seguir um protocolo para obtenção de informações fidedignas observadas durante a avaliação e assim clas-

sificar em disfagia leve, moderada e grave<sup>5,10</sup>.

Portanto, durante toda a avaliação da deglutição com o paciente faz-se necessário estar atento às dificuldades orofaríngeas que podem ser observadas ou expressadas por meio de desconforto durante a deglutição, tosse, engasgos, múltiplas deglutições para um pequeno bolo, resíduos orais de alimento, escape oral, sensação de algo parado na garganta, regurgitação oral e/ou nasal, dificuldade para emitir sons da fala pós-deglutição com alteração da qualidade vocal, sialorreia, alteração do ritmo respiratório, sudorese e fadiga após poucas deglutições<sup>9</sup>.

Diante dos aspectos pesquisados e abordados na literatura e a constatação de que se faz necessário ampliar as pesquisas na área da fonoaudiologia em hospital, especificamente o trabalho desenvolvido na UTI e Semi-UTI, justifica-se o presente trabalho.

O objetivo do presente trabalho foi verificar a incidência e o grau de disfagia em indivíduos internados em UTI e Semi, correlacionando os achados com a doença de base.

## ■ MÉTODOS

Participaram desta pesquisa 25 pacientes internados na UTI e Semi-UTI do Hospital Centro Médico Maranhense. O estudo incluiu pacientes de ambos os gêneros, independente de idade ou patologia de base, e excluiu pacientes dependentes de ventilação mecânica; pacientes sem parecer médico que autorizasse a avaliação; pacientes com rebaixamento do nível de consciência; apresentando quadro clínico e respiratório graves, e pacientes traqueostomizados sem possibilidades de esvaziamento do balonete (cuff).

Utilizou-se o protocolo de Avaliação Fonoaudiológica da Disfagia Orofaríngea em Leito Hospitalar<sup>5</sup>. Sendo que o mesmo foi adaptado de acordo com as necessidades apresentadas pelo estudo realizado.

Durante as avaliações os investigadores se pararam conforme as normas de biossegurança: lavar as mãos antes e após o cuidado com o paciente; uso de barreiras como luvas, máscaras, aventais e gorros<sup>14-15</sup>. Também foram utilizados como instrumentos no momento da avaliação estetoscópio, lanterna oral, gazes, espátula, alimento na consistência líquido-pastoso (sopa liquidificada, mingau, vitaminas de fruta), e pastoso (purê, alimentos cozidos); foram respeitadas as condições alimentares dos pacientes como pneumopatas, diabéticos, e outros. Além dos utensílios instrumentais (copo, colher, canudo), espessante e corante azul caso quando foi necessário<sup>12-14</sup>. Antes da avaliação, houve a apresentação inicial da terapeuta informando ao paciente e/ou sua família ou cuidador o objetivo da avaliação além de esclarecer a respeito da disfagia. No momento da avaliação, todos os pacientes encontraram-se sentados no leito ou fora dele da forma mais simétrica possível.

Primeiramente foi realizada a investigação clínica sobre a dieta, condição respiratória, comprometimento motor e cognitivo além da avaliação funcional da deglutição sem dieta (indireta) para averiguação das funções do sistema estomatognático, sendo que após o término da avaliação verificava-se a prontidão do paciente para a realização da avaliação com dieta (direta).

Na avaliação da deglutição com dieta (direta) o tipo e a consistência do alimento oferecido ao paciente obedeceu os achados verificados na avaliação, sendo que a mesma somente foi interrompida em

casos de fadiga excessiva e aspiração alimentar (queda de saturação do oxigênio, tosse, e qualidade de voz molhada).

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica com o número 007/05.

Os dados foram analisados através do SPSS 10.0. Para verificar a existência de associação entre as variáveis em estudo, utilizou-se o Teste Exato de Fisher e/ou o Teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

### Modelo da Avaliação utilizada na pesquisa

Avaliação Fonoaudiológica da Disfagia Orofaríngea em Leito Hospitalar

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

História Neurológica: \_\_\_\_\_

História Clínica: \_\_\_\_\_

1.0 Investigação Clínica:

1.1 Dieta:

Via alternativa ( ) qual \_\_\_\_ Via oral ( ) Dieta parcial ( ) Dieta atual prescrita \_\_\_\_\_

1.2 Condição Respiratória:

Ventilação mecânica ( ) tempo \_\_\_\_\_

Intubação ( ) tempo \_\_\_\_\_

Extubação ( ) tempo \_\_\_\_\_

Traqueotomia ( )

Cânula de silicone ( )

Cânula com balonete (cuff) ( )

Cânula de balonete ( )

Cânula de metal ( ) Spo2 \_\_\_\_\_

1.3 Complicações.

Pneumonia ( )

História progressiva de pneumonia ( ) número de pneumonias

Desnutrição ( )

Desidratação ( )

1.4 Comprometimento motor.

Hemiplegia ( ) Hemiparesia ( ) Lado comprometido direito ( ) esquerdo ( )

Membro(s) afetado(s) \_\_\_\_\_

1.5 Comprometimento Cognitivo.

Nível de consciência: Vigil ( ) Sonolento ( ) Confusão mental ( ) Estupor ( )

Coma ( ) Distúrbio de linguagem ( ) Distúrbio de fala ( )

---

2.0 Avaliação Funcional da Deglutição.

2.1 Indireta

Alteração na higienização oral ( ) Dependência no ato da alimentação ( )

Reflexos posturais: RTCA ( Reflexo Tônico Postural- Assimétrico) ( )

Hiperestensão Cervical ( ) Alteração de vedação labial ( )

Alteração na mobilidade da língua ( ) Diminuição da elevação laringea ( )

Sialorreia ( ) Xerostomia ( ) Alteração da tosse voluntária ( )

Alteração vocal ( ) Paralisia facial ( ) Alteração dos reflexos orais:

Vômito ( ) Mordida ( ) Deglutição ( )

Direta:

Consistência: LIQUIDO/PASTOSO (sopa liquidificada; mingau; vitamina de fruta).

Achados	Volume:	Manobras Terapêuticas Eficientes
	5ml ( ) 10ml ( ) 15ml ( )	
Alteração na vedação labial		
Escape oral anterior		
Alteração no início do trânsito faríngeo		
Diminuição da elevação laríngea		
Deglutições Múltiplas		
Refluxo nasal		
Sinais sugestivos de aspiração		
Tosse ou engasgo		
Alteração na ausculta cervical		
Voz molhada após a deglutição		
Alteração respiratória		
Outras alterações		

Consistência: PASTOSA ( purê; alimentos cozidos).

Achados	Volume:	Manobras Terapêutica Eficiente
	5ml ( ) 10ml ( ) 15ml ( )	
Alteração na vedação labial		
Escape oral anterior		
Alteração no início do trânsito faríngeo		
Diminuição da elevação laríngea		
Deglutições Múltiplas		
Refluxo nasal		
Sinais sugestivos de aspiração		
Tosse ou engasgo		
Alteração na ausculta cervical		
Voz molhada após a deglutição		
Alteração respiratória		
Outras alterações		

2.2 Deglutição com material colorido (traqueostomizado / balonete vazio).

Consistências:

Líquida ( ) Pastosa fina ( )

Presença de alimento colorido na região do traqueostoma Sim ( ) Não ( )

Presença de tosse reflexa Sim ( ) Não ( )

3.0 Comprometimento do distúrbio da deglutição.

✓ Leve ( ) trânsito orofaríngeo levemente comprometido e sem sinais sugestivos de aspiração

✓ Moderado ( ) trânsito orofaríngeo comprometido com sinais sugestivos de aspiração

✓ Grave ( ) trânsito orofaríngeo comprometido com sinais sugestivos de aspiração e ausência de mecanismos protetores.

4.0 Classificação da disfagia ( Furkim &amp; Silva, 1999) Leve ( ) Moderada ( ) Grave ( )

5.0 Conduta:

( ) exames instrumentais ( ) sugiro dieta V.O ( ) sugiro V.O assistida ( ) Não sugiro V.O

Investigador

■ RESULTADOS

Com base na metodologia aplicada, dos 25 pacientes avaliados, 18 apresentaram disfagia, sendo que 11 (61%) tiveram como doença de base lesão neurológica, e 7 (39%) tiveram como doença de base outros acometimentos clínico ou cirúrgico, denominada nesta pesquisa como base não neurológica (Tabela 1).

Essa associação apresentou significância estatística, apontando uma tendência de presença de disfagia com base neurológica (Teste Exato de Fischer- p= 0.007).

Dos 18 pacientes disfágicos, 8 (45%) apresentaram disfagia de grau leve, 4 (22%) disfagia de grau moderado e 6 (33%) disfagia de grau grave.

A Tabela 2 apresenta a disfagia de acordo com o grau leve, moderado e grave em pacientes acometidos por doença de base neurológica e não neurológica. Observou-se que 05 (72%) pacientes não neurológicos apresentaram disfagia de grau leve, ao passo que 03 (27%) pacientes neurológicos, apresentaram disfagia de grau leve. Com relação à disfagia de grau moderado, observou-se que 01 (14%) paciente neurológico e 03 (27%) pacientes não neurológicos. Por fim, apenas 01 (14%) paciente não neurológico apresentou disfagia de grau grave e 05 (72%) pacientes neurológicos apresentaram disfagia de grau grave. Nesta associação não houve significância estatística tanto no Teste Qui-Quadrado ( $\chi^2 = 3.448$ , p= 0.17), quanto no Teste Exato de Fischer, juntando-se as variáveis disfagias leve e moderada (p=0.19).

**Tabela 1- Associação entre presença ou não de disfagia e doença de base em números absolutos**

Doença de Base	Disfagia		Total
	Sim	Não	
Clínico/cirúrgico	7	7	14
Neurológico	11	0	11
Total	18	7	25

Teste Exato de Fischer: p= 0.007 (valor significante)

**Tabela 2- Distribuição em números absolutos (N) do grau de disfagia e a doença de base**

Grau	Doença de Base		Total
	Não neurológico	Neurológico	
Leve	5	3	8
Moderado	1	3	4
Grave	1	5	6
Total	7	11	18

■ DISCUSSÃO

Os resultados verificados por meio deste estudo confirmam a alta incidência de disfagia em pacientes internados em UTI e Semi-UTI adultos<sup>6</sup>. Dos 25 (100%) pacientes avaliados, 18 (74%) obtiveram o diagnóstico fonoaudiológico de disfagia orofaríngea.

Destes, 11 (61%) pacientes apresentaram disfagia orofaríngea neurogênica após serem acometidos por doença de base neurológica como Acidente Vascular Encefálico Isquêmico, Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico e Doenças Degenerativas e 07 (39%) pacientes acometidos por doença de base não neurológica (cardiopatia, câncer, traumas, e Doença Pulmonar Crônica Obstrutiva), apresentaram disfagia orofaríngea mecânica. A associação significativa entre doença de base neurológica e presença de disfagia confirma estudos anteriores que relatam maior incidência de disfagia orofaríngea em pacientes após comprometimento neurológico<sup>9,16-18</sup>.

No que se refere à relação da disfagia orofaríngea segundo o grau, obteve-se nesta pesquisa uma prevalência de disfagia de grau leve 45% em relação aos graus moderado 22% e grave 33%. Este achado foi coerente com outros estudos<sup>19-20</sup>.

Verificou-se na presente amostra que os pacientes disfágicos orofaríngeos com base neurológica apresentaram na sua maioria grau grave (46%), seguidos de grau leve e moderado (27% respectivamente). Ainda em relação a este dado também foi observado que na maioria dos 11 pacientes disfágicos orofaríngeos neurogênicos, 9 eram por acidente vascular encefálico (AVE), 1 tumor cerebral e 1 mal de Alzheimer, o que vem corroborar com a literatura sobre a frequência de disfagia em pacientes após AVE<sup>9,16-18,20</sup>.

Ressalta-se aqui, a necessidade que houve de cuidados especiais destinados a estes pacientes neurológicos<sup>11,19</sup>, posto que a maioria apresentou sinais sugestivos de penetração laríngea, além de alterações do estado cognitivo e de consciência, dificultando o processo de alimentação de forma segura e funcional<sup>18</sup>. Houve necessidade de acompanhamento diário fonoaudiológico na transição da via de alimentação e da técnica mais segura para cada paciente<sup>11</sup>.

Já os pacientes disfágicos orofaríngeos de base não neurológica apresentaram na sua maioria grau leve 72%, seguidos de grau moderado e grave 14% respectivamente. É válido ressaltar que a maioria destes pacientes apresentou no seu quadro, um leve desconforto respiratório, o que sugere que este fator pode estar relacionado com a leve dificuldade na deglutição, já que a não sincronia entre a respiração e deglutição pode levar a quadros de disfagia<sup>21-22</sup>.

Destaca-se também que dentro do universo de pacientes com disfagia orofaríngea de base não neurológica, disfágicos mecânicos, geralmente mantém o seu quadro neurológico intacto, não havendo assim altera-

ção nem cognitiva e nem do estado de consciência<sup>23</sup>. Sendo assim pode-se chegar a conclusão de que o fato de haver uma maior incidência de grau leve de disfagia nesses pacientes advém deste fator.

Verificou-se no presente estudo que todos os pacientes avaliados apresentaram alteração da higiene intra-oral. Esta alta incidência serve de alerta aos profissionais que integram a equipe de saúde, uma vez que pode haver associação entre a falta de higiene intra-oral e os quadros de pneumonia aspirativa<sup>24</sup>. Esta possibilidade não deve ser descartada, mesmo em pacientes com alimentação por sonda e via oral suspensa, já que a deglutição da própria saliva pode maximizar os riscos de infecção pulmonar<sup>17-18,23,25</sup>.

Apesar do número reduzido da amostra podemos afirmar que alta incidência de disfagia orofaríngea no âmbito da UTI e Semi-UTI, reforça a importância da

presença do fonoaudiólogo no dia-a-dia da equipe de profissionais do hospital, uma vez que este tem papel fundamental na tentativa de adequação da via de alimentação<sup>11,26</sup>.

## ■ CONCLUSÃO

A partir das análises dos dados obtidos concluiu-se:

1. A existência de alta incidência de quadros de disfagia orofaríngea nos pacientes internados na UTI, com maior incidência de pacientes com base neurológica em relação aos pacientes com base não neurológica, havendo associação estatisticamente significativa.

2. Quanto ao grau de disfagia encontrou-se presença maior do grau leve em pacientes com base não neurológica e número maior de grau grave nas doenças de base neurológica.

## ABSTRACT

**Purpose:** to check the incidence and the grade of oropharyngeal dysphagia in individuals under intensive and almost intensive therapy, correlating the data with what was found about the base ill. **Methods:** in this project, 25 patients from intensive therapy and almost intensive therapy were available from Centro Médico Maranhense Hospital. The information was collected with a speech therapy evaluation. **Results:** from 25 patients evaluated, 18 (74%) showed oropharyngeal dysphagia, 11 (61%) had as base a neurological ill, and 7 (39%) had as base a non-neurological ill. From 18 patients that had dysphagia, 8 (45%) showed a little grade of dysphagia, 4(22%) moderate grade of dysphagia and 6 (33%) a serious grade of dysphagia. About the patients without a neurological base ill problem: light grade 5 patients (72%), moderate grade 01 patient (14%) and had acute grade 01 patient (14%). **Conclusion:** with the analysis and conclusions obtained, this project show high incidence of oropharyngeal dysphagia in patients at the hospital. In the association and relation between a neurological ill and grade of oropharyngeal dysphagia, the acute grade was predominant, as for the association of patients without a neurological ill and the grade of oropharyngeal dysphagia, the minor shown grade was predominant.

**KEYWORDS:** Deglutition Disorders; Intensive Care Units; Speech, Language and Hearing Sciences

## ■ REFERÊNCIAS

1. Brandão APB. Atuação fonoaudiológica em Unidade de Terapia Intensiva. In: VII Encontro de Fonoaudiologia em Cancerologia. São Paulo; 1999.
2. Rezende EAC. Terapia intensiva: beneficiar a quem se pode beneficiar. Disponível em: URL: <http://www.stihspe.com.br>
3. Scarpitta JR. E agora doutor? O que é UTI? [periódico online]. Rev Saúde Total. Disponível em: URL: <http://www.saudetotal.com/romano/artigo1.htm>
4. Donner MW, Bosma JF, Robertson DL. Anatomy and physiology of the pharynx. *Gastrointest Radiol*. 1985; 10(3):196-212.
5. Furkim AM, Silva RG. Programas de reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica. São Paulo: Frôntis; 1999.
6. Peralta MC, Esnaola y Rojas MM, Gagliard LC. Factores predictivos de disfagia em pacientes com um evento cerebrovascular agudo. *Rev Neurol Arg*. 2000; 25:57-62.
7. Rosado CV, Amaral LKM, Galvão AP, Guerra SD, Fúria CLB. Avaliação da disfagia em pacientes pediátricos com traumatismo crânio-encefálico. *Rev CEFAC*. 2005; 7(1):34-41.
8. Bassi AE, Mitre EI, Silva MAOM, Arroyo MAS, Pereira MC. Associação entre disfagia e o topodiagnóstico da lesão encefálica pós acidente vascular encefálico. *Rev CEFAC*. 2004; 6(2):135-42.
9. Moschetti MB. Disfagia orofaríngea no Centro de Terapia Intensiva – CTI. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. Disfagia: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 209-24.
10. Silva RB, Gatto AR, Cola PC. Disfagia orofaríngea neurogênica em adultos: avaliação fonoaudiológica em leito hospitalar. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. Disfagia: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 181-93.
11. Gonzalez V, Casandro RAS. Manejo fonoaudiológico del paciente con disfagia neurogênica.

- Rev Chil Fonoaudiol. 2000; 2(3):49-61.
12. Silva RG. Disfagia neurogênica. In: Furkim AM, Santini CS, organizadoras. Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-fono; 1999. p.19-34.
  13. Furkim AM. Avaliação clínica das disfagias neurogênicas. In: Hernandez AM, Marchesan IQ. Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 39-59.
  14. Figueiredo SF, Benincasa MM. O trabalho fonoaudiológico realizado à beira do leito. In: Oliveira ST, organizadora. Fonoaudiologia hospitalar. São Paulo: Lovise; 2003. p. 79-108.
  15. Ciaccio AS. Infecção hospitalar. In: Rios IJA, organizadora. Fonoaudiologia hospitalar. São José dos Campos: Pulso; 2004. p. 19-30.
  16. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. Rev Neuro Psiquiatr. 2004; 62(2b):503-6.
  17. Silva RG. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico. In: Ferreira LP, Lopes-Befi MD, Limongi SC, organizadoras. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004. p. 354-69.
  18. Gomes GF, Campos AC, Pisani JC, Macedo ED, Ribas JM, Malafaia O, Czezko NG. Sonda nasoenteral, aspiração traqueal e pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cérebro-vascular complicada por disfagia orofaríngea. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2003; 16(4):189-92.
  19. Nascimento RB, Rocha EMSS, Araújo VM. Atuação fonoaudiológica na reabilitação de pacientes com alterações neurológicas. Rev Univ Cat Goiás. 2003; 30(7):1681-4.
  20. Moschetti MB. Disfagia pós acidente vascular cerebral. Rev CEFAC. 2001; 3(2):133-41.
  21. Silva LMC, Jacobi JS. Disfagia orofaríngea e sua importância na pneumonia. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. Disfagia: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 163-80.
  22. Caviedes IS, Buchi BD, Yazigi GR, Lavados GP. Patología de la deglución y enfermedades respiratorias / Swallowing disorders and respiratory diseases. Rev Chil Enferm Respir. 2003; 18(1):22-34.
  23. Fúria CLB. Disfagias mecânicas. In: Ferreira LP, Lopes-Befi MD, Limongi SC, organizadoras. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca; 2004. p. 386-404.
  24. Xerez DR, Carvalho YSV, Costa MMB. Estudo clínico e videofluoroscópico da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. Radiol Bras. 2004; 37(1):9-14.
  25. Abdulmassih LAC, Sennyey AL. Caracterização da deglutição em pacientes com traumatismo crânioencefálico. Rev CEFAC. 2002; 4(1):53-8.
  26. Jiménez GA, Lizararo CAM, Angel GLF. Estudio cuasiexperimental de la eficacia del manejo fonoaudiológico en pacientes con disfagia, hospitalizados en la Clínica Carlos Lleras Restrepo. Rev Fac Med 2004; 52(3):179-91.

RECEBIDO EM: 18/08/05

ACEITO EM: 05/04/06

Endereço para Correspondência:

Av. dos Holandeses, quadra 24 lote 20-901

São Luís – MA

CEP: 65071-380

Tel: (98) 32355354 / 32277273

E-mail: albasoaresmoraes@hotmail.com