

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

ANA CLÁUDIA MAGALHÃES MATOS

**A EXPERIÊNCIA DE VIVENCIAR A DISFAGIA OROFARÍNGEA APÓS O
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Goiânia

2017



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



ANA CLÁUDIA MAGALHÃES MATOS

A experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral

Goiânia
2017

ANA CLÁUDIA MAGALHÃES MATOS

A experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Linha de Pesquisa: Sociedade, Ambiente e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila

Goiânia

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catologação da Publicação
Sistema de Biblioteca da PUC Goiás

M433e Matos, Ana Cláudia Magalhães
A experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea
após o acidente vascular cerebral[manuscrito] / Ana Cláudia
Magalhães Matos. -- 2017.
83 f.; il.; 30 cm

Texto em português com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás,
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Ambientais
e Saúde , Goiânia, 2017

Inclui referências f.62-70

1. Distúrbios da deglutição - Pesquisa. 2. Acidente vascular
cerebral – Tratamento - Complicações e seqüelas. I.Vila, Vanessa da
Silva Carvalho. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
III. Título.

CDU: 616.32-008.1(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 10 DE MARÇO DE 2017 E CONSIDERADA
APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

1)

Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila / PUC Goiás (Presidente/Orientadora)

2)



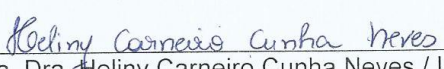
Profa. Dra. Lilian Varanda Pereira / UFG (Membro Externo)

3)



Prof. Dr. Rogério José de Almeida / PUC Goiás (Membro)

4)



Profa. Dra. Heliny Carneiro Cunha Neves / UFG (Suplente Externo)

5)

Profa. Dra. Adenícia Custódia Silva e Souza / PUC Goiás (Suplente)

DEDICATÓRIA

Aos **pacientes** que vivenciam a disfagia orofaríngea e têm dificuldades de acesso ao cuidado e acompanhamento de que necessitam no Sistema de Saúde Brasileiro.

Ao **meu esposo Marco**, que demonstrou seu respeito à minha busca por novos conhecimentos com paciência e carinho, expressei meu imenso e verdadeiro amor.

A **minha querida mãe Alcione**, por me mostrar que tudo é possível, ser um grande exemplo para eu seguir e por fortalecer laços de amor e carinho, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A **Deus e Nossa Senhora**, que sempre estão à frente de todas as batalhas da minha vida, me cobrindo de bênçãos, coragem e vitórias;

À minha orientadora **Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Villa**, pela compreensão, compromisso, incentivo, confiança, carinho e expressiva contribuição. Seus ensinamentos permitiram o meu amadurecimento profissional e pessoal. Este trabalho só aconteceu em virtude do seu apoio incondicional. Muito obrigado.

Aos professores, **Dr. Rogério José de Almeida, Profa. Dra. Lilian Varanda Pereira, Profa. Dra. Adenicia Custódia Silva e Souza e Profa. Dra. Heliny Cunha**, componentes da banca examinadora deste estudo, por suas contribuições para o enriquecimento da pesquisa.

Aos **meus pais** e minha **irmã Aline**, pela constante manifestação de afeto, carinho, apoio e incentivo aos meus projetos profissionais e pessoais. A vocês todo meu amor e carinho.

À **PUC Goiás e ao CAPES**, que, por meio da bolsa **Prosup**, subvencionou recursos para a concretização do presente trabalho em meados do estudo.

Aos **cuidadores e pacientes** do estudo que me receberam com carinho em seus lares e compartilharam comigo suas vivências.

À **Equipe do Hospital Regional de Guanambi**, na pessoa da diretora geral **Maria das Graças Costa Cotrim** e do Diretor Administrativo **Dorsivaldo Lobo**, pelo apoio institucional necessário para a realização deste trabalho.

À **Equipe do SAME e Faturamento do Hospital Regional de Guanambi**, pela disponibilidade e auxílio durante a coleta de dados.

Aos **colegas** do mestrado, em especial **Keila e Iel**, que estiveram presentes compartilhando as angústias e alegrias deste momento de construção. Vocês foram fundamentais para tornar este momento mais ameno.

Aos meus queridos **pacientes** que compreenderam minha ausência para que pudesse ter mais tempo para elaborar esta pesquisa. Vocês são a base da minha dedicação, crescimento profissional e pessoal.

À amiga **Gabriela Marques**, grande incentivadora para realização deste mestrado. Você é um verdadeiro exemplo a ser seguido.

Aos amigos e familiares que, mesmo não citados nominalmente, deixo registrada minha gratidão. Reconheço a torcida sincera para que este trabalho fosse finalizado com responsabilidade.

RESUMO

MATOS A. C. M. **A experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral.** 2017. 83 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2017.

A disfagia orofaríngea é um distúrbio observado frequentemente em pessoas que sobrevivem ao acidente vascular cerebral (AVC). Trata-se de uma incapacidade que contribui para a perda da funcionalidade e da independência para se alimentar. As limitações para a alimentação levam a riscos clínicos e necessidades de adaptação para enfrentar as dificuldades existentes. O objetivo desta pesquisa, do tipo estudo de caso qualitativo, foi descrever a experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral na perspectiva do paciente e de cuidadores familiares. Foram descritos os casos de sete sobreviventes ao AVC, residentes em um município do Sudoeste da Bahia e que receberam alta hospitalar com sinais e sintomas de disfagia, no período de outubro de 2015 a julho de 2016. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em domicílio. Foram entrevistados cinco pacientes e sete cuidadores familiares, de modo individual, ou em díades. Por meio da análise temática interpretativa, foram identificados os seguintes núcleos temáticos: mudanças no preparo, manejo e oferta da dieta; dificuldades e sentimentos dos pacientes e cuidadores familiares no enfrentamento da disfagia e o apoio social. O enfrentamento dos sinais e sintomas da disfagia ocorreu com poucas orientações, principalmente no processo de transição do cuidado hospitalar para o domicílio, e pouco apoio formal. Observou-se que os sinais e sintomas deste distúrbio como tosse e engasgos são frequentes, sobretudo na fase pós alta hospitalar, e trazem sentimentos de insatisfação, bem como demonstram o despreparo dos cuidadores para lidar com as dificuldades. Os cuidadores familiares que não tiveram orientações e auxílios nas condutas durante alimentação se depararam com maior dificuldade no preparo, manejo e oferta da dieta. Os resultados evidenciam, além da necessidade de intervenções fonoaudiológicas focadas na avaliação do paciente com AVC e no acompanhamento de seu padrão de alimentação no decorrer do processo de reabilitação, a importância da atuação de equipes interdisciplinares, principalmente no preparo para alta hospitalar, e do envolvimento da família no processo do cuidar, com vistas ao desenvolvimento de ações educativas e treinamento prático para a busca constante da humanização e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Distúrbio da deglutição, Disfagia, Cuidado Centrado no Paciente, Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

MATOS A. C. M. **Experiencing oropharyngeal dysphagia after cerebrovascular accident.** 2017. 83 f. Dissertation (Masters in Environmental and Health Sciences) - Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, 2017.

Oropharyngeal dysphagia is a common disorder in people that survived a cerebrovascular accident (CVA). It is a disability that contributes to the lack of functionality and dependency to eat. These eating limitations lead to clinical risks and adaptation needs to deal with the restrictions. The objective of the present dissertation, a qualitative case study, was to describe the experience of living with oropharyngeal dysphagia after a CVA from the patients' and their relative caregivers' perspectives. The dissertation reports seven cases of people who survived a CVA; these patients live in the southwest of Bahia and were discharged from hospital presenting signs and symptoms of dysphagia between October 2015 and July 2016. Data were collected through semi-structured interviews at the patients' homes. Five patients and seven relative caregivers were interviewed individually or in pairs. By applying an interpretative thematic analysis, the following thematic topics were identified: changes in preparing, handling and offering food; difficulties and feelings of the patients and relative caregivers before dysphagia; and social support. Confrontation of the signs and symptoms of dysphagia occurred with little orientation, mainly in the transition from hospital to home care, and little formal support. It was observed that the signs and symptoms of this disorder, such as cough and choking, are frequent, especially during the postdischarge period, and cause dissatisfaction and reveal a lack of preparation to deal with difficulties. The relative caregivers that did not receive orientations and help to manage the eating routine of the patients faced a greater difficulty to prepare, handle and offer food. The results show the importance of interdisciplinary team work, mainly to prepare the family for hospital discharge, and the relatives' commitment in the care process regarding the application of educational practices and training to achieve humanized care and a higher quality of life for patients. In addition to these measures, the findings confirm the need for speech therapy interventions focused on the evaluation of patients with CVA and follow-up of their eating patterns throughout the rehabilitation process.

Keywords: Cerebrovascular accident, Swallowing disorders, Dysphagia, Patient-centered care, Qualitative research.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO	13
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3.1 Deglutição e disfagia orofaríngea.....	14
3.2. Disfagia orofaríngea e acidente vascular cerebral.....	17
3.3. Reabilitação da disfagia após o acidente vascular cerebral.....	19
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	26
4.1. Tipo de pesquisa.....	26
4.2 Participantes.....	26
4.3. Coleta de dados.....	28
4.4. Análise dos dados.....	31
5. RESULTADOS.....	31
5.1. Descrições dos casos.....	31
5.2. A experiência de vivenciar disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral.....	34
5.2.1. As mudanças no preparo, manejo e oferta da dieta após o AVC.....	35
5.2.2. Dificuldades e sentimentos dos pacientes e cuidadores para lidar com a disfagia.....	37
5.2.3. O apoio social como instrumento para o enfrentamento da disfagia.....	43
6. DISCUSSÃO.....	47
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES	70
ANEXOS	76

1. INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma condição crônica relacionada ao aparelho circulatório, caracterizada como uma síndrome originária da alteração no fluxo sanguíneo cerebral que desencadeia comprometimento neurológico (focal ou, às vezes, global). Inicia-se subitamente e apresenta rápido desenvolvimento, com duração superior a 24 horas, podendo levar à morte (BRASIL, 2013a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O AVC consiste na primeira causa mundial de morbimortalidade e está associado a disfuncionalidades temporárias ou permanentes, que demandarão atenção centrada nas pessoas (paciente e familiares), da fase aguda ao período de reabilitação e reinserção comunitária (LINDSAY et al., 2014).

Mesmo quando não fatal, o AVC pode limitar de modo significativo o desempenho funcional do indivíduo, com graves repercussões inclusive para a sua família (BRASIL, 2011). Após o AVC, mais da metade das pessoas poderão apresentar déficits funcionais e/ou cognitivos, sendo os mais comuns a fraqueza muscular, as alterações na fala, na linguagem e na dinâmica da deglutição (BARONI; FABIO; DANTAS, 2012; CORDOVAL; CESARIANO; TOGNOLAI, 2007).

As alterações neurológicas causadas por um AVC poderão gerar comprometimentos motores, sensoriais e no mecanismo das estruturas envolvidas na deglutição, o que configura a disfagia (HINES et al., 2011; MARTINO et al., 2005; NICE, 2013; PUERARI, 2011).

Segundo a *American Speech Language Hearing Association* (ASHA, 2007), disfagia orofaríngea é um distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais e reflete problemas envolvendo a cavidade oral e faríngea, podendo resultar na entrada de alimentos na via aérea, com sinais de tosse, sufocação/asfixia, intercorrências pulmonares e aspiração.

A disfagia orofaríngea é um sintoma que consiste na dificuldade de deglutir e pode se manifestar por meio de desordem na mastigação, dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, controle de saliva diminuído, tosse e/ou engasgos nas refeições, sensação de alimento parado na garganta, podendo também apresentar desidratação, perda de peso, tempo da refeição prolongado, diminuição de apetite e pneumonia aspirativa ou quaisquer outros problemas pulmonares (ANDRADE, 2012a, p. 4).

A disfagia aparece como uma incapacidade que contribui para a perda da funcionalidade e da dependência para se alimentar. Isolada ou em associação com outras incapacidades funcionais, sua incidência após o AVC pode variar de 42% a 67% e está relacionada ao pior prognóstico clínico, aumentando o risco de complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento, desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada e morte (PUERARI, 2011).

A dificuldade para engolir pode ser considerada morbidade, dependendo do tipo de lesão do AVC e da idade do paciente (REMESSO et al., 2012). Além disso, pode gerar consequências negativas no prazer de se alimentar, o que causa importantes prejuízos sociais, uma vez que a alimentação é também um ato social (KLINKE; HAFSTEINSD; THORSTEINSSON, 2013).

A disfagia manifesta-se especialmente durante os primeiros dias após a ocorrência do AVC e está presente, nos primeiros dois dias, em cerca de 51% dos casos, incidência reduzida para 27% nos setes dias subsequentes (ABDULMASSIH et al., 2009; ITAQUY et al., 2011). Após seis meses, em geral, a maioria dos sintomas relacionados ao distúrbio é sanada, porém cerca de 8% das pessoas poderão manter o quadro de disfagia orofaríngea, com riscos para a broncoaspiração (ABDULMASSIH et al., 2009; CARLSSON; EHRENBORG; EHNFORSS, 2004; ITAQUY et al., 2011; MARTINO et al., 2005; PERRY; MCLAREN, 2003a; TEASELL et al., 2013; WESTERGREN; OHLSSON; HALLBERG, 2002).

Alguns sinais e sintomas podem ser indícios da presença de disfagia na pessoa que sofreu AVC, entre eles diminuição ou ausência do controle da mastigação, do transporte do bolo alimentar, dos movimentos da língua; aumento do tempo do trânsito oral; restos de alimentos em cavidade oral após a alimentação; escape anterior do alimento e/ou da saliva; presença de tosse, pigarro/ou engasgos durante a refeição; alterações vocais. Observam-se também falta de apetite, recusa alimentar, dificuldade de reconhecimento visual do alimento, bem como para realização de tarefas que envolvem o ato de preparar e levar o alimento até a boca, e alterações de olfato e paladar (BARROS; FÁBIO; FURKIM, 2006; BRASIL, 2013c; WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION, 2014).

Além desses sinais e sintomas, é importante estar atento à ocorrência de emagrecimento nos últimos meses, períodos de febre, sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória durante ou após as refeições (BRASIL, 2013c). A limitação na capacidade para ingerir quantidades seguras e

adequadas de alimentos e líquidos coloca o paciente em risco clínico de desidratação, desnutrição, o que pode trazer problemas nos aspectos nutricionais e hidroeletrólíticos (SOSSIN et al., 2009).

A recuperação da disfagia acontece, em geral, entre duas a quatro semanas após o AVC. A detecção e o estabelecimento precoce de intervenções em saúde para o tratamento, na fase aguda, poderão contribuir para que o paciente tenha melhor bem-estar e possa se adaptar a esse déficit, que poderá ser temporário ou permanente (BRANDÃO; NASCIMENTO; VIANNA, 2009; REMESSO et al., 2011).

O paciente com AVC geralmente apresenta déficits facilmente perceptíveis na realização de várias atividades. Por causa dessas necessidades, frequentemente depende de cuidadores ou dos membros da família para o apoio emocional, contato social e cuidados físicos, dentre eles, os referentes à alimentação. Assim, o cuidador, familiar ou não, reveste-se de extrema importância como instrumento de reabilitação, sobretudo no processo de adaptação à doença, no preparo e oferta da alimentação (BOCHI, 2004).

A adaptação à incapacidade física após o AVC é um processo de colaboração entre o paciente, a família e os profissionais de saúde. Essa colaboração não se limita aos ambientes hospitalares e deve prosseguir durante toda a trajetória da enfermidade (TEIXEIRA; SILVA, 2009).

As complicações da disfagia aumentam os custos de saúde como resultado de readmissões e internações hospitalares, necessidade de suporte respiratório e nutricional dispendioso. Pesquisadores descrevem déficits para o diagnóstico e assinalam que, em alguns contextos do cuidado hospitalar, o manejo da disfagia não tem ocorrido de modo adequado, tal como preconizam as recomendações descritas em protocolos clínicos, em decorrência, por exemplo, de déficits organizacionais em termos da provisão de recursos humanos, em especial, fonaudiólogos (MORAES; ANDRADE, 2012).

Há pouco conhecimento em relação às experiências vivenciadas por pessoas com disfagia após AVC em ambiente domiciliar (KLINKE; HAFSTEINSD; THORSTEINSSON, 2013; MEDIN et al., 2010a; PERRY; MCLAREN, 2003a; WESTERGREN et al., 2001). Trata-se, todavia, de uma temática bastante explorada em pacientes oncológicos (LARSSON; HEDELIN; ATHILIN, 2003; 2007; OTOSSON; LAURELL; OLSSON, 2013) ou sob uma perspectiva clínica de explorar métodos de avaliação e intervenções clínicas (ABDULMASSIH et al., 2009; MEDEIROS et al.,

2014; PADOVANI, 2010; SILVA, 2007a; SIMÃO et al., 2013) e análise de perfil de cuidadores e conhecimentos sobre disfagia (ABREU, 2013; SILVA, 2007b; SILVA, 2014; QUADROS, 2007).

No entanto, não foram identificadas publicações brasileiras que tenham enfatizado a experiência vivenciada por pessoas que sobreviveram ao AVC ou que enfrentaram a disfagia orofaríngea no contexto domiciliar.

Diante do exposto, investigar a experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o AVC é fundamental em virtude da elevada prevalência dessa enfermidade e das importantes repercussões na qualidade de vida dessas pessoas, o que requer ações integradas de saúde para promoção de autonomia e melhor nível de independência, bem como para diminuição dos riscos de complicações causadas pela disfagia.

2. OBJETIVO

- Descrever a experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral na perspectiva do paciente e de cuidadores familiares.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Essa seção foi construída por meio de revisão narrativa da literatura científica identificada pela análise de protocolos relacionados ao AVC (LINDSAY et al., 2014; NICE, 2013), à disfagia (ASHA, 2007; BRASIL, 2013a, 2013c; DANIELS; HUCKABELL, 2014; WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION, 2014; MARCHESAN; FURKIM, 2003; SCOTTISH, 2010) e a literatura científica identificada relacionada a disfagia após o AVC (BARONI; FABIO; DANTAS, 2012; LARSSON; HEDELIN; ATHILIN, 2007; MEDIN et al., 2010a; OTOSSON; LAURELL; OLSSON, 2013; PERRY; MCLAREN, 2003a; 2003b TEASELL et al., 2013; WESTERGRENN et al., 2001).

3.1 Deglutição e disfagia orofaríngea

A deglutição depende de mecanismos que a torna uma atividade complexa, composta de ações voluntárias e involuntárias, com o objetivo de transportar líquidos e alimentos da cavidade oral ao estômago, de forma segura, a fim de manter o estado nutricional e proteger as vias aéreas do indivíduo (MARCHESAN, 2003; SILVA, 2004). O sistema nervoso central desencadeia as atividades orais, faríngeas e esofágicas relacionadas à deglutição, dentre elas, a movimentação da língua, a participação da faringe e a elevação do esfíncter esofágico (MARCHESAN, 2004).

Pesquisadores citam que a alimentação não se limita apenas a satisfazer necessidades e sobrevivência, mas também constitui uma fonte de prazer, caracterizando-se muitas vezes, como um ato social e facilitador da interação entre as pessoas e para a manutenção da vida (CARLSSON, 2014; FURKIM, 2004). Para realizá-la, é necessário que os órgãos e os tecidos atuem de forma coordenada, em um processo integrado para assegurar o funcionamento normal e eficiente (BRASIL, 2011; MEDIN et al., 2010a).

Nesse sentido, a alimentação é um ato neuromuscular em que ocorre um processo fisiológico ordenado e contínuo, comandados por funções neurológicas de áreas motoras e sensitivas do córtex cerebral, resultando no transporte eficiente e

seguro de alimentos da boca ao estômago (ANDRADE, 2012a; JACOBI et al., 2003; WORD GASTROENTREROLOGY ORGANISATION, 2014; MARCHESAN, 2003).

A deglutição é um processo contínuo e, em geral, pode ser dividida na fase preparatória oral (MARCHESAN, 2004), fases oral, faríngea e esofágica (MARCHESAN, 2004; WORD GASTROENTREROLOGY ORGANISATION, 2014).

A fase preparatória oral consiste na mastigação do bolo alimentar, até formar um bolo com a ajuda da saliva. Nessa fase é importante a vedação labial, a movimentação da mandíbula e língua, que irão variar conforme a consistência, a temperatura, o sabor e a viscosidade do bolo alimentar. Na fase oral, após o alimento mastigado, a base da língua é retraída e elevada posteriormente, comprime o bolo alimentar contra as fauces e/ou palato mole, causa a elevação do véu palatino ejetando-o para faringe (ANDRADE, 2012; WORD GASTROENTREROLOGY ORGANISATION, 2014; MARCHESAN, 2004).

A fase faríngea ocorre quando o bolo alimentar é transportado da faringe até o esôfago, ocasionando a contração da faringe, o fechamento velofaríngeo, a elevação e o fechamento da laringe, com a constrição das pregas vocais, para prevenir a aspiração de alimentos e proteger a via aérea. A fase esofágica permite a passagem do bolo alimentar do esôfago até o estômago, por meio dos movimentos peristálticos (ANDRADE, 2012; MALAGELADA; BAZZOLI; ELEWAUT, 2014; PINTO, 2008)

Quando há uma alteração motora ou sensorial na cavidade oral, faringe ou laringe, poderá ser desencadeado o distúrbio da deglutição, denominado disfagia (SILVA, 2000). Santoro et al., (2011) afirmam que a disfagia surge na sequência do comprometimento de qualquer uma das fases da deglutição.

WORD GASTROENTREROLOGY ORGANISATION (2014, p. 3), compreendem a disfagia como:

a dificuldade de iniciar a deglutição (geralmente denominada disfagia orofaríngea) ou a sensação de que alimentos sólidos e/ou líquidos estão retidos na transição da boca para o estômago (geralmente denominada disfagia esofágica). Disfagia, portanto, é a percepção de que há impossibilidade de passagem normal do material deglutido.

O Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia considera a disfagia como:

A dificuldade de deglutição relacionada ao funcionamento das estruturas orofaringolaríngeas e esofágicas, dificultando ou impossibilitando a ingestão oral segura, eficaz e confortável de saliva, líquidos e/ou alimentos de

qualquer consistência, podendo ocasionar desnutrição, desidratação, aspiração, desprazer e isolamento social, além de complicações mais graves como a pneumonia aspirativa e o óbito (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA, 2003 p. 7)

A disfagia pode resultar na entrada de alimento na via aérea levando a tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e aspiração (PADOVANI et al., 2007). Essa aspiração é um fenômeno transiente, em muitos casos de pacientes com disfagia, e está associada com uma alta incidência de infecção do trato respiratório baixo, principalmente pneumonias, favorecendo o aumento da mortalidade, em até três vezes (BARONI; FABIO; DANTAS, 2012). Acredita-se que essa complicação possa ser atribuída à aspiração de secreção oral ou de alimentos ingeridos por via oral, na presença de graus variados da disfagia (BARONI; FABIO; DANTAS, 2012; TEASELL et al., 2013).

Devido à dificuldade de engolir, o paciente é incapaz de atender a elevada demanda nutricional, resultando em um quadro de desnutrição, desidratação e, até mesmo, infecção (FURKIM, 2000). Esse quadro clínico afeta o sistema imunológico e respiratório, bem como contribui para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca, a formação de úlceras de decúbito e a deficiência funcional do trato gastrointestinal, interferindo na resposta ao tratamento. Nesse contexto, os pacientes disfágicos podem se encontrar em risco nutricional e, por isso, necessitam de assistência nutricional específica e acompanhamento constante (CLARA, 2009; MEDIN et al., 2010b; SONSIN et al., 2009).

Diante destas consequências, a disfagia é um complexo problema clínico que requer um adequado suporte profissional. Torna-se essencial fazer uma avaliação precisa das alterações da função de deglutição. A avaliação deve ser o mais detalhada possível, de modo a identificar também qualquer aspiração silenciosa.

Segundo Remesso et al. (2012), a caracterização das alterações de deglutição deve ser realizada por uma avaliação clínica inicial, sendo de fundamental importância que esta preceda qualquer avaliação instrumental, pois é por meio dela, que serão obtidos os dados relacionados a função.

Para Baroni, Fabio e Dantas (2012), a avaliação clínica do paciente com disfagia deve identificar sinais e sintomas de risco de aspiração, aferir a habilidade do paciente para deglutir e a possibilidade de ingestão oral precoce e segura, com repercussão positiva no seu quadro nutricional. Mesmo apresentando limitações, a

avaliação precoce restringe o tempo de hospitalização e reduz os gastos com o tratamento.

A partir da identificação dos sinais e sintomas da disfagia, a mesma poderá ser classificada em graus, de acordo com a severidade, para tomar as condutas terapêuticas adequadas, em pacientes com AVC. Alguns autores classificam a disfagia orofaríngea, como leve, moderada e grave (O'NEIL et al., 1999; SILVA, 2010).

A disfagia leve é classificada pela alteração do esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso para desencadear o reflexo da deglutição, ausência de tosse, sem redução acentuada da elevação da laringe, sem alteração da qualidade vocal após a deglutição e ausculta cervical sem alteração. A disfagia moderada ocorre devido à alteração do esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso ou ausência do reflexo de deglutição, presença de tosse durante ou após a deglutição, redução na elevação da laringe e ausculta cervical alterada. Já a disfagia grave, ocorre pelo atraso ou ausência do reflexo de deglutição, redução na elevação da laringe, presença de tosse antes, durante ou após a deglutição, alteração da qualidade vocal após a deglutição, alteração respiratória evidente, deglutição incompleta e ausculta cervical alterada (O'NEIL et al., 1999; SILVA, 2010).

Estabelecer o diagnóstico e o prognóstico da disfagia é fundamental para nortear o gerenciamento deste distúrbio e a redução da morbidade e mortalidade a ela associado, principalmente após o AVC. A presença do fonoaudiólogo dentro do hospital contribui para melhor prognóstico, reabilitação de possíveis sequelas e melhora da qualidade de vida dos pacientes (ASHA, 2007).

3.2. Disfagia orofaríngea e acidente vascular cerebral

A disfagia é uma manifestação comum em pacientes com AVC e apresenta um risco significativo, principalmente em sua fase aguda. A literatura sugere que a incidência deste distúrbio pode variar de 20 a 65% após o AVC (BARONI; FABIO; DANTAS, 2012; CARDOSO et al., 2011, MARTINO et al., 2005; NUNES, 2012; OKUBO et al., 2012; REMESSO et al., 2011).

Em estudo de Remesso et al. (2011), foi identificado que as alterações de deglutição após o AVC podem ocorrer em 19,6% dos pacientes, sendo uma

dificuldade leve em 91,5% dos casos e grave em 8,5%. A maioria, 87,1% teve recuperação espontânea com tempo médio de dois meses.

Finestone et al. (2002) observaram incidência de disfagia de 53%, em até cinco dias após a doença. A reavaliação aos 21 dias revelou recuperação da deglutição em 27% dos pacientes; aos 90 dias, 75% já não a apresentavam. Apesar dessa recuperação espontânea após o AVC, é necessário o acompanhamento, porque é durante essa fase que ocorrem os maiores índices de aspiração.

Pesquisadores avaliaram os riscos para os pacientes desenvolverem broncoaspiração e pneumonia após AVC e observaram média de ocorrência de 60% nesses indivíduos (DANIEL; ANDERSON; WILLSON, 2012; FALSETTI et al., 2009; OTA et al., 2011). Esse é um dos fatores que aumenta o tempo de hospitalização e a mortalidade nos indivíduos após o AVC (DANIEL; ANDERSON; WILLSON, 2012).

Outro aspecto observado é a desnutrição. Pesquisas mostram a prevalência de desnutrição de 9% a 35% entre os pacientes, após AVC, em ambientes hospitalares (YOO et al., 2008). Em estudo com 49 vítimas de AVC, verificou-se que 49% estavam desnutridas, das quais 47% tinham disfagia e desnutrição associada com a disfagia (FINESTONE; GREENE-FINESTONE, 2003).

As complicações geradas pelas alterações da deglutição podem variar de acordo com a gravidade do AVC, o nível de consciência, o tamanho da área cerebral lesada, além do estado clínico, respiratório, a forma de manejo e oferta da dieta (MARTINO et al., 2005).

Essa gravidade influencia nos sinais e sintomas da disfagia, sendo comum observar dificuldades para a mastigação, com lento trânsito oral, diminuição e atraso do reflexo da deglutição, estases de alimentos em cavidade oral e laringe, redução dos movimentos da faringe, tosse e engasgos. Outros aspectos também são identificados, tais como problemas relacionados à manipulação de alimentos e ao seu transporte para a boca (ITAQUY et al., 2011; MARTINO et al., 2005; TEASELL et al., 2013).

Estudo avaliou o grau e a evolução de 39 pacientes portadores de disfagia orofaríngea neurogênica pós-AVC, durante o período de internação até a alta hospitalar. Os resultados demonstraram prevalência da disfagia de grau moderado, seguida pelos graus leve e severo. Os pesquisadores também evidenciaram prevalência de aspiração laríngea, seguida de alteração na fase orofaríngea,

penetração laríngea, alteração na fase oral da deglutição (ABDULMASSIH et al., 2009).

Em relação às lesões cerebrais causadas pelo AVC, verificou-se que quando ocorrem no hemisfério direito afetam mais a fase faríngea da deglutição e quanto maior o comprometimento dessa fase, maior o risco de aspiração traqueal. As lesões do hemisfério esquerdo parecem afetar mais a fase oral da deglutição. Quando ocorre lesão bilateral, o comprometimento é das duas fases (ITAQUY et al., 2011; VASCONCELOS et al., 2006; OKUBO, 2008).

3.3. Reabilitação da disfagia após o acidente vascular cerebral

Para que ocorra a adequada reabilitação, é necessário identificar as alterações nos processos de deglutição. Para tanto, deve-se realizar uma avaliação clínica e ou instrumental para identificar os sinais e sintomas, bem como a forma de alimentação do paciente, desde o tipo e a consistência da dieta, o manejo e a oferta, as manobras realizadas e as dificuldades. As decisões tomadas no momento de investigação clínica determinarão a conduta que poderá interferir no quadro geral do paciente na fase aguda do AVC. A avaliação nessa fase pode ser compreendida como uma ferramenta de tomada de decisão quanto à liberação ou não de dieta por via oral, antes mesmo do início do processo de reabilitação (JACOBI, 2003; SILVA, 2004).

Conforme descrevem Padovani et al. (2007, p.199),

(...) uma boa avaliação da disfagia deve incluir testes que diagnostiquem alterações nas funções orais, como exemplo, aumento no trânsito oral ou deglutição incompleta do bolo, alterações na qualidade vocal, disartria, alteração no reflexo de gag, tosse voluntária ineficiente, redução da elevação laríngea durante a deglutição de saliva, alteração de sensibilidade na laringe e alterações no teste de água. Esses testes devem ser breves, não invasivos, apresentar baixo risco para o paciente e identificar os sintomas da disfagia.

Silva (2007a) ressalta que o objetivo da reabilitação em disfagia orofaríngea é fazer com que o paciente se alimente por via oral, estabilize o aspecto nutricional, elimine os riscos de aspiração laringotraqueal e consequentes complicações associadas.

A pessoa com alterações decorrentes de um AVC pode apresentar diversas limitações, sendo a recuperação diferente em cada caso (BRASIL, 2013a).

O envolvimento de toda a equipe de saúde no tratamento da disfagia orofaríngea torna-se primordial e necessário, envolvendo planos governamentais que apoiem essa atuação. No Brasil, por meio da portaria do Ministério da Saúde que estabelece as Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com AVC e o manual de rotinas para atenção ao AVC, são fornecidas orientações às equipes multiprofissionais de Saúde especificamente quanto aos cuidados em reabilitação, considerando as alterações da deglutição (BRASIL, 2013c,).

As propostas de reabilitações, que têm como base a possibilidade de alimentação segura, também seguem alguns programas, principalmente no ambiente hospitalar (MORAES; ANDRADE, 2012; MORAES; SPEZZANO, 2012). Esses programas incluem abordagens que envolvem: estimulação sensório-motora; manobras posturais e facilitadoras; monitoramento terapêutico e exercícios para proporcionar a melhora da musculatura alterada e dos achados clínicos da patologia em questão (ANDRADE, 2012; WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION, 2014).

Tais abordagens proporcionam um resultado mais significativo quando associadas ao trabalho de uma equipe interdisciplinar, que inclua fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros e médicos (BRASIL 2013c; WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION, 2014).

A alimentação por via oral depende de alguns fatores como cognição e colaboração do paciente, estado geral de saúde e grau de comprometimento da musculatura oral, os quais devem ser identificados pela equipe e compensados por meio de manobras, sabores e consistência alimentar, visando uma alimentação prazerosa e segura (BRANDÃO; NASCIMENTO; VIANNA, 2009). Uma vez não avaliados e quando os cuidadores não são orientados, essa oferta torna-se inadequada, o que impõe riscos ao paciente.

Para as limitações de nível de consciência e colaboração, autores sugerem algumas estratégias. No caso de casos graves com baixo nível de consciência e de atenção, deve-se introduzir uma via alternativa de alimentação e aguardar melhora do quadro clínico. Na presença de distúrbios leves de atenção e cooperação, pode-se adequar o ambiente para a alimentação, reduzindo-se ao máximo outros estímulos durante as refeições, diminuir a quantidade de comida, fracionar a

alimentação e adequar consistência alimentar (BRASIL, 2013c; MARCHESAN; FURKIM, 2003; SCOTTISH, 2010).

Em relação às alterações que surgem no preparo, manejo e controle oral do bolo alimentar, recomenda-se que um cuidador auxilie a introdução do alimento à boca quando o paciente não puder fazê-lo; evitar ofertar alimentos antes que o anterior seja totalmente deglutido; estimulação sensorial intra e extraoral; exercício miofuncional de lábios, língua, bucinadores e mastigatórios; adequar consistência para pastosa batida ou amassada em pouco volume; manobra de deglutição com esforço; manobra de queixo para baixo; adequar utensílios para a introdução do alimento; aumentar a pressão intraoral e o treino de mastigação (BRASIL, 2013c; SCOTTISH, 2010; NICE, 2013).

Para as queixas e alterações relacionadas à sensação de alimento parado na garganta, orienta-se alternar com alimentos de menor consistência e volume alimentar; exercício miofuncional de lábios, língua, bucinadores e de elevação laríngea; uso de *Biofeedback*; aumentar a pressão intraoral e realizar manobras.

Diante de sinais e sintomas de tosse e engasgo, adequar consistência e volume alimentar; exercício miofuncional para maximizar a ação da musculatura supra-hióidea e esfíntérica da laringe (BRASIL, 2013c).

Para pacientes que fazem uso de traqueostomia, importante o uso de válvula de fala; observar se há saída de conteúdo alimentar pelo traqueostoma; adequar consistência e volume alimentar (SCOTTISH, 2010; NICE, 2013).

Segundo Silva (2004), a reabilitação deve ter como base a independência funcional do paciente e, por meio de seus programas, propiciar também a capacitação do cuidador ou o próprio paciente como instrumento fundamental da reabilitação. Tem como propósito educar, orientar e treinar o paciente disfágico, bem como o seu cuidador na reorganização de uma deglutição eficiente.

Após o acometimento pelo AVC, muitos pacientes tornam-se dependentes, o que requer um acompanhamento frequente de um responsável, principalmente em âmbito hospitalar. É necessário um cuidador familiar comprometido com o processo de reabilitação para que as orientações quanto à introdução de dieta e o treinamento dos exercícios sejam rigorosamente seguidos conforme orientação do terapeuta (MARCHESAN, 2003). Assim, o cuidador, familiar ou não, mostra sua relevância como instrumento de reabilitação, sobretudo no período de adaptações (BOCHI, 2004).

Diante do comprometimento da deglutição, o profissional, juntamente com a equipe, propõe uma dieta com o objetivo de facilitar a deglutição e evitar a aspiração, sempre levando em conta a necessidade nutricional de cada indivíduo. A modificação das consistências das dietas é um dos primeiros e principais recursos para favorecer o retorno à deglutição por via oral (ANDRADE, 2012a).

Para melhor controle da eficácia da reabilitação, as pesquisas atuais têm se dedicado a estabelecer escalas de controle funcional da deglutição. Alguns profissionais seguem a Escala Funcional de ingestão Por Via Oral - *Functional Oral IntakeScale (FOIS®)* (CRARY; MANN; GROHER, 2005), como forma de observação e pesquisa da evolução da ingestão oral, em termos de consistência e volume. Esta escala pode ser utilizada para acompanhar a progressão da dieta via oral do paciente (SILVA et al., 2010).

Além da postura adequada durante a alimentação, as características da dieta para pacientes com disfagia contemplam a exclusão de alguns alimentos e a modificação da textura de outros (SILVA, 2007a). Recomendam-se a textura viscosa, a fim de facilitar a deglutição, e a exclusão de alimentos duros e fibrosos; para alguns pacientes, os líquidos poderão ser espessados, a fim de evitar aspiração (SOUZA et al., 2003).

No processo de alta hospitalar, é importante que o paciente e cuidador responsável sejam orientados para que estejam atentos e saibam lidar com as alterações na deglutição, de forma a evitar complicações ao sobrevivente do AVC.

Segundo Oliveira, Fernandes e Sawada (2008), um material bem elaborado ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, estimula o desenvolvimento de ações que influenciam o padrão de saúde e favorece a tomada de decisão, além de contribuir para redução do uso dos serviços e dos custos com a saúde.

Assim, a distribuição de um manual educativo como estratégia e instrumento de apoio terapêutico, fundamentado em conhecimentos científicos, contendo proposta de atividades selecionadas para recuperar, desenvolver ou reforçar as capacidades físicas, mentais e sociais, promove a saúde e a reinserção social (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

As orientações deverão considerar os seguintes aspectos (ABDULMASSIH et al., 2009; BRASIL, 2013c; DANIELS; HUCKABELL, 2014; MACEDO FILHO; GOMES; FURKIM, 2000; SCOTTISH, 2010):

- A primeira dieta ofertada deverá ser pastosa, processada em liquidificador ou bem amassada, evitando deixar pedaços; servir em temperatura adequada para ingestão;
- Oferecer dieta apenas com o paciente bem acordado, lúcido e em posição sentada, com cabeceira da cama a 90°;
- Observação do estado geral dos dentes e de eventual colocação de prótese dentária;
- Avaliar se tem uma boa adaptação dos lábios ao copo, solicitando que beba água;
- Perceber se mantém o reflexo da tosse e quanto tempo demora para deglutir a água;
- Avaliar a força dos membros superiores, a capacidade de segurar os talheres, os tremores involuntários, as dificuldades em cortar os alimentos e a capacidade visual;
- Avaliar o cansaço durante a alimentação, os receios, as angústias e se está deprimido;
- Os alimentos devem ser moles, batidos ou amassados, sem pedaços, administrados em refeições frequentes, e em pequenas quantidades;
- Esperar engolir pelo menos duas vezes para oferecer outra colher;
- Colocar os alimentos na boca do lado não afetado;
- Estimular a pessoa a alimentar-se pela sua mão;
- Encorajá-lo a comer lentamente, dando tempo para que mastigue e degluta os alimentos convenientemente;
- Estimulá-lo a concentrar-se na coordenação de mastigar, respirar e deglutir;
- Incentivá-lo a deglutir várias vezes, para permitir uma deglutição completa;
- A ingestão de líquidos requer bastante cuidado. Oferecer devagar, podendo utilizar canudos ou copos com configuração especial, que permitam ao doente incliná-los mais, sem reclinar a cabeça, de modo a facilitar a ingestão;
- Talheres modificados (cabos de maior diâmetro – engrossadores de cabos), que facilitam a preensão, o corte e a ingestão dos alimentos; copos com alça dupla ou recorte para auxiliar na ingestão de líquidos; pratos fundos e com borda facilitam a alimentação;

- Incentivar o uso dos membros superiores para segurar o copo, tendo o membro parético/plégico como apoio durante essa função;
- Incentivar a utilização do membro superior parético/plégico como auxiliar em todas as tarefas da alimentação, tais como cortar alimentos, passar manteiga no pão, beber de um copo com líquidos, servir-se de alimentos, dentre outras atividades;
- Prestar cuidados de higiene oral após cada refeição;
- Deitar somente quando decorridos 30 a 40 minutos da ingestão da dieta;

Importante assinalar que essas orientações dependem muito do estado cognitivo e clínico de cada paciente. Deve-se, diante de quaisquer alterações, comunicar os profissionais de saúde envolvidos.

Para Macedo Filho, Gomes e Furkim (2000), um dos principais cuidados com o paciente disfágico é a higiene oral, que deve ser feita mesmo quando não estiver se alimentando por via oral, uma vez que a boca é um local de alto índice de colonização de micro-organismos. Tanto cuidadores como o próprio paciente devem ser orientados a realizar a higiene oral da mucosa e dos dentes com auxílio de espátula, gaze, cotonete, escova de dente.

O *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (2010) recomenda a higienização bucal diária com escovação associada ou não ao uso de enxaguantes bucais, preferencialmente com clorexidina a 1% em diluição alcoólica, mesmo em pacientes que não se alimentam por via oral.

Os fonoaudiólogos, além de avaliarem a possibilidade de alimentação por via oral segura e reabilitação da disfagia com orientações, devem, juntamente com a equipe, indicar a via alternativa de alimentação quando a oral se torna risco para o paciente (MARCHESAN; FURKIM, 2003). A via alternativa, sonda nasoentérica (SNE) ou gastrostomia, permite uma nutrição adequada, melhora a recuperação física, reduz o índice de aspiração traqueal por um determinado tempo e, após a recuperação, abre possibilidades de alimentação por via oral (JAMES et al., 2005).

Importante orientar sobre os procedimentos, prováveis riscos e métodos de resolução de problemas comuns. Deve-se ainda fornecer um manual de instruções e números de telefone para que o paciente, se necessário, entre em contato com um profissional de saúde que entenda as necessidades e os problemas daqueles que se alimentam desta forma em domicílio (NICE, 2013; SCOTTISH, 2010).

Os profissionais enfermeiros, durante o processo de alta hospitalar, orientam sobre alguns cuidados com o manejo e oferta de alimentos através da sonda como: processá-los muito bem no liquidificador e coá-los em uma peneira bem fina; introduzir água nos intervalos das refeições para evitar a desidratação; a alimentação deve ser dada com o paciente sentado ou com a cabeceira da cama elevada; após a refeição, o paciente deve ser mantido sentado ou recostado por pelo menos 30 minutos; controlar o gotejamento da dieta, que deve ser lento, gota a gota (300 ml em 30 a 40 minutos); após cada refeição, administrar uma seringa (50 ml) de água filtrada para lavar a sonda; a medicação em comprimido deve ser bem amassada e misturada com água até a completa diluição; após a medicação, introduzir uma seringa (50 ml) de água filtrada. Essas orientações contribuem para o não entupimento da sonda e reduzem os riscos de broncoaspirações (SCOTTISH, 2010).

Embora a capacidade de engolir possa ser recuperada sem terapia, os músculos da deglutição tornam-se cada vez mais fracos durante essa espera. Assim, os encaminhamentos para a terapia e as orientações são particularmente importantes nesta população (SHAKER, 2011).

A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea pode ser comprovada quando o paciente se alimenta eficientemente por via oral, ganha peso, ou diante da redução na ocorrência de pneumonia aspirativa (SILVA, 2007a).

Mesmo que a reabilitação da disfagia orofaríngea tenha apresentado progressos e se mostrado responsável pela melhora da qualidade de vida de muitos pacientes, é importante buscar, permanentemente, novas práticas e novos procedimentos para alcançar melhores e mais adequados critérios para tal fim. Segundo Silva (2014), a alta do paciente somente ocorrerá quando ele e o seu cuidador estiverem orientados e treinados para uma deglutição eficiente, por meio da qual o paciente poderá melhorar a sua condição nutricional.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso qualitativo, com abordagem interpretativa. Define-se tal modalidade como o estudo empírico que investiga um fenômeno atual em seu contexto real, quando as fronteiras entre o fenômeno e esse contexto não estão claramente definidas (YIN, 2010). O objetivo do estudo de caso é compreender as particularidades relacionadas ao caso, que pode ser simples ou complexo, individual ou coletivo (RICHARDS; MORSE, 2013; YIN, 2010). É muito utilizado para explorar grupos ou experiências relacionadas à saúde e/ou doença, em que o entendimento atual se mostra insuficiente (RICHARDS; MORSE, 2013).

Nesta pesquisa, os casos foram descritos por meio da experiência vivenciada por pessoas que sobreviveram ao AVC e cuidadores familiares diante do enfrentamento da disfagia orofaríngea no contexto de vida cotidiana.

4.2 Participantes

Os participantes foram pessoas que sobreviveram ao AVC e apresentavam, no momento da alta hospitalar, sinais e sintomas de disfagia orofaríngea e seus respectivos cuidadores familiares. Esses indivíduos foram recrutados em uma instituição hospitalar que integra o Sistema Único de Saúde, em um dos municípios mais populosos do Sudoeste da Bahia.

Constituíram critérios de inclusão para as pessoas que sobreviveram ao AVC: idade igual ou superior a 20 anos, de ambos os sexos; diagnóstico médico de acidente vascular cerebral; sinais e sintomas de disfagia (tosse, engasgos, dificuldades de mastigação, tempo aumentado de deglutição, necessidade de mudança da consistência do alimento); indicadores para uso de vias alternativas de alimentação; tempo após alta hospitalar de no mínimo um mês e, no máximo, seis

meses; residir no município em estudo. Foram excluídos aqueles que apresentavam alguma comorbidade como Alzheimer, Parkinson, residiam na zona rural e que mudaram de cidade no período de coleta de dados.

O tempo máximo e mínimo após a alta hospitalar foi estabelecido para que pudesse ocorrer o processo de adaptação em domicílio, bem como o reconhecimento da doença e suas dificuldades por parte dos participantes. Dessa forma, poderiam expor suas experiências no enfrentamento da disfagia.

Os critérios de inclusão para os cuidadores familiares foram: idade superior a 20 anos, independentemente do sexo; que auxiliasse no preparo e na oferta da dieta ao sobrevivente do AVC. Excluíram-se aqueles que não auxiliavam nos cuidados, no preparo e oferta da dieta e que não estavam frequentemente presentes durante as refeições do paciente.

No caso de pessoas que sofreram o AVC e apresentavam déficit cognitivo severo e distúrbios da consciência, que impossibilitavam responder quaisquer perguntas, o questionário socioeconômico, as informações e o caso foram descritos na perspectiva do cuidador familiar.

Para identificação dos potenciais participantes, foram analisadas as autorizações de internação hospitalar (AIH), as quais possibilitaram identificar o nome das pessoas que vivenciaram o AVC no período em estudo. A seguir, com base no nomes dessas pessoas, a pesquisadora foi ao Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) para encontrar os respectivos números de prontuário.

Por meio da análise dos prontuários dos meses de outubro/2015 a junho/2016 foram identificados endereço e telefone dos possíveis participantes, assim como outros dados clínicos sobre uso de via alternativa de alimentação, diagnóstico de disfagia, sinais e sintomas mencionados nas evoluções da equipe de enfermagem, nutrição e fonoaudiologia. Nesta etapa, foram constatados déficits de registros nos prontuários e preenchimento incompleto das informações necessárias para identificação dos possíveis participantes.

Identificou-se um total de 132 prontuários, dos quais 71 foram excluídos por não serem de pacientes residentes no município, além de 39 perdas por ocorrência de óbito. Dos 22 prontuários selecionados de pessoas residentes no município, três foram excluídos por apresentarem comorbidade associada ao AVC (Alzheimer), e dois porque não traziam relatos de sinais e sintomas de disfagia.

Assim, fez-se contato inicial com 17 pessoas que sobreviveram ao AVC das seguintes formas: contato telefônico (12 casos) e visita domiciliar a cinco pacientes, com os quais não foi possível conversar por telefone. O objetivo deste contato inicial (via telefone) foi a apresentação da pesquisadora e obtenção de autorização para que pudesse visitá-los e apresentar formalmente os objetivos da pesquisa. Nessa etapa foram registradas duas perdas de pacientes que não concordaram em participar, e outras quatro por mudança de endereço e quatro devido a óbitos.

Foram, então, analisados sete casos de pessoas que sobreviveram ao AVC e que receberam alta hospitalar com disfagia. A descrição de cada caso foi realizada por meio de informações coletadas com cinco sobreviventes e sete cuidadores familiares, visto que em dois casos a descrição foi possível apenas com o cuidador, pois os pacientes não apresentavam condições físicas e cognitivas para participar deste processo.

4.3. Coleta de dados

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob o protocolo de apreciação nº 1.332.951 (ANEXO A).

A coleta de dados dos prontuários na unidade hospitalar para definir a população do estudo ocorreu de outubro de 2015 a junho de 2016. Já a coleta em domicílio foi realizada no período de dezembro de 2015 a julho de 2016. Após o consentimento verbal, agendou-se a primeira visita ao domicílio, para leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A, B). Após o consentimento formal, expresso por assinatura ao termo, iniciou-se a primeira entrevista. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade, individuais (paciente com AVC ou cuidador familiar), realizadas primeiramente com o paciente e, após, com o cuidador, em dias diferentes ou em dupla (paciente com AVC e cuidador familiar).

Todas as entrevistas foram realizadas em local, data e horários previamente marcados, de acordo com a preferência dos participantes, com duração de 45 a 60

minutos cada. Para identificação dos pacientes e dos cuidadores familiares, optou-se por utilizar as letras P e F, respectivamente.

No domicílio, realizaram-se observações diretas na tentativa de apreender a realidade social vivenciada pelos participantes, como aspectos relacionados às condições de vida (moradia, trabalho, higiene), relações sociais e outros que faziam parte de seus contextos. Para tanto, fez-se um diário de campo, no qual a pesquisadora relatou os detalhes constatados. As observações diretas limitaram-se ao contexto do local onde ocorreram as entrevistas (sala, quarto, varanda, cozinha).

As entrevistas foram conduzidas por meio de um roteiro (APÊNDICE C) que contemplou as características socioeconômicas da pessoa que sobreviveu ao AVC (idade, nível de escolaridade, estado civil, situação de trabalho, renda mensal) e as condições de saúde (tempo de diagnóstico do AVC, tempo de alta hospitalar, fatores de risco relacionados ao AVC, tempo que apresenta disfagia, sinais e sintomas mais comuns e tipo de consistência alimentar utilizada).

Algumas questões nortearam as entrevistas: *Conte-me como tem sido sua alimentação (do seu ente) nos últimos meses? Como é para você lidar com as dificuldades para alimentação após a alta hospitalar? Como você (ou vocês) fizeram para lidar com esse processo? Como você se sente em relação a esse processo? O que vocês fizeram para enfrentar essa situação? O que você gostaria de saber sobre seu problema para alimentar?* (APÊNDICE C).

Essas questões norteadoras das entrevistas foram extraídas da análise interpretativa preliminar e permitiram complementar as informações coletadas na primeira entrevista e finalizar a compreensão da experiência vivenciada por essas pessoas no ambiente social em que vivem.

Ao todo foram realizados 12 encontros, pois para alguns participantes houve a necessidade de duas visitas ou mais, para compreender o fenômeno em profundidade e alcançar a saturação teórica das informações.

As entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador de áudio e salvas em modo MP3, mediante o consentimento dos participantes. Cada uma delas foi identificada apenas numericamente, para o controle da pesquisadora, assim garantindo o anonimato dos participantes. Os dados permanecerão arquivados com a pesquisadora por um período mínimo de cinco anos, com vistas a necessidades de aprofundamento da análise dos dados e respostas a eventuais questionamentos.

4.4. Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da análise temática interpretativa, conduzida em um processo contínuo e simultâneo à coleta de dados, de acordo com as seis etapas recomendadas por Braun e Clarke (2006): familiarização com os dados; identificação dos códigos; agrupamento dos códigos em núcleos temáticos; revisão dos núcleos; definição e nomeação final dos núcleos; elaboração da descrição e interpretação dos significados expressos pelos participantes em cada núcleo.

O primeiro passo foi descrever e organizar os dados e, após, transcrever as entrevistas. À medida que se aprofundou a leitura deste material, fez-se a identificação dos códigos, os quais foram agrupados em núcleos temáticos, e, em seguida, houve a interpretação e compreensão da experiência vivenciada pelos participantes do estudo (MILES; HUBERMAN; SALDANA, 2014; MINAYO, 2008).

Para garantir a confiabilidade da análise dos dados, optou-se por adotar três critérios: (1) gravação das entrevistas e checagem das transcrições pelas pesquisadoras; (2) confirmação, com os participantes, sobre as descrições ao final das entrevistas; (3) confirmação dos códigos e núcleos temáticos, que foram checados entre os membros da equipe de pesquisa no decorrer da análise dos dados. Todo o processo de interpretação foi conduzido coletivamente por meio da discussão, revisão e reelaboração das descrições e interpretações.

5. RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os casos, os temas e os respectivos núcleos temáticos, identificados por meio dos significados atribuídos à experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o AVC.

5.1. Descrições dos casos

O quadro 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas das pessoas que sobreviveram ao AVC e de seus respectivos cuidadores familiares.

SOBREVIVENTE AO AVC						
Participante	Idade (anos)	Sexo	Estado civil	Situação ocupacional	Escolaridade (anos)	Grau de Parentesco
P1	66	M	Casado	Aposentado	1 – 4	
P2	66	F	Divorciada	Aposentada	1 – 4	
P3*	82	F	Viúva	Aposentada	0	
P4*	40	M	Solteiro	Afastado	5 – 8	
P5	30	F	Solteira	Desempregada	+ de 8	
P6	63	F	Casada	Desempregada	0	
P7	85	M	Viúvo	Aposentado	0	
CUIDADOR FAMILIAR						
F1	67	F	Casada	Aposentada	1 – 4	Cônjuge
F2	49	M	Casado	Aposentado	1 – 4	Filho
F3	39	F	Solteira	Desempregada	+ de 8	Filha
F4	47	M	Divorciado	Aposentado	1 – 4	Irmão
F5	57	F	Casada	Desempregada	1 – 4	Mãe
F6	28	F	Casada	Desempregada	+ de 8	Filha
F7	49	F	Casada	Trabalha	+ de 8	Filha

*Pacientes que não participaram da entrevista em virtude de suas condições físicas e cognitivas.

Fonte: Instrumento de coleta de dados (roteiro para a entrevista), Guanambi, 2016

Quadro 1 – Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes do estudo (2015-2016).

O quadro 2 apresenta as condições físicas, cognitivas e alimentares dos participantes acometidos por AVC.

Participante	Tempo de alta hospitalar (meses)	Limitação na mobilidade e locomoção	Déficits cognitivos	Alimentação por via oral	Alimentação por via alternativa
P1	Seis	Não	Não	Sim	-
P2	Quatro	Não	Não	Sim	-
P3*	Quatro	Sim	Sim	Não	SNE
P4*	Três	Sim	Sim	Não	Gastrostomia
P5	Um	Sim	Não	Sim	-
P6	Dois	Sim	Não	Sim	-
P7	Seis	Sim	Não	Sim	-

*Pacientes que não participaram da entrevista em virtude de suas condições físicas e cognitivas.

Fonte: Instrumento de coleta de dados (roteiro para a entrevista), Guanambi, 2015-2016

Quadro 2 – Caracterização física, cognitiva e alimentar dos participantes do estudo (2015-2016).

No grupo de participantes (três homens e quatro mulheres que sobreviveram ao AVC), a idade variou de 30 a 85 anos, com média de 61 anos. Cinco deles relataram ter filhos. Prevaleram pessoas com tempo de escolaridade até quatro anos (no Brasil, isso equivale ao ensino fundamental incompleto). Os sete sobreviventes ao AVC não possuíam plano de saúde complementar. A renda mensal média era de R\$ 880,00. Quatro relataram possuir renda por aposentadoria, e três não conseguiram se aposentar, mencionando dificuldades burocráticas para tanto.

A maioria dos cuidadores familiares era do sexo feminino e tinha filhos. A média de idade foi de 48 anos. Quanto ao grau de parentesco, quatro são filhos, um irmão, um cônjuge e uma mãe. A maioria era casada e residia próximo (quatro cuidadores familiares) ou com a pessoa que sobreviveu ao AVC (três cuidadores familiares). Dos sete cuidadores familiares, três eram aposentados, quatro deixaram de exercer atividades laborais remuneradas, um diminuiu a carga horária, e todos tinham renda média de R\$ 880,00.

Considerando os sete casos analisados, o tempo de internação hospitalar variou de 1 a 6 meses, e a maioria, no momento da primeira entrevista, tinha recebido alta há mais de 60 dias. Dos sete participantes, cinco encontravam-se com limitações na mobilidade e locomoção. Identificados também déficits cognitivos (dois

não respondiam aos estímulos solicitados). Em relação à alimentação, cinco se alimentavam por via oral, um por sonda nasointestinal e outro por gastrostomia em uso de traqueostomia.

Em todos os casos, a alimentação era preparada pelo cuidador familiar. Três tiveram acompanhamento de fonoaudiólogo em domicílio, um foi acompanhado no ambiente hospitalar e três não receberam orientações nem atendimento fonoaudiológico. Dos participantes que receberam atendimento fonoaudiológico, um foi particular e dois pelo programa de internação domiciliar. Dentre esses, apenas um não deu continuidade ao tratamento e não retirou a sonda de alimentação, porque não havia mais o profissional no programa e ele não dispunha de condições financeiras para contratar um fonoaudiólogo particular, assim como os demais que necessitavam desse acompanhamento.

A maioria dos participantes apresentava déficits físicos e demandava dos cuidadores familiares cuidados complexos no contexto domiciliar para os quais deveriam ser preparados. Todos eram dependentes do cuidador em termos do preparo para a dieta.

5.2. A experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral

A experiência da disfagia orofaríngea vivenciada por pessoas que sobreviveram ao AVC e seus cuidadores familiares foi caracterizada como uma trajetória de mudanças, sobretudo no modo de se alimentar. Pôde-se apreender como essas pessoas enfrentaram a disfagia na fase inicial após a alta hospitalar.

Por meio da análise temática foram identificados os seguintes núcleos temáticos: **mudanças na alimentação (preparo, manejo e oferta da dieta), dificuldades e sentimentos do paciente e cuidador familiar e o apoio social.**



Figura 1 – Diagrama interpretativo relacionado à experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral.

5.2.1. As mudanças no preparo, manejo e oferta da dieta após o AVC

No núcleo temático **mudanças na alimentação** foram agrupados os códigos referentes a mudanças no preparo, manejo e oferta da dieta. Como em todos os casos a dieta era preparada e ofertada pelos seus cuidadores familiares, os relatos do preparo foram por eles descritos.

Os cuidadores familiares mencionaram a mudança no preparo, em termos de consistência da comida, e a necessidade de processar os alimentos no liquidificador, amassá-los e cozinhá-los bem, deixando-os “caldeados e moles”. Essa mudança da consistência foi mencionada principalmente no período imediato após alta hospitalar. Alguns participantes relataram sinais e sintomas iniciais de disfagia nesse período, tais como tosse e engasgos, embora, para eles, a dieta em consistência pastosa (“mole”) tenha favorecido a aceitação.

[...] Quando ele chegou do hospital, eu fazia um “chotizim”, fazia o pirão. [...] Até hoje ele quer pirão! Até hoje ele come comida mole com caldo, não pode ser sem caldo! Se botar farinha, ele não come! (F1)

[...] Tinha que cozinhar o alimento bem cozidinho, mas caldeado, amassar e colocar pouca quantidade na boca dela e devagar. Pra beber! Eu dava na colher, no canudo! [...] batia no liquidificador e ainda coava e tentava dar ela! [...] era bem papinha, era tipo um bebê! (F2)

[...] cozinha as verduras, depois bate no liquidificador, aí tem que ir coando 10 vezes, pra não ficar nada, senão entope. [...] Coloco aqui na sonda, naquelas bichinha que eles dão, cada pouquinho de nada. Na boca é mais grossinha! É sopinha, verdura mesmo, um danoninho, [...] na sonda a gente tem que colocar bem líquido mesmo [...] pela boca eu faço um pratinho de mingau e dou pra ela e ela gosta... e ela come. (F3)

[...] A sopa tem dia que faço, coloco as verduras, eu coloco abóbora, tem dia que faço feijão, faço macarrão com verdura, bato tudo! Eu dou com a seringa, coloca na mangueira (gastrostomia). (F4)

[...] No começo foi tudo bem amassadinho! Porque ele (médico do hospital) falou que não pode comer assim, muito inteiro ainda, pra não engasgar, né?! Porque era muito perigoso. Aí, a gente pisava a comida e machucava, machucava, bem molinha, que nem comida de menino novo mesmo. Eu achei difícil! Pra mim a comida não sustentava! (F5)

[...] Tinha que cozinhar, voltar, bater no liquidificador. Quando ele voltou a ingerir, a gente só passava na peneirinha, mas, na época da sonda, a gente tinha umas três peneirinhas e, às vezes, usava até um tecido pra poder coar! Depois que ele voltou a alimentar pela boca, era comida batida, coada, colocava numa vasilhinha e ele ia comendo aos pouquinhos! Aí foi ficando mais grosso, depois dando amassado, conforme ele ia sentindo mais facilidade, a gente ia deixando a comida normal (F7).

Quanto ao **manejo e oferta da dieta**, os familiares cuidadores pontuaram a dependência do paciente e a necessidade de ofertarem a alimentação diariamente com maior tempo e cuidado. Nesse processo, depararam-se com dificuldades orofaciais e sinais de disfagia. Em suas falas, mencionaram que “derramava da boca” (escape oral de alimento), havia acúmulo de alimento na boca, tosse e engasgos, além de ser necessário muito tempo para deglutição.

[...] Ele tinha dificuldade. Eu dava na boca! Mas ele depois foi pegando com a mão... Porque ele não pegava com a mão. Ele não pegava, não pegava prato, não pegava nada, a mão tava caindo. Aí eu pegava e botava na boca dele. Ele comia umas quatro cuié e pronto. [...] aí agora a mão dele foi consertando, antes eu dava na boca dele. Dei muito na boca dele. Jesus é meu testemunho. (F1)

[...] Eu botava comida na boca dela e ficava prestando atenção, observava a boca dela, se engolia e não tinha resto de alimento, Eu observa bastante pra depois eu botar mais comida, aí a gente ia colocando aos pouquinhos, para colocar e descer com facilidade, esperava ela engolir, era bem devagar mesmo. Demorava umas duas horas mais ou menos para dar alimentação ela, porque era bem devagar, eu dava na colher ou no canudo. (F2)

[...] A água era na seringa, porque ela poderia engasgar, depois eu dava no canudo, até hoje, às vezes, ela tem que tomar no canudo. Eu dava na boca dela, depois ela foi melhorando e eu levo o prato e ela já pega com a mãozinha dela. Mas a gente tem que ficar perto porque o prato fica pra cair, ela come igual um passarinho derramando tudo. (F5)

[...] A gente faz a alimentação dela e dá na boca. Porque se a gente deixar ela comer com a mão dela, ela começa colocar e acaba engasgando. (F6)

Os cuidadores também relataram ser necessário adaptar utensílios e utilizar seringas e canudos para minimizar as dificuldades e diminuir os sinais de disfagia.

5.2.2. Dificuldades e sentimentos dos pacientes e cuidadores para lidar com a disfagia

No núcleo temático **dificuldades e sentimentos dos pacientes e cuidadores familiares** foram agrupados os códigos referentes às dificuldades enfrentadas durante a alimentação. As queixas durante o ato de alimentar estão relacionadas aos sinais e sintomas de disfagia. Na perspectiva dos cuidadores familiares, há dificuldades para mastigar o alimento, acúmulo de alimento na boca, queda dos alimentos e maior tempo para deglutir.

[...] Ele tinha dificuldade para comer, um trem assim na garganta que não descia a comida. (F1)

[...] Qualquer coisa que engolia ela engasgava. Era como se fosse tampando a garganta, parava na boca, ela não conseguia engolir, tinha muita dificuldade de abrir a boca, tossia, tinha vez que ela engasgava com a própria saliva [...]. (F2)

[...] Ela tinha que engolir devagarzinho, dar aquela paradinha, pra não engolir de vez, eu achei um pouquinho difícil, tudo, até a água foi duro [...] Descia assim, bem devagarzinho pra não engasgar, [...] enquanto ela não engolisse aquilo ali, não podia dar a outra colher. [...] A boca ficava assim (gesto de torta e aberta) [...] comia devagar, só pedia mais, quando ela falava entortava a boca. [...] difícil só foi isso aí. (F5)

[...] Logo após o AVC, a gente via que ela tinha muita dificuldade assim de engolir, que às vezes ela engasgava bastante, no mastigar eu vejo que ela tem um pouco de dificuldade, ela come e a comida acaba caindo nela, a comida fica tudo no canto da boca [...] Ela engasga muito com a água (F6).

[...] No engolir, parece que ele não conseguia direito, como se ele não tivesse força para a comida continuar descendo. Ele colocava na boca e ficava um bom tempo né, tentando engolir, até conseguia um pouquinho, com muita dificuldade (F7).

Alguns sobreviventes ao AVC também verbalizaram dificuldades durante a alimentação, sobretudo com líquidos. A tosse emergiu como um dos sintomas mais

incômodos. Dois participantes relataram, inclusive, evitar ingerir líquidos ou bebê-los apenas em pouca quantidade.

[...] Parece que faz um nó aqui, ó (garganta) [...] Só não quer descer, mas embaixo não sente nada (estômago)[...] Eu não como coisa seca, só mole. Quando eu como seco, fica na garganta presa. (P1)

[...] Hoje, tem hora que eu tusso, eu como com um copo de água do lado, eu como devagar, e qualquer coisa, se eu facilitar cai em meu “gurguminho” (P2)

[...] Eu vou colocando na boca, e parece que a comida não desce, fica aqui parada (passa a mão na garganta). [...] Às vezes quando tô comendo assim, eu começo tossir, parece que é uma coisa, só colocar a comida na boca começa uma tosse ou quando tomava um suco ou água (P6).

[...]Quando tem que beber água e café eu bebo com gole pequeno, porque senão disgrama a tossir. Mas não posso beber muita água, bebo no copo pequeno (P7).

Nas falas, observam-se também sinais e sintomas que dificultam a ingestão de qualquer quantidade de alimento por via oral, o que demanda estabelecer uma via alternativa. Os sinais e sintomas citados pelos cuidadores familiares estão relacionados à gravidade e funcionalidade, resultando em maior tempo para início da alimentação por via oral e retirada da via alternativa.

[...] Ela não consegue alimentar, acho que a língua, tá enrolada a língua, por causa do AVC, aí ela não come. [...], quando ela comia, era mesma coisa de nada, assim, colocava na boca dela, ela engasgava, que não tinha como engolir, ficava saindo pro lado de fora [...] Parava assim, não tinha fome, aí vai ter que usar a sonda mesmo [...] ela não consegue comer um prato, é por isso que ela ainda tá com a sonda, se tirar a sonda ela passa fome. (F3)

[...] Ele não tem o movimento da boca e da língua é por isso que ele não consegue comer, por isso ele tem que comer pela sonda na barriga (gastrostomia), ele não tem força para engolir e se der pode tampar o fôlego dele, a gente nem arrisca. (F4)

A disfagia afetou a capacidade do paciente tomar a medicação e, conseqüentemente, contribuiu para que não aderisse ao tratamento prescrito, apesar do risco de comprometer sua saúde. Nesse sentido, foram relatadas, pelos pacientes e cuidadores familiares, algumas adequações, por exemplo, mastigar e amassar o medicamento.

[...] Quando eu vou tomar um remédio eu tenho que mastigar ele, depois que eu coloco água para engolir, porque não desce. (P1)

[...] muita das vezes até o próprio medicamento ela não conseguia engolir, a gente colocava na boca duas a três vezes pra tentar que ela engolia [...] tinha que ficar de olho se engoliu [...] teve outras vezes eu “massava” o comprimido, aí ela tomava melhor. (F2)

[...] vejo que ela tem muita dificuldade em engolir comprimido. Às vezes, a gente quebra o comprimido e coloca um pouco de água e dá. A gente percebe que dá e ela não engole, ela começa a conversar e começa a sair o comprimido, a baba com o comprimido. [...] Ela toma bem pouca água, por isso eu acho que o comprimido não desce mesmo. (F6)

[...] Hoje a dificuldade é só de engolir o comprimido. Tem hora que fica parado, não desce não, fica aqui (garganta), não sei porque, aí eu falo que o comprimido não desceu não, custa descer. (F7)

[...] É difícil engolir o comprimido, a água vai e o comprimido fica na boca, ele fica rodando na boca, se derrete amarga muito. (P7)

No processo do cuidar e, principalmente, nos momentos de oferta da alimentação, os cuidadores familiares se depararam com dificuldades. Alguns reconheceram sentir medo por não saberem lidar com os engasgos. Em suas falas fica evidente também a preocupação com o manejo da sonda de alimentação.

[...] Eu ficava com medo de dar o alimento e cair no goto, em uma criança a gente sacode, faz alguma coisa, e se fosse nela, então ficava com medo. (F2)

[...] É um desespero, quando ela engasga a gente fica desesperada. Porque com ela sentada, a gente fica sem poder fazer muita coisa, aí eu bato nela, aqui assim (tronco), aí ela vai voltando aos poucos a respirar. (F6)

[...] Foi difícil, a gente colocava na boca duas a três vezes pra tentar que ela engolia [...] tinha que ficar de olho se era engoliu, ela engasgava com a saliva, eu não podia sair de perto. (F2)

[...] na época da sonda, a gente tinha umas três peneirinhas e, às vezes, usava até um tecido pra poder coar, porque senão descia na sonda. Foi difícil, a gente tinha que fazer todas as tentativas para tentar resgatar a saúde, então assim, tudo era válido (F7).

[...] Aí a gente vai colocando na sonda, às vezes a sonda entope, vira uma confusão! Ela tem que voltar para o hospital pra botar de novo. Eh difícil pra ela, porque cada vez que tira e coloca machuca ela toda. É ruim demais ver ela, pra colocar a sonda ali, ela grita, dói demais, aí tem que fazer de tudo pra não deixar sair [...] É ruim demais [...] é por isso que tem que fazer os “trem” bem ralinho. Aí, coisa rala pra mim, ela não tá alimentando, mas tem que fazer tudo ralo agora. (F3)

O manejo da sonda de alimentação requer mais tempo e mudança da consistência dos alimentos, o que torna necessário passá-los várias vezes na peneira com o objetivo de não entupir a SNE. O cuidadores precisam ainda retornar ao hospital diversas vezes para trocá-la, causando dor e ferimento ao sobrevivente.

Alguns cuidadores familiares vivenciaram mudanças em seu cotidiano de vida, inclusive sobrecarga no processo do cuidar. Duas das dificuldades por eles referidas foram falta de conhecimento e necessidade de cuidarem sozinhos de seus entes.

[...] Quando começou foi difícil, eu não sabia mexer com nada, porque eu era sozinha, fiquei sem saber o que fazer, a gente que tem que se virar. [...]. E eles (internação domiciliar) não vêm todo dia não (F3)

[...] Ficou um pouquinho pesado, um pouco puxado, “labutar” com uma pessoa que tem problema, aí é muito difícil. Comidinha, tem que ser tudo bem cozida, bem molinha, dar na boca, dar pra beber água. Porque assim, a gente não achou ajuda nenhuma, [...] Como a gente não tem ninguém, pra mim sozinha fica ruim pegar ela, que eu não aguento. (F5)

[...] Ah, foi difícil viu! Porque, eu sozinha! Aqui quase ninguém! Todo dia, a gente que tem que se virar. Foi difícil, ele deu trabalho. O pior que ele bebe, fala que não, mas bebe. Aí da mais trabalho. Não tinha quem enfrentava pra mim, né, minha fia! (F1)

Quando ela chegou, não tinha experiência de nada, a gente foi tentando [...] Os primeiros dias, foi muito ruim, você não tem experiência, eu não sabia lhe dar [...] eu não tinha orientação, então foi ruim, eu não sabia. [...] Tinha muita coisa que eu não tinha conhecimento. Mas depois de duas semanas eu já estava bem. (F2)

[...] Foi difícil pra cuidar dele. Quando ele veio, a gente não sabia direito mexer nele, a gente não tinha experiência nenhuma. Aí eu aprendi lá no hospital a trocar fralda e fazer as coisas pra ele. Pra mim, pra pegar a prática, trocar a fralda, dar o banho nele foi difícil. (F4)

[...] Foi terrível, muito difícil, porque quando estava no hospital tinha o acompanhamento de toda equipe, dos enfermeiros e tudo, por mais que a gente arrumou uma equipe pra cuidar, mas não tinha o médico 24 horas, e no hospital qualquer coisa a gente chama o médico... Então quando a gente veio pra casa, foi muito difícil, e lá no hospital, não tinha necessidade do médico tá acompanhando todo o tempo. (F7)

Na vivência do processo de cuidar, alguns cuidadores familiares relataram sobrecarga interferindo tanto no convívio social quanto na saúde física. Foram mencionados cansaço, dificuldades em cuidar sozinho, problemas de saúde e ausência de vida social.

[...] Foi muito ruim, porque eu não sai no portão! Eu fiquei mais de 15 dias no quarto dela deitado do lado dela. Porque tinha que vez que tinha que ficar de olho, tinha vez que ela engasgava com a própria saliva, era ruim por causa disso. Não conseguia dormir, vivia cansado, teve um dia que minha pressão estava altíssima, era só duas horas de sono, batia um desespero. Falava com Deus pra ele ajudar... Eu não aguentava mais. Eu ficava sem hora de comer, tomar banho, sai. Só dentro do quarto cuidando dela. (F2)

[...] Nossa é muito difícil, porque nunca tivemos contato com uma situação dessa, aí tivemos que mudar completamente a nossa rotina, não temos mais a vida que tinha antes. Agora a gente vive em função dela, é muito difícil. (F6)

[...] Pra mim, pra pegar a prática, trocar a fralda, dar o banho nele foi difícil, porque eu tenho problema de coluna, tem dia que amanheço travado e não consigo fazer nada [...] É difícil geral, é dinheiro, é força, é saúde, a gente adoce também. (F4)

[...] Tem vez que nem vou pra igreja pra dar comida pra ele, né? (F1)

Outro ponto referido por alguns participantes foi a questão financeira, pois a baixa renda não era suficiente para arcar com os custos do cuidado e da manutenção da casa. Um cuidador relatou dívidas e não ter condições de comprar suplementação alimentar.

[...] A injeção é cara, a gente fez o bilhete de rifa, mas acabou, ajudou, ajudou bastante. Tem o nutrem que é caro, o sustagem também. Nós não temos dinheiro, eu tomo dinheiro de agiota, pago parcela, paguei duas, três, pra dar de comer eu entro no débito de novo e tem que viver assim. (F 4)

[...] A gente não tinha condições de pagar um enfermeiro, não tinha condições de pagar um médico ou profissional pra ajudar a gente. O medicamento ela jogava no chão, ela cospia, aí era o medicamento caro, eu não tava prevenindo, teve época que não tinha dinheiro, foi difícil por causa disso. (F2)

[...] Porque a gente não tinha. Condições, aliás, nem tem ainda a cadeira do banho. Nem isso a gente não tem, não conseguiu de jeito nenhum. (F5)

Já alguns sobreviventes ao AVC mencionaram **sentimentos** de medo, frustração, inferiorização e dependência, ao lidarem com a disfagia e as mudanças e adaptações a esse processo. Para eles, uma situação bastante difícil.

[...] Eu comia bem. Eu comia eu comia “inté” mandioca dura e mandioca crua, eu comia. E agora, depois do derrame pra cá, é que “abandonou” foi tudo, não posso comer, é difícil. Eu mudo tudo e tento comer, tenho que molhar biscoito, comer com caldo [...]. [...] comida mole, eu como bastante.

Agora se “ponhar” aí, e pôr farinha, pra mim, perdeu comida, porque eu não como. (P1)

[...] Era muito ruim (choro). Fazia “gastura” (SNE) Eu queria comer e não podia comer. Eu não podia comer não. Só vontade de comer! Sentia fome e não podia comer (choro). (P7)

[...] Foi bem difícil, parece que eu não conseguia pegar na colher, eu tossia, a comida caía [...] Eu fiquei com muito medo, eu não conseguia levantar a cabeça [...] Foi tanta dificuldade, eu ficava com medo. (P2)

[...] Eu queria comer sozinha, não podia me dar, porque eu saía derramando tudo, igual ‘meninim’, igual bebê mesmo. Foi difícil, né? Foi ruim. (P5)

[...]. E eu queria comer sozinha, não podia me dar, porque eu saía derramando tudo. Foi difícil, né? Foi ruim (P2)

Para os cuidadores familiares, o processo de cuidar e o fato de verem seus entes com dificuldades trouxeram sentimentos de frustração, impotência, medo e nervosismo, por não saberem lidar com a situação e não se sentirem preparados para assumir a tarefa de ofertar o alimento, agora de um modo totalmente diferente. Nos casos de pessoas em uso da dieta enteral, a alimentação via oral tornou-se desconfortável, complexa e gerou para o paciente e cuidador sofrimento e pesar.

[...] Fazer a comidinha, fazer e não dá certo, colocar aquele “negoço” na sonda, tudo eu ficava nervosa. [...] Eu lembro que eu fiquei tão nervosa, comecei chorar também! Com medo de não acertar fazer as coisas. (F3)

[...] É difícil ver ele assim, uma pessoa que não responde a nada, comer por esse “negoço”. Isso dá uma tristeza tão grande (choro). (F4)

[...] Hoje é diferente, porque ela mesmo ia lá e comia as coisinha dela, botava o leite dela, porque ela tava doente, mas ela levantava, pegava, fazia tudo [...] ela gostava de comer umas comida diferente! Hoje não pode dar, tudo que ela gosta não pode. Tem coisa que ela come hoje, que ela não gostava, pela sonda, tem que comer na marra. É que ela, coitada, não tá nem vendo, tem coisa que ela nem gosta (F3)

[...] É difícil, porque ver um parente seu assim, doente, então não é fácil. Uma pessoa que era ágil, que era independente, que fazia tudo, comia de tudo e hoje depende completamente dos outros, é complicado você ver um parente seu assim. (F7)

[...] era complicado, em saber que a pessoa que você tá cuidando, poderia ter necessidade de tá ingerindo coisas via oral, e não tá conseguindo [...] queria comer, sentia vontade de comer e a gente não podia dar pra ele. Teve um dia mesmo que ele chorou, e ninguém sabia o porque ele tava chorando, foi o momento mais difícil, quando a gente foi descobrir era por causa de um feijão farofado (F7).

Os pacientes mencionaram a dificuldade de adaptação a essa disfunção, em especial na fase inicial do processo de recuperação. Relembrou os sentimentos de insatisfação, sofrimento, desânimo e, muitas vezes, até mesmo a desistência diante dos sinais e sintomas da disfagia, principalmente pela tosse constante e dificuldade de engolir o bolo alimentar.

[...] parece que eu não conseguia pegar na colher, eu tossia, a comida caía
 [...] Eu fiquei com muito medo, eu não conseguia levantar a cabeça. Foi tanta dificuldade, eu ficava com medo. (P2)

[...] Era uma tosse horrível, eu pensava que eu ia até morrer, dava uma dor, uma falta de ar: É ruim, essa tosse é embaçada demais, fico sem jeito [...] Difícil, eu não posso nem tomar um café. A coisa que eu mais gosto é comer, tenho vontade de comer bastante. (P6).

[...] Queria beber um golão de água e não posso (choro). A comida cai no goito, aí eu dou para tossir, se eu tossir muito eu vomito, é uma tristeza (P7).

5.2.3. O apoio social como instrumento para enfrentamento da disfagia

No núcleo temático **apoio social**, identificou-se que os participantes vivenciaram fragilidades para o enfrentamento da experiência da enfermidade e das dificuldades cotidianas e, para tanto, o suporte emocional foi fundamental. O apoio de amigos e familiares e a religiosidade revelaram-se essenciais. Entretanto, foram identificados déficits de apoio informacional ao longo do processo de recuperação, em decorrência do pequeno contato com profissionais no processo de alta hospitalar.

Os participantes referiram que a fé em Deus foi fundamental para enfrentarem as situações de dificuldades e isolamentos no processo do cuidado.

[...] Foi Deus! Nós temos que ter muita fé em Deus! Porque foi difícil! Falar que foi só ajuda nossa, a gente está mentindo! Falava com Deus pra ele ajudar! Deus existe! Tinha que ajudar! Eu não aguentava mais. Foi ajuda de Deus! Porque experiência a gente não tinha. Eu ficava sem hora de comer, tomar banho, sair. Só dentro do quarto cuidando dela. Então tinha que ser nós e Deus. (F2)

[...] eu pego com Deus e pronto. Entrego a Deus. [...] eu não vou morrer por isso! Que eu não vou comer isso aqui e joga fora... Mas de vez em quando dá aquela coisa ruim, vai cair, eu “seguro”. Deus me ajuda. É! (P1)

[...] Não tinha quem enfrentava pra mim?! Minhas “minina” moravam uma lá, outra em São Paulo, outra não sei aonde, tudo doente. E assim desse jeito aí. É duro, mas com Deus tô vencendo e vou vencer! Meu Deus do céu, foi duro, minha fia. (F1)

[...] Né fácil, não, a gente se apegava muito com Deus, pedindo força pra Deus. Deus dá muita força pra gente, porque é difícil, é muito difícil. (F3)

[...] foi Deus, a gente pede força a Deus, só Deus. Tem que segurar na mão dele e ele na da gente, não deixar cair. Não acha ajuda de vizinho, nem de parente. Deus vai ajudar, Deus já ajudou muito e tá ajudando. (F5)

[...] Aí só Deus, só ele para ajudar isso aí vai até o dia que Deus quiser, porque a gente não acha ajuda nenhuma, esses vereador, esse povo, ninguém ajuda, deixa eles vim pedir voto aqui. (F4)

Apenas dois cuidadores relataram satisfação com o apoio recebido dos familiares, sendo o cuidado e a experiência compartilhados entre todos os membros da família. Essa situação proporcionou o fortalecimento do vínculo familiar e acolhimento por meio da proximidade, do cuidado e da ampliação do amor entre todos.

[...] Não é fácil assim, pra gente conviver, teve muito apoio da família, ela não tem uma pessoa que cuida dela, é eu é os meninos, são todos. Aqui, assim, não tem isso, que há, só as meninas que têm que ajudar a cuidar, todo mundo ajuda. [...] tem na hora do banho, meu menino pega eu para levar para o banho, pra colocar na cadeira (F6)

[...] O carinho foi dobrado né, pai? Meu Deus do céu, os filhos são 24 horas grudados. Não sei nem como te responder, É difícil, mas a gente um tá sustentando o outro, são 10 pessoas ao lado dele (choro), cada um vai dando apoio ao outro. (F7)

Alguns participantes contaram com o apoio informacional, caracterizado somente por orientações no processo de alta hospitalar, mas sem acompanhamento em domicílio.

[...] A enfermeira lá (hospital) ensinava, tanto o banho quanto alimentação, ensinou a fazer a limpeza, trocar o curativo, só a fisioterapia que não dá pra fazer, a perna dele travou. Só que ele saiu de lá do hospital e nem laudo deram, um relatório, por isso ficou difícil aposentar ele e não teve nenhum retorno, eles não falaram nada. É difícil. (F4)

[...] Aí, depois a gente veio para casa, conseguimos uma nutricionista, pelo postinho, ela veio, passou umas orientações e falou das coisas que a gente tinha que dar ela pra comer, que também era as coisas que a gente tava dando. [...] Ela falou pra não colocar muita comida na boca, não deixar ela

comer sozinha, que isso é por conta da doença essas dificuldades, que acontecem mesmo, só isso, que ela falou com a gente, mas ela só passou, mas outros profissionais não tem não. (F6)

Um dos participantes relatou não ter recebido qualquer orientação ou informação para o cuidado, inclusive sobre aspectos importantes da alimentação.

[...] Não, lá no hospital fala nada, não. Ninguém orientou, não. Ninguém orientou. (F1)

Os participantes ainda contaram com outro tipo de apoio, o formal, por meio do Programa de Internação Domiciliar. Este, alíás, é o único programa na cidade para apoio aos cuidados.

[...] Nos primeiros dias eu não tinha orientação, então foi ruim, eu não sabia [cuidar]. Com oito dias que a gente estava em casa, eles vieram (equipe de internação domiciliar). Eles orientaram e facilitou! Ela tinha orientação da fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista. Tinha muita coisa que eu não tinha conhecimento e eles me ensinaram. Feliz daqueles que pegaram a internação domiciliar. O atendimento foi mil vezes melhor que alguns do hospital. Cuidadosos, não deixa faltar material, mas às vezes falta. Foi muito bom!! (F2)

[...] Tivemos assim, a orientação que podíamos procurar o PSF, sobre a internação domiciliar, só que assim, a gente acabou não procurando. Montamos toda uma estrutura em casa, tinha o enfermeiro, tinha as orientações da nutricionista, tinha acompanhamento do médico, do fisioterapeuta, do fonoaudiólogo, então aí a gente foi seguindo, mas tudo particular. (F7)

[...] Dr. Ruan pegou e liberou ela, e falou que ia dar um jeito da pessoa atender ela em casa. Recebi, o médico passou uma receita como é que dá a comida. Aí ela (equipe de internação domiciliar) veio, ensinou pra gente como dava comidinha e tudo. Eles vêm de semana em semana. A fono vinha, só que não tem mais fono. As pessoas que já teve gente com AVC que me ajudou, ela falou como faz, vai dando aos poucos até que eles acostuma. Nenhum médico mandou dar a comida não, se a gente for esperar eles, até hoje ela estava aí com a sonda, eles nunca vêm. (F3)

Um cuidador descreveu sua insatisfação com o atendimento do programa de internação, sobretudo pela ausência de um fonoaudiólogo, expressando sentimentos de insegurança, desapontamento e falta de credibilidade. Relatou apoiar-se nas experiências de pessoas informais que já passaram por essa situação e o desejo de ver seu ente alimentando-se por via oral o mais rápido possível.

Diante de tantas dificuldades e desconfortos, houve menção à contratação de uma equipe particular para assistência ao cuidado, o que traria expectativa de melhora para a família e permitiria atendimento mais rápido e com melhor atenção. Entretanto, por falta de condições financeiras, essa não é uma alternativa viável para todos no Brasil.

6. DISCUSSÃO

Por meio deste estudo, foi possível compreender que a experiência de vivenciar a disfagia após o AVC pelo paciente e cuidador familiar ocorreu de modo intenso e envolveu uma trajetória marcada por mudanças e readaptações relacionadas à alimentação. Essa mudança foi percebida como algo difícil, que gerou uma sensação de despreparo no período imediato após alta a hospitalar.

Em termos das alterações no preparo da dieta, verificou-se que muitos adotaram o protocolo preconizado de mudança na consistência da dieta (NICE, 2013; SCOTTISH, 2010). Os resultados demonstraram adaptações no preparo, manejo e oferta da dieta, sobretudo no período imediato após alta hospitalar.

Ajustes na consistência da comida e a necessidade de processá-la no liquidificador, amassá-la e cozinhar bem, além de sinais e sintomas iniciais como a tosse, os engasgos e a consistência pastosa (“mole”), favoreceram a aceitação da dieta. Neste processo, os participantes evoluíram mediante erros e acertos, de modo que, com o tempo, a relutância e apreensão foram diminuindo.

Modificar a consistência das dietas é um dos primeiros e principais recursos para favorecer o retorno à deglutição por via oral, pois interfere diretamente no trânsito orofaríngeo e, portanto, mostra-se uma conduta eficiente para o controle oral e da aspiração (ANDRADE, 2012). Alimentos moles, possivelmente combinados com medidas de correção postural, melhoram os resultados. Assim, sempre que possível, a alimentação oral é a melhor opção (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION, 2014), pois pode evitar agravos como complicações respiratórias e nutricionais (SOUZA et al., 2003).

Apesar de ser uma estratégia favorável ao processo de reabilitação da disfagia, assim como descrito no estudo realizado por Abreu (2013), observou-se que as mudanças no preparo da dieta, mesmo que temporárias, foram impactantes para a percepção de bem-estar e prazer para se alimentar. Importante pontuar que, em alguns casos, a alimentação afeta inclusive o convívio social e familiar.

É possível que as dificuldades em aceitar o novo modo e tipo de alimentos interfiram na questão nutricional, uma vez que podem ocasionar uma ingesta em menor quantidade. Há, ainda, redução do prazer de se alimentar, o que pode levar à perda de peso e, conseqüentemente, à desnutrição (SCOTTISH, 2010).

Esse fato foi identificado também na pesquisa de Jacobsson et al. (2000), na qual muitos indivíduos relataram limitar a dieta após adequar a textura para que pudessem se alimentar de modo seguro. Outras vezes, há redução do apetite pela mudança do paladar e em virtude do cheiro exalado pela nova forma de apresentação dos alimentos, o que causa menor ingestão nutricional. Assim, sentir-se seguro para se alimentar também interfere na quantidade ingerida, na medida em que o receio de engasgar pode levar a uma ingestão em quantidade insuficiente.

A vivência da disfagia traz sentimentos relacionados ao sofrimento, ao medo de asfixia, ao desconforto para comer, à vergonha sobre sua aparência e à dependência, por vezes humilhante, durante as refeições (JACOBSSON et al., 2000; PERRY; MCLAREN, 2003a; 2003b). A tristeza também pode estar associada à necessidade de enfrentamento da situação de dependência, sobretudo por se tratar de uma pessoa cuja vida era alegre e independente e, após as complicações relacionadas ao AVC e à disfagia, sofreu uma impactante transformação do hábito alimentar (ANDRADE et al., 2009).

Segundo Nunes (2012), cerca de 30 a 40% dos sobreviventes requerem algum tipo de auxílio para a alimentação decorrente da disfagia orofaríngea no primeiro ano após o AVC. A perda de autonomia para a alimentação entre adultos e a conseqüente dependência dos mesmos expressam a gravidade dessa incapacidade. No AVC, além dos aspectos relacionados à disfagia, os pacientes apresentam outros comprometimentos motores e cognitivos que os tornam dependentes total ou parcialmente de cuidadores familiares.

Durante a oferta dos alimentos, pacientes e cuidadores identificaram os sintomas mais frequentes relacionados à disfagia: tosses, engasgos, ausência ou retardo de reflexo de deglutição, déficits no controle lingual, tempo prolongado para fazer as refeições, restos alimentares na boca após a refeição e escape anterior de alimentos pela boca. As alterações e as dificuldades durante a alimentação foram identificadas em alguns estudos, nos quais os participantes mencionaram acúmulo de alimentos na boca, manipulação dos alimentos no prato e derramamento de comida da boca (CARLSSON; EHRENBORG; EHNFORSS, 2004; KINKER; HAFSTEINSD; THORSTEINSSON, 2013; WESTERGREN et al., 2001).

A dificuldade de engolir pode resultar em aspiração e ingestão reduzida de alimentos, que, por sua vez, podem conduzir a complicações potencialmente graves de pneumonia, desnutrição e desidratação (SCOTTISH, 2010; REMESSO et al.,

2012). Além disso, pode impor consequências emocionais negativas no prazer alimentar, causando ansiedade e medo, os quais podem levar os pacientes a evitar a ingestão oral. Trata-se de uma situação preocupante, pois pode provocar desnutrição, desidratação, depressão e isolamento.

Foi evidenciado que alguns participantes, mesmo decorridos seis meses do AVC, apresentaram dificuldades para tomar a medicação, situação que requereu algumas adaptações. Estudo com onze pacientes idosos na Inglaterra, com diferentes graus de disfagia, relatou dificuldades por ser necessário amassar a medicação e ingeri-la apenas parcialmente devido ao gosto amargo, o que comprometeu o tratamento medicamentoso (KELLY; CRUZ; WRIGHT, 2009).

Assim, é de suma importância que os profissionais questionem sobre a medicação ingerida, principalmente em pacientes após AVC com história de disfagia, a fim de que a formulação prescrita seja adequada ao grau de dificuldade por eles apresentado. Da mesma forma, devem observar a capacidade de ingestão e orientar adaptações, tais como amassar, utilizar uma seringa, mastigar com algum alimento ou dissolver em líquidos.

Os profissionais envolvidos no cuidado de pessoas com AVC têm a responsabilidade de promover o adequado preparo do paciente e cuidador para a administração dos medicamentos e minimizar os efeitos adversos. Igualmente importante que profissionais com conhecimento em disfagia disponibilizem orientações (KELLY; CRUZ; WRIGHT, 2009).

No entanto, no presente estudo, foi possível apreender que os cuidadores e pacientes deixaram a unidade hospitalar inseguros, alguns por não receberem qualquer orientação e outros providos apenas de informações pouco elucidativas e generalizadas em relação aos cuidados domiciliares. Sozinhos, tiveram que aprender a preparar e reaprender a ingerir alimentos. Nesse sentido, o processo de aprendizagem ocorria mediante “tentativas” e erros, de modo que precisavam ser persistentes e descobrir, por conta própria, meios para uma melhor deglutição, bem como quais alimentos e texturas poderiam tolerar e qual modo de oferta era mais funcional.

Esse é um aspecto que tem sido apontado em estudos qualitativos sobre o AVC, os quais assinalam falta de preparo para alta hospitalar e ausência de informações necessárias para a continuidade do cuidado. Orientações e explicações sobre a patologia e as dificuldades que serão enfrentadas são fundamentais para

que o paciente e cuidador sintam-se seguros e possam se adaptar às novas condições.

Nesse sentido, a adaptação à disfagia orofaríngea deve ser discutida precocemente com pacientes e familiares, os quais devem ser plenamente engajados no processo de decisão terapêutica, para minimizar possíveis complicações (PERLINI; FARO, 2005). Assim, para a continuidade do cuidado em casa, é indispensável educar, treinar e orientar cuidadores durante o tempo de permanência do paciente no hospital (BOCCHI, 2004; CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Fornecer informações sobre as características da dieta, a postura adequada durante alimentação e a exclusão de alguns alimentos e a modificação da textura de outros é importante para o processo de adaptação às dificuldades (SILVA, 2007b). Recomendam-se a textura viscosa, a fim de facilitar a deglutição, e a exclusão de alimentos duros e fibrosos. Para alguns pacientes, os líquidos poderão ser espessados, para evitar aspiração (SOUZA et al., 2003). Essas orientações devem ser promovidas por meio de intervenções educativas que utilizem estratégias ativas e que tenham como objetivo tornar o paciente e o cuidador empoderados para a tomada de decisão diante das dificuldades orofaciais e motoras que possam requerer adaptações.

A presença do cuidador familiar no tratamento da disfagia favorece as decisões e orientações dos profissionais a respeito do gerenciamento da deglutição, sobretudo do fonoaudiólogo. Importante seguir as recomendações sobre postura e posicionamento para alimentação, consistência alimentar, quantidade de alimento por oferta e total, necessidade de realização de manobras, ritmo de oferta e higiene oral adequada (MORAES; SPEZZANO, 2012).

Segundo Silva (2004), a reabilitação deve ter como base a independência funcional do paciente e, por meio de seus programas, propiciar também a capacitação do cuidador ou do próprio paciente como instrumento fundamental da reabilitação. Tem como propósito educar, orientar e treinar o paciente disfágico e seu cuidador na reorganização de uma deglutição eficiente.

No processo de alta hospitalar, o paciente e o cuidador responsável devem ser orientados para que estejam atentos e saibam lidar com as alterações da deglutição, de modo a evitar complicações ao sobrevivente do AVC. Ganzella e Zago (2008) preconizam que o paciente receba um relatório de sua condição clínica,

assim como orientações para cuidados domiciliares, e que seja encaminhado para a equipe de reabilitação.

A distribuição de um manual educativo como estratégia e instrumento de apoio terapêutico fundamentado em conhecimentos científicos, contendo proposta de atividades selecionadas para recuperar, desenvolver ou reforçar as capacidades físicas, mentais e sociais, promove a saúde e a reinserção social (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Entre as orientações recomendadas e que necessitam ser esclarecidas nessa fase, estão: sugerir ao paciente colocar os alimentos na boca do lado não afetado; estimular a pessoa a alimentar-se pela sua mão; encorajá-la a comer lentamente, dando tempo para que mastigue e degluta os alimentos convenientemente; oferecer devagar, podendo utilizar canudos ou copos com configuração especial, que permitam ao doente incliná-los, mas sem reclinar a cabeça, de modo a facilitar a ingestão; talheres modificados (cabos de maior diâmetro – engrossadores de cabos) (SCOTTISH, 2010).

O uso desses recursos facilitam a apreensão, o corte e a ingestão dos alimentos; válido utilizar também copos com alça dupla ou recorte para auxiliar na ingestão de líquidos; pratos fundos e com borda facilitam a alimentação. É preciso também incentivar o uso dos membros superiores para segurar o copo, tendo o membro parético/plégico como apoio durante essa função; incentivar a utilização do membro superior parético/plégico como auxiliar em todas as etapas da alimentação, tais como cortar alimentos, passar manteiga no pão, beber de um copo com líquidos, servir-se de alimentos, dentre outras atividades (ABDULMASSIH et al., 2009; BRASIL, 2013c; DANIELS; HUCKABELL, 2014; MACEDO FILHO; GOMES; FURKIM, 2000; SCOTTISH, 2010).

Dessa forma, o processo de reabilitação deve ser voltado para estimular a funcionalidade tanto do paciente quanto de seus cuidadores, assim como para treinar os cuidadores quanto ao estímulo das potencialidades do paciente, na perspectiva de minimizar a sobrecarga de trabalho. Necessário ainda que os profissionais de saúde reconheçam a importância dessa relação e trabalhem com o paciente no sentido de estimular sua funcionalidade para atividades de vida diária (BOCCHI, 2004).

Segundo Miller et al. (2010), embora essas estratégias compensatórias possam oferecer algumas proteções contra aspirações e facilitar a adaptação ao

novo processo de deglutição, não há evidências de que recuperem as habilidades de deglutição. Conforme pesquisa realizada por Power et al. (2006) com 25 pacientes, há melhora rápida do processo de deglutição quando a intervenção associa-se a orientações, cuidados e estratégias terapêuticas realizados pelo fonoaudiólogo. Portanto, para melhores resultados e diminuição dos sinais e sintomas, há necessidade de acompanhamento do paciente e tratamento da musculatura alterada.

Estabelecer o diagnóstico e o prognóstico da disfagia é fundamental para nortear o gerenciamento deste distúrbio e reduzir a morbidade e mortalidade a ele associadas, principalmente após o AVC. A presença do fonoaudiólogo não somente na fase aguda, mas no decorrer do processo de reabilitação, nos diferentes níveis de cuidado, contribui para melhor prognóstico, reabilitação de possíveis sequelas e melhora da qualidade de vida (AMERICAN SPEECH-ANGUAGE-HERING ASSOCIATION, 2007).

Quando não há acompanhamento e orientações por profissionais é possível a ocorrência de engasgos durante a oferta dos alimentos, tal como evidenciado em alguns relatos dos cuidadores, o que lhes causou desespero, medo e insegurança. Para Fischer (2004), diante de qualquer sinal de engasgo, o cuidador deve interromper a oferta de alimento, colocar o paciente em posição sentada e inclinar sua cabeça em direção ao peito, a fim de evitar o fechamento das vias aéreas superiores e impedir que aspire o alimento engasgado.

As diretrizes do Suporte Básico de Vida (SBV) preconizam algumas condutas em situações de engasgo, inclusive para leigos: encorajar a vítima com obstrução de via aérea por corpo estranho a tossir fortemente e somente em caso de insucesso na desobstrução por tosse voluntária deve-se, primeiramente, solicitar ajuda e iniciar a manobra de Heimlich para desobstrução das vias aéreas.

No presente estudo, outros relatos de difíceis adaptações e conflitos envolveram a utilização de vias alternativas de alimentação. A dificuldade no manejo, o tempo gasto e a necessidade de mudança de consistência, mesmo seguindo informações recebidas na alta hospitalar, trouxeram sentimentos de insegurança e despreparo. Para os cuidadores, observar a pessoa em uso de sonda não sentir prazer em se alimentar gera dor e sofrimento. Além disso, há sensação de machucá-lo e desconforto.

Os relatos demonstraram ainda falta de orientação e cuidados no manejo da sonda. Um cuidador referiu a necessidade recorrente de trocá-la devido a entupimento. A oferta da dieta por sonda requer alimentos ralos e, após, limpeza com água para não ocorrer entupimento.

As sondas enterais têm a finalidade de administrar alimentos e são indicadas diante da impossibilidade de utilizar a via normal. No presente estudo, os cuidadores demonstraram conhecimento desse fato, porém, verbalizaram descontentamento pela ausência de um profissional para orientações, reabilitação e determinação do prazo de retirada da via alternativa (UNAMUNO; MARCHINI, 2002).

Aqueles que passaram pelo uso da sonda e retornaram à alimentação por via oral expressaram sentimentos de vitória e satisfação. A alimentação por sonda não é prazerosa, pois ela se torna um impedimento mecânico para a entrada do ar, o que exige respiração oral e concomitante alteração de olfato, paladar e sensibilidade da região intraoral. Além disso, trata-se de um dispositivo que pode irritar estruturas. Como vantagens, pode ser facilmente colocada e recolocada e garante um melhor resultado no estado nutricional do paciente, por reduzir os riscos de complicações respiratórias (BRASIL 2013c; SILVA, 2007b).

Segundo pesquisas, aproximadamente um terço dos pacientes com acidente vascular cerebral necessita utilizar vias alternativas para a nutrição enteral na fase aguda da doença e, destes, 10% dependem desta intervenção até seis meses após o acidente vascular cerebral (MORRIS, 2008; BEAVAN, 2010).

Geralmente, as administração das dietas enterais são realizadas pelo serviço de enfermagem do hospital, sendo consideradas fáceis e objetivas, por não dependerem do cuidador. Porém, quando o paciente requer esse cuidado em domicílio, é o cuidador quem assume essa função, ainda que não disponha de conhecimentos específicos para tanto (UNAMUNO; MARCHINI, 2002).

Segundo a *National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013)*, os pacientes na comunidade que têm alimentação por sonda entérica e os seus cuidadores devem receber um plano de cuidados e monitorização pela equipe de enfermagem e nutrição da Equipe de Saúde da Família, ou qualquer instituição de saúde. Necessitam também de treinamento e informações sobre o manuseio da alimentação pela via alternativa.

Nesse contexto, torna-se fundamental um programa de avaliação e reabilitação fonoaudiológica para retorno da dieta por via oral o mais rápido possível,

da mesma forma que é preciso orientar pacientes e cuidadores sobre os procedimentos, prováveis riscos, métodos de resolução de problemas comuns. Deve-se ainda fornecer um manual de instruções e números de telefone para que, se necessário, entrem em contato com um profissional de saúde que entenda as necessidades e os problemas daqueles que se alimentam dessa forma no domicílio (NICE, 2013; SCOTTISH, 2010).

Para enfrentamento do processo de cuidar, os participantes relataram que não receberam qualquer orientação ou apenas algumas informações na alta hospitalar, as quais muitos consideraram insuficientes. A equipe de enfermagem informou sobre limpeza e troca de curativo e oferta da alimentação apenas para pacientes com via alternativa de alimentação. Não houve explicação da disfagia, nem demais orientações e encaminhamentos. Assim, emergiram dos relatos sentimentos de insatisfação e abandono, bem como a constatação do recebimento de escassa informação durante a transferência do hospital para domicílio.

Diante desse contexto, observou-se que nenhum dos participantes teve contato com estratégias de educação em saúde, tanto no período hospitalar quanto de reabilitação, o que resultou nos diversos déficits de conhecimento citados anteriormente.

A experiência vivenciada por esses cuidadores demonstra que quanto mais comprometida a autonomia do sobrevivente, maiores as demandas e a complexidade das atividades desenvolvidas pelo cuidador. É, portanto, de extrema importância que se planeje uma assistência voltada não somente para o paciente, mas também ao cuidador familiar, pois o envolvimento das pessoas em casa no processo de recuperação pode interferir positivamente na sua saúde (REIS; CABUCCI, 2011).

Para Faro (2000), os cuidadores familiares recebem escassa orientação por parte dos profissionais a respeito dos cuidados com a saúde e, mesmo assim, cuidam de seus familiares doentes de uma forma intuitiva, com base em suas crenças, experiências e com o auxílio de informações compartilhadas com outras pessoas que vivenciam essa situação.

No presente estudo, queixaram-se, sobretudo, da dificuldade de assumirem sozinhos este cuidado e relataram ansiedade e falta de esperança associadas ao processo de isolamento social. Os sentimentos de medo, insegurança e nervosismo

reforçaram a sobrecarga imposta aos cuidadores, principalmente dos que não tiveram apoio e orientações.

Nessa perspectiva, a sobrecarga está frequentemente associada ao nível de dependência física, e isso faz com que o cuidado consuma grande parte do tempo do cuidador, o que o leva a se queixar de não poder cuidar da própria saúde (BOCCHI, 2004).

A prestação de cuidados demanda custos físicos, sociais, financeiros e afetivos. O desempenho do papel de cuidador informal interfere em aspectos da vida pessoal, familiar, laboral e social, predispondo-o a conflitos. A prestação de cuidados constitui, dessa forma, uma tarefa árdua e desgastante, que compromete a saúde física e psíquica (COSTA et al., 2015; MARTINS, 2003).

Os familiares cuidadores de pessoas com AVC geralmente têm problemas com o emprego, abandonando, reduzindo a jornada de trabalho ou tendo que sair mais cedo para se dedicar ao cuidado da pessoa com AVC. É comum que o sobrevivente não receba qualquer benefício devido a burocracias do processo de aposentadoria. Assim, os efeitos do AVC sobre os empregos representam perdas e problemas financeiros (ABREU, 2013; SILVA, 2014).

Muitos cuidadores necessitam de formação, educação, descanso e de cuidados com sua saúde física e mental. Para tanto, precisam da ajuda de outros familiares para o revezamento dos cuidados, bem como de orientações e capacitação da equipe de saúde para lidar com os aspectos específicos da patologia do paciente ou do seu grau de dependência (COSTA et al., 2015).

Sob essa perspectiva, observou-se que o apoio recebido nesse momento pela família trouxe conforto e força para a continuidade do cuidado. Na pesquisa de Ahuja et al, (2013), também emergiram relatos de apoio familiar e de algumas pessoas da comunidade no cuidado de pessoas com AVC, considerado uma importante forma de motivação, suporte psicológico e bem-estar devido à ausência de outros apoios.

Constatações como essas demonstram que o atual modelo de saúde não incorporou as intervenções recomendadas para a continuidade do cuidado diante do AVC, sobretudo aquelas relacionadas à reabilitação e à reintegração comunitária.

Não há cuidado e reabilitação sem a participação da família, principalmente no caso de orientações e intervenções direcionadas ao processo de alimentação. Dessa forma, é necessário que a equipe de Saúde envolva a família no preparo para

alta hospitalar, pois ela assumirá os cuidados do indivíduo. A atuação da equipe deve assegurar apoio, ações educativas e treinamento prático direcionado à busca constante da humanização e qualidade de vida para ambos (BRASIL, 2014).

Os planos estruturados de alta hospitalar são ferramentas capazes de aumentar a capacidade de autocuidado, fortalecer a adesão ao tratamento proposto, reduzir a frequência de hospitalizações não planejadas e estreitar a comunicação entre o hospital e o cuidado fornecido aos pacientes de forma resolutiva e humanizada.

O planejamento dessa alta deve alcançar o paciente e sua família, para que tenham entendimento e compreensão sobre como enfrentar o tratamento e o cuidado. Dessa forma, poderão auxiliar na obtenção de qualidade de vida e prevenir complicações no retorno do paciente ao convívio familiar e social, de maneira mais orientada e preparada e com menor chance de reinternações. (CEZAR et al, 2005).

Ski e O'Connell (2007) também relataram que a principal preocupação dos cuidadores de pacientes com AVC são os cuidados após a alta hospitalar. Nesse sentido, faz-se necessária a oferta de informações também por meio de Associações, grupos de apoio, reabilitação e ajuda domiciliar.

Em seu estudo, Souza et al. (2009) sugeriram algumas ações para potencializar a efetividade do acompanhamento de familiares de pessoas com AVC, tais como: curso básico de higiene e saúde; organização de grupos de apoio à promoção da saúde física, emocional e ações preventivas. Miller et al. (2010) sugeriram ainda grupos de apoio como organizações sobre AVC e cuidados, cadastramento para recebimento de revistas, grupos para aconselhamentos e fornecimento de informações capazes de estimular habilidades para resolução de problemas, preparação, depressão e qualidade de vida.

Dessa forma, pode-se dizer que a interação da equipe de saúde com o indivíduo incapacitado e seus cuidadores familiares é um processo de apoio para superação de obstáculos físicos, sociais, emocionais e educacionais.

O processo de cuidar de pessoas que vivenciam o AVC requer uma rede de atenção à saúde articulada, integrada e competente, para atender às demandas de cuidados tanto na fase aguda (pré-hospitalar e hospitalar) quanto crônica (hospitalar e pós-hospitalar).

Os resultados evidenciaram, após a alta hospitalar, recebimento de auxílio do programa de internação domiciliar e algumas orientações por parte das unidades

da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Já em termos da assistência domiciliar, conforme mencionado, um dos cuidadores descreveu sentimentos de desapontamento, falta de credibilidade e insegurança para o processo do cuidar, sobretudo pela ausência de um fonoaudiólogo. Relatou ainda ter recebido apoio de pessoas informais que já passaram por essa situação e o desejo de ver seu ente alimentando de forma segura.

Esses resultados demonstram como os participantes tiveram que lidar com o processo de aprendizagem e adaptação da nova realidade sem o apoio de equipes de saúde. Na pesquisa de Carlsson, Ehrenberg e Ehnfors (2004), foi relatada a experiência do sobrevivente do AVC diante da incapacidade dos profissionais para apoiar e orientar sobre novas estratégias de alimentação.

Segundo Witherington et al. (2008), quando não há transferência de informações e assistência precisas e completas por meio da interface do cuidado instala-se um grande risco para a segurança do paciente. Nesse sentido, os serviços de apoio formal das áreas social e de saúde disponíveis na comunidade revelam-se estratégias que contribuem para o atendimento das necessidades dos familiares e pacientes e têm papel fundamental no alívio da sobrecarga do cuidador e no direcionamento de suas ações (QUADROS, 2007).

Uma vez que são frequentes os casos em que o paciente deve dar continuidade aos cuidados após a alta hospitalar por período de tempo prolongado, faz-se necessária uma articulação entre práticas de diferentes profissionais e pontos da rede de atenção à saúde, pois favorece o engajamento do paciente e da família em domicílio e pode ser estruturada sob uma linha de cuidado. A linha de cuidado estabelece os fluxos de integração dos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme as necessidades de cada paciente.

As Unidades de Equipe de Saúde da Família, como pontos de retorno do usuário após a alta, devem estar aptas para dar continuidade à assistência à saúde, destacando-se no tratamento de doenças e na reabilitação em domicílio (BRASIL, 2011, 2013b).

A ESF tem a função de atender prioridades definidas localmente, enquanto os serviços especializados, hospitais, centros de reabilitação, entre outros, têm o objetivo de atender a demandas de modo imediato e pontual, no uso de aparatos de maior tecnologia. Apesar dos aparentes objetivos distintos, a meta em comum é proporcionar atenção integral à saúde aos indivíduos, de modo que precisam estar

bem articulados e em contínua comunicação, pois assim poderão melhor atender às demandas dos usuários (BOCCHI, 2014; BRASIL, 2013b, 2013c; COSTA et al., 2015)

A transição segura entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio é realizada por meio de diferentes modalidades de atendimento das equipes de saúde, dentre as quais se destaca a visita domiciliar. Tal estratégia integra a atenção em domicílio e refere-se a uma modalidade de intervenção que pode ser promovida por Unidades Básicas, Núcleos de Saúde da Família (NASF) e serviços de Atendimento Domiciliar (AD). Esses realizam um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo e devem objetivar não somente a assistência, mas também a prevenção e redução das taxas de internação e/ou reinternação por AVC (BRASIL, 2013b, 2013c).

Observa-se, nos resultados, que apenas dois pacientes tiveram acompanhamento com fonoaudiólogo após a alta hospitalar, o que possibilitou estabelecer uma intervenção para o retorno da dieta por via oral de modo seguro. Em ambos os casos, cuidadores e sobreviventes relataram satisfação, alívio e segurança pelo atendimento fornecido.

No grupo de profissionais, o fonoaudiólogo é o mais adequado para identificar e interpretar as alterações da dinâmica da deglutição. É ele quem deve caracterizar os sinais clínicos e definir as condutas que permitam o controle da disfunção e previnam as complicações comprometedoras da saúde geral do indivíduo (PADOVANI, 2010; SANTORO et al., 2011).

No entanto, apesar da ampliação da atuação deste profissional no SUS, seu acesso em todos os níveis de assistência ainda não está suficientemente garantido. Nota-se desconhecimento sobre a atuação de fonoaudiólogos nos níveis de atenção à saúde e, sobretudo, não se reconhece por completo a importância de sua atuação no serviço, a fim de acelerar o processo de alta e a reabilitação desse indivíduo (ABDULMASSIH et al., 2009).

Acresce-se que a organização da gestão em saúde ainda se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas e práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. Mostrando-se, portanto, inadequada para enfrentar os desafios postos por essas situações de saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

O ideal, no entanto, aponta na direção dos resultados deste estudo, ou seja, deve haver uma rede de práticas articuladas, em que todos os serviços e

profissionais constituam um componente fundamental do processo. Este, porém, ainda é um desafio para saúde brasileira.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea por pessoas que sobreviveram ao AVC e seus cuidadores familiares revelou-se permeada por dificuldades no processo de alimentação, rupturas na vida cotidiana e fragilidades assistenciais para atenção à saúde no contexto brasileiro investigado.

Vivenciar a disfagia após o AVC compromete a capacidade da pessoa se alimentar e demanda dos profissionais de saúde e cuidadores familiares atenção especial para assegurar, durante o processo de reabilitação, o melhor bem-estar possível e a manutenção dessa atividade de acordo com as necessidades da pessoa que sobrevive ao AVC.

O enfrentamento da disfagia ocorreu com poucas orientações, principalmente, no processo de transição do cuidado hospitalar para o domicílio, e pouco apoio formal. Foi possível observar que os sinais e sintomas deste distúrbio, como tosse e engasgos, e o despreparo aos cuidados são maiores na fase imediata pós-alta hospitalar, o que requer um planejamento integrado para promover o adequado preparo para o processo de transição do cuidado. Os cuidadores familiares que não tiveram orientações e auxílio nas condutas durante a alimentação depararam-se, inicialmente, com maior dificuldade no preparo, manejo e oferta da dieta, justamente quando os sinais e sintomas da disfagia eram mais frequentes. Esse aspecto gerou tanto para paciente quanto ao cuidador sentimentos negativos e dificuldades para o enfrentamento da reabilitação.

Observou-se também que, diante de dificuldades, despreparo e falta de conhecimento sobre as ações na alimentação, alguns sobreviventes do AVC e cuidadores familiares souberam lidar com o processo de disfagia realizando tentativas de modificar a consistência da dieta e, assim, minimizar a dificuldade de deglutição.

É visível que as instituições de saúde hospitalares e comunitárias ainda não estão significativamente preparadas para o processo de alta e acompanhamento de vítimas de AVC. São necessárias mudanças profundas no modelo de atenção à saúde para atender essas pessoas de modo integral, assim como seus cuidadores precisam de acompanhamento após a alta hospitalar.

Fornecer suporte fonoaudiológico na rede de atenção à saúde, da fase aguda ao período de reabilitação, pode contribuir com estratégias mais efetivas, por meio de orientações, treinamentos individuais, participação ativa no gerenciamento da disfagia e programas de educação do cuidador. A finalidade desse suporte é difundir e aprimorar os conhecimentos do cuidador familiar para o reconhecimento dos sinais da disfagia, bem como favorecer que incorpore condutas corretas no momento de ofertar alimentos por via oral e diante de engasgos. Dessa forma, é possível minimizar riscos ou reinternações por complicações respiratórias e nutricionais.

É necessário que a equipe de Saúde promova o envolvimento da família no preparo para alta hospitalar, pois ela assumirá os cuidados do indivíduo. A atuação da equipe deve envolver apoio, ações educativas e treinamento prático à busca constante da humanização e qualidade de vida para ambos.

Os resultados sinalizam para a necessidade tanto de modificações no atual modelo de cuidado implementado para pessoas com disfagia quanto de promoção de ações em saúde cujos focos residam na integralidade do cuidado, por meio de equipes multiprofissionais, com acompanhamento desde a internação hospitalar até a reinserção e reintegração comunitária.

Nesse sentido, sugere-se traçar estratégias, metas e objetivos a gestões e profissionais de saúde, para implementar a linha de cuidado do AVC, buscando a qualidade no cuidado prestado. Dessa forma, será possível transformar, de fato, a realidade social vivenciada por esses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABDULMASSIH, E. M. S. et al. Evolução de pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar. **International Archives of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 55-62, 2009.
- ABREU, L. J. N. P. **Perfil dos cuidadores e seu conhecimento a respeito da disfagia orofaríngea em pacientes com sequela de acidente vascular cerebral hospitalizados**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios de Comunicação) – Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação, Universidade do Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2013.
- AHUJA, S.S.; CLARK, S.; MORAHAN, M.E.; et al. The Journey to recovery: experiences and perceptions of individuals following stroke. *Journal of Physiotherapy*, Nova Zeland, v.41, n.1, p 36-43, 2013.
- ALMEIDA, T. M. et al. Prevalência de disfagia orofaríngea no acidente vascular cerebral após cirurgia cardíaca. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 17, n. 5, p. 1415-1419, 2015.
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION et al. Model Medical Review Guidelines for Dysphagia Services 2007. **ASHA**, 2007.
- ANDRADE, C. R. F. Prática baseada em evidência na disfagia. In: ANDRADE, C. R. F.; LIMONGI, S. C. O. **Disfagia: prática baseada em evidências**. São Paulo: Savier, 2012. p. 4-8.
- ANDRADE, C. R. F. Processamento Motor – Padrão de Organização da Mastigação e Deglutição. In: ANDRADE, C. R. F.; LIMONGI S.C.O. **Disfagia: prática baseada em evidências**. São Paulo: Savier, 2012. p. 24-9.
- BARONI, A. F. F. B.; FÁBIO, S. R. C.; DANTAS, R. O. Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.49, n.2, p. 118-124, 2012.
- BARROS, A. F.; FÁBIO, S. R. C.; FURKIM, A. M. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 64, n. 04, p. 1009-1014, 2006.
- BEAVAN, J., CONROY, S.P., HARWOOD, R., GLADMAN J.R.F, et al. Does looped nasogastric tube feeding improve nutritional delivery for patients with dysphagia after acute stroke? A randomized controlled trial. **Age Ageing**, v.39, n.5, p.:624-30, 2010.
- BOCCHI, S.C.M. Vivenciando a Sobrecarga ao vir a ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC) : uma Análise do conhecimento. **Rev. Latino-ameriana de Enferm**, v. 12, n.1, p. 15-121, jan./fev., 2004.

BOLZAN, G. D. P.; CHRISTMANN, M. K.; BERWIG, L. C.; ROCHA, R. M. Contribuição da ausculta cervical para avaliação clínica da disfagia orofaríngea. **Rev. CEFAC** v. 15, n. 2, p. 455–465, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000200023> . Acesso em: 18 Jan.2017.

BRANDÃO, D. M. S.; NASCIMENTO, J. L. S.; VIANNA, L. G. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 6, p. 738-743, 2009.

BRAUN, V., CLARKE V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantando a linha de cuidado do acidente vascular cerebral – AVC na rede de atenção às urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Rotinas para Atenção ao AVC**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2013b, Seção 1, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo craniano encefálico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

CARDOSO, A. T. et al. Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIII, n. 5, p. 135-143, 2011.

CARLSSON, E.; EHRENBORG, A.; EHNFORSS, M. Stroke and eating difficulties: Long-term experiences. **Journal of Clinical Nursing**, v.13, n. 7, p. 825-834, 2004.

CARLSSON, E. et al. Methodological issues in interviews involving people with communication impairments after acquired brain damage. **Qualitative Health Research**, v. 17, n. 10, p.1361-1371, 2007.

CESÁRIO, C. M. M.; PENASSO, P.; OLIVEIRA, A. P. R. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. **Rev. neurociênc.**, São Paulo, v.14, n.1, p. 6-9, 2006.

CORDOVAL, R. A. M.; CESARIANO, C. B.; TOGNOLA, W. A. Avaliação clínica evolutiva de pacientes pós - primeiro Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores. **Arquivos de Ciências da Saúde**, Ribeirão Preto, v. 14, n.2 , p. 71-75, 2007.

CLARA, M. C. G. **Evolução do Estado Nutricional num doente com Disfagia no pós-AVC.** (Tese de Dissertação). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação- Universidade do Porto. Porto- Portugal, 2009. Disponível em : https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54587/3/130996_0962TCD62.pdf. Acesso em set. 2016.

CHAI, J. et al. Prevalence of malnutrition and its risk factors in stroke patients residing in an infirmary. **Singapore medical journal**, v. 49, n. 4, p. 290-296, 2008.
CHAGAS, N.R.; MONTEIRO, A.R.M. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n.1, p. 193-204, 2004.

CRARY, M. A.; MANN, G. D. C.; GROHER, M. E. Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients. **Archives of Physical Medicine Rehabilitation**, v. 86, n.8, p.1516-1520, 2005.

CRARY, M.A.; CARNABY MANN, G.D.; GROHER, M.E.; HELSETH, E. Functional benefits of dysphagia therapy using adjunctive EMG biofeedback. **Dysphagia**, v.19, p.160-164, 2004.

DANIEL, S. K.; ANDERSON, J. A. WILLSON, P. C. Valid Items for Screening Dysphagia Risk in Patients With Stroke: A Systematic Review. **Stroke**, v. 43, n. 3, p.892-897, 2012.

DANIELS, S. K.; HUCKABEIE, M. L. Dysphagia following stroke. **Plural Publishing**, San Diego, v.16, n.2, 2008.

FARO, A. C. M. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. **Nursing**, v. 3, n. 3, p 26-28, 2000.

EASTERLING, C. et al. Attaining and mainting isometric and isokinetic goals ofm the shaker exercicise. **Dysphagia**, New York, v. 20, n. 2, p. 133-138, 2005.

FALSETTI, P. et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. **Journal of stroke and cerebrovascular diseases**, v. 18, n. 5, p. 329-335, 2009.

FERREIRA, A. V. S.; GARCIA, E. Suporte Básico de Vida. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo v.2, p.214-225, 2001.

FINESTONE, H. M.; GREENE-FINESTONE, L. S. Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. **CMAJ**, v.169, n. 10, p. 1041-1044, 2003.

FISCHER, A. K. S. Estudo sobre o conhecimento de cuidadores de pacientes geriátricos sobre o risco de aspiração pulmonar durante a alimentação. Dissertação (Mestrado em Distúrbios de Comunicação) – Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação em Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná, 2004. [dissertação mestrado].

FURKIM, A. M. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: FURKIM, A.M.; SANTINI, C. S. **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-fono, p. 229-258,2000.

FURKIM, A. M.; MATTANA, A. V. Disfagia orofaríngea neurogênica. **Revista de Fonoaudiologia do Conselho Regional de Fonoaudiologia**. 2ª região, São Paulo, v. 56, p.21 – 21, 2004.

FURKIM, A. M.; SACCO, A. B. F. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 10, n. 4, p. 503-512, 2008.

FURKIM, A. M.; MATTANA, A. Disfagia Neurogênica: Terapia. In: ORTIZ, K. Z. (Org.). **Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Fala e Deglutição**. Barueri. Ed. Manole, p. 302, 2010.

GANZELLA, M; ZAGO, M.M.F.. A alta hospitalar de pacientes e cuidadores: uma revisão integrada da literatura. **Rev. Acta Paul Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 351-355, out. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a19v21n2.pdf> Acesso em: 16 Fev.. 2017.

HINES, S. et al. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). **International journal of evidence-based healthcare**, v. 9, n. 2, p.148-150, 2011.

HOLMAN, C.; ROBERTS, S.; NICOL, M. Promoting adequate nutrition: using artificial feeding. **Nursing older people**, v. 17, n. 10, p. 31-32, 2006.

ITAQUY, R. B. et al. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 23, n.4, p. 385-389, 2011.

JACOBI, J.; LEVY, D.S.; SILVA, L.M.C. **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter. 2003, p.98-126.

JACOBSSON, C. et al. How people with stroke and healthy older people experience the eating process. **Journal of clinical nursing**, v. 9, n. 2, p. 255-264, 2000.

KARKOS, P. D. et al. Current evaluation of the dysphagic patient. **Hippokratia**, v.13, n.3, p. 141-149, 2009.

KELLY, J.; D'CRUZ, G.; WRIGHT, D. Patients with dysphagia: experiences of taking medication. **Journal of advanced nursing**, v. 66, n. 1, p. 82-91, 2009.

KLINKE, M.E.; HAFSTEINSD, T.B.; THORSTEINSSON, B., JONSDOTTI,H. Eating difficulties following stroke. **Journal of clinical nursing** · v.25, n.2, p. 271-282, 2013.

KLINKE, M. E. et al. Living at home with eating difficulties following stroke: a phenomenological study of younger people's experiences. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 1-2, p. 250-260, 2014.

LARSSON, H.; HEDELIN, B.; ATHILIN, E. Lived experiences of eating problems for patients with head and neck cancer during radiotherapy. **Journal of clinical nursing**, v. 12, n. 4, p. 562-570, 2003.

LARSSON, H.; HEDELIN, B.; ATHILIN, E. Needing a hand to hold: lived experiences during the trajectory of care for patients with head and neck cancer treated with radiotherapy. **Cancer nursing**, v. 30, n. 4, p. 324-334, 2007.

LAVINSKY, A. E; VIERA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá. v. 1, n. 26, p. 41-45, 2004. Disponível em : <https://desenvrepositorio.ufba.br/ri/bitstream/123456789/1762/1/1056.pdf> Acesso em: 09.Dez.2016.

LINDSAY, P. et al. World Stroke Organization global stroke services guidelines and action plan. **International Journal of Stroke**, v. 9, suplemento A100, p. 4-13, 2014.

MACEDO FILHO, E. D.; GOMES, G.; FURKIM, A. M. **Manual de cuidados do paciente com disfagia**. São Paulo: Lovise, 2000. p. 17-27.

MALAGELADA, J. R.; BAZZOLI, F.; ELEWAUT, A. et al. Dysphagia, **World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines**.2014.

MARTINO, R. et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. **Stroke**, v. 36, n. 12, p. 2756-2763, 2005.

MARCHESAN, I. Q.; FURKIM, A. M. Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição. In: COSTA, M.; CASTRO, L. P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 375-384.

MARCHESAN, I. Q. Deglutição, Normalidade. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. **Disfagias Orofaríngeas**. Carapicuíba: Pró-fono, 2004. p. 68-74.

MARCHESAN, I. Q. O que se considera normal na deglutição. In: JACOBI, J. S.; LEVY, D. S. **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p.19-26.

MEDEIROS, G. D. et al. Clinical dysphagia risk predictors after prolonged orotracheal intubation. **Clinics**, São Paulo, v. 69, n. 1, p. 8-14, 2014.

MEDIN, J. **Eating situations among women and men post stroke**. Stockholm, SW: Karolinska Institutet, 2010.

MEDIN, J. et al. Elderly persons' experience and management of eating situations 6 months after stroke. **Disability and Rehabilitation**, v. 32, n. 16, p. 1346-1353, 2010.

MILLER, E. L. et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the american heart association. **Stroke**, Baltimore, v.41, n. 10, p. 2402-48, 2010.

MORAES, D. P.; ANDRADE, C. R. F. Indicadores de disfagia no contexto hospitalar. In: ANDRADE, C. R. F.; LIMONGI, S. C. O. **Disfagia: prática baseada em evidências**. São Paulo: Savier, 2012. p. 24-31.

MORAES, D. P.; SPEZZANO, L. C. Programa Fonoaudiológico de Reabilitação da Disfagia em Enfermaria. In: ANDRADE, C. R. F.; LIMONGI, S. C. O. **Disfagia: Prática baseada em evidências**. São Paulo: Savier, 2012. p. 24-36.

MORRIS H. Dysphagia: implications of stroke on swallowing. **Nurs Resid Care**.v.10, n.8 ,p. 378-81, 2008.

NICE , NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, **Stroke rehabilitation, Long-term rehabilitation after stroke.Clinical guideline**.Issued: June 2013.Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162/resources/cg162-stroke-rehabilitation-full-guideline3>. Acesso em: Jun.2016.

NUNES, M. C. A. Correlação entre a lesão encefálica e a disfagia em pacientes adultos com acidente vascular encefálico. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 17, n.1, p. 115, 2012.

OLIVEIRA, M. S. de; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto – Enferm.**, v.17, n.1, p. 115-123, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/13.pdf>> Acesso em: 04 Jan.2017.

O'NEIL, K.H.; PURDY, M. FALK, J.; GALLO, L.The Dysphagia Outcome and Severity Scale . **Dysphagia**, v.14, n.3, p.139-45.1999.

OTOSSON, S.; LAURELL, G.; OLSSON, C. Symptom experience of food, eating and meals following radiotherapy for head and neck cancer: a qualitative study. **J. Clin. Nurs.**, v. 22, p. 1034-1043, 2013.

OKUBO, P.C.M.I. **Detecção de disfagia na fase aguda do acidente vascular isquêmico . Proposição de conduta baseada na caracterização dos fatores de risco**. Dissertação(Mestrado em Ciências da Saúde) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

PADOVANI, A. R. **Protocolo fonoaudiológico de introdução e transição da alimentação por via oral para pacientes com risco para disfagia (PITA)**. Dissertação (Mestrado em Comunicação Humana) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PANDOVANI, A. R. et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 199-205, 2007.

PAIXÃO, C. T.; SILVA, L. D.; CAMERINI, F. G. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p.181-190, 2010.

PUERARI, V. R. **Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após o acidente vascular encefálico**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 154-163, 2005.

PERRY, L.; MCLAREN, S. Eating difficulties after stroke. **Journal of advanced nursing**, v. 43, n. 4, p. 360-369, 2003.

PERRY, L.; MCLAREN, S. Coping and adaptation at six months after stroke: experiences with eating disabilities. **International journal of nursing studies**, v. 40, n. 2, p. 185-195, 2003.

PINTO, R. A. S. R. **Neurologia da deglutição**. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. R. Q. S. (org). **Disfagias Orofaríngeas**. São Paulo: Pró-Fono, v.2. p.1-14, 2008.

POWER, M.L.; FRASER, C.H.; HOBSON, A. et al. Evaluating oral stimulation as a treatment for dysphagia after stroke. **Dysphagia**, v.21, n.3, p. 49 –55, 2006.

QUADROS, V. A. da S. de. **Educação em saúde para familiares cuidadores de pacientes disfágicos pós-acidente vascular cerebral**. Dissertação. Universidade do Tuiuti do Paraná. 104f. Curitiba, 2007. Disponível em: http://tede.utp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=197> Acesso em 17 Dez. 2016.

REIS A. M.F. COBUCCI , R. A.S. Preparo para a alta hospitalar do paciente acometido por acidente vascular encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga. v.4, n.1, Jul./Ago. 2011.

REMESSO, G. C. et al. Swallowing disorders after ischemic stroke. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 69, n. 5, p. 785-789, 2012..

RICHARDS, L.; MORSE, J. M. **Readme first for a user's guide to qualitative methods**. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage, 2013.

SANTINI, C. S. Disfagia Neurogênica. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. **Disfagias Orofaríngeas**. 2ª ed. Barueri: Pró-fono, 2004. p.19-34.

SANTORO, P. P. Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 10, n. 2, 2008.

SANTORO, P. P. Avaliação otorrinolaringológica e fonoaudiológica na abordagem da disfagia orofaríngea: proposta de protocolo conjunto. **Braz. J. Otorhynolaryngol**, v. 77, n. 2, p. 201-203, 2011.

SHAKER, R.; GEENEN, J. E. Management of Dysphagia in Stroke Patients. **Gastroenterology & Hepatology**, v. 7, n. 5, p. 308-310, 2011.

SILVA, R. G. Disfagia neurogênica em adultos: uma proposta para avaliação clínica. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. **Disfagias Orofaringeas**. 2ª ed. Barueri: Pró-Fono, 2004. p. 35-48.

SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 391-97. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n3/24792.pdf> Acesso em 20 Dezr. 2016.

SILVA, R. G. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 123-130, 2007.

SILVA, M. M. **Cuidadores de paciente com disfagia neurogênica: perfil e conhecimentos relacionados à alimentação**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2007.

SILVA, A. L. **Fatores que interfere na adesão do cuidador ao tratamento fonoaudiológico para disfágicos dependentes**. Dissertação (Mestrado em Comunicação Humana) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SIMEONE, S. et al. The experience of stroke survivors three months after being discharged home: a phenomenological investigation. **European journal of cardiovascular nursing**, v. 14, n. 2, p. 162-169, 2015.

SIMÃO, S. et al. Avaliação clínica da relação entre postura, respiração e deglutição em paciente pós-acidente vascular cerebral na fase crônica: relato de caso. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 15, n. 5, p. 1371-1378, 2013.

SKI, C.; O'CONNEL, L. B. Stroke: the increasing complexity of carer needs. **J Neurosci Nurs**, v. 39, p.172-179, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA, Resolução nº 348, 3 de abril de 2003, Comitê de Motricidade Orofacial, 2003, p. 12. Disponível em: www.sbfa.org.br.

SOUZA, B. B. A. de; MARTINS, C.; CAMPOS, D. J.; BALSINI, I. D.; MEYER, L. R. **Nutrição e disfagia**. Guia para profissionais. NutroClínica, Curitiba, Paraná, 2003.

SOUSA, E. T. G. et al. Preparação para a alta hospitalar de pacientes neurocirúrgicos e seus familiares: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 1, p. 207-212, 2014.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. **Management of patients with stroke**: Identification and management of dysphagia. A National

Clinical Guideline. 2010. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign119.pdf>. Acesso em: Jun,2016.

SONSIN, P. B. et al. Análise da assistência nutricional a pacientes disfágicos hospitalizados na perspectiva de qualidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, p. 310-319, 2009.

TEASELL, R. et al. Dysphagia and Aspiration Following stroke. **Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation**.v. 5, p. 1-76, 2013.

UNAMUNO, M. R. D. L.; MARCHIN, J. S. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 1, p. 95-101, 2002. Disponível em: <http://www.proac.uff.br/esai2/sites/default/files/sonda_nasogastrica_artigo.pdf>. Acesso em: 10 jan .2017.

VASCONCELOS, A. P. de. A importância do trabalho em conjunto do fonoaudiólogo e do nutricionista no atendimento ao paciente disfágico. **Profala**, v. 24, 2013. Disponível em: <<http://www.profala.com/arttf159.htm>> Acesso em: 22 jan. 2017.

WESTERGREN, A. et al. Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. **Journal of Clinical Nursing**, v. 10, n.2, p. 257-269, 2001.

WESTERGREN, A.; OHLSSON, O.; HALLBERG, I. R. Eating difficulties in relation to gender, length of stay, and discharge to institutional care, among patients in stroke rehabilitation. **Disability and Rehabilitation**, v. 24, n. 10, p. 523-533, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Disability**. Genebra: WHO, 2014[S. I.]. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

XEREZ, D. Disfagia e acidente vascular encefálico. In: COSTA, M.; CASTRO, L. P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.42-56.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YOO, S. H. et al. Undernutrition as a predictor of poor clinical outcomes in acute ischemic stroke patients. **Archives of neurology**, v. 65, n.1, p. 39-43, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pessoa com AVC)

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa sob o título: **“A experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral”** que terá como objetivo compreender a experiência vivenciada por pessoas que, após o derrame, passaram a ter dificuldades para se alimentar relacionadas, principalmente, com a capacidade de mastigar e engolir os alimentos. Meu nome é Ana Cláudia Magalhães Matos, sou fonoaudióloga, pesquisadora responsável, mestranda em Ciências Ambientais e Saúde na Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Este projeto está sob orientação da pesquisadora e professora Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, rubriche todas as páginas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Suas informações serão importantes e poderão contribuir para que possamos identificar a experiência da dificuldade de alimentação em pessoas que vivenciaram o derrame e mostrar para os profissionais de saúde as necessidades de melhorias da qualidade do cuidado, principalmente no momento do seu retorno para casa. Ao final da pesquisa você poderá participar de uma atividade educativa que ajudará a esclarecer suas dúvidas sobre os cuidados, além de orientações sobre o processo de alimentação.

Precisarei realizar uma entrevista e, caso necessite, retornarei com o seu consentimento para complementar, esclarecer dúvidas e confirmar com você o que entendi sobre as informações que você me der. Serão coletadas informações relacionadas a sua idade, situação de trabalho, renda mensal, entre outros. Após isso, serão realizadas algumas perguntas sobre como tem sido para você alimentar após o AVC e como você e seus familiares/cuidadores têm enfrentado esse processo. A entrevista poderá durar em torno de uma hora, e as suas respostas poderão ser gravadas ou não, dependendo de sua vontade. O material gravado e as transcrições ficarão arquivados sob responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. Seu nome será mantido em sigilo, e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial das suas informações.

Você é livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo em seu atendimento no serviço de saúde. Você é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. Além disso, poderá retirar o seu consentimento mesmo após o início do estudo sem sofrer prejuízos no seu seguimento na instituição de saúde. Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto relacionado ao projeto este será ressarcido pela pesquisadora responsável.

Embora os desconfortos e riscos de sua participação sejam mínimos, você poderá ficar triste, emocionado, chorar ao conversar comigo e lembrar a sua experiência. Caso isso aconteça e você julgue necessário, você terá assistência imediata, integral e gratuita por danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios. Se você se

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (cuidador familiar)

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa sob o título: **“A experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral”**, que terá como objetivo compreender a experiência vivenciada por pessoas que, após o derrame, passaram a ter dificuldades para se alimentar, relacionadas principalmente com a capacidade de mastigar e engolir os alimentos. Meu nome é Ana Cláudia Magalhães Matos, sou fonoaudióloga, pesquisadora responsável, mestranda em Ciências Ambientais e Saúde na Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Este projeto está sob orientação da pesquisadora e professora Dr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, rubrique todas as páginas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Suas informações serão importantes e poderão contribuir para que possamos identificar a experiência da dificuldade de alimentação em pessoas que vivenciaram o derrame e mostrar para os profissionais de saúde as necessidades de melhorias da qualidade do cuidado, principalmente no momento do seu retorno para casa. Ao final da pesquisa você poderá participar de uma atividade educativa que ajudará a esclarecer suas dúvidas sobre os cuidados, além de orientações sobre o processo de alimentação.

Precisarei realizar uma entrevista e, caso necessite, retornarei com o seu consentimento para complementar, esclarecer dúvidas e confirmar com você o que entendi sobre as informações que você me der. Serão coletadas informações relacionadas a sua idade, situação de trabalho, renda mensal, entre outros. Após isso, serão realizadas algumas perguntas sobre como tem sido para você alimentar o seu ente após o AVC e como você e seus familiares têm enfrentado esse processo, quais orientações e cuidados têm recebido e realizado. A entrevista poderá durar em torno de uma hora, e as suas respostas poderão ser gravadas ou não, dependendo de sua vontade. O material gravado e as transcrições ficarão arquivados sob responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. Seu nome será mantido em sigilo, e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial das suas informações.

Você é livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo em seu atendimento no serviço de saúde. Você é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. Além disso, poderá retirar o seu consentimento mesmo após o início do estudo sem sofrer prejuízos no seu seguimento na instituição de saúde. Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto relacionado ao projeto este será ressarcido pela pesquisadora responsável.

Embora os desconfortos e riscos de sua participação sejam mínimos, você poderá ficar triste, emocionado, chorar ao conversar comigo e lembrar a sua experiência. Caso isso aconteça e você julgue necessário, você terá assistência imediata, integral e gratuita por danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios. Se você se sentir prejudicado com a pesquisa, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora.

O Sr.(a) terá acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Em caso de

dúvida, sobre a pesquisa você poderá entrar em contato comigo, nos telefones: (77) 3451.1247, (77) 8825.3174 e com a orientadora da pesquisa a Prof^aDr^a Vanessa da Silva Carvalho Vila, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás pelos telefones (62) 39461346, (62) 35466632. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás, telefone: (62) 39461512, localizado na Avenida Universitária, nº 1069, Setor Universitário, Goiânia, Goiás.

Eu, _____
_____, abaixo assinado, discuti com a entrevistadora, Ana Cláudia Magalhães Matos sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo, rubrico e assino.

Guanambi ____ de _____ de _____

_____/_____/_____
Assinatura do participante Data

_____/_____/_____
Assinatura do responsável pelo estudo Data

APÊNDICE C- Roteiro de entrevista semiestruturada

Entrevista nº: _____

Data da entrevista: ____/____/____ HORA (INÍCIO): _____ (TÉRMINO): _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do participante: _____

Endereço completo: _____

Telefones para contato: (77) _____

2. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DAS PESSOAS COM AVC E DOS CUIDADORES

1) **Idade:** _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

2) **Cor da pele:** (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena

3) **Situação conjugal:** (1) com companheiro (2) sem companheiro

4) **Escolaridade:** (1) < 1 ano (2) 1-5 anos (3) 5-9 anos (4) 10-12 anos (5) > 12 anos

5) **Atualmente o (a) Sr (a) recebe algum rendimento?** (1) sim. Quanto? ____ (2) não

6) **Esse dinheiro provém de:** (1) aposentadoria (2) pensão (3) outro: _____

7) **Situação de trabalho:** (1) Ativa (2) Inativo aposentado (3) Inativo Licença Médica

8) **Se aposentado (a) qual o motivo?** (1) tempo de serviço (2) por idade

(3) por problema de saúde

9) **Quem é o responsável pela renda familiar?** _____

10) **Qual é a renda total da sua família?** _____ em reais.

11) **Moradia própria?** (1) sim (2) não 95

12) **Com quem mora:** (1) cônjuge (2) cônjuge e filhos (3) filhos (4) sozinha (5) com os pais (6) outros

13) **Tem cuidador/responsável:** (1) sim (2) não

14) **Tempo de diagnóstico do AVC:** _____

Houve reincidência? (1) sim (2) não Tempo: _____

15) **Tempo após alta hospitalar:** _____

16) Fatores de risco associados ao AVC: (1) hipertensão (2) diabetes (3) obesidade (4) dislipidemia (5) coagulopatia (6) outros: _____

Quem é o cuidador/ responsável? _____

1) Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

2) Cor da pele: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena

3) Situação conjugal: (1) com companheiro (2) sem companheiro

4) Escolaridade: (1) < 1 ano (2) 1-5 anos (3) 5-9 anos (4) 10-12 anos (5) > 12 anos

7) Situação de trabalho: (1) Ativa (2) Inativo aposentado (3) Inativo Licença Médica

8) Se aposentado (a) qual o motivo? (1) tempo de serviço (2) por idade

(3) por problema de saúde

QUESTÕES NORTEADORAS

Conte-me como tem sido sua alimentação nos últimos meses?

Como é para você lidar com as dificuldades para alimentação após a alta hospitalar?

Como você (ou vocês) fizeram para lidar com esse processo?

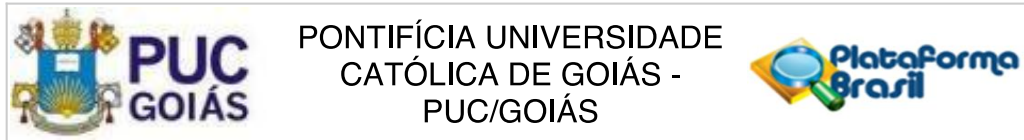
Como você se sente em relação a esse processo?

O que vocês fizeram para enfrentar essa situação?

O que você gostaria de saber sobre seu problema para se alimentar?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Experiência de Vivenciar a Disfagia Orofaríngea após o Acidente Vascular Cerebral

Pesquisador: Ana Cláudia Magalhães Matos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49945315.0.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.332.951

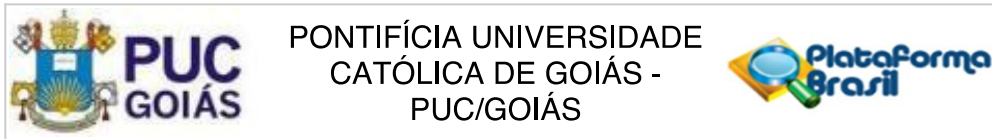
Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa resultará em uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde. Insere-se na linha de pesquisa Sociedade, Ambiente e Saúde e está vinculado ao projeto integrado O processo de reabilitação na perspectiva de pessoas que vivenciaram o acidente vascular cerebral.

Trata-se de um estudo de caso qualitativo que será desenvolvido com o objetivo de compreender a experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral na perspectiva do paciente e de cuidados familiares. A disfagia orofaríngea aparece como uma incapacidade que contribui para a perda da funcionalidade e independência para alimentar-se. Isolada ou em associação com outras incapacidades funcionais, sua incidência pós-AVC pode variar de 42 a 67% (PUERARI, 2011). Cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVC requerem algum tipo de auxílio para a alimentação decorrente da disfagia orofaríngea (NUNES, 2011). O grupo social que participará do estudo será constituído por pessoas que sobreviveram ao AVC e que apresentavam no momento da alta hospitalar sinais e sintomas de disfagia orofaríngea.

Para definir os potenciais participantes, a pesquisadora fará um levantamento no arquivo

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.332.951

eletrônico da instituição co participante (Hospital Geral de Guanambi) dos números dos prontuários de pessoas que apresentaram CID de I60 a I64, no período de julho a dezembro de 2015. Mediante a lista com os números de autorizações de internação hospitalar (AIH), a pesquisadora irá ao Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) para identificação dos prontuários. Por meio da análise dos prontuários, serão feitas as identificações dos dados relacionados ao endereço, telefone e outras informações clínicas, entre elas, indicadores da presença de disfagia orofaríngea na alta hospitalar. A pesquisadora informa ao todo 20 participantes.

A amostra será intencional e os critérios para inclusão serão: idade superior a 20 anos; ambos os sexos; diagnóstico médico de acidente vascular cerebral; apresentar sinais e sintomas de disfagia; tempo após alta hospitalar de no mínimo um mês e no máximo a 6 meses; residir no município em estudo.

Serão excluídas as pessoas que foram a óbito, que residiam na zona rural, e que mudaram de cidade no período de coleta de dados. Serão incluídos cuidadores familiares que atenderem aos critérios idade superior a 20 anos.

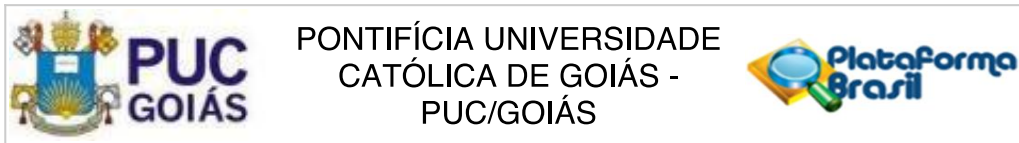
Os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observações diretas realizadas no domicílio. Para identificação dos potenciais participantes será realizada a análise dos prontuários. Será realizada análise temática seguindo as etapas de organização e redução dos dados, identificação dos códigos, construção das categorias temáticas. Os resultados poderão contribuir para compreensão do processo de transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar frente à ocorrência da disfagia, o que possibilitará aos profissionais de saúde possam elaborar um plano de alta hospitalar condizente com as necessidades de cada pessoa que sobreviveu ao AVC e seus cuidadores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender a experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o acidente vascular cerebral na perspectiva do paciente e de cuidados familiares.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.332.951

Objetivo Secundário:

- Explorar a experiência vivenciada por pessoas com disfagia orofaríngea após o AVC e examinar suas percepções sobre as necessidades de cuidados em saúde.
- Descrever a experiência vivenciada por cuidadores de pessoas com disfagia após o AVC e identificar nas necessidades de cuidados em saúde desse grupo social

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Embora a pesquisa ofereça riscos mínimos, os participantes poderão ter reações emocionais, como o choro, a inibição, a vergonha e o receio no momento da entrevista. Na ocorrência desse fato, caso seja identificada alguma alteração emocional, a entrevista será interrompida e os participantes poderão ser encaminhados, caso sintam essa necessidade para assistência imediata, integral e gratuita.

Benefícios:

Entre os benefícios esperados com os resultados, inclui-se a compreensão da trajetória vivenciada por eles no enfrentamento da disfagia após o AVC, para identificar as lacunas assistenciais e as potencialidades para melhorar a qualidade do cuidado nos diferentes espaços de atenção à saúde. Além disso, todos os participantes após a realização das entrevistas poderão esclarecer suas dúvidas e ter orientações sobre a alimentação com a pesquisadora que é fonoaudióloga.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

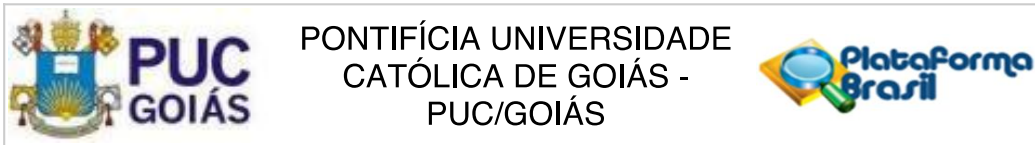
Trata-se de uma pesquisa unicêntrica, nacional, a ser realizada pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ciências Ambientais da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

O estudo não se enquadra em Área Temática Especial, não necessitando portanto de avaliação da CONEP.

O Protocolo está bem desenhado e coerente com os objetivos traçados.

Os critérios de inclusão e exclusão estão bem definidos e não apresentam restrições éticas.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069	CEP: 74.605-010
Bairro: Setor Universitário	
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070
	E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.332.951

A metodologia está adequada aos objetivos desejados.

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os cuidadores e para os pacientes, onde constam todas as informações que são pertinentes em um TCLE. É abrangente e detalhado. A Linguagem está compreensível e adequada ao nível sócio-cultural. Os objetivos foram claramente informados, bem como a informação de participação voluntária. Todos os procedimentos que serão realizados estão descritos de forma a ser bem compreendido pelo participante. Estão descritos os benefícios, riscos e desconfortos esperados. Garante a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento sem prejuízo ou perda de benefícios. Há garantia de confidencialidade da participação informando que os dados obtidos não serão divulgados e nem utilizados para outras finalidades que não o estudo em questão. Apresenta as formas de contato com o CEP responsável pelo acompanhamento do estudo e com o investigador principal e equipe de estudo.

O orçamento detalhado da pesquisa foi apresentado indicando o custo total do estudo em R\$ 2.273,50 a cargo da pesquisadora.

Espera-se que aproximadamente 20 pacientes participem deste estudo.

O currículo do pesquisador responsável Ana Cláudia Magalhães Matos encontra-se disponível para consulta na Plataforma Lattes .

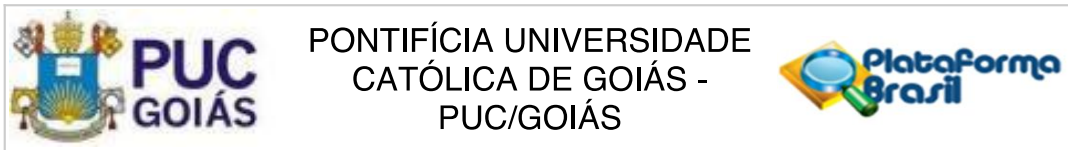
Também encontra-se disponível para consulta na Plataforma Lattes o currículo da orientadora do projeto Vanessa da Silva Carvalho Vila.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam no Protocolo os Documentos e Declarações pertinentes em concordância com as normas vigentes, conforme listados abaixo:

- 1.PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_586691;
- 2.Projeto Completo;
- 3.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes com AVC e cuidadores ;
- 4.Folha de Rosto;

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069	CEP: 74.605-010
Bairro: Setor Universitário	
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070
	E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.332.951

5. Declaração da Instituição participante;
6. Declaração de acesso a prontuários da instituição co-participante;
7. Declaração da Instituição co-participante
8. Roteiro de entrevista semiestruturada.
9. Roteiro de Questões Norteadoras para Observação.
10. Protocolo de Avaliação do risco de disfagia.
11. Curriculum lattes da pesquisadora principal e professora orientadora.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer : Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações.

O CEP PUC Goiás poderá realizar escolhas aleatórias de protocolos de pesquisa aprovados para verificar o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e complementares.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_586691.pdf	28/09/2015 22:41:44		Aceito
Outros	lattesvanessa.pdf	28/09/2015 07:31:04	Ana Cláudia Magalhães Matos	Aceito
Outros	lattesana.pdf	28/09/2015 07:30:08	Ana Cláudia Magalhães Matos	Aceito
Outros	ProtocolodeAvaliacao.pdf	27/09/2015 15:53:46	Ana Cláudia Magalhães Matos	Aceito
Outros	Roteiroentrevistasemiestruturada.pdf	27/09/2015 15:52:46	Ana Cláudia Magalhães Matos	Aceito
Outros	Roteirodeobservacao.pdf	27/09/2015 15:52:11	Ana Cláudia Magalhães Matos	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto.pdf	27/09/2015	Ana Cláudia	Aceito

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

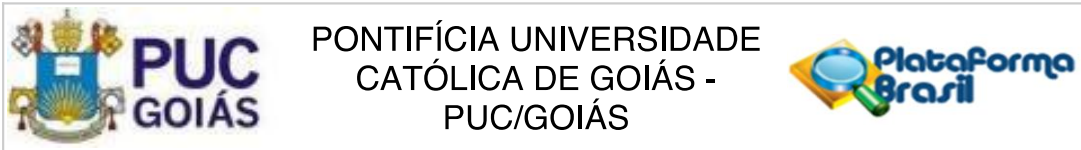
UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 1.332.951

/ Brochura Investigador	Projeto.pdf	15:46:09	Magalhães Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorzicaoprontuarios.pdf	27/09/2015 15:44:12	Ana Cláudia Magalhães Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcuidadores.pdf	27/09/2015 15:43:27	Ana Cláudia Magalhães Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpessoacomAVC.pdf	27/09/2015 15:43:01	Ana Cláudia Magalhães Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoCoparticipante.pdf	27/09/2015 15:39:47	Ana Cláudia Magalhães Matos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/09/2015 15:31:43	Ana Cláudia Magalhães Matos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 23 de Novembro de 2015

Assinado por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br