

CRITÉRIOS CLÍNICOS UTILIZADOS POR PROFISSIONAIS PARA LIBERAÇÃO DE DIETA VIA ORAL EM PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS

Clinical criteria used by health professionals for release oral diet in hospitalized adults patients

Natalli Furmann ⁽¹⁾, Francine Marson Costa ⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: identificar critérios clínicos utilizados por profissionais para liberação de alimentação via oral em pacientes hospitalizados que apresentam risco para disfagia. **Métodos:** participaram do estudo 48 profissionais que atuam em dois hospitais gerais de uma cidade do interior do Paraná. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário. **Resultados:** 100% dos profissionais consideram o nível de consciência importante para a deglutição, apenas 52,2% vê a importância da presença de deglutição salivar antes que se inicie via oral. Destes, 95,8% elencam Acidente vascular cerebral e Traumatismo cranioencefálico como principais doenças relacionadas a disfagia, porém nenhum apontou a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Além disso, somente 47,9% reconhecem a importância da avaliação fonoaudiológica após extubação orotraqueal independente do motivo da intubação ou patologia de base. E, 45,8% considera necessária oclusão do orifício da traqueostomia no momento da oferta alimentar, mostrando que não fazem a relação entre fisiologia da deglutição e uso da traqueostomia. Sobre alimentar um paciente com cânula plástica e balonete insuflado, 52,1% dos profissionais consideram ser possível e 47,9% dizem que não. Observa-se que 77,1% dos profissionais considera que a retirada da traqueostomia melhora e facilita o processo de deglutição, sendo este um percentual estatisticamente significativo. **Conclusão:** há um conhecimento regular dos profissionais sobre o manejo das disfagias em âmbito hospitalar. Verifica-se a necessidade de um programa de formação continuada a equipe para melhoria do atendimento de pacientes disfágicos.

DESCRITORES: Transtornos da Deglutição; Equipe de assistência ao Paciente; Deglutição

■ INTRODUÇÃO

O manejo do paciente disfágico é bastante complexo e exige uma ação integrada da equipe multidisciplinar em função das várias causas das disfagias, das consequências e impactos que ela causa ao estado clínico do paciente. Dessa forma, o reconhecimento sobre o papel de cada um dos membros da equipe no manejo das disfagias orofaríngeas é de extrema importância para o sucesso no tratamento, pois fará com que todos os profissionais estabeleçam critérios clínicos para definir o melhor

momento para uma avaliação fonoaudiológica e introdução de dieta via oral.

Todavia, na prática clínica observa-se que essa não é a realidade das equipes multidisciplinares¹ que atuam em âmbito hospitalar. Apesar do crescimento no número de pedidos para avaliação fonoaudiológica da deglutição em pacientes hospitalizados, na prática, os profissionais que trabalham com esses pacientes nem sempre são treinados para tratar dos distúrbios da deglutição adequadamente e pacientes ainda permanecem sob risco de aspiração².

O trabalho fonoaudiológico em ambiente hospitalar tem como objetivo não apenas realizar avaliações especializadas da deglutição, mas também atuar na prevenção e na

⁽¹⁾ Universidade Tuiuti, Curitiba, Paraná, Brasil.

⁽²⁾ Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

formação continuada dos profissionais da equipe multidisciplinar³.

Por esse motivo, acredita-se que conhecimento e o reconhecimento de quais são as condições básicas para o paciente ser submetido a uma avaliação clínica da deglutição deva ser papel do fonoaudiólogo e de toda equipe multidisciplinar. Pois, somente dessa forma a atuação fonoaudiológica pode realmente atingir o objetivo de reduzir os índices e as complicações decorrentes das pneumonias aspirativas⁴.

Tendo observado na realidade de atuação uma variedade significativa de condutas e critérios utilizados pelos profissionais para (re) introdução de via oral para os pacientes hospitalizados, verificou-se a necessidade de conhecer melhor quais são esses critérios clínicos utilizados pelos profissionais, de modo a planejar ações de educação continuada e buscar padronizar critérios e processos envolvidos no manejo das disfagias orofaríngeas em âmbito hospitalar.

O objetivo principal deste trabalho foi identificar quais critérios clínicos são utilizados por profissionais que atuam em dois hospitais de uma mesma cidade do interior do Paraná para liberação de dieta via oral em pacientes que apresentam risco para disfagia.

■ MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo descritivo com delineamento exploratório. A coleta dos dados foi realizada em dois hospitais gerais de uma mesma cidade do interior do Paraná e teve a participação de profissionais que atuam com pacientes disfágicos, sendo eles: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas. Todos aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto aos aspectos éticos, o presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) em março de 2012, sob o nº 4967/12. (Anexo I) e a realização da pesquisa foi autorizada também pelos membros do Corpo Clínico dos dois hospitais participantes. Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: ensino superior completo e estar trabalhando no hospital diariamente. Excluíram-se da pesquisa técnicos de enfermagem (por não terem em sua formação nível superior) e profissionais que apenas estivessem fazendo plantão ou atuando em casos de emergência.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário (Anexo I) que foi previamente elaborado com base na realidade observada dentro dos hospitais já que, percebia-se entre os profissionais dúvidas e

divergências em relação aos critérios para solicitar avaliação fonoaudiológica e para liberação de dieta via oral. Primeiramente, foi elaborado um questionário piloto e com base nos resultados obtidos, construiu-se o protocolo aqui utilizado. A reelaboração de algumas questões foi necessária apenas para mudança de termos técnicos a fim de facilitar o entendimento dos profissionais no momento de preenchimento. O questionário consta de 7 (sete) perguntas objetivas de múltipla escolha e foi aplicado nas dependências dos hospitais, em horário de expediente dos funcionários. Apesar das perguntas serem objetivas, foi utilizado durante a coleta de dados um diário de bordo para que se tomasse nota de possíveis colocações de cunho qualitativo relacionadas ao momento do preenchimento dos questionários.

A análise dos dados obtidos foi feita por meio do Teste de Igualdade de Duas Proporções, utilizando-se os softwares: SPSS V17, Minitab 16 e Excel Office 2010. O Teste de Igualdade de duas Proporções é um teste não paramétrico que compara se a proporção de respostas de duas determinadas variáveis e/ou seus níveis são estatisticamente significantes. O resultado de cada comparação possui uma estatística de p-valor. Assim, caso esse valor seja maior que o nível de significância adotado conclui-se, portanto, que esta é a hipótese verdadeira, caso contrário, considera-se a hipótese alternativa. Além disso, o teste de Igualdade de Duas Proporções também foi utilizado para caracterização da distribuição da frequência relativa (percentual) das questões de 1 a 7 e todos os percentuais foram calculados para o total de 48 sujeitos. O nível de significância adotado para análise estatística dos dados foi de 0,05 (5%), lembrando também que todos os intervalos de confiança construídos no decorrer desde representam um total de 95% de confiança estatística.

■ RESULTADOS

A coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2013, tendo a participação de 48 profissionais, entre eles 30 médicos, 11 enfermeiros, 4 fisioterapeutas e 3 nutricionistas. Desses, 27 eram do sexo masculino e 21 do sexo feminino.

Os resultados obtidos por meio dos questionários e foram analisados quantitativamente, por meio do teste estatístico chamado "Teste de Igualdade de Duas Proporções" e, qualitativamente sendo divididos em quatro domínios relacionados aos critérios clínicos utilizados por profissionais para liberação de dieta via oral em pacientes disfágicos, sendo eles: nível de consciência, deglutição

de saliva, grupos de risco para disfagia, impacto da intubação orotraqueal e da traqueostomia na deglutição. Seguem na sequência as categorias de análise, bem como a análise gráfica destes resultados:

Quanto ao nível de consciência, 48 (100%) dos participantes consideraram este domínio fundamental para liberação de via oral de um paciente. A Escala de Glasgow foi mencionada por 45 profissionais, sendo que os outros 3 (três) participantes disseram não utilizar nenhuma escala objetiva. A Escala Glasgow foi a única escala mencionada pelos participantes e 9 pontos foi o nível mínimo por eles considerado possível a liberação de via oral. A variável analisada quanto ao nível de consciência mostrou que p-valor é <0,001.

Sobre como avaliaram a possibilidade de deglutição de um paciente antes de liberar alimentação via oral, obteve-se que 54,2% consideram importante a presença de *deglutição* salivar.

Distribuição da Questão 1

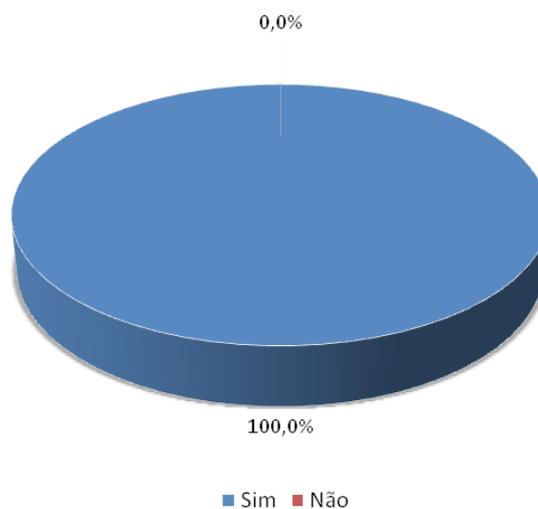


Figura 1 – Sobre considerar ou não o Nível de Consciência como fator fundamental para liberação de via oral de um paciente

Distribuição da Questão 2

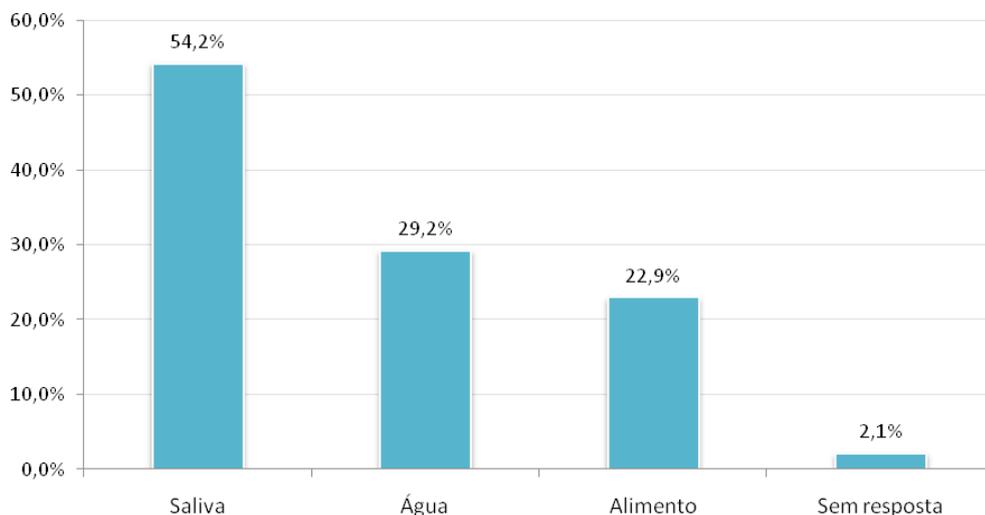


Figura 2 – Avaliação da possibilidade de deglutição de um paciente antes de liberar alimentação via oral

Na analogia entre doenças e risco para disfagia, o Acidente Vascular Cerebral foi o mais reconhecido como grupo de risco, a Doença de Parkinson e o Mal de Alzheimer foram as comorbidades menos

citadas. *Nenhum* dos entrevistados citou as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) como um grupo de risco para a disfagia.

Distribuição da Questão 3

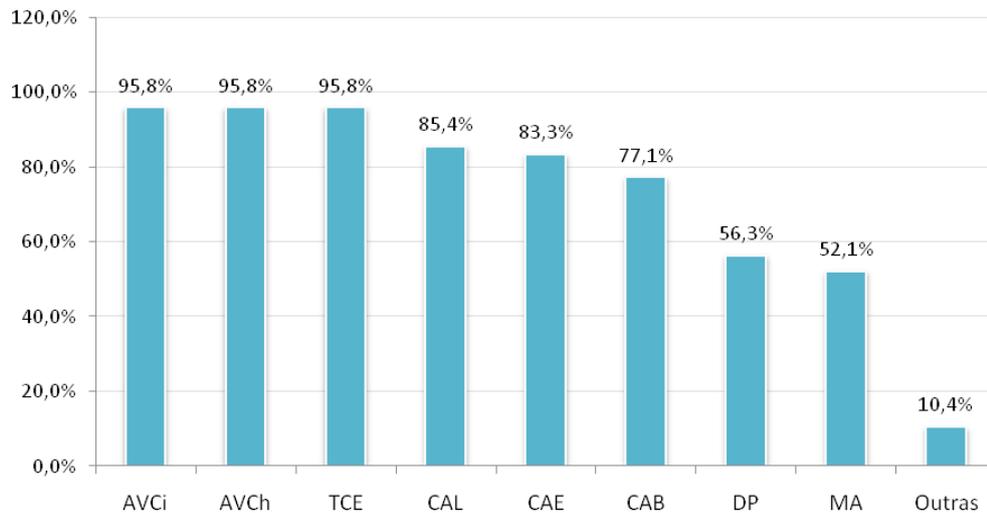


Figura 3 – Relação das doenças com risco para disfagia

Com relação intubação orotraqueal (IOT), e o tempo após a extubação considerado adequado para um paciente ser avaliado e assim poder receber via oral de forma segura, verificou-se que 23 (47,9%) dos participantes consideraram ser

24 horas o tempo necessário para isso. Devido a prevalência desta resposta, este é considerado um percentual estatisticamente significativo em relação aos demais.

Distribuição da Questão 4

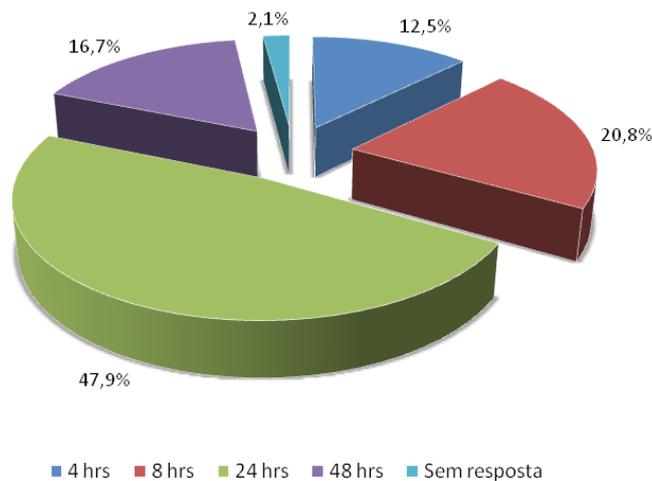


Figura 4 – Quanto tempo após a extubação considera o paciente está apto para receber via oral de forma segura

Quanto ao uso de traqueostomia e sobre a necessidade de ocluir o orifício da cânula durante a oferta via oral de alimentos, apenas 22 (45,8%) dos participantes considerou isto necessário, contra

26 (54,2%) que não vê essa necessidade. Nota-se na questão que as variáveis analisadas apresentam semelhanças estatísticas entre os dois grupos considerados.

Distribuição da Questão 5

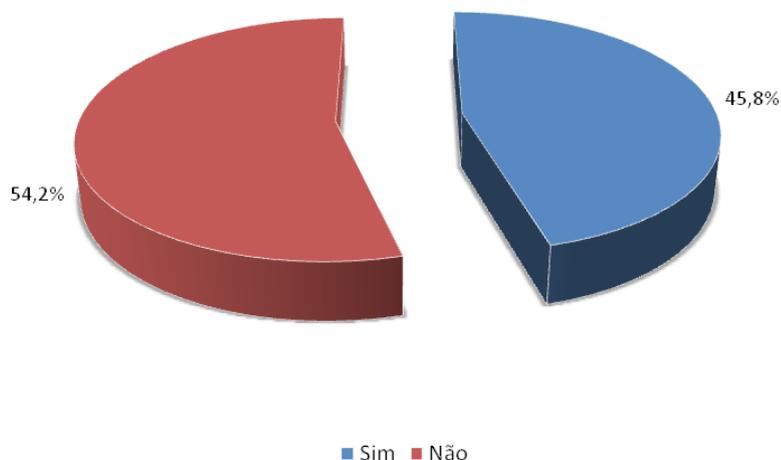


Figura 5 – Sobre a necessidade de ocluir a traqueostomia de um paciente durante a oferta via oral do alimento

Ainda relacionado ao uso de traqueostomia, sobre ser possível alimentar um paciente com cânula plástica de traqueostomia com o *cuff* (balonete) insuflado, 25 profissionais (52,1%) disseram que

sim, é possível alimentar com *cuff* insuflado e 23 (47,9%) disseram que não. Bem como na questão 4, nesta questão também há semelhança estatística entre os grupos analisados.

Distribuição da Questão 6

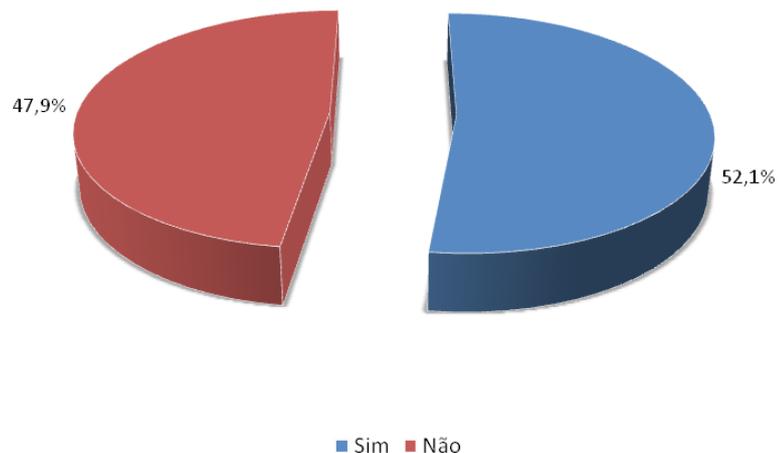


Figura 6 – Sobre a possibilidade do paciente receber alimentação via oral está com cânula plástica (com balonete/cuff insuflado)

Sobre a retirada da cânula de traqueostomia e as mudanças que isso pode trazer para o processo de deglutição, observa-se que 37 (77,1%) dos profissionais considerou que a retirada da traqueostomia melhora e facilita o processo de deglutição, sendo este um percentual estatisticamente significativo.

Distribuição da Questão 7

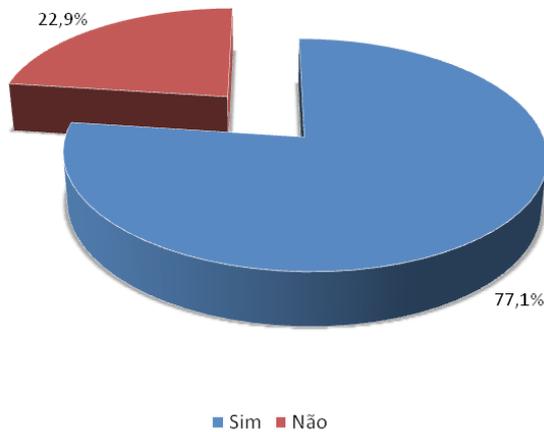


Figura 7 – Sobre a retirada da cânula de traqueostomia e o impacto no processo de deglutição

Ainda com base nos resultados, vale dizer que os p-valores da comparação de cada nível de resposta foram feitos sempre em relação ao mais prevalente.

■ DISCUSSÃO

Para avaliação do nível de consciência, verifica-se que a Escala de Coma de Glasgow⁵ é o parâmetro atualmente mais utilizado no mundo, principalmente em pacientes pós AVE, contendo exames físicos simples de serem realizados. Há um apontamento sobre ser fundamental a consideração do nível de consciência do paciente disfágico para uma avaliação adequada, tendo em vista que, a redução do nível de consciência⁶ é um fator de risco para a disfagia, já que a diminuição dos reflexos e mecanismos de proteção podem aumentar o risco de aspirações. Indica-se que o paciente tenha um nível mínimo de consciência de 8-9 pontos na Escala Coma de Glasgow (ECG) para que ele possa ser submetido com segurança a uma avaliação clínica da deglutição⁷.

Com relação à deglutição salivar, verifica-se que o ato de deglutir (saliva) ocorre também entre

as refeições, onde não existe consciência do ato, e também durante o sono, tipo de deglutição que é denominada espontânea^{8,9}. Desta forma, estar atento ao modo como o paciente maneja a própria saliva é fundamental para prever a sua possibilidade ou habilidade de lidar com o alimento por via oral. Ainda neste contexto observa-se que as principais implicações clínicas na deglutição espontânea são observadas em idosos e pacientes com disfagia neurogênica, tendo significativa deficiência na deglutição espontânea¹⁰. Dentro disto, um estudo¹¹ sobre os diferentes modos como o córtex é estimulado quando ocorre a deglutição de saliva ou de água, observou-se que a atividade cortical observada durante a deglutição de água foi positivamente maior que a deglutição salivar. Fato que nos leva a considerar mais uma vez a importância da atenção para a deglutição de saliva antes que se inicie a introdução de alimentos por via oral.

Com relação as doenças que indicam risco para disfagia, diversos estudos que abordaram os aspectos epidemiológicos e história natural da disfagia, associada a quadros vasculares encefálicos agudos, apontam para uma incidência em torno de 50% para distúrbios da deglutição¹². Além disso, as alterações no padrão respiratório e/ou ventilatório podem influenciar a coordenação entre deglutição e respiração, sendo que a sincronia dessa coordenação é essencial para a proteção adequada de via aérea inferior¹³. Portanto, pacientes com dificuldades respiratórias, dentre as quais pode-se citar a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) também representam um grupo de risco expressivo para disfagia, no entanto, os profissionais participantes da pesquisa parecem não ter conhecimento sobre esse risco. De um modo sucinto, ve-se a necessidade dos profissionais reconhecerem mais doenças como pertencentes ao grupo de risco para disfagia.

Ainda dentro dos critérios clínicos apresentados conforme dados da literatura, verifica-se que avaliação fonoaudiológica nos casos de intubação prolongada é indicada a todos os paciente num período mínimo de 24 horas após a extubação, com o objetivo de reduzir espontaneamente os efeitos ocasionados pela intubação prolongada¹⁴. Dentre os efeitos, tem-se que a intubação prolongada pode danificar a mucosa e a musculatura laríngea e faríngea acarretando em alterações sensoriais e motoras que justificam desde a perda prematura do bolo como alteração da elevação laríngea, do movimento das pregas vocais para o correto fechamento e proteção das vias aéreas, penetração e/ou aspiração antes, durante e/ou após a deglutição e estases alimentares¹⁵. Além disso, importante dizer que, a intubação orotraqueal provoca alteração na

fase faríngea da deglutição, sendo que causa a redução da sensibilidade laringo-faríngea, estando diretamente relacionado ao tempo de extubação, já que o aumento deste pode melhorar as complicações causadas pela entubação orotraqueal. A respiração espontânea também contribui para a melhora da sensibilidade desta região¹⁶.

Ao se analisar fisiologicamente, o uso da traqueostomia implica em uma alteração pressórica importante no processo da deglutição, além disso, o peso da cânula de traqueostomia pode prejudicar a elevação laríngea o que pode levar a uma alteração no processo normal da deglutição levando ao aparecimento de uma disfagia¹⁷ ainda que transitória. Tem-se aqui que a maioria dos participantes considerou esse impacto que a traqueostomia pode causar na deglutição no momento de responder ao questionário.

Outra discussão muito importante que dados da literatura mostram é a respeito do uso do *cuff* e liberação de alimentação via oral, já que, existem diferentes pontos de vista sobre o assunto. Sabendo que o *cuff* não foi criado para a finalidade de impedimento da passagem de alimentos aspirados e controle de aspiração, vários autores¹⁸ têm debatido a presença de aspiração com uso de cânulas com *cuff*. Além disso, discutem também a possibilidade de restos alimentares serem acumulados acima do *cuff*, propiciando a colonização de bactérias. Segundo um estudo de revisão de literatura¹⁹ o *cuff* é indicado para o vedamento das vias aéreas inferiores durante a ventilação mecânica e previne aspiração de secreções, alimentos e conteúdo gástrico. No entanto esse conceito de indicação do *cuff* para prevenção da aspiração deveria ser substituído pelo conceito de redução da quantidade de aspiração, pois o *cuff* insuflado não protege totalmente as vias aéreas inferiores durante a oferta de alimentos. E, consecutivamente, as estases de

secreções altas, saliva e de alimento que ficam supra *cuff*, tendem a gotejar pelas laterais da traquéia e permitem desta forma, a manutenção da bronco-aspiração do material retido peri *cuff*. Outro fator a ser discutido é o impacto do *cuff* na fase faríngea da deglutição. No estudo citado anteriormente, os autores ainda descrevem resultados controversos que mostram tanto uma associação do *cuff* insuflado ao aumento da incidência de aspiração silenciosa, quanto de uma não interferência do status do *cuff* na aspiração¹⁹.

Por fim, é interessante perceber que ao mesmo tempo em que a maioria dos profissionais respondeu que a retirada da traqueostomia melhora a deglutição e não considerou na mesma proporção a importância de se desinsuflar o *cuff*. Esse dado revela, mais uma vez, a necessidade de programas de formação continuada a fim de tais questões serem debatidas e repensadas, principalmente no que diz respeito aos aspectos da fisiologia da deglutição, compreendendo com se dá o processo normal deste mecanismo e o impacto que as intervenções de todos os profissionais podem causar.

■ CONCLUSÃO

Este trabalho aponta para a existência de um conhecimento da equipe multidisciplinar sobre o manejo da disfagia em ambiente hospitalar, principalmente no que diz respeito ao nível de consciência no processo de deglutição, importância da presença de deglutição salivar antes que se inicie via oral, retirada da traqueostomia na melhora da deglutição e a percepção de que AVC e TCE são duas das principais doenças relacionadas a disfagia. Entretanto, verifica-se ainda a necessidade do envolvimento do fonoaudiólogo em programas de formação continuada aos profissionais envolvidos no tratamento do paciente de risco para disfagia.

ABSTRACT

Purpose: integrated action of the multidisciplinary team is essential to success in management of oropharyngeal dysphagia in hospital. However, this is not always a reality of multidisciplinary teams, which can lead to a lack of unity in actions. **Objective:** To identify clinical criteria used by professionals to introduce oral diet in neurological hospitalized patients at risk of dysphagia. **Methods:** this is a descriptive study with a qualitative research design. The study involved 48 professionals engaged in two general hospitals in a provincial city of Paraná. Data were collected through a questionnaire. **Results:** 100% of professionals believe that the level of consciousness is very important for swallowing, were only 52.2% these consider that salivary swallowing represent an important procedure before orally stimulus implementation. These, 95.8% believe that the stroke and traumatic brain injuries are more important diseases related for the dysphagia. Hence, only 47.9% of them considered a speech therapist evaluation relevant after tracheal extubation, independent of intubation cause or pathology. Regarding the total of patients, 45.8% consider necessary the occlusion of the tracheotomy at the same time of the food supply, showing a non relationship between physiology of swallowing with the use of tracheotomy. About feed on a patient with a plastic cannula and inflated cuff, 52.1% of professionals consider it is possible and 47.9% say they do not, a fact much discussed in the literature. It is observed that 77.1% of professionals considered that the removal of the tracheotomy improves and facilitates the swallowing process, which is a statistically significant percentage. **Conclusion:** there is a regular knowledge of professionals about the dysphagia management in the hospital place. There is a need for a program of continuing education staff to improve the care of patients with dysphagia.

KEYWORDS: Deglutition Disorders; Patient Care Team; Deglutition

REFERÊNCIAS

1. Saar SRC, Trevizan MA. Papéis Profissionais de uma Equipe de Saúde: Visão de seus Integrantes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(1):1-7.
2. Coda Collaborators. Guidelines for Screening and Management of Stroke Patients with Dysphagia. 1997. Disponível em: <http://www.ncl.ac.uk/stroke-researchunit/coda/coguide.htm>
3. Leite ICG, Simões AG, Clemente MCK, Martins LS, Bittar SA, Bittar CL et al. Fonoaudiologia Hospitalar. *J Soc Bras de Fonoaudiol*. 2003;4(17):1-6.
4. Toufen Junior C, Camargo FP, Carvalho CRR. Pneumonia aspirativa associada a alterações da deglutição. Relato de Caso. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(1):118-22.
5. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet*. 1974 apud Morgado FL et al. Correlação entre a ECG e achados de imagem de TC no TCE. *Radiol Bras*. 2001;44(1):35-41.
6. Smithard DG, O'Neill PA, Park C, England R, Renwick DS, Wyatt R et al. Can bedside assessment reliably exclude aspiration following acute stroke?. *Age and Ageing*. 1998;27:99-106.
7. Hansen TS, Engberg AW, Larsen K. Functional oral intake and time to reach unrestricted dieting for patients with traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(8):1556-66.
8. Ertekin C, Aydogdu I. Neurophysiology of swallowing. *J Clin Neurophysiol*. 2003;114:2226-44.
9. Ertekin C, Kiylioglu N, Tarlaci S, Turman AB, Secil Y, Aydogdu I. Voluntary and reflex influences on the initiation of swallowing reflex in man. *Dysphagia*. 2001;16(1):40-7.
10. Ohru T. Preventive strategies for aspiration pneumonia in elderly persons. *Tohoku J Exp Med*. 2005;207(1):3-12.
11. Hiraoka K. Movement-Related Cortical Potentials Associated with Saliva and Water Bolus Swallowing. *Dysphagia*. 2004;19:155-9.
12. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(2):503-6.
13. Chaves RD, Carvalho CRF, Cukier A, Stelmach R, Andrade CRF. Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC. *J Bras Pneumol*. 2011;37(2):176-83.
14. Pinheiro BV, Tostes RO, Brum CI, Carvalho EV, Pinto SPS, Oliveira JCA. Traqueostomia precoce versus traqueostomia tardia em pacientes com lesão cerebral aguda grave. *J Bras Pneumol*. 2010;36(1):84-91.

15. Pittoni MEM. Fonoaudiologia Hospitalar: uma realidade necessária [monografia na Internet]. Londrina: CEFAC, Curso de Especialização em Motricidade Oral Hospitalar; 2001 [acesso em 2013 Marc 2]. Disponível em: <http://www.cefac.br/library/teses/ad00eeeca1a010842090bedb97683847.pdf>.
16. Noordally SO, Sohawon S, Gieter M, Bellout H, Verougstraete G. A study to determine the correlation between clinical, fiber-optic endoscopic evaluation of swallowing and videofluoroscopic evaluations of swallowing after prolonged intubation. *Nutr Clin Pract*. 2011;26(4):457-62.
17. Forte AP, Forte V. O impacto da traqueostomia na deglutição. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. Editores. *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 2004. P.405-14.
18. Ding R, Logemann JA. Swallow physiology in patients with trach cuff inflated or deflated: a retrospective study. *Head&Neck*. 2005;27(9):809-13.
19. Barros AP, Portas JG, Queija DS. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição. Artigo de Revisão. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2009;38(3):202-7.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517413614>

Recebido em: 22/07/2014

Aceito em: 04/02/2015

Endereço para correspondência:

Natalli Furmann

Rua Joaquim Gaspar nº 340 – Centro

Imbituva – Paraná – Brasil

CEP: 84430-000

E-mail: fganatalli@hotmail.com

■ ANEXO I

QUESTIONÁRIO – CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA LIBERAÇÃO DE VIA ORAL

Você considera o Nível de Consciência um fator fundamental para liberação de via oral de um paciente? Se SIM, especifique qual escala objetiva de coma você utiliza e qual é o nível da escala que você considera mínimo necessário para introdução de alimentação via oral?

- () SIM. Qual escala? _____
 Quanto? (escore/pontuação) _____
 () NÃO

Como você avalia a possibilidade de deglutição de um paciente antes de liberar alimentação via oral?

- () Deglutição de saliva
 () Deglutição de água
 () Deglutição diretamente do alimento

Das doenças abaixo, quais você considera tem relação com risco de disfagia?

- () Acidente Vascular Cerebral – Isquêmico
 () Acidente Vascular Cerebral – Hemorrágico
 () Traumatismo CranioEncefálico – TCE
 () Mal de Alzheimer
 () Doença de Parkinson
 () Câncer de boca
 () Câncer de laringe
 () Câncer de esôfago
 () Outras _____

Com relação à intubação orotraqueal (IOT), quanto tempo após a extubação você acha que o paciente está apto para receber via oral de forma segura?

- () 4 horas após
 () 8 horas após
 () 24 horas após
 () 48 horas após

Com base nos seus conhecimentos, você considera necessário ocluir a traqueostomia de um paciente durante a oferta via oral do alimento?

- () Sim () Não

Você acha que quando o paciente está com cânula plástica (com balonete/*cuff* insuflado) pode ter condições de receber alimentação via oral? () Sim () Não

Para você, a retirada da cânula de traqueostomia pode modificar/melhorar o processo de deglutição de um paciente? () Sim () Não