

Artigos originais

Critérios fonoaudiológicos para indicação de via alternativa de alimentação em unidade de terapia intensiva em um hospital universitário

Speech therapy criteria to indicate an alternative feeding route at an intensive care unit in a university hospital

Priscila Carneiro Barroqueiro⁽¹⁾

Monique Kelly Duarte Lopes⁽¹⁾

Alba Maria Soares Moraes⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra, São Luis, MA, Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

Recebido em: 13/06/2016
Aceito em: 13/03/2017

Endereço para correspondência:
Priscila Carneiro Barroqueiro
Av. Marinheiros, quadra 3, nº 7 – Araçagy
São José de Ribamar/MA
CEP: 65110-000
E-mail: pri_barroqueiro@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: identificar os critérios utilizados para indicação de via alternativa de alimentação para pacientes internados em unidade de terapia intensiva em um hospital universitário.

Métodos: estudo transversal, retrospectivo, quantitativo e descritivo. Foram levantados os protocolos dos pacientes que tiveram via alternativa de alimentação indicada por fonoaudiólogo no período entre janeiro e dezembro de 2014. Os dados foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft Excel. Para a análise estatística foi utilizado o programa STATA 12.0, por meio do qual foram estimadas médias e desvios-padrão ou medianas, respectivamente.

Resultados: dos 25 participantes, 76% encontravam-se com nível de consciência alterado. Apesar disto, 52% destes tiveram dieta prescrita por médico. 24% tinham alteração de linguagem, 52%, de fonarticulação e 44%, de voz. Somente oito pacientes tiveram condições de ser avaliados com oferta dieta oral. O critério utilizado para indicação de via alternativa de alimentação com maior frequência foi a alteração do nível de consciência.

Conclusão: este estudo corrobora com outros já realizados apontando alteração do nível de consciência como fator de risco para disfagia. Ressalta-se a importância do fonoaudiólogo no ambiente hospitalar de modo a detectar precocemente os pacientes que necessitam de intervenção.

Descritores: Fonoaudiologia; Unidades de Terapia Intensiva; Métodos de Alimentação

ABSTRACT

Purpose: to identify the criteria used to indicate an alternative feeding route to admitted patients at an intensive care unit in a university hospital.

Methods: a cross-sectional, retrospective, quantitative and descriptive study. The protocols of the patients who had an alternative feeding route indicated by a speech therapist in the period between January and December 2014 were analyzed. The data were tabulated using the Microsoft Excel program. As for the statistical analysis, the STATA 12.0 program was used to estimate averages and standard deviations or medians, respectively.

Results: out of the 25 participants, 76% had their level of conscience altered. However, 52% had their diet prescribed by a doctor, 24% presented language disorder, 52% speech articulation disorder, and 44% voice disorder. Only eight patients could be evaluated with oral diet. The criterion used with a major frequency for the indication of an alternative feeding route was the alteration of the level of conscience.

Conclusion: this paper corroborates other researches pointing out alteration of the level of conscience as a risk factor concerning dysphagia. The importance of the speech-language therapist in hospital environments, for an early detection of patients who need intervention, is emphasized.

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Intensive Care Units; Feeding Methods

INTRODUÇÃO

A alteração do processo de deglutição, denominada disfagia, pode ocorrer devido a alterações neurológicas, estruturais, funcionais, ou ainda como consequência de estados mórbidos, podendo acarretar em desnutrição, desidratação, pneumonia de aspiração, maior risco de complicações, aumento da mortalidade, além de aumento do tempo de internação e de seus custos, estando presente em 12 a 30% dos pacientes hospitalizados^{1,2}.

Os principais fatores de risco para disfagia incluem: idade, estado comportamental alterado, cognição, agitação, concentração, traqueostomia, ventilação mecânica, extubação, sonda nasogástrica e tubos endotraqueais, sedação e efeitos residuais, além de doenças de risco para disfagia, como as neurológicas, pulmonares obstrutivas crônicas e de cabeça e pescoço^{3,4}.

Pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI) apresentam maior risco de aspirações frequentes devido a uma variedade de fatores, dentre os quais o rebaixamento do nível de consciência, a posição supina, instabilidade clínica e imunodepressão³.

A intervenção precoce do fonoaudiólogo junto aos pacientes hospitalizados visa a oferta segura de dieta e medicações, contribuindo para a prevenção e diminuição dos comprometimentos pulmonares, do tempo de uso de via alternativa de alimentação, do tempo de internação hospitalar, dos gastos, da morbidade e da mortalidade^{3,5-8}.

A avaliação da deglutição costuma abranger dados clínicos e exames instrumentais complementares, como a nasofibrosopia ou a videofluoroscopia. No entanto, muitas vezes tais exames não estão disponíveis, e a avaliação clínica acaba sendo o único método utilizado, pelo fato de ser rápida, não invasiva, ter baixo-custo e consumir poucos recursos³.

A avaliação fonoaudiológica a beira do leito deve ser capaz de identificar pacientes com risco em potencial para disfagia, sendo composta por testes que diagnostiquem alterações das funções orais e que abranjam a morfologia, mobilidade, coordenação, ritmo, sensibilidade intra e extraoral, tônus e postura das estruturas orofaríngeas, além da oferta alimentar, quando possível¹.

Por meio desta, é possível observar as dificuldades apresentadas pelo paciente durante a alimentação, sinais de penetração laringea e/ou aspiração laringotraqueal do bolo deglutido, a segurança na manutenção ou necessidade de suspensão da alimentação por

via oral, a melhor consistência a ser ofertada e as possíveis causas das alterações identificadas⁹. Caso seja verificado que o paciente não apresenta condições para nutrir-se e hidratar-se por via oral de forma segura e funcional, o fonoaudiólogo costuma indicar uma via alternativa de alimentação, utilizando-se de critérios diferenciados¹.

Não é incomum observarmos alguns profissionais da equipe prescrevendo dieta oral a pacientes que tenham risco para disfagia, em virtude de tais riscos passarem despercebidos. Em virtude das especificidades envolvidas no processo de deglutição e do olhar fonoaudiológico sobre este, o presente trabalho visa identificar quais os critérios fonoaudiológicos utilizados para indicação de via alternativa de alimentação para os pacientes internados em unidade de terapia intensiva em um hospital universitário.

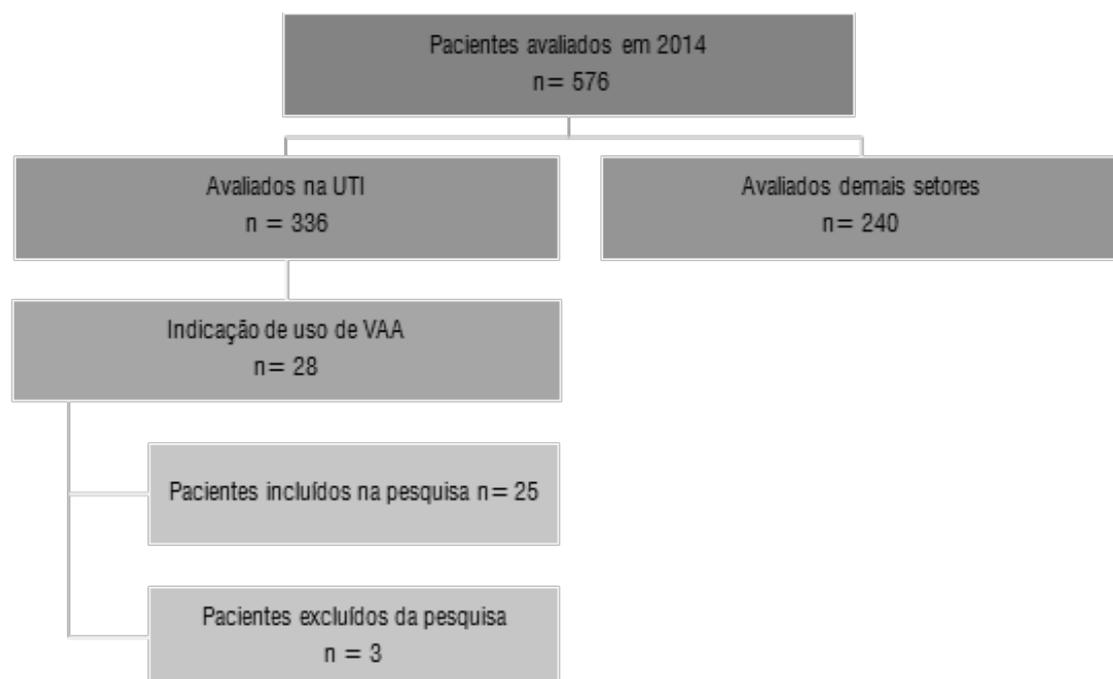
MÉTODOS

Este estudo encontra-se em concordância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da instituição de origem, tendo sido aprovado sob o número 1.140.173. Seu caráter é transversal, tendo sido realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (Unidade Presidente Dutra), mais especificamente na UTI geral, que comporta 15 leitos, sendo 9 clínicos e 6 cirúrgicos, e recebe pacientes jovens, adultos e idosos.

Os dados aqui utilizados foram coletados por meio do Protocolo de Admissão, Avaliação, Gerenciamento e Alta Fonoaudiológica, instrumento utilizado pelo Serviço de Fonoaudiologia da unidade hospitalar onde foi realizada a pesquisa.

Como critério de inclusão, o protocolo deveria ser relativo a um paciente que teve via alternativa de alimentação indicada por fonoaudiólogo e conter registro de sua idade, diagnóstico e critério utilizado pelo profissional para indicação desta. Foram excluídos os protocolos relativos a pacientes que haviam sido admitidos na UTI já em uso de via alternativa de alimentação, que a tiveram indicada por outros membros da equipe ou cujos protocolos não contivessem os dados requisitados.

Foram levantados os protocolos de todos os pacientes admitidos e avaliados na UTI geral entre janeiro e dezembro de 2014, totalizando 336. Após análise dos protocolos, chegou-se a uma amostra de 25 pacientes, como se pode observar no fluxograma (Figura 1).



Legenda: UTI = Unidade de Terapia Intensiva. VAA = Via alternativa de alimentação.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos indivíduos da amostra

Foram levantados dos protocolos as seguintes variáveis: idade, gênero, diagnóstico, nível de consciência, quadro respiratório, situação alimentar, aspectos fonoaudiológicos (fonoarticulação, linguagem e qualidade vocal), deglutição, ausculta cervical, condições para avaliação funcional e critério para indicação de via alternativa de alimentação.

Os dados foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft *Excel* (2013), tendo sido realizada uma apresentação destes, calculando-se as frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. Para a análise estatística foi utilizado o programa STATA 12.0.

RESULTADOS

Participaram do estudo 25 pacientes, sendo 52% do gênero feminino. Foi observada idade mínima de 18 e máxima de 90 anos, com média 64,4 e desvio padrão de 17,2. As faixas etárias foram divididas em categorias

segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), observando-se que 4% eram adolescentes (<20 anos), 28% eram adultos (entre 20 e 59 anos) e 68%, idosos (60 anos ou mais).

A Tabela 1 mostra as características clínicas da amostra no momento da avaliação. Foi observada maior porcentagem de pacientes neurológicos (32%). Dezenove pacientes (76%) encontravam-se com alteração do nível de consciência.

Quanto aos aspectos fonoaudiológicos, 24% dos pacientes encontravam-se com alteração de linguagem, 52% de fonoarticulação e 44%, vocal (Tabela 2).

Quanto aos aspectos da avaliação funcional da deglutição, 56% dos pacientes tinham deglutição presente, porém somente 32% tiveram condições clínicas ideais para avaliação com oferta de dieta. O critério fonoaudiológico para indicação de via alternativa de alimentação utilizado com maior frequência foi o nível de consciência (Tabela 3).

Tabela 1. Distribuição das características clínicas da amostra

Características clínicas da amostra		
	n	%
Diagnóstico		
Neurologia	8	32
Ortopedia	4	16
Gastroenterologia	4	16
Urologia	2	8
Hepatologia	1	4
Diagnóstico múltiplo	6	24
Nível de consciência		
Normal	5	20
Alterado	19	76
Não consta	1	4
Quadro respiratório		
Eupnéico	13	52
Taquipnéico	2	8
Dispnéico	6	24
Não consta	4	16
Situação alimentar		
VO	0	0
VO ACM	13	52
Dieta zero	10	40
Não consta	2	8

Legenda:VO = Via oral; VO ACM = Via oral a critério médico. (Stata 12.0)

Tabela 2. Caracterização dos aspectos fonoaudiológicos da amostra

Caracterização da amostra quanto aos aspectos fonoaudiológicos		
	n	%
Linguagem expressiva		
Normal	10	40
Alterada	6	24
Não avaliada	2	8
Não consta	7	28
Linguagem compreensiva		
Normal	10	40
Alterada	6	24
Não avaliada	2	8
Não consta	7	28
Fonoarticulação		
Normal	2	8
Alterada	13	52
Não avaliada	3	12
Não consta	7	28
Qualidade vocal		
Normal	2	8
Alterada	11	44
Não avaliada	3	12
Não consta	9	36

(Stata 12.0)

Tabela 3. Distribuição dos achados da avaliação funcional da deglutição

Achados da avaliação funcional da deglutição		
	n	%
Deglutição		
Presente	14	56
Ausente	0	0
Não avaliada	1	4
Não consta	10	40
Ausculta cervical		
Normal	8	32
Alterada	5	20
Não avaliada	0	0
Não consta	12	48
Condições para avaliação com oferta de dieta		
Sim	8	32
Não	17	68
Critério para indicação de VAA		
Nível de consciência	16	64
Quadro respiratório	3	12
Disfagia oral	2	8
Disfagia faríngea	0	0
Disfagia orofaríngea	0	0
Crítérios associados	4	16

Legenda: VAA = Via alternativa de alimentação. (Stata 12.0)

DISCUSSÃO

A partir dos achados, pode-se observar que 68% da amostra foi composta por idosos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como idoso, do ponto de vista cronológico, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos, e 60 anos em países em desenvolvimento, como o Brasil¹⁰. Em estudo realizado em unidade de terapia intensiva, observou-se que dentre os indivíduos idosos, 74% eram disfágicos³. Outro estudo, também realizado em ambiente hospitalar, abrangeu uma amostra composta por 1470 idosos, tendo encontrado prevalência de 17% de casos de sepse decorrentes de disfagia orofaríngea, considerando-a como a mais grave complicação decorrente de distúrbios da deglutição, devendo os clínicos estar vigilantes, pois os idosos raramente recuperam-se, aumentando os índices de mortalidade¹¹.

Diversos autores já discorreram acerca das modificações sensitivas, motoras e estruturais dos órgãos envolvidos na deglutição trazidos pelo processo de envelhecimento, bem como da alta incidência de fatores causais primários de disfagia, como acidente vascular encefálico (AVE) e quadros de demência⁸⁻¹². Um estudo envolvendo 514 idosos atendidos em um centro de referência, foi encontrada prevalência de

27,3% de distúrbios de comunicação e 26,4%, de deglutição, ratificando o aparecimento de alterações decorrentes do processo de envelhecimento¹³.

Oito pacientes da amostra eram neurológicos, corroborando com diversos estudos que citam doenças neurológicas como fator de risco para disfagia^{3,6,8-14}. Em estudo realizado, com execução da avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva envolvendo 35 pacientes, observou-se que etiologia neurológica foi a terceira causa de internação de maior prevalência, sendo a primeira causa pulmonar e a segunda, outras condições clínicas³. Outro estudo, realizado com 544 idosos usuários de via alternativa de alimentação reinternados em hospital público, constatou que as afecções de base mais prevalentes foram as neurológicas, e os principais motivos das reinternações foram afecções respiratórias¹⁵.

No momento da abordagem, 76% dos pacientes encontravam-se com nível de consciência alterado, o que já foi citado por diversos autores como fator de risco para disfagia^{1,2,6,8-14}. Quanto às questões respiratórias, 8% dos pacientes encontravam-se taquipnéicos e 24% relatavam dispnéia. Tem-se observado que alterações do quadro respiratório aumentam os riscos

de broncoaspiração devido à possibilidade de incoordenação entre respiração e deglutição⁵⁻¹⁶.

Dos 25 pacientes avaliados, 13 (52%) encontravam-se com dieta oral prescrita por médico. Na unidade na qual a pesquisa foi realizada, a equipe médica costuma realizar a visita à beira do leito e tomar as condutas que julga adequadas, sinalizando para a equipe de Fonoaudiologia aqueles pacientes que acreditam ser de risco para disfagia. Apesar disto, os fonoaudiólogos costumam visitar todos os pacientes, inclusive aqueles que não foram encaminhados pela equipe médica, visando trabalhar proativa e preventivamente. Assim, por vezes deparam-se com situações em que o paciente já teve a dieta oral prescrita pelo médico, no entanto não apresenta condições de recebê-la. Na UTI geral, a dieta costuma ser ofertada pelos técnicos de Enfermagem. Assim, pode-se pressupor que, caso não houvesse intervenção fonoaudiológica, haveria oferta de dieta oral a pacientes que apresentavam risco de broncoaspiração.

Desta forma, ressalta-se que o fonoaudiólogo dentro do ambiente hospitalar também deve atuar na formação continuada dos profissionais da equipe, de modo a auxiliá-los na detecção de pacientes que necessitem de intervenção¹⁶.

Os achados da avaliação de linguagem podem influenciar no programa de reabilitação, na seleção das técnicas terapêuticas, no prognóstico e na interpretação dos dados encontrados¹⁻⁵. Dentre os indivíduos da amostra, 24% apresentavam alterações de linguagem compreensiva e expressiva.

Sabe-se da correlação entre as funções de deglutição, fala e voz, pois estas são desempenhadas pelas mesmas estruturas, de modo que alterações vocais ou fonoarticulatórias podem refletir em problemas de deglutição¹⁷. Alguns trabalhos mostram que as alterações vocais podem estar relacionadas a alterações orgânicas, podendo-se fazer inferências acerca do fechamento glótico⁸. Como visto na tabela 1, 52% dos pacientes avaliados apresentavam alterações fonoarticulatórias e 44%, alterações vocais, corroborando os dados da literatura.

A avaliação clínica à beira do leito, apesar de influenciada pela subjetividade e *expertise* do fonoaudiólogo, é, atualmente, a forma mais utilizada de avaliação da deglutição pelo fato de ser não invasiva, rápida e de baixo custo, e, muitas vezes, é o único meio viável, pois muitos serviços não dispõem de exames objetivos, como nasofibroscopia ou videofluoroscopia³.

A ausculta cervical auxilia no conhecimento do modo como o paciente lida com as secreções, quando presentes, do seu padrão respiratório e da possível entrada de alimento na via aérea inferior, já que a deglutição implica em sons específicos^{18,19}.

Foi verificado que esta encontrava-se normal em 32% dos pacientes. Os estudos ainda são controversos quanto à eficácia da ausculta cervical, pois, apesar de ser um método rápido, não invasivo e de baixo custo, sua interpretação depende da experiência do avaliador, além de não ser possível quantificar estases alimentares ou alimentos aspirados¹⁸.

Dentre os critérios para indicação de via alternativa de alimentação, o nível de consciência teve maior incidência (64%). A consciência é definida como a capacidade do indivíduo de reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente²⁰. A fim de estabelecer uma linguagem única entre os membros da equipe, costuma-se adotar escalas de avaliação padronizadas para avaliá-la²¹. No serviço onde o presente estudo foi realizado, utiliza-se a Escala de Coma de Glasgow para avaliação de pacientes sem sedação. Porém, devido à grande instabilidade apresentada por muitos pacientes internados em UTI, tomou-se o cuidado de verificar se o nível de consciência se mantinha durante toda a avaliação fonoaudiológica, ou se apresentava oscilação, sendo isto também considerado fator de risco. Alguns estudos mencionam a pontuação mínima da escala de Glasgow utilizada por alguns profissionais para liberação de dieta oral para pacientes¹⁶. No entanto, isto não faz parte da nossa prática, pois são considerados todos os quesitos presentes na avaliação para se tomar a conduta mais adequada, sendo a escala apenas um ponto a ser observado.

Diversos estudos apontam que pacientes letárgicos ou com quadro de alerta inconsistente são de alto risco para aspiração devido à diminuição dos reflexos e mecanismos de proteção de vias aéreas inferiores^{1,2,6,8,14-16}. Também foi verificado que em casos em que os pacientes não respondem a comandos verbais simples há um comprometimento da reabilitação fonoaudiológica, sendo maior a dificuldade em progredir a ingestão de dieta oral, e, consequentemente, maior o tempo de uso de via alternativa de alimentação⁵. Em estudo realizado com pacientes pós traumatismo crânio-encefálico (TCE), foi verificado que o aspecto cognitivo é um grande fator de interferência na reabilitação da deglutição nestes pacientes²², assim como em pacientes pós AVE¹⁴ e com doenças neurológicas degenerativas².

O segundo critério mais utilizado foi o quadro respiratório alterado. A alteração do quadro respiratório já foi apontada como fator de risco para disfagia por diversos estudos^{1,8,9}, pois os indivíduos podem não ser capazes de tolerar períodos maiores ou mesmo curtos de apnéia durante a deglutição¹, podendo levar à incoordenação entre a respiração e a deglutição, fundamental para a proteção da via aérea inferior²³.

Dois pacientes apresentaram incoordenação dos movimentos dos órgãos fonoarticulatórios, levando a acentuada dificuldade de manipulação do bolo alimentar, sendo esta classificada como disfagia oral. Neste caso, a via alternativa de alimentação foi indicada devido ao risco de perda prematura do alimento²⁴.

Quatro pacientes tiveram via alternativa de alimentação indicada devido à associação de critérios. Em todos os casos, observou-se a combinação de alteração do nível de consciência e do quadro respiratório, situação que potencializa os riscos de intercorrências, já que ambos interferem na capacidade de proteção de vias aéreas inferiores.

Como limitação do estudo, verificou-se que inúmeros campos dos protocolos deixaram de ser preenchidos pelos profissionais. Faz-se necessário haver constante treinamento com a equipe para a conscientização da importância do correto e completo preenchimento do instrumento utilizado, pois os dados registrados são fonte de pesquisa e podem auxiliar na produção de material científico.

CONCLUSÃO

Observou-se que o nível de consciência foi o critério utilizado com maior frequência para indicação de via alternativa de alimentação, ressaltando sua importância para uma alimentação oral segura e funcional. Porém, também foram encontrados pacientes cujo nível de consciência era favorável, mas que possuíam outros fatores de risco, como alterações respiratórias e da própria dinâmica da deglutição. Desta forma, enfatiza-se a importância do fonoaudiólogo nos diversos setores do ambiente hospitalar, de modo a intervir precocemente junto a pacientes disfágicos e de risco, propiciando nutrição e hidratação segura, lançando mão de técnicas reabilitadoras quando necessário e auxiliando na formação continuada dos diversos profissionais da equipe.

REFERÊNCIAS

1. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(3):199-205.
2. Nunes MC, Duarte S, Palmonari A, Rockland A, Furkim AM. Factores de risco para a progressão da ingestão alimentar por via oral de doentes com doenças neurológicas degenerativas em acompanhamento em terapia de fala. *Acta Med Port*. 2011;24(6):919-24.
3. Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. *CoDAS*. 2013;25(1):1-7.
4. Padovani AR, Andrade CRF. Perfil funcional da deglutição em unidade de terapia intensiva clínica. *Einstein*. 2007;5(4):358-62.
5. Furkim AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Rev. CEFAC*. 2008;10(4):503-12.
6. Silva RG, Cola PC, Gatto AR. Critérios de enquadramento para a terapia fonoaudiológica na unidade de terapia intensiva para indivíduos adultos com disfagia orofaríngea neurogênica. In: Furkim AM, Rodrigues KA. *Disfagias nas unidades de terapia intensiva*. São Paulo: Rocca; 2014. p. 151-9.
7. Nogueira SCI, Carvalho APC, Melo CBM, Moraes EPG, Chiari BM, Gonçalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Rev. CEFAC*. 2013;15(1):94-104.
8. Bassi D, Furkim AM, Silva CA, Coelho MSPH, Rolim MRP, Alencar MLA et al. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. *CoDAS*. 2014;26(1):17-27.
9. Moraes AMS, Coelho WJP, Castro G, Nembr K. Incidência de disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev. CEFAC*. 2006;8(2):171-7.
10. Baldoni AO, Pereira LRL. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2011;32(3):313-21.
11. Sasegbon A, Dark P, O'shea L, Hamdy S. Association Between Acute Sepsis and Oropharyngeal Dysphagia in A Hospitalised Elderly Population. *Gut*. 2016;65(1):A114-A115.

12. Estrela F, Motta L, Elias VS. Deglutição e processo de envelhecimento. In: Jotz GP, Carrara-de-Angelis E, Barros APB. Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter. 2010. p.54-8.
13. Moraes IG, Couto EAB, Cardoso AFR, Labanca LM. Perfil fonoaudiológico dos idosos atendidos em um centro de referência. *Distúrbios Comun.* 2016;28(1):82-92.
14. Inaoka C, Albuquerque C. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós AVE. *Rev. CEFAC.* 2014;16(1):187-96.
15. Gonçalves MLV, Brolio GAF, Lozano AC, Lamari NM. Perfil dos idosos usuários de via alternativa de alimentação reinternados em hospital público. *RBCEH.* 2015;12(1):20-7.
16. Furmann N, Costa FM. Critérios clínicos utilizados por profissionais para liberação de dieta via oral em pacientes adultos hospitalizados. *Rev. CEFAC.* 2015;17(4):127-8.
17. Vale-Prodromo LP, Carrara-de-Angelis E, Barros APB. Avaliação clínica fonoaudiológica das disfagias. In: Jotz GP, Carrara-de-Angelis E, Barros APB. Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. p. 61-7.
18. Bolzan GP, Christmann MK, Berwing LC, Costa CC, Rocha RM. Contribuição da ausculta cervical para a avaliação clínica das disfagias orofaríngeas. *Rev. CEFAC.* 2013;15(2):455-65.
19. Barros APB, Carrara-de-Angelis E. Avaliação fonoaudiológica à beira do leito. In: Jotz GP, Carrara-de-Angelis E, Barros APB. Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. p. 68-75.
20. Andrade AF, Carvalho RC, Amorim RLO, Paiva Ws, Figueiredo EG, Teixeira MJ. Coma e outros estados de consciência. *Rev Med.* 2007;86(3):123-32.
21. Muniz ECS, Thomaz MCA, Kubota MY, Ciani L, Sousa RMC. Utilização da Escala de Coma de Glasgow e Escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. *Rev. Esc. Enf. USP.* 1997;31(2):287-303.
22. Silvério CC, Hernandez AM, Gonçalves MIR. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. *Rev. CEFAC.* 2010;12(6):964-70.
23. Drozd DRC, Costa CC, Jesus PRO, Trindade MS, Weiss G, Neto ABM et al. Análise da fase faríngea da deglutição em portadores de tosse crônica. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2012;16(4):502-8.
24. Hirano I, Kahrilas PJ. Disfagia. In: Lango DI, Fauci AS. *Gastrenterologia e Hepatologia de Harrison.* 2.ed. Porto Alegre: AMGH; 2015. p. 21-4.