

Artigos originais

A disfagia no acidente vascular cerebral: análise das competências do processo de cuidado da equipe interdisciplinar

Post-stroke dysphagia: an analysis of the competences of the care processes of the interdisciplinary team

Nathalya Tavares Camelo Felipe¹

<https://orcid.org/0000-0002-1322-8480>

Klayne Cunha Matos¹

<https://orcid.org/0000-0003-3999-8616>

Amanda Holanda Severo Siqueira¹

<https://orcid.org/0000-0003-2759-2002>

Thaissa Pinto de Melo¹

<https://orcid.org/0000-0003-4905-0714>

¹ Hospital Geral de Fortaleza - HGF, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Conflito de interesses: Inexistente



RESUMO

Objetivo: analisar as competências da equipe interprofissional no cuidado ao paciente disfágico acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Métodos: trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva na perspectiva da investigação qualitativa. Os participantes da pesquisa foram selecionados aleatoriamente, sendo técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e médicos que prestam assistência a pacientes acometidos por AVC na fase aguda e sub-aguda. O cenário de estudo foi a unidade de AVC e a enfermaria neurológica do hospital referência em Neurologia do estado do Ceará, Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada e gravada. Os dados obtidos foram organizados e analisados segundo a técnica de análises temáticas proposta por Bardin.

Resultados: com base nos depoimentos, elencaram-se três categorias temáticas: “conceituando e identificando a disfagia”, “saberes sobre a prevenção da broncoaspiração em pacientes acometidos por AVC” e “a broncoaspiração como complicação da disfagia”. As falas dos profissionais revelaram que alguns profissionais mostraram dúvida e até mesmo desconhecimento sobre o que é a disfagia.

Conclusão: o presente estudo evidenciou a complexidade da assistência ao paciente com disfagia pós AVC. Dessa forma, esse cenário nos faz refletir sobre a necessidade da educação permanente no serviço de atuação e da interdisciplinaridade entre as categorias profissionais.

Descritores: Disfagia; Fonoaudiologia; Acidente Vascular Cerebral; Pneumonia; Avaliação em Saúde

ABSTRACT

Objective: to analyze the competencies of the interprofessional team in the care of dysphagic stroke patients.

Methods: an exploratory-descriptive, qualitative study. The research participants i.e., nursing technicians, nurses, physiotherapists, speech therapists and physicians that provided care to patients with stroke in the acute and subacute phase, were randomly selected. The study setting was a stroke unit and neurological ward of the neurology referral hospital for Ceará State, Brazil. Data collection was performed through a semi-structured and recorded interview. The recorded data were organized and analyzed, according to the thematic analysis technique proposed by Bardin.

Results: based on the statements, three main categories were developed: “conceptualizing and identifying dysphagia”, “knowledge about the prevention of bronchoaspiration in stroke patients” and “bronchoaspiration as a complication of dysphagia”. The providers’ statements revealed that some experienced doubts and even unawareness about what dysphagia is.

Conclusion: the present study showed a complexity of care for stroke patients with dysphagia. Therefore, this scenario reflects the need for continuing education in the service and for interdisciplinarity among professional categories.

Keywords: Dysphagia; Speech, Language and Hearing Sciences; Stroke; Pneumonia; Health Assessment

Recebido em: 09/12/2019
Aceito em: 10/06/2020

Endereço para correspondência:

Nathalya Tavares Camelo Felipe
Rua Cônego Penaforte, 415, Apto 104,
Amadeu Furtado
CEP: 60455-620 - Fortaleza, Ceara, Brasil
E-mail: nathalyatcf@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de incapacidade e morte em todo o mundo, tanto em países de alta renda, como em países ainda em desenvolvimento¹. Segundo dados da Organização Mundial de Acidente Vascular Cerebral, um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVC ao longo de sua vida². No Brasil, essa é a principal causa de mortalidade, além disso, caracteriza-se como uma doença extremamente incapacitante, sendo considerada um dos maiores problemas de saúde pública do País³.

Conforme estudos encontrados na literatura, a disfagia orofaríngea está presente em mais de 50% dos casos de AVC quando ainda na fase aguda, e as suas principais complicações são: desnutrição, desidratação e complicações pulmonares, como a pneumonia aspirativa⁴. A pneumonia afeta aproximadamente 30% desses pacientes na fase aguda pós-AVC⁵, sendo associada à maior mortalidade, pior resultado funcional e maior permanência hospitalar⁶.

A *American Heart Association* e a *American Stroke Association*, confirmam esse dado ao afirmar que os pacientes acometidos por AVC estão até 7 vezes mais susceptíveis a desenvolver pneumonia aspirativa quando falham na triagem de disfagia, necessitando, assim, do dobro de tempo de internação hospitalar⁷.

Dessa forma, vem crescendo a preocupação com relação aos cuidados com os pacientes pós-AVC. Assim sendo, no Brasil, a linha de cuidados em AVC, objetiva proporcionar cuidado integrado e continuado com avaliação fonoaudiológica em até 72 horas a partir da internação⁸. O que corrobora com o Manual de Rotinas para Atenção ao AVC, quando recomenda que todos os pacientes devem ser rastreados para disfagia orofaríngea⁹. Contudo, no Brasil, isso não é uma realidade, visto que existe uma deficiência no dimensionamento e no número de profissionais nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para uma falha na assistência e na integralidade do cuidado¹⁰.

É sabido que os profissionais da saúde necessitam ter uma visão integral do indivíduo, para que assim, diminuam as complicações e os riscos de morte¹¹. O apoio de uma equipe multi e interdisciplinar é de extrema importância para a identificação das alterações da deglutição, logo, devem ser treinados para reconhecer e intervir essas alterações¹².

Dessa forma, o processo de avaliação é de suma importância para que subsidiem a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços

desenvolvidos, possibilitando decidir melhor sobre a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurem o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população¹³. O resultado desse processo deve visar a melhoria das ações, e não ser tomado como possibilidade punitiva para os atores¹⁴.

A prática avaliativa pode ser introduzida de diversas formas. Ela pode fazer parte do planejamento e da gestão das instituições, de programas e projetos e no seu sentido mais nobre, acompanhando concomitantemente as ações voltadas a mudanças desde o seu primeiro desenho¹⁵. Nos dias atuais a avaliação deve ser considerada não apenas como uma técnica, mas como uma “transdisciplina”, ou seja, um campo de estudo próprio que ao mesmo tempo oferece instrumentos de reflexão para outras áreas¹⁶.

Dada a importância do tema e a lacuna de dados na literatura científica, esta pesquisa mostra-se de grande relevância, pois objetiva analisar o conhecimento do processo de cuidado da equipe interdisciplinar com pacientes disfágicos acometidos por AVC, garantindo, assim, uma assistência com intervenções clínicas adequadas, com segurança, contemplando o indivíduo de forma integral.

MÉTODOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Hospital Geral de Fortaleza, Ceará, Brasil, sob parecer nº 2.891.570, nº CAAE: 94918518.8.0000.5040, portanto as exigências éticas estabelecidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridas integralmente.

Pesquisa descritiva na perspectiva da investigação qualitativa, uma vez que o objetivo foi analisar por meio dos discursos dos profissionais da equipe multidisciplinar, concepções, ações e relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização do cuidado ao paciente disfágico após acometimento por AVC. A pesquisa qualitativa consiste no entendimento de fenômenos, levando em conta a singularidade dos indivíduos, pois considera-se a subjetividade manifestação do viver total, independentemente do fato de serem ou não passíveis de quantificação^{17,18}.

O cenário do estudo foi a unidade de AVC e a enfermaria neurológica que compõem os espaços de cuidado dessa população do maior hospital da rede pública do Ceará e referência em Neurologia

do Estado¹⁹. A decisão de se realizar a pesquisa nos dois setores foi devido ao fato de que eles se complementam no processo de cuidado especializado aos pacientes portadores da doença em questão, sendo a unidade, idealmente, o ambiente em que o paciente com AVC agudo é assistido inicialmente e, posteriormente, após estabilização, é transferido para a enfermaria.

Os participantes da pesquisa foram 18 profissionais, selecionados por conveniência, das seguintes categorias: 4 Técnicos de Enfermagem (TE), 5 Enfermeiros (E), 4 Fisioterapeutas (FI), 3 Fonoaudiólogos (FO) e 2 Médicos (M) que prestam assistência a pacientes acometidos por AVC na fase aguda e sub-aguda. Para não identificar os participantes e a instituição, ao final de cada excerto foram acrescentadas as notações das letras iniciais de cada categoria profissional.

Essa escolha foi feita, pois esses são os atores no processo de assistência à saúde do paciente disfágico após acometimento por AVC. Entende-se que esses indivíduo hospitalizados precisam ser abordados de forma a considerar toda a complexidade emocional e física que essa doença os afeta, portanto, o cuidado deve ser analisado sob uma ótica multidisciplinar²⁰. O critério de seleção da amostra foi: ser profissional da saúde que presta assistência a pacientes acometidos por AVC na fase aguda e sub-aguda.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada e gravada, no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019, tendo sido utilizados dois instrumentos: um formulário com as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, categoria profissional, tempo de formação profissional, tempo de experiência com paciente acometidos com AVC e formação profissional) e um roteiro de entrevista semiestruturada com dados relativos à assistência ao paciente com disfagia com as seguintes questões norteadoras: na sua concepção, o que você entende como disfagia? Você sabe identificar quando o paciente acometido por AVC apresenta disfagia? Explique quais as suas intervenções para prevenção de broncoaspiração na sua competência profissional. Você tem conhecimento de algum episódio de broncoaspiração? Você consideraria importante receber treinamento formal sobre o manejo ao paciente disfágico?

As entrevistas foram pré-agendadas, ajustando-se a disponibilidade dos sujeitos. Previamente à realização das mesmas, o pesquisador disponibilizou e explicou

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura.

Os dados obtidos foram organizados e analisados segundo a técnica de análises temáticas proposta por Bardin, que consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. A opção pela análise categorial se respalda no fato de que é a melhor alternativa quando se quer estudar valores, opiniões, atitudes e crenças, por meio de dados qualitativos. As entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente o material foi analisado, obedecendo as 3 fases propostas por Bardin: pré-análise, exploração do material e, tratamento dos resultados, inferência e interpretação²¹.

RESULTADOS

Com base nos depoimentos, puderam-se elencar três categorias temáticas: “conceituando e identificando a disfagia”, “saberes sobre a prevenção da broncoaspiração em pacientes acometidos por AVC e “a broncoaspiração como complicação da disfagia”.

O grupo foi formado por 18 profissionais da assistência, sendo 17 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. As idades variaram de 20 a 54 anos. O tempo de experiência profissional com pacientes acometido por AVC foi de no mínimo 3 meses e no máximo de 27 anos. No que tange à categoria profissional dos sujeitos, 4 eram Técnicos de Enfermagem (TE), 5 eram Enfermeiros (E), 4 eram Fisioterapeutas (FI), 3 eram Fonoaudiólogos (FO) e, por fim, 2 Médicos (M). Em relação à formação profissional, 14 possuem pós-graduação, sendo 3 em pós-graduação/residência em neurologia e 9 em outras áreas do conhecimento. Dois profissionais possuem mestrado.

Conceituando e identificando a disfagia

Nesta categoria temática, as falas dos profissionais revelaram que, apesar de a grande maioria ter expressado conhecimento e familiaridade sobre o tema, alguns profissionais ainda mostraram dúvida e até mesmo desconhecimento sobre o que é a disfagia. É o que pode ser percebido, por exemplo, na fala de TE1 que é clara ao afirmar que a disfagia é um problema de respiração; e E1 que demonstra uma fragilidade na definição do problema. Dessa forma, observa-se que, com essa lacuna que emergiu, o elo de cuidado pode ser rompido, interferindo no cuidado ideal para o paciente com disfagia.

TE1: “eu confundo com a outra... A disfagia com afasia. Que é a dificuldade de falar, a de respirar e tem... eu confundo os nomes. (silêncio) Mas eu acho que é a dificuldade na respiração. Tô em dúvida”.

E1: “Disfagia... (silêncio) no meu conceito é um problema na respiração do paciente... Que ele precisa de tratamento, com a fonoaudióloga. Por aí...”.

Outros discursos que merecem destaque nesse processo de avaliação qualitativa são os que estão relacionados ao reconhecimento desse paciente disfágico. Durante as entrevistas, percebeu-se que ainda há dúvidas na identificação do paciente disfágico, há também conhecimento de outros critérios relevantes no rastreamento desse paciente. Isso foi percebido por meio de discursos frágeis, como se observa nas falas de F11 e E4:

F11: “Não sei se é o correto, mas... Se o paciente se engasgar quando bebe líquidos ou come, eu acho que é um dos sinais de disfagia”.

E4: “não sei. Isso é muito novo para mim. Quando eu vim para cá não tive orientação quanto a identificação do paciente disfágico, a gente pega rotina e vai vendo o que acontece rotineiramente”.

Esse processo de fragilidade de identificação de disfagia pôde ser relacionado à formação profissional, como percebe-se nas seguintes falas que emergiram quando os participantes foram questionados se tinham interesse em um processo de treinamento sobre o assunto. Destacam-se em falas de M1, FO2 e F2 e E3, que estão carregadas de um viés de relevância de processos educativos permanentes dentro da instituição e também de uma maior integração entre os componentes da equipe multidisciplinar.

M1: “Acho que sim. Até porquê a gente não tem uma formação, não tem uma orientação tão formal que ajudasse principalmente em situações de emergências, né?”

FO2: “A gente até já fez algumas orientações formal para as técnicas só que já faz tempo e muda e elas também esquecem. Eu acho que tem que ser feito de novo um treinamento sim. Não só com as técnicas, mas com os outros profissionais também”.

F12: “... é importante, todo mundo precisa saber. Não é querendo se meter no trabalho dos outros,

mas é a parte de multiprofissional, né? Porque, o paciente não é só um braço, não é só um cérebro. O paciente é o corpo dele todo, né?”

E3: “Claro. Sempre é muito válido. Quanto mais conhecimento melhor ainda. Já que é tão importante esse assunto. Gostaria muito, demais até.”

Saberes sobre a prevenção da broncoaspiração em pacientes acometidos por AVC

Quando abordado o tema de broncoaspiração, houve um consenso no conhecimento do termo e de intervenções praticadas pelos atores do cuidado. Isso deve ser compreendido como um ponto importante a ser fortalecido e explorado dentro do serviço de saúde em questão. Pode-se observar nas falas de E1 e M2.

E1: “ a broncoaspiração seria quando o paciente por algum motivo tem um desvio do alimento ou até mesmo da saliva que vai pro caminho errado, Que seria para os brônquios e para os pulmões.” - “começaria com a orientação de acordo com o quadro do pct, orientar a forma correta de fazer a alimentação dele, do acompanhante no caso de oferecer a alimentação a posição correta. Prevenir a broncoaspiração o posicionamento da cabeceira do pct, ver se está adequada a questão da consistência da dieta com o pct. Se o pct é sialorréico, observar.”

M2: “Normalmente, a gente mantém a cabeceira do paciente mais elevada, porque tem estudos ne mostrando que a cabeceira influencia. Na posição 0º, ele tem mais chance de broncoaspirar. Os cuidados de higiene bucal e de redução mesmo de sialorreia com buscopan, atropina colírio que reduz mais. Dificulta que grande parte dessa saliva, dessa sialorreia vá para o pulmão. E a questão da sondagem nos pacientes que estão com a deglutição mais prejudicada, né? Que a gente passa a alimentar pela sonda, aí acaba que diminui até o desconforto respiratório, porque a gente sabe que uma parte desse alimento acaba caindo na via aérea”.

No entanto, foi possível identificar nos discursos de alguns profissionais escassez de conhecimento com relação as intervenções necessárias para a prevenção da broncoaspiração, limitando-se a preocupação com o posicionamento da cabeceira. Constatou-se isso nas falas de E2, TE3 e F12.

E2: *“Para prevenir a broncoaspiração é importante adequar o posicionamento da cabeceira; observar se o paciente é sialorreico”.*

TE3: *“Manter a cabeceira elevada a 30º, a dieta é realizada com paciente sentada e depois que ele come ele tem que ficar sentado para não broncoaspirar”.*

FI2: *“Elevação de cabeceira, eu acho que é uma das mais importantes para prevenção, né? Isso na minha prática. Então, na minha prática seria a elevação de cabeceira pelo menos 30º no mínimo, né? E... de prevenção? E se eu achar que o paciente não estava deglutindo ou então estava acumulando líquido na boca ou alimento possivelmente broncoaspirando, comunicar a equipe o que estava acontecendo”.*

A broncoaspiração como complicação da disfagia

Pode-se confirmar por meio dos discursos que alguns profissionais já experienciaram consequências graves da broncoaspiração. Tal fato pode ser notado nas falas de FI4, FO1 e M2.

FI4: *“O paciente estava com a dieta espessada mousse, né? O leite dele já não elevava muito. Então, já tinha essas dificuldades... E assim... eu não presenciei o ato, né? Mas, eu soube que a acompanhante estava dando água líquida sem ser espessada e deitado, porque a maca dele não elevava. Então ele broncoaspirou, evoluiu para broncoespasmos e com isso ele foi para o tubo, né?”.*

FO1: *“Sim, de vários. Pacientes que tinham determinada doença de base e que a gente sabia qual seria a evolução e qual era o risco daquele paciente ser exposto a... a dieta por via oral... a água por via oral. E era a nossa conduta restringir esse paciente a isso e... (silêncio) não era feito. Então aconteceu do paciente broncoaspirar e precisar de suporte ventilatório e, em alguns casos, se eu não me engano, 3 pacientes veio a óbito. E outros momentos do paciente broncoaspirar conteúdos da própria dieta que ia pela sonda nasoesofágica. Então eu já presenciei alguns casos de broncoaspiração. Infelizmente...”.*

M2: *“Já, já observei e durante... Acho que foram dois casos de broncoaspiração que eu vi que foi muito importante no desfecho final do paciente. Que foram casos que o volume broncoaspirado foi grande a*

ponto de gerar realmente uma descompensação respiratória e aí, daí teve um desfecho ruim. Foi por duas vezes é...”.

DISCUSSÃO

A disfagia pós-AVC é caracterizada como um distúrbio de deglutição que, comumente, acomete pacientes após isquemia cerebral²². Esse sintoma pode estar presente em cerca de 42% a 92% dos casos^{23,24}, podendo o indivíduo evoluir com graves complicações, como por exemplo, o risco aumentado de broncoaspiração, de desnutrição e de desidratação²².

Durante as entrevistas, observou-se que os participantes tinham conhecimento sobre o tema, porém houve também quem transmitisse debilidade em conceituar a disfagia. Tal fato deve ser ponderado, pois é um aspecto que pode intervir na continuidade e plenitude do cuidado ofertado ao paciente. Dessa forma, Leonor et al. (2015)²⁵ trazem a importância da construção de uma cultura de educação continuada, possibilitando a instrumentalização de toda a equipe multidisciplinar para o cuidado com o paciente disfágico. Isso por que só se alcança integralidade de assistência quando atores do cuidado conseguem harmonizar competências e intervenções, pois os conhecimentos científicos das diversas áreas da saúde não fazem sentido isoladamente^{25,26}.

Notou-se desconforto maior em responder sobre o conceito de disfagia e sobre a identificação do paciente disfágico na equipe de enfermagem, principalmente, nos profissionais de nível técnico. Isso é relevante, pois esses profissionais desempenham papel fundamental no atendimento ao paciente disfágico. Eles que conseguem identificar alterações na deglutição, pois, os enfermeiros, os técnicos e os auxiliares de enfermagem estão presentes nas vinte e quatro horas à beira do leito, principalmente na hora das refeições. Nessa perspectiva, retorna-se novamente à necessidade de treinamento adequado em disfagia orofaríngea, por meio de processos educativos, o que ampliaria o embasamento teórico desta alteração, aprimorando o atendimento dispensado aos pacientes²⁷. Portanto, a educação permanente é primordial para o desenvolvimento profissional dos recursos humanos de uma instituição, valendo-se do próprio local da atividade laboral, aproveitando das situações cotidianas e reais como ambiente de aprendizagem²⁸.

Nos discursos, observou-se uma inclinação positiva para ações de educação relacionada à necessidade permanente de qualificação. Isso corrobora com o

fato de que essas atividades devem ser ancoradas em reflexão de práticas cotidianas. Algo que o presente estudo trouxe com a metodologia sobre a reflexão desse aspecto e também corroborando com a integridade que é tão importante no cuidado ao paciente disfágico^{29,30}.

A principal consequência da disfagia é a broncoaspiração, manifestando-se com alta prevalência em grandes hospitais. Seu mecanismo fisiopatológico acontece através da infiltração de partículas de alimentos, fluidos orofaríngeos ou conteúdo gástrico nas vias aéreas inferiores, o que pode desencadear pneumonite química, síndrome do desconforto respiratório e pneumonia infecciosa³¹. Essa última é considerada a infecção mais comum no ambiente hospitalar. Logo, faz-se necessário contar com uma equipe multiprofissional para atuar na disfagia, no qual cada profissional deve conhecer bem o seu papel para favorecer o tratamento do paciente³².

Dessa forma, é essencial conhecer a história clínica, sinais e sintomas dos pacientes e o tipo de disfagia mais prevalente para implementar as medidas de prevenção e controle da pneumonia^{33,34}. Diante disso, há recomendações quanto as intervenções para minimizar os riscos de aspiração, são essas: posicionar o paciente verticalmente com ângulo igual ou maior que 30 [graus], podendo atingir até 90 [graus] se possível; monitorização / nível de consciência e estado pulmonar; avaliar o reflexo de tosse, capacidade de deglutição; controle de vômito; manter a cabeça elevada 30 a 40 minutos após a alimentação; inspeção de alimentos ou medicamentos mantidos na cavidade bucal; prestação de cuidados na boca e verificação das sondas gástricas / enteral / gastrostomia³⁵.

Há um cenário de pluralidade no atendimento ao paciente disfágico que não permeiam somente as intervenções que foram exemplificadas, mas muito além. Como exemplo tem-se a modificação de consistência de alimentos, o preparo para a administração de medicamentos, o posicionamento da cama em 90 graus, os cuidados com o cuff da cânula de intubação ou traqueostomia durante a terapia nutricional, entre outros.

Nos discursos, apreendeu-se que a equipe em sua grande maioria reconhece as intervenções básicas necessárias para a assistência ao paciente disfágico. Isso evidencia que a assistência, apesar das fragilidades conceituais e de intervenções notadas por uma parte da equipe, é cercada de potencialidades,

podendo ser lapidada com programas de qualidade institucionais, como as embasadas na gestão de risco.

Cabe ressaltar o papel importante e as dificuldades de se concretizar práticas educacionais transformadoras, fundamentais no contexto da educação em saúde, que considerem a necessidade individual e local, que envolva a instituição³⁶. As práticas educativas desenvolvidas influenciam a qualidade da assistência prestada ao paciente, pois, é baseada na realidade diária destes profissionais, reforçando a implantação da sistematização da assistência, ferramenta essencial para os cuidados dos pacientes³⁷.

Segundo uma pesquisa sobre impacto orçamentário, que teve como objetivo a estimativa da prevalência de broncoaspiração e a verificação do custo-efetividade da aplicação de um protocolo preventivo, concluíram que a adesão de um programa preventivo por meio da aplicação de um protocolo, incluindo um fonoaudiólogo é custo-efetiva, gerando diminuição de custo por internação hospitalar e reduzindo a permanência hospitalar³⁸.

Por fim, é essencial ressaltar a inclinação dos profissionais de saúde em aprender sobre disfagia. No ambiente do próprio ofício isso se torna ainda melhor, pois é pelo cotidiano que se questiona práticas e instrumentalização para o conhecer e o agir, sabendo que a superação dos mesmos permite a efetiva incorporação dos instrumentos técnicos, culturais e éticos necessários para a intervenção competente³⁵. É necessário também que haja um resgate do profissional sobre o entendimento profissional de sua práxis. Isso se inicia sobre compreender o seu papel individualmente com os seus conhecimentos e atitudes disciplinares específicas e posteriormente o seu papel dentro da equipe de saúde; entender que seus conhecimentos científicos são essenciais, mas não fazem sentido isoladamente. A saúde, pela complexidade de seu objeto é considerada um campo transdisciplinar²⁵.

CONCLUSÕES

O presente estudo evidenciou que ainda existe fragilidade no conhecimento sobre o âmbito conceitual da disfagia na equipe multiprofissional, o que pode comprometer a qualidade do cuidado ofertado, pois é necessário aporte teórico para tomadas de condutas qualificadas e efetivas. Notou-se também, nos discursos, intervenções pouco diversificadas, o que não condiz com as inúmeras evidências já existentes na literatura.

Diante disso, aponta-se a necessidade de instituir esse tema no programa de educação permanente hospitalar, assim como, é previsto pela Política Nacional de Educação Permanente. O que oferece mais qualidade nos atendimentos dos profissionais, por meio de um raciocínio clínico, crítico e reflexivo, com a finalidade de aprimorar condutas com foco na integralidade e na compreensão das possíveis condutas a serem tomadas. Destaca-se ainda a importância de processos avaliativos contínuos por meio de triangulação de métodos na instituição de saúde, possibilitando um entendimento mais profundo do processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S et al. Guidelines for the primary prevention of stroke. A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 2011; p. 517-84.
2. World Health Organization. Stroke, cerebrovascular accident [homepage na Internet]. [up dated 23 Sep 2017; Cited 02 Feb 2019]. Available at: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ et al. Heart disease and stroke statistics – 2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;129(3):e28-e292.
4. Yang S, Choi KH, Son YR. The effect of stroke on pharyngeal laterality during swallowing. *Ann Rehabil Med*. 2015;39(4):509-16.
5. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K et al. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49(3):e46-e110.
6. Westendorp WF, Nederkoorn PJ, Vermeij JD, Dijkgraaf MG, van de Beek D. Post-stroke infection: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol*. 2011;11(1):110.
7. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, Meisterernst J, Schlager M, Mono ML et al. Dysphagia in acute stroke: incidence, burden and impact on clinical outcome. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148424.
8. SUS–CONITEC, Incorporação de Tecnologias. Linha de cuidados em AVC na rede de atenção às urgências e emergências; 2013. [cited 03 Jun 2017]. Available at: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>.
9. Ministério da Saúde. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Editora MS: Brasília, 2013.
10. Leite KKA. Indicadores do risco de broncoaspiração em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico em fase aguda [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2018.
11. Padovani AR. Protocolo fonoaudiológico de introdução e transição da alimentação por via oral para pacientes com risco para disfagia (PITA) [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
12. Costa MM. Videofluoroscopy: the gold standard exam for studying swallowing and its dysfunction. *Arq Gastroenterol*. 2010;47(4):327-8.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 34p.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do Planeja SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 56p.
15. Minayo MCS. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. *Saude Transform Soc*. 2011;1(3):2-11.
16. Scriven M. Evaluation in the new millennium: the transdisciplinarity vision. Pp.1-30. In: Donaldson P, Steward I, Scriven M (eds). *Evaluating social programs and problems: visions for a new millennium*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates Publishers; 2005. p.1-30.
17. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(3):621-6.
18. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Publica*. 2007;41(1):150-3.
19. Unidade de AVC do HGF – o atendimento que faz a diferença. Available at: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/component/content/article/7-instituicao/44145-unidade-de-avc-do-hgf-o-atendimento-que-faz-a-diferenca>. Cited 20 Mar 2019.

20. Othero MB. Produção do cuidado a pacientes com condições neurológicas muito graves: contribuições interdisciplinares para uma fundamentação teórica [Tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Curso de Medicina, Medicina Preventiva; 2016.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
22. Cohen DL, Roffe C, Beavan J, Blackett B, Fairfield CA, Hamdy S et al. Post-stroke dysphagia: a review and design considerations for future trials. *Int J Stroke*. 2016;11(4):399-411.
23. Mourão A, Almeida E, Lemos S, Vicente L, Teixeira A. Evolution of swallowing in post-acute stroke: a descriptive study. *Rev. CEFAC*. 2016;18(2):417-25.
24. Ramsey DJ, Smithard DG, Kalra L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*. 2003;34(5):1252-7.
25. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface Comun Saúde Educ*. 2017;21(62):589-99.
26. Leonor VD, Santos RS, Mendes JM, Willig MH. The contributions of continuing education on oropharyngeal dysphagia for pediatric nursing care at a teaching hospital. *Rev. CEFAC*. 2015;17(5):1531-40.
27. Bucchi SM, Mira VL, Otrenti E, Ciampone MHT. Enfermeiro instrutor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm [periódico na Internet]*. 2011 [cited 2016 Jul 10];24(3):381-7. Available at: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/en_12.pdf
28. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(3):847-52.
29. Campos KF, Sena RR, Silva KL. Permanent professional education in healthcare services. *Esc. Anna Nery*. 2017;21(4):e20160317.
30. Silva CT, Terra MG, Mostadeiro SCTS, Ribeiro DR, Lavich CR, Xavier MS. Nucleus of permanente education in nursing: perspectives in a teaching hospital. *Rev Pesq Cuid Fundam [periódico na Internet]*. 2013 Apr; [cited 20 Mar 2017]; 5(3):114-21. ISSN 2175-5361. Available at: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2044/pdf_825
31. Almeida AEM, Alcântra ACC, Lima FAM, Rocha HAL, Cremonin Junior JR, Costa HJM. Prevalência de risco moderado e alto de aspiração em pacientes hospitalizados e custo e feticidade da aplicação de protocolo preventivo. *J Bras Econ Saúde*. 2016;8(3):216-20.
32. Guedes LU, Vicente LCC, Paula CM, Oliveria E, Andrade EA, Barcelos WCO. Conhecimento dos profissionais de enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. *Rev. soc. bras. fonoaudiol*. 2009;14(3):372-80.
33. Carmo LFS, Santos FAA, Mendonça SCB, Araújo BCL. Management of the risk of bronchoaspiration in patients with oropharyngeal dysphagia. *Rev. CEFAC*. 2018;20(4):532-40.
34. Santos BP, Andrade MJC, Silva RO, Menezes EdC. Dysphagia in the elderly in long-stay institutions-a systematic literature review. *Rev. CEFAC*. 2018;20(1):123-30.
35. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem-NIC. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
36. Backes VMS, Lino MM, Prado ML, Reibnitz KS, Canaver BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(6):858-65.
37. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(6):837-42.
38. Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Interface*. 2001;5(8):89-100.

APÊNDICE A

Instrumento de entrevista

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS	
Sexo:	Idade:
Categoria profissional:	
Anos de experiência na área:	
Anos de experiência com pacientes acometidos com AVC:	
Formação profissional: () Curso técnico () Graduação () Pós-graduação () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado	
PERGUNTAS NORTEADORAS	
Na sua concepção, o que é disfagia?	
Você sabe identificar quando o paciente acometido por AVC apresenta disfagia?	
Qual a principal complicação causada pela disfagia no paciente acometido por AVC?	
Explique o que é broncoaspiração.	
Quais as consequências da broncoaspiração?	
Cite (detalhadamente) as suas intervenções para prevenção de broncoaspiração.	
Você sente dificuldade para aplicar as intervenções citadas? Se sim, quais as dificuldades?	
Você tem conhecimento de algum episódio de broncoaspiração? Exemplifique.	
Você consideraria importante receber treinamento formal sobre o manejo ao paciente disfágico?	