



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE – UNIVAG  
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

ANA LETICIA DUARTE DO CARMO  
BEATRIZ VITÓRIA SILVA  
DARIA LORRANE FONSECA DA SILVA

PROPOSTA DE DIETA ALIMENTAR PARA PACIENTES DISFÁGICOS

VÁRZEA GRANDE – MATO GROSSO  
2019

ANA LETICIA DUARTE DO CARMO  
BEATRIZ VITÓRIA SILVA  
DARIA LORRANE FONSECA DA SILVA

## PROPOSTA DE DIETA ALIMENTAR PARA PACIENTES DISFÁGICOS

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito da disciplina. Trabalho de Conclusão de curso II do Curso de graduação em Fonoaudiologia do UNIVAG – Centro Universitário.

Orientadora: Gabriela De Luccia Dutra

VÀRZEA GRANDE - MATO GROSSO

2019

## RESUMO

**Introdução:** A disfagia é um distúrbio no processo da deglutição, no qual, o paciente apresenta dificuldades na coordenação dos movimentos durante o ato de deglutir, afetando os indivíduos desde os recém-nascidos até os idosos. Deste modo, é comum encontrarmos pacientes disfágicos dentro dos hospitais, em que as dietas ofertadas não favorecem uma deglutição segura ao paciente. Desta forma, se faz necessário o manejo de uma consistência específica para estes indivíduos, já que em muitos dos hospitais ainda não existem um padrão alimentar em relação as dificuldades da disfagia. **Objetivo:** Desenvolver e testar consistências alimentares buscando atender de forma mais efetiva os pacientes disfágicos. **Métodos:** Participaram da pesquisa pacientes disfágicos de ambos os sexos, dentre a faixa etária de 18 à 85 anos, que sofreram acidente vascular cerebral (AVC), ou apresentavam alguma outra patologia associada à disfagia, tais como a pneumonia, dispneia e entre outros. O estudo foi realizado dentro de um hospital particular de Cuiabá/MT. As consistências elaboradas pelas pesquisadoras foram utilizadas com os pacientes, por meio do protocolo de consistência alimentar para pacientes disfágicos elaborado pelas autoras. Os pacientes que receberam as dietas foram acompanhados em um período do dia durante a semana para observação da consistência escolhida, junto com a equipe multidisciplinar hospitalar. Os resultados obtidos foram avaliados através de questionários aplicados ao fonoaudiólogo, pacientes e nutricionista. **Resultados:** O estudo analisou 23 indivíduos com idade entre 47-90 anos, prevalecendo a maioria idosos acima de 50 anos, do sexo feminino. Por meio de questionários específicos aplicados junto aos profissionais e pacientes pode ser observado do ponto de vista fonoaudiológico que as consistências estavam adequadas proporcionando um melhor desempenho ao paciente no decorrer da deglutição, já que os mesmos também observaram diferença da consistência, além de uma deglutição mais segura. Quanto a visão do nutricionista, foi possível constatar uma melhor comunicação entre a equipe, além de não obter dificuldades quanto ao preparo do alimento. **Conclusão:** A proposta do protocolo PCAPD para padronização das consistências alimentares para os pacientes disfágicos foi eficaz, proporcionando uma melhor comunicação entre a equipe multidisciplinar, além de apresentar melhoras importante quanto a eficácia no atendimento, uma vez que não houve necessidade das fonoaudiólogas solicitarem

mudanças, diminuindo as divergências entre os mesmos.

Palavras chaves: Transtorno de deglutição, Consistência alimentar, Alimentos

## INTRODUÇÃO

A alimentação é considerada um dos fatores nutricionais imprescindíveis para o ser humano, além de proporcionar um grande prazer. Quando ocorre impedimentos deste prazer de se alimentar, torna-se algo angustiante para o indivíduo, e para as pessoas que os rodeiam que por inúmeras vezes não sabem como reagir diante das dificuldades relacionadas, como: odinofagia, tosses, respirações ofegantes e mal-estar (Estrela; e col, 2009).

O processo de deglutição, ocorre em quatro etapas, sendo elas, fase preparatória oral, que acontece antes da deglutição iniciado pelo processo de incisão, trituração e pulverização do bolo alimentar, de forma voluntária e consciente. Fase oral onde se inicia a passagem do alimento da região oral para a cavidade orofaríngea, auxiliado pela língua que posiciona, condiciona e pressiona o bolo contra o palato duro, impulsionando-o para a faringe, tornando-se a última fase voluntária, fase faríngea, onde inicia-se a deglutição involuntária, e ocorre a elevação do palato mole fechando a região da nasofaringe. Nesta fase, as pregas vocais entram em processo de adução, a cartilagem epiglote desce para proteção das vias aéreas inferiores e a laringe se eleva impulsionando o alimento até ao esôfago e, por último a fase esofágica, que leva o bolo alimentar do esôfago até ao estômago, através de contrações musculares, que acontece de maneira involuntária e inconsciente (Barros; e col, 2009).

De acordo com Silva (2006) a disfagia é um distúrbio da deglutição caracterizado pela dificuldade de manipular o bolo alimentar da cavidade oral até ao estômago, podendo acometer crianças, adultos e idosos, apresentando incoordenação dos movimentos musculares, associados a deglutição com tosse, engasgos e sufocamentos, afetando todos os aspectos orais e laringofaríngeos, além de causar lentidão e alterações nos movimentos das fases da deglutição, interligados a fatores neurogênicos, psicogênicos, mecânicos e por inúmeras patologias associadas, tais como: síndromes, doenças neurológicas, malformações, presbifagia, distúrbios psicológicos e outros (Canongia e Alves, 2010).

Segundo Marchesan (1999), as alterações no decorrer do processo da deglutição podem estar relacionadas a inúmeros motivos, devido ao enfraquecimento das estruturas envolvidas durante a deglutição ou como consequência de diversas patologias associadas. Deste modo, dentre as doenças que ocasionam o distúrbio da deglutição, podemos citar o acidente vascular cerebral (AVC), que ocorre quando não acontece a irrigação sanguínea adequada para o cérebro, ocasionando uma disfunção neurológica, o câncer de cabeça e pescoço cujo a principal causa de acordo com Colombo e Rahal (2009), geralmente ocasionado devido ao consumo excessivo de tabaco e álcool, e o traumatismo crânio encefálico que de acordo com Ribas (2010) é causado por uma agressão na região cerebral, associado ao comprometimento fisiológico do couro cabeludo, do crânio, das meninges, do encéfalo e entre outros.

A literatura aponta que a disfagia geralmente é ocasionada por alimentos não apropriados para a deglutição do paciente. Segundo Padovani (2010), as consistências dos alimentos são subdivididas em sete tipos; pastosos homogêneos, pastosos heterogêneos, semissólidos, dieta regular, líquido fino, líquido pastoso fino e líquido pastoso grosso. De acordo com um estudo realizado em indivíduos sem alteração na deglutição, por Pansarini, et al (2012), foi possível observar que a consistência pastosa grossa foi a que apresentou menor evento de penetração ou aspiração na região laríngea, o que nos leva a analisar que para indivíduos disfágicos, a consistência pastosa grossa conhecida também como homogênea possa ser a que traga menores riscos, já que para aqueles que não possuem alterações, foi a mais segura.

Portanto, conforme Amaral, et al (2015) no decorrer da prática hospitalar, existem diversas consistências alimentares que são utilizadas, sendo inexistente um padrão que as classifique, já que cada hospital possui uma forma de determiná-las. Devido esta dificuldade de estabelecer uma padronização específica desde a preparação do alimento e as diferentes consistências, o mais afetado é o paciente, pois isso pode afetar ainda mais o seu quadro clínico diminuindo assim a evolução do processo terapêutico fonoaudiológico, por não favorecer o tipo de consistência adequada, conforme indicado pela fonoaudióloga.

Entretanto, ainda com Amaral, et al (2015), é válido ressaltar a importância da introdução dos nomes de cada dieta de acordo com o nível de disfagia apresentado pelo próprio paciente, facilitando assim a conversação entre a equipe multidisciplinar e demais indivíduos envolvidos.

Desta forma, existem dois protocolos criados para avaliação clínica da disfagia, sendo o primeiro criado por Padovani, et al. (2007) Protocolo de avaliação do risco para a disfagia (PARD) e o segundo também criado por Padovani (2010) Protocolo fonoaudiológico de introdução e transição da alimentação por via oral para pacientes com risco para disfagia (PITA). Ambos foram criados com a finalidade de avaliar e identificar o processo da deglutição no decorrer da inserção segura alimentar aos pacientes disfágicos.

Em vista disso, as pesquisadoras desse estudo criaram um protocolo de consistências alimentares para pacientes disfágicos (PCAPD) o qual se diferencia, por promover uma segurança alimentar aos pacientes e proporcionar mais confiança aos profissionais. Além de conter as consistências adequadas em cada grau de disfagia para melhor comunicação entre a equipe multidisciplinar.

Por conseguinte, este trabalho buscou elaborar e testar uma proposta de padronização das consistências alimentares, a fim de encontrar um tipo de dieta que oferecesse menor risco ao paciente disfágico em conjunto com a equipe multidisciplinar hospitalar, para que estes indivíduos sejam alimentados dentro dos padrões de segurança. Por certo, este estudo se faz fundamental para proporcionar um tratamento mais eficaz ao paciente disfágico, diminuindo as chances de broncos aspirações durante a oferta, maior chance de retirada de sonda através de uma alimentação adequada, melhor qualidade de vida ao paciente, diminuição de gastos para o hospital e um atendimento com mais agilidade e produtividade.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa tratou-se de um estudo experimental, transversal, de abordagem quantitativa que foi realizado dentro de um hospital particular de Cuiabá – MT. O estudo foi aprovado pela comissão de ética e pesquisa da Instituição Educacional Matogrossense- IEMAT, parecer CAEE: 14550919.7.0000.5692; sob o protocolo de pesquisa nº 3.441.813, atendendo às diretrizes nacionais e

internacionais para pesquisa em seres humanos (Resolução nº 466/2 do Conselho Nacional de Saúde), que regulamentam experimentos envolvendo pessoas.

O experimento foi realizado com 23 pacientes disfágicos de ambos sexos, entre a faixa etária de 18 a 85 anos, que foram acometidos por alguma patologia tendo a disfagia como fator secundário, cujo apresentavam algum distúrbio da deglutição, que estavam em condições plenas de comunicação e em acompanhamento/tratamento fonoaudiológico.

Foram retirados da pesquisa, pacientes que não conseguiam se comunicar, possuíam disfagia de grau moderadamente severo e severo, apresentavam desnutrição, distúrbio pulmonar obstrutivo crônico (DPOC), e doenças degenerativas que podiam inviabilizar o alcance dos objetivos propostos.

Antes da realização da produção da dieta e do teste da consistência alimentar nos pacientes, foi enviado o protocolo de consistência alimentar para pacientes disfágicos (PCAPD), criado pelas pesquisadoras (anexo 1), que tinha por objetivo elaborar as dietas alimentares para os pacientes acometidos pela patologia, além de facilitar a comunicação da fonoaudiologia e nutrição. O protocolo apresenta a consistência alimentar e os alimentos apropriados para cada grau de disfagia com cores diferentes, sendo a cor verde para disfagia leve, azul para disfagia leve/moderado e vermelho para disfagia moderada, facilitando assim, a preparação do alimento. O mesmo protocolo foi encaminhado para a equipe nutricional e copa do hospital, para o nutricionista adaptar os valores nutricionais de cada dieta.

Para validação do protocolo, as pesquisadoras selecionaram um dia para realizar juntamente com o nutricionista, a fonoaudióloga responsável da equipe do hospital e as auxiliares da copa, a testagem das consistências alimentares que seriam ofertadas para os pacientes. As dietas foram testadas pelas pesquisadoras em relação a consistência e sabor e sendo aprovadas foram armazenadas em um aparelho térmico, conforme a indicação do nutricionista. Ressaltamos, que a confecção dos alimentos e da dieta foram totalmente por conta do hospital, seguindo as orientações do protocolo PCAPD.

Logo após, a elaboração das consistências foi realizado um pré-teste durante um dia com três pacientes, sendo de grau leve, um leve a moderado e um moderado, para validação das consistências elaboradas de acordo com cada grau de disfagia de cada paciente testado, conforme os graus do protocolo.

Ressaltamos que não foi objetivo desta pesquisa analisar as disfagias severas, considerando a probabilidade de alimentação restrita por via oral destes pacientes. Após a oferta da dieta pré-estabelecida, foi analisado o nível de dificuldade ou facilidade do paciente durante o processo da deglutição.

Com os testes realizados e aprovados, as consistências foram testadas nos vinte e três pacientes selecionados, por vinte e um dias, durante as três refeições principais do dia, todos os dias da semana, de acordo com a disponibilidade de cada pesquisadora e da equipe hospitalar envolvida. As pesquisadoras acompanharamas fonoaudiólogas do hospital durante o horário do café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar para verificar se a consistência selecionada é a que traria menor risco de broncoaspiração do alimento durante a oferta ao paciente. Posteriormente, foi aplicado um breve questionário, que serão apresentados a seguir, para os pacientes para equipe fonoaudiológica e para o nutricionista.

As respostas apresentadas nos questionários, foram computados pela tabela de classificação Linkert, com a pontuação de um a cinco, sendo 1- Ruim e 2- Regular que obtinham como resultado não, 3- Regular, significando a resposta talvez e 4- Bom e 5- Excelente representava a resposta sim ou não obteve dificuldades, sendo assim observado quantitativamente a satisfação da equipe multidisciplinar e do paciente durante a oferta, buscando avaliar se houve uma melhor aceitação do alimento. Logo após o preenchimento dos questionários, os mesmos foram analisados pelas pesquisadoras, através da análise de satisfação das respostas apresentadas.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

Na primeira fase do estudo foi realizado a testagem de três pacientes P1, P2 e P3, buscando a validação da elaboração de cada consistência, de acordo com o nível da disfagia de cada paciente, sendo obtidos os seguintes resultados.

P1 sexo masculino, 52 anos, diagnosticado com neoplasia de esôfago com esofagectomia apresentando disfagia neurogênica orofaríngea de grau leve, sendo que alimentava-se exclusivamente por via oral. Após oferta da dieta P1 relatou que o sabor e consistência estavam agradáveis e que sentia vontade de comer o alimento apenas ao vê-lo, diferente das consistências anteriores ofertadas a ele no período de internação, relatando apenas dificuldades em deglutir a cebolinha que estava no alimento, solicitando apenas para retirá-la. Essa adaptação foi realizada.

P2 sexo feminino, 88 anos, diagnosticada com presbifagia, apresentandodisfagia neurogênica orofaríngea de grauleve a moderada, alimentação exclusiva por via oral. P2 relatou que a consistência estava adequada, não apresentando dificuldades tais como, engasgos, tosses e sem sinais clínicos de aspirações. Não foram necessárias adaptações na dieta, sendo que foi verificado a boa aceitação da paciente relacionado ao sabor e consistência do alimento.

P3 sexo feminino, 67 anos, diagnosticada com dispneia e neoplasia intestinal, apresentando disfagia neurogênica orofaríngea de grau moderado e mantendo a, alimentação exclusiva por via oral, na consistência pastosa. Durante a oferta, paciente apresentou dificuldade ao mastigar e deglutir o alimento,apresentando estase na cavidade oral, devido ao excesso de pedaços de ovos contido na sopa ofertada. Dessa forma, foi executado a modificação da mesma, retirando os pedaços existentes da consistência, concedendo apenas a consistência pastosa homogênea para melhor desempenho da mastigação e deglutição.

Na segunda fase do estudo, participaram da pesquisa um total de vinte e três pacientes, sendo que52% estavam na enfermaria, 22% em UTI geral, 22% na UCO e 4% no pronto atendimento.Dentre estes pacientes, a idade média era de 69,7 anos, com idade mínima de 47 anos e máxima de 90 anos com desvio padrão de 24,8. Em relação ao sexo, 57% eram do sexo feminino e 43% do sexo masculino, sendo verificada certa equivalência entre os sexos. Estudo realizado por Pernambuco et al (2018),observou-se a que a maioria do sexo comprometido pela disfagia era do sexo feminino sendo 64,8%, corroborando com os achados desta pesquisa, entretanto, os dados encontrados na literatura demonstram que a disfagia tem atingido ambos os sexos, induzindo a uma equidade.

No presente estudo a média de idade, 69,7 anos, indica que a maioria da população encontrada pode ser considerada idosa. Kock et al (2017) relatam que o envelhecimento é um dos principais causadores da disfagia, por ocorrer a diminuição dos movimentos das estruturas envolvidas na deglutição. Martins (2017),relata que a prevalência de disfagia em indivíduos acometidos na população idosa é de 35%-50% com mais de 50 anos, vindo de encontro com os dados deste estudo.

A pesquisa evidenciou que os pacientes foram acometidos por alguma patologia obtendo a disfagia como fator secundário, sendo que todos, estavam em acompanhamento e tratamento fonoaudiológico e em condições plenas de comunicação. Dentre as patologias encontradas, além do acidente vascular cerebral (AVC) 22%, notou-se também prevalência de quadros de pneumonia 30%, hipertensão arterial sistêmica (HAS) 30%, Dispneia 9% e Neoplasia 9%.

Segundo Werle et al (2015), a Hipertensão Arterial Sistêmica, se caracterizou como comorbidade anterior a disfagia, constatando afetar a maioria dos pacientes internados nos hospitais, dados estes que também foram encontrados neste estudo.

No presente trabalho, pudemos verificar uma taxa elevada de pneumonia. Estes dados não corroboram com o estudo de Favero, et al. (2017) na qual houve baixa porcentagem de pacientes disfágicos com pneumonia. Entretanto, é comum encontramos em inúmeras literaturas pacientes disfágicos com quadros clínicos de pneumonia, o qual conforme descrito por Miranda (2018) a pneumonia é a maior causa de internações e óbitos após acidentes vasculares cerebrais sendo composta por uma frequência de 24% pneumonia e 11,5% de óbitos em uma análise de composta por 478 pacientes.

Segundo Macedo, et al., (2017), o AVC afeta mais da metade dos pacientes ocasionando a disfagia. Porém em nosso estudo, apresentou um número inferior, sendo menos da metade de indivíduos com AVC. O que nos leva a pensar que a disfagia não tem afetado somente pacientes pós AVC, mas também, tendo como comorbidade outras patologias associadas.

Além disso, os pacientes disfágicos apresentaram dispneia e neoplasia, equivalendo a uma baixa porcentagem referente as demais patologias encontradas, o que confere com os resultados de Macedo et al, (2017), onde menos da metade dos pacientes apresentavam dispneia.

Referente ao grau de disfagia, foi analisado nesta pesquisa um predomínio maior de disfagia no grau leve-nível 1 (65%), diferente dos demais graus apresentados, grau leve/moderado-nível 2 (18%) e grau moderado-nível 3 (17%). Segundo Favero et al, (2017), estudos prévios mostram também uma prevalência maior de disfagias orofaríngeas em grau leve, entrando em concordância com este

estudo apresentado. Acredita-se que a disfagia leve seja mais comumente encontrada em pacientes disfágicos, por ser de natureza estrutural e funcional, o que se difere dos demais graus de disfagia, pois são associados a outras patologias neurológicas.

Como terceira etapa do estudo foi realizada a validação das consistências junto a equipe envolvida, nutricionista, fonoaudiólogas e paciente/cuidadores. As respostas apresentadas nos questionários a serem demonstrados, foram computados pela tabela de classificação Linkert, onde o mesmo continha 1- Ruim e 2- Regular que obtinham como resultado não, 3- Regular, significando a resposta talvez e 4- Bom e 5- Excelente representava a resposta sim.

Desta forma, após os pacientes experimentarem a dieta escolhida, conforme o grau de sua disfagia, os mesmos relataram as suas devidas opiniões, descritas na Tabela 1.

PACIENTE	1	2	3	4	5
Pergunta 1: A comida está diferente do que o senhor (a) estava recebendo?	4%	31%	4%	4%	57%
Pergunta 2: A comida desceu com mais facilidade?	0%	0%	4%	0%	96%
Pergunta 3: A comida está mais saborosa?	0%	9%	8%	0%	83%
Pergunta 4: O senhor (a) tem mais prazer ao ver essa comida?	0%	0%	0%	4%	96%
Pergunta 5: A consistência da dieta está mais agradável?	0%	0%	4%	0%	96%

Tabela 1: Avaliação do paciente

A questão 1 abordava se a comida estava diferente do que o paciente estava acostumado a receber dentro do hospital sendo a sua porcentagem 4% para ruim, 31% para regular, 4% para bom, 4% para ótimo e 57% para excelente. Diante os resultados apresentados na tabela 1, observamos que os pacientes sentiram a diferença entre a nova dieta e a dieta anterior que estava sendo ofertada durante o seu período de internação. O objetivo de propor uma comida diferente e agradável ao paciente foi obtida com êxito, diante as respostas apresentadas pelos próprios pacientes.

A questão 2 tratava se a comida desceu com mais facilidade, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 4% para bom, 0% ótimo, 96% excelente. Em vista desses resultados, podemos afirmar que o alimento ofertado transcorreu de forma agradável no decorrer do processo da deglutição, uma vez que não houve presença de engasgos, tosses ou dificuldades para deglutir o alimento, o que nos leva a afirmar que a consistência estava adequada e de acordo com o que o paciente necessitava.

A questão 3 explanava se a comida estava mais saborosa, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 9% para regular, 8% para bom, 0% ótimo, 83% excelente. Conforme as porcentagens, foi constatado que os pacientes aprovaram o sabor do alimento, relatando que realmente o sabor estava diferente das demais consistências existentes e elaboradas pelo hospital. Vale a pena ressaltar que os alimentos se mantiveram os mesmos, apenas a apresentação e forma de cozimento que foram alteradas.

A questão 4 retratava se o paciente tinha mais prazer para comer somente ao ver o alimento, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 0% para bom, 4% ótimo, 96% excelente. Através desses resultados, os pacientes afirmaram que a comida realmente estava mais bonita e que sentiam o prazer e vontade de comer apenas ao vê-la, demonstrando que quando o alimento é bem elaborado e possui boa aparência, os pacientes sentem mais interesse pela dieta, diminuindo assim o risco de desnutrição, inapetência e rejeição do mesmo.

A questão 5 abordava se a consistência da dieta está mais agradável, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 4% para bom, 0% ótimo, 96% excelente. De acordo com as respostas dos pacientes foi possível constatar verdadeiramente que a dieta elaborada para a pesquisa, estava mais agradável em relação a consistência e sabor, atendendo as expectativas dos pacientes, após a ingestão do mesmo.

Por conseguinte, após as ofertas dos alimentos, as fonoaudiólogas responderam o questionário de acordo com as suas devidas observações. Podemos observar na Tabela 2, o padrão de resposta das fonoaudiólogas.

FONOAUDIOLOGIA	1	2	3	4	5
Pergunta 1: Do ponto de vista fonoaudiológico verificou-se melhor desempenho do paciente durante a oferta?	0%	0%	4%	4%	92%
Pergunta 2: A consistência solicitada estava adequada?	0%	0%	4%	13%	83%
Pergunta 3: Paciente apresentou menos engasgos, resíduos na região oral ou sensação de bolo na garganta?	0%	0%	4%	8%	88%
Pergunta 4: Observou-se melhora clínica após a introdução da dieta específica?	0%	0%	4%	17%	79%
Pergunta 5: A proposta do protocolo de consistência alimentar foi eficaz?	0%	0%	0%	4%	96%

Tabela 2: Validação das fonoaudiólogas

Na questão 1 abordava se as fonoaudiólogas verificavam melhor desempenho do paciente durante a oferta, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 4% para bom, 4% ótimo, 92% excelente. Segundo as respostas apresentadas pelas três fonoaudiólogas do hospital, os pacientes obtiveram mais facilidade no decorrer do manuseio e deglutição do alimento, sendo possível constatar realmente, um melhor desempenho no processo da deglutição do paciente com os dados obtidos.

Na questão 2 retratava se a consistência do alimento estava adequada para o paciente, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 4% para bom, 13% ótimo, 83% excelente. Conforme as porcentagens e observações, as consistências estavam mais adequadas de acordo com o grau de disfagia do paciente. Estes dados são bastante relevantes para a pesquisa, uma vez que demonstra a o caráter da consistência pastosa homogênea, já que o alimento se encontrava adequado, não necessitando a preocupação das fonoaudiólogas quanto a necessidade de solicitar a copa e ao nutricionista a troca da dieta. Na questão 3 discorria se o paciente tinha apresentado menos engasgos, resíduos na região oral

ou sensação de bolo na garganta, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 4% para bom, 8% ótimo, 88% excelente, proporção que nos leva a certificar que as fonoaudiólogas notaram uma melhora significativa dos pacientes quanto a consistências, no processo de deglutição, já que as consistências se enquadravam em cada disfagia apresentada pelo indivíduo de acordo com a dificuldade do paciente, alcançando os objetivos de uma alimentação mais segura, diminuindo realmente os riscos de broncos aspirações. Nestes casos, é válido ressaltar a importância da consistência homogênea para pacientes que apresentam o distúrbio da deglutição, pois segundo Passarini, et al (2012), por meio de um estudo com indivíduos sem alterações na deglutição a consistência mais adequada foi a homogênea, o que concluímos que a pastosa homogênea é a que fornece maior segurança ao paciente.

A questão 4 abordava se foi observado uma melhora clínica após a introdução da dieta específica, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 4% para bom, 17% ótimo, 79% excelente. Os dados revelam que por meio de uma dieta alimentar específica para pacientes disfágicos conforme as avaliações das fonoaudiólogas, é possível se obter uma melhora clínica, já que estes pacientes foram alimentados dentro dos padrões de segurança e além disso com o tipo de consistência alimentar adequada ao seu caso.

Na questão 5 explanava se a proposta do protocolo PCAPD foi eficaz, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 0% para bom, 4% ótimo, 96% excelente. Dessa forma, conforme preenchido nos questionários a proposta do protocolo PCAPD para padronização das consistências alimentares para os pacientes disfágicos foi eficaz, proporcionando uma melhor comunicação entre a equipe multidisciplinar, além de apresentar melhoras importantes quanto à eficácia no atendimento, uma vez que não houve necessidade das fonoaudiólogas solicitarem mudanças, diminuindo as divergências entre os mesmos.

Já no questionário do nutricionista, o mesmo respondeu às perguntas, conforme observado na tabela 3.

NUTRIÇÃO	1	2	3	4	5
Pergunta 1: A comida ofertada foi suficiente para a nutrição do paciente?	0%	0%	0%	14%	86%
Pergunta 2: Houve algum problema no preparo da dieta?	45%	55%	0%	0%	0%
Pergunta 3: A comunicação entre a copa, nutricionista e fonoaudióloga melhorou?	0%	0%	0%	14%	86%
Pergunta 4: A proposta do protocolo de consistência alimentar para disfagia foi eficaz?	0%	0%	0%	45%	55%

Tabela 3: Validação do nutricionista

A questão 1 referia se a comida foi suficiente para a nutrição do paciente, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 0% para bom, 14% ótimo, 86% excelente. Conforme o nutricionista responsável de acordo com a porcentagem, a comida foi suficiente para a nutrição do paciente suprimindo as necessidades nutricionais, uma vez que este papel é desenvolvido pelo mesmo. Sabendo da importância nutricional do paciente no ambiente hospitalar, Andrade, et al (2018) relatou a alta ocorrência de desnutrição em pacientes com disfagia, e havendo modificações no tipo de consistência pode ocasionar a dificuldade no processo de deglutição na ingestão do alimento. Esta dificuldade não foi observada nesta pesquisa, visto que a dieta pastosa homogeneizada elaborada, continha todas as necessidades nutricionais que o paciente necessitava, sendo esta acompanhada de perto pela equipe de nutrição. Desta forma, mais uma vez ressaltamos a importância do trabalho em conjunto dos profissionais envolvidos, buscando proporcionar todo o aporte nutricional necessário, para que estes pacientes não necessitem de via alternativa de alimentação, uma vez que conseguem ingerir a consistência pastosa homogênea sem dificuldade e ao mesmo tempo garantam todo aporte calórico necessário para manter-se nutrido e hidratado.

Na questão 2 apresentava se houve algum problema no preparo da dieta, sendo sua porcentagem 45% para ruim, 55% para regular, 0% para bom, 0% ótimo, 0% excelente. Diante a análise do questionário e por meio de diálogo com o

profissional envolvido, o mesmo não apresentou dificuldades quanto a preparação da dieta específica. O qual demonstra que se a padronização for efetiva este requisito não será um empecilho, já que para a elaboração das novas consistências não foram encontrados empecilhos do ponto de vista nutricional e da disposição dos alimentos junto ao hospital.

Na questão 3 abordava-se a comunicação entre a copa, nutricionista e fonoaudióloga havia melhorado, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 0% para bom, 14% ótimo, 86% excelente. Em conformidade com os resultados apresentados, do ponto de vista do nutricionista a comunicação entre a equipe obteve melhoras importantes, o que viabiliza o intuito desta pesquisa, pois, sabe-se que esta comunicação é de suma importância para proporcionar não apenas uma segurança ao paciente, mas como também um melhor desempenho da equipe multidisciplinar envolvida.

Na questão 4 foi perguntado sobre a proposta do protocolo de consistência alimentar para disfagia foi eficaz, sendo sua porcentagem 0% para ruim, 0% para regular, 0% para bom, 45% ótimo, 55% excelente. O qual conforme o preenchimento do questionário, podemos observar que realmente a proposta de padronização das consistências alimentares também do ponto de vista nutricional com a utilização do protocolo PCAPD, obteve excelentes resultados, mostrando que é possível uma padronização específica de alimentação adequada a pacientes com disfagia, desde que as equipes envolvidas falem em uma mesma linguagem.

## CONCLUSÃO

Conclui-se, que a proposta de padronização das consistências alimentares para pacientes disfágicos, com o uso do protocolo PCAPD, obteve um resultado eficiente, pois o mesmo proporcionou uma melhor comunicação entre a equipe multidisciplinar envolvida. Além disso, com as respostas das fonoaudiólogas, nutricionista e pacientes, foi possível constatar melhor desempenho tanto da equipe quanto dos pacientes, o que nos leva a afirmar que com uma alimentação adequada por meio de uma padronização alimentar específica para pacientes acometidos com a disfagia, diminuem os riscos de broncoaspiração, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos indivíduos e facilitando o atendimento hospitalar dos

profissionais, não necessitando de solicitações ou modificações da dieta durante o atendimento, permitindo que seja mais produtivo e ágil.

## REFERÊNCIAS

CANONGIA, M. B.; ALVES, C. M. M; **Disfagia: estudo e reabilitação**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2010.

ESTRELA, F.; e col. Deglutição e processo de envelhecimento. In: JOTZ, G. P.; e col. **Tratado da Deglutição e Disfagia: No adulto e na criança**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2010. p. 54-58.

BARROS, A. P.; e col. **Tratado da Deglutição e Disfagia**. Rio de Janeiro: REVINTER, 2009.

PADOVANI, A. R; MEDEIROS G. C.; ANDRADE C. R. F.; **Protocolo fonoaudiológico de introdução e transição da alimentação por via oral (PITA)**. In: Andrade CRF, Limongi SCO (Org). **Disfagia: prática baseada em evidências**. São Paulo: Sarvier, 2012.

PANSARINI, A. C., e col. Deglutição e consistências alimentares pastosas e sólidas: revisão crítica de literatura. **Revista SocBrasFonoaudiol**. v.17, n.3, p. 357- 362. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/beatr/Desktop/Aulas%20do%205º%20Semestre/TCC%201/TCC%20-%201%20ARTIGO%20TOP.pdf>. Acesso em: 05 maio. 2019.

AMARAL, A. C. F., et al. Fonoaudiologia e nutrição em ambiente hospitalar: análise de terminologia de classificação das consistências alimentares. **Revista Cotas**, Belo Horizonte, v.27, n.6, p.541-9, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S231717822015000600541&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S231717822015000600541&script=sci_arttext)

MACEDO, E. P. de, et al. PERFIL DO PACIENTE DISFÁGICO INTERNADO EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO EM GOIANIA. **Rev. cien Escol EstandSaud Cândido Santiago-RESAP**. Goiânia, n.3, v.3, p. 137-148, 2017.

WERLE, R. W. et al. Fatores relacionados à disfagia orofaríngea no pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão sistemática. **Revista Cotas**, Santa Maria- RS, v.28, n.5, p.646-652, ago./out. 2016. acessado em: <

<http://www.scielo.br/pdf/codas/2016nahead/2317-1782-codas-2317-178220162015199.pdf> >.

MIRANDA, R. P. C.; DANTAS, R. O., Pneumonia no acidente vascular cerebral: frequência, preditores e desfechos associados. **Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto**, 2018. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17151/tde-25102018-172055/> >.

KOCK, A. P. S. M., et al. Disfagia no idoso: conhecimento dos cuidadores de instituições de longa permanência. **Unicaen**, Minas Gerais, 2017. Disponível em: < <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/61> >.

MARTINS, S. P. F. A disfagia no idoso e as suas implicações na administração de formas farmacêuticas sólidas orais: Um estudo exploratório. **Escola superior de saúde instituto politécnico do porto**, 2018. Disponível em: < [https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/11404/1/DM\\_SaraMartins.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/11404/1/DM_SaraMartins.pdf) >.

PERNAMBUCO, L. et al. Risco nutricional e de disfagia em idosos hospitalizados com idade avançada. **RevDistúrbComun**. São Paulo, v.31, n.2, p. 350-53, 2019.

FAVERO, S. R., et al. Complicações clínicas da disfagia em pacientes internados em uma UTI. **RevDistúrb Comum**. Porto Alegre, v.29, n.4, p. 654-62, 2017.

ANDRADE, P. A. et al. Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados. **Instituto israelita de ensino e pesquisa Albert Einstein**. São Paulo, v.16, n.2, p.1-6, 2018.

## ANEXO 1

### PROTOCOLO DE CONSISTÊNCIAS ALIMENTARES PARA PACIENTE DISFAGICOS – PCAPD

<b>Data:</b> ___/___/___
<b>Nome:</b> _____ <b>Idade:</b> _____
<b>Diagnóstico em Disfagia:</b> _____
<b>Medidas e Utensílios:</b> ( ) Meia colher ( ) Colher Rasa ( ) Colher cheia ( ) Canudo ( ) Copo
<b>Via de Alimentação:</b> ( ) Sonda nasal ( ) Sonda Oral ( ) Gastrectomia ( ) Via Oral

#### NÍVEIS DE DIETAS PARA DISFAGIA

Nível 1	Nível 2	Nível 3
<b>Disfagia Grau Leve</b>	<b>Disfagia Grau Leve/Moderado</b>	<b>Disfagia Grau Moderado</b>
Alimentação próximo da consistência normal, com exceção de alimentos muito sólido. É permitido pães e bolos macios, arroz papa e carnes bem cozidas e líquido no canudo.	Alimentação pastosa, sem grumos ou pedaços, frutas batidas, pão mandi, mingau, e líquidos com espessante na consistência néctar.	Purês de frutas ou legumes, geleias, cremes ou sopas cremosas peneiradas ou totalmente batidas e líquidos espessados mel.
Desjejum: Pão mandi, café com leite, fruta consistência macia (melão, banana, mamão) Colação: iogurte Almoço: Massas (nhoque, panqueca, lasanha, omelete) Carne macia, arroz papa e feijão, legumes macios, ovo. Lanche na tarde: frutas, vitamina, gelatina. Jantar: Massas (nhoque, panqueca) Carne macia, arroz papa e feijão, legumes macios, ovo.	Desjejum: Pão mandi, Colação: iogurte grosso Almoço: arroz pastoso, purês (cenoura, batata doce, batata, chuchu) e carne batida com feijão, omelete, nhoque. Lanche na tarde: fruta batida ou vitamina, gelatina. Jantar: Sopa sem grumos – batida (cenoura, batata doce, batata, chuchu) Ceia: Chá com espessante ou mingau.	Desjejum: mingau, vitamina com espessante. Colação: papa de frutas, Almoço: papa em geral, alimentos batidos, arroz batido, purês em geral, legumes batidos. Lanche da tarde: mingau, purê de fruta Jantar: papinha, alimentos batidos, arroz batido com ovo, purês em geral, legumes batidos Ceia: Suco com espessante ou vitamina com espessante.

Ceia: Chá, Leite com chocolate.		
<b>LÍQUIDOS</b>		
<b>Líquido Néctar</b>	<b>Líquido Mel</b>	
Líquidos levemente espessados que podem ser consumidos aos goles, como um iogurte líquido.	Líquidos espessados que necessita de colher para consumo, como mingau grosso.	
<b>Consistência e Líquido Indicado:</b>	Nível 1 ( ) Nível 2 ( ) Nível 3 ( ) LN ( ) LM ( )	
<b>Observações</b>		

---

**Fonoaudiólogo(a)**

---

**Nutricionista**