

Pacientes disfágicos após Acidente Vascular Cerebral: observação e cuidado integrado

Letícia Lessa Mansur

Fonoaudióloga, Professora Livre Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP, São Paulo-SP, Brasil.

Políticas de atenção à saúde são construídas a partir de dados epidemiológicos e estudos descritivos de populações. Quinze milhões de pessoas sofrem um Acidente Vascular Cerebral (AVC) a cada ano em todo o mundo. O AVC representa uma das principais causas de lesões permanentes em adultos, que gera sequelas e incapacidades; constitui a terceira causa de morte e a primeira causa de incapacidade no mundo ocidental¹. No Brasil, o AVC foi a principal causa de mortalidade e as estatísticas em saúde indicam que este índice é elevado quando comparado ao de outros países². No entanto, temos poucas iniciativas sobre investigação de sequelas e incapacidades decorrentes de AVC, em nossa população³. Na literatura mundial, a disfagia e os distúrbios de comunicação estão entre os mais prevalentes e que essas desordens podem se apresentar de forma associada⁴.

No artigo *Acidente Vascular Cerebral e Sequelas Fonoaudiológicas: Atuação em Área Hospitalar* os autores apresentam a descrição dessas sequelas em casuística atendida em ambiente hospitalar⁵.

Os autores chamam a atenção para dados demográficos, como a idade e o risco de acometimento vascular. Buscam avaliar a amostra de pacientes acometidos, de modo cego, de modo a identificar indivíduos normais, e com sequelas. A descrição das disfagias em fase aguda permitiu observar o impacto da lesão quando ainda não ocorreram adaptações e plasticidade do sistema nervoso. A obtenção desses dados auxilia a dimensionar o papel de profissionais nas unidades de cuidado neurológico.

Além da biomecânica da deglutição, a descrição incluiu aspectos interessantes, como dados de função respiratória. Sabe-se que comprometimentos da co-

ordenação respiração-deglutição constituem uma das principais causas de aspiração em pacientes com AVC na fase aguda⁶. Outro aspecto interessante é a busca de associações entre disfagia, função respiratória e outras alterações da comunicação, linguagem e fala. Esses comprometimentos associados à disfagia informam sobre a extensão da lesão e indicam prognóstico e ações de cuidado mais abrangentes. Pistas desse cuidado são esboçadas ao serem expostos os acometimentos disfágicos em fases oral e faríngea e a dificuldade de coordenação entre essas duas fases nos pacientes.

Merece destaque o fato de as avaliações terem sido baseadas em observações clínicas, dispensando instrumentos complexos, cuja indicação em fase aguda é questionável, dadas dificuldades de realização dos procedimentos e a expectativa de mudanças adaptativas favoráveis em curto período, na maioria desses pacientes.

Os autores pontuam riscos desses pacientes; aspiração, na fase aguda e comprometimentos nutricionais em período mais tardio. A aspiração é a grande preocupação da maioria das unidades de internação neurológica que acolhe doentes disfágicos, daí a importância de detecção de sinais indicadores de risco. Esboça-se aí outro ponto importante na prevenção de complicações em enfermarias de neurologia.

Um último ponto a ser destacado é a importância do trabalho em equipe. No caso, a vigilância quanto à evolução é responsabilidade das equipes multidisciplinares. A observação diferenciada dos pacientes pode orientar a detecção de sinais, indicativos de necessidade de encaminhamento precoce para prevenir riscos de aspiração.

Assim sendo, compartilhamento e divulgação

de informações constituem importantes pilares para a definição de ações integradas dos profissionais de saúde. Essa definição está fundamentada em características particulares das unidades de cuidados e dos grupos populacionais; daí a importância de estudos que reúnam observações em territórios específicos.

REFERÊNCIAS

1. Warlow C, Sudlow C, Dennis M, Wardlaw J, Sandercock P. Stroke. *Lancet*, 2003;362(9391):1211-24.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14544-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14544-8)
2. Lotufo PA, Bensenor IM. Stroke mortality in Sao Paulo (1997-2003): a description using the Tenth Revision of the International Classification of Diseases. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(4):1008-11.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2004000600014>
3. Silva RG, Vieira MM. Disfagia orofaríngea neurogênica em adultos pós-acidente vascular encefálico: identificação e classificação. In Macedo Filho ED, Pisani JC, Carneiro J, Gomes G. *Disfagia – abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Frontis.
4. Martin BJW, Corlew MM. The incidence of communication disorders in dysphagic patients. *J Speech Hear Dis*. 1990;55:28-32.
5. Jacques A, Cardoso MCAF. Acidente Vascular Cerebral e sequelas fonolológicas: atuação em área hospitalar. *Rev Neurocienc* 2011;19:229-36.
6. Butler SG, Stuart A, Pressman H, Poage G, Roche WJ. Preliminary investigation of swallowing apnea duration and swallow/respiratory phase relationships in individuals with cerebral vascular accident. *Dysphagia* 2007;22:215-24.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00455-007-9077-4>