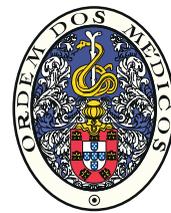


Efeitos da Terapia da Fala em Pacientes Internados com Disfagia Pós-Acidente Cerebrovascular: Revisão Sistemática de Estudos Observacionais



Effects of Speech Therapy in Hospitalized Patients with Post-Stroke Dysphagia: A Systematic Review of Observational Studies

Joice Santos ANDRADE¹, Wagner Walter Oliveira de Jesus SOUZA¹, Luiz Renato PARANHOS², Danielle Ramos DOMENIS³, Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro CÉSAR³✉
 Acta Med Port 2017 Dec;30(12):870-881 • <https://doi.org/10.20344/amp.9183>

RESUMO

Introdução: Como a disfagia pode ser uma das sequelas pós-accidente cerebrovascular encefálico, o objetivo deste estudo foi analisar o tempo médio de recuperação de doentes com acidente cerebrovascular encefálico e disfagia submetidos à terapia da fala na beira do leito hospitalar.

Material e Métodos: Revisão sistemática realizada a partir do *Preferred Reporting Items is Systematic Reviews and Meta-Analyses*. A busca foi realizada em diferentes bancos de dados, sem restrição de tempo e idioma. Os estudos foram avaliados quanto à sua qualidade metodológica.

Resultados: De 5671 registos rastreados, cinco estudos foram elegíveis. Obtiveram-se 176 doentes com acidente cerebrovascular encefálico e disfagia (idades entre 22 e 91 anos - média: 68,95), sem prevalência quanto ao género. A melhora no quadro da disfagia ocorreu em 84,26% dos sujeitos e o tempo de recuperação entre um e noventa dias (média: 22). Em nenhum estudo foi realizada a randomização, o cegamento, o manejo de perdas, desistências e realizado com grupo controlo.

Discussão: O sucesso da reabilitação da disfagia orofaríngea como sequela pós-accidente vascular encefálico dependerá da extensão, da localização da lesão neurológica e da intervenção precoce no leito hospitalar. Apesar do reconhecimento dos profissionais da saúde sobre a importância da reabilitação da deglutição para esses doentes, há carência de estudos que suportem uma prática baseada em evidências, embora os resultados apontem melhoras neste sentido.

Conclusão: A terapia da fala na beira do leito em doentes disfágicos pós- acidente cerebrovascular encefálico parece trazer resultados satisfatórios em curto período de tempo, revelando a importância do diagnóstico e da intervenção da terapia da fala precoces.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral/complicações; Hospitalização; Perturbações da Audição; Perturbações da Deglutição; Revisão; Terapia da Fala; Terapia da Linguagem

ABSTRACT

Introduction: Since dysphagia may be one of the brain post-stroke consequences, the objective of this study was to analyze the average recovery time of patients with cerebrovascular accident and dysphagia subjected to speech therapy in a hospital bed.

Material and Methods: Systematic review performed following the 'Preferred Reporting Items is Systematic Reviews and Meta-Analyses' instructions. The search was performed in different electronic databases, without restriction of time and language. The studies were evaluated regarding their methodological quality.

Results: Of 5671 titles, five studies were included. 176 patients with stroke and dysphagia were obtained (aged between 22 and 91 years old – average: 68.95), with no preference regarding gender. Improvement occurred in 84.26% of the subjects and the recovery time was between one and ninety days (average: 22 days). Randomization, blinding, loss to follow-up and withdrawal were not performed with control group in any study.

Discussion: The success of rehabilitation of oropharyngeal dysphagia as a post-stroke sequela will depend on the extent, location of the neurological lesion and early intervention in the hospital bed. Despite the recognition of health professionals about the importance of swallowing rehabilitation for these patients, there is a lack of studies that support an evidence-based practice, although the results point to improvements in this regard.

Conclusion: Speech therapy in hospital bed in post-stroke hospitalized patients with dysphagia seems to bring satisfactory results in the short-term, revealing the importance of diagnosis and early intervention in these cases.

Keywords: Deglutition Disorders; Hearing Disorders; Hospitalization; Language Therapy; Review; Speech Therapy; Stroke/ complications

INTRODUÇÃO

O acidente cerebrovascular encefálico (AVE) ou cerebral (AVC) é definido como *déficit* neurológico súbito decorrente de um dano cerebral. De instalação aguda e du-

ração variável, sua gravidade varia de acordo com o local e a intensidade da lesão.¹ Segundo o Ministério da Saúde do Brasil,² quase seis milhões de óbitos ocorrem por AVC,

1. Departamento de Disfagia e Fonoaudiologia Hospitalar. INCISA. Belo Horizonte. Brasil.

2. Departamento de Odontologia. Universidade Federal de Sergipe. Lagarto. Brasil.

3. Departamento de Fonoaudiologia. Universidade Federal de Sergipe. Lagarto. Brasil.

✉ Autor correspondente: Carla César. carlacesar@globo.com

Recebido: 11 de maio de 2017 - Aceite: 17 de outubro de 2017 | Copyright © Ordem dos Médicos 2017



representando a terceira maior causa de morte em todo mundo.³

A disfagia orofaríngea pode estar presente em 50% dos casos atendidos por consequências do AVC, sendo, na maioria das vezes, classificada como grave⁴ - que sem tratamento pode trazer sérios prejuízos ao paciente.⁵ Nos casos de envolvimento neurológico, é tida como disfagia neurogênica, sendo importante lembrar que a disfagia orofaríngea é a dificuldade em deglutir saliva ou alimentos⁶ e o local de maior acometimento é a artéria cerebral média.⁷

O doente com AVC necessita de atendimento multidisciplinar, com equipe hospitalar composta por Neurologistas, Geriátras, Médicos Intensivos, Cardiologistas, Pneumologistas, Otorrinolaringologistas, Infectologistas, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Terapeutas da Fala,⁸ Geriátras entre outros.

A terapia da fala tem papel relevante no tratamento das disfagias orofaríngeas, possibilitando condições satisfatórias e seguras de alimentação, minimizando engasgos e broncoaspirações.⁹ No ambiente hospitalar, a terapia da fala pós-AVC tem como objetivos a avaliação, a orientação e a reabilitação. A intervenção deve acontecer precocemente (entre 24 e 48 horas pós-evento e com o doente clinicamente estável) para identificação rápida da disfagia orofaríngea e prevenção de suas complicações, possibilitando redução do tempo de internamento,¹⁰ do risco de morte e a recuperação da qualidade de vida (QV) desses doentes, pois há prejuízos na QV desses sujeitos em relação à fadiga, saúde mental e social, ao tempo de alimentação e medo de se alimentar.¹¹

Observa-se ainda carência de estudos que possam responder se há diferença em dias, de recuperação da disfagia orofaríngea de doentes que foram submetidos a tal intervenção quando comparados àqueles que não foram. No entanto, se supõe que com a intervenção pode haver a minimização do índice de morbidades.¹²

O objetivo desta pesquisa foi responder à questão clínica: “Qual o tempo médio de recuperação para introdução de ingesta oral em doentes pós-AVC quando submetidos a terapia da fala no leito, independente do tipo (isquêmico ou hemorrágico)?”.

MATERIAL E MÉTODOS

Protocolo e registo

Revisão sistemática realizada a partir das recomendações do *Preferred Reporting Items in Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA - www.prisma-statement.org)¹³ e registada no PROSPERO com o protocolo número CRD42016039734 (<http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO>).

Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão utilizados no estudo foram: estudos transversais observacionais, sem restrição de período, idioma e *status* de publicação e, em relação aos doentes,

adultos e idosos com acometimento cerebrovascular – de preferência pela primeira vez e com disfagia orofaríngea avaliados em estado de alerta, submetidos a terapia da fala no leito hospitalar.

Os de exclusão foram: 1) Estudos fora do objetivo da pesquisa; 2) Relatos de caso, carta ao editor e/ou editorial; 3) Revisões de literatura, índices e resumos; 4) Em doentes recém-nascidos, crianças e adolescentes; 5) Doentes com AVC sem disfagia ou disfágicos sem AVC e doentes sindrômicos, com deficiência intelectual ou encefalopatias progressivas.

Fontes de busca

Foram utilizadas as bases de dados PubMed (incluindo Medline), Scopus, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), OpenGrey e Google Scholar. O PubMed foi selecionado por ser uma biblioteca virtual livre que permite o acesso as pesquisas na língua inglesa na área médica, o MedLine por disponibilizar acervo da área biomédica, sendo que tanto o PubMed quanto o Scopus estão entre as maiores bases de dados da área da saúde. A SciELO é um banco eletrónico de dados que engloba publicações de 14 países e com uma área específica para a saúde coletiva, além de favorecer a aquisição de literatura brasileira publicada em revistas científicas divulgadas na Internet. A LILACS por possibilitar a visualização de pesquisas latino-americanas e do Caribe. O OpenGrey e o Google Scholar foram usados para pesquisar a literatura cinzenta e evitar viés de seleção e publicação. Utilizou-se o OpenGrey por ser uma fonte de dados de literatura cinzenta europeia. Especificamente do Google Scholar foram selecionados os 100 primeiros registos de cada combinação, excluindo patentes e citações. Quando necessário, foi tentado o contato por correio eletrónico com alguns autores.

Estratégia de pesquisa

Foram selecionados os descritores em português pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): “transtornos de deglutição”, “fonoaudiologia” e “acidente vascular cerebral”, verificando seus similares em espanhol: “disfagia”, “enfermedad cerebrovascular” e “trastorno de la deglución”. Em inglês, a partir do Medical Subject Headings (MeSH) do sistema Medline-PubMed: “deglutition disorders”, “stroke” e “speech therapy”. Os descritores foram utilizados com os operadores booleanos “AND” e “OR”. A busca ocorreu em outubro de 2015 e os registos obtidos foram exportados para o *software* Mendeley™ Desktop 1.13.3 (Mendeley™ Ltd, Londres, ING), para verificar duplicações.

Forma de seleção dos estudos

Inicialmente os revisores de elegibilidade (JSA e WWOJS) foram calibrados para a realização da revisão sistemática por CPHARC e LRP. Após a calibração e retirada de dúvidas, os títulos e resumos foram examinados por dois revisores de elegibilidade (JSA e WWOJS), de forma

independente, os quais não estavam cegos para o nome dos autores e das revistas. Aqueles que apresentaram um título dentro do âmbito, mas os resumos não estavam disponíveis, também foram obtidos e analisados na íntegra. Nesse momento foram excluídos estudos fora do âmbito, relatos de caso, cartas ao editor e/ou editorial, revisões de literatura, índices, resumos e estudos em animais.

Posteriormente, os estudos elegíveis preliminarmente tiveram o texto completo obtido e avaliado. Em casos específicos, quando o estudo com potencial de elegibilidade apresentasse dados incompletos, os autores foram contatados por *e-mail* para mais informações. Na inexistência de acordo entre os revisores, um terceiro (CPHARC) foi envolvido para a decisão final. Os estudos rejeitados foram registrados separadamente, juntamente com as razões da exclusão.

Dados coletados

Após a triagem, os textos dos artigos selecionados foram revisados e extraídos de forma padronizada por dois autores (JSA e WWOJS) sob a supervisão de CPHARC e DRD, identificando-se ano de publicação, local da pesquisa, idioma de publicação, tipo de estudo, amostra, método, resultado e conclusão do estudo.

Risco de viés

A qualidade dos métodos utilizados nos estudos incluídos foi avaliada pelos revisores de forma independente

(LRP e CPHARC), de acordo com a recomendação PRISMA.¹³ A avaliação priorizou a descrição clara das informações. Neste ponto, a revisão foi realizada às cegas, mascarando os nomes dos autores e revistas, evitando qualquer viés potencial e conflito de interesses.

Posteriormente, foi verificada a qualidade metodológica (Tabela 1), assinalando-se a pontuação obtida, por meio de um protocolo para pontuação qualitativa dos estudos selecionados, modificado da literatura,¹⁴ com scores, sendo categorizados como de alta qualidade - entre 13 e 11 pontos, moderada qualidade - entre 10 e 6 pontos e baixa - aquém de 6 pontos (Tabela 1). Foram incluídos no trabalho estudos que obtivessem pontuação \geq a 6 pontos.

Resultado clínico

O resultado clínico de interesse foi o tempo de internamento de doentes com disfagia orofaríngea pós-AVC, desde que submetidos a terapia da fala na beira do leito hospitalar. Aqueles que não receberam terapia da fala no momento do internamento hospitalar não fizeram parte da amostra da revisão de literatura.

Sendo assim, os estudos foram analisados quanto ao tempo adotado para o procedimento até a alta do doente, realizando-se a síntese descritiva das pesquisas incluídas. Estudo de metanálise foi planejado caso os procedimentos fossem relativamente homogêneos.

Tabela 1 - Protocolo para pontuação qualitativa da metodologia, modificado de Pithon *et al*,¹⁴ com score máximo de treze pontos^a

1. Caracterização do estudo (pontuação máxima: treze)	
A.	Descrição adequada da população (pontuação máxima: dois) Itens analisados: idade, sexo e condição do doente: Dois pontos quando todos os itens foram atingidos; Um ponto quando dois itens foram atingidos; Zero pontos quando um ou nenhum item foi atingido.
B.	Descrição dos critérios de seleção (pontuação máxima: um) ^b
C.	Tamanho da amostra (pontuação máxima: dois) Item analisado: número de participantes: Dois pontos quando a amostra foi igual ou maior do que 31 (*) participantes; Um ponto quando a amostra esteve entre 30 e 19 participantes; Zeros ponto quando houve menos do que 19 participantes.
D.	Comparação com grupo controle (pontuação máxima: um) ^b
E.	Randomização declarada (pontuação máxima: um) ^b
F.	Descrição dos critérios de avaliação da deglutição (pontuação máxima: um) ^b
G.	Descrição da avaliação do AVC (pontuação máxima: um) ^b
2. Descrição das medidas do estudo (pontuação máxima: dois)	
H.	Método apropriado ao objetivo do artigo (pontuação máxima: um) ^b
I.	Estudo cego para os examinadores e estatística (pontuação máxima: um) ^b
3. Análise estatística (pontuação máxima: dois)	
J.	Teste estatístico adequado (pontuação máxima: um) ^b
K.	Apresentação do p-valor (pontuação máxima: um) ^b

a: alta qualidade: entre 13 e 11 pontos; moderada qualidade entre 10 e 6 pontos; baixa qualidade abaixo de 6 pontos.

b: itens B, D, E, F, G, H, I, J, K: 1 ponto quando foi considerado adequado e 0 pontos quando não foi.

* número obtido a partir da quantidade de sujeitos de uma pesquisa brasileira.¹⁵

Tabela 2 - Quantidade de acervo obtido a partir da consulta dos descritores nos bancos de dados Google Scholar, LILACS, PubMed, Scopus e OpenGrey

Descritores	Nº	Excluídos	Motivos	Selecionados	Bancos de dados
Transtorno de Deglutição AND Acidente Vascular Encefálico AND Fonoaudiologia	100	99	Avaliação (37), faixa etária (5), revisão (7), outros temas (29), duplicados (18), outras patologias (6) e dissertações (3)	1	Google Scholar
	0	0	-	0	SciELO
	0	0	-	0	SciELO
Transtorno de Deglutição AND Fonoaudiologia	45	44	Avaliação (11 artigos), faixa etária (8), revisão (6), outras patologias (3), outros temas (12), capítulo do livro (3) e duplicado (1)	1	LILACS
Acidente Vascular Encefálico AND Fonoaudiologia	15	15	Avaliação (3) e outros temas (12)	0	LILACS
	4	4	Avaliação (1), outros temas (3).	0	SciELO
Transtorno de Deglutição AND Acidente Vascular Encefálico	34	30	Revisão (4), avaliação (14), outros temas (10), artigo duplicado (1) e editorial (1)	4	LILACS
	0	0	-	0	SciELO
<i>Deglutition Disorders AND Stroke AND Speech Therapy</i>	6	6	Avaliação (5) e duplicado (1)	0	LILACS
	86	85	Avaliação (36), faixa etária (2), outras patologias (9), outros temas (36) e protocolo (1)	1	PubMed
	0	0	-	0	OpenGrey
	0	0	-	0	SciELO
	73	72	Avaliação (2), outras patologias (2), outros temas (21), protocolos (2), revisão de literatura (15), resumo de congresso (1), editorial (1), estudo de caso (1)	1	Scopus
<i>Deglutition Disorders AND Speech Therapy</i>	76	76	Avaliação (18), faixa etária (12), revisão (4), outras patologias (10), outros temas (28), capítulo de livro (1) e duplicado (1)	0	Lilacs
	429	428	Avaliação (40), faixa etária (31), revisão (15), outras patologias (65), outros temas (263), estudo de caso (14) e resumo (1)	1	PubMed
	0	0	-	0	OpenGrey
	3	3	Revisão de literatura (3)	0	SciELO
	688	688	Revisão (127), resumo de congresso (27), editorial (10), carta (10), outros temas (514)	0	Scopus
<i>Stroke AND Speech Therapy</i>	22	22	Avaliação (4), revisão (2), outros temas (14) e duplicados (2)	0	LILACS
	1026	1020	Avaliação (43), faixa etária (13), revisão (39), outras patologias (187), outros temas (690), cap livro (7), duplicados (41)	6	PubMed
	4	4	Teses (outros temas: 4)	0	OpenGrey
	11	10	Avaliação (2) duplicado (2) outros temas (6)	1	SciELO
	1832	1831	Revisão (273), Resumo de Congresso (56), Carta (37), resultados preliminares de pesquisa (32), outros temas (1430), duplicado (3)	1	Scopus

(A Tabela 2 continua na próxima página)

Tabela 2 - Quantidade de acervo obtido a partir da consulta dos descritores nos bancos de dados Google Scholar, LILACS, PubMed, Scopus e OpenGrey

Descritores	Nº	Excluídos	Motivos	Selecionados	Bancos de dados
	39	38	Avaliação (24), revisão (3), outras patologias (2), outros temas (2) e duplicados (2)	1	LILACS
<i>Deglutton Disorders AND Stroke</i>	1063	1059	Avaliação (91), faixa etária (22), revisão (37), outras patologias (73), outros temas (802), estudo de caso (6), capítulo de livro (3), duplicados (25)	4	PubMed
	0	0	-	0	SciELO
	1	1	Tese (outro tema)	0	OpenGrey
<i>Disfagia, enfermedad cerebrovascular, trastorno de la deglución and fonoaudiologia</i>	1	1	Outro tema (1)	0	LILACS
	0	0	-	0	OpenGrey
	0	0	-	0	SciELO
	78	78	Outros temas (27), faixa etária (3), Avaliação (10), revisão (3), outras patologias (10), duplicados (3), monografia/tese (13), comentário (1), cap de livro/livro (6), estudo de caso (2)	0	LILACS
<i>Disfagia and fonoaudiología</i>	0	0	-	0	OpenGrey
	31	31	Outros temas (22) Avaliação (4), Revisão de literatura (2) outra patologia (3)	0	SciELO
<i>Enfermedad cerebrovascular and fonoaudiología</i>	1	1	Outro tema (1)	0	LILACS
	0	0	-	0	OpenGrey
	0	0	-	0	SciELO
<i>Enfermedad cerebrovascular and trastorno de la deglución</i>	3	3	Outros temas (2), avaliação (1)	0	LILACS
	0	0	-	0	OpenGrey
	0	0	-	0	SciELO
Total	5.671	5.649		22	

RESULTADOS

A partir dos descritores eleitos, os bancos de dados foram consultados e foram obtidos os resultados disponibilizados na Tabela 2.

Como pode ser observado na Fig. 1, de 5671 pesquisas, foram lidos 22 integralmente e destes, descartados 17 por não responderem ao objetivo proposto.

Dos cinco que atenderam ao objetivo proposto, analisou-se a qualidade metodológica, obtendo-se classificação moderada e, portanto, lidos integralmente, sintetizados e disponibilizados na Tabela 3.

DISCUSSÃO

O AVC é a terceira causa de morte nos países industrializados e a principal causa de incapacidade funcional entre toda a população mundial. No Brasil são registrados aproximadamente 100 000 óbitos por ano e, segundo a Sociedade Brasileira de Neurologia, uma pessoa falece a cada cinco minutos no País em decorrência deste acometimento,¹⁸ evidenciando a necessidade de atenção em ações preventivas no combate ao AVC. Tamanho é sua importância, que em 2010 foi criado pelo World Stroke Organization

(WSO) o 'Dia Mundial de Combate ao AVC' - 29 de outubro.

Dentre várias das consequências do AVC está a disfagia, que pode acometer entre 30% e 90% dos casos, sendo que sua gravidade dependerá do tamanho e localização da lesão. As consequências são a pneumonia¹⁹ por broncoaspiração de saliva ou alimentos²⁰ e a desnutrição.¹⁹ Tais fatores podem prejudicar o quadro clínico do doente, levando inclusive a óbito.¹²

Assim, a instauração de medidas interdisciplinares é necessária para melhor atenção em saúde tanto ao doente quanto à sua família, incluindo a ação do terapeuta da fala na beira do leito hospitalar. Neste sentido, o presente estudo teve como proposta analisar, por meio de revisão sistemática, o efeito da terapia da fala no leito hospitalar em doentes disfágicos pós-AVC e, se possível, em quantos dias esses benefícios, caso encontrados, poderiam ser obtidos. A pesquisa não tinha limite de ano, porém só a partir de 2008 foram obtidos artigos que pudessem responder à pergunta clínica.

Como a maioria dos estudos foi retrospectivo,^{9,10,15-16} ou seja, a partir do estudo de pastas, a comparação poderia ter sido realizada analisando-se a quantidade de dias de

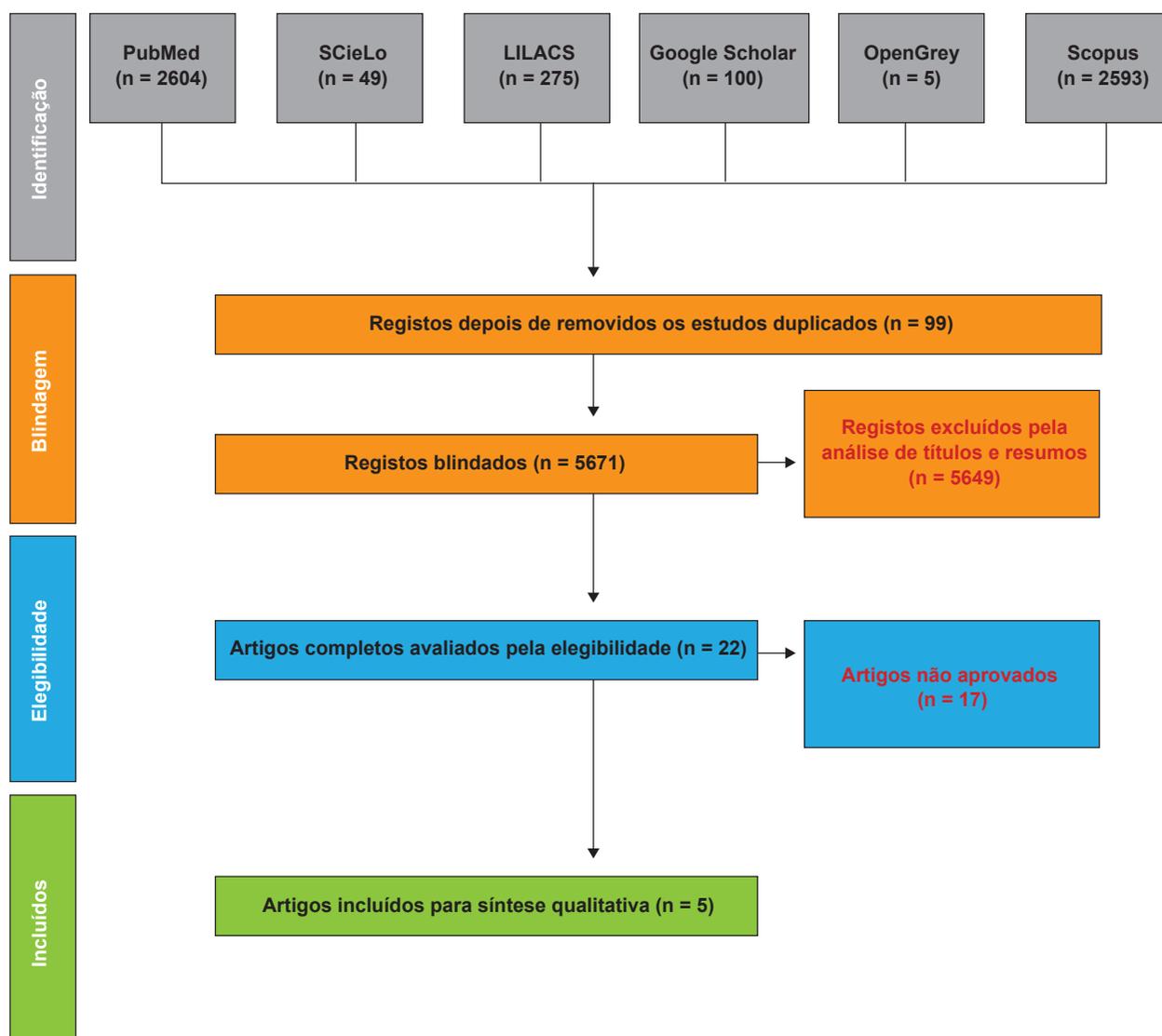


Figura 1 – Fluxograma com a estratégia de busca e seleção dos artigos

internamento antes da inserção do terapeuta da fala no serviço e após, não infringindo os aspectos éticos que regem as pesquisas com seres humanos. Porém, pela impossibilidade desta variável de análise, foram considerados os dias médios de internamento a partir da terapia da fala na beira do leito hospitalar. Apenas uma pesquisa¹⁷ realizou pesquisa experimental ‘antes-depois’ com um único grupo, porém, foram estipuladas as quantidades de sessões de terapia da fala de quinze sessões, por um prazo médio de um mês, para a avaliação dos benefícios obtidos a partir da respectiva intervenção, sendo evidenciados ganhos na qualidade da alimentação, no aporte nutricional e na diminuição da ansiedade – embora estes dois últimos sem relevância estatística.

De 5671 títulos possíveis, apenas cinco estudos foram incluídos (0,88% do total), todos publicados no idioma português, realizados no Sul ou no Sudeste brasileiro, evidenciando que há carência de estudos relacionados à prática baseada em evidências científicas relativas à terapia da

fala realizada na beira do leito hospitalar e que o Brasil desponta como um país que vem se preocupando com o assunto.

Apesar da preocupação, os estudos necessitam de maior qualidade metodológica, como a inserção de parâmetros para minimizar o risco de viés, tais como a randomização com amostras aleatórias, controladas, bem como cegas para o tratamento e estatística.

Dos 151 doentes com AVC e disfagia que fizeram parte da amostra dos estudos, não houve prevalência quanto ao gênero acometido (embora a amostra feminina tenha sido ligeiramente maior: 63 doentes), evidenciando que tanto homens quanto mulheres podem apresentar fatores de risco para a disfagia pós-AVC. Alguns estudos^{17,21-24} apontaram aumento de ocorrência de disfagia pós-AVC no gênero masculino (aproximadamente 20% a mais do que no feminino) – contrariando os achados encontrados, em que o inverso ocorreu (com percentual de diferença de 16,67% a mais para as mulheres). Cabe ressaltar, no

Tabela 3 - Síntese dos cinco estudos obtidos de acordo com a autoria, local de publicação e idioma de publicação.

Autoria, ano, local de realização do estudo e idioma de publicação	Tipo do estudo e caracterização da amostra	Método de avaliação do AVC	Método de avaliação da disfagia
Furkim; Sacco (2008),¹⁶ São Paulo, idioma: português.	Estudo retrospectivo com o levantamento dos prontuários de doentes, com diagnóstico de disfagia orofaríngea de janeiro de 2007 a maio de 2008. A amostra contou com 49 doentes, 34 (69,4%) do sexo feminino e 15 (30,6%) do masculino. Idade mínima foi de 22 anos e a máxima de 91 anos e média de idade de 69,43. Não foi relatado o grau de severidade da disfagia.	Clínico	Avaliação clínica da terapia da fala (valor da FOIS pré-terapia) e no dia da alta da terapia da fala (valor da FOIS pós-terapia).
Abdulmassih et al (2009),¹⁰ Curitiba/PR, idioma: português.	Estudo clínico não randomizado e não controlado, com 39 doentes, sendo 24 (61,54%) do sexo masculino e 15 (38,46%) do feminino, na faixa etária entre 35 e 90 anos, (média de 66 anos). 14 doentes (36%) com disfagia leve, 16 moderada (41%) e 9 severa (23%).	Diagnóstico médico clínico	Estudo endoscópico da deglutição e/ou videofluoroscopia.
Silvério; Hernandez; Gonçalves (2010),¹⁵ São Paulo, Brasil, idioma: português.	Estudo retrospectivo, com 50 doentes adultos, dividido em três grupos, de acordo com a patologia de base, sendo 31 (62%) com diagnóstico de AVC. Média de idade de 73 anos. Não foi indicado o grau de severidade da disfagia orofaríngea neurogênica, nem o género e idade dos participantes.	Não relatado	Presença de sintomatologia de disfagia, com observação da evolução das consistências ingeridas pela escala FOIS.
Drozd et al (2014),¹⁷ Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, idioma inglês	12 doentes com idade mínima: 38 e máxima: 85 - média de idade: 64,6. Nenhum doente com deglutição normal; Deglutição funcional: 16,7%, disfagia média: 25%, de média para moderada: 33,3; moderada para severa: 25%. Na Escala de Ingesta Oral Funcional (FOIS) 88,2% apresentaram score 1 e 11,8%, score 2.	Diagnóstico médico confirmando o AVC hemorrágico e isquémico dos doentes	Uso de protocolos: Protocolo de Avaliação do Risco para a Disfagia (PARD), avaliação do sistema estomatognático, ausculta cervical, oxímetro e a Escala de Ingesta Oral Funcional (FOIS)
Inaoka; Albuquerque (2014)⁹, Rio de Janeiro, Brasil, idioma: português.	De 161 doentes, 20 adultos foram selecionados. 14 do sexo feminino (70%), idade mínima: 38 anos e máxima: 88 - média de idade de 71,85 anos (\pm 14,41). Não foi indicado o grau de severidade da disfagia orofaríngea.	Não relatado	Presença de sintomatologia de disfagia.

Proposta da terapêutica da fala à beira do leito	Resultado clínico (tempo e motivo de alta)	Conclusão do estudo
Exercícios miofuncionais orofaciais, de elevação laríngea, manobras de reabilitação e estimulação térmica.	36 (73,5%) doentes melhoraram na FOIS pós-terapia, 11 doentes (22,4%) mantiveram o mesmo nível na escala FOIS pré e pós terapia da fala, enquanto que 2 doentes (4,1%) apresentaram piora na FOIS durante o processo terapêutico. A piora desses dois doentes foi associada à piora clínica da doença de base. Tempo de tratamento entre 3 e 90 dias.	O estudo permitiu observar que a maioria dos doentes que realizou um programa de reabilitação da disfagia no período de internação se beneficiou deste, conseguindo evoluir o nível de ingestão de alimento por via oral, aferido pela escala FOIS.
Promoção de uma deglutição eficiente e segura e de acordo com a necessidade de cada doente, com orientações básicas. Terapia da fala com manobras posturais; para proteção da via aérea e manipulação de alimentos.	1. No diagnóstico clínico da terapia da fala 100% apresentaram quadro de disfagia. 2. Quanto ao grau de disfagia inicial houve prevalência do grau moderado, seguida pelo grau leve. 3. Nas condutas da terapia da fala, o uso concomitante das manobras posturais, protetivas e manipulação de alimentos apresentaram excelente resultados. 4. Na alta hospitalar a prevalência foi de sujeitos que apresentaram estado clínico de nível bom, alimentando-se por via oral, com algumas modificações posturais e/ou da consistência alimentar sem o uso de sonda. Tempo de tratamento variável: sete doentes (17%) permaneceram de um a cinco dias, quinze (39%) permaneceram de cinco a dez dias, dois (5%) permaneceram de dez a quinze dias e quinze (39%) permaneceram tempo superior a quinze dias.	95% tiveram alta hospitalar com alimentação por via oral (estado bom) e bom prognóstico de retorno à via oral (estado regular), garantindo uma boa qualidade de vida, efetividade e segurança dessa alimentação, aporte nutricional e emocional do doente. Somente 5% não apresentaram estado clínico satisfatório, permanecendo com sonda gástrica ou enteral.
Análise dos seguintes aspectos: progressão das consistências alimentares pela escala FOIS; das ocorrências de broncopneumonias (BCP) antes e durante a atuação da terapia da fala, o número de atendimentos e os motivos de sua interrupção. Não foram descritos os métodos terapêuticos adotados.	Foi observada evolução satisfatória na escala (FOIS) nos três grupos do estudo (AVC, doentes com traumatismo crânioencefálico e demência), com aumento da ingestão oral evoluindo da escala 1 FOIS para escala 5 nos doentes pós-AVC em período menor que 14 dias, bem como a maioria diminuiu a ocorrência de BCP (de 80,65% para 6,45%), embora a alta hospitalar tenha sido o maior motivo de alta dos doentes do grupo com AVC. Sessões diárias. Número de atendimentos: entre três e 47 (média: 15,84 ± 10,57).	Todos os doentes hospitalizados com disfagia orofaríngea, nas três patologias estudadas, tiveram aumento na ingestão oral e maior número de consistências ingeridas quando submetido à terapia da fala à beira do leito como também uma redução das BCP, porém o grupo com AVC ainda necessitaria de maior tempo de intervenção para atingir maior eficácia para deglutição segura.
Uso da terapia direta e indireta, sendo esta última para melhorar a fisiologia da deglutição. Para tanto, foram realizados exercícios isotônicos, crioestimulação e o sabor amargo. Manobras posturais utilizadas: de limpeza e de Masako.	Após 15 sessões de intervenção (40 minutos cada) na beira do leito, houve diminuição do grau da disfagia orofaríngea, com valores estatisticamente significantes. Após o procedimento: Deglutição normal: 16,7%, deglutição funcional: 25%; disfagia média: 33,3%, disfagia média para moderada: 16,7% e disfagia severa: 8,3% e os escores FOIS escore 7: 41,7%, escore 5: 25%; escore 4: 8,3%; escore 3: 16,7% e escore 1: 8,3%. Tempo médio de permanência dos doentes no hospital: 30 dias.	Houve evolução estatisticamente significativa do nível de disfagia e da ingestão oral após a intervenção da terapia da fala na beira do leito. Apesar de não ter sido revelado índices estatisticamente significantes, houve um progresso também em relação à ansiedade e ao estado nutricional dos doentes disfágicos pós-AVC.
Análise da efetividade na progressão da alimentação por via oral, em doentes pós-AVC pela escala ASHA-NOMS, com intervenção da terapia da fala na beira do leito, porém sem descrição dos procedimentos adotados.	As análises realizadas revelaram que 15 (75%) melhoraram na ingestão oral, 4 (20%) não evoluíram e 1 (5%) piorou. No primeiro grupo, foi possível retirar a via alternativa de alimentação em 76,9% (10 doentes) e em 92,3% (12 sujeitos) foi reintroduzida a alimentação via oral – ambos em menos de 10 dias (média: 3 dias ± 2).	Verificou-se a efetividade da atuação da terapia da fala à beira do leito na evolução das consistências alimentares na grande maioria dos doentes. A piora clínica e a queda no nível de consciência interferem diretamente na intervenção da terapia da fala, interferindo na evolução terapêutica pelo uso da escala ASHA-NOMS.

entanto, que dentre os estudos da amostra utilizados para o cálculo, um deles não citou a quantidade de sujeitos quanto ao género¹⁵ e outro¹⁷ citou apenas a quantidade inicial, antes da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, com amostra inicial de quatorze homens e quatro mulheres, perfazendo amostra final de doze sujeitos.

Quanto à faixa etária, as amostras foram constituídas com doentes entre 22 e 91 anos (média: 68,97). Alguns fatores de risco como distúrbio da coagulação, doenças inflamatórias, imunológicas e uso de drogas podem contribuir para que o AVC ocorra precocemente. Pesquisadores²⁵ demonstraram incidência de 10% em doentes com idade inferior a 55 anos e 3,9% com idade inferior a 45 anos, evidenciando maior concentração em idosos, como o observado na amostra total da literatura consultada. Muito provavelmente porque indivíduos acima de 60 anos apresentam maiores chances de apresentarem alterações cardiovasculares e metabólicas ligadas à idade, segundo a literatura.²⁶

Em relação aos diagnósticos do AVC e da disfagia, a maioria dos estudos utilizou o diagnóstico clínico. Essa avaliação é, geralmente, soberana e preponderante à laboratorial e de imagens, porém, para que ocorra o diagnóstico etiológico do AVC, alguns exames podem e devem ser solicitados, como o uso de imagens (radiografia, ressonância e tomografia), contrastados ou não, para a verificação das condições anatomofuncionais do sistema nervoso central e periférico. Como os sintomas do AVC incluem paralisia de membros, dificuldades de fala e comunicação, problemas de memória, raciocínio e dificuldades de visão, testes clínicos também são utilizados para fechar o diagnóstico.²⁷

Para a avaliação e diagnóstico da disfagia exames objetivos podem ser realizados, complementando a avaliação clínica. A videofluoroscopia da deglutição²⁸ é considerada padrão-ouro, pois permite a visualização simultânea das fases oral, faríngea e esofágica da deglutição e a interação entre elas em tempo real. Neste procedimento há radiação por meio da oferta de contraste de bário misturado a alimentos líquidos, pastosos e sólidos, em volumes crescentes, permitindo também testar manobras posturais facilitadoras e alterações dietéticas (consistência), detectando a presença e o tempo de aspiração. Porém, o inconveniente desse exame é o posicionamento do doente, havendo contraindicações em doentes acamados em virtude da sobreposição de imagens. Assim, na beira do leito utiliza-se, com maior frequência, a videoendoscopia.

Tal procedimento consiste na avaliação funcional da deglutição por nasofibrosopia, que simula uma refeição, com oferta de alimentos em diferentes consistências e quantidades, sob visão direta pelo nasofibrocópio.²⁹

A possibilidade de se visualizar a presença de resíduos faríngeos e a ocorrência de penetração são importantes, tendo em vista que há associação entre ambos, acarretando em aspiração laringotraqueal em indivíduos pós-AVC.³⁰

Podem também ser utilizados protocolos para avaliar a eficácia da terapia da fala na reabilitação da via oral,³¹ como o *functional oral intake scale* (FOIS)³²⁻³³ – validado

-, que classifica o doente quanto ao nível de alimentação por via oral, tais como: nível I: nada por via oral, ou seja, o doente que se alimenta exclusivamente por via alternativa de alimentação; nível II: dependência de via alternativa, com mínima oferta de via oral de alimento ou líquido. São os doentes que se alimentam por via alternativa de alimentação e recebe estímulos gustativos ou ofertas de pequeno volume por via oral; nível III: dependência de via alternativa, com oferta consistente de via oral de alimento ou líquido. Representam os doentes nutridos por via alternativa, mas também ingerem via oral, geralmente de uma única consistência, mais para prazer alimentar; nível IV: via oral total, mas limitada a uma única consistência. Quando o indivíduo recebe somente alimentação por via oral, sendo esta constituída somente por uma consistência; nível V: via oral total, com mais de uma consistência, mas com necessidade de preparo especial. Compreendem os indivíduos que podem ingerir mais de uma consistência de alimento, porém ainda há necessidade de preparo especial ou compensação como, por exemplo, ser bem cozido ou batido; nível VI: via oral total, com mais de uma consistência, sem necessidade de preparo especial, porém com restrição de alguns alimentos. Quando o doente por ingerir múltiplas consistências sem preparo especial, mas apresenta algumas restrições, como por exemplo, líquidos somente gaseificados ou restrição de grãos secos e nível VII: via oral total, sem restrições, englobando os indivíduos que apresentam oferta livre de alimento. Essa gradação pode ser aplicada ao longo de todo o processo terapêutico.

Em relação à utilização desse protocolo, três¹⁵⁻¹⁷ (60%) publicações fizeram uso desse instrumento, evidenciando sua importância no uso clínico na beira do leito hospitalar.

Quanto à reabilitação, deve ser realizado de acordo com a necessidade de cada doente, com o planejamento de um programa de reabilitação da deglutição, composto por avaliações, análise da gravidade dos casos e risco de disfagia em uma perspectiva gerencial.³⁴

Na literatura são descritas algumas técnicas na reabilitação da deglutição como: estimulação térmica e gustativa,³⁵ manobras posturais, gerenciamento de volumes e consistências e exercícios miofuncionais.³⁶

Na amostra selecionada três estudos^{9,16-17} fizeram referência quanto ao uso das estimulações térmica e gustativa como procedimentos da terapia da fala para reabilitação da deglutição, em especial, o frio e o amargo.¹⁷

Quanto ao estímulo gustativo, estudos mostraram que nos indivíduos pós-AVC o tempo de resposta motora faríngea é menor quando o bolo alimentar com sabor azedo é deglutido. As vias neuronais do sabor, quando estimuladas com forte sabor, como o azedo, podem servir como estímulo de alerta para o tronco cerebral e centros corticais da deglutição, explicando a mudança significativa nas medidas de tempo em relação às fases da deglutição.³⁷

Estudo³⁸ com 22 indivíduos com história de um ou mais episódios de disfagia pós-AVC, analisou a dinâmica de deglutição pela videofluoroscopia e aplicou estimulação térmica (fria) no pilar das fauces com espelho laríngeo antes do

indivíduo deglutir o bolo e, em outro momento, não houve aplicação térmica. O grupo que recebeu a referida aplicação apresentou tempo de trânsito faríngeo e orofaríngeo menor que o que não recebeu o estímulo.

Isto porque na estimulação térmica a frio há a facilitação da contração muscular, podendo ser utilizada para estimular as células intraorais que apresentam um grande número de termorreceptores para tal estímulo, além de a sensação tender a permanecer por mais tempo.³⁹

As manobras posturais citadas pelos autores consultados^{10,16-17} foram consideradas eficazes na reabilitação da deglutição. Uma pesquisa¹⁰ apenas citou sua utilização, já outra¹⁶ descreveu as manobras posturais utilizadas para proteção da via aérea em doentes com disfagia orofaríngea, como: deglutir com a cabeça inclinada com o queixo para baixo ou com cabeça inclinada para o lado não afetado, como também deglutição supraglótica, com orientação prática sendo direcionada ao doente e cuidador. Pesquisadores¹⁷ citaram as manobras de limpeza – também conhecida como *double swallow*, utilizada pelos doentes com alteração no controle do bolo alimentar dentro da cavidade oral, auxiliando na organização dos movimentos para a deglutição e na limpeza oral, sendo solicitado ao doente que faça, sempre, deglutição dupla ao engolir os alimentos – e a de Masako (deglutir com a língua entre os dentes), que propicia o aumento da constrição das paredes laterais e posteriores da faringe, beneficiando a propulsão do bolo alimentar.

As mudanças de postura podem ser as seguintes: a) Cabeça para baixo: objetiva proteger a via aérea inferior; b) Cabeça para trás: auxiliar na propulsão do bolo; c) Cabeça virada para o lado comprometido: isola comprometimentos laterais de parede faríngea e prega vocal; d) Cabeça inclinada para o lado bom: facilitar a descida do bolo pelo lado mais preservado e e) Deglutição supraglótica: que tem o objetivo de proteger a via aérea maximizando o fechamento das pregas vocais – nesta situação, o doente deve inspirar, segurar a inspiração, deglutir e tossir após a deglutição.⁴

Como pode ser observado, as manobras posturais, importantes para a proteção das vias aéreas e manipulação de alimentos objetivam a promoção de uma deglutição eficiente, segura e devem ser adequadas para a situação de cada doente, devendo o profissional realizar uma avaliação minuciosa para sua eleição.

É essencial, no trabalho com o doente disfágico, o gerenciamento com relação às consistências alimentares,¹⁰ tais como: ofertar os alimentos na consistência orientada, com aparência, aroma e sabor agradáveis e que promovam o prazer do doente; ofertar pequenas quantidades de alimento na colher, observando a aceitabilidade, a preparação e a deglutição do alimento. Além disso, durante a oferta da dieta, atenção deve ser dada ao ambiente, que deve ser tranquilo para não dispersar a atenção, bem como orientar o doente a não falar enquanto mastiga e deglute o alimento e ofertar líquidos em pequenas quantidades e, se necessário, em uma colher.

Da amostra selecionada, três estudos^{9,16-17} citaram os exercícios miofuncionais como uma das estratégias de reabilitação da deglutição, porém nos outros estudos os autores relataram que os doentes selecionados foram submetidos à terapia da fala, sem descrever os procedimentos utilizados, limitando a interpretação desses dados.

Os exercícios miofuncionais orofaciais são utilizados no tratamento das disfagia orofaríngeas para preparar a musculatura para a organização do alimento na cavidade oral, formação do gradiente pressórico, ejeção e propulsão do bolo alimentar, considerando-se a dinâmica da deglutição.⁴⁰

A melhora no quadro de disfagia orofaríngea de ordem neurogênica ocorreu em todos os estudos incluídos,^{9,10,15-17} sendo possível constatar média de melhora em 84,26% dos casos. Sendo assim, a terapia da fala no leito hospitalar contribui para diminuir os riscos de broncopneumonias aspirativas e favorecem a oferta de alimentação com segurança, proporcionando menor desequilíbrio nutricional e melhora da QV desses doentes.¹⁰

No Brasil e no mundo faltam estudos que evidenciem o tempo gasto por atividade desenvolvida e o tempo médio de melhora dos doentes a partir da descrição detalhada das técnicas utilizadas em prontuários. Autores⁴¹ descreveram as Recomendações Canadenses para a Intervenção em Doentes com AVC, apontando que o tempo mínimo gasto com cada profissional (terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e fisioterapeuta) deveria ser, no mínimo, uma hora por dia, sendo verificado que, na prática, o tempo é inferior ao recomendado. No caso da Terapia da Fala Canadiana, o gasto médio tem sido de 19,2 minutos/dia/doente, englobando a consulta, a avaliação e a terapia.

Resolução brasileira do Conselho Federal de Fonoaudiologia Nº 488⁴² apresenta o dimensionamento de oito doentes/período quando adultos e de seis, quando idosos, no âmbito hospitalar para consulta. Recomenda 40 minutos para a avaliação endoscópica da deglutição e 1h20 para o videodeglutograma ou videofluoroscopia. Para terapia hospitalar, recomenda até sete clientes por período no caso de adultos e seis, se idosos, porém não estipula o tempo da sessão.

Apenas uma pesquisa¹⁷ realizou investigação antes-depois da terapia da fala porém sem análise da quantidade de dias ou sessões necessárias para a melhora no ato da deglutição, sendo observado que a quantidade de 15 intervenções possibilitou melhoras. Outra limitação encontrada foi a falta de descrição da gravidade da disfagia orofaríngea nos estudos (exceto uma pesquisa¹⁷), bem como do local e extensão do AVC, que favoreceria discussão sobre a composição das amostras (homogêneas ou não) e os limites terapêuticos no âmbito hospitalar.

A depender da etiologia, dos territórios encefálicos atingidos pelo AVC e da extensão da lesão há melhores ou piores prognósticos para a recuperação da deglutição. Além disso, de acordo com a literatura,⁴³ múltiplas regiões corticais e subcorticais, o tronco encefálico e o cerebelo estão envolvidos no processo da deglutição, tornando esta função de ordem complexa.

A recuperação do doente está sujeita, portanto, a uma série de fatores, como já mencionados anteriormente: das condições prévias de saúde do doente, da gravidade do acometimento neurológico, do seu estado de consciência e compreensão, dos medicamentos utilizados, da intervenção interdisciplinar o mais precocemente possível, do atendimento por profissionais competentes e especializados na área, da motivação e das condições socioeconômicas do doente, da colaboração da família, das condições e disponibilização dos equipamentos clínicos para o diagnóstico entre outros. Assim sendo, muitas são as variáveis que podem interferir para a reabilitação de um doente pós-AVC com disfagia orofaríngea e estes aspectos devem ser levados sempre em consideração.

Como os autores utilizados nesta pesquisa não apresentaram todas as variáveis supracitadas, esta é uma limitação que deve ser considerada.

Apesar do exposto, em relação à recuperação da deglutição, a Terapia da Fala na beira do leito com doentes disfágicos pós-AVC tem evidenciado melhoras nos quadros clínicos, em curto período de tempo (próximo a um mês), porém maior amostra de pesquisas poderiam ratificar ou não os resultados encontrados.

CONCLUSÃO

A terapia da fala na beira do leito hospitalar com doen-

tes pós-AVC disfágicos podem sugerir resultados satisfatórios em curto período de tempo, revelando a importância do diagnóstico e da terapia da fala precoces, porém estudos com grupos controles necessitam ser realizados para verificar se a terapia da fala acelera ou não a recuperação espontânea.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados. Foi devidamente obtido o consentimento informado do doente.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- André C. Manual de AVC. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
- Ministério da Saúde. Indicadores de dados básicos: Brasil, 2006. Indicadores básicos para a saúde do Brasil: conceitos e aplicações [consultado 2016 mai 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idp2006/Capitulo6.pdf>.
- Araújo AP, Silva PC, Moreira RC, Bonilha SF. Prevalência dos fatores de risco em pacientes com acidente vascular encefálico atendidos no setor de neurologia da clínica de fisioterapia da UNIPAR- campus sede. Arq Ciênc Saúde Unipar. 2008;1:35-42.
- Mourão AM, Lemos SM, Almeida EO, Vicente LC, Teixeira AL. Frequência e fatores associados à disfagia após acidente vascular cerebral. CoDAS. 2016;28:66-70.
- Santoro PP. Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. Rev CEFAC. 2008;10:1-5.
- Bogaardt H. Current aspects of assessment and treatment of dysphagia. [Thesis]. Amsterdam: University of Amsterdam; 2009.
- Barros AF, Fábio SR, Furkim AM. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. Arq Neuropsiquiatr. 2006;64:1009-14.
- Barros AP, Angelis EC. Avaliação fonoaudiológica à beira do leito. In: Jotz GP, Angelis EC, Barros AP, editores. Tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. p. 68-70.
- Inaoka L, Albuquerque L. Eficácia da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea. Rev CEFAC. 2014;16:187-96.
- Abdulmassih SE, Macedo Filho ED, Santos RS, Jurkiewicz AL. Evolução de pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar. Arq Int Otorrinolaringol. 2009;13:55-62.
- Gaspar MR, Pinto GS, Gomes RH, Santos RS, Leonor VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. Rev CEFAC. 2015;17:1939-45.
- Medeiros GC, Andrade CR. Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à intubação orotraqueal prolongada em UTIs [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLOS Medicine. 6:e1000097.
- Pithon MM, Sant'Anna LI, Bação FC, Santos RL, Coqueiro RS, Maia LC. Assessment of the effectiveness of mouthwashes in reducing cariogenic biofilm in orthodontic patients: a systematic review. J Dent. 2015;43:297-308.
- Silvério CC, Hernandez AM, Gonçalves MI. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. Rev CEFAC. 2010;12:964-70.
- Furkim AM, Sacco AB. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. Rev CEFAC. 2008;10:503-12.
- Drozd D, Mancopes R, Silva AM, Reppold C. Analysis of the level of dysphagia, anxiety, and nutritional status before and after speech therapy in patients with stroke. Int Arch Otorhinolaryngol. 2014;18:172-7.
- Cesário CM, Penasso P, Oliveira AP. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. Rev Neurocienc. 2006;14: 6-9.
- Paixão CT, Silva LD, Camerini FG. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. Rev Rene. 2010;11:181-90.
- Power ML, Fraser CH, Hobson A, Singh S, Tyrrell P, Nicholson DA, et al. Evaluating oral stimulation as a treatment for dysphagia after stroke. Dysphagia. 2006;21:49-55.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Petrilli S, Durufle A, Nicolas B, Pinel JF, Kerdoncuff V, Gallien P. Prognostic factors in the recovery of ability to walk after stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2002;11:330-5.
- Cabral NL, Volpato D, Ogata DR, Ramirez T, Moro C, Gouveia S. Fibrilação atrial crônica, AVC e anticoagulação. Sub-uso de warfarina? Arq Neuropsiquiatr. 2004;62:1016-21.
- Bocchi SC, Angelo M. Interações cuidador familiar pessoa com AVC: autonomia compartilhada. Ciências Saúde Colet. 2005;10:729-38.
- Nencini P, Inzitari D, Baruffi MC, Fratiglioni L, Gagliardi R, Benvenuti L, et al. Incidence of stroke in young adults in Florence, Italy. Stroke. 1988;19:977-81.
- Costa FA, Silva DL, Rocha VM. Estado neurológico e cognição

- de pacientes pós-acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm.* 2011;5:1083-8.
27. André C. Manual do AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
 28. Logemann JA. Rehabilitation of oropharyngeal swallowing disorders. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 1994;48:207-15.
 29. Oliveira LA, Fontes LH, Cahali MB. Deglutição e manometria faringoesofágica na apneia obstrutiva do sono. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81:294-300.
 30. Santos RR, Sales AV, Cola PC, Ribeiro PW, Jorge AG, Peres FM, et al. Associação entre presença de resíduos faríngeos e escape oral posterior e a ocorrência de penetração e aspiração no acidente vascular encefálico. *CoDAS.* 2014;26:231-4.
 31. Silva RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono.* 2007;19:123-30.
 32. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehab.* 2005;86:516-20.
 33. Silvério CC, Hernandez AM, Gonçalves MI. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. *Rev CEFAC.* 2010;12:964-70.
 34. Moraes DP, Andrade CR. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;23:89-94.
 35. Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Schelp AO, Henry MA. Reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica: sabor azedo e temperatura fria. *Rev CEFAC.* 2008;10:200-5.
 36. Marchesan IQ, Furkim AM. Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição. In: Costa M, Castro LP, editores. *Tópicos em deglutição e disfagia.* Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 375-84.
 37. Logemann JA, Pauloski BR, Colangelo L, Lazarus C, Fujii M, Kahrilas PJ. Effects of sour bolus on oropharyngeal swallowing measures in patients with neurogenic dysphagia. *J Speech Hear Res.* 1995;38:556-63.
 38. Rosenbek JC, Roecker EB, Wood JL, Robbins J. Thermal application reduces the duration of stage transition in dysphagia after stroke. *Dysphagia.* 1996;11:225-33.
 39. Rosa CM, Lopes AR, Santos FF, Motta AR. A crioterapia como recurso para diminuir a sialorréia em criança com disfunção neuromotora: relato de caso. *Rev CEFAC.* 2005;7:300-6.
 40. Burkhead LM, Sapienza CM, Rosembeck JC. Strength-training exercise in dysphagia rehabilitation: principles, procedures and directions for future research. *Dysphagia.* 2007;22:251-65.
 41. Foley N, McClure JA, Meyer M, Salter K, Bureau Y, Teasell R. Inpatient rehabilitation following stroke: amount of therapy received and associations with functional recovery. *Disabil Rehabil.* 2012;34:2132-8.
 42. Brasil. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa 488, de 18 de fevereiro de 2016. Brasília: CFFa; 2016.
 43. Suzuki M, Asada H, Ito J, Hayashi K, Inoue H, Kitano H. Activation of cerebellum and basal ganglia on volitional swallowing detected by functional magnetic resonance imaging. *Dysphagia.* 2003;18:71-7.