



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO - PPGCR

JULIANA MOURA ALVES SEIXAS

**ANÁLISE DA FUNÇÃO DE DEGLUTIÇÃO E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE
PACIENTES INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
PRIMÁRIO: ESTUDO LONGITUDINAL**

BRASÍLIA/DF

2023

JULIANA MOURA ALVES SEIXAS

ANÁLISE DA FUNÇÃO DE DEGLUTIÇÃO E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE
PACIENTES INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
PRIMÁRIO: ESTUDO LONGITUDINAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Laura Davison Mangilli Toni.

Coorientadora: Profa. Dra. Juliana Onofre de Lira

Linha de pesquisa: Aspectos biológicos, biomecânicos e funcionais associados à prevenção e reabilitação.

BRASÍLIA/DF

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

MS462a Moura Alves Seixas, Juliana
ANÁLISE DA FUNÇÃO DE DEGLUTIÇÃO E INDEPENDÊNCIA
FUNCIONAL DE PACIENTES INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO PRIMÁRIO: ESTUDO LONGITUDINAL / Juliana Moura
Alves Seixas; orientador Laura Davison Mangilli Toni; co
orientador Juliana Onofre de Lira. -- Brasília, 2023.
90 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) --
Universidade de Brasília, 2023.

1. acidente vascular cerebral. 2. transtornos de
deglutição. 3. desempenho físico funcional. 4. pacientes
internados. 5. estudos longitudinais. I. Davison Mangilli
Toni, Laura, orient. II. Onofre de Lira, Juliana, co
orient. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Data da defesa: 10/02/2023

Prof.^a Dr.^a Laura Davison Mangilli Toni
Universidade de Brasília – UnB
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Patrícia Azevedo Garcia
Universidade de Brasília – UnB
Avaliadora

Prof.^a Dr.^a Aline Mansueto Mourão
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Avaliadora

Prof.^a Dr.^a Melissa Nara de Carvalho Picinato-Pirola
Universidade de Brasília – UnB
Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu Deus, familiares e amigos pelo incansável apoio. Às minhas orientadoras incríveis, por todo o suporte. À minha equipe e a todos os pacientes do Hospital de Base. Sem vocês este trabalho não teria sido concebido.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por ser um bom pai e me renovar todos os dias, principalmente ao longo desses dois anos. Não foi fácil, mas em todos os momentos eu senti sua doce presença, bondade e misericórdia sobre a minha vida.

Aos meus pais, Ednancy e Júnior, por sempre acreditarem no meu potencial e me encorajarem a correr atrás de todos os meus sonhos, por serem minha base e intercessores, quão privilegiada eu sou por ter vocês. Ao meu irmão e melhor amigo, Gabriel, o primeiro mestre da família, que me mostrou que era possível a conquista desse título, sempre me ajudando e renovando minha fé e esperança durante esse período. Agradeço também aos meus familiares por todas as orações e incentivos.

Às minhas orientadoras maravilhosas, que honra poder aprender e ser orientada por essas três mulheres e profissionais extraordinárias. Prof.^a Dr.^a Laura Mangilli, Prof.^a Dr.^a Juliana Onofre e Prof.^a Dr.^a Cristina Furia, vocês são exemplos de profissionalismo, competência e humanidade. Obrigada por todo suporte e ensinamentos que vão além da fonoaudiologia e da pesquisa. Não me canso de falar o quanto vocês são incríveis e o quanto eu sou grata e me espelho em vocês.

À minha amiga Jaqueline, que esteve ao meu lado durante toda essa trajetória, sendo apoio e ombro amigo, dividimos as alegrias e compartilhamos os momentos difíceis, juntas vencemos. À minha amiga Thames por toda ajuda, compreensão, parceria e entusiasmo durante a coleta de dados, que foram imprescindíveis para a realização deste trabalho.

À minha querida equipe do Hospital de Base e estagiários que tive o prazer de ser preceptora, que não mediram esforços para me ajudar e por todos os ensinamentos compartilhados.

A todos os meus amigos que compreenderam os momentos de ausência e que foram extremamente importantes nessa etapa, me apoiando nas dificuldades e sempre me incentivando a não desistir e permanecer plena.

A todos os pacientes e cuidadores pela confiança depositada em nossa equipe e por colaborarem na execução deste trabalho, mesmo em um momento tão delicado de suas vidas.

Agradeço aos membros da banca, Prof.^a Dr.^a Patrícia Azevedo, Prof.^a Dr.^a Aline Mourão e Prof.^a Dr.^a Melissa Picinato, por todas as considerações para o aperfeiçoamento e enriquecimento deste trabalho desde a qualificação.

“Tudo o que fizerem, seja em palavra, seja em ação, façam-no em nome do Senhor Jesus, dado por meio dele graças a Deus Pai” - Colossenses 3:17

“Vidas valem mais do que coisas”

José Rodrigues

RESUMO

OBJETIVO: analisar a função da deglutição segundo a escala de ingestão por via oral e grau de independência por meio da medida de independência funcional de pacientes internados com acidente vascular encefálico primário no momento da admissão e alta hospitalar. **MÉTODOS:** estudo analítico, longitudinal, com pacientes internados por acidente vascular encefálico primário de um hospital terciário de referência. Foram coletados dados sócio-demográficos e clínicos por meio do prontuário eletrônico, os pacientes foram classificados em disfágicos e não disfágicos pela escala de ingestão por via oral - FOIS no momento da admissão e alta. Já o grau de funcionalidade foi obtido através da medida de independência funcional – MIF no momento da alta. Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial, sendo utilizados os seguintes testes de acordo com suas especificidades: Teste McNemar, Teste Qui-quadrado, Teste de Wilcoxon, Teste de Mann-Whitney, Teste de Correlação de Spearman e Teste de KruskalWallis. **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 56 pacientes, 55,34% do sexo masculino, com média de idade de 58,1. O território da artéria cerebral média esquerda – ACME foi o mais prevalente, 46,43%. A frequência de disfagia na admissão (78,6%) foi aumentada, com diminuição na alta (37,5%), ($p < 0,001$). Pacientes com AVE isquêmico no território de ACME estiveram associados com a classificação de disfagia ($p = 0,010$). Na alta, 90,5% dos pacientes disfágicos apresentaram algum grau de dependência na MIF, houve associação entre os pacientes não disfágicos e independência completa ($p < 0,001$). Os pacientes disfágicos tiveram um tempo de internação maior do que os não disfágicos. **CONCLUSÃO:** Há uma diminuição da frequência da disfagia na alta quando comparada à admissão. Os pacientes disfágicos foram os mais dependentes para as atividades diárias e apresentaram um maior tempo de internação.

DESCRITORES: acidente vascular cerebral, transtornos de deglutição, desempenho físico funcional, pacientes internados, estudos longitudinais.

ABSTRACT

PURPOSE: to analyze the function of swallowing according to the oral intake scale and degree of independence through the functional independence measure of patients hospitalized with primary stroke at the time of hospital admission and discharge.

METHODS: analytical, longitudinal study with patients hospitalized for primary stroke at a tertiary referral hospital. Sociodemographic and clinical data were collected through electronic medical records, patients were classified as dysphagic and non-dysphagic by the oral intake scale - FOIS at the time of admission and discharge. The degree of functionality was obtained through the functional independence measure - FIM at discharge. Data were analyzed descriptively and inferentially, using the following tests according to their specificities: McNemar Test, Chi-square Test, Wilcoxon Test, Mann-Whitney Test, Spearman Correlation Test and Kruskal-Wallis Test. **RESULTS:** 56 patients participated in the research, 55.34% male, with a mean age of 58.1. The territory of the left middle cerebral artery – ACME was the most prevalent, 46.43%. The frequency of dysphagia on admission (78.6%) was increased, with a decrease on discharge (37.5%) ($p < 0.001$). Patients with ischemic stroke in the ACME territory were associated with the dysphagia classification ($p = 0.010$). At discharge, 90.5% of dysphagic patients had some degree of dependence on FIM, there was an association between non-dysphagic patients and complete independence ($p < 0.001$). Dysphagic patients had a longer hospital stay than non-dysphagic patients.

CONCLUSION: There is a decrease in the frequency of dysphagia at discharge when

compared to admission. Dysphagic patients were the most dependent for daily activities and had a longer hospital stay.

Keywords: Stroke; Deglutition Disorders; Physical Functional Performance, Inpatients, Longitudinal Studies.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Associação entre as presença e ausência da disfagia no momento da admissão e alta.....Pg 36
- Tabela 2** - Análise inferencial de comparação das variáveis FOIS na admissão e FOIS na alta em função da variável tipo de AVE em pacientes internados com AVE.....Pg 37
- Tabela 3** – Associação das variáveis classificação da disfagia na admissão e na alta e classificação do AVE.....Pg 38
- Tabela 4** – Associação das variáveis classificação do AVE, classificação da disfagia na admissão e classificação da disfagia na alta com a variável classificação MIF em pacientes internados com AVE.....Pg 40
- Tabela 5** – Análise inferencial de comparação das variáveis FOIS e número de comorbidades em função da variável classificação MIF em pacientes internados com AVE.....Pg 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM D - Artéria Cerebral Média Direita

ACM E - Artéria Cerebral Média Esquerda

ADM - Admissão

AVE - Acidente Vascular Encefálico

AVEh - Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico

AVEi - Acidente Vascular Encefálico Isquêmico

DF – Distrito Federal

DP - Desvio Padrão

FOIS - Escala Da Funcionalidade Da Via Oral

GL - Graus de Liberdade

MIF - Medida De Independência Funcional

N - Frequência absoluta

RELAÇÃO DE ANEXOS

ANEXOS 1 – Certificados e anais científicos dos resumos publicados (impacto científico)	Pg 61
ANEXO 2 - Comprovação de submissão do artigo na revista CoDAS e classificação qualis do periódico (impacto científico)	Pg 68
ANEXO 3 – Palestra: Rastreio para identificação do risco de disfagia e perfil do paciente que broncoaspira (impacto educacional)	Pg 69
ANEXO 4 – Folders de orientação (impacto educacional)	Pg 70
ANEXO 5 – Comitê de Ética em Pesquisa.....	Pg 74
ANEXO 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	Pg 88

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
INTRODUÇÃO.....	18
REVISÃO DE LITERATURA.....	19
Acidente vascular encefálico – AVE e Impacto Funcional.....	19
Deglutição e Disfagia pós AVE.....	21
OBJETIVOS.....	24
Objetivo geral.....	24
Objetivos específicos.....	24
HIPÓTESE.....	25
ARTIGO	
ANÁLISE DA FUNÇÃO DE DEGLUTIÇÃO E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO PRIMÁRIO: ESTUDO LONGITUDINAL.....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
IMPACTOS PRÁTICOS DOS ACHADOS PARA A SOCIEDADE.....	54
REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO.....	56
PRODUTOS EDUCACIONAIS, CIENTÍFICOS, SOCIOCULTURAIS E TECNOLÓGICOS/ECONÔMICOS DESENVOLVIDOS NO PERÍODO DO MESTRADO.....	61
ANEXOS.....	62

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na pesquisa acadêmica iniciou-se no período da graduação (2013-2017), quando tive a oportunidade de desenvolver três projetos de iniciação científica – PIBIC e participar de grupos de pesquisa e extensão na Universidade de Brasília - UnB.

Após a graduação, dediquei-me à prática clínica: atuei como fonoaudióloga em grandes hospitais privados do DF e realizei minha especialização em fonoaudiologia hospitalar. Em 2019 fui fonoaudióloga voluntária do ambulatório de distúrbios do movimento do HUB e assumi a enfermagem de neurologia do Hospital de Base, onde atuo até hoje e foi o local escolhido para a realização deste trabalho. Nesse mesmo ano, iniciei como preceptora de estágio nesses cenários.

Durante minha atuação com os pacientes neurológicos e a preceptoria de estágio, com a supervisão das minhas orientadoras, nasceu o projeto de pesquisa “Sobrecarga Dos Cuidadores Informais e Perfil De Fala, Linguagem e Deglutição de Pacientes com Acidente Vascular Encefálico Durante e Após a Internação”, que deu origem ao meu manuscrito de defesa de dissertação do mestrado e a outros trabalhos futuros.

Nosso projeto inicial de estudo (projeto guarda-chuva) é a “sobrecarga dos cuidadores informais e perfil de deglutição de pacientes com acidente vascular encefálico durante e após a internação”, um estudo longitudinal de acompanhamento dos cuidadores informais e pacientes durante toda a fase aguda do AVE. Porém devido ao curto período para execução do mestrado, optamos, portanto, em utilizar, neste primeiro momento, os dados de deglutição e funcionalidade, obtidos durante o período de internação dos pacientes com AVE.

Os demais dados que compõe o estudo maior já foram coletados ou estão em fase de finalização (acompanhamento a longo prazo - 3 meses da alta - dos cuidadores), e serão trabalhados por nós no futuro próximo. Sendo assim, o que apresentarei a seguir se tornou o meu atual estudo para o mestrado, culminando no manuscrito apresentado. Continuamos com o acompanhamento e coleta de dados desses pacientes e seus respectivos cuidadores e esperamos futuramente apresentar esses dados em outros trabalhos e publicações.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é definido como um déficit neurológico cerebrovascular que se mantém por mais de um dia (Koh e Park, 2016). É o segundo em casos de óbitos em todo mundo e pode afetar uma em quatro pessoas ao longo da vida. No Brasil, é a principal causa de incapacidade neurológica grave. (Itaquy *et al.*, 2011; Feigin *et al.*, 2018; Campbell e Khatri, 2020).

O AVE é uma das principais causas de distúrbio da deglutição (Takizawa *et al.*, 2016; Jones *et al.*, 2019), com grande impacto nos indivíduos acometidos, sendo um forte preditor de morte ou dependência funcional (Pacheco-Castillo *et al.*, 2020). A deglutição é um processo neuromuscular complexo e envolve dezenas de músculos e seis pares de nervos cranianos, sendo muitos os sintomas que acometem os indivíduos com alterações nesse processo, denominado de disfagia (Matos *et al.*, 2022).

A disfagia é definida como qualquer dificuldade associada ao ato de engolir que acarreta prejuízos na eficiência e segurança da deglutição, que pode resultar na penetração ou aspiração de secreções de conteúdo alimentar para as vias aéreas, comprometimentos nutricionais, respiratórios e de morbimortalidade, o que impacta nos desfechos clínicos do paciente (Daniel *et al.*, 2019; Terre, 2020; McCarty e Chao, 2021). Verifica-se altas taxas de prevalência no AVE, variando de 40 a 94% (Barros *et al.*, 2006; Falsetti *et al.*, 2009; Passos *et al.*, 2017; Rofes *et al.*, 2018).

O acompanhamento fonoaudiológico desses pacientes é de suma importância, pois contribui para diminuir os sintomas neurológicos do AVE, melhorando o quadro disfágico e propiciando um aumento da ingestão oral dos pacientes (Brandão *et al.*, 2020).

REVISÃO DE LITERATURA

- Acidente vascular encefálico – AVE e Impacto Funcional:

O acidente vascular encefálico (AVE), são afecções comuns do sistema nervoso, que se mantêm por mais de um dia (Koh e Park, 2016. Fernandes e Oda, 2017). É atualmente considerado um problema de saúde pública, devido aos altos custos do tratamento e as grandes taxas de mortalidade (Itaquy *et al.*, 2011). É o segundo líder em casos de óbitos em todo mundo, podendo afetar uma em cada quatro pessoas ao longo da vida, e a terceira principal causa de deficiência em adultos no mundo. No Brasil é a principal causa de incapacidade neurológica grave (Itaquy, *et al.*, 2011; Feigin *et al.*, 2018; Campbell e Khatri, 2020).

O AVE ocorre devido a anormalidades do tecido encefálico decorrente de um processo patológico do fluxo sanguíneo cerebral, podendo ser classificado segundo o mecanismo fisiopatológico em: isquêmico, quando há a diminuição ou interrompimento do suprimento do sangue para o cérebro, tipo mais comum, responsável por 80% dos casos; ou hemorrágico, devido à hemorragia intraparenquimatosa espontânea, hemorragia de aneurisma de vasos cerebrais ou de malformações vasculares, representando 20% dos casos (Fukujima, 2010. Koh e Park, 2016; Fernandes e Oda, 2017).

O AVE hemorrágico – AVEh representa a minoria dos casos de AVE e ocorre devido ao sangramento no cérebro pela ruptura de um vaso sanguíneo, sendo subdividido em hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnóidea. Ele está associado a grave morbidade e alta mortalidade, com piores resultados (Unnithan *et al.*, 2022).

Os AVE isquêmicos – AVEi representam a maior parte dos casos e podem ser subdivididos de acordo com a causa, por meio da *Trial of Org in Acute Stroke Treatment* (TOAST), sendo dividido nos seguintes subtipos: aterosclerose de grandes artérias, cardioembólico, oclusão de pequenas artérias (lacunar), infartos por outras etiologias e infartos por origem indeterminada (Knight-Greenfield *et al.*, 2019).

A localização clínica é o processo pelo qual os achados clínicos do AVE são associados aos territórios arteriais afetados no cérebro. A distribuição arterial do cérebro é dividida em circulação anterior e posterior. Os três principais pares de artérias que suprem o encéfalo são: a artéria cerebral média – ACM, cobrindo as faces lateral e inferior dos lobos frontal, parietal e temporal; a artéria cerebral anterior – ACA cobrindo as faces anterior e superior-medial dos lobos frontais e os aspectos superior-medial dos lobos parietais; e a artéria cerebral posterior – ACP, cobrindo o lobo occipital, os aspectos lateral-posterior-inferior dos lobos parietais, bem como o tálamo e os aspectos superiores do tronco cerebral e do cerebelo (Dusenbury *et al.*, 2020).

Nas últimas duas décadas, as taxas de mortalidade nos casos de AVE hemorrágico e isquêmico diminuíram. Entretanto, o número absoluto de pessoas que têm esses tipos de AVE todos os anos e o número de mortes relacionadas aos anos de vida ajustados por deficiência tem aumentado, principalmente em países de baixa e média renda. (Krishnamurthi *et al.*, 2013).

A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS realizada em 2013 estimou que 2.231 milhões de pessoas no Brasil foram acometidas pelo acidente vascular encefálico. As taxas de prevalência foram de 1,6% para homens e 1,4% para mulheres, com aumento ao longo do envelhecimento, sendo de 0,1% na faixa etária de 18 a 29 anos e chegando a 7,3% nas faixas etárias acima dos 75 anos. Em relação à funcionalidade pós-AVE, foram estimadas 568.000 pessoas com graves limitações em realizar as

atividades de vida diária (AVD). A prevalência pontual de incapacidade foi de 29,5% nos homens e 21,5% nas mulheres (Bensenor *et al.*, 2015).

A incapacidade funcional refere-se às limitações motoras e cognitivas, que evoluem com dificuldade ou necessidade de auxílio para a atividades de vida diária. Os pacientes com prejuízos na funcionalidade decorrentes do AVE apresentam déficits nas atividades de autocuidado, na interação social, no desenvolvimento do papel familiar e no trabalho. (Faria *et al.*, 2017. Silva *et al.*, 2022).

Os sobreviventes do AVE apresentam um alto risco de terem sequelas incapacitantes e sofrerem novos AVEs (Iadecola *et al.*, 2020). Suas principais sequelas são: déficits motores, déficits sensoriais e cognitivos, incapacidades funcionais, alterações de linguagem, distúrbios de deglutição, depressão, desajuste social e impactos na qualidade de vida (Fukujima, 2010; Winstein *et al.*, 2016).

- Deglutição e Disfagia pós AVE:

A deglutição pode ser dividida em fases distintas: antecipatória, preparatória oral, oral, faríngea e esofágica. Cada uma dessas fases pode ser avaliada de forma funcional (McCarty e Chao, 2020). É um processo complexo que envolve movimentos bem coordenados dentro da cavidade oral, faringe, laringe e esôfago, mediada por uma rede neural compostas por vários níveis (Singh e Hamdy, 2006)

As áreas cerebrais mais importantes atribuídas à deglutição são o córtex da ínsula anterior e o opérculo frontoparietal, incluindo a parte inferior do córtex sensório-motor e uma parte do córtex pré-motor, o tronco encefálico e os pares cranianos (Panebianco *et al.*, 2019). O estudo de Malandraki e colaboradores (2009) verificou que na fase oral da deglutição, os elementos voluntários, são representados pelas

áreas corticais, ativando especificamente, o córtex motor primário, córtex sensorial bilateralmente e os lóbulos parietais. Enquanto a fase faríngea, apresenta maior ativação das áreas subcorticais, ou seja, ínsula posterior.

A capacidade sensorial ou motora prejudicada em qualquer nível e as alterações nos mecanismos de proteção de vias aéreas afetam a eficiência da fisiologia da deglutição. Portanto, define-se disfagia como qualquer dificuldade associada a ato de engolir (Singh e Hamdy, 2006; Shaw e Martino, 2013; Abubakar e Jamoh, 2017; Daniels *et al.*, 2019). O AVE é uma das principais causas de disfagia (Jones, 2020; Takizawa, 2019).

Um único AVE unilateral pode causar disfagia, diferente do que se pensava, historicamente, que somente lesões bilaterais ou de tronco cerebral causavam tal distúrbio (Daniels *et al.*, 2019). O estudo de Daniels e colaboradores (2006) sugere que pacientes com AVE no hemisfério cerebral esquerdo têm maiores prejuízos na fase oral, enquanto pacientes com lesão no hemisfério direito têm maior acometimento da fase faríngea da deglutição.

O estudo de Wilmskoetter e colaboradores (2018) demonstrou que pacientes com lesões em ambos os hemisférios possuem prejuízo na deglutição, porém os pacientes com AVE à direita podem apresentar um pior comprometimento faríngeo principalmente em termos de fisiologia hiolaríngea, com maior risco de penetração, aspiração e resíduo faríngeo.

Na fase aguda do AVE, a prevalência da disfagia está entre 48% a 52%, com a presença de sinais clínicos de penetração e/ou aspiração laringotraqueal do alimento na avaliação clínica (Barros *et al.*, 2006; Mourão *et al.*, 2016; Pedra *et al.*, 2020). Persistindo em 50,9% dos pacientes após a alta hospitalar (Arnold *et al.*, 2016).

Quanto maior a gravidade da disfagia, menor é o nível de ingestão de alimento por via oral (Passos *et al.*, 2017).

As alterações da deglutição acarretam impacto significativo no aumento do consumo de saúde, na ocorrência de pneumonia hospitalar, destino de alta e institucionalização, e pode ser uma causa significativa de morbidade e mortalidade (Arnold *et al.*, 2016; McCarty e Chao, 2020). Impõe também como consequência a necessidade de modificação da dieta e líquidos, acarretando comprometimento nutricional devido ao risco de desnutrição e desidratação (Singh e Hamdy, 2006).

Indivíduos com hemisfério dominante acometido pelo AVE, apresentaram maiores alterações. O grau de disfagia relaciona-se com o grau de representação cerebral afetado (Jotz *et al.*, 2017). A recuperação dos pacientes disfágicos dependerá da melhora funcional encefálica, especificamente, da reorganização neural do córtex dominante e da ativação de áreas próximas da lesão e de regiões correspondentes do hemisfério contralateral (Fernandes e Oda, 2017).

O fonoaudiólogo é responsável por estabelecer o diagnóstico e prognóstico da disfagia. Sua gravidade é definida segundo os sinais apresentados pelo paciente durante a avaliação da deglutição e é essencial para a definição das condutas e terapêutica. Ele contribui para amenizar os sintomas neurológicos do AVC e melhorar o nível de ingestão oral dos pacientes. (Padovani *et al.*, 2012. Brandão *et al.*, 2020).

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Analisar a função da deglutição, segundo a escala de ingestão por via oral, e o grau de independência, por meio da medida de independência funcional, de pacientes internados com acidente vascular encefálico primário no momento da admissão e alta hospitalar.

Objetivos Específicos:

- Descrever a frequência da disfagia em indivíduos acometidos por AVE primário de um hospital de referência do Distrito Federal no momento da admissão e da alta.

- Verificar a associação da função da deglutição, segundo a escala de ingestão por via oral, e a medida de independência funcional de pacientes internados com acidente vascular encefálico primário no momento da admissão e da alta hospitalar.

HIPÓTESE

Acredita-se que há uma alta prevalência da disfagia no momento da admissão do paciente com AVE primário, porém que pode ocorrer uma diminuição ao longo do período da internação a depender da melhora do quadro clínico e do processo de reabilitação dos pacientes; e que os pacientes disfágicos apresentam maior dependência para as atividades de vida diária no momento da alta hospitalar.

ARTIGO 1

**ANÁLISE DA FUNÇÃO DE DEGLUTIÇÃO E INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE
PACIENTES INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
PRIMÁRIO: ESTUDO LONGITUDINAL**

**ANALYSIS OF THE SWALLOWING FUNCTION AND FUNCTIONAL
INDEPENDENCE OF HOSPITALIZED PATIENTS WITH PRIMARY STROKE:
LONGITUDINAL STUDY**

RESUMO:

OBJETIVO: analisar a função da deglutição, segundo a escala de ingestão por via oral, e o grau de independência, por meio da medida de independência funcional, de pacientes internados com acidente vascular encefálico primário no momento da admissão e alta hospitalar. **MÉTODOS:** estudo analítico, longitudinal, com pacientes internados por acidente vascular encefálico em um hospital terciário de referência. Foram obtidos os dados sóciodemográficos e clínicos por meio do prontuário eletrônico e os pacientes foram classificados em disfágicos e não disfágicos pela escala de ingestão por via oral - FOIS no momento da admissão e alta. Já o grau de funcionalidade foi obtido através da medida de independência funcional - MIF. Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial. **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 56 pacientes, a maioria do sexo masculino. A frequência de disfagia no momento da admissão foi aumentada, com diminuição no momento na alta ($P < 0,001$). Pacientes com AVE isquêmico no território de artéria cerebral média esquerda – ACME estiveram associados com a classificação de disfágico ($P = 0,010$). No momento da alta, os pacientes com disfagia apresentam algum grau de dependência na MIF e houve associação entre os pacientes classificados como não disfágicos e independência completa ($p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** Há uma diminuição da frequência da disfagia na alta quando comparada à admissão. Os pacientes disfágicos foram os mais dependentes para as atividades diárias, com maior tempo de internação.

DESCRITORES: acidente vascular cerebral, transtornos de deglutição, desempenho físico funcional, pacientes internados, estudos longitudinais.

ABSTRACT:

Purpose: to analyze the swallowing function, according to the oral intake scale, and the degree of independence, through the functional independence measure, of patients with primary stroke at the time of hospital admission and discharge. **Methods:** Analytical , observational, longitudinal study with patients admitted for stroke in a tertiary referral hospital. Socio-demographic and clinical data were obtained from the electronic medical records and the patients were classified as dysphagic and non-dysphagic by the Functional Oral Intake Scale - FOIS at the time of admission and discharge. The degree of functionality was obtained through the functional independence measure - MIF. The data were analyzed descriptively and inferentially. **Results:** Fifty-six patients participated in the study, most of them male. The frequency of dysphagia at admission was high, with a decrease at discharge ($P<0,001$). Patients with ischemic stroke in the left middle cerebral artery territory - LMCA were associated with the classification of dysphagia ($P=0,010$). At discharge, patients with dysphagia present some degree of dependence on FIM and there was an association between patients classified as non-dysphagic and complete independence ($p<0,001$). **Conclusion:** There is a decrease in the frequency of dysphagia at discharge when compared to admission. Dysphagic patients were the most dependent for daily activities, with longer hospitalization.

Keywords: Stroke; Deglutition Disorders; Physical Functional Performance, Inpatients, Longitudinal Studies.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é definido como um déficit neurológico cerebrovascular que se mantém por mais de um dia⁽¹⁾; sendo o segundo em casos de óbitos em todo mundo e pode afetar uma em quatro pessoas ao longo da vida. No Brasil, é a principal causa de incapacidade neurológica grave, considerado como um problema de saúde pública, devido aos altos custos do tratamento e às altas taxas de mortalidade⁽²⁻⁴⁾. A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS estimou que mais de dois milhões de pessoas no Brasil foram acometidas por AVE, com taxas de prevalência de 1,6% e 1,4% para homens e mulheres, respectivamente ⁽⁵⁾.

O AVE é uma das principais causas de disfagia^(6,7), que é definida como qualquer dificuldade associada ao ato de engolir que leva a alterações na eficiência e segurança da deglutição, com comprometimentos nutricionais, respiratórios e de morbimortalidade, o que impacta nos desfechos clínicos do paciente^(8,9). Em relação aos preditores para a disfagia nesse público, estudo prévio⁽¹⁰⁾ mostrou que os pacientes com alterações de fala e linguagem, alteração do nível de consciência, alterações motoras e/ou sensoriais e AVE no hemisfério esquerdo são os mais propensos a evoluírem com dificuldades na deglutição.

Na fase aguda do AVE, recomenda-se que todos os pacientes sejam internados em unidades especializadas de atendimento, onde possam receber acompanhamento de uma equipe multidisciplinar⁽¹¹⁾. A disfagia no AVE apresenta uma alta prevalência, acometendo mais de 40% de pacientes, conforme dados da avaliação clínica⁽¹²⁻¹⁴⁾, até 94%, a partir da avaliação videofluoroscópica da deglutição⁽¹⁵⁾. A literatura mostra que o quadro ainda persiste em 50,9% dos pacientes após a alta hospitalar⁽¹⁶⁾.

As pesquisas compiladas que mantiveram acompanhamento dos pacientes durante a internação incluíram também na amostra pacientes com AVE prévios. Estudo realizado⁽¹⁷⁾ identificou disfagia em 52% de pessoas com AVE nas primeiras 48h do evento e, no momento da alta hospitalar, 32,6% mantiveram-se com disfagia leve. Estes mesmos autores, em outro estudo⁽¹⁸⁾, distinguiram na análise pacientes com AVE isquêmico - AVEi cortical e subcortical - e encontraram diminuição de 38% de casos de disfagia na admissão versus alta.

Pesquisadores⁽¹⁹⁾ apontaram uma forte e direta relação entre a gravidade do AVE e o grau de disfagia orofaríngea nas primeiras 48 horas após o ictus. Estudo mais recente⁽²⁰⁾ observou que durante o período de internação, quanto maior a gravidade do AVE menor o nível de ingestão de via oral dos pacientes, mensurado por meio da escala FOIS, mas tal estudo não correlacionou com dados de funcionalidade. Outro estudo⁽²¹⁾ demonstrou que também durante o período de internação, os pacientes com disfagia eram mais dependentes funcionalmente por meio da escala MIF, porém considerou somente os pacientes com AVEi trombolizados e não trombolizados.

Os pacientes com incapacidade funcional decorrentes do AVE apresentam limitações motoras e cognitivas, evoluindo com prejuízos nas atividades de autocuidado, na interação social, no desenvolvimento do papel familiar e no trabalho (22, 23).

Embora seja encontrado na literatura artigos que utilizem a escala FOIS⁽²⁴⁾ para a caracterização da deglutição e a medida de independência funcional – MIF⁽²⁵⁾, não foram encontrados estudos que utilizassem tais escalas considerando somente pacientes com primeiro e único AVE e mantivessem o acompanhamento desses pacientes durante o período de internação. O presente estudo teve como objetivo

analisar a função da deglutição, segundo a escala de ingestão por via oral, e o grau de independência, por meio da medida de independência funcional, de pacientes internados com acidente vascular encefálico primário no momento da admissão e alta hospitalar

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, longitudinal; aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das instituições envolvidas; pareceres nº 5.249.264, 5.352.545; CAAE: 52896121.5.0000.8093, 52896121.5.3001.8153. Todos os pacientes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa, conforme projeto aprovado.

Participaram da pesquisa pacientes internados por AVE isquêmico ou hemorrágico de um hospital terciário de referência no tratamento dessa doença no Distrito Federal, no período de maio a setembro de 2022.

O hospital escolhido para este estudo é considerado centro de referência no tratamento do AVE no estado, sendo o único da rede pública que conta com neurologista presencial 24 horas, diariamente, e que realiza o tratamento agudo da doença. Possui ainda uma equipe de fonoaudiólogos no pronto-socorro e internação e todos os pacientes com AVE são avaliados pela equipe após 24 horas do ictus. Caso necessário, o paciente mantém acompanhamento sistemático pela equipe para reabilitação do transtorno de deglutição.

Os critérios de inclusão foram pacientes maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, com diagnóstico de primeiro AVE como motivo da internação, confirmado por meio de avaliação neurológica e exame de imagem: tomografia computadorizada e/ou

ressonância magnética. Os critérios de exclusão foram pacientes com AVE prévio, que possuíam outras doenças neurológicas, psiquiátricas ou estruturais com impacto na deglutição, de acordo com história clínica presente no prontuário eletrônico; presença de queixa de disfagia prévia à internação; e ausência de avaliação clínica fonoaudiológica da deglutição durante a internação e, com registros incompletos sobre os dados clínicos, sociodemográficos e fonoaudiológicos nos prontuários eletrônicos.

Foram coletados os seguintes dados do prontuário eletrônico no momento da alta hospitalar: idade, gênero, comorbidades e tempo de internação. Em relação à classificação do AVE, foi considerado o tipo (isquêmico - AVEi ou hemorrágico – AVEh) e território acometido (arterial cerebral média esquerda – ACME, artéria cerebral média direita – ACMD e outras regiões - artéria cerebral posterior, artéria cerebral superior, lacunares, tronco e talâmico). Foi analisado o tipo do AVE juntamente com o território acometido, sendo considerado, portanto, AVEi ACME e AVEi ACMD.

Para a classificação da funcionalidade aplicada à deglutição foi utilizada a Escala da Funcionalidade da Via Oral (FOIS)⁽²²⁾ que é composta por sete níveis, sendo eles: 1- Nada por via oral. 2- Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido; 3: Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido; 4: Via oral total de uma única consistência; 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações; 6: Via oral total com múltiplas consistências, sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares; 7: Via oral total sem restrições.

Para a classificação da FOIS⁽²⁴⁾ foram considerados os dados da avaliação fonoaudiológica e da dieta liberada, presentes no prontuário eletrônico no momento

da admissão e alta hospitalar. Considerou-se como o momento da admissão a primeira avaliação fonoaudiológica após 24h do ictus e da alta a última avaliação fonoaudiológica realizada no momento da alta hospitalar ou após a resolução da disfagia. Para o presente estudo, a presença ou ausência da disfagia foi definida segundo a pontuação da escala FOIS⁽²⁴⁾, considerou-se como não disfágicos os pacientes classificados nos níveis 6 e 7 (via oral exclusiva com ausência total de preparo ou compensações) e disfágicos os pacientes classificados no nível 1 a 5. Os pacientes foram avaliados pelas fonoaudiólogas da equipe com protocolo institucional, após treinamento prévio, e reabilitados no período da internação.

Para avaliação da funcionalidade geral, foi aplicada a escala de Medida de Independência Funcional – MIF⁽²³⁾, que consta de 18 tarefas referente às atividades de autocuidados, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social. Cada uma das atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de um (dependência total) a sete (independência completa), assim a pontuação total varia de 18 a 126. Para a classificação dos pacientes segundo a MIF, foi considerada a pontuação total obtida: a) 18 pontos: dependência completa (assistência total); b) 19 a 60 pontos: dependência modificada em até 50% das tarefas; c) 61 a 103 pontos: dependência modificada em até 25% das tarefas; d) 104 a 126 pontos: independência completa⁽²⁶⁾. A MIF foi preenchida no momento da alta pelas pesquisadoras.

Considerou-se como variáveis dependentes a classificação da funcionalidade aplicada a deglutição por via oral pela escala FOIS, disfágicos e não disfágicos, no momento da admissão e da alta, e a classificação de funcionalidade pela escala MIF. Como variáveis independentes o tipo e território do AVE (AVEh, AVEi ACME, AVEi ACMD e AVE em outras regiões), tempo de internação em dias e comorbidades.

Inicialmente foram coletados os dados clínicos, sociodemográficos e da avaliação fonoaudiológica da deglutição do prontuário eletrônico. Posteriormente realizou-se a classificação da escala FOIS pelos dados obtidos no momento da admissão e alta, os pacientes foram classificados em disfágicos ou não disfágicos. E no momento da alta realizou-se também a aplicação da escala MIF. Todos esses processos foram realizados por duas das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa que tiveram treinamento prévio, essa etapa ocorreu durante o processo de alta hospitalar dos pacientes.

Análise dos dados

Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial utilizando-se o software SPSS 25.0. Foi considerado um nível de significância de 5% para as análises inferenciais.

Na análise descritiva das variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central (média e mediana), variabilidade (desvio-padrão) e posição (mínimo, máximo, primeiro e terceiro quartis).

Na análise descritiva das variáveis qualitativas foram calculadas a frequência absoluta e a frequência relativa percentual. A análise inferencial de associação entre as variáveis qualitativas nominais de duas categorias dependentes foi realizada com o Teste McNemar.

A análise inferencial de associação entre as variáveis qualitativas nominais independentes foi realizada com o teste Qui-quadrado. A análise inferencial de comparação das variáveis quantitativas não-normais e qualitativas ordinais entre dois grupos dependentes foi realizada com o Teste de Wilcoxon.

A análise inferencial de comparação das variáveis quantitativas não-normais e qualitativas ordinais entre dois grupos independentes foi realizada com o Teste de Mann-Whitney.

A correlação entre as variáveis quantitativas não-normais e qualitativas ordinais foi realizada com o Teste de Correlação de Spearman.

A análise inferencial de comparação das variáveis quantitativas não-normais em função de múltiplos grupos independentes foi realizada com o Teste de Kruskal-Wallis. Nos casos em que houve diferença estatística no teste de Kruskal-Wallis foi realizada a comparação por pairwise e os valores de significância foram ajustados pela correção de Bonferroni para múltiplos testes.

RESULTADOS

Foi realizada uma busca ativa pela equipe de fonoaudiologia e identificados 129 pacientes internados com AVE no período de realização da presente pesquisa. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os que se enquadraram foram convidados a participar do estudo. Foram excluídos 71 pacientes, sendo a amostra final de 56 participantes. Os pacientes tinham idades entre 27 e 86 anos, média de 58 anos e um mês (DP $\pm 14,74$); 44,65% (25) eram do sexo feminino e 55,34% (31) do sexo masculino.

Em relação ao tipo da lesão, 8,93% apresentaram AVEh, 91,1% AVEi, nos seguintes territórios: 46,43% em ACM E, 28,57% em ACM D e 16,1% em outras regiões. Quanto às comorbidades, 28,57% apresentavam diabetes melitus, 64,29% hipertensão arterial sistêmica, 35,71% referiram ser etilistas e 41,07% tabagistas.

A Tabela 1 mostra a associação entre as variáveis classificação disfágico e não disfágico no momento da admissão e alta. Na admissão, a maioria foi classificada como disfágicos segundo a escala FOIS. A pontuação média da escala FOIS nesse momento da internação foi de 3,96 (DP \pm 1,86). No momento da alta, houve uma diminuição de mais da metade dos pacientes que permaneceram classificados como disfágicos. Neste momento, a pontuação média da escala FOIS foi de 5,46 (DP \pm 1,17). Houve aumento estatisticamente significativo da escala FOIS no momento da alta, em relação à admissão ($p < 0,001$, $Z = -5,827$, Teste de Wilcoxon). Observa-se que nenhum paciente que não era disfágico na admissão, se tornou disfágico na alta.

Houve associação entre a classificação da disfagia no momento da admissão e no momento da alta ($p < 0,001$). Indivíduos disfágicos na admissão se associaram a classificação de não disfágico na alta ($p < 0,001$), conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Associação entre as presença e ausência da disfagia no momento da admissão e alta.

		Classificação da disfagia ADM			Total	p-valor
		Disfágico	Não disfágico			
Classificação da disfagia ALTA	Disfágico	n	21	0	21	,000
		%	37,5%	0,0%	37,5%	
	Não disfágico	n	23	12	35	
		%	41,1%	21,4%	62,5%	
Total	n	44	12	56		
	%	78,6%	21,4%	100,0%		

McNemar

Legenda: ADM = admissão; n=frequência absoluta; %=frequência relativa

A Tabela 2 mostra a média dos escores na escala FOIS segundo a classificação do AVE. No momento da admissão, pacientes com AVEi ACM E apresentaram menores escores na escala FOIS. No momento da alta hospitalar, independente da classificação do AVE, os valores da escala FOIS são mais homogêneos, o que mostra

uma melhora da funcionalidade da deglutição desses pacientes, com maior número de pacientes nos níveis de via oral exclusiva.

Observa-se que houve efeito do tipo de AVE sobre a FOIS no momento da admissão [$\chi^2(3)=10,07$; $p=0,018$]. Observou-se no teste pos-hoc que AVE em outras regiões apresentou valores maiores que AVEi ACM E ($p=0,013$).

Tabela 2 - Análise inferencial de comparação das variáveis FOIS na admissão e FOIS na alta em função da variável tipo de AVE em pacientes internados.

Variável	AVE	Média	DP	Mínimo	Máximo	H	gl	p-valor
FOIS admissão	AVEi ACM D	4,13	2,00	1,00	6,00	10,078	3	0,018*
	AVEi ACM E	3,35	1,83	1,00	6,00			
	AVEh	4,60	0,55	4,00	5,00			
	Outras regiões	5,11	1,62	1,00	6,00			
FOIS alta	AVEi ACM D	5,63	0,89	4,00	7,00	2,571	3	0,463
	AVEi ACM E	5,15	1,49	1,00	7,00			
	AVEh	5,80	0,45	5,00	6,00			
	Outras regiões	5,89	0,60	5,00	7,00			

Teste de Kruskal-Wallis e pairwise, com correção de Bonferroni

Legenda: AVE= acidente vascular encefálico, AVEh – acidente vascular encefálico hemorrágico, AVEi ACM D = acidente vascular encefálico isquêmico em artéria cerebral média direita, AVEi ACME=acidente vascular encefálico isquêmico em artéria cerebral média esquerda, outras regiões=AVE em artéria cerebral posterior, artéria cerebral superior, lacunares, tronco e talâmico. DP=desvio padrão; gl=graus de liberdade

A Tabela 3 mostra o resultado da associação da classificação da disfagia (disfágicos e não disfágicos) segundo os scores da escala FOIS, no momento da admissão e alta com a localização do AVE. Houve associação entre tipo de AVE e a classificação da disfagia ($p=0,010$). Pacientes com AVEi ACM E estiveram associados à classificação de disfágico e indivíduos com AVE em outras regiões tiveram associação à classificação de não disfágico.

Tabela 3 – Associação das variáveis classificação da disfagia na admissão e na alta e classificação do AVE.

		AVE					Total	Qui- quadrado	gl	p-valor
		AVEi ACM D	AVEi ACM E	AVEh	Outras regiões					
Classificação da disfagia	Disfágico	n	11	24	5	4	44	11,420 ^a	3	0,010*
	%	25,0%	54,5%	11,4%	9,1%	100,0%				
Admissão	Não disfágico	n	5	2	0	5	12			
	%	41,7%	16,7%	0,0%	41,7%	100,0%				
Total		n	16	26	5	9	56			
	%	28,6%	46,4%	8,9%	16,1%	100,0%				
Classificação da disfagia	Disfágico	n	6	12	1	2	21	2,380 ^a	3	0,497
	%	28,6%	57,1%	4,8%	9,5%	100,0%				
Alta	Não disfágico	n	10	14	4	7	35			
	%	28,6%	40,0%	11,4%	20,0%	100,0%				
Total		n	16	26	5	9	56			
	%	28,6%	46,4%	8,9%	16,1%	100,0%				

Qui-Quadrado de Pearson

Legenda: AVE= acidente vascular encefálico, AVEh – acidente vascular encefálico hemorrágico, AVEi ACM D = acidente vascular encefálico isquêmico em artéria cerebral média direita, AVEi ACME=acidente vascular encefálico isquêmico em artéria cerebral média esquerda, outras regiões=AVE em artéria cerebral posterior, artéria cerebral superior, lacunares, tronco e talâmico.; n=frequência absoluta; %=frequência relativa; gl=graus de liberdade

O tempo médio de internação foi de 13,52 dias (DP ± 11,03) para essa amostra. Houve correlação negativa entre o tempo de internação e a escala FOIS no momento da admissão (P=0,020; r=-0,414) e da alta (P=0,020, r=0,300), confirmados por meio do Teste de Correlação de Spearman. Os pacientes classificados como não disfágicos, tiveram significativamente menos tempo de internação que os disfágicos (P=0,026; U=152,50, Teste de Mann-Whitney).

A Tabela 4 mostra a associação entre a escala de funcionalidade – MIF, classificação da disfagia e classificação do AVE. Em relação a classificação do AVE, 76,9% dos pacientes com lesão em ACME apresentaram algum grau de dependência

na MIF, enquanto 77,8% dos pacientes com AVE em outras regiões foram classificados como independentes.

Observa-se que no momento da alta 90,5% dos pacientes disfágicos apresentaram algum grau de dependência para a realização das atividades. Verifica-se também que houve associação entre a classificação da escala MIF e a classificação de disfagia no momento da admissão ($p < 0,001$) e alta ($p = 0,001$). Na admissão, houve associação entre classificação disfágica e Dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas). Na alta houve associação entre classificação disfágica e Dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas), e entre classificação não disfágica e independência completa. Isso demonstra que os pacientes classificados como disfágicos apresentam menores pontuações na escala MIF.

Tabela 4 – Associação das variáveis classificação do AVE, classificação da disfgia na admissão e classificação da disfgia na alta com a variável classificação MIF em pacientes internados com AVE.

		Classificação MIF					Total	Qui- quadrado	g l	p-valor
		Dependência completa (assistência total)	Dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas)	Dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)	Independência completa					
AVE	AVEi	n	0	1	9	6	16	14,386	9	0,109
	ACM D	%	0,0%	6,3%	56,3%	37,5%	100,0%			
	AVEi	n	1	8	11	6	26			
	ACM E	%	3,8%	30,8%	42,3%	23,1%	100,0%			
	AVEh	n	0	0	3	2	5			
	AVEh	%	0,0%	0,0%	60,0%	40,0%	100,0%			
	Outras regiões	n	0	1	1	7	9			
	Outras regiões	%	0,0%	11,1%	11,1%	77,8%	100,0%			
	Total	n	1	10	24	21	56			
	Total	%	1,8%	17,9%	42,9%	37,5%	100,0%			
Disfágico x não disfágico admissão	Disfágico	n	1	10	24	9	44	25,455	3	<0,001*
	Disfágico	%	2,3%	22,7%	54,5%	20,5%	100,0%			
	Não disfágico	n	0	0	0	12	12			
	Não disfágico	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%			
Total	n	1	10	24	21	56				
	%	1,8%	17,9%	42,9%	37,5%	100,0%				
Disfágico x não disfágico Alta	Disfágico	n	1	8	10	2	21	16,564	3	0,001*
	Disfágico	%	4,8%	38,1%	47,6%	9,5%	100,0%			
Total	n	0	2	14	19	35				
	%	0,0%	6,3%	40,0%	54,3%	100,0%				

Não						100,0
disfágic	%	0,0%	5,7%	40,0%	54,3%	%
o						
	n	1	10	24	21	56
Total						100,0
	%	1,8%	17,9%	42,9%	37,5%	%

Qui-Quadrado de Pearson

Legenda: Legenda: AVE= acidente vascular encefálico, AVEh – acidente vascular encefálico hemorrágico, AVEi ACM D = acidente vascular encefálico isquêmico em arterial cerebral média direita, AVEi ACME=acidente vascular encefálico isquêmico em artéria cerebral média esquerda, outras regiões=AVE em artéria cerebral posterior, artéria cerebral superior, lacunares, tronco e talâmico. n=frequência absoluta; %=frequência relativa; gl=graus de liberdade

A Tabela 5 mostra a análise inferencial dos dados da funcionalidade segundo a classificação da MIF, escores da escala FOIS e o número de comorbidades apresentadas pelos pacientes. Nesse momento considerou-se como variável independente a escala MIF. Houve diferença no escore da FOIS no momento da admissão [$X^2(3)=23,36$; $p<0,001$] e da alta [$X^2(3)=21,62$; $p<0,001$] em função da classificação MIF. Em ambos os momentos, indivíduos com classificação MIF de independência completa apresentaram valores significativamente maiores que os com dependência modificada em até 50% das tarefas ($p<0,001$, $p<0,001$, respectivamente) e dependência modificada em até 25% das tarefas ($p=0,001$; $p=0,035$, respectivamente).

Tabela 5 – Análise inferencial de comparação das variáveis FOIS e número de comorbidades em função da variável classificação MIF em pacientes internados com AVE

Variável	Classificação MIF	Média	DP	Mínimo	Máximo	Mediana	H	G	p-valor
FOIS	Dependência completa (assistência total)	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	23,370	3	0,000
	Dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas)	2,40	1,84	1,00	5,00	1,00			
	Dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)	3,63	1,61	1,00	5,00	4,00			
	Independência completa	5,24	1,22	1,00	6,00	6,00			
FOIS alta	Dependência completa (assistência total)	1,00	0,00	1,00	1,00	1,00	21,622	3	0,000
	Dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas)	4,50	1,43	1,00	6,00	5,00			
	Dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)	5,46	0,72	4,00	6,00	6,00			
	Independência completa	6,14	0,57	5,00	7,00	6,00			
Número de Comorbidades	Dependência completa (assistência total)	3,00	0,00	3,00	3,00	3,00	1,412	3	0,703
	Dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas)	2,90	1,79	0,00	6,00	3,00			
	Dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas)	2,21	1,61	0,00	5,00	2,00			
	Independência completa	2,38	1,69	0,00	6,00	2,00			

Teste de Kruskal-Wallis e pairwise, com correção de Bonferroni

Legenda: No=número; DP=desvio padrão; gl=graus de liberdade

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo serão discutidos a seguir. Houve alta frequência de disfagia no momento da admissão, com uma diminuição significativa do quadro na

alta, com melhores escores na escala FOIS. Ocorreu também maior prevalência da isquemia em território de ACME nos pacientes disfágicos e esses tiveram um tempo de internação maior. Em relação aos achados de funcionalidade segundo a escala MIF, observou-se que os pacientes não disfágicos apresentaram independência completa, enquanto os disfágicos, no momento da alta hospitalar, apresentavam dependência para as atividades.

A frequência elevada de disfagia na admissão hospitalar, maior que 70%, encontrada no nosso estudo corrobora com os achados de estudo anterior⁽²⁷⁾, que também realizou a avaliação clínica da deglutição em pacientes com AVE internados em hospital terciário de referência. No entanto, diverge de outros estudos em que a prevalência da disfagia se manteve entre 48% e 52%^(12,18,21). Apesar de prevalências muito parecidas, os critérios de inclusão, o tipo de avaliação realizada e o tempo de avaliação após o ictus variou. Estudo⁽⁶⁾ afirma que a provável ampla gama de estimativas se deve a discrepâncias metodológicas e não a diferenças entre taxa de incidência e prevalência da disfagia nos casos de AVE. Sabemos que no momento da admissão muitas vezes são necessárias vias alternativas de alimentação e adaptação e restrição das consistências alimentares⁽²⁰⁾, mantendo esses pacientes nos níveis um a cinco da escala FOIS.

A frequência da disfagia no momento da alta diminui em relação ao momento da admissão e este achado é confirmado por trabalhos anteriores^(17,18). Em estudo prévio⁽¹⁶⁾, a disfagia permaneceu em 50,9%. A reabilitação na fase aguda, permite a melhora do aprendizado motor e treinamento motor a partir da neuroplasticidade⁽⁷⁾. A função da deglutição é representada assimetricamente no córtex motor, a recuperação clínica tem sido correlacionada com alterações compensatórias no hemisfério previamente não dominante e não afetado, ou seja, a reorganização no hemisfério

contralateral à lesão é fundamental na recuperação da deglutição, portanto, espera-se que a maioria dos pacientes recupere a deglutição segura em um a três meses^(28,29).

Em nosso estudo observa-se aumento dos pacientes nos níveis seis e sete da escala FOIS no momento da alta. Acredita-se que o atendimento prestado pela equipe de fonoaudiologia, com o objetivo melhorar o distúrbio da deglutição e aumentar o nível de ingestão oral, durante o período de internação desses pacientes possa ter auxiliado nesse resultado. A literatura evidencia a importância da intervenção precoce por fonoaudiólogos especialistas⁽³⁰⁾, a relevância do uso da escala de ingestão de via oral como indicador de prognóstico⁽²⁰⁾ e que a terapia da deglutição diminui o tempo de internação e melhora a capacidade de deglutição⁽³¹⁾.

Quanto à relação da classificação do AVE e a prevalência da disfagia, acreditava-se que somente lesões bilaterais ou de tronco cerebral causavam tal distúrbio, porém um único AVE unilateral pode causar disfagia⁽⁸⁾. O território mais frequente encontrado no presente estudo foi em ACME, com maior prevalência de pacientes disfágicos. A literatura aponta que os pacientes AVEi ACM são mais propensos a desenvolverem disfagia, pois afetam áreas representativas da deglutição, como tálamo, cápsula interna, região sub-insular e outras áreas subcorticais^(12,2). Outro estudo⁽¹²⁾ também identificou que o território de ACM foi o mais envolvido em 76% dos pacientes disfágicos.

Em relação ao tempo de internação, o tempo médio é de 6,1 dias para pacientes com primeiro AVE segundo a literatura⁽³²⁾. Porém, a realidade demonstrada no presente estudo é de um tempo médio maior, 13,52 dias de internação. Pesquisadores⁽⁷⁾ demonstraram que a disfagia é um preditor significativo de prejuízo à saúde, com aumento no período de internação e dos custos hospitalares, o que corrobora com nossos achados. Esse aumento também é justificado pela dificuldade

na realização dos exames diagnósticos necessários e da escassez de locais de reabilitação disponíveis no momento da alta para esses pacientes, o que os faz permanecerem mais tempo internados. Pesquisas mostram que os pacientes sobreviventes de AVE na maior parte do país têm poucas oportunidades de iniciar ou continuar a reabilitação após a fase aguda, o que impacta na reabilitação de forma efetiva⁽¹¹⁾. Pela escassez de locais de reabilitação disponíveis, esses pacientes são reabilitados no próprio hospital terciário.

A disfagia traz sérias repercussões na capacidade da pessoa para a reconstrução da autonomia, podendo conduzir a graves complicações e piora da qualidade de vida^(29,33). Por meio da avaliação da MIF, os pacientes não disfágicos apresentaram independência completa, enquanto os que permaneceram disfágicos no momento da alta hospitalar apresentavam dependência modificada em até 50% das tarefas. Este achado também foi encontrado por outros pesquisadores⁽²¹⁾, em que a maioria dos pacientes na fase aguda apresentou algum grau de dependência funcional. Segundo esses autores⁽²¹⁾, a diminuição da funcionalidade representa um fator de risco na incidência e piora da disfagia orofaríngea. Estudo prévio⁽¹³⁾ demonstrou que os pacientes com disfagia apresentaram menores pontuações MIF. Pesquisadores⁽³⁴⁾ confirmaram que a disfagia pós-AVE é um forte preditor de dependência funcional. Com base nos resultados desse estudo e na base científica que o sustenta não é possível realizar uma análise de causalidade, mas sim de ocorrência, acredita-se que os pacientes com pior escore de funcionalidade apresentam piora do padrão de deglutição devido às necessidades de auxílio durante a alimentação e o treinamento adequado do seu cuidador.

Quanto aos dados sociodemográficos de sexo e idade, o sexo masculino foi o mais prevalente, estando em consonância com dados da literatura^(12,21). A média de

idade dos pacientes com AVE do presente estudo foi de 58 anos, o que difere de outro estudo⁽¹⁹⁾ que demonstra maior prevalência do público idoso, com média de idade de 65 anos. Observa-se no nosso estudo um aumento dos casos de AVE na população adulto jovem, o que deixou nossa média de idade menor do que em outros estudos^(30,34). A literatura destaca⁽³⁵⁾ que os principais fatores de risco de AVE nos adultos jovens são o estilo de vida, como fumar, beber e obesidade, com um impacto mais grave nesse público do que nos pacientes mais velhos. Este estudo identificou que as comorbidades mais prevalentes foram hipertensão e tabagismo, o que se assemelha com os achados da literatura^(21,36). No entanto, não houve correlação entre o número de comorbidades e a FOIS no momento da admissão e da alta. Dados semelhantes foram encontrados em estudos anteriores⁽³⁰⁾. A literatura já havia apontado que o aumento da carga de comorbidades está associado a um maior impacto percebido pelo paciente no primeiro ano após o AVE⁽³⁶⁾.

Este estudo possui algumas limitações. A primeira foi não ter contado com uma avaliação objetiva da deglutição, como exemplo a videofluroscopia, que é considerada o padrão ouro. No entanto, não possuímos tal exame no hospital e somente casos específicos são regulados pelo sistema de saúde para realização de exames objetivos da deglutição. Buscando minimizar a subjetividade da avaliação clínica, todas as avaliações foram realizadas por fonoaudiólogas treinadas e com experiência na área, e foi escolhida a FOIS como instrumento, por ser uma escala mundialmente usada no AVE, de fácil treinamento e direta aplicação. Outro aspecto é a amostra reduzida. Foi considerada a possibilidade de utilização de critérios de exclusão menos rígidos, como por exemplo a manutenção de pacientes com AVEs prévios, com outras doenças neurológicas e histórico de disfagia. Porém, com essa ação, não teríamos o perfil de

deglutição de pacientes com AVE primário, o que torna uma análise mais confiável para esse público, assim como atende às lacunas na literatura da área.

Os achados desta pesquisa são relevantes para estudos futuros, o próximo passo é incluir o acompanhamento desses pacientes após o período de alta para verificar a evolução do distúrbio de deglutição e da funcionalidade.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foi encontrada uma frequência elevada de pacientes com disfagia no momento da admissão hospitalar após o AVE, com uma diminuição significativa no momento da alta, sendo caracterizado por um maior número de consistências alimentares na ingestão oral. Esse achado evidencia a importância do acompanhamento fonoaudiológico desses pacientes durante a fase aguda. Os pacientes classificados como não disfágicos, tiveram significativamente menos tempo de internação que os disfágicos. Outro achado foi que o AVEi em ACM foi o mais frequente, havendo associação entre o território acometido e a prevalência de disfagia no momento da admissão.

Por fim, os pacientes com disfagia no momento da alta foram os mais dependentes para as atividades diárias, enquanto os não disfágicos foram classificados com independência completa. Isso demonstra associação entre o distúrbio de deglutição e a funcionalidade dos pacientes sobreviventes de AVE desde a fase da internação.

REFERÊNCIAS

1. Koh SH, Park HH. Neurogenesis in Stroke Recovery. *Transl Stroke Res.* 2017;8(1):3-13.
2. Itaquy RB, Favero SR, Ribeiro MC, Barea LM, Almeida ST, Mancopes R. Dysphagia and cerebrovascular accident: relationship between severity degree and level of neurological impairment. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;23(4):385-9.
3. Feigin VL, Nguyen G, Cercy K, Johnson CO, Alam T, Parmar PG, et al. Global, regional, and country-specific lifetime risks of stroke, 1990 and 2016. *N Engl J Med* 2018; 379: 2429–37
4. Campbell BCV, Khatri P. Stroke. *Lancet.* 2020; 11;396(10244):129-42.
5. Bensenor IM, Goulart AC, Szwarcwald CL, Vieira ML, Malta DC, Lotufo PA. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey – 2013. *Arq Neuropsiquiatr* 2015;73(9):746-50.
6. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson’s Disease, Alzheimer’s Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia*, 2016; 31(3) 434-41.
7. Jones CA, Colletti CM, Ding MC. Post-stroke Dysphagia: Recent Insights and Unanswered Questions. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2020; 2;20(12):61.
8. Daniels SK, Huckabee ML, Gozdzikowska K. *Dysphagia Following Stroke.* 3^a ed. San Diego: Plural Publishing; 2019.
9. Terré R. Oropharyngeal dysphagia in stroke: diagnostic and therapeutic aspects. *Rev Neurol.* 2020;70(12):444-52.

10. Baroni AF, Fábio SR, Dantas RO. Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients. *Arq Gastroenterol.* 2012;49(2):118-24.
11. Minelli C, Luvizutto GJ, Cacho RO, Neves LO, Magalhães SCSA, Pedatella MTA, et al. Brazilian practice guidelines for stroke rehabilitation: Part II. *Arq Neuropsiquiatr.* 2022 Jul;80(7):741-758.
12. Barros FF, Fábio SRC, Furkim AM. Relation between clinical evaluation of deglutition and the computed tomography in acute ischemic stroke patients. *Arq Neuropsiquiatr.* 2006;64(4):1009-14.
13. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, Bosi M, Carpinteri F, Zingarelli A, et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2009;18(5):329-35.
14. Rofes L, Muriana D, Palomeras E, Vilardell N, Palomera E, Alvarez-Berdugo D, et al. Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study. *Neurogastroenterol Motil.* 2018; 23:e13338.
15. Passos KO, Cardoso MC, Scheeren B. Association between functionality assessment scales and the severity of dysphagia post-stroke. *CoDAS.* 2017;29(1):e20160111.
16. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, Meisterernst J, Schlager M, Mono ML, et al. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS One.* 2016;11(2):e0148424.
17. Mourão AM, Almeida EO, Lemos SMA, et al. Evolution of swallowing in post-acute stroke: a descriptive study *Rev. CEFAC.* 2016;18(2):417-25.
18. Mourão AM, Vicente LCC, Abreu MNS, Tatiana Simões C, Romeu Vale S, De Souza LC, et al. Swallowing progression during the acute phase of cortical and

- subcortical ischemic stroke and its association with the extension of brain damage and cognitive impairment. *Top Stroke Rehabil.* 2019;26(7):523-27.
19. Otto DM, Ribeiro MC, Barea LM, Mancopes R, Almeida ST. Association between neurological injury and the severity of oropharyngeal dysphagia after stroke. *CoDAS.* 2016;28(6):724-729.
20. Brandão BC, Silva MAOMD, Rodrigues CG, Damando MD, Lourenção LG. Relationship between oral intake and severity of Acute Stroke. *CoDAS.* 2020;32(5):e20180154.
21. Pedra EFP, Pontes VL, Mourão AM, Braga MA, Vicente LCC. Post-stroke patients with and without thrombolysis: analysis of deglutition in the acute phase of the disease. *CoDAS.* 2020;32(1):1-6.
22. Faria AC, Martins MM, Schoeller SD, Matos LO. Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):495-503.
23. Silva CR, Costa TF, Pontes ML, Pimenta CJ, Bezerra TA, Ferreira GR, et al. Funcionalidade, estresse e qualidade de vida de sobreviventes de acidente vascular encefálico. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE0390345.
24. 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(8):1516-20.
25. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. *Acta Fisiatr,* 2004; 11(2): 72-6.
26. Fernandes MB, Cabral DL, de Souza RJP, Sekitani HY, Teixeira-Salmela LF, Laurentino GEC. Functional independence of individuals with chronic hemiparesis and its relation to physiotherapy. *Fisioter Mov.* 2012;25(2):333-41.

27. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidence of oropharyngeal dysphagia associated with stroke in a regional hospital in São Paulo State - Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 2004;62(2-B).
28. Singh S, Hamdy S. Dysphagia in stroke patients. *Postgrad Med J*. 2006;82(968):383-91.
29. Cohen DL, Roffe C, Beavan J, et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *Int J Stroke*. 2016;11(4):399-411.
30. Mourão AM, Lemos SMA, Almeida EO, Vicente LCC, Teixeira AL. Frequency and factors associated with dysphagia in stroke. *CoDAS* 2016;28(1):66-70.
31. Bath PM, Lee HS, Everton LF. Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Oct 30;10(10):CD000323.
32. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129:e28–e292
33. Oliveira IJ, Couto GR, Mota LAN. Nursing therapies in the person with post-stroke dysphagia. *Rev. De enfermagem*. 2019; 23(4):133-40.
34. Pacheco-Castilho AC, Miranda RPC, Norberto AMQ, Favoretto DB, Rimoli BP, Alves LBM, et al. Dysphagia is a strong predictor of death and functional dependence at three months post-stroke. *Arq Neuropsiquiatr*. 2022;80(5):462-8.
35. Ohya Y, Matsuo R, Sato N, Irie F, Nakamura K, Wakisaka Y, et al. Investigators for Fukuoka Stroke Registry. Causes of ischemic stroke in young adults versus non-young adults: A multicenter hospital-based observational study. *PLoS One*. 2022;13;17(7):e0268481.

36. Sewell K, Tse T, Harris E, Matyas T, Churilov L, Ma H, et al. Pre-existing Comorbidity Burden and Patient Perceived Stroke Impact. *Int J Stroke*. 2021;16(3):273-79.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma alta prevalência da disfagia em pacientes com AVE durante a internação, persistindo também no momento da alta hospitalar, o que demonstra a importância do acompanhamento fonoaudiológico desses pacientes durante toda a fase aguda do AVE.

Os pacientes disfágicos também são mais dependentes para atividades de vida diária, corroborando com outros achados da literatura, que demonstram a associação do distúrbio de deglutição e funcionalidade dos pacientes. Isso evidencia a importância de um acompanhamento multidisciplinar desses pacientes para melhora dos déficits e aumento da autonomia.

IMPACTOS PRÁTICOS DOS ACHADOS PARA A SOCIEDADE

Os resultados abordados neste estudo vêm para somar e acrescentar informações à base científica já existente, bem como contribuir para a sociedade. Indicando que os pacientes com Acidente Vascular Encefálico apresentam alta prevalência de disfagia durante o período de internação e que há uma associação entre o distúrbio de deglutição e a funcionalidade dos pacientes sobreviventes de AVE. Sendo os pacientes disfágicos mais dependentes para atividades de vida diária no momento da alta hospitalar. O que evidencia a importância do acompanhamento fonoaudiológico e de uma equipe multidisciplinar desses pacientes durante a internação e após a alta hospitalar.

1. **Abrangência:** nacional. Apesar dos dados dessa pesquisa serem coletados em um serviço de saúde pública do Distrito Federal (DF), acreditamos que o alcance seja nacional, já que os aspectos avaliados serão os mesmos se aplicados em qualquer outra região do país.
2. **Aplicabilidade:** alta. A metodologia deste estudo envolve técnicas de avaliação clínica padronizada e disponível a toda ciência fonoaudiológica do Brasil, são instrumentos de uso nacional; dessa forma a replicabilidade desse estudo é possível em sua totalidade em todo território nacional.
3. **Complexidade:** média. Os achados do estudo resultam da combinação de conhecimentos pré-estabelecidos, através de protocolos validados e aplicação em indivíduos com acidente vascular encefálico atendidos em um serviço de referência do DF.
4. **Inovação:** média. O estudo não apresenta inovação do ponto de vista tecnológico, mas do ponto de vista científico sim, tendo em vista a pequena quantidade

de estudos que consideram somente pacientes com primeiro e único AVE e correlacionaram as alterações da deglutição com os dados de funcionalidade. Este estudo pode ser classificado como uma tecnologia leve-dura por utilizar conhecimentos estruturados, que não precisam de um recurso de alta tecnologia para realização.

REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

- Abubakar SA, Jamoh BY. Dysphagia following acute stroke and its effect on short-term outcome. Niger Postgrad Med J. 2017;24(3):182-86.
- Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, Meisterernst J, Schlager M, Mono ML, El-Koussy M, Kägi G, Jung S, Sarikaya H. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. PLoS One. 2016;11(2):e0148424.
- Barros FF, Fábio SRC, Furkim AM. Relation between clinical evaluation of deglutition and the computed tomography in acute ischemic stroke patients. Arq Neuropsiquiatr. 2006;64(4):1009-14.
- Bensenor IM, Goulart AC, Szwarcwald CL, et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey – 2013. Arq Neuropsiquiatr 2015;73(9):746-50.
- Brandão BC, Silva MAOMD, Rodrigues CG, Damando MD, Lourenção LG. Relationship between oral intake and severity of Acute Stroke. CoDAS. 2020;32(5):e20180154.
- Campbell BCV, Khatri P. Stroke. Lancet. 2020; 11;396(10244):129-42.
- Daniels SK, Corey DM, Fraychinaud A, DePolo A, Foundas AL. Swallowing lateralization: the effects of modified dual-task interference. Dysphagia. 2006;21(1):21-27.
- Daniels SK, Huckabee ML, Gozdzikowska K. Dysphagia Following Stroke. 3^a ed. San Diego: Plural Publishing; 2019.
- Dusenbury W, Alexandrov AW. Clinical Localization of Stroke. Crit Care Nurs Clin North Am. 2020 Mar;32(1):1-19.

- Faria AC, Martins MM, Schoeller SD, Matos LO. Care path of person with stroke: from onset to rehabilitation. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):495-503.
- Falsetti P, Acciai C, Palilla R, Bosi M, Carpinteri F, Zingarelli A, et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2009;18(5):329-35.
- Feigin VL, Nguyen G, Cercy K, et al. Global, regional, and country-specific lifetime risks of stroke, 1990 and 2016. *N Engl J Med* 2018; 379: 2429–37
- Fernandes AMF, ODA AL. Disfagia Neurogênica. In: Dedivitis RA, Santoro PP, Arakawa-Sugueno L. Manual prático de disfagia: diagnóstico e tratamento. 1ed. – Rio de Janeiro: Revinter; 2017.
- Fukujima MM. Acidente vascular cerebral. In: Ortiz KZ. Distúrbios neurológicos adquiridos linguagem e cognição. 2ed. Barueri. Manole; 2010.
- Iadecola C, Buckwalter MS, Anrather J. Immune responses to stroke: mechanisms, modulation, and therapeutic potential. *J Clin Invest.* 2020 Jun 1;130(6):2777-88.
- Itaquy RB, Favero SR, Ribeiro MC, Barea LM, Almeida ST, Mancopes R. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;23(4):385-9.
- Jones CA, Colletti CM, Ding MC. Post-stroke Dysphagia: Recent Insights and Unanswered Questions. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2020; 2;20(12):61.
- Jotz GP, Rozenfeld A, Carrara-de Angelis E, et al. Deglutição normal na infância, no adulto e no idoso. In: Jotz GP, Carrara-de Angelis E. Disfagia: abordagem clínica e cirúrgica: criança, adultos e idoso. 1ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017
- Knight-Greenfield A, Nario JJQ, Gupta A. Causes of Acute Stroke: A Patterned Approach. *Radiol Clin North Am.* 2019 Nov;57(6):1093-1108.]
- Koh SH, Park HH. Neurogenesis in Stroke Recovery. *Transl Stroke Res.* 2017;8(1):3-

13.

-Krishnamurthi RV, Feigin VL, Forouzanfar MH, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global Burden of Diseases, Injuries, Risk Factors Study 2010 (GBD 2010); GBD Stroke Experts Group. Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Glob Health*. 2013;1(5):e259-81.

-Matos KC, Oliveira VF, Oliveira PLC, Braga Neto P. An overview of dysphagia rehabilitation for stroke patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 2022;80(1):84-96.

-Malandraki GA, Sutton BP, Perlman AL, Karampinos DC, Conway C. Neural activation of swallowing and swallowing-related tasks in healthy young adults: an attempt to separate the components of deglutition. *Hum Brain Mapp*. 2009 Oct;30(10):3209-26.

-McCarty EB, Chao TN. Dysphagia and Swallowing Disorders. *Med Clin North Am*. 2021 Sep;105(5):939-954.

-Mourão AM, Almeida EO, Lemos SMA, et al. Evolução da deglutição no pósAVC agudo: estudo descritivo. *Rev. CEFAC*. 2016;18(2):417-25.

-Pacheco-Castilho AC, Miranda RPC, Norberto AMQ, Favoretto DB, Rimoli BP, Alves LBM, et al. Dysphagia is a strong predictor of death and functional dependence at three months post-stroke. *Arq Neuropsiquiatr*. 2022;80(5):462-8.

-Padovani AR, Moraes DP, Mangilli LD, Andrade CRF. Protocolo de avaliação fonoaudiológica do Risco para Disfagia. In: Andrade CRF, Limongi SCO. *Disfagia: Práticas baseada em evidências*. 1ed. São Paulo: Sarvier; 2012.

-Panebianco M, Marchese-Ragona R, Masiero S, Restivo DA. Dysphagia in neurological diseases: a literature review. *Neurol Sci*. 2020;41(11):3067-73.

-Passos KO, Cardoso MC, Scheeren B. Association between functionality assessment scales and the severity of dysphagia post-stroke. *CoDAS*. 2017;29(1):e20160111.

- Pedra EFP, Pontes VL, Mourão AM, Braga MA, Vicente LCC. Pacientes pósAVC com e sem trombólise: análise da deglutição na fase aguda da doença. *CoDAS* 2020;32(1):1-6.
- Rofes L, Muriana D, Palomeras E, Vilardell N, Palomera E, Alvarez-Berdugo D, et al. Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study. *Neurogastroenterol Motil.* 2018; 23:e13338.
- Silva CR, Costa TF, Pontes ML, Pimenta CJ, Bezerra TA, Ferreira GR, et al. Funcionalidade, estresse e qualidade de vida de sobreviventes de acidente vascular encefálico. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE0390345.
- Singh S, Hamdy S. Dysphagia in stroke patients. *Postgrad Med J.* 2006;82(968):383-91.
- Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia*, 2016; 31(3) 434-41.
- Terré R. Oropharyngeal dysphagia in stroke: diagnostic and therapeutic aspects. *Rev Neurol.* 2020;70(12):444-52.
- Unnithan AKA, M Das J, Mehta P. Hemorrhagic Stroke. 2022 Sep 30. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
- Wilmskoetter J, Martin-Harris B, Pearson WG Jr, Bonilha L, Elm JJ, Horn J, Bonilha HS. Differences in swallow physiology in patients with left and right hemispheric strokes. *Physiol Behav.* 2018 Oct 1; 194:144-152.
- Winstein CJ, Stein J, Arena R et al. American Heart Association Stroke Council, on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation

and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169.

PRODUTOS EDUCACIONAIS, CIENTÍFICOS, SOCIOCULTURAIS E TECNOLÓGICOS/ECONÔMICOS DESENVOLVIDOS NO PERÍODO DO MESTRADO.

Durante os dois anos como aluna do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia (UnB/FCE) produzi:

Produto	Impacto	Observações
<p>Apresentação de resumos em evento científico e anais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterização da deglutição de pacientes pós Acidente Vascular encefálico segundo a escala funcional da ingestão por via oral. • Sobrecarga dos cuidadores informais de pacientes com acidente vascular encefálico durante a internação 	Científico	<p>Apresentados no 30º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia</p> <p>Data: 19 a 22 de outubro de 2022</p> <p>ISBN: 978-65-86760-13-2</p> <p>Acesso: https://lp.sbfa.org.br/congressosbfa30anos/__anais/anais/trabalhos</p> <p>Anexo 1: certificados e anais.</p>
<p>Submissão de artigo científico:</p> <p>“Caracterização da função da deglutição segundo a escala de ingestão por via oral e da funcionalidade de pacientes internados com acidente vascular encefálico”</p>	Científico	<p>Submetido a Revista CoDAS em 20/12/2022</p> <p>ISSN: 2317-1782</p> <p>SCOPUS 2021: 68%</p> <p>Anexo 2: comprovante de submissão e SCOPUS</p>
<p>Educação na Saúde:</p> <p>“Rastreo para identificação do risco de disfagia e perfil do paciente que broncoaspira.”</p>	Educacional	<p>Palestra realizada no Hospital de Base, na modalidade online, para os colaboradores e público externo.</p> <p>Data: 24/03/2022</p> <p>Anexo 3: comprovante de realização.</p>
<p>Confecção e entrega de folders de orientação para os pacientes com AVE e seus cuidadores em linguagem não científica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados na hora da alimentação, • Orientações sobre uso do espessante; • Orientações da fono e nutri sobre a dieta prescrita, 	Educacional	<p>Material produzido durante a preceptoria de estágio supervisionado dos estudantes de fonoaudiologia da UnB, durante a disciplina Práticas de Capacitação Docente.</p> <p>Em anexo os folders.</p>

ANEXOS

ANEXO 1. CERTIFICADOS E ANAIS DOS RESUMOS PUBLICADOS (IMPACTO CIENTÍFICO)



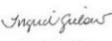
CERTIFICADO

Conferido pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Pela apresentação do trabalho intitulado **CARACTERIZAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO SEGUNDO A ESCALA FUNCIONAL DA INGESTÃO POR VIA ORAL.**, do(s) autor(es) JULIANA MOURA ALVES SEIXAS, THAMES DOS SANTOS MARQUES, CRISTINA LEMOS BARBOSA FURIA, LAURA DAVISON MANGILLI TONI, **JULIANA ONOFRE LIRA**, na modalidade pôster, na área Disfagia (DIS), realizado durante o **30º CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA**, de 19 a 22 de outubro de 2022, no Centro de Convenções Poeta Ronaldo Cunha Lima, em João Pessoa – PB.

João Pessoa, 22 de outubro de 2022.


Dr. Leonardo Lopes
Presidente da SBFa

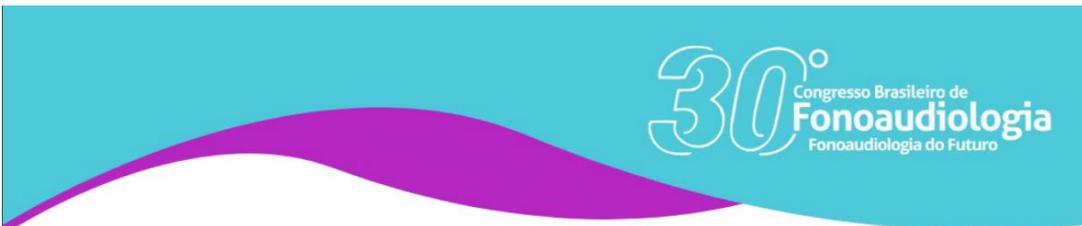

Dra. Ingrid Gielow
Vice-Presidente da SBFa


Dra. Gláucia Berretin-Felix
Diretora Científica SBFa


Dr. Giovan Anderson Alves
Diretor Científico SBFa

REALIZAÇÃO


SBFa
Sociedade Brasileira
de Fonoaudiólogos



CERTIFICADO

Conferido pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Pela apresentação do trabalho intitulado **SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DURANTE A INTERNAÇÃO**, do(s) autor(es) JULIANA MOURA ALVES SEIXAS, THAMES DOS SANTOS MARQUES, CRISTINA LEMOS BARBOSA FURIA, LAURA DAVISON MANGILLI TONI, **JULIANA ONOFRE LIRA**, na modalidade pôster, na área Saúde Coletiva (SC), realizado durante o **30º CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA**, de 19 a 22 de outubro de 2022, no Centro de Convenções Poeta Ronaldo Cunha Lima, em João Pessoa – PB.

João Pessoa, 22 de outubro de 2022.


Dr. Leonardo Lopes
Presidente da SBFa


Dra. Ingrid Gielow
Vice-Presidente da SBFa


Dra. Gláucia Berretin-Felix
Diretora Científica SBFa


Dr. Giovan Anderson Alves
Diretor Científico SBFa

REALIZAÇÃO


SBFa
Sociedade Brasileira
de Fonoaudiólogos



ANAIS

ISBN 978-65-86760-13-2

TRABALHOS CIENTÍFICOS

CÓDIGO

4372

TÍTULO

CARACTERIZAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO SEGUNDO A ESCALA FUNCIONAL DA INGESTÃO POR VIA ORAL.

AUTORES

JULIANA MOURA ALVES SEIXAS, THAMES DOS SANTOS MARQUES, CRISTINA LEMOS BARBOSA FURIA, LAURA DAVISON MANGILLI TONI, **JULIANA ONOFRE LIRA**

MODALIDADE

Trabalho científico

ÁREA

Disfagia (DIS)

CEP

CAAE: 52896121.5.3001.8153 - parecer nº 5.352.545

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acidente vascular encefálico (AVE) é a principal causa de incapacidade neurológica grave no Brasil(1). Uma das suas principais sequelas são alterações na deglutição, denominadas de disfagia, que está presente em uma a cada cinco pessoas com AVE isquêmico (AVEi) e persiste em mais de 50% dos pacientes após a alta hospitalar (2). Com impacto significativo no aumento do consumo de saúde, na ocorrência de pneumonia hospitalar, destino de alta e institucionalização (3).

OBJETIVO: Caracterizar o perfil dos pacientes com acidente vascular encefálico internados em um hospital de referência para o tratamento de AVE.

MÉTODOS: Estudo descritivo, observacional, transversal, aprovado pelo CEP com parecer nº 5.352.545, com pacientes com acidente vascular encefálico internados em um hospital público terciário referência no tratamento de AVE. Para caracterização da amostra foram coletados do

prontuário eletrônico os dados sociodemográficos e clínicos. E para



masculino, com tempo médio de internação de 15,97 dias. Em relação ao diagnóstico topográfico: 29,7% tiveram acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) em artéria cerebral média (ACM) a direita, 48,6% AVEi em ACM a esquerda, 5,4% AVEi em artéria cerebral posterior (ACP) e 8,1% AVE hemorrágico e outras regiões. Quanto à caracterização da deglutição segundo a escala FOIS, foi observado que no momento da admissão, 24,3% (n=7) estavam no nível 1, 24,3% (n=7) no nível 4, 24,3% (n=7) no nível 5 e 27% (n=10) no nível 6. No momento da alta hospitalar, 5,4% (n=2) permaneceram no nível 1, 10,8% (n=4) no nível 4, 27% (n=10) no nível 5, 40,5% (n=15) no nível 6 e 16,2% (n=6) no nível 7. Quanto a classificação dos pacientes em disfágicos ou não disfágicos, na admissão 73% (n=27) dos pacientes foram considerados disfágicos e 27% (n=10) não disfágicos, e na alta hospitalar, 43,2% (n=16) permaneceram com a disfagia e 56,8% (n=21) foram categorizados como não disfágicos, de acordo com a FOIS.

CONCLUSÃO: A maioria dos participantes são do gênero feminino, com média de idade de 59 anos. A topografia mais recorrente foi AVEi em ACM à esquerda. Na admissão hospitalar, 73% dos pacientes foram classificados como disfágicos, nos níveis 1, 4 e 5 na escala FOIS. Na alta hospitalar, 43,2% permaneceram disfágicos, mas observou-se uma melhora nos níveis da escala FOIS, com apenas 5,4% da amostra no nível 1, nada por via oral. Demonstrando a importância da avaliação e intervenção fonoaudiológica durante a internação do paciente com AVE, do seguimento após a alta.

REFERÊNCIAS

1. Itaquy RB, Favero SR, Ribeiro MC, Barea LM, Almeida ST, Mancopes R. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;23(4):385-9.
2. Yang S, Choi KH, Son YR. The effect of stroke on pharyngeal laterality during swallowing. *Ann Rehabil Med.* 2015;39(4):509-16.
3. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, Meisterernst J, Schlager M, Mono ML, El-Koussy M, Kägi G, Jung S, Sarikaya H. Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS One.* 2016;11(2):e0148424.
4. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys*

12/12/2022 11:31

Fonoaudiologia 2022

Med Rehab. 2005; 86(8):1516-20.

5. Leite KKA et al. Clinical swallowing prognostic indicators in patients with acute ischemic stroke. Arq Neuropsiquiatr 2019;77(7):501-508.



ANAIS

ISBN 978-65-86760-13-2

TRABALHOS CIENTÍFICOS

CÓDIGO

4364

TÍTULO

SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DURANTE A INTERNAÇÃO

AUTORES

JULIANA MOURA ALVES SEIXAS, THAMES DOS SANTOS MARQUES, CRISTINA LEMOS BARBOSA FURIA, LAURA DAVISON MANGILLI TONI, **JULIANA ONOFRE LIRA**

MODALIDADE

Trabalho científico

ÁREA

Saúde Coletiva (SC)

CEP

CAAE: 52896121.5.3001.8153 - parecer nº 5.352.545

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acidente vascular encefálico (AVE) é a principal causa de incapacidade neurológica grave no Brasil (1). Com impacto não somente no indivíduo afetado, mas sobre toda a família, principalmente em quem assumirá a função de cuidador, o que traz limitações a sua rotina (2-3) e impactos na qualidade de vida (4).

OBJETIVO: Analisar o perfil de sobrecarga dos cuidadores informais de pacientes com acidente vascular encefálico durante a internação.

MÉTODOS: Estudo descritivo, observacional, transversal, aprovado pelo CEP com parecer nº 5.352.545, com cuidadores informais de pacientes com AVE durante a internação hospitalar. Os cuidadores responderam a um questionário estruturado contendo suas características sociodemográficas, e o questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal – QASCI5. Realizou-se a tabulação e análise descritiva dos dados.

RESULTADOS: Participaram do estudo 32 cuidadores informais, 75% do gênero feminino, com média de idade de 40,09, 62,5% com ensino

médio completo e 18,75% ensino superior completo. Em relação ao



vida lhe pregou uma peça; 43,8% apresentam dificuldade em planejar o futuro devido as necessidades do seu familiar ser imprevisível. Em relação a sobrecarga financeira, 62,2% já apresentaram dificuldades durante o cuidado. Quanto as reações às exigências, os cuidadores afirmaram que nunca se sentiram ofendidos e zangados (65,5%), envergonhados (78,1%), manipulados (78,1%) e sem privacidade (62,5%). Quanto aos itens de percepção dos mecanismos de eficácia e controle, 31,3% não conseguem fazer a maioria das coisas que necessitam, 75,5% se sentem capazes de continuar cuidando do seu familiar por muito mais tempo e 62,5% consideram que têm conhecimentos e experiência. Quanto ao apoio familiar, 59,4% têm o reconhecimento dos familiares e 71,9% se sentem apoiados por eles. Nos itens de satisfação com o papel e com o familiar, os cuidadores afirmaram que se sentem bem (87,5%) e mais próximos do seu familiar durante o cuidado (93,7%), que ficam felizes quando o seu familiar se mostra contente por pequenas coisas que fazem por eles (90,6%), que isso aumenta sua autoestima fazendo se sentirem uma pessoa melhor (71,9%), e que o seu familiar demonstra gratidão pelo cuidado (84,4%).

CONCLUSÃO: A maioria dos cuidadores são do gênero feminino, filhas ou esposas dos pacientes internados com AVE. Em relação ao questionário de sobrecarga os cuidadores apresentaram desejo de sair da situação em que se encontram e problemas financeiros durante o cuidado, demonstraram possuir apoio dos outros familiares, reconhecimento pelo trabalho exercido e se mostraram satisfeitos com o seu papel e com o familiar.

REFERÊNCIAS

1. Itaquy RB, Favero SR, Ribeiro MC, Barea LM, Almeida ST, Mancopes R. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. J Soc Bras Fonoaudiol. 2011;23(4):385-9.
2. Morais HCC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Silva MJ, Araujo TL. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(5): [10 telas].
3. Costa TF, Gomes TM, Viana LRC, Martins KP, Costa KNFM. Stroke: patient characteristics and quality of life of caregivers. Rev Bras Enferm. 2016;69(5):933-9.

4. 38. White CL, Poissant L, Coté-Leblanc G, Wood-Dauphinee S. Long-Term Caregiving After Stroke: The impact on caregivers' quality of life. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2006; 38(5), 354-60.
5. Monteiro EA, Mazin SC, Dantas RAS. The Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire: validation for Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):364-70.

ANEXO 2. COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO NA REVISTA CODAS E CLASSIFICAÇÃO QUALIS DO PERIÓDICO (IMPACTO CIENTÍFICO)

20/12/2022 16:07 ScholarOne Manuscripts

☰ CoDAS

🏠 Home

✍ Author

Submission Confirmation 🖨 Print

Thank you for your submission

Submitted to
CoDAS

Manuscript ID
CODAS-2022-0333

Title
CARACTERIZAÇÃO DA FUNÇÃO DA DEGLUTIÇÃO SEGUNDO A ESCALA DE INGESTÃO POR VIA ORAL E DA FUNCIONALIDADE DE PACIENTES INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Authors
Seixas, Juliana

Date Submitted
20-Dec-2022

Author Dashboard

1 result

[Download Scopus Source List](#) [Learn more about Scopus Source List](#)

<input type="checkbox"/> All ▼ 📄 Export to Excel 📁 Save to source list		View metrics for year: 2021 ▼			
Source title ▼	CiteScore ▼	Highest percentile ▼	Citations 2018-21 ▼	Documents 2018-21 ▼	% Cited ▼
<input type="checkbox"/> 1 CoDAS <i>Open Access</i>	0.8	68% 309/968 Language and Linguistics	333	393	38

ANEXO 3. PALESTRA: RASTREIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE DISFAGIA E PERFIL DO PACIENTE QUE BRONCOASPIRA (IMPACTO EDUCACIONAL)



INSTITUTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE INOVAÇÃO, ENSINO E PESQUISA

CERTIFICADO

O Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF confere a **Juliana Moura Alves Seixas** o presente certificado como **Palestrante** no treinamento: **Rastreo para identificação do risco de disfagia e perfil do paciente que broncoaspira**, realizado no dia 24 de março de 2022.

Brasília, 19 de maio de 2022.

EMANUELA DOURADO REBÊLO FERRAZ
DIRETORA DE INOVAÇÃO, ENSINO E PESQUISA

MAÍRA SILVEIRA COELHO
GERENTE DE ENSINO

ANA BEATRIZ CUNHA MAIA DE OLIVEIRA
CHEFE DO NÚCLEO DE ESTÁGIOS E GESTÃO ACADÊMICA

ANEXO 4 – FOLDERS DE ORIENTAÇÃO (IMPACTO EDUCACIONAL)

CUIDADOS NA HORA DA ALIMENTAÇÃO

EQUIPE DE FONOAUDIOLOGIA



O QUE EU POSSO OU NÃO FAZER?

DURANTE A ALIMENTAÇÃO...

- ✓ OFERTAR ALIMENTOS E LÍQUIDOS SOMENTE QUANDO O PACIENTE ESTIVER ACORDADO E EM ALERTA
- ✓ MANTER O PACIENTE EM UM BOM POSICIONAMENTO (SENTADO)
- ✓ DEVO ME POSICIONAR AO LADO DO PACIENTE PARA OFERTAR A COMIDA, COM AJUDA DOS TALHERES BEM À FRENTE EM RELAÇÃO A BOCA
- ✓ CONTROLAR O RITMO DA OFERTA, COMER COM MENOR VOLUME, SOMENTE OFERTAR NOVA PORÇÃO APÓS O PACIENTE TER ENGOLIDO
- ✓ LEMBRAR O PACIENTE QUE ELE DEVE ENGOLIR TODO O ALIMENTO OU OFERTAR UMA COLHER VAZIA PARA AJUDAR ELE ENGOLIR O RESTO

- ✗ COMER ALIMENTOS MUITO SECOS E FARINHENTOS
- ✗ OFERTAR ALIMENTO ENQUANTO O PACIENTE ESTÁ DEITADO
- ✗ UTILIZAR DISTRATORES (CELULAR, TV, CONVERSAS, SOM ALTO)
- ✗ TER PRESSA EM OFERTAR OS ALIMENTOS PARA O PACIENTE

Só consuma consistências que foram liberadas pelo fonoaudiólogo + nutricionista+ equipe médica




E SE O PACIENTE ENGASGAR?

- ✓ SOLICITE "TOSSE" PARA O PACIENTE E AGUARDE QUE ELE SE ESTABILIZE
- ✓ ESPERE QUE O PACIENTE PARE DE TOSSIR E VOLTE A RESPIRAR NOVAMENTE PARA CONTINUAR A OFERTA
- ✗ NÃO OFEREÇA LÍQUIDOS
- ✗ NÃO BATA NAS COSTAS DO PACIENTE
- ✗ NÃO SOPRAR O ROSTO DO PACIENTE

MANOBRA DE HEIMLICH

- 1 SEGURAR A PESSOA ENGASGADA POR TRÁS (EM PÉ); OU SE POSICIONAR À FRENTE DELA.
- 2 FECHAR UMA DAS MÃOS, COM O PUNHO BEM FECHADO E POLEGAR DE FORA E COLOCAR A OUTRA MÃO ABERTA SOBRE O PUNHO FECHADO.
- 3 EMPURRAR O PUNHO COM FIRMEZA E FORÇA PARA DENTRO E PARA CIMA 5 VEZES.
- 4 AVALIAR SE O ALIMENTO JÁ SAIU E SE O PACIENTE RESPIRA, CASO CONTRÁRIO, FAZER A MANOBRA QUANTAS VEZES FOREM NECESSÁRIAS.



APÓS A ALIMENTAÇÃO...

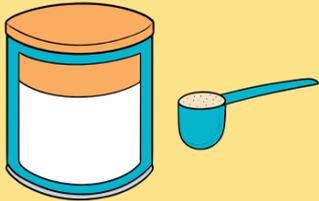
- ✓ VERIFICAR SE FICOU RESTO DE ALIMENTO NA BOCA DO PACIENTE
- ✓ REALIZAR A HIGIENE ORAL ADEQUADA
- ✓ PERMANECER POR MAIS DE 30 MINUTOS SENTADO OU COM A CABECEIRA DA CAMA ELEVADA



REFERÊNCIAS: HBRAT DOROTHY, D.O. Como fazer a manobra de Heimlich em adultos ou crianças conscientes. Manual MSD para profissionais de saúde. 2016.
 UNIMED GOV. . Você sabe o que é Disfagia? Orientações fonoaudiológicas do Hospital Unimed Gov. Valadares para pacientes e familiares. 2011.
 VIEIRA, ELAINE STUDART. Orientações sobre disfagia.
 Autores: Juliana Seixas, Júlia Teles, Vitória Roque, David Andrade, Cristina Furia, Juliana Lira, Laura Mangilli



ORIENTAÇÕES SOBRE ESPESSANTES



Paciente: _____
 Consistência: _____
 Observações: _____

EQUIPE DE FONOAUDIOLOGIA



QUAL A IMPORTÂNCIA DO ESPESSANTE?

O espessamento dos líquidos pode promover uma **deglutição mais segura**, já que com o espessamento podemos compensar alguns déficits na deglutição, **reduzindo o risco de aspiração**.

O uso de espessantes altera a consistência dos alimentos, e bebidas espessadas podem ser preparadas especialmente para **o tratamento da disfagia**.

A maioria das marcas promete não alterar o sabor do alimento ingerido!

Veja algumas indicações de marcas de espessantes:



Nestle-ThickenUp Danone-Nutillis Mais Care-Espessa Mais Hormel-Thick & Easy

EQUIPE DE FONOAUDIOLOGIA



COMO PREPARAR O ESPESSANTE?

Seu modo de preparo normalmente varia entre 3 texturas: **Néctar, mel e pudim.**



NÉCTAR 1 colher de medida
MEL 2 colheres de medida
PUDIM 3 colheres de medida

Para cada 100 ml de água ou demais alimentos.



Maiores informações você pode encontrar na Cartilha "Espessantes Caseiros- Manual do usuário/cuidador"

REFERÊNCIAS: Queiroz, Camilla Ribeiro Góes, et al. "Viscosidade e qualidade da imagem do líquido espessado para videofluoroscopia de deglutição com acrístico de contraste de bário." *Revista CEFAC* 17 (2015): 879-889.
 GERMAIN, I. et al. *Novel dysphagia diet improves the nutrient intake of institutionalized elders.* *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, v. 206, n. 10, p. 1814-1821, 2006.
 HONG, S. R. et al. *Flow behaviors of commercial food thickeners used for the management of dysphagia: effect of temperature.* *International Journal of Food Engineering*, Inglaterra, v. 8, n. 2, artigo 8, p. 3-8, 2012.
 SCAPADE, P. A. et al. *Rheological characterization of food thickeners marketed in Australia in various media for the management of dysphagia.* *Water and Food Journal of Food Engineering*, Essex, v. 79, n. 1, p. 69-81, 2007.

Autores: Juliana Seixas, Júlia Teles, Vitória Roque, David Andrade, Cristiana Faria, Juliana Uira, Laura Mangilli



ORIENTAÇÕES DA FONO E NUTRI SOBRE A DIETA



- 1 DIETA LÍQUIDA
- 2 DIETA LÍQUIDA PASTOSA
- 3 DIETA PASTOSA
- 4 DIETA BRANDA
- 5 DIETA ENTERAL

MINHA DIETA É DO TIPO:

EQUIPE DE FONO E NUTRIÇÃO



1 DIETA LÍQUIDA

ALIMENTOS INDICADOS: CALDOS, SUCOS E VITAMINA RALAS DE FRUTA, E ÁGUA DE COCO

ALIMENTOS NÃO INDICADOS: QUALQUER ALIMENTO NO ESTADO SÓLIDO, ALIMENTOS MUITO GORDUROSOS.

OBSERVAÇÃO:

2 DIETA LÍQUIDA PASTOSA

ALIMENTOS INDICADOS: VITAMINA DE FRUTA, MINGAU, LEITE, COALHADA, IOGURTE SEM PEDAÇOS, SUCOS, VEGETAIS COZIDOS LIQUIDIFICADOS SEM PEDAÇOS, SOPAS CREMOSAS, CALDO DE FEIJÃO. **TODOS ESPESADOS.**

ALIMENTOS NÃO INDICADOS: QUALQUER ALIMENTO NO ESTADO SÓLIDO, GELATINAS, ALIMENTOS MUITO GORDUROSOS OU QUE NÃO TENHAM SIDO ESPESADOS.

OBSERVAÇÃO:

EQUIPE DE FONO E NUTRIÇÃO



3 DIETA PASTOSA

ALIMENTOS INDICADOS: ARROZ PASTOSO, FEIJÃO BATIDO, MINGAUS, PURÉS, GELATINA, IOGURTE, PÃO BRIOCHE OU PÃO DE FORMA SEM CASCA, FRUTAS MACIAS COMO MAMÃO E BANANA.

ALIMENTOS NÃO INDICADOS: LEGUMES E VERDURAS CRUAS; LEGUMES MAIS DUROS COMO QUIABO, VAGEM, JILÓ; CARNES DURAS E CROCANTES, FRITURAS EM GERAL, PÃES DUROS OU COM SEMENTE, FRUTAS COM CASCA, OU QUALQUER OUTRO ALIMENTO QUE NÃO SEJA NA CONSISTÊNCIA DE PAPA.

OBSERVAÇÃO:

4 DIETA BRANDA

ALIMENTOS INDICADOS: ARROZ, FEIJÃO BEM COZIDO, FRUTAS MACIAS SEM CASCA OU COZIDAS, LEGUMES COZIDOS, SUCOS DE FRUTAS, IOGURTE, PÃES MACIOS, CARNES COZIDAS, OVOS COZIDOS.

ALIMENTOS NÃO INDICADOS: FRITURAS EM GERAL, LEGUMES E VERDURAS CRUAS, LEGUMES MAIS DUROS; FRUTAS DURAS E OU COM SEMENTES; QUEIJOS GORDUROSOS, CARNES DURAS E CROCANTES, OVO FRITO, PÃES DUROS OU COM SEMENTES.

OBSERVAÇÃO:

EQUIPE DE FONO E NUTRIÇÃO



5 DIETA ENTERAL

É NECESSÁRIA EM PACIENTES QUE NÃO CONSEGUEM INGERIR DIARIAMENTE A QUANTIDADE DE NUTRIENTES NECESSÁRIA PARA ATINGIR SUAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS.

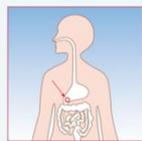
A NUTRIÇÃO ENTERAL PODE SER PRATICADA PARA A INGESTÃO DE ALIMENTOS E PODE SER FEITA POR MEIO DE UMA SONDA POSICIONADA OU IMPLANTADA NO ESTÔMAGO, NO DUODENO OU NO JEJUNO.



VIA NASOGÁSTRICA OU OROGÁSTRICA: A SONDA É PASSADA PELO NARIZ OU PELA BOCA E SE DIRECIONA ATÉ O ESTÔMAGO.



VIA NASODUODENAL OU DUODENAL: A SONDA É PASSADA PELO NARIZ OU PELA BOCA E SE DIRECIONA ATÉ O INTESTINO DELGADO.



GASTROSTOMIA: A SONDA É IMPLANTADA CIRURGICAMENTE NO ESTÔMAGO.



JEJUNOSTOMIA: A SONDA É IMPLANTADA CIRURGICAMENTE DIRETAMENTE NO INTESTINO DELGADO.

EQUIPE DE FONO E NUTRIÇÃO



5 DIETA ENTERAL

MANIPULAÇÃO E CONSERVAÇÃO DA DIETA

- ORGANIZE A DIETA E OS UTENSÍLIOS EM LOCAL LIMPO, SECO E DE FÁCIL ACESSO;
- SEMPRE VERIFIQUE O PRAZO DE VALIDADE DA DIETA;
- MANTENHA O LOCAL DE MANIPULAÇÃO DA DIETA LIMPO E SEM OBJETOS QUE POSSAM CONTAMINÁ-LA;
- LAVE AS MÃOS COM ÁGUA, SABÃO NEURO E ÁLCOOL 70%;
- HIGIENIZE A EMBALAGEM COM ÁGUA E ÁLCOOL 70% PARA RETIRAR IMPUREZAS.

PREPARAÇÃO DAS DIETAS LÍQUIDAS

- AGITE BEM O PRODUTO ANTES DE USAR;
- APÓS ABERTA, A DIETA DEVE SER ARMAZENADA EM GELADEIRA POR, NO MÁXIMO 24 HORAS;
- LEMBRE-SE DE RETIRAR DA REFRIGERAÇÃO PELO MENOS 30 MINUTOS ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DA DIETA.

PREPARAÇÃO DAS DIETAS EM PÓ

- UTILIZE APENAS ÁGUA FILTRADA PARA DISSOLVER O PRODUTO;
- SIGA AS ORIENTAÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE AS QUANTIDADES ADEQUADAS DE PÓ E ÁGUA;
- BATA EM UM LIQUIDIFICADOR OU MIXER ATÉ OBTER UMA TEXTURA HOMOGÊNEA;
- O PRODUTO EM PÓ DEVE SER CONSUMIDO EM ATÉ 30 DIAS APÓS ABERTO.

REFERÊNCIAS: ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL ENTERAL EM DOMICÍLIO, MANUAL_22.07_AF.INDD; CODARIN, MARIA ALICE FRANZINI; PRADA, MARIA CÂMILA ABRAMIDES (ORG.). ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS: DISFAGIA. DISFAGIA. 2020.

EQUIPE DE FONO E NUTRIÇÃO





ANEXO 5. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP

LISTA DE PROJETOS DE PESQUISA:									
Tipo ↕	CAAE ↕	Versão ↕	Pesquisador Responsável ↕	Comitê de Ética ↕	Instituição ↕	Origem ↕	Última Apreciação ↕	Situação ↕	Ação
Pc	52896121.5.3001.8153	2	Juliana Moura Alves Seixas	8153 - Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal IGESDF		PO	POc	Aprovado	 
P	52896121.5.0000.8093	3	Juliana Moura Alves Seixas	8093 - Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília - UnB		PO	PO	Aprovado	 

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS E PERFIL DE FALA, LINGUAGEM E DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DURANTE E APÓS A INTERNAÇÃO

Pesquisador: Juliana Moura Alves Seixas

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 52896121.5.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.249.264

Apresentação do Projeto:

"O acidente vascular encefálico (AVE) é a principal causa de incapacidade neurológica grave no Brasil, umas das suas principais sequelas são alterações de fala, linguagem e deglutição, com impacto não somente no indivíduo afetado, mas sobre toda a família, principalmente em quem assumirá a função de cuidador, trazendo limitações a sua rotina. Objetivo: Analisar a sobrecarga dos cuidadores informais e o perfil de fala, linguagem e deglutição de pacientes internados com acidente vascular encefálico durante e após a internação. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, observacional, longitudinal com pacientes acometidos de AVE durante e após a internação e seus respectivos cuidadores informais primários e secundários. Os pacientes serão submetidos a avaliação da fala, linguagem e deglutição com protocolos estruturados e para os cuidadores será aplicado os questionários de avaliação da sobrecarga do cuidador informal e o questionário a cuidadores sobre disfagia e refeição. A coleta dos dados acontecerá em três momentos: alta hospitalar, após um e três meses após a alta. Resultados esperados: Espera-se a partir da execução do projeto caracterizar o perfil dos cuidadores informais de pacientes com AVE, identificar a prevalência da disfagia, afasia e disartria em pacientes com AVE e correlacionar os achados fonoaudiológicos a sobrecarga dos cuidadores informais, no momento da alta, um mês e três meses." (Extraído PB postado em 30/12/21)

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.249.264

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

"Pacientes:

- a)Adultos 18 anos, de ambos os sexos internados na enfermaria de neurologia;
- b)Ter o diagnóstico de acidente vascular encefálico – AVE como motivo da internação, confirmado por meio de avaliação neurológica e exame de imagem: tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética;

Cuidadores informais:

- a)Cuidadores informais primários ou secundários (cônjuge ou parceiro, membros da família, amigos ou outras pessoas importantes responsáveis por exercer e auxiliar no cuidado do paciente durante a internação e até três meses após a alta do paciente) dos pacientes internado com AVE na enfermaria da neurologia.
- b)Maiores de 18 anos;
- c)De ambos os sexos."

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

"Pacientes:

- a)Com AVE prévio;
- b)Que possuam outras doenças neurológicas, psiquiátricas ou estruturais que possam intervir no processo de deglutição, fala ou linguagem, de acordo com história clínica presente no prontuário eletrônico.
- c)Presença de queixa de disfagia, afasia ou disartria prévia à internação;
- d)Que não tenham sido admitidos pela equipe de fonoaudiologia, não possuindo, portanto, a avaliação da deglutição, fala e linguagem;
- e)Registros sobre os dados clínicos, sociodemográficos e fonoaudiológicos incompletos nos prontuários eletrônicos.
- f)Paciente com necessidade de reinternações durante a coleta dos dados.

Cuidadores informais:

- a)Com experiência como cuidador, com curso formal na área, ou que já tenha prestado cuidado a outro indivíduo com doença neurológica com dependência para atividades de vida diária;
- b)Que esteja recebendo alguma remuneração para exercer a função de cuidador;
- c)Que não permaneça no cuidado do pacientes no período de um e três meses após a alta

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.249.264

hospitalar." (extraído do PB de 30/12/21)

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

"Analisar a sobrecarga dos cuidadores informais e o perfil de fala, linguagem e deglutição de pacientes internados com acidente vascular encefálico durante e após a internação."

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- "- Descrever o perfil de fala, deglutição e linguagem dos pacientes acometidos por AVE no momento da alta hospitalar;
- Identificar a prevalência da disfagia, afasia e disartria em indivíduos acometidos por AVE de um hospital de referência do DF;
- Caracterizar o perfil dos cuidadores informais primários e secundários de um hospital de referência do DF em relação as variáveis sociodemográficas;
- Comparar as mudanças no perfil do cuidador informal no momento da alta versus um mês e três meses após a alta;
- Correlacionar os aspectos de funcionalidade e o perfil de fala, linguagem e de deglutição dos pacientes e a sobrecarga dos cuidadores informais na alta e após a alta hospitalar." (extraído PB postado de 30/12/21)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

"Os riscos previstos na pesquisa para os pacientes são:

- Invasão de privacidade e risco de segurança durante a coleta dos dados dos prontuários. Estes riscos poderão ser minimizados com a segurança de que os dados coletados serão confidenciais e privativos, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. O acesso ao prontuário e às informações coletadas será feito somente pelo pesquisador responsável, e apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa.
- Reações desconfortantes ou desagradáveis, cansaço ou aborrecimento. O pesquisador se manterá atento aos sinais verbais e não verbais que indiquem qualquer um desses riscos, e caso isso ocorra, o procedimento pode ser interrompido, sem prejuízo ao participante, para que a coleta dos dados possa ser retomada quando e se o(a) senhor(a) achar necessário.
- Riscos emocionais, alteração de humor (tristeza, choro, angústia, entre outros), constrangimento, cansaço, invasão da privacidade, tomada do tempo vazamento das gravações/risco de divulgação

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.249.264

de imagem e som da fala. As coletas serão realizadas em locais reservados ou com a colocação de biombo na enfermaria, caso não seja possível o deslocamento do o(a) senhor(a). Nos momentos após a alta, será solicitado que se possível a chamada de vídeo seja em local reservado. O paciente terá a liberdade para não responder questões ou realizar provas que julgar como constrangedoras ou sensíveis. Será assegurada a confidencialidade, privacidade e a proteção da imagem e som da voz de todas as gravações, devendo ser revistas somente pelos pesquisadores habilitados para realizar a coleta dos dados. Os dados serão armazenados pelos pesquisadores, que garantirão a sua não divulgação. Caso haja alguma alteração durante a aplicação dos protocolos será controlado pelo examinador.

Para o cuidadores poderá ocorrer os seguintes riscos:

•Reações desconfortantes ou desagradáveis, cansaço ou aborrecimento, constrangimento, alteração de humor (tristeza, choro, angústia, entre outras), invasão da privacidade, tomada do tempo e risco de divulgação de imagem e som da fala. Para minimizar tais riscos, durante a internação o senhor (a) será convidado a preencher os questionários em um ambiente reservado, e após a alta se possível atender as chamadas de vídeo também em locais reservados. O senhor (a) poderá se recusar a responder questões ou realizar provas que julgar como constrangedoras ou sensíveis. Será assegurado a confidencialidade, privacidade e a proteção da imagem e som da voz de todas as gravações, devendo ser revistas somente pelos pesquisadores habilitados para realizar a coleta dos dados. Não haverá armazenamento em nuvem e compartilhamento online dos dados, Caso haja alguma alteração de humor durante a aplicação dos questionários será controlado pelo examinador, e se necessário a pesquisa será interrompida e continuada em outro momento. Os pacientes e cuidadores poderão se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízos a todos." (extraído do PB de 30/12/21)

BENEFÍCIOS

"Os benefícios da pesquisa para os pacientes serão: melhorar a reabilitação e orientações durante a internação e após a alta com o levantamento das principais alterações de fala, linguagem e deglutição decorrentes do AVE e contribuir para novas pesquisas na área da fonoaudiologia. Para o cuidadores, acredita-se que será possível propor novos programas na instituição a médio e longo prazo, como a criação de fórum de dúvidas e de grupos de apoio aos cuidadores, bem como melhorar o processo de reabilitação e a programação de alta do paciente, a fim de favorecer o acolhimento e minimizar a sobrecarga nessa população."(extraído do PB de 30/12/21)

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
 Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.249.264

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Mestrado de Juliana Moura Alves Seixas do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da FCE/UnB, fonoaudióloga com especialização em Fonoaudiologia Hospitalar e servidora do Hospital de Base do DF (IGESDF), sob a orientação da Profa. Dra. Laura Mangilli Toni professora/fonoaudióloga da FCE/UnB.

Equipe: Cristina Lemos Barbosa Furia (professora/fonoaudióloga FCE/UnB. Pesquisa na área de disfagia, voz e qualidade de vida).

Sendo a instituição proponente a FCE/UnB e a coparticipante o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do DF (IGES-DF) - Hospital de Base.

NÚMERO AMOSTRAL

"A amostra estimada para o presente estudo é de 44 pacientes e seus respectivos cuidadores informais, segundo o cálculo amostral realizado. Para o cálculo levou-se em consideração a prevalência da disfagia nos pacientes com AVE de 52% segundo o estudo realizado no Brasil por Mourão et al (2016). Foi escolhida a disfagia por ser a alteração fonoaudiológica com maior prevalência nesse público. Sendo considerado um nível de confiança de 90% e o erro amostral de 10% e distribuição da amostra mais homogênea, considerando a prevalência do AVE de 3% conforme o estudo de Bensenor et (2015) e a população estimada do DF de 3.055.149 (IBGE, 2020)." (extraído do projeto detalhado 07/02/22)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados de forma adequada.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
 Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.249.264

CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Deve-se levar em conta, neste momento de pandemia de COVID-19, as orientações da Instituição onde os dados serão coletados e que isto deve ser levado em consideração para reorganizar o cronograma, caso necessário. Deve-se comunicar ao CEP, por meio de relatório parcial, as dificuldades encontradas na coleta.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1821340.pdf	09/02/2022 19:35:49		Aceito
Outros	07_02CARTARESPOSTAPENDENCIAS.docx	09/02/2022 19:34:19	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	05_02projetoATUALIZADO.docx	07/02/2022 21:05:23	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	05_02TERMOIMAGEMCOMLOGOMARCAS.docx	05/02/2022 21:12:38	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	05_02TCLEcuidadoresIGESDFUnBatualizadoCOMLOGOMARCAS.docx	05/02/2022 21:11:54	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	05_02TCLEpacientesIGESDFUnBatualizadoCOMLOGOMARCAS.docx	05/02/2022 21:11:38	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	30_12folhaderostocorrigida.pdf	30/12/2021 09:29:47	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAPENDENCIASassinada.docx	30/12/2021 09:25:00	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	Novafolhaderostoassinada.pdf	26/12/2021 18:32:39	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	Assinaturafolhaderosto.pdf	26/12/2021 18:32:10	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
 Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) CEP: 72.220-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.foe@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.249.264

Outros	CARTARESPOSTAPENDENCIAS.docx	19/12/2021 13:18:37	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoATUALIZADO.docx	19/12/2021 13:18:01	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Cronograma	cronogramaatualizado.doc	19/12/2021 13:15:21	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Orçamento	orcamentoatualizado.doc	19/12/2021 13:15:02	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOIMAGEMESOMATUALIZADO.docx	19/12/2021 13:14:47	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcuidadoresIGESDFUnBatualizado.docx	19/12/2021 13:13:21	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpacientesIGESDFUnBatualizado.docx	19/12/2021 13:12:05	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.docx	27/10/2021 19:31:45	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	termocoparticipacaoinstitucional.pdf	27/10/2021 19:21:38	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	termoderesponsabilidadeecompromisso.pdf	05/10/2021 18:25:23	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.pdf	05/10/2021 18:16:58	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	folhaderostoassinada.pdf	05/10/2021 18:15:50	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	CurriculolattesCristinaFuria.pdf	05/10/2021 18:07:01	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	CurriculolattesJulianaOnofre.pdf	05/10/2021 18:03:59	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	curriculolattesLauraMangilli.pdf	05/10/2021 18:00:35	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	curriculolattesJulianaSeixas.pdf	05/10/2021 17:44:07	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Declaração de concordância	termodeconcordanciadaproponente.pdf	27/09/2021 17:08:40	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Folha de Rosto	despachofolhaderosto.pdf	27/09/2021 17:07:40	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
 Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) CEP: 72.220-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.foe@gmail.com

FACULDADE DE CEILÂNDIA
DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.249.264

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 17 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Danielle Kaiser de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL & IGESDF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS E PERFIL DE FALA, LINGUAGEM E DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DURANTE E APÓS A INTERNAÇÃO

Pesquisador: Juliana Moura Alves Seixas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52896121.5.3001.8153

Instituição Proponente: Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.352.545

Apresentação do Projeto:

"O acidente vascular encefálico (AVE) é a principal causa de incapacidade neurológica grave no Brasil, umas das suas principais sequelas são alterações de fala, linguagem e deglutição, com impacto não somente no indivíduo afetado, mas sobre toda a família, principalmente em quem assumirá a função de cuidador, trazendo limitações a sua rotina. Objetivo: Analisar a sobrecarga dos cuidadores informais e o perfil de fala, linguagem e deglutição de pacientes internados com acidente vascular encefálico durante e após a internação. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, observacional, longitudinal com pacientes acometidos de AVE durante e após a internação e seus respectivos cuidadores informais primários e secundários. Os pacientes serão submetidos a avaliação da fala, linguagem e deglutição com protocolos estruturados e para os cuidadores será aplicado os questionários de avaliação da sobrecarga do cuidador informal e o questionário a cuidadores sobre disfagia e refeição. A coleta dos dados acontecerá em três momentos: internação hospitalar, após um e três meses após a alta. Resultados esperados: Espera-se a partir da execução do projeto caracterizar o perfil dos cuidadores informais de pacientes com AVE, identificar a prevalência da disfagia, afasia e disartria em pacientes com AVE e correlacionar os achados fonoaudiológicos a sobrecarga dos cuidadores informais, no momento da alta, um mês e três meses.

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF TÉRREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL

Bairro: ASA SUL

CEP: 70.297-400

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3550-9167

E-mail: cep@igesdf.org.br

INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL & IGESDF



Continuação do Parecer: 5.352.545

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a sobrecarga dos cuidadores informais e o perfil de fala, linguagem e deglutição de pacientes internados com acidente vascular encefálico durante e após a internação.

Descrever o perfil de fala, deglutição e linguagem dos pacientes acometidos por AVE durante a internação hospitalar;

- Identificar a prevalência da disfagia, afasia e disartria em indivíduos acometidos por AVE de um hospital de referência do DF;
- Caracterizar o perfil dos cuidadores informais primários e secundários de um hospital de referência do DF em relação as variáveis sociodemográficas;
- Comparar as mudanças no perfil do cuidador informal no momento da alta versus um mês e três meses após a alta;
- Correlacionar os aspectos de funcionalidade e o perfil de fala, linguagem e de deglutição dos pacientes e a sobrecarga dos cuidadores informais na durante a internação e após a alta hospitalar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador aponta todos os riscos e caso ocorra as soluções tais como: Invasão de privacidade coleta pelo pesquisador responsável, reações desconfortantes interrupção da aplicação do questionário, coleta em locais reservados, o armazeno dos dados serão pela pesquisadora, respeitar as limitações de fala doa pacientes. Não apontam os riscos para os cuidadores informais. Quanto aos benefícios contribui para novas pesquisas na área do AVE e fonoaudiologia, no que tange aos cuidadores elaboração de programas de curto e longo prazo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de pós graduação strictus sensu para mestrado da UNB da Ceilândia, é um estudo descritivo, observacional e longitudinal, com amostra de 44 de pacientes com sequela de AVE com distúrbio na area da fala e deglutição, para amostra de cuidadores informais primario e secundario é citadona folha de rosto 44. Serão aplicado 3 protocolos(QASCI, QCDR, EAT-10, BREVE, PADAF, MTL-BR, ASHA-FACS, MIF, FOIS validados (1 para os cuidadores informais e o restante para os pacientes seguindo o criterio de inclusão), esses questionários serão aplicados nos pacientes internados na neurologia do HBDF em três momentos(internação, pós internação- 1 e 3 meses pós internação)

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF TERREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
 Bairro: ASA SUL CEP: 70.297-400
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3550-9167 E-mail: cep@igesdf.org.br

**INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL & IGESDF**



Continuação do Parecer: 5.352.545

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de anuência assinado, datado e carimbado
 Termo de coparticipação assinado, datado e carimbado
 Termo compromisso e confidencialidade adequado, assinado e carimbado
 Cronograma atualizado
 Termo de autorização de som e imagem
 Currículo lattes apresentado das três pesquisadoras
 Folha de rosto assinada, datada e carimbada
 Formulário de pendência conselho científico
 PB informações
 Carta de encaminhamento do pesquisador
 TCLE para paciente
 TCLE para o cuidador informal

Recomendações:

APROVAÇÃO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

NDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (CEP/IGESDF), de acordo com as atribuições definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na resolução do 466/2012 e na norma operacional 001/2013, em reunião, realizada no dia 14/04/2022, deliberou pela "APROVAÇÃO" do presente protocolo de pesquisa.

O pesquisador deve seguir o disposto no item recomendações e demais aspectos éticos vigentes, emitindo relatórios parciais semestrais e final sucinto quando da conclusão do projeto, por meio de notificação, via Plataforma Brasil. Além disso, deve seguir o protocolo como apresentado e aprovado.

Qualquer alteração que seja feita, inclusive se houver necessidade de interrupção da pesquisa, também deve ser imediatamente comunicada ao CEP/IGESDF, via Plataforma Brasil.

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF - TERREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
 Bairro: ASA SUL CEP: 70.297-400
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3550-9167 E-mail: cep@igesdf.org.br

**INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL e IGESDF**



Continuação do Parecer: 5.352.545

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1900849.pdf	31/03/2022 07:24:30		Aceito
Outros	cartarespostapendencia3103.docx	31/03/2022 07:23:46	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Cronograma	cronograma3103.docx	31/03/2022 07:19:15	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	07_02CARTARESPOSTAPENDENCIAS.docx	09/02/2022 19:34:19	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	05_02projetoATUALIZADO.docx	07/02/2022 21:05:23	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	05_02TERMOIMAGEMCOMLOGOMARCAS.docx	05/02/2022 21:12:38	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	05_02TCLEcuidadoresIGESDFUnBatualizadoCOMLOGOMARCAS.docx	05/02/2022 21:11:54	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	05_02TCLEpacientesIGESDFUnBatualizadoCOMLOGOMARCAS.docx	05/02/2022 21:11:38	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	30_12folhaderostocorrigida.pdf	30/12/2021 09:29:47	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAPENDENCIASassinada.docx	30/12/2021 09:25:00	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	Novafolhaderostoassinada.pdf	26/12/2021 16:32:39	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	Assinaturafolhaderosto.pdf	26/12/2021 16:32:10	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	CARTARESPOSTAPENDENCIAS.docx	19/12/2021 13:18:37	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoATUALIZADO.docx	19/12/2021 13:18:01	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOIMAGEMESOMATUALIZADO.docx	19/12/2021 13:14:47	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcuidadoresIGESDFUnBatualizado.docx	19/12/2021 13:13:21	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF TERREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
 Bairro: ASA SUL CEP: 70.297-400
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3550-9167 E-mail: cep@igesdf.org.br

**INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL & IGESDF**



Continuação do Parecer: 5.352.545

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpacientesIGESDFUnBatualizado.docx	19/12/2021 13:12:05	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.docx	27/10/2021 19:31:45	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	termocoparticipacaoinstitucional.pdf	27/10/2021 19:21:38	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	termoderesponsabilidadeecompromisso.pdf	05/10/2021 18:25:23	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.pdf	05/10/2021 18:18:58	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	folhaderostoassinada.pdf	05/10/2021 18:15:50	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	CurriculolattesCristinaFuria.pdf	05/10/2021 18:07:01	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	CurriculolattesJulianaOnofre.pdf	05/10/2021 18:03:59	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	curriculolattesLauraMangilli.pdf	05/10/2021 18:00:35	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito
Outros	curriculolattesJulianaSeixas.pdf	05/10/2021 17:44:07	Juliana Moura Alves Seixas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 14 de Abril de 2022

Assinado por:
OSORIO LUIS RANGEL DE ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF - TÉRREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
 Bairro: ASA SUL CEP: 70.297-400
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3550-9167 E-mail: cep@igesdf.org.br

ANEXO 6. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – *Pacientes*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS E PERFIL DE FALA, LINGUAGEM E DEGLUTIÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DURANTE E APÓS A INTERNAÇÃO, sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana Moura Alves Seixas. O projeto envolve cuidadores e pacientes internados na enfermaria de neurologia do hospital de base do DF.

O objetivo desta pesquisa é: Analisar a sobrecarga dos cuidadores e avaliar a fala, linguagem e deglutição de pacientes internados com derrame durante e após a internação.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe garantimos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de avaliações da fala, linguagem e deglutição realizadas pela pesquisadora. A coleta será realizada na enfermaria de neurologia do hospital de base durante a sua internação, caso seja possível o senhor será deslocado com auxílio de cadeira de rodas pelos pesquisadores responsáveis a uma sala reservada ou poderá ser realizada em seu próprio quarto com a colocação de biombo para garantir sua privacidade. Sua participação terá a duração de aproximadamente uma hora e meia, podendo ser dividida em mais de um dia ao longo da sua internação. Serão coletados ainda os dados clínicos, de identificação e da avaliação da deglutição do seu prontuário eletrônico, e serão aplicados alguns questionários após a sua alta hospitalar, um mês e três meses após. Os encontros após a alta hospitalar acontecerão por meio de chamadas de vídeos realizadas pelo próprio pesquisador, pela plataforma Microsoft® Teams, o link será criado pelas pesquisadoras e enviado para os participantes no dia previamente combinado para a coleta dos dados, podendo ocorrer em mais de um momento de acordo com a sua necessidade será garantido aos participantes o sigilo de todos os dados, não haverá armazenamento em nuvem e compartilhamento online dos dados, nessa etapa da pesquisa é recomendado que o senhor (a) esteja acompanhado pelos seus cuidadores, haverá gravação audiovisual em todas as etapas.

Os riscos previstos na pesquisa são:

- Invasão de privacidade e risco de segurança durante a coleta dos dados dos prontuários. Estes riscos poderão ser minimizados com a segurança de que os dados coletados serão confidenciais e privativos, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. O acesso ao prontuário e às informações coletadas será feito somente pelo pesquisador responsável, e apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa.
- Reações desconfortantes ou desagradáveis, cansaço ou aborrecimento. O pesquisador se manterá atento aos sinais verbais e não verbais que indiquem qualquer um desses riscos, e caso isso ocorra, o procedimento pode ser interrompido, sem prejuízo ao participante, para que a coleta dos dados possa ser retomada quando e se o(a) senhor(a) achar necessário.
- Riscos emocionais, alteração de humor (tristeza, choro, angústia, entre outros), constrangimento, cansaço, invasão da privacidade, tomada do tempo vazamento das gravações/risco de divulgação de imagem e som da fala. As coletas serão realizadas em locais reservados ou com a colocação de biombo na enfermaria, caso não seja possível o deslocamento do o(a) senhor(a). Nos momentos após a alta, será solicitado que se possível a chamada de vídeo seja em local reservado. O paciente terá a liberdade para não responder questões ou realizar provas que julgar como constrangedoras ou sensíveis. Será assegurada a confidencialidade, privacidade e a proteção da imagem e som da voz de todas as gravações, devendo ser revistas somente pelos pesquisadores habilitados para realizar a coleta dos dados. Os dados serão armazenados pelos pesquisadores, que garantirão a sua não divulgação. Caso haja alguma alteração durante a aplicação dos protocolos será controlado pelo examinador.



Os benefícios da pesquisa para os pacientes serão: melhorar a reabilitação e orientações durante a internação e após a alta com o levantamento das principais alterações de fala, linguagem e deglutição decorrentes do AVE e contribuir para novas pesquisas na área da fonoaudiologia.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo as coletas de dados após o momento da alta que serão realizadas através de chamadas telefônicas ou de vídeo, a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso você/senhor/senhora sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília – UnB e no Hospital de Base do DF podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Juliana Moura Alves Seixas, que pode ser encontrado no Hospital de Base do DF, localizado na SMHS - Área Especial, Q. 101 - Asa Sul, Brasília – DF, na enfermaria da Neurologia, 8º andar, no telefone (61) 99424-1515 disponível inclusive para ligação a cobrar, e pelo email: ju.seixas13@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do IGESDF (e-mail: cep@igesdf.org.br, telefone: (61) 3550-9167, Endereço: Setor Médico Hospitalar Sul – Asa Sul – Brasília/DF – CEP: 70335-900). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.