

CoDAS



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado (CC BY 4.0). Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000500501&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 jan. 2018.

REFERÊNCIA

BORGES, Mariana de Sousa Dutra et al. Apresentação de um protocolo assistencial para pacientes com distúrbios da deglutição. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 5, e20160222, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000500501&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2018. Epub Oct 26, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20172016222>.

Mariana de Sousa Dutra Borges^{1,2}
Laura Davison Mangilli¹
Michelli Cristina Ferreira²
Letícia Correa Celeste¹

Descritores

Deglutição
Fonoaudiologia
Protocolo Assistencial
Transtornos da Deglutição
Disfagia e Distúrbio da Deglutição

Keywords

Deglutition
Speech, Language and Hearing
Sciences
Clinical Protocol
Dysphagia
Swallowing Disorders

Endereço para correspondência:
Letícia Correa Celeste
Centro Metropolitano,
conjunto A, lote 01, Brasília (DF),
Brasil, CEP: 72220-275.
E-mail: leticiaceleste@unb.br

Recebido em: Novembro 08, 2016

Aceito em: Maio 15, 2017

Apresentação de um Protocolo Assistencial para Pacientes com Distúrbios da Deglutição

Presentation of a Clinical Practice Protocol for Patients with Swallowing Disorders

RESUMO

Objetivo: Descrever o processo de implantação de Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição em unidade hospitalar pública de alta densidade tecnológica no Distrito Federal. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Experiência com descrição do processo de implantação de Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição em unidade hospitalar pública de alta densidade tecnológica no Distrito Federal. **Resultados:** A implantação do Protocolo consistiu em três etapas de trabalho: Etapa 1 - busca na literatura sobre os procedimentos que caracterizariam as melhores práticas propedêuticas e terapêuticas; Etapa 2 - discussão com equipe multidisciplinar para ajustes necessários à execução da proposta de implantação de um Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição; e Etapa 3 - proposta final do Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição considerando as particularidades do serviço. **Conclusão:** A proposta final do Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição (PADD) apresenta um método sistematizado pré-definido para acompanhar os pacientes com alteração da deglutição de unidades de saúde de alta densidade tecnológica. O PADD propõe-se a favorecer a detecção precoce do distúrbio, a tomada de decisões terapêuticas uniformes, a utilização de métodos propedêuticos e terapêuticos de baixo custo e a auxiliar gestores no processo de avaliar a qualidade do serviço ofertado através da mensuração de indicadores.

ABSTRACT

Purpose: To describe the implementation process of a Clinical Practice Protocol for Patients with Swallowing Disorders (CPSD) in a public hospital of high technological density in the Federal District of Brazil. **Methods:** This is an Experience Report study which describes the implementation process of a Clinical Practice Protocol for Patients with Swallowing Disorders in a public hospital of high technological density in the Federal District. **Results:** The protocol was implemented in three stages: Stage 1 - literature search on the procedures that characterize the best propaedeutic and therapeutic practices; Stage 2 - discussion with a multidisciplinary team about the adjustments needed to implement the CPSD; and Stage 3 - Final proposal for the protocol implementation considering the particularities of the service. **Conclusion:** The final proposal of the Clinical Practice Protocol for Patients with Swallowing Disorders (CPSD) provides a predefined, systematic method to monitor patients with swallowing disorders in high technological density health facilities. In addition to being inexpensive, the CPSD fosters decision-making, favors early detection of disorders, and assists managers with evaluating the quality of the service offered.

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação em Ciências da Tecnologia da Saúde, Universidade de Brasília – UnB - Brasília (DF), Brasil.

¹ Universidade de Brasília – UnB - Brasília (DF), Brasil.

² Hospital das Forças Armadas - Brasília (DF), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

O distúrbio da deglutição (disfagia) é um sintoma frequente nos pacientes hospitalizados. O distúrbio está presente em 63% do total das internações em Unidades de Terapia Intensiva, 53% nos pacientes das internações decorrentes de Acidente Vascular Encefálico, 71% nos pacientes que foram vítimas de Traumatismo Cranioencefálico e 75% dos pacientes com Demência⁽¹⁻⁴⁾. Somente nos Estados Unidos, a estimativa anual para a disfagia é de aproximadamente 1 milhão de novos casos gerando o aumento de custo na hospitalização que chega a 4,500 dólares por paciente⁽⁵⁾.

Pacientes com disfagia apresentam o tempo de internação aumentado em 40% (4 dias versus 2,4 dias de internação sem disfagia) e a mortalidade é 13 vezes maior nesses pacientes em comparação com aqueles sem disfagia⁽⁶⁾. Avanços terapêuticos aumentam a expectativa de vida dos pacientes com disfagia, mas há poucos estudos que remetam à mensuração da qualidade do serviço ofertado. Sendo mais frequentes artigos que abordam pontualmente os resultados referentes a grupos de pacientes ou doenças e a implantação de um novo protocolo propedêutico⁽⁷⁾.

O setor de saúde deve demonstrar qualidade na assistência ofertada. A qualidade deve ser mensurada através de indicadores de estrutura, processo e resultado⁽⁸⁾.

A estrutura é definida pelos insumos, como espaço físico, recursos materiais (equipamentos, ferramentas, financeiros, instrumentais e outros), recursos humanos e ferramentas de gestão, incluindo a estrutura organizacional e os modelos teóricos aplicados na administração da instituição. A contribuição exata desses indicadores de estrutura na qualidade prestada é difícil de quantificar, mas é possível falar em termos de tendências. Uma estrutura mais adequada pode aumentar a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade. Os indicadores de processos retratam as atividades de cuidados realizadas para um paciente, são técnicas operacionais. Os indicadores de resultados são demonstrações dos efeitos da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente depois que algo é feito (ou não) a ele, ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição⁽⁸⁾.

Os indicadores devem ser selecionados com o propósito de refletir a prática clínica considerando o ambiente de trabalho e as diretrizes estipuladas. Os indicadores também devem ser capazes de caracterizar os efeitos da intervenção quando mensurados antes e após o tratamento. Assim, atendem ao crescente interesse da prática baseada em evidências e permitem gerir e sistematizar o atendimento do paciente⁽⁹⁾.

Considerando este cenário e visando melhorar a qualidade do atendimento destes pacientes, o objetivo do presente trabalho foi descrever o processo de implantação de Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição em unidade hospitalar pública de alta densidade tecnológica no Distrito Federal. A descrição visa auxiliar o fonoaudiólogo a identificar e conduzir o tratamento das alterações na dinâmica da deglutição e mensurar a qualidade do serviço ofertado.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este estudo relata o trabalho que se iniciou em agosto de 2008, quando foi implantado o Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição em uma unidade hospitalar pública de alta densidade tecnológica no Distrito Federal, e engloba as tarefas desenvolvidas até dezembro de 2015. A execução do Protocolo foi compartilhada em três diferentes pontos de atenção à saúde: pronto atendimento, unidade de terapia intensiva e enfermarias. O serviço foi construído e operacionalizado seguindo três etapas:

Etapa 1: Busca na literatura sobre os procedimentos que caracterizariam as melhores práticas propedêuticas e terapêuticas.

Etapa 2: Discussão com equipe multidisciplinar para ajustes necessários à execução da proposta de implantação do protocolo assistencial para os distúrbios da deglutição.

Etapa 3: Dentro dos ajustes do serviço, proposta final do Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição e apresentação de um fluxograma descritor e indicadores para mensurar a qualidade do serviço.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Forças Armadas.

Primeira etapa

A primeira etapa consistiu na seleção de artigos científicos relevantes sobre os procedimentos que caracterizariam as melhores práticas propedêuticas e terapêuticas para implantação do Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição independentemente da patologia de base e idade.

Para a prática propedêutica, optou-se por selecionar dois protocolos/escalas: Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) e o National Outcomes Measurement System (ASHA NOMS)^(10,11).

O primeiro refere-se a um protocolo de avaliação à beira do leito, nacional e validado em seu construto de forma que, além da classificação da disfagia, apresenta a propedêutica. O protocolo é mensurado como passa ou falha para cada um dos itens observados. Os procedimentos de avaliação são compostos por 11 itens para o teste da deglutição de água e 12 itens para o teste do purê. Os doentes foram avaliados durante a deglutição de 5 mL e 10 mL de água e purê oferecidos na colher (os testes foram repetidos, por três vezes para confirmar o resultado). A definição da classificação da disfagia e da conduta terapêutica pelo protocolo facilita o treinamento dos profissionais envolvidos na execução do processo de trabalho, exercendo um controle nas dimensões dos cuidados ofertados.

A escala ASHA NOMS⁽¹¹⁾ foi eleita por ostentar uma validação internacional e, principalmente, por englobar a consistência sólida que não é contemplada no protocolo PARD⁽¹⁰⁾. Ressalta-se, entretanto, que o ASHA NOMS é uma escala, não um protocolo de avaliação. Trata-se de ferramenta multidimensional, organizada para determinar o tipo de dieta que o paciente pode ingerir e a necessidade de supervisão que deve ser empregada em cada caso⁽¹¹⁾.

Ambos, PARD⁽¹⁰⁾ e ASHA NOMS⁽¹¹⁾, versam avaliações da deglutição à beira de leito e são subjetivas. Não se descartou

a realização de avaliações objetivas complementares como a videofluoroscopia da deglutição e o teste de avaliação videoendoscópica da deglutição⁽¹²⁾. Estas são ferramentas importantes no diagnóstico do distúrbio da deglutição preconizadas especialmente em países desenvolvidos, mas, considerando o contexto da unidade de atendimento e o valor de custeio e a fim de definir a melhor estratégia a ser utilizada na estruturação do serviço, os exames complementares foram elencados em casos específicos em que a avaliação clínica subjetiva foi inconclusiva. Assim, a avaliação objetiva não se torna uma rotina na abordagem das alterações de deglutição de pacientes hospitalizados na instituição descrita, mas sim uma exceção.

As práticas terapêuticas encontradas na literatura são diversas, iniciando na estimulação indireta de baixo custo e chegando até a estimulação magnética transcraniana de alto custo e complexidade^(13,14). Quando se iniciou a seleção, foi necessário considerar o contexto situacional da unidade de atendimento e direcionar a escolha para o que seria possível na unidade de atenção.

Dessa forma, o processo terapêutico deve considerar a mudança postural, a mudança da textura e/ou consistência da dieta, manobras e técnicas de estimulação sensorial e motora.

Segunda etapa

A segunda etapa foi caracterizada pela realização de intervenções e ações com equipe multidisciplinar (fonoaudiologia, nutrição, enfermagem, psicologia, fisioterapia e medicina) para construção da estrutura da assistência prestada aos pacientes disfágicos⁽¹³⁾.

O protocolo preconiza que a equipe de fonoaudiólogos é responsável pela orientação da equipe multidisciplinar para efetuar a captação dos pacientes com fatores de risco e sinais

clínicos de distúrbio da deglutição; pela definição da forma de referenciar/encaminhar os pacientes; pela definição do tempo máximo para avaliação fonoaudiológica após solicitação do parecer; e, principalmente, pelo diagnóstico e reabilitação do paciente disfágico.

No que se refere à atuação junto à equipe multidisciplinar, as intervenções e ações se concretizaram por meio de reuniões realizadas no ambiente de trabalho, nas salas de prescrições, sobre os pontos de atenção à saúde envolvidos no processo de trabalho e aspectos direcionados ao protocolo proposto. Desta forma, durante os encontros, foram discutidos os fatores de risco e os sinais clínicos característicos de distúrbio da deglutição, visando preparar a equipe para identificar os pacientes elegíveis para o protocolo e para captar sugestões de melhorias para o processo. Essas ações permitiram a implementação da práxis nos locais de trabalho, a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões envolvidas no domínio e a criação de estratégias para resoluções de problemas oriundos da prática clínica.

Terceira etapa

O produto desta etapa foi o resultado final da revisão de literatura e intervenções com a equipe multidisciplinar. Nesse momento, propôs-se o Protocolo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição (PADD) apresentado na Figura 1, Figura 2 e um grupo de indicadores para mensurar a qualidade do serviço ofertado exposto no Quadro 1.

O protocolo se inicia pela identificação potencial do distúrbio da deglutição, a qual é realizada pela equipe multiprofissional (enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e medicina). Essa equipe é competente para sugerir uma avaliação da deglutição a partir da queixa do paciente ou da percepção subjetiva.

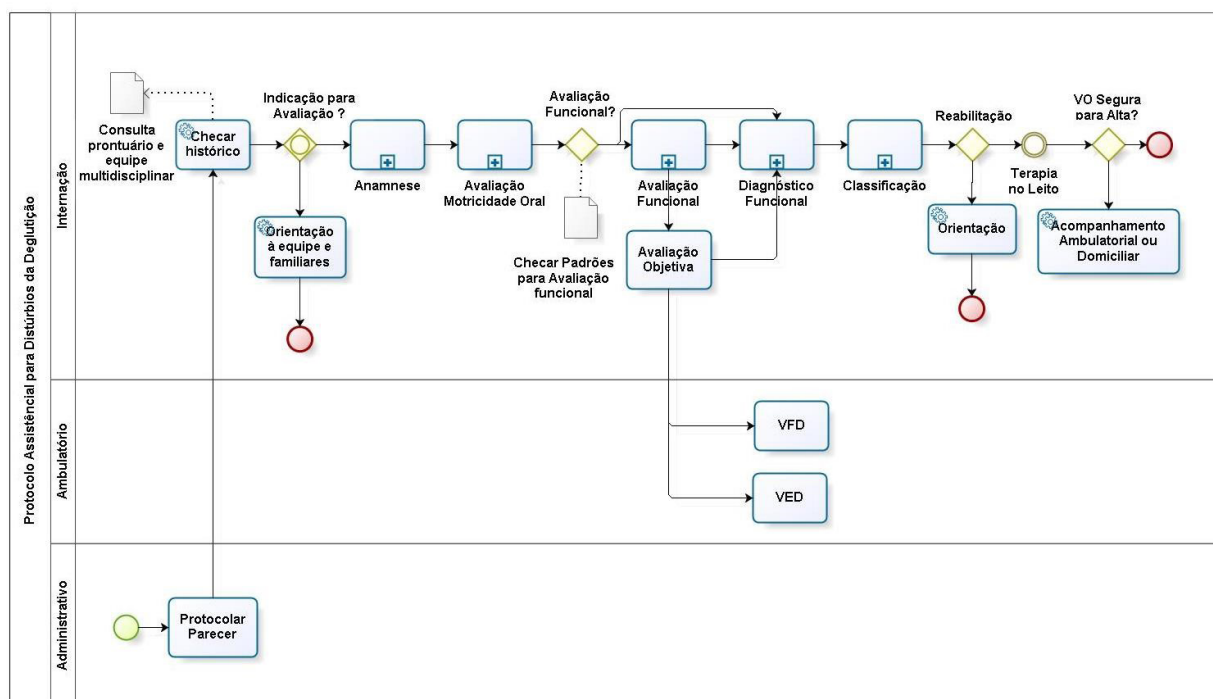


Figura 1. Diagrama do Processo Assistencial para os Distúrbios da Deglutição - PADD

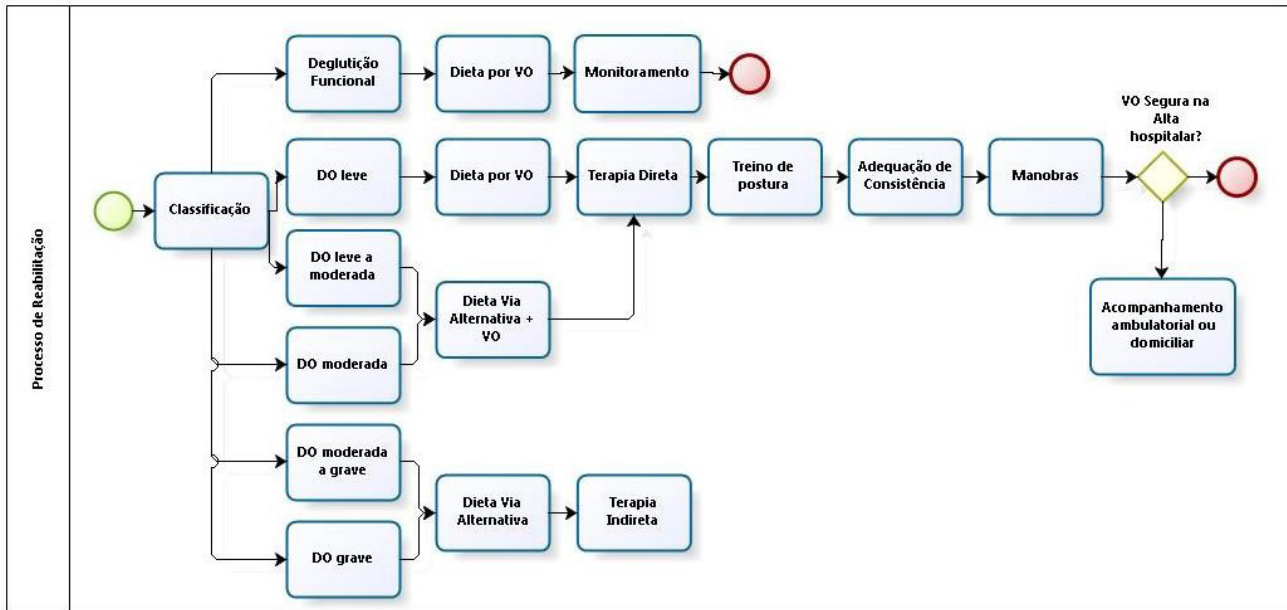


Figura 2. Diagrama do Processo de Classificação e Reabilitação dos Distúrbios da Deglutição

Quadro 1. Indicadores de qualidade

Estrutura	Qualificação profissional;
	Números de Fonoaudiólogos na equipe;
	Número de horas semanais para avaliação e/ou reabilitação da deglutição;
Processo	Qualidade dos equipamentos.
	Índice de avaliação da deglutição;
	Índice de atendimento por paciente;
	Índice de pacientes atendidos;
	Taxa de gravidade;
	Índice de demanda para reabilitação da deglutição;
Resultado	Tempo para retirada da via alternativa de alimentação;
	Tempo de reintrodução de alimentação por VO;
	Tempo para decanulação.

Esses profissionais foram orientados sobre os fatores de risco, sinais e consequência das disfagias orofaríngeas. Isso permite celeridade na identificação dos pacientes com risco de aspiração, o que é de suma importância para o tratamento dos distúrbios da deglutição. Alguns estudos confirmam a capacidade da equipe de enfermagem em identificar rapidamente as pessoas com risco de disfagia. Além de encaminhar prontamente ao fonoaudiólogo, no momento da admissão, para avaliação prévia destes pacientes antes de iniciarem a ingestão oral⁽⁷⁾. A sensibilidade de um protocolo de avaliação da deglutição administrada pela equipe de enfermagem alcança 74%. No entanto, a literatura também apresenta que apenas essa avaliação não seria eficiente para o diagnóstico do distúrbio da deglutição, sendo de extrema relevância a avaliação do fonoaudiólogo antes de iniciar a ingestão por via oral⁽¹⁵⁾.

A entrada é rigidamente burocrática. Um parecer deve ser encaminhado e protocolado no serviço de fonoaudiologia com a classificação da prioridade. A classificação é categorizada em dois itens: prioridade um, quando a avaliação fonoaudiológica deve ser realizada em no máximo 24 horas e serão encaminhados os pacientes portadores de patologias associadas com disfagia de início agudo (Acidente Vascular Encefálico; Traumatismo Cranioencefálico, lesão medular, lesões e procedimentos cirúrgicos associados ao câncer de cabeça e pescoço) que apresentam o grau de comprometimento funcional inicial maior, e prioridade dois, quando não há necessidade de tal celeridade e o paciente pode ser avaliado em até 48 horas. A literatura descreve a importância da avaliação da deglutição dos pacientes nas primeiras 48 horas após a hospitalização^(16,17). Todos os pontos de atenção à saúde (pronto atendimento, unidade de terapia intensiva e enfermaria) são igualmente assistidos.

Talvez essa formalidade do parecer seja uma barreira para a acessibilidade do paciente, mas, como os recursos são reduzidos, opta-se por concentrar os fonoaudiólogos e acioná-los com formalidade. Isso se concebe pela competência dos demais profissionais em traduzir as necessidades e demandas do paciente sem gerar a criação de demandas questionáveis quanto à legitimidade de sua necessidade.

Além dos dados contidos no parecer, o fonoaudiólogo deve consultar a equipe envolvida na assistência do paciente para investigar a estabilidade clínica para a intervenção e discutir sobre possíveis agentes farmacológicos, comprometimentos neurológicos e futuras intervenções que impeçam o sucesso da reabilitação.

A Avaliação da Deglutição à Beira de Leito (ADBL) foi baseada no Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia PARD⁽¹¹⁾ e NOMS⁽¹²⁾, sendo realizado o teste de deglutição com água de coco, teste de deglutição de alimento pastoso

(água de coco espessada) e o sólido com biscoito, procurando estabelecer a classificação do grau de disfagia e condutas a partir dos itens do protocolo. O PARD⁽¹¹⁾ orienta a utilização de água pura, mas optou-se pela água de coco devido ao prazer alimentar que essa proporciona. Para a realização da avaliação da deglutição, o paciente deve ser posicionado sentado ou com a cabeça elevada conforme tolerabilidade.

Depois da avaliação, o paciente deve ser classificado seguindo os critérios do PARD⁽¹¹⁾, agrupados da seguinte forma:

A= Deglutição normal ou funcional

B= Disfagia orofaríngea leve

C= Disfagia orofaríngea leve a moderada

D= Disfagia orofaríngea moderada

E= Disfagia orofaríngea moderada a grave

F= Disfagia orofaríngea grave

A classificação do grau da disfagia direciona a conduta. Pacientes com classificação A e B receberão alimentação por Via Oral (VO) assistida pelo cuidador, de acordo com a seleção das consistências definidas pelo fonoaudiólogo e serão monitorados durante o período que ficarem hospitalizados.

Pacientes classificados como C, D e E utilizarão via alternativa de alimentação (VAA); receberão VO assistida; restrição de consistência e volume; e terapia fonoaudiológica. Os pacientes classificados com E e F receberão dieta exclusivamente por VAA e serão submetidos a terapia fonoaudiológica.

Uma vez constatado o distúrbio da deglutição, a responsabilidade da reabilitação será principalmente do fonoaudiólogo. A reabilitação será baseada nos dados encontrados durante a avaliação. A causa e a magnitude do déficit irão determinar a natureza da terapia a ser implementada para cada indivíduo. Reabilitar o quadro disfágico significa trabalhar para a conquista de uma deglutição sem riscos de complicações, independentemente da permanência do distúrbio.

Os pacientes com classificação A e B serão monitorados. Isso consiste em uma segunda visita fonoaudiológica após 3 dias para confirmar o quadro clínico e esclarecer possíveis dúvidas. Além disso, consultas semanais serão realizadas durante todo o período que estiver hospitalizado com o objetivo de monitorar o quadro clínico que poderá sofrer alterações e necessitar de reavaliação da deglutição.

Aos pacientes classificados entre C e F, a reabilitação deve considerar inicialmente a mudança postural que pode influenciar a forma como o alimento flui da boca até o estômago. Posteriormente, utiliza-se a mudança da textura e/ou consistência da dieta. Em seguida, serão experimentadas manobras⁽¹³⁾.

Caso o paciente não se beneficie de prontidão das técnicas apresentadas, realiza-se terapia direta ou indireta.

O tratamento indireto é fornecido para aqueles pacientes em que alimentação por VO é contraindicada, devido ao seu estado de saúde, déficit cognitivo ou que são incapazes de manter a função respiratória ou proteção das vias aéreas. O tratamento assegura que a orofaringe mantenha estímulos sensoriais adequados para VO no futuro e evita os efeitos de desuso. O fonoaudiólogo utiliza técnicas de estimulação sensorial e motora para estimular a língua, lábios, palato e bochechas, inclusive abordagens tátil-cinestésicas, aplicação térmica, aplicação de pressão, e

uma variedade de exercícios da musculatura oral para reforçar e aumentar a amplitude dos movimentos.

Uma vez que o paciente está preparado para fazer uso da VO, iniciará a terapia direta. Esta abordagem utiliza alimentos reais com modificações na textura, viscosidade e tamanho do bolo ofertado.

O objetivo da reabilitação no PADD é a alta hospitalar com uma via de alimentação segura e não a via de alimentação do estado pré-doença.

INDICADORES DE QUALIDADE

Para verificar a qualidade do serviço ofertado, deve-se analisar todos os processos de trabalho envolvidos: triagem, avaliação e a reabilitação. Isso deve ser feito com a análise dos indicadores de estrutura, processo e resultado^(8,9).

Na literatura, encontra-se apenas um estudo que propôs, de forma teórica, o uso de indicadores para a função da deglutição⁽⁹⁾. Este estudo propôs um painel de indicadores de processo e resultados da reabilitação da deglutição em Unidades de Internação Hospitalar. Mas a literatura não apresenta indicadores de estrutura, o que induz à construção desses indicadores baseada no conceito de Donabadian⁽⁸⁾. Os indicadores foram sugeridos conforme Quadro 1.

Em estudo posterior, pesquisadores utilizaram os indicadores de qualidade em um grupo específico e observaram que o nível funcional de deglutição na admissão é um indicador de prognóstico significativo de bom resultado da reabilitação. Também constatou-se que o nível de comprometimento da deglutição, o tempo para iniciar a alimentação oral e o número de atendimentos individuais podem ser usados como indicadores clínicos para prever os resultados da reabilitação⁽¹⁸⁾.

Além da definição do fluxo do atendimento descrito e o uso de indicadores para mensurar a qualidade do serviço ofertado, foram utilizadas medidas específicas para redução no tempo de diagnóstico e consequências da disfagia: treinamento do funcionário da recepção do serviço de fonoaudiologia para comunicar a equipe com maior celeridade; autonomia da equipe multidisciplinar para modificar a dieta ofertada e sugerir via alternativa de alimentação e discussões periódicas entre as equipes envolvidas a fim de discutir todos os casos incluídos no protocolo, as eventuais falhas e as estratégias de melhoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PAAD é fundamentado na literatura científica e corresponde ao contexto de uma unidade de alta densidade tecnológica do Distrito Federal. A sua proposição está pautada em algumas premissas, sendo elas: 1) aplicação de baixo custo, 2) favorecimento da tomada de decisões do fonoaudiólogo envolvido diretamente na assistência dos pacientes disfágicos, 3) possibilidade de retratar aos gestores a qualidade do serviço ofertado. O presente trabalho contribui de maneira estruturada e prática para a assistência dos pacientes com distúrbio da deglutição e norteia a atuação fonoaudiológica, buscando níveis aceitáveis de homogeneidade

e reprodutibilidade de julgamentos quantitativos baseados na mensuração empírica da prática, consolidando sua atuação baseada em evidências. A mensuração de um conjunto de parâmetros de cobertura permite estimar as necessidades de atendimento de determinada população, em um determinado período, e parâmetros de produtividade destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles humanos, materiais ou físicos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Hospital das Forças Armadas.

REFERÊNCIAS

1. Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação clínica da deglutição em unidade de terapia intensiva. *CoDAS*. 2013;25(1):1-7. PMID:24408163. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000100002>.
2. Ehsaan F, Khan MSG, Malik SN, Kanwal S. Frequency of post-stroke dysphagia in Pakistan: a hospital based study. *J Pak Med Assoc*. 2016;66(10):1281-5. PMID:27686304.
3. Schurr MJ, Ebner KA, Maser AL, Sperling KB, Helgerson RB, Harms B. Formal swallowing evaluation and therapy after traumatic brain injury improves dysphagia outcomes. *J Trauma*. 1999;46(5):817-21, discussion 821-3. PMID:10338398. <http://dx.doi.org/10.1097/00005373-199905000-00009>.
4. Secil Y, Arıcı S, İncesu TK, Gürgör N, Beckmann Y, Ertekin C. Dysphagia in Alzheimer's disease. *Neurophysiologie Clinique. Clin Neurophysiol*. 2016;46(3):171-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neucli.2015.12.007>.
5. Agency for Health Care Policy and Research. Diagnosis and treatment of swallowing disorders (dysphagia) in acute-care stroke patients. Summary. In: Agency for Health Care Policy and Research. *AHRQ Evidence Report Summaries*. Rockville: AHRQ; 1999. Evidence Reports/Technology Assessments, nº 8.
6. Altman KW, Yu GP, Schaefer SD. Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;136(8):784-9. PMID:20713754. <http://dx.doi.org/10.1001/archoto.2010.129>.
7. Rumbach AF, Ward EC, Heaton S, Bassett LV, Webster A, Muller MJ. Validation of predictive factors of dysphagia risk following thermal burns: a prospective cohort study. *Burns*. 2014;40(4):744-50. PMID:24176757. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2013.09.020>.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729. PMID:16279964. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.
9. Moraes DP, Andrade CRF. Quality indicators for integrated care of dysphagia in hospital settings. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(1):89-94. PMID:21552739. <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912011000100018>.
10. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(3):199-205. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007>.
11. NOMS: American Speech-Language-Hearing Association National Outcome Measurement System. *Adult Speech-Language Pathology User's guide* [Internet]. Rockville (MD): National Center for Evidence-Based Practice in Communication Disorders; 2003 [citado em 2016 Out 25]. Disponível em: <http://asha.org/members/research/noms/>
12. Steidl EMS, Gonçalves BFT, Bilheri D, Brancher EC, Pasqualoto AS, Mancopes R. Aplicação do método ultrassonográfico na avaliação da biomecânica da deglutição – revisão de literatura. *Distúrbios da Comunicação*. 2016;28(2):219-28.
13. Hegland KW, Murry T. Nonsurgical treatment: swallowing rehabilitation. *Otolaryngol Clin North Am*. 2013;46(6):1073-85. PMID:24262960. <http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.003>.
14. Michou E, Raginis-Zborowska A, Watanabe M, Lodhi T, Hamdy S. Repetitive transcranial magnetic stimulation: a novel approach for treating oropharyngeal dysphagia. *Curr Gastroenterol Rep*. 2016;18(2):10. PMID:26897756. <http://dx.doi.org/10.1007/s11894-015-0483-8>.
15. Ellis AL, Hannibal RR. Nursing swallow screens: why is testing water only not enough. *J Neurosci Nurs*. 2013;45(5):244-53. PMID:24025463. <http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0b013e31829d8b5b>.
16. Logemann JA, Pitts LL. Optimal outcomes for oropharyngeal dysphagia. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2013;1(4):223-30. <http://dx.doi.org/10.1007/s40141-013-0031-0>.
17. Itaqui 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. PMID:22231062. <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912011000400016>.
18. Moraes DP, Sassi FC, Mangilli LD, Zilberstein B, Andrade CR. Clinical prognostic indicators of dysphagia following prolonged orotracheal intubation in ICU patients. *Crit Care*. 2013;17(5):R243. PMID: 24138781. <http://dx.doi.org/10.1186/cc13069>.

Contribuição dos autores

Declaramos que todos os autores participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade sobre o seu conteúdo, especificamente com a seguinte contribuição de cada autor: MSDB participou como pesquisadora principal; LDM participou do processo de análise dos dados e discussão dos resultados; MCF participou da coleta e tabulação dos dados; LCC participou como orientadora da pesquisa.