

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**CONTRIBUIÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO
INTERDISCIPLINAR AO PNEUMOPATA CRÔNICO SOB O PRISMA DA
DEGLUTIÇÃO**

TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO

CINTIA CONCEIÇÃO COSTA

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**CONTRIBUIÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO
INTERDISCIPLINAR AO PNEUMOPATA CRÔNICO SOB O PRISMA DA
DEGLUTIÇÃO**

Cintia Conceição Costa

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável –
apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência
Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase
Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público
de Saúde, Ênfase Crônico-Degenerativo**

**Orientadora: Prof^a Dr^a. Marisa Pereira Gonçalves
Co-orientadora: Prof^a Dr^a. Clara Colomé**

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

Elaborado por
Cintia Conceição Costa

como requisito parcial para obtenção do grau de
**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE CRÔNICO-
DEGENERATIVO**

Comissão Examinadora:

Prof^o Marisa Pereira Gonçalves, Dra. (UFSM)
(Presidente/orientador)

Prof^a Fga. Renata Mancopes, Dra. (UFSM)

MD. Abdias de Mello Neto, Especialista. (HUSM)

Santa Maria, 22 de março de 2012.

RESUMO

CONTRIBUIÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO INTERDISCIPLINAR AO PNEUMOPATA CRÔNICO SOB O PRISMA DA DEGLUTIÇÃO

AUTOR: CINTIA CONCEIÇÃO COSTA

ORIENTADORA: MARISA PEREIRA GONÇALVES

CO-ORIENTADORA: CLARA COLOMÉ

Santa Maria, 24 de fevereiro de 2012

O objetivo deste estudo foi verificar distúrbios da deglutição em sujeitos pneumopatas crônicos com sintomas de dispnéia atendidos no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria. Participaram do estudo quatro sujeitos com diagnóstico médico de pneumopatia crônica, dispnéia e que estavam em tratamento pela equipe multiprofissional no referido ambulatório. A avaliação clínica fonoaudiológica foi realizada por meio da aplicação do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) e videofluoroscopia da deglutição. Dos sujeitos avaliados dois apresentaram deglutição funcional, um disfagia orofaríngea leve e outro disfagia orofaríngea moderada. Os dados obtidos confirmam os dados da literatura que relacionam a doença pulmonar crônica e disfagia e demonstra que a atuação interdisciplinar potencializa o trabalho na área da fonoaudiologia, já que os sujeitos demandam necessidades reais de saúde e necessitam de um programa de atenção multiprofissional que contemple uma visão integral em saúde. Além disso, o estudo permitiu verificar que o cuidado fonoaudiológico é fundamental para essa população uma vez que os resultados obtidos sugerem que a doença pulmonar crônica é fator de risco para o desenvolvimento de disfagia.

Palavras-chave: doenças respiratórias crônicas, disfagia, interdisciplinar, transtorno da deglutição, equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Trabalho de conclusão do curso de Residência Multiprofissional em
Atenção e Gestão Hospitalar do Sistema Público de Saúde

Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Santa Maria

AUTHOR: CINTIA CONCEIÇÃO COSTA

ADVISOR: MARISA PEREIRA GONÇALVES

CO-ADVISOR: CLARA COLOMÉ

Santa Maria, February 24th 2012

The objective of this study was to verify swallow disorders in patients with chronic pulmonary disease with dyspnea symptoms, assisted at the Physiotherapy Ambulatory from the University Hospital of Santa Maria relating them to their life context. Four patients that had medical diagnosis of chronic lung disease, dyspnea, and that were being treated by the multidisciplinary team from the same ambulatory participated in the study. The speech clinical examination was realized through the administration of the Speech Protocol of Dysphagia Risk Evaluation (Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) and swallow videofluoroscopy. Two of the four subjects presented functional swallowing; one of them presented a mild oropharyngeal dysphagia and the other, a moderate oropharyngeal dysphagia. The data acquired confirm the literature data that relates the chronic pulmonary disease and dysphagia and demonstrates that the interdisciplinary performance makes the nuclear work potent since the subjects demand real health needs and a multidisciplinary program of pulmonary integral action that comprehends an integral vision of health. Besides that, it is possible to verify that the speech care is fundamental to these people since the results indicate that the pulmonary disease is a risk factor for the development of dysphagia.

Key-words: chronic respiratory disease, dysphagia, interdisciplinary, swallowing disorder, patient care team.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
APRESENTAÇÃO CASOS CLÍNICOS	9
DISCUSSÃO	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	19

INTRODUÇÃO

As doenças pulmonares crônicas (DPC) são enfermidades que vem aumentando em prevalência, particularmente entre as crianças e idosos e afetam tanto as vias aéreas superiores como as inferiores ^(1,2). Conforme o relatório da Organização Mundial da Saúde – OMS (2007), estas doenças acometem centenas de milhões de pessoas de todas as idades, em todos os países do mundo. Dessas, mais de 50% vivem em países de baixos ou médios rendimentos ou pertencem a populações desfavorecidas ⁽³⁾.

Estas patologias podem provocar diversas incapacidades nos indivíduos acometidos, causando grande impacto econômico e social. As limitações físicas, emocionais e intelectuais advindas da doença, interferem na qualidade de vida do sujeito com consequências em toda sua família ^(1,2).

Os problemas respiratórios interferem intensamente no modo de vida do usuário de saúde e há necessidade de reestruturação das atividades de vida diária ou adequação de algumas delas. Isto demonstra a importância do trabalho interdisciplinar em saúde o qual organiza e articula processos e tecnologias distintos, possibilitando que atividades práticas parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa ⁽⁴⁾.

Nesse sentido a presente pesquisa está articulada ao Projeto de extensão nominado “Atenção Integral ao Paciente Pneumopata Crônico”, do qual se originou o projeto de pesquisa intitulado “O Impacto da Intervenção Interdisciplinar nos Usuários de Saúde com Pneumopatias Crônicas”, ambos desenvolvidos no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria-RS. Fazem parte destes projetos os profissionais que cursam a Residência Multiprofissional em Gestão e Atenção Hospitalar do Sistema Público de Saúde. Nesta perspectiva esse estudo advém da compreensão de que as limitações e riscos decorrentes da doença pulmonar crônica exige um olhar plural, torna-se, portanto, importante para que os serviços de saúde ampliem e qualifiquem a atenção prestada neste âmbito, incluindo à equipe de saúde, profissionais capazes de potencializar o cuidado voltado para a integralidade.

Cabe salientar a importância de estudos que enfoquem questões de núcleo profissional como é o caso dessa investigação, pois coloca em

evidência problemas que afetam os sujeitos e que tomam maiores proporções quando avaliados sob o olhar da equipe e re-examinados a partir da especificidade do conhecimento. Por conseguinte, a abordagem clínica de forma contextualizada, retira os aspectos clínicos da dimensão biomédica e remete a uma outra, na qual o conceito ampliado de saúde é que orienta as ações de promoção da saúde , prevenção, tratamento e reabilitação.

Reitera-se que o objetivo deste estudo não é focar a patologia no restrito e hermético patamar da queixa, do sintoma e da conduta, mas valer-se desses critérios para reconhecer agravos, riscos e complicações que, somados aos aspectos multifatoriais determinantes da doença, criam possibilidades reais de propor ações educativas/assistenciais o mais abrangente possível. Corroborando com esta visão pode-se asseverar que a ação em equipe não pressupõe excluir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição de cada núcleo para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento [...] ⁽⁵⁾.

Assim, a atuação interdisciplinar é subsidiada por ações nucleares que visam assistir o usuário considerando suas singularidades sem, contudo, subestimar sua principal queixa, que é a dispnéia no caso de pacientes pneumopatas crônicos.

A dispnéia é uma alteração significativa, referida como o principal sintoma associado à incapacidade e diminuição da qualidade de vida dos indivíduos com doença pulmonar crônica, sendo progressiva na medida do agravo da doença ^(6,7).

Por outro lado, a disfagia caracterizada por qualquer dificuldade durante as fases da deglutição, que impeça a efetiva condução do bolo alimentar da cavidade oral até o estômago ^(8,9) pode estar presente na DPC. Neste contexto, a aspiração laríngea, fenômeno relacionado à alteração na fase faríngea da deglutição contribui de forma significativa para exacerbação dos sintomas da doença pulmonar ^(10,11).

Em razão do exposto e da escassa literatura a respeito do tema, o objetivo do presente estudo foi identificar distúrbios da deglutição em pacientes pneumopatas crônicos com sintomas de dispnéia atendidos no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Trata-se de um estudo descritivo de uma série de casos avaliados no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria no período de novembro e dezembro de 2011. Participaram do estudo quatro sujeitos, sendo três do gênero feminino e um do gênero masculino, cuja média de idade foi de $56,55 \pm 11,8$ anos.

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes que possuíam diagnóstico médico de pneumopatia crônica, realizavam assistência no ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), com idade entre 18 e 65 anos, que residissem no município de Santa Maria e apresentassem dispnéia. Foram excluídos da pesquisa os usuários do serviço que não aceitaram participar da pesquisa, que apresentaram disfunção cognitiva grave, disfunção osteo-muscular com dependência de cuidados, disfunção cardiovascular grave e histórico de câncer de cabeça e pescoço.

Para a avaliação da dispnéia utilizou-se a Escala de dispnéia do *Medical Research Council* (MRC), a qual é um instrumento tradicionalmente utilizado na literatura internacional e validado no Brasil. A escala é composta por cinco itens, sendo que o indivíduo escolhe o item que indica o quanto a dispnéia limita suas atividades de vida diária (AVD). O paciente relata seu grau subjetivo de dispnéia escolhendo um valor entre 1 e 5⁽¹²⁾.

Os sujeitos aptos à pesquisa foram submetidos as seguintes avaliações:

- 1) Avaliação da deglutição por meio do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD), que contém itens relativos à sinais clínicos de disfagia⁽¹³⁾.
- 2) *Escala Funcional Oral Intake Scale- FOIS* que define o nível de ingestão por via oral, graduado em sete níveis específicos: o nível um significa nada por via oral e o nível sete significa via oral total sem restrições⁽¹⁴⁾.
- 3) Exame de videofluroscopia da Deglutição o qual permite a observação das estruturas anatômicas e a análise dinâmica, em tempo real, dos diversos eventos das fases da deglutição e da espirometria que avalia a função pulmonar dos sujeitos⁽¹⁵⁾.
- 4) Espirometria realizada no dia da consulta médica e constava anexada ao prontuário.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número (CAAE: 0304.0.243.000-11). Todos os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo a realização e divulgação deste estudo, conforme a resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Caso 1

M.W. 62 anos, gênero feminino, apresenta bronquiectasia, grau de dispnéia avaliado através do MRC um, VEF1 53% apresentando um Distúrbio Ventilatório Restritivo moderado-severo.

Na avaliação da deglutição de ambas as consistências testadas, pastoso e líquido, a usuária apresentou normalidade em todos os aspectos do Protocolo de Avaliação para Risco de Disfagia (PARD). Segundo a avaliação clínica a paciente possui deglutição normal.

Na videofluoroscopia da deglutição foi evidenciada “*Disfagia orofaríngea moderada*”, com presença de risco significativo de aspiração para duas consistências (líquido e sólido) com tosse reflexa fraca ou ausente (nível V)⁽¹⁶⁾ e aspiração laringo traqueal, o contraste passa a glote com resíduo visível na subglote e o paciente não responde (nível 8)⁽¹⁷⁾, a FOIS é cinco (via oral total com múltiplas consistências mas com necessidade de preparo especial ou compensações).

Caso 2

O.M.S., 54 anos, gênero feminino, apresenta bronquiectasia, grau de dispnéia avaliada através do MRC dois, VEF1 62%, apresentando Distúrbio Ventilatório Restritivo Moderado.

Na avaliação da deglutição de ambas as consistências testadas, pastoso e líquido, a paciente apresentou normalidade em todos os aspectos do PARD. Segundo a avaliação clínica a paciente possui deglutição normal e FOIS sete. Na videofluoroscopia da deglutição foi evidenciada “*Deglutição funcional*”, em que pode estar anormal ou alterada, mas não resulta em aspiração ou redução da eficiência da deglutição, sendo possível manter adequada nutrição e hidratação por via oral. Apresenta compensações espontâneas de dificuldades leves, em pelo menos uma consistência, com ausência de sinais de risco de

aspiração (nível II)⁽¹⁶⁾, com Rosenbeck 1⁽¹⁷⁾ em que o contraste não entra em via aérea.

Caso 3

G.B.S., 69 anos, gênero masculino, apresenta doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), grau de dispnéia avaliado através do MRC quatro, VEF1 16%, apresentando Distúrbio Ventilatório Restritivo Moderado e Severa Obstrução.

Para a avaliação clínica da deglutição na consistência pastosa apresentou tosse reflexa forte após a alimentação e deglutições múltiplas. Com isso foi atribuído ao paciente o diagnóstico de Deglutição Funcional e FOIS sete. Na videofluoroscopia da deglutição foi evidenciada “*Deglutição funcional*” (nível II)⁽¹⁶⁾ com Rosenbeck 1⁽¹⁷⁾.

Caso 4

S.M., 57 anos, gênero feminino, apresenta bronquiectasia, grau de dispnéia avaliado através do MRC dois, VEF1 28%, apresentando Distúrbio Ventilatório Obstrutivo e Severa Obstrução.

Na avaliação da deglutição das consistências pastosa e líquida, o paciente apresentou normalidade em todos os aspectos do PARD sugerindo deglutição normal e FOIS sete. Na videofluoroscopia foi evidenciada “*Disfagia orofaríngea leve*”, distúrbio de deglutição presente, com necessidade de orientações específicas dadas pelo fonoaudiólogo durante a deglutição, tosse e/ou pigarro espontâneos e eficazes e Rosenbeck 2⁽¹⁷⁾ em que o contraste entra até acima das pregas vocais, sem resíduo.

Tabela 1 - resultados da avaliação clínica fonoaudiológica, videofluoroscopia, condição pulmonar e dispnéia.

Usuário	PARD	VDF	FOIS	ESPIROMETRIA	MRC	ROSENBECK
1	Normal	Disfagia Orofaríngea moderada	5	DVR	1	8
2	Normal	Deglutição Funcional	7	DVR	2	1
3	Funcional	Deglutição Funcional	7	DVRM e SO	4	1
4	Normal	Disfagia Orofaríngea Leve	7	DVRM e SO	2	2

PARD= Protocolo de Avaliação para o Risco de Disfagia; VDF=videofluoroscopia da deglutição; FOIS= nível de ingestão por via oral, espirometria; MRC=Escala de dispnéia; DVR= Distúrbio Ventilatório Restritivo; DVRM= Distúrbio Ventilatório Restritivo Moderado; SO=Severa Obstrução

DISCUSSÃO

A avaliação fonoaudiológica clínica verificou presença de deglutição normal nos sujeitos um, dois e quatro e deglutição funcional no sujeito três, entretanto a avaliação objetiva da deglutição diagnosticou disfagia orofaríngea nos sujeitos um e quatro e deglutição funcional nos sujeitos dois e três, portanto todos os sujeitos analisados apresentaram disfunção da deglutição demonstrando que nessa população a avaliação clínica da deglutição não foi suficiente para identificar alterações.

O exame de videofluoroscopia da deglutição é considerado o padrão ouro na avaliação da fisiologia da deglutição e de seus distúrbios, pois além da visualização das estruturas anatômicas, possibilita a análise dinâmica dos diversos eventos da deglutição ⁽¹⁵⁾. Diversos autores investigaram a correlação da avaliação clínica da deglutição com o exame de videofluoroscopia, tendo em vista a importância destes métodos de avaliação para o diagnóstico de disfagia (18,19, 20).

A avaliação clínica é um instrumento importante na investigação dos distúrbios da deglutição, porém é ineficiente para identificar penetrações e

aspirações silentes, além de ser pouco fidedigno na detecção de estases de difícil localização. Assim, há necessidade de aplicação de métodos objetivos para tornar a avaliação mais ampla, garantindo o diagnóstico com maior segurança ⁽²¹⁾.

Foi realizado um estudo para verificar a concordância entre a avaliação funcional da deglutição, ausculta cervical e a videofluoroscopia da deglutição. Participaram 50 sujeitos do sexo masculino, com idade entre 23 e 103 anos, foi observado que a concordância entre as avaliações clínica e videofluoroscópica foi de 72% para atraso no trânsito oral; de 62% para resíduos em cavidade oral; 66% para o atraso no trânsito faríngeo; 42% para resíduos na faringe e 76% para aspiração traqueal. Já a concordância geral da avaliação clínica e videofluoroscópica foi de 82% e 88%, respectivamente ⁽¹⁹⁾, dados estes que não concordam com o presente estudo.

Os quatro sujeitos apresentaram distúrbio restritivo e dois deles (3 e 4) distúrbio obstrutivo associado, estes últimos obtiveram graus mais altos de dispnéia estando associada ao padrão obstrutivo. O sujeito (3) com maior grau de dispnéia, MRC grau 4⁽¹²⁾ e grau um na escala de Rosembeck ⁽¹⁷⁾ não obteve o maior grau de disfunção da deglutição, entretanto, o sujeito (1) que apresentou o nível de dispnéia MRC grau 1⁽¹²⁾, teve diagnóstico fonoaudiológico de disfagia orofaríngea de grau moderado e grau oito na escala de aspiração de Rosenbeck. Portanto, de acordo com este estudo parece não haver relação entre o MRC e grau de disfagia no pneumopata crônico. Não foram encontrados na literatura estudos que relacionem grau de dispnéia e disfagia.

Os quatro sujeitos estudados apresentaram algum grau de alteração na deglutição demonstrando a suscetibilidade do pneumopata crônico em desenvolver disfagia. A deglutição adequada depende da coordenação temporal entre a deglutição e a respiração, sendo necessária a interrupção da respiração durante a mesma como um mecanismo de proteção e prevenção da aspiração laríngea. Alterações no padrão respiratório e ventilatório podem influenciar na coordenação entre deglutição e respiração devido às alterações estruturais ventilatórias ⁽²²⁾.

Pacientes com doença pulmonar crônica apresentam alteração na coordenação do ciclo respiratório com a deglutição, essa perturbação pode

aumentar o risco de aspiração em pacientes com DPC avançada e pode contribuir para exacerbações⁽²³⁾. Em estudo realizado foi observado que os pacientes com DPOC são propensos a disfagia orofaríngea durante as exacerbações. O estudo sugere que sejam realizados estudos futuros a fim de documentar a prevalência de disfagia orofaríngea em grupos homogêneos de pacientes com DPOC, e para avaliar a relação entre respiração e deglutição, utilizando medidas simultâneas de biomecânica de deglutição e função respiratória⁽¹¹⁾.

Um estudo retrospectivo analisou a deglutição de 78 pacientes com doença pulmonar crônica através de avaliação videofluoroscópica da deglutição e observou que 85% desses pacientes apresentaram algum grau de disfagia, e penetração laríngea ou aspirações foram observados em 44 deles. A alta porcentagem de penetrações laríngeas e aspiração silenciosa observadas nesta amostra sugere que o estado respiratório do paciente com DPOC deve ser considerado bem como sintomas evidentes de um distúrbio de deglutição e devem ser realizados os encaminhamentos para estudos videofluoroscópicos da deglutição para esses pacientes⁽²⁴⁾.

A coordenação entre a deglutição e a respiração nos paciente com doença pulmonar crônica foi avaliada por meio da pletismografia e verificou-se maior ocorrência de incoordenação na fase inspiratória da respiração, sendo esta uma condição favorável a aspiração. Além disso esse estudo verificou que o tempo de apnéia é prolongado nos pacientes com doença pulmonar, sendo uma manobra compensatória de proteção da via aérea. As dificuldades respiratórias e nos padrões de deglutição observadas sugerem uma possível explicação para a presença de disfagia em pessoas que não têm doença neurológica⁽²³⁾.

Desta forma, compreendendo a importância de viabilizar novas modalidades de práticas de gestão e assistência em saúde, tornando-as mais resolutivas e humanizadas, rompendo com a fragmentação e a pouca resolutividade do sistema de saúde público tivemos o propósito de atuar de forma multidisciplinar e interdisciplinar no atendimento ao pneumopata crônico.

Como definição legal, a integralidade é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser

constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização ⁽²⁵⁾.

Assim, não há como oferecer uma assistência integral e de qualidade aos usuários de saúde com pneumopatias crônicas sem partirmos do pressuposto do trabalho interdisciplinar e suas implicações no cuidado em saúde. A relevância desta atuação acontece no momento em que os diferentes núcleos profissionais interagem, articulam e co-responsabilizam suas ações.

Neste contexto o trabalho nuclear potencializa o trabalho interdisciplinar o qual é conceituado pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas. Isto impõe, necessariamente, o estabelecimento de vínculos de integração no processo de trabalho que deve ser mais do que a simples comunicação, ou seja, gerar uma integração mútua sobre e entre saberes e práticas, formar novas formas de atuação e com isso, trazer resoluções efetivas para problemas concretos ⁽²⁶⁾.

Cabe aos profissionais da área da saúde a co-responsabilização do cuidado integral e interdisciplinar ao paciente pneumopata crônico, atentando-se aos diversos fatores que interferem na qualidade de vida destes e de sua família ⁽²⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados do estudo permitiu-se verificar que o cuidado fonoaudiológico é fundamental na assistência dos pacientes com doenças pulmonares crônicas, uma vez que o desenvolvimento de disfagia é um importante fator de risco que pode culminar com exacerbações da doença e internações hospitalares recorrentes, o que interfere diretamente na qualidade de vida destes sujeitos.

A realização desse estudo demonstrou que, a atuação nuclear, através supressão de demandas, pelas necessidades reais de saúde, pode potencializar a ação integral e interdisciplinar no cuidado do paciente com pneumopatia crônica.

A partir dos resultados sugere-se a adoção de avaliação fonoaudiológica clínica associada a medidas objetivas de deglutição como rotina nos serviços de saúde a fim de evitar os danos causados por esse distúrbio associado, essa identificação deve ser precoce e de preferência realizar-se na atenção básica, a qual deve enfatizar mais em seus processos assistenciais ações que permitam a promoção da saúde.

Novos estudos e o emprego de novas tecnologias são necessários para a compreensão da fisiopatologia desta interação e são fundamentais para detecção precoce de pacientes com risco para aspiração e conseqüentemente para prevenção de complicações pulmonares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Previdência Social. Benefícios emitidos, segundo os grupos de espécie. Bol Estat Previd Soc [periódico na Internet]. Região Sul – 2010; 3(1). 2010.
2. Ferreira LN, Brito U, Ferreira PL. Qualidade de vida em doentes com asma. Rev Port Pneumol. 2010; XVI (1): 24-55.
3. Vigilância global, prevenção e controle das DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS. Uma abordagem Integradora. Organização Mundial da Saúde, 2007. [Acesso em 2012 jan 15]. Disponível em: http://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf
4. Paim, JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
5. Peduzzi, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública, 35(1), p.103-9, 2001.
6. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. J Bras Pneumol. 2004; 30(5): 1-42.
7. Camargo LACR, Pereira CAC. Dispneia em DPOC: Além da escala. J Bras Pneumol. 2010; 36(5): 571-578.
8. Santini CS. Disfagia neurogênica. In: Furkim AM e Santini SC. Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-Fono, 2004. 2 ed. p. 19-34.

9. I Consenso brasileiro de nutrição e disfagia em idosos hospitalizados. [coordenadora Myrian Najas. São Paulo: Minha editora, 2011. p. 124.
10. Kobayashi S, Kubo H, Yanai M. Impairment of the swallowing reflex in exacerbations of COPD. *Thorax*. 2007; 62 (11): 1017.
11. O'Kane L, Groher M. Oropharyngeal dysphagia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *CEFAC*. 2009; 11(3): 499-506.
12. Kovelis D, Segretti NO, Probst VS, Lareau SC, Brunetto AF, Pitta F. Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *J. bras pneumol*. 2008; 34(12): 1008-18.
13. 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.
14. 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.
15. Vale-Prodromo LP. Caracterização videofluoroscópica da fase faríngea da deglutição [tese]. São Paulo Carlos (SP): Fundação Antônio Prudente; 2010. [Acesso em 2011 dez 20]. Disponível em: <http://hcanc.phlnet.com.br/Doutorado/2010/LucianaProdromo/LucianaProdromo.pdf>
16. O'neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*. 1999; 14(3): 139-145.

17. Rosenbek J, Robbins JA, Roecker EB, Coyle J, Wood J. A penetration Scale. *Dysphagia*. 1996; 11: 93-98.
18. Furkim AM, Behlau MS, Weckx LLM. Avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição em crianças com paralisia cerebral tetraparética espástica. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61(3): 611-6.
19. Zenner PM, Losinski DS, Mills RH. Using cervical auscultation in the clinical dysphagia examination in long-term care. *Dysphagia*. 1995; 10(1):27-31.
20. Leslie P, Drinnan MJ, Zammit-Maempel I, Coyle JL, Ford GA, Wilson JA. Cervical auscultation synchronized with images from endoscopy swallow evaluations. *Dysphagia*. 2007; 22(4): 290-8.
21. Sordi M, Mourão LF, Silva A, Flosi LCL. Importância da interdisciplinaridade na avaliação das disfagias: avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2009; 75(6): 76-787.
22. Kijima M, Isono S, Nishino T. Modulation of swallowing reflex by lung volume changes. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000; 162(5):1855-8.
23. Gross RD, Atwood Jr CW, Ross SB, Olszewski JW, Eichhorn KA. The Coordination of Breathing and Swallowing in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 179(7):559-65.
24. GoodFratturelli MD, Curlee RF, Holle JL. Prevalence and nature of dysphagia in VA patients with COPD referred for videofluoroscopic swallow examination. *J Commun Disord*. 2000; 33(2):93-110.

25. Fiocruz. A Integralidade em Saúde. Fiocruz, 2009. Disponível em bvsfiocruz.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt...item=. Acesso em 09/12/2011.
26. Nogueira VMR. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. Rev Katálisis. 2000; 3 :40-48.
27. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15(2): 337-343.