

PERFIL DO PACIENTE DISFÁGICO INTERNADO EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO DE GOIÂNIA

DYSPHAGIC PATIENT PROFILE AT REHABILITATION CENTER IN GOIÂNIA

MACEDO, Elielza Pereira de¹
MENDES, Isabella Maria Gonçalves²
FERREIRA, Renata Alves³

1. Fonoaudióloga Residente, Residência multiprofissional em reabilitação e saúde funcional (ESAP/SES/CRER), Goiânia, Goiás, Brasil. Contato: elielzapereira@yahoo.com.br
2. Mestre em Ciências da Saúde pela UnB, Especialista em fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, Fonoaudióloga no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, Tutora da Residência Multiprofissional em reabilitação e saúde funcional (ESAP/SES/CRER), Goiânia, Goiás, Brasil.
3. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar, Fonoaudióloga no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, Preceptora da Residência Multiprofissional em reabilitação e saúde funcional (ESAP/SES/CRER), Goiânia, Goiás, Brasil.

Resumo:

Objetivo: Caracterizar a população de pacientes disfágicos, internados no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, prospectivo com 94 indivíduos internados de junho a novembro de 2016, ambos os sexos, com disfagia, que concordaram participar da pesquisa. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo masculino, aposentados, pardos e ensino fundamental incompleto. Apresentaram como perfil clínico: queixa de tosse em 51,1%, engasgos em 58,5%; alimentação por via oral em 53,2% e via alternativa em 46,8%; respiração espontânea em 82,9%; Comunicação oral em 61,7% e paralisia facial em 36,2%. **Conclusão:** A principal doença de base foi o AVC deixando implícita a precariedade na atenção primária à saúde, com falha no diagnóstico precoce e manejo adequado das doenças crônicas. No entanto, o conhecimento da população permite o levantamento de indicadores de qualidade capazes de melhorar esta assistência.

Palavras-chave: disfagia; fonoaudiologia; saúde coletiva.

Abstract:

Objective: It is to characterize the population of patients who has dysphagia and they are admitted at Rehabilitation and Readaptation Centre Dr. Henrique Santillo – CRER. **Methodology:** A cross-sectional, descriptive and prospective study with 94 individuals hospitalized between June and November of 2016, of both sexes, with dysphagia and who agreed to participate of the study. **Results:** The majority of the participants were male, retired, brown and with incomplete elementary education. They presented as clinical profile: complaint of cough in 51.1% and choking in 58.5%; Oral feeding in 53.2% and alternative route in 46.8%; Spontaneous breathing in 82.9%; Oral communication in 61.7% and facial paralysis in 36.2%. **Conclusion:** The main disease was stroke implying precariousness in primary health care, with failure to early diagnose and appropriate management of chronic diseases. However, the knowledge of the population allows to raise of clinical indicators and of quality that enables the improving this assistance.

Keywords: dysphagia; speech therapy; collective health.

INTRODUÇÃO

A Fonoaudiologia é a ciência que atua na promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos. Hoje, são onze especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia. Dentre elas estão a Disfagia e Saúde Coletiva¹.

A disfagia é a alteração na dinâmica da deglutição, definida como um sintoma de uma doença de base que pode afetar as diversas fases deste processo desde a boca até o estômago, podendo levar a complicações como a desnutrição, desidratação e alterações respiratórias². Tosse, pigarro, regurgitação nasal, emagrecimento, resíduos na cavidade oral e fala nasalizada são os sinais ou indícios mais comuns³.

Em relação à etiologia, as disfagias podem ser de origem neurogênica, quando causadas por alterações no sistema nervoso central e/ou periférico como, por exemplo, acidente vascular cerebral (AVC), trauma crânio encefálico (TCE), paralisia cerebral e doenças degenerativas, sendo que as principais alterações encontram-se nas regiões oral e/ou faríngea³⁻⁵.

Podem ainda ser mecânicas, quando desencadeadas por alterações anatômicas diversas como: traumas, macroglossia, câncer de região de cabeça e pescoço, ressecções cirúrgicas, doença de chagas e outros. Estas alterações caracterizam-se principalmente pela redução do controle do bolo na cavidade oral, ocasionando ineficiente transporte do alimento^{4,5}.

Quanto à gravidade, as disfagias são classificadas em: disfagia leve – o controle e transporte do bolo alimentar estarão alterados e lentificados, porém, não há sinais de penetração laríngea; disfagia moderada - ocorre as mesmas alterações da disfagia leve, no entanto há sinais de penetração laríngea e risco de aspiração; e disfagia severa - há presença de aspiração substancial com sinais de alteração respiratória; ausência ou falha da deglutição completa do bolo alimentar⁶.

A incidência geral de doenças crônicas, responsáveis por sequelas como a disfagia, tem aumentado. Nesse sentido, o diagnóstico e gerenciamento dos distúrbios da deglutição e alimentação são fundamentais, visto que tal alteração

impacta diretamente nos fatores econômico-financeiros dos cuidados à saúde, qualidade de vida do paciente e cuidadores^{7,8}.

A participação do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar favorece a prevenção e redução de complicações decorrentes das alterações no sistema estomatognático, contribuindo assim para a definição de condutas, diminuindo os custos hospitalares com a redução do tempo de internação e da taxa de reinternações por complicações, além de proporcionar melhoria da qualidade de vida⁸.

Atualmente a exigência para que os programas de reabilitação demonstrem resultados efetivos e eficientes é crescente. Neste cenário, surgem os indicadores demonstrando a relação entre as intervenções e os resultados. Para tanto, a utilização de estudos epidemiológicos é importante na construção de diagnósticos consistentes da realidade que se pretende intervir, fornecendo assim informações que subsidiarão não só a construção de indicadores, mas a efetividade deles^{9,10}.

Portanto, o conhecimento das alterações fonoaudiológicas mais importantes na população atendida é fundamental para embasar a prática clínica, além de demonstrar a importância do profissional junto à equipe, possibilitando um maior conhecimento das reais necessidades da comunidade e dos fatores determinantes de agravos e doenças, visando construir estratégias de planejamento e gestão em saúde por meio de ações individuais e/ou coletivas^{11,12}.

Diante disso, este estudo teve por objetivo caracterizar a população de pacientes com disfagia, internados no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER, fornecendo subsídios para elaborações futuras de estratégias voltadas às necessidades da população atendida no serviço.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal prospectivo aprovado em junho de 2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alberto Rassi – HGG (CEP-HGG) com o número de CAAE: 55123516.5.0000.0035.

Este estudo foi realizado no Setor de Internação do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER, instituição reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação (CER) IV. Foram incluídos na amostra 94 indivíduos internados nos postos 1 (Clínico), 2 (Cirúrgico) e 3

(Reabilitação) de ambos os sexos, com disfagia (confirmados por meio de avaliação fonoaudiológica clínica realizada pelos profissionais do setor) e que concordaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2016, pelo próprio pesquisador, logo após a primeira avaliação fonoaudiológica. Foi utilizado um questionário estruturado pela pesquisadora, baseado no “Protocolo de triagem para risco de disfagia” proposto pelo I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados.

Este questionário continha informações sobre: posto de internação, idade, sexo, raça, escolaridade, profissão, doença de base, comorbidades, tipo e modo respiratório, sinais clínicos de disfagia, via e consistência de alimentação, comunicação/linguagem, motricidade orofacial e conduta fonoaudiológica.

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica e analisados de forma descritiva e analítica. Para a análise da relação entre as variáveis utilizou-se os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, adotando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) a fim de verificar a associação entre as variáveis.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 94 pacientes, sendo 62 (66,0%) do gênero masculino e 32 (34,0%) do feminino. Os sujeitos apresentaram idades variando de 19 a 97 anos, sendo classificados quanto à faixa etária: 20 indivíduos (21,3%) apresentando idade inferior a 40 anos, 13 (13,8%) com idade entre 41 e 50 anos; 16 (17,0%) de 51 a 60 anos; 20 (21,3%) de 60 à 70 anos; e 15 (16,0%) de 70 a 80 anos e 10 (10,6%) mais de 80 anos.

Os dados socioeconômicos mostraram, conforme tabela 1, um perfil de baixa escolaridade e situação de dependência de aposentadoria e/ou benefício previdenciário. Ao analisar essas variáveis, evidenciou-se que a maioria dos participantes eram aposentados (26,5%), pardos (50%), com ensino fundamental incompleto (45,7%).

Desses sujeitos, 42,6% estavam internados no posto 1; 6,5% no posto 2, enquanto que a maioria (51,1%) encontravam-se internados no posto 3. As doenças de base apresentadas que aparecem com maior frequência foram: AVC (60,6%), TCE (11,7%), Esclerose Lateral Amiotrófica - ELA (5,3%) e outras (22,3%) como por

exemplo: Guillain Barré, Trauma raquimedular/lesão medular, pacientes em pós-operatório e síndromes diversas (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos pacientes

		Número de pacientes (N=94)	
		n	%
Raça	Branco	33	35,1
	Pardo	47	50,0
	Negro	14	14,9
Escolaridade	Analfabeto	10	10,6
	Fundamental incompleto	43	45,8
	Fundamental completo	5	5,3
	Médio incompleto	5	5,3
	Médio completo	13	13,8
	Superior	12	12,8
	Não informado	6	6,4
Doença de base	AVC	57	60,6
	TCE	11	11,7
	ELA	5	5,3
	Outras	21	22,3
Posto	1	40	42,6
	2	6	6,4
	3	48	51,1

Legenda: AVC-Acidente Vascular cerebral; TCE-Trauma crânio encefálico; ELA- Esclerose Lateral amiotrófica

Quando avaliada a existência de doenças/comorbidades anteriores ao motivo de internação notou-se elevado índice de Hipertensão arterial sistêmica - HAS (32,9%), seguido pelo Diabetes Mellitus - DM (13,8%), colesterol e cardiopatias com 11,7% cada e outras patologias representando 29,9%. Ao comparar tais achados com a ocorrência de AVC encontramos relação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) para HAS, colesterol e cardiopatias, conforme (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de pacientes por comorbidade de acordo com a ocorrência de AVC.

	AVC		p
	n	%	
DM	11	19,3	0,070
HAS	24	42,1	0,025
Colesterol	11	19,3	0,003
Cardiopatia	10	17,5	0,045
Outros	8	14,0	0,518

Teste: Exato de Fisher; Teste Qui Quadrado.

Legenda: AVC-Acidente Vascular cerebral; DM-Diabetes Mellitus; HAS-Hipertensão arterial sistêmica.

Foi descrito o perfil respiratório destes pacientes, sendo que, quanto ao tipo, 82,9% apresentavam respiração espontânea em ar ambiente, 9,6% necessitavam de suporte respiratório por meio de cateter nasal ou máscara de oxigênio, e 7,4% dependiam de ventilação mecânica. Quanto ao modo, 63,8% apresentavam modo oronasal e 36,2% traqueal. E quanto ao ritmo, 77,7% apresentaram-se eupneicos e 22,3% dispneicos.

Os sinais clínicos de disfagia na população estudada mais observados foram: tosse (51,1%), engasgo (58,5%), voz molhada (11,7%), dispneia (25,5%), perda de peso (34,0%), embuchamento (4,3%), pneumonia (41,5%), esforço (5,3%) e odinofagia (3,2%). Na tabela 3, tais sinais são apresentados segundo a doença de base (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de pacientes por sinal clínico de acordo com a doença de base.

Sinais clínicos	AVC		TCE		ELA		OUTRAS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tosse	27	47,4	9	75,0	5	100,0	9	40,9
Engasgo	31	54,4	8	66,7	5	100,0	13	59,1
Voz molhada	5	8,8	3	25,0	1	20,0	2	9,1
Dispneia	14	24,6	1	8,3	3	60,0	7	31,8
Perda de peso	19	33,3	4	33,3	2	40,0	8	36,4
Embucha mento	3	5,3	1	8,3	0	0,0	0	0,0
Pneumonia	25	43,9	4	33,3	2	40,0	9	40,9
Esforço	4	7,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
Odinofagia	2	3,5	0	0,0	0	0,0	1	4,5

Legenda: AVC-Acidente Vascular cerebral; TCE-Trauma crânio encefálico; ELA- Esclerose Lateral amiotrófica

No que se refere à via de alimentação, foi observado que 42,6% alimentavam-se exclusivamente por via oral (VO), 46,8% por via alternativa (VA) e 10,6% alimentação mista – via oral associada a uma via alternativa. Dentre os que realizavam ingesta oral, 1,1% o fazia na consistência líquida pastosa grossa (alimentos liquidificados ou processados), 7,4% na consistência pastosa (alimentos bem cozidos, semelhante a purê), 29,8% na consistência branda (alimentos mais macios como legumes e verduras cozidas e carnes bem picadas ou moídas) e 4,2% livre com restrição para líquidos finos (todos tipos de alimentos, inclusive aqueles difíceis de mastigar como carne, cenoura e salada). Sobre a via alternativa, a mais utilizada foi a gastrostomia, verificada em 36,1% dos casos, seguida da Sonda Nasoenteral 10,6% (Figura 1).

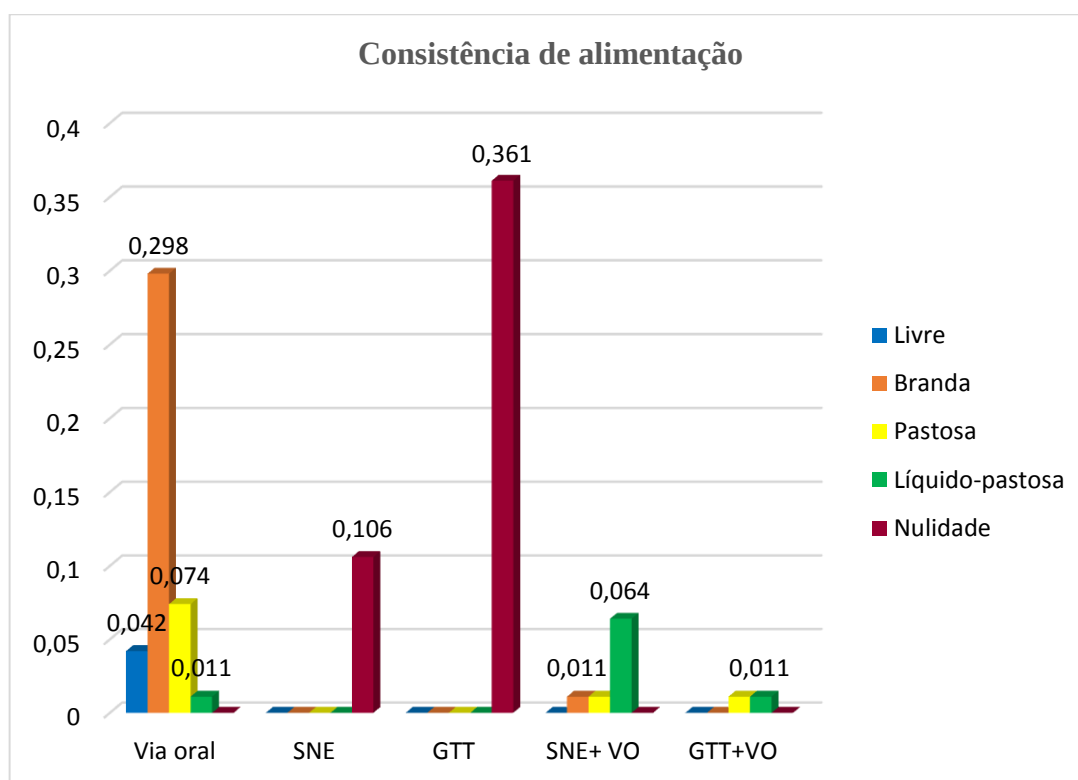


Figura 1 – Via de Alimentação.

Legenda: VO- via oral; GTT- gastrostomia; SNE- Sonda nasoenteral;

Quanto à comunicação, 61,7% comunicavam-se oralmente, 26,6% por meio de gestos, 9,6% articulação áfona e em 12,8% a comunicação estava ausente. Em relação à linguagem, 16,0% não apresentaram queixas, 20,2% dos casos não foi possível avaliar a linguagem devido nível de consciência e 66% apresentaram alguma alteração, sendo elas: disartria, afasia e apraxia.

Relacionado à motricidade orofacial, observou-se que 84% dos pacientes apresentaram mobilidade reduzida e 36,2% tinham paralisia facial.

Em relação à conduta fonoaudiológica, 88,2% encontravam-se em atendimento e 11,9% em gerenciamento fonoaudiológico.

DISCUSSÃO

Observou-se neste estudo que a demanda fonoaudiológica em relação à disfagia é numerosa, sendo abordados no período pesquisado 94 pacientes com tal sintoma, que representa 27,2% da população assistida pelo CRER neste período. Dados similares foram colhidos em um estudo realizado com pacientes internados em um centro de reabilitação, o qual encontrou a ocorrência da disfagia clinicamente diagnosticada em 27-93% nas lesões cerebrais adquiridas².

Nas variáveis sociodemográficas o predomínio foi de homens, idosos, pardos e com escolaridade de primeiro grau incompleto. Semelhante aos achados de uma pesquisa que avaliou a qualidade de vida de 35 pacientes com AVC, onde foi observado o predomínio do sexo masculino (62,9%), estado civil casado, branco e com escolaridade de ensino fundamental incompleto (62,9%)¹³.

Os dados no Brasil ainda são escassos e pouco recentes. Porém estima-se que a disfagia afeta mais de 16 milhões de pessoas nos EUA e mais de 40 milhões na Europa. Estudo de revisão sistemática de literatura relata a ocorrência da disfagia entre 8,1 a 80% dos pacientes com AVC, 11 a 81% na Doença de Parkinson, e 27 a 30% em pacientes com lesão cerebral traumática⁷. Os resultados deste estudo confirmam a elevada incidência de disfagia descrita na literatura, ressaltando a importância da intervenção fonoaudiológica^{5,14}.

Várias foram as doenças de base observadas neste estudo, porém a maioria destes pacientes possuía diagnóstico de algum acometimento neurológico, sendo o AVC e o TCE o mais frequente. A disfagia é um sintoma comum em pacientes com doenças neurológicas. Em pacientes acometidos por AVC, ela é considerada a principal causa de morbimortalidade relacionada às complicações respiratórias e desnutrição^{5,15}. Em relação aos TCE's, estudos o indicam como a principal causa de morte em pessoas jovens ou sobrevida com sequelas graves e prejuízos na qualidade de vida¹⁶.

Em relação aos sinais e sintomas clínicos sugestivos de distúrbios da

deglutição, a tosse e o engasgo foram os mais encontrados nesta pesquisa. Corroborando com estes achados, um estudo realizado com idosos atendidos em um Centro de Referência em Belo Horizonte/MG apontou que 33,3% destes queixaram-se de engasgo durante a alimentação, pelo menos “algumas vezes”. Os autores relacionam tais dados com o fato de que estes sinais são objetivos e facilmente perceptíveis pelos pacientes e cuidadores¹⁵.

A utilização de sonda nasoentérica e de gastrostomia foi verificada em 45 pacientes, neste estudo, sendo a disfagia a principal causa do uso de via alternativa de alimentação. Este dado é comprovado por um estudo que avaliou 229 pacientes em uso de via alternativa da alimentação, onde foi observado a associação entre pneumonia aspirativa e disfagia evidenciando que a fraqueza da musculatura envolvida na deglutição e/ou paralisia de nervos decorrente das patologias de base apresentadas por estes pacientes, pode causar complicações, inclusive aspiração traqueo-brônquica^{6,12}. Assim, a indicação correta da via alternativa de alimentação é de fundamental importância para evitar a aspiração de alimentos, transtorno que acarreta prejuízo direto à saúde do paciente podendo levar a óbito.

Observamos, neste estudo, que houve predominância de distúrbios de linguagem relacionados à fala, principalmente disartria e afasia. Estudo sobre a prevalência dos distúrbios da comunicação pós-AVC em adultos, (apresenta as afasias, disartrias e apraxias como as principais alterações da comunicação decorrentes de lesão neurológica). Porém a incidência de casos de disartria e de afasia equipararam-se. Vale ressaltar que a Disartria caracteriza-se por uma paralisia, fraqueza ou incoordenação nos movimentos do complexo orofacial decorrentes de lesões no sistema nervoso central ou periférico¹⁶. Enquanto a afasia é definida como alterações linguísticas a partir de lesões no sistema nervoso central que podem afetar tanto a produção quanto a compreensão da linguagem¹⁷.

Notou-se que quase a totalidade dos indivíduos da amostra estudada tinham alteração na mobilidade orofacial e um número considerável destes apresentavam paralisia dos músculos da face. Dado semelhante foi encontrado em um estudo sobre identificação de broncoaspiração por disfagia orofaríngea em pacientes com pneumonia¹⁸. A paralisia facial, portanto, torna-se um fator de risco independente para desenvolver pneumonia, visto que qualquer déficit na fase oral da deglutição poderá comprometer a fase faríngea.

Diante da alta incidência e prevalência da disfagia em ambiente hospitalar, o gerenciamento dos distúrbios da deglutição são essenciais. E o uso de indicadores permite este gerenciamento além de fornecer subsídios para o planejamento coerente à realidade da população assistida. A implantação de indicadores, sejam eles de risco, de processo ou resultado, permite o acompanhamento das flutuações e tendências históricas em diversos períodos de tempo⁸.

O risco de broncoaspiração é um indicador frequentemente utilizado nos serviços de fonoaudiologia, inclusive na instituição onde foi realizada a coleta de dados. Neste estudo evidenciamos que o uso de indicadores de qualidade (Índice de pacientes atendidos, Tempo para retirada da via alternativa de alimentação, Tempo para reintrodução de alimentação por via oral), conforme proposto por Moraes e Andrade⁹, podem ser incluídos na rotina fonoaudiológica, contribuindo com a melhoria do serviço prestado e diminuição dos custos na assistência, uma vez que um indicador isolado não possibilita o conhecimento da realidade social, porém, a associação e comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilita sua compreensão¹⁰.

CONCLUSÃO

Os pacientes disfágicos internados no CRER, caracterizam-se como predominantemente do sexo masculino, pardos e/ou negros, idosos, de baixa escolaridade, sendo frequente a presença de doenças crônicas como base.

A principal doença de base encontrada foi o AVC, deixando implícita a precariedade na atenção primária à saúde, com falha no diagnóstico precoce e manejo adequado das doenças crônicas. Tal cenário nos mostra a necessidade de estruturação de políticas públicas que atendam esta população. Portanto, o conhecimento de dados epidemiológicos da população atendida é uma necessidade cada vez mais crescente diante dos custos da assistência em saúde.

Por meio deste estudo tornou-se possível o conhecimento da realidade institucional, e assim, viabilizar o gerenciamento de resultados, mostrando por meio de números, a importância da fonoaudiologia na redução de custos hospitalares e tempo de internação. A adoção de indicadores de qualidade como forma de complementar os indicadores de riscos, possibilitará o aperfeiçoamento do serviço prestado por esta instituição.

REFERENCIAS

1. Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). Lei 6965/81.3. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa nº 317, de 17 de setembro de 2005.
2. Kjaersgaard A, Nielsen LH, Sjo Lund BH. Factors affecting return to oral intake in inpatient rehabilitation after acquired brain injury. *Brain Injury*. 2015;29(9):1094-104.
3. Itaquy RB, Favero SR, Ribeiro MC, Barea LM, Almeida S T, Mancopes R. Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *Jornal Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2011;23(4):385-9.
4. Faria KCF, Pessoa ACN, Araújo LI, Paiva MLF. Perfil do paciente atendido pela fonoaudiologia na unidade de urgência e emergência de um hospital universitário. *ACR*. 2013;18(4):308-13.
5. Abdulmassih EMS, Macedo Filho ED, Santos RS, Jurkiewicz AL. Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaringea em Ambiente Hospitalar. *Arq. Int. Otorrinolaringol*. 2009;13(1):55-62.
6. Fattori B, et al. Dysphagia in Amyotrophic Lateral Sclerosis: Relationships between disease progression and Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing. *Auris Nasus Larynx*. 2016.
7. 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.
8. Silva DLR, Lira FOQ, Oliveira JCC, Canuto MSB. Atuação da fonoaudiologia em unidade de terapia intensiva de um hospital de doenças infecciosas de alagoas. *Rev. CEFAC*. 2016;18(1):174-83.
9. Moraes, DP.; Andrade, CRF. Indicadores de qualidade para o gerenciamento da disfagia em Unidades de Internação Hospitalar. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;23(1):89-94.
10. Moraes DP, Andrade, CRF. Indicadores de disfagia no Contexto Hospitalar. *Disfagia, Prática Baseada em Evidências*. São Paulo: Sarvier. 2012.
11. Sousa AR, Koury GY, Badaranne EB, Cavalcante HA, Araújo CN. Perfil Clínico-epidemiológico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em hospital de referência. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2016;14(3):129-32.
12. Nogueira SCJ, Carvalho APC, Melo CB, Morais EPG, Chiari BM, Gonçalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Rev CEFAC*. 2012;15(1):94-104.
13. Gaspar MRF, Pinto GS, Gomes RHS, Santos RS, Leonor VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. *Rev. CEFAC*. 2015;17(6):1939-45.
14. Mourão AM, Lemos SMA, Almeida EO, Vicente LCC, Teixeira AL. Frequência e fatores associados à disfagia após acidente vascular cerebral. *CoDAS*. 2016;28(1):66-70.
15. Moraes GI, Couto EAB, Cardoso AFR, Labanca LM. Perfil fonoaudiológico dos idosos atendidos em um centro de referência. *Distúrbios Comun*. 2016;28(1):82-92.
16. Talarico TR, Venegas MJ, Ortiz KZ. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. *Rev CEFAC*. 2011;13(2):330-39.

17. Novaes Pinto R. The aphasic utterance: A significal perspective. *Semiotica*. 2013;(196):457-72.
18. Carvalho YSV, Xerez DR, Araújo AQC. Identificação de broncoaspiração por disfagia orofaríngea em pacientes com pneumonia comunitária. *Acta fisiatra*. 2006;13(2):59-62.