

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE**

Karini Mayer Silva da Cunha

**Investigação de Sintomas Sugestivos
de Disfagia em Usuários de Cocaína e
ou *Crack***

UFCSPA

**Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre**

**Porto Alegre
2017**

Karini Mayer Silva da Cunha

Investigação de Sintomas Sugestivos de Disfagia em Usuários de Cocaína e ou *Crack*

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Dra. Maristela Ferigolo
Coorientadoras: Dra. Taís de Campos Moreira
Dra. Sheila Tamanini de Almeida

**Porto Alegre
2017**

Mayer Silva da Cunha, Karini

Investigação de Sintomas Sugestivos de Disfagia em
Usuários de Cocaína e ou Crack / Karini Mayer Silva da
Cunha. -- 2017.

98 f. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2017.

Orientador(a): Maristela Ferigolo ; coorientador(a):
Tais de Campos Moreira, Sheila Tamanini de Almeida.

1. Disfagia. 2. Distúrbios da deglutição. 3. Cocaína.
4. Cocaína crack. I. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho
à minha mãe, minha irmã, minha dinda e minha namorada.

Em especial, à memória de meu pai, Edmilson,
que partiu cedo, mas deixou sua história de vida,
que me orgulha e influencia, diretamente,
na minha maneira de viver a vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Maristela Ferigolo, pelo incentivo, acompanhamento e sugestões. Mas, também, pela relação de cooperação, carinho e amizade que construímos e solidificamos, na mesma proporção que a construção deste trabalho.

Às minhas coorientadoras, Dra. Sheila Tamanini de Almeida e Dra. Tais de Campos Moreiram, que contribuíram com sugestões e instruções para elaboração, execução e conclusão deste trabalho. Reintero que o trabalho realizado com pessoas que nos transmitem confiança, para com as quais temos sentimentos de amizade e estima, é sempre mais leve e prazeroso.

Ao Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Ciências da Saúde, na pessoa de sua coordenadora Dra. Helena Maria Tannhauser de Barros, pelo apoio recebido.

Ao Serviço Nacional de Informações e Orientações sobre o Uso de Drogas, Ligue 132, hoje extinto, o qual possibilitou a ideia e embasamento para a elaboração deste trabalho. Agradeço, também, a todas as relações, em maior ou menor grau, que se formaram por meio deste trabalho único e inesquecível, no apoio ao dependente químico.

À minha mãe, Isabel, que me auxiliou na construção dos valores éticos e morais, sempre demonstrando a importância da aprendizagem e do conhecimento.

À minha irmã, Leci, melhor amiga e parceira, que sempre esteve comigo, me incentivando e mostrando o quão longe eu sou capaz de chegar.

À minha dinda, Raquel, segunda mãe, que foi o pilar da união da nossa família, sempre lembrando a todos, da importância da família e de mostrar a eles o quanto são amados.

À minha namorada, Suellen, que conteve minhas lágrimas e minhas inseguranças. Ela mostrou-se sempre disposta a oferecer seu ombro e suas palavras, que acalmam, confortam e mostram a importância de ter ao nosso lado alguém em quem podemos confiar, seja qual for a situação.

“Tente mover o mundo – o primeiro passo será mover a si mesmo.”

Platão

RESUMO

A disfagia é um distúrbio da deglutição resultante de uma anormalidade anatômica ou funcional em qualquer estrutura e fase do processo de deglutição. Devido a alterações nas estruturas anatômicas ou funcionais da cabeça e pescoço, a disfagia é um dos sintomas apresentados por usuários de cocaína e ou *crack*. Nesse trabalho, objetivou-se ampliar os conhecimentos acerca desta associação. Esta dissertação permitiu a produção de dois artigos: 1) *A disfagia como consequência do uso de cocaína e ou crack: revisão bibliográfica*. Com o intuito de identificar o que há na literatura sobre a associação entre o uso de cocaína e ou *crack* com a presença de sintomas de disfagia, esta revisão teve por objetivo analisar artigos que apresentassem quadros clínicos, relacionando sintomas de disfagia ao uso de cocaína e ou *crack*. Os principais relatos foram encontrados com delineamento de estudo de caso, nos quais foram observadas importantes manifestações de disfagia entre os usuários destas drogas, porém os registros apresentados não possuíam grande fator de impacto e de generalização. 2) *Sintomas sugestivos de disfagia e a qualidade de vida em usuários de cocaína e ou crack*. Foi realizado estudo transversal, para investigar a presença de sintomas sugestivos de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack* que procuraram um centro de atendimento para prevenção do uso de drogas. Também realizou-se teste de deglutição em parte da amostra, bem como investigou-se a qualidade de vida destes indivíduos. Os principais resultados mostraram prevalência de sintomas sugestivos de disfagia em 22,3% da amostra total, além de 2% que apresentaram tosse no teste de deglutição com a consistência líquida. Em relação aos escores da qualidade de vida, demonstraram prejuízos relacionados, principalmente, à fadiga, sono, duração da alimentação e medo de comer. Desta forma, esta dissertação permitiu identificar importante relação entre o uso de cocaína e ou *crack* e a presença de sintomas sugestivos de disfagia, além de verificar impacto negativo destas duas variáveis na qualidade de vida dos entrevistados. Estes resultados demonstram a necessidade da inclusão do fonoaudiólogo no tratamento destes pacientes, para avaliação, indicação de consistências alimentares e fonoterapia para reabilitação das estruturas envolvidas.

Palavras chave: disfagia; distúrbios da deglutição; cocaína; crack.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Referencial Teórico

Figura 1 - Fases da deglutição: Fase oral preparatória	13
Figura 2 - Fases da deglutição: Fase oral propriamente dita	13
Figura 3 - Fases da deglutição: Fase faríngea	14
Figura 4 - Fases da deglutição: Fase esofágica	15
Figura 5 - Fluxograma do <i>Volume-Viscosity Swallow Test</i> (V-VST)	19

Artigo 1 - A disfagia como consequência do uso de cocaína e ou crack: revisão bibliográfica

Figura 1 - Fluxograma das fases da revisão bibliográfica	44
--	----

LISTA DE TABELAS

Artigo 2 - Sintomas sugestivos de disfagia e a qualidade de vida em usuários de cocaína e ou crack

Tabela 1 - Características sociodemográficas e classificação do IMC da amostra estudada.....	67
Tabela 2 - Perfil do uso de cocaína e ou <i>crack</i> da amostra estudada.....	68
Tabela 3 - Uso de múltiplas drogas associado à cocaína e ou <i>crack</i> da amostra estudada.....	69
Tabela 4 - Presença de sintomas sugestivos de disfagia em usuários de cocaína e ou <i>crack</i> da amostra estudada, por meio da aplicação do questionário EAT-10	69
Tabela 5 - Média dos escores de qualidade de vida em disfagia dos usuários de cocaína e ou <i>crack</i> da amostra estudada, por meio do questionário SWAL-QOL, divididos por domínio	70

LISTA DE QUADROS

Artigo 1 - A disfagia como consequência do uso de cocaína e ou crack: revisão bibliográfica

Quadro 1 - Características dos usuários de cocaína e ou <i>crack</i> nos estudos encontrados.....	45
Quadro 2 - Doenças, exames e tratamentos relacionados à disfagia nos usuários de cocaína e ou <i>crack</i> nos estudos encontrados.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVE	Acidente Vascular Encefálico
c-ANCA	Anticorpos anti-neutrófilos citoplasmáticos
EAT-10	<i>Eating Assessment Tool</i>
EES	Esfíncter esofageal superior
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corporal
QV	Qualidade de Vida
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
UNODC	United Office on Drugs and Crime
V-VST	<i>Volume-Viscosity Swallow Test</i>

SUMÁRIO

1	Introdução.....	11
2	Referencial Teórico.....	12
2.1	Deglutição	12
2.1.1	Fisiologia da Deglutição	12
2.1.2	Neurologia da Deglutição.....	15
2.1.3	Disfagia.....	16
2.2	Cocaína e <i>Crack</i>	20
2.2.1	História do uso da cocaína.....	20
2.2.2	Epidemiologia do uso da cocaína	22
2.2.3	Aspectos Farmacológicos do Uso da Cocaína	26
2.2.4	Qualidade de vida em usuários de cocaína e ou <i>crack</i>	27
2.2.5	Alterações otorrinolaringológicas associadas ao uso de cocaína	28
2.3	Cocaína e ou <i>Crack</i> X Disfagia.....	30
3	Justificativa	31
4	Objetivos.....	32
4.1	Objetivo geral	32
4.2	Objetivos específicos.....	32
5	Referências Bibliográficas.....	33
6	Artigos	41
6.1	A disfagia como consequência do uso de cocaína e ou crack: revisão bibliográfica ...	41
6.2	Sintomas sugestivos de disfagia e a qualidade de vida em usuários de cocaína e ou crack.	63
	Apêndice A - Questionário Sociodemográfico.....	77
	Apêndice B - Questionário sobre o uso de drogas	78
	Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Por Telefone)	79
	Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Face a face).....	81
	Anexo A - Questionário <i>Eating Assessment Tool</i> (EAT-10).....	84
	Anexo B - <i>Quality of Life in Swallowing Disorders</i> (SWAL-QoL) validado para versão portuguesa.....	85
	Anexo C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	89
	Anexo D – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética do Hospital Mães de Deus	93

1 Introdução

A disfagia é um distúrbio da deglutição, caracterizado por uma dificuldade ou incapacidade de conduzir o bolo alimentar, com segurança, até o esôfago, contribuindo para aumentar a morbimortalidade e impactando na qualidade de vida destes indivíduos¹⁻⁴. Devido às alterações nas estruturas anatômicas ou funcionais da cabeça e pescoço, a disfagia tem sido relatada como um dos sintomas apresentados pelos usuários de cocaína inalada^{5,6}. O abuso de cocaína tem sido associado com problemas cardíacos, pulmonares, neuropsiquiátricos, vasculares, otorrinolaringológicos e gastrintestinais. Estas complicações são resultados tanto dos efeitos farmacológicos da própria substância, como das formas de administração⁷.

Entre os usuários de *crack* são encontrados sintomas inespecíficos que incluem a disfagia e sensação de corpo estranho na garganta⁸. Após direta irritação pelas drogas ou pelas substâncias químicas utilizadas na sua preparação, pode se desenvolver edema de vias aéreas superiores que pode ser agravado pelas manobras inspiratórias profundas, usadas pelos usuários para prolongar o efeito da droga. Devido a esta alteração nas vias aéreas superiores, a disfagia está presente com outros sintomas como dispnéia, rouquidão e dor de garganta⁹. No Brasil, um estudo¹⁰ com 18 usuários de cocaína e ou *crack*, que estavam internados para tratamento no Hospital Pinel, em Curitiba, verificou repercussões otorrinolaringológicas devido ao abuso destas substâncias. Entre outros achados, foi relatada a presença de disfagia em quatro usuários (22,2%).

A qualidade de vida é um conceito que engloba a satisfação de cada indivíduo com vida, considerando aspectos de saúde física e mental, a vida social, a alimentação, entre outros domínios que podem ser afetados pela presença da disfagia¹¹ ou pelo abuso de substâncias psicoativas¹²⁻¹⁵.

Apesar de haver tais alterações que podem interferir na deglutição de usuários de drogas, com consequências relevantes na qualidade de vida, há pouca informação clara e objetiva, acerca deste tema. Diante do exposto, esta dissertação trará informações descritas na literatura, através de uma revisão aprofundada sobre estudos que demonstrem alterações fisiológicas, anatômicas e neurológicas, que esclareçam a presença de sintomas de disfagia em usuários de drogas. Além disso,

abordará alterações significativas na qualidade de vida de indivíduos disfágicos ou usuários de cocaína e *crack*.

Devido à necessidade de explorar os sintomas de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack*, a presente dissertação teve como objetivo principal investigar a presença de sintomas sugestivos de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack* e o impacto que tais alterações podem trazer à qualidade de vida do indivíduo.

2 Referencial Teórico

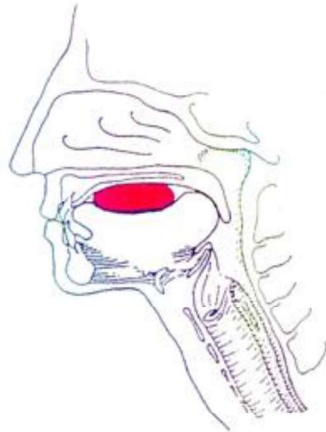
2.1 Deglutição

A deglutição é uma ação neuromuscular, que envolve nervos cranianos sensitivos e motores, nervos parassimpáticos, ossos e músculos, sendo um dos processos mais complexos do corpo humano. Devido a esta complexidade, a deglutição pode ser afetada por alterações em qualquer uma destas estruturas envolvidas¹⁶.

2.1.1 Fisiologia da Deglutição

O processo de deglutição abrange fases voluntárias e involuntárias¹⁶. A fase inicial é a oral e pode ser classificada em preparatória e oral propriamente dita. Na etapa preparatória (Figura 1), há a mastigação do alimento, por meio da incisão, trituração e pulverização. A língua é a responsável por conduzir o alimento para ser mastigado em ambos os lados. O bolo alimentar é misturado à saliva. É importante nesta fase o vedamento labial, evitando que o alimento escorra para fora da boca. O bolo é colocado entre a língua e o palato duro, para iniciar a deglutição voluntária. Durante esta fase inicial, o palato mole fica em posição mais baixa para evitar que o alimento caia na faringe antes do início da deglutição. Isto só é possível devido à contração do músculo palatoglosso. A faringe e a laringe ficam em repouso e a via aérea permite a passagem do ar para a respiração nasal, até o início da deglutição^{17,18}.

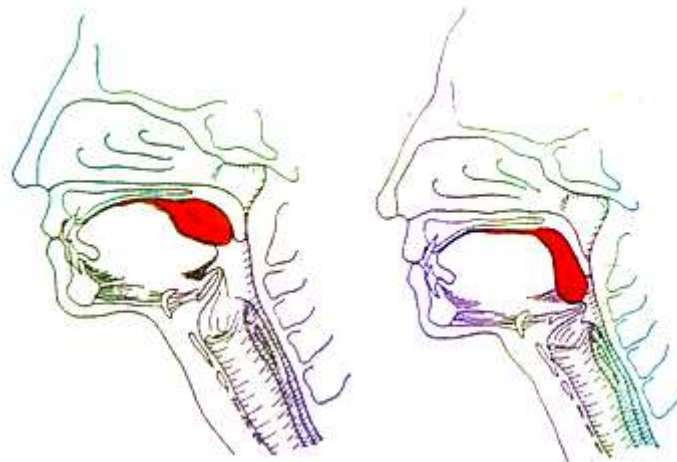
Figura 1 – Fases da deglutição: Fase oral preparatória



Fonte: <http://www.wwow.com.br/portal/imagem/preporal.jpg>

A fase oral propriamente dita (Figura 2) começa com a impulsão do bolo alimentar pela língua, de forma voluntária, e termina com a produção da deglutição, que também se inicia sob controle voluntário, mesmo que as etapas finais desta sejam involuntárias. Nesta fase, a extremidade da língua entra em contato com as bordas do alvéolo maxilar ou os incisivos superiores. Quando o bolo alimentar é conduzido para a faringe, o palato mole se fecha, para evitar que o alimento escape para a nasofaringe. Os músculos envolvidos neste processo são o elevador do véu palatino, tensor do véu e o palato faríngeo. Este fechamento da cavidade oral auxilia nas forças de propulsão necessárias para a condução do alimento por intermédio da hipofaringe, esfíncter esofageal superior e para o interior do esôfago^{17,18}.

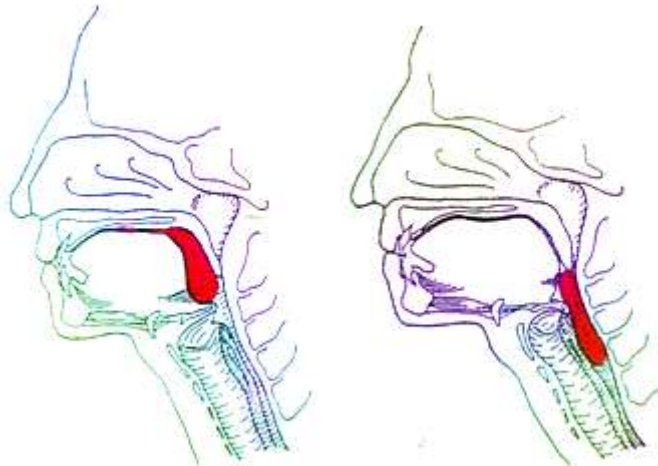
Figura 2 - Fases da deglutição: Fase oral propriamente dita



Fonte: <http://www.wwow.com.br/portal/imagem/oral1.png>

A fase seguinte é a faríngea (Figura 3), que consiste de movimentos peristálticos involuntários dos constritores faríngeais para conduzir o bolo alimentar pela faringe. Para desencadear esta fase da deglutição, há sensores que são ativados mesmo quando em contato com pressões suaves e estão localizados no palato mole, úvula, dorso da língua, superfície faríngea da epiglote, pilares, seios piriformes, parede posterior da faringe e na articulação faringo esofageal^{17,18}.

Figura 3 - Fases da deglutição: Fase faríngea



Fonte: <http://www.wwow.com.br/portal/imagem/faringea1.png>

Para proteção da via aérea é necessário o fechamento da laringe. O principal mecanismo envolvido neste processo é o fechamento total e automático da glote. Há quatro eventos associados à proteção das vias aéreas: a adução das pregas vocais em associação da aproximação horizontal das cartilagens aritenóides, a aproximação vertical das aritenóides em direção à base da epiglote, a elevação da laringe e a epiglote desce. A elevação da laringe é possível pelas contrações dos músculos supra-hioideos, tais como o milo-hioideo, genio-hioideo e digástrico, bem como do músculo tireo-hioideo. Durante a deglutição o orifício laringeal fecha na altura da epiglote e das pregas vocais pela contração do tiroaritenóide, ariepiglótico e músculos oblíquos aritenóides. Já o orifício laringeal fecha na altura da epiglote e das pregas vocais devido à contração dos músculos tiroaritenóide, ariepiglótico e oblíquos aritenóides^{17,18}.

A epiglote não é essencial para o fechamento da glote, mas tem papel importante uma vez que, quando trazida para baixo ficando sobre a glote, conduz o bolo alimentar lateral e posteriormente em direção ao esfíncter esofageal superior. Os constritores faríngeais e elevadores conduzem o bolo alimentar da faringe para o

esôfago. O principal componente do esfíncter esofageal superior é o músculo cricofaríngeo, que relaxa durante a deglutição para permitir a passagem do bolo^{17,18}.

A fase esofágica (Figura 4) consiste em um movimento peristáltico que movimenta o bolo alimentar pelo esôfago, terminando ao passar pela junção gastroesofágica, reduzindo o risco de refluxo gastroesofágico ou reentrada do bolo do esôfago para a faringe. A contração tônica do músculo cricofaríngeo também auxilia a evitar o refluxo gastroesofágico. O esfíncter esofageal superior (EES) é uma zona de alta pressão e está localizada na região distal em relação à hipofaringe. Ele se fecha tonicamente no repouso e se abre durante a deglutição. O maior componente do EES é o músculo cricofaríngeo, porém outros músculos, tais como o constritor faríngeo inferior mais as fibras do músculo esofageal proximal, provavelmente auxiliam para manter a alta pressão. A contração dos músculos supra-hioideo e infra-hioideos exerce tração na parede anterior do EES, promovendo a sua abertura^{17,18}.

Figura 4 - Fases da deglutição: Fase esofágica



Fonte: <http://www.wwow.com.br/portal/imagem/esofagica.png>

2.1.2 Neurologia da Deglutição

Devido à multiplicidade de mecanismos envolvidos na deglutição, podemos definir a importância dos seguintes nervos cranianos: nervo trigêmeo (V), inerva os músculos mastigatórios; o nervo facial (VII), inerva os músculos da face, responsáveis pelo vedamento dos lábios e ação dos dentes; o nervo glossofaríngeo (IX), cuja função é a inervação sensitiva do terço posterior da língua, palato e faringe;

o nervo vago (X), necessário para motricidade faríngea e do palato; do nervo acessório (XI) e do nervo hipoglosso (XII), responsável pela inervação da musculatura intrínseca e extrínseca da língua. Estes dois últimos são exclusivamente motores, enquanto os demais são sensitivos e motores^{16,17}.

Estes nervos cranianos encontram-se no tronco cerebral baixo, com emergência bulbar ou bulbo-pontina, exceto o nervo trigêmeo, com emergência pontina. Independente da etiologia, lesões nesta região podem alterar o processo normal de deglutição. Os sintomas mais significativos são observados quando lesados: o IX nervo, redução da mobilidade do palato, passando alimento para a nasofaringe e perda da sensibilidade gustativa no terço posterior da língua; o X nervo, caracterizada por regurgitação de alimento, podendo o acometido referir sensação de engasgo ou tosse durante a alimentação; e o XII nervo, que altera a motricidade da língua¹⁶.

2.1.3 Disfagia

A disfagia é um distúrbio da deglutição resultante de uma anormalidade anatômica ou funcional (neuromuscular) em qualquer estrutura e fase do processo de deglutição, caracterizado por uma dificuldade ou incapacidade de conduzir o bolo alimentar, com segurança, até o esôfago¹⁻⁴. Enquanto que o termo odinofagia está relacionado à dor no momento da deglutição, estando relacionado com processos irritativos ou tumorais do trato digestivo alto¹⁶. As manifestações da disfagia podem ser observadas pela dificuldade nos processos voluntários de mastigar ou de iniciar o processo de deglutição, dor no peito, regurgitação nasal, tosse, engasgos durante a alimentação e sensação de alimento parado na garganta. Outros sintomas também podem estar presentes, com menor frequência, como a perda de peso e mudanças no hábito alimentar¹⁹. Estas alterações podem ocasionar desidratação, desnutrição, asfixia, infecções recorrentes do trato respiratório, bem como o aumento da morbimortalidade³.

Há diversas doenças que podem levar a disfagia. Entre elas, doenças neurológicas, como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), doenças neurovegetativas, como doença de Parkinson, doença de Alzheimer, doenças do neurônio motor, como a esclerose lateral amiotrófica, doenças da junção neuromuscular, como a miastenia grave, doenças desmielinizantes, como a

esclerose múltipla e a poliomielite, e as lesões estruturais e neoplasias, como tumores e a paralisia cerebral¹⁶.

Estudos sugerem que a disfagia afeta entre 22% e 65% dos pacientes que tiveram AVE. Quando ocorre na fase aguda, a disfagia é um indicativo de pior prognóstico, devido ao crescimento do risco de infecção pulmonar, desnutrição, tempo de internação e mortalidade²⁰.

Há, também, estudos que relatam odinofagia e disfagia em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)^{21,22}, referindo prevalência destes sintomas em 47%²¹ e 30%²² dos pacientes.

Vários motivos podem resultar em queixa de disfagia nos pacientes com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). A candidíase esofágica é a causa mais frequente destes sintomas. Em pacientes com AIDS, a candidíase em combinação com odinofagia ou disfagia indica grande possibilidade da presença de candidíase esofágica. Outras causas de distúrbios de deglutição nestes pacientes incluem infecção do esôfago com vírus herpes simplex, citomegalovírus ou, raramente, criptosporidiose. De frequência mais rara, o sarcoma ou linfoma de Kaposi pode envolver a faringe posterior ou esôfago, respectivamente²³. A disfagia, em portadores da AIDS, também pode estar associada à Neurotoxoplasmose, causa mais frequente de lesões neurológicas nestes pacientes²⁴. Dos pacientes com sintomas de disfagia neurogênica, de um estudo realizado no Brasil, 100% tiveram diagnóstico confirmado de Neurotoxoplasmose²².

2.1.3.1 Avaliação da disfagia

Há diversos métodos disponíveis para confirmar e ou aprofundar o diagnóstico de disfagia. Apesar desta variabilidade, não existe especificamente um que seja melhor ou pior, pois depende de determinada circunstância para ser utilizado. Com a busca do máximo de informações necessárias e observações permitidas, a escolha entre os métodos define o melhor resultado. Além disso, deve ser considerado o custo e a disponibilidade de cada um. Por outro lado, a disponibilidade do método não é suficiente para sua utilização. Isto porque há casos em que aumentar custo da investigação e impor sobrecargas semióticas são desnecessárias para confirmação do diagnóstico. Os métodos de avaliação da

deglutição podem ser divididos, didaticamente, em clínicos e armados (instrumentalizados)¹⁸.

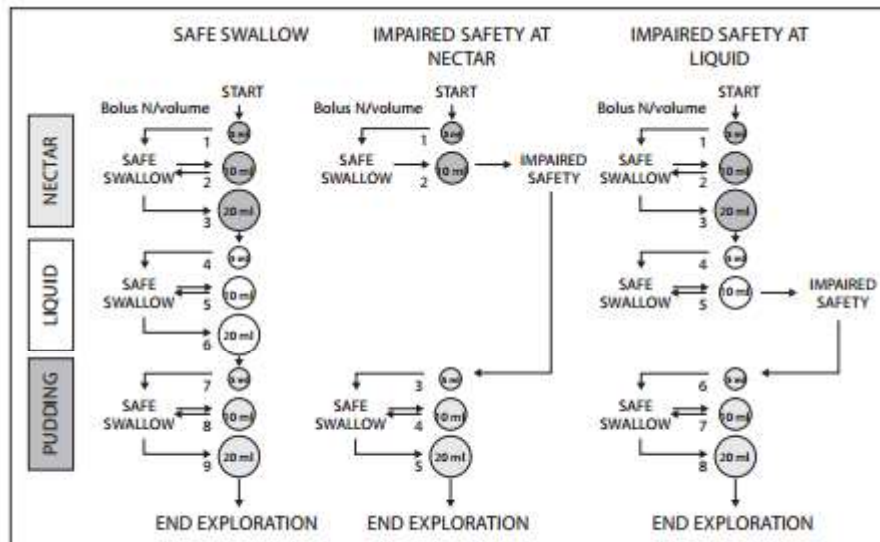
Para o diagnóstico inicial de disfagia, há a necessidade de anamnese e exame físico precisos. É importante investigar queixas, hábitos alimentares, condições sociais, condição oral, antecedentes pessoais, entre outros. Um dos instrumentos utilizados para avaliar a disfagia de forma subjetiva é o questionário *Eating Assessment Tool* (EAT-10)²⁵, adaptado e validado para o português²⁶ (ANEXO A). É composto por 10 questões, em que, para se obter o resultado, somam-se os valores das respostas correspondentes em cada item. Um resultado maior ou igual a três é indicador de alteração. É rapidamente administrado, podendo ser completado em menos de 2 minutos.

No exame físico, há a necessidade de uma inspeção geral, atentando para alterações em estruturas orofaciais, sejam elas anatômicas ou funcionais. Outra parte importante da avaliação clínica é o teste com alimentos, a fim de observar a eficiência e controle da fase oral, bem como a qualidade e segurança da fase faríngea¹⁸.

Usado para identificar sinais clínicos da disfagia, o *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST)²⁷ é um teste que identifica sinais clínicos de alteração na eficiência (vedação labial, presença de resíduos e presença de deglutições múltiplas) e na segurança (alterações de voz, tosse e diminuição da saturação de oxigênio $\geq 3\%$) da deglutição. O teste começa com consistência de néctar e aumento do volume (5, 10 e 20 ml) em uma progressão de dificuldade crescente. Se o paciente completar a série na consistência néctar sem grandes sintomas de aspiração, será avaliada a consistência de líquido ralo e, por fim, será testada a consistência de pudim, da mesma maneira. Se o paciente apresentar sinais de comprometimento de segurança na consistência de néctar, a série é interrompida, o teste com líquido não é realizado, e então consistência pudim é avaliada, por ser mais segura. Se o paciente apresentar sinais de segurança prejudicada na deglutição do líquido, o teste desta consistência é interrompido e a consistência pudim é avaliada (Figura 5). O V-VST apresenta uma sensibilidade de 88,2% e uma especificidade de 64,7% para detectar sinais clínicos de aspiração e penetração na deglutição. O V-VST é um teste rápido, com tempo entre cinco a dez minutos para ser finalizado. A sensibilidade, especificidade e precisão deste instrumento foram verificadas por alguns

estudos^{27,28}, os que referem ser de aplicação universal para identificar pacientes com disfagia em populações de risco.

Figura 5 - Fluxograma do *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST)



Fonte: Clavé P, et al (2008)

2.1.3.2 Qualidade de vida em disfagia

Segundo a *World Health Organization*²⁹, um consenso entre especialistas definiu Qualidade de Vida (QV) como a percepção do indivíduo em relação a sua condição de vida no contexto cultural, de sistemas de valores e a relação com as expectativas, objetivos e padrão de preocupações. A qualidade de vida está relacionada com um dos desejos humanos básicos, que é o bem estar geral, por meio de aspectos negativos e positivos da vida. É um conceito que engloba a satisfação com a vida, de cada indivíduo, incluindo saúde física e mental, vida social, alimentação, entre outros domínios que podem ser afetados pela presença da disfagia. Isto acontece devido a possíveis restrições alimentares e ou utilização de via alternativa de alimentação. Estas mudanças nos hábitos alimentares podem trazer constrangimento, frustração, desânimo e isolamento social¹⁰.

Desta forma, é importante considerar a percepção do indivíduo em relação a sua QV e avaliar o impacto que estas alterações causam ao seu bem-estar, para a adoção de medidas eficientes no tratamento fonoaudiológico³⁰. Encontram-se na literatura questionários que avaliam amplamente a qualidade de vida, incluindo o

impacto de diferentes patologias no bem-estar do indivíduo. Por outro lado, são poucos os questionários que salientam a dificuldade de deglutição e sua influência na satisfação pessoal em relação à qualidade de vida.

Entre os questionários de Qualidade de Vida disponíveis, com ênfase na disfagia, salienta-se o questionário *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QoL)³¹ (ANEXO B), validado para versão portuguesa³². O instrumento é composto por 44 itens com 11 domínios que avaliam: *burden*, desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, funcionamento social, sono e fadiga. O usuário responde as questões sobre a frequência com que ocorre cada uma das afirmações presentes em cada domínio (sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, nunca), quanto à veracidade das mesmas (totalmente verdade, muito verdade, alguma verdade, muito pouco verdade e falso) ou quanto ao grau de concordância que apresenta com elas (concordo totalmente, concordo, não tenho a certeza, discordo, discordo totalmente). Cada item é classificado por uma escala Likert de 1 a 5 pontos. Todas as escalas foram transformadas linearmente para se obter uma pontuação entre zero e 100. Os valores de cada resposta dentro de cada domínio são somados e o resultado é dividido de acordo com o número de questões do domínio analisado. A resultante é o valor de pontuação em cada domínio, onde 100 indica o estado mais favorável e zero o menos favorável. Os escores entre estes valores representam a percentagem do possível escore total conseguido ou atingido. No final do questionário são apresentadas três questões relacionadas ao uso de alimentação alternativa (sonda nasogástrica ou gastrostomia) e sobre textura de alimentos e consistência dos líquidos consumidos com mais frequência na última semana. Para aplicação deste questionário são necessários entre 15 e 20 minutos.

2.2 Cocaína e Crack

2.2.1 História do uso da cocaína

A cocaína é um alcaloide, benzoilmetilecgonina, obtido das folhas da *Erythroxylon coca*³³. Existem cerca de 250 espécies diferentes de plantas deste gênero, sendo a cocaína um dos alcaloides isolados. Os primeiros registros de uso mostram que os nativos das regiões andinas mascavam as folhas de coca para

suportar períodos longos de trabalho, temperaturas frias e as várias horas sem alimento³⁴.

Em 1781, um médico e pesquisador peruano, Joseph Hipólito Unanue, referiu que somente sobreviveram à falta de alimentos na cidade os habitantes que comiam as folhas de coca³⁵. A cocaína foi levada para a Europa após a conquista dos espanhóis sobre o Peru. Durante os séculos XVI e XVII, começou a ser usada para dores de estômago, cabeça, musculares e de dente. Mas somente no século XIX a cocaína chegou aos países desenvolvidos da época, sendo difundido o seu uso no contexto social e médico³⁶.

No ano de 1863, a cocaína começou a ser utilizada com intuito recreativo, por meio da mistura de folhas de coca com vinho. Como a quantidade de cocaína utilizada na mistura era muito pequena, não eram relatados efeitos nocivos nos consumidores. Por possuir efeitos estimulantes, a bebida era usada como revigorante energético da época³⁷.

Em 1884, Sigmund Freud relatou o uso da droga por soldados alemães, para aumentar a força e a resistência à escassez de alimentos, em seu livro *Über Coca*³⁸. Freud foi um dos grandes nomes que se interessou em estudar e realizar experimentos com a cocaína. Pela autoadministração e da observação dos pacientes com prescrição da cocaína, recomendava o uso para tratamento de depressão, nervosismo, doenças digestivas, alcoolismo, adição à morfina e asma. Oito anos mais tarde, descreveu sintomas paranoides, alucinações e prejuízos físicos e mentais associados ao consumo repetido, com base principalmente pelo relato de seu amigo Dr. Ernst von Fleisch Marxow³⁹.

Em 1914, os malefícios da cocaína já eram comprovados por evidências. Desta forma, nos Estados Unidos da América, surgiu o primeiro instrumento legal que limitou o uso de drogas. O objetivo era controlar o consumo amplo, procurando diminuir e impedir o uso de cocaína pelos seus consumidores. Já no Brasil, a primeira lei com este intuito foi criada em 1921³⁷. O uso reduziu e se manteve estável por, aproximadamente, 40 anos, ressurgindo na década de 60 com outras formas de uso.

No ano de 1985, surgiu o *crack*, com forma sólida de pequenas pedras cristalinas. É utilizado de forma fumada, produzindo um ruído quando aquecido, o qual resultou no nome da substância. Esta nova forma do uso gerou consequências preocupantes para a saúde dos usuários⁴⁰. Os efeitos adversos, bem como sua

intensidade e rapidez, assustaram a sociedade na década de 80⁴¹. Atualmente, o consumo desta forma de administração da cocaína é visto como um problema de saúde pública⁴².

2.2.2 Epidemiologia do uso da cocaína

2.2.2.1 Consumo

Estima-se que um em cada 20 adultos, ou um quarto de um bilhão de pessoas entre as idades de 15 e 64 anos, usou pelo menos uma droga em 2014. Atualmente, há a estimativa de 18,3 milhões de usuários de cocaína no mundo, atingindo cerca de 0,4% da população adulta mundial (15-64 anos)^{43,44}. Na América do Sul, estima-se que a taxa anual da prevalência do uso de cocaína tenha aumentado de 0,7% em 2010 (1,84 milhões de usuários) para 1,2% em 2012 (3,34 milhões de usuários), três vezes mais que o nível médio de consumo estimado no mundo⁴⁵.

No Brasil, o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), identificou que 2,3% dos adolescentes (jovens de 14 a 17 anos) e 3,8% dos adultos usou a cocaína, pelo menos uma vez na vida⁴⁶. A prevalência do uso de cocaína, só no ano de 2012, representou, na população adulta, mais de 2 milhões de brasileiros (1,7%), enquanto que na população de até 18 anos esse número chegou a cerca de 225 milhões (1,6%)⁴⁶. O uso de *crack* foi utilizado, pelo menos uma vez na vida, por 0,8% e 1,3%, em adolescentes e adultos, respectivamente⁴⁶. Só no ano de 2012, 800 mil (0,7%) brasileiros fizeram o uso de *crack*, entre a população adulta. Neste mesmo ano, a prevalência do uso do *crack*, entre adolescentes, foi de 0,1%⁴⁶.

Especialistas do Chile e da Costa Rica perceberam um aumento no consumo de cocaína nos dados do ano anterior, mas o aumento no consumo de cocaína na sub-região é impulsionado pelo uso crescente no Brasil, que é o maior mercado de cocaína na América do Sul. Embora não tenha sido realizada uma pesquisa recente no Brasil, extrapolando dados de um levantamento entre estudantes universitários, o UNODC (United Office on Drugs and Crime) estima uma prevalência de uso de cocaína de 1,75% entre a população adulta do país⁴⁵. Devido à sua posição geográfica, o Brasil desempenha um papel estratégico no tráfico de cocaína, cujas capturas dobraram no país em 2013 para mais de 40 toneladas. A

cocaína entra no Brasil por via aérea (avião pequeno), terra (carro, caminhão e ônibus) e rio (barco pela Amazônia e seus afluentes), antes de ser embarcado para o exterior, principalmente para a Europa, diretamente ou via África (cerca de 30% da cocaína apreendida no país destina-se a mercados externos)⁴⁵.

Ao mesmo tempo, a prevalência global do uso de cocaína entre a população de 15 a 64 anos permaneceu praticamente estável no período de 1998 a 2014, variando entre 0,3 e 0,4%, enquanto o número de usuários de cocaína aumentou (30%), de cerca de 14 milhões em 1998 para 18,3 milhões em 2014. O aumento do número de consumidores de cocaína é atribuível ao crescimento populacional. O fato de as quantidades de cocaína, disponíveis para consumo, terem diminuído, durante o período de 1998 a 2014, embora tenha havido este aumento do número de consumidores durante o mesmo período, parece contraditório⁴⁴.

O mais provável é que o mercado mundial de cocaína diminuiu, impulsionado pelo declínio da cocaína disponível para consumo, principalmente devido à queda na produção de cocaína na sub-região andina e o consumo de cocaína na América do Norte e, até certo ponto, na Europa. Supondo que, como sugerido pelas estimativas da prevalência do uso de cocaína, o número de usuários de cocaína não diminuiu, menos cocaína é consumida hoje em média per capita do que em anos anteriores. O resultado, em curto prazo, deverá ser positivo em termos de redução da criminalidade relacionada com a droga e do impacto negativo na saúde, uma vez que os pesados consumidores de cocaína são responsáveis pela maior parte dos danos resultantes da utilização da cocaína⁴⁴.

No entanto, com um número maior de pessoas experimentando a cocaína em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento, certa proporção deles pode eventualmente se transformar em usuários de cocaína pesada, como pode ser visto pelos padrões emergentes em alguns países. Como muitos dos países em que o consumo de cocaína está agora a emergir não têm a infraestrutura de saúde e social para lidar com tais problemas, um encolhimento do mercado global de cocaína definitivamente não deve levar à complacência. Além disso, a tendência global de queda da produção mundial de cocaína pode ter chegado ao fim, exacerbando a vulnerabilidade de numerosos países em desenvolvimento⁴⁴.

2.2.2.2 Aspectos sociodemográficos

Uma multiplicidade de fatores, incluindo a localização geográfica, desempenha um papel na formação do problema das drogas num determinado país. A proximidade de uma área produtora de drogas ou de uma rota importante de tráfico pode, por exemplo, explicar as taxas de consumo acima da média de cocaína, incluindo crack, na América do Sul e África Ocidental⁴⁴.

A repartição dos dados nacionais sobre as pessoas que utilizam drogas, com base no nível de rendimento, mostra que os países de "alta renda" tendem a ter uma maior prevalência no consumo de drogas. Isto pode influenciar o preço e, em última análise, maiores lucros para os traficantes. No caso da cocaína, o nível de desenvolvimento econômico contribui para a formação de mercados de consumo que são grandes, tanto em termos de número de utilizadores como de receitas. Diferentes níveis de bem-estar socioeconômico dentro de cada país também têm um efeito sobre o tipo de droga utilizada⁴⁴.

O *crack* foi uma das drogas mais associadas ao desemprego, tanto em termos de taxa de desemprego entre os usuários do último mês como em termos de maior probabilidade de ser um usuário no último mês, em comparação com os empregados. A associação foi mais forte no caso da cocaína em forma de *crack* do que a cocaína em geral⁴⁴.

As dificuldades financeiras experimentadas pelos indivíduos com dependência de drogas são muitas vezes corroboradas pelos métodos que se adotaram para gerar renda. Estudo⁴⁷, realizado no Brasil, estimou que 13% dos usuários de crack recorreram à mendicância como fonte de renda durante o período, 7,5% eram profissionais do sexo ou tinham trocado sexo por dinheiro, 6% tinham recorrido a atividades ilícitas relacionadas com a venda ou distribuição de drogas e 9% tinham recorrido a outras atividades ilícitas. Também foi estimado que mais de um terço desses usuários passaram um tempo significativo nas ruas e que menos de um quarto deles tinha ido para o ensino médio, embora mais de 95% estivessem na escola em algum momento de suas vidas. Outro estudo⁴⁸, realizado no Brasil, refere que no momento da pesquisa (2012), 40% dos usuários de *crack* no Brasil eram moradores de rua.

2.2.2.3 Gênero

Os homens são considerados três vezes mais propensos do que as mulheres a consumir cocaína⁴⁴. Processos de iniciação à droga, fatores sociais e características relacionadas ao uso de substâncias, respostas biológicas e progressão para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de substâncias variam consideravelmente entre homens e mulheres⁴⁹. Os homens são considerados como tendo mais oportunidades do que as mulheres de usar drogas, porém os sexos são igualmente suscetíveis a consumirem drogas uma vez que a oportunidade de o fazer ocorrer^{50,51}. As disparidades de gênero no uso de drogas são mais atribuídas a oportunidades de uso de drogas em um ambiente social do que a gênero, sendo mais ou menos suscetíveis ou vulneráveis ao uso de drogas⁴⁵.

A literatura sobre diferenças de gênero publicada nas últimas três décadas mostrou que as mulheres normalmente começam a usar substâncias mais tarde do que os homens e que o uso de substâncias por mulheres é fortemente influenciado por parceiros íntimos que também usam⁵². As mulheres, em geral, podem ser menos propensas do que os homens a desenvolverem transtornos e dependência de drogas. No entanto, uma vez que iniciaram o consumo de substâncias, as mulheres tendem a aumentar a sua taxa de consumo de cocaína mais rapidamente⁵³ e podem progredir para o desenvolvimento de transtornos e dependência de drogas em menor tempo que os homens^{54,55}.

Nos Estados Unidos, por exemplo, os homens foram relatados como sendo 2,33 e 2,25 vezes mais propensos que as mulheres, de ter desordens de uso de drogas e dependência de drogas, respectivamente^{56,57}.

2.2.2.3 Doenças sexualmente transmissíveis

Um estudo⁴⁷, realizado no Brasil, para verificar o perfil de usuários de *crack* e ou similares, demonstrou que mais de 70% dos usuários compartilhavam seus equipamentos para o uso de drogas, um padrão que gera preocupações sobre a transmissão de infecções, especialmente a hepatite viral. A prevalência de HIV entre esses usuários foi oito vezes maior que a prevalência na população geral do Brasil (5,0% versus 0,6%).

Usuários que injetam estimulantes, como a cocaína, adotam comportamentos sexuais de alto risco, com propensão a ter mais parceiros sexuais e

relações mais frequentes com parceiros casuais e regulares, tendo maior prevalência de HIV, em comparação com os que injetam outras drogas⁴⁷. Uma revisão sistemática constatou que o risco de contrair o HIV era 3,6 vezes maior entre as pessoas que injetaram cocaína do que entre os usuários não injetáveis de cocaína⁵⁸. Estima-se que mais de 29 milhões de pessoas que usam drogas sofrem de transtornos de uso de drogas e 12 milhões injetam drogas, das quais 14% vivem com HIV⁴⁴.

Os surtos de HIV entre os que usam drogas, especialmente aqueles que usam de forma injetada, são uma preocupação particular, pois o HIV pode se espalhar muito rapidamente entre estes, quando os serviços adequados de redução de danos não estão disponíveis, descontinuados ou reduzidos⁴⁴.

2.2.3 Aspectos Farmacológicos do Uso da Cocaína

A cocaína pode ser absorvida pelas vias: inalada, por meio da aspiração do cloridrato de cocaína; por via endovenosa e injeções subcutâneas, quando o cloridrato é dissolvido na água; ou pelas mucosas, incluindo a nasal e a genital; ou fumada, sob a forma de pasta ou *crack*³⁶. Na forma oral, difundida nos altiplanos do Peru, Bolívia, Colômbia e Equador, para amenizar os efeitos da altitude, as folhas de coca podem ser mascadas ou ingeridas como chá³⁷.

Para consumo ilícito, a cocaína é vendida na forma de pó (cloridrato de cocaína), pasta (merla) ou pedra (*crack*). Quando aspirado, o cloridrato de cocaína começa a provocar efeitos três minutos após a administração. Quando dissolvido na água, para utilização via endovenosa, os efeitos do cloridrato de cocaína iniciam após um minuto e meio. O *crack* é formado pela reação do cloridrato de cocaína com uma solução aquosa de bicarbonato de sódio sob aquecimento, que ao ser fumado provoca efeitos que iniciam em torno de 5 a 10 segundos^{33,36,59}. Por outro lado, os efeitos estimulantes terminam rapidamente (em torno de 7 minutos), passando o usuário para intensa depressão do sistema nervoso central. A partir deste fato, surge a fissura ou *craving*, que é um fenômeno descrito como um desejo súbito e intenso de usar a substância, devido à memória dos efeitos prazerosos já experimentados em conflito com o sofrimento atual^{36,60}.

Entre os efeitos agudos do uso da cocaína estão a euforia, aumento da energia, da pressão sanguínea e redução da fadiga e apetite⁶¹. Devido à redução da

fadiga e do apetite, o usuário pode passar longas horas sem sentir fome fisiológica, levando a diminuição significativa do peso corporal⁶².

2.2.4 Qualidade de vida em usuários de cocaína e ou crack

Vários fatores podem interferir com a qualidade, incluindo os problemas decorrentes do uso de substâncias, que podem, conseqüentemente, afetar a satisfação com a vida. Apesar da importância da avaliação da qualidade de vida em muitas áreas da saúde, são escassos os estudos sobre usuários de substâncias psicoativas, inclusive de cocaína e *crack*^{13,14}.

Realizado no Brasil, um estudo¹⁵ com usuários de substâncias psicoativas e familiares não usuários, identificou que o uso de drogas acarreta na apresentação de índices menores, quando comparados a não usuários, nos domínios físico, psicológico, social e do meio ambiente. Outro estudo brasileiro¹² verificou que usuários de substâncias ilícitas apresentam escore inferior a usuários de drogas lícitas, nos domínios das relações sociais, meio ambiente e autoavaliação, sugerindo melhor qualidade de vida dos usuários de álcool e tabaco.

Outros fatores também podem interferir na qualidade de vida dos usuários de drogas, incluindo variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, estado civil, nível educacional e nível econômico. Um estudo⁶³, realizado em três cidades da Espanha, com usuários de cocaína, entre 18 e 30 anos, observou que o prejuízo na qualidade de vida de usuários de cocaína estava principalmente relacionado às diferenças sociodemográficas. O estado de saúde comprometido dos usuários de cocaína tem sido relacionado à intensidade do consumo da substância, afetando diretamente a qualidade de vida e o estilo de vida⁶⁴.

A QV tem sido cada vez mais entendida como um pré-requisito para a saúde geral das pessoas, incluindo satisfação, felicidade e bem-estar; Portanto, todas as variáveis que interferem nesse aspecto são importantes, pois podem alterar ou modificar o tratamento de qualquer doença, incluindo a dependência química¹⁵. O entendimento de que os efeitos de substâncias que interferem na qualidade de vida dos usuários de drogas, levando a um agravamento global do ponto de vista biopsicossocial, é relevante. Essas informações podem ser úteis para educar os usuários de drogas sobre as perdas adicionais causadas pelo uso de drogas. Desta

forma, a qualidade de vida serve como motivação para cessar o uso de drogas e permanecer abstinente, pois é uma necessidade humana, não apenas de um dependente químico¹⁵.

2.2.5 Alterações otorrinolaringológicas associadas ao uso de cocaína

O consumo de cocaína ou de *crack* é capaz de lesar grande área do trato aerodigestivo superior, ocasionando alterações na mucosa e estruturas nasais, na faringe, na mucosa oral, na laringe e na região superior do esôfago. Tanto os efeitos irritativo e vasoconstritor, quanto a inalação de gases quentes podem levar a queimaduras. Além disso, substâncias que fazem parte do material utilizado para aquecer o *crack* podem ser inaladas, gerando lesões às mucosas oronasais⁶⁵.

Podem ser observadas alterações como ausência da úvula, mobilização e ulceração da mucosa e musculatura da parede posterior da faringe, diminuição na elevação da parede lateral da faringe, necrose isquêmica de palato duro e mole, causando eventualmente, ulceração, infecção e gradual retração de palato. Estas alterações no palato duro e mole permitem a retração, distorção e paralisia, incapacitando a função esfínteriana velofaríngea⁶⁶.

A causa da necrose tissular por inalação de cocaína está associada à vasoconstrição, que é uma função da estimulação simpática, desencadeada pela diminuição de norepinefrina e reabsorção química da epinefrina. A inalação de cocaína também causa vasoconstrição por contrações do músculo liso vascular. A vasoconstrição prolongada pode produzir isquemia da mucosa, atrofia e necrose do tecido⁶⁷. Da mesma forma, um possível traumatismo direto pode resultar do efeito anestésico local da cocaína, combinado com a irritação da mucosa causada pelos contaminantes contidos na substância adulterada. Por outro lado, observou-se possível superinfecção da lesão inicial, com a formação de fístulas, entre os consumidores de cocaína que apresentam um grau de depressão da função imunológica^{68,69}. Como resultado direto desta tendência, foram relatadas alterações em diferentes localizações das mucosas gastrointestinal e respiratória, como irritação e secura da mucosa oral e nasal, destruição do septo nasal e paredes laterais das vias nasais^{70,71} e, com menor frequência, perfuração na linha média ou destruição do palato, dando origem a uma fístula oronasal ou perfuração^{69,72-74}. O

diagnóstico baseia-se nos achados clínicos e radiológicos e requer a identificação das lesões em pelo menos duas dessas localizações⁷⁵.

Para estabelecer um diagnóstico diferencial correto, são necessários exames complementares na forma de tomografia computadorizada, biópsia de lesão, exames de sangue e testes toxicológicos. É comum que tais testes detectem níveis aumentados de anticorpos anti-neutrófilos citoplasmáticos (c-ANCA), sugerindo a possibilidade de granulomatose de Wegener (com sensibilidade de 90%)^{76,77}. Este diagnóstico, além disso, deve ser confirmado pela evidência de um infiltrado granulomatoso na biópsia pulmonar.

Embora pouco frequentes, os processos infecciosos que podem ser encontrados neste local incluem goma sífilítica, rinoscleroma, actinomicose, leishmaniose, aspergilose, coccidiomicose, mucormicose, histoplasmose e blastomicose^{78,79}. Deve-se citar o lúpus eritematoso, a sarcoidose, a doença inflamatória intestinal crônica com manifestações bucais e Granulomatose de Wegener, pois representam importantes processos autoimunes. Finalmente, deve ser dada atenção às lesões reativas, como sialometaplasia necrosante por isquemia palatina, o que pode causar necrose extensa nessa área⁸⁰.

O modelo de tratamento inclui a antibioticoterapia e lavagens locais para tratar infecções secundárias. O uso do obturador palatino pode ser uma etapa intermediária antes da cirurgia, melhorando fonação e deglutição, porém a adaptação é difícil⁶. A cessação do uso de cocaína, que deverá ser comprovada por exames, é necessária antes da cirurgia, para evitar surgimento de novas lesões e falha do tratamento^{6,80-82}. A cirurgia serve para fechamento definitivo da fístula do palato⁶. Foram descritas várias técnicas cirúrgicas, que compreendem principalmente o uso de retalhos mucoperiosteais locais ou de retalhos de língua (devido à vascularização intensa) no caso de perfurações menores, e retalhos distantes não-pediculares (geralmente a partir do antebraço) em fístulas maiores⁸².

O *crack* é convertido em vapor quente, quando fumado, podendo provocar queimaduras das mucosas do trato aerodigestivo superior, quando inalado⁶⁵. Além disso, diminui a sensibilidade, que é reforçada pelo desenvolvimento de anestesia tópica quando a cocaína entra em contato com as mucosas. Estes fatores contribuem para aspiração da orofaringe e ingestão de objetos estranhos, com consequentes queimaduras na laringofaringe⁸³.

2.3 Cocaína e ou Crack X Disfagia

Sintomas de disfagia vêm sendo relacionados a usuários de cocaína e ou *crack* desde 1986⁸⁴. Apesar disto, são escassos os estudos que descrevem exames e avaliações da deglutição, bem como as consequências destes sintomas na saúde e qualidade de vida dos usuários.

A disfagia pode ser resultado de diferentes fatores que provocam alterações que dificultam a condução do bolo alimentar entre a boca e o estômago. Algumas drogas que podem provocar ou piorar a disfagia atuam no sistema nervoso central (SNC), no sistema nervoso periférico (SNP), nos músculos, na sensibilidade da orofaringe, provocando alterações na produção de saliva ou lesões esofágicas^{85,86}.

No Brasil, estudo realizado com usuários de cocaína e ou *crack*, identificou que 22,2% destes tinham disfagia, embora não tenha especificado quais os testes ou protocolos tenham sido utilizados para o diagnóstico¹⁰. Um estudo⁸² de relato de casos, realizado na Espanha, descreveu a utilização de um questionário, para avaliar a regurgitação nasal, e da videofluoroscopia, para observar a deglutição de seis pacientes usuários de cocaína inalada, que tiveram perfuração no palato.

A causa da necrose tissular por inalação de cocaína está associada à vasoconstrição, que é uma função da estimulação simpática, desencadeada pela diminuição de norepinefrina e reabsorção química da epinefrina. A inalação de cocaína também causa vasoconstrição por contrações do músculo liso vascular. A vasoconstrição prolongada pode produzir isquemia da mucosa, atrofia e necrose do tecido⁶⁷. No caso de necrose palatal, a disfagia ocorre na fase oral, uma vez que não há separação entre as cavidades oral e nasal. O sintoma é o refluxo nasal ou a passagem dos alimentos para dentro da cavidade nasal quando há tentativa de engolir líquidos e sólidos. O alimento pode simplesmente entrar na cavidade nasal e, gradualmente, ser limpo ou sair parcialmente pela passagem nasal. Há prejuízo para engolir e também interfere no prazer de comer⁵. Estas alterações anatômicas, pelo uso da cocaína inalada, são as mais relatadas na literatura^{66,67,70,73,76,82,87-101}.

No caso dos usuários de *crack*, as queixas de disfagia se relacionam principalmente a lesões inflamatórias nas estruturas envolvidas no processo de deglutição (60%). O *crack* é convertido em vapor quente, quando fumado, podendo provocar queimaduras das mucosas do trato aerodigestivo superior, quando

inalado⁶⁶. Além disso, diminui a sensibilidade, que é reforçada pelo desenvolvimento de anestesia tópica quando a cocaína entra em contato com as mucosas. Estes fatores contribuem para aspiração da orofaringe e ingestão de objetos estranhos, com consequentes queimaduras na laringofaringe⁸³.

Em estudo de caso⁸³ com um usuário de crack de 35 anos, em Washington, foi observado que estes dois fatores contribuíram para aspiração da orofaringe e ingestão de um objeto estranho, com consequentes queimaduras na laringofaringe. Neste paciente também foi observada a dificuldade de deglutição para alimentos sólidos e líquidos. Em estudo de caso em Los Angeles¹⁰², uma usuária de crack de 41 anos apresentou queixa de sensação de corpo estranho na garganta durante 3 dias, dificuldade de respiração, dor ao falar, aumentando secreções e disfagia grave com incapacidade para engolir sólidos e líquidos. Por intermédio de nasofibrolaringoscopia da paciente, foram observadas múltiplas áreas de queimaduras da mucosa da parede posterior da faringe, epiglote, aritenóides e superfície da laringe¹⁰². Outros estudos também referem as lesões inflamatórias como causa da disfagia¹⁰³⁻¹⁰⁵.

Estudos com usuários de cocaína inalada¹⁰⁶⁻¹¹¹ e injetada¹¹² apresentaram alterações neurológicas com consequentes sintomas de alteração da deglutição. A disfagia nestes casos é considerada um distúrbio neuromuscular, sendo necessária a avaliação da deglutição, indicação de consistências alimentares seguras e fonoterapia para reabilitação funcional das estruturas⁴.

3 Justificativa

Diversos estudos, desde 1986, têm relatado a presença de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack*. Por outro lado, não há maiores detalhes sobre os métodos de investigação utilizados, nem há análise do impacto que este distúrbio tem na qualidade de vida ou na reabilitação destes indivíduos. Em relação à qualidade de vida, um estudo realizado no Brasil com usuários de substâncias psicoativas, verificou que estes apresentam escores inferiores comparados a não usuários no domínio total e sócio emocional nas respostas do questionário de Qualidade de Vida e Voz¹⁵, mas este não relaciona a qualidade de vida à disfagia.

Desta forma, com o intuito de ampliar o conhecimento acerca da associação entre disfagia e o abuso de cocaína e ou *crack*, torna-se necessário

realizar uma revisão aprofundada sobre características comuns entre usuários destas substâncias que apresentaram sintomas de disfagia, bem como investigar as possibilidades de tratamento diante de diferentes alterações envolvidas. Além disso, é indispensável a realização de novos estudos, com amostras ampliadas em relação às disponíveis na literatura, e que explorem melhor as condições de avaliação da disfagia, bem como as consequências na qualidade de vida dos usuários de cocaína e ou *crack*, que referem sintomas de deglutição prejudicada.

Isto permitirá direcionar estes usuários para tratamento do uso de drogas e reabilitação da disfagia, possibilitando estabilizar o aspecto nutricional e eliminar os riscos de aspiração laringotraqueal e consequentes complicações associadas¹¹³. Novos dados podem demonstrar a importância do atendimento multidisciplinar, com a inclusão do fonoaudiólogo, no tratamento e destes dependentes químicos. Esta intervenção pode favorecer a melhora da qualidade de vida em usuários de cocaína e ou *crack* e aumentar a motivação para continuidade no tratamento do uso de drogas.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Investigar a presença de sintomas de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack*, que procuraram um centro de atendimento para prevenção do uso de drogas.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar alterações na deglutição dos usuários de cocaína e ou *crack*, por meio do teste V-VST, na amostra presencial;
- Verificar alterações na qualidade de vida dos usuários de cocaína e ou *crack* que apresentaram sintomas sugestivos de disfagia;
- Investigar a associação entre dependência química e disfagia na qualidade de vida.
- Investigar o efeito da disfagia na qualidade de vida de usuários de cocaína e ou *crack*.

- Verificar a associação entre frequência, quantidade e tempo de uso e a presença de sintomas sugestivos de disfagia e seu impacto na qualidade de vida de usuários de cocaína e ou *crack*.
- Verificar a associação entre o sexo, a idade, a substância utilizada e a presença de sintomas sugestivos de disfagia e seu impacto na qualidade de vida de usuários.
 - Estabelecer as características sociodemográficas na amostra estudada.
 - Revisar referências bibliográficas que relacionem sintomas de disfagia ao uso de cocaína e ou *crack*, bem como alterações estruturais ou neurológicas que justifiquem tal associação, verificando-se as principais ocorrências, os métodos de investigação destes sintomas e os tratamentos propostos.

5 Referências Bibliográficas

1. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavè P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume–Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil.* 2014;26(9):1256–65.
2. Furkim AM; Santini CRQS. *Disfagias Orofaríngeas*. Barueri: Pró-Fono, 2008.
3. Finiels H, Strudel D, Jacquot JM. Deglutition disorders in the elderly. Epidemiological aspects. *Presse Med.* 200; 30(33):1623-34.
4. Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes ICD. *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise, 1997/1998. v. 4.
5. Ruscello DM, Gallaher K, Strasser S. Speech and Swallowing Sequelae of Palatal Tissue Necrosis Due to Drug Abuse. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2016:1-6.
6. Myon L, Delforge A, Raoul G, Ferri J. Palatal necrosis due to cocaine abuse. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale.* 2010;111(1):32-5.
7. Cregler LL, Mark H. Medical complications of cocaine abuse. *N Engl J Med* 1986;315:1495-500.
8. Snyderman C, Weissmann J, Tabor E, Curtin, H. Crack Cocaine Burns of the Larynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 117(7):792-5.
9. Silverman RS, Lee-Chiong, Jr TL, Sherter CB. Stridor From Edema of the Arytenoids, Epiglottis, and Vocal Cords After Use of Free-Base Cocaine. *Chest.* 1995;108(5):1477-8.

10. Nassif Filho ACN, Betttega SG, Lunedo S, Maestri JE, Gortz F. Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. *Rev Ass Med Brasil* 1999; 45(3): 237-41.
11. Carrara de-Angelis E, Bandeira AKC. Qualidade de vida em deglutição. In: Jotz GP, Carrara de-Angelis E, Barros APB. *Tratado de deglutição e disfagia: no adulto e na criança*. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. p. 364-8.
12. Moreira TC, Gadenz C, Figueiró LR, Capobianco DM, Cunha K, Ferigolo M, Barros HMT, Cassol M. Uso de substâncias psicoativas, alterações vocais e qualidade de vida em usuários de drogas lícitas e ilícitas. *Rev CEFAC*. 2015,17(2), 374-84.
13. Zubaran C, Foresti K. Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22(3):281-6.
14. Ventegodt S, Merrick J. Psychoactive Drugs and QOL. *Sci World J* 2003; 3:694-706.
15. Moreira TC, Figueiró LR, Fernandes S, Justo FM, Dias IR, Barros HMT, Ferigolo M. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(7), 1953-62.
16. Pinto RASR. Neurologia da deglutição. In: Furkim AM; Santini CRQS. *Disfagias Orofaríngeas*. São Paulo: Pró-Fono, 2008. v. 2. p. 1-14
17. Marchesan IQ. Deglutição-normalidade. In:Furkim AM; Santini CRQS. *Disfagias Orofaríngeas*. São Paulo: Pró-Fono, 1999. p. 3-18.
18. Costa, MMB. Deglutição & Disfagia: Bases Morfofuncionais e Videofluoroscópicas. Rio de Janeiro: LABMOTDIG, 2013. p. 280-300.
19. Leslie P, Carding PN, Wilson JA. Investigation and management of chronic dysphagia. *BMJ*. 2003;326(7386):433-6.
20. Ramsey DJC, Smithard DG, Kalra I. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke* 2003; 34(5):1252-7.
21. Martinez EJ, Nord HJ. Significance of solitary and multiple esophageal ulcers in patients with AIDS. *South Med J*. 1995;88(6):626-9.
22. Araujo DR, Bicalho ICS, Di Francesco R. Disfagia em pacientes portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS. *Rev CEFAC*, 2005; 7(1):42-9.
23. Raufman JP. Odynophagia/dysphagia in AIDS. *Gastroenterol Clin North Am* 1988; 17(3) : 599-614.
24. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2013. [atualizado em 2015; acesso em 2017 Abr 08]. Disponível em:

http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf

25. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. 2008;117(12):919-24.
26. Gonçalves MIR, Reimaili CB, Behlau M. Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool – EAT-10. *CoDAS*. 2013;25(6):601-4.
27. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*. 2008;27(6): 806-15.
28. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil*. 2014;26(9):1256-65.
29. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
30. Cassol K, Galli JFM, Zamberlan NE, Dassie-Leite AP. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;24(3):223-32.
31. McHorney CA, Robbins J, Lomax K, Rosenbek JC, Chignell K, Kramer AE, et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*. 2002;17(2): 97-114.
32. Portas JG. Validação para a língua portuguesa-brasileira dos questionários: qualidade de vida em disfagia (SWAL-QOL) e satisfação do paciente e qualidade do cuidado no tratamento da disfagia (SWAL-CARE) [dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2009.
33. Goldstein RA, DesLauriers C, Burda A, Johnson-Arbor K. . Cocaine: History, Social Implications, and Toxicity - A Review. 2009;26(1):10-7.
34. Escohotado A. *Historia General de Las Drogas*. 7 ed. Madrid: Espasa Calpe, 2005.
35. Dias AC, Araujo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(5):938-48.
36. Leite MC, Andrade AC, et al. *Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
37. Ferreira PEM, Martini RK. Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001; 23(2):96-9.

38. Zago JA. Freud e o uso de cocaína: história e verdade. *Casos Clínicos Psiquiatria*. 2000; 2(1):42-7.
39. Gold MS. *Cocaine*. New York: Plenum Medical Book Company, 1993.
40. Carlini EA, Noto AR, Galduróz JCF, Nappo AS. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente: Rio de Janeiro e São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1996; 45(4):227-36.
41. Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2008; 30(2):96-8.
42. Sanchez ZVDM, Nappo AS. Sequencia de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):420-30.
43. United Office on Drugs and Crime . *World Drug Report 2014*. [acesso em 2017 Mar 08]. Disponível em:
https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
44. United Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2016*. [acesso em 2017 Mar 08]. Disponível em:
https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
45. United Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2015*. [acesso em 2017 Mar 08]. Disponível em:
https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
46. *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)*. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. UNIFESP. São Paulo, 2012
47. Brasil, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Rio de Janeiro, 2013. [acesso em 2017 Mar 08]. Disponível em:
http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto_epidemiologico_17set.pdf
48. *Pesquisa Nacional sobre o uso do crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
49. Tuchman E. Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *J Addict Dis*. 2010;29(2):127-38.
50. Van Etten ML, Anthony JC. Male-female differences in transitions from first drug opportunity to first use: searching for subgroup variation by age, race, region, and urban status. *J Women's Health and Gender Based Med*. 2001;10(8):797-804.
51. Van Etten ML, Neumark YD, Anthony JC. Male-female differences in the earliest stages of drug involvement. *Addiction*. 1999; 94(9):1413-9.

52. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22(2):241-52.
53. Becker JB, Hu M. Sex differences in drug abuse. *Front Neuroendocrinol.* 2008;29(1):36-47.
54. Green CA. Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Res Health.* 2006;29(1):55-62.
55. Grella CE. From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *J Psychoactive Drugs.* 2008; 5:327-43.
56. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(5):566-76.
57. Hecksher D, Hesse M. Women and substance use disorders. *Mens Sana Monogr.* 2009;7(1): 50-62.
58. Tavitian-Exley I, Vickerman P, Bastos FI, Boily MC. Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2015;110(4):572-84.
59. Dackis CA, Kampman KM, Lynch KG, Pettinati HM, O'Brien CP. A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for cocaine dependence. *Neuropsychopharmacology.* 2005;30:205-211.
60. Caetano D. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993-2011. Tradução de: The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.
61. Sofuoglo M, Dudish-Poulsen S, Poling J, Mooney M, Hatsukami DK. The effect of individual cocaine withdrawal symptoms on outcomes in cocaine users. *Addict Behav.* 2005;30:1125-34.
62. Etchepare M, Dotto ER, Domingues KA, Colpo E. Perfil de adolescentes usuários de *crack* e suas consequências metabólicas. *Revista da AMRIGS.* 2011; 55(2):140-6.
63. Lozano OM, Domingo-Salvany A, Martinez-Alonso M, Brugal MT, Alonso J, La Fuente L, ITINERE Investigators. Health-related quality of life in young cocaine users and associated factors. *Qual Life Res.* 2008; 17(7):977-85.
64. Chen K, Scheier LM, Kandel DB. Effects of chronic cocaine use on physical health: A prospective study in a general population sample. *Drug Alcohol Depend.* 1996;43(1-2):23-37.

65. Meleca RJ, Burgio DL, Carr RM, Lolachi CM. Mucosal Injuries of the Upper Aerodigestive Tract After Smoking Crack or Freebase Cocaine. *Laryngoscope* 1997;107(5): 571–702.
66. Deutsch HL, Millard Jr DR. A New Cocaine Abuse Complex: Involvement of Nose, Septum, Palate, and Pharynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1989;115(2):235-7.
67. Birchenough SA, Borowitz K, Lin KY. Complete soft palate necrosis and velopharyngeal insufficiency resulting from intranasal inhalation of prescription narcotics and cocaine. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2007;18(6):1482-5.
68. Vilela RJ, Langford C, McCullagh L, Kass ES. Cocaine-induced oronasal fistulas with external nasal erosion but without palate involvement. *Ear Nose Throat J*, 2002; 81:562–3.
69. Talbott JF, Gorti GK, Koch RJ. Midfacial osteomyelitis in a chronic cocaine abuser: a case report. *Ear Nose Throat J* 2001, 80:738-43.
70. Yewell J, Haydon R, Archer S, Manaligod JM. Complications of intranasal prescription narcotic abuse. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2002;111:174–7.
71. Trimarchi M, Nicolai P, Lombardi D, Facchetti F, Morassi ML, Maroldi R, Gregorini G, Specks U. Sinonasal osteocartilaginous necrosis in cocaine abusers: experience in 25 patients. *Am J Rhinol*. 2003;17:33–43
72. Mattson-Gates G, Jabs AD, Hugo NE. Perforation of the hard palate associated with cocaine abuse. *Ann Plast Surg*. 1991;26:466-8.
73. Lancaster J, Belloso A, Wilson CA, McCormick M. Rare case of naso-oral fistula with extensive osteocartilaginous necrosis secondary to cocaine abuse: review of otorhinolaryngological presentations in cocaine addicts. *J Laryngol Otol*. 2000;114:630-3.
74. Seyer BA, Grist W, Muller S. Aggressive destructive midfacial lesion from cocaine abuse. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;94:465–70.
75. Silvestre FJ, Perez-Herbera A, Puente-Sandoval A, Bagán JV. Hard palate perforation in cocaine abusers: a systematic review. *Clin Oral Invest*. 2010;14:621–8.
76. Smith JC, Kacker A, Anand VK. Midline nasal and hard palate destruction in cocaine abusers and cocaine's role in rhinologic practice. *Ear Nose Throat J*. 2002;81:172–7.
77. Ronda JM, Sancho M, Lafarga J, Gras JR, Aracil A. Midfacial necrosis secondary to cocaine-abuse. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2002;53:129–32.
78. Castro LG, Muller AP, Mimura MA, Migliari DA. Hard palate perforation: an unusual finding in paracoccidioidomycosis. *Int J Dermatol*. 2001;40:281–3.

79. Karabulut AB, Kabakas F, Berköz O, Karakas Z, Kesim SN. Hard palate perforation due to invasive aspergillosis in a patient with acute lymphoblastic leukemia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005;69:1395–8.
80. Mari A, Arranz C, Gimeno X, Lluch J, Pericot J, Escuder O, et al. Nasal cocaine abuse and centropalatal destructive process: report of three cases including treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;93:435–9.
81. Bains MK, Hosseini-Ardehali M. Palatal perforations: past and present. Two case reports and a literature review. *Br Dent J*. 2005;199:267–9.
82. Di Cosola M1, Turco M, Acero J, Navarro-Vila C, Cortelazzi R. Cocaine-related syndrome and palatal reconstruction: report of a series of cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007;36(8):721-7
83. Ginsberg GG, Lipman TO. Endoscopic diagnosis of thermal injury to the laryngopharynx after crack cocaine ingestion. *Gastrointest Endosc*. 1993;39(6):838-9.
84. Aroesty DJ, Crockett DM, Stanley RB. Pneumomediastinum and Cervical Emphysema from the Inhalation of “Free Based” Cocaine: Report of Three Cases. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 1986;94(3):372-4.
85. Stoschus B, Allescher HD. Drug-induced dysphagia. *Dysphagia*. 1993;8(2):154-9.
86. Buchholz DW. Oropharyngeal dysphagia due to iatrogenic neurological dysfunction. *Dysphagia*. 1995;10(4):248-54.
87. Brembilla C, Lanterna LA, Risso A, Bombana E, Gritti P, Trezzi R, et al. Craniovertebral junction instability as an extension of cocaine-induced midline destructive lesions: Case report. *J Neurosurg Spine*. 2015;23(2):159-65.
88. Padilla Rosas M, Jimenez Santos CI, García González CL. Palatine perforation induced by cocaine. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11(3):153-6.
89. Rowshani AT, Schot LJ, Ten Berge IJM. c-ANCA as a serological pitfall. *Lancet*. 2004;363(9411):782.
90. Bhatt VR, Koirala B, Terjanian T. Extranodal natural killer/T cell lymphoma, nasal type presenting as a palatal perforation and naso-oral fistula. *BMJ Case Reports*. 2011;1:1-4.
91. Zwang NA, Wagner LBV, Rose S. A case of Levamisole-induced systemic vasculitis and cocaine-induced midline destructive lesion a case report. *J Clin Rheumatol*. 2011;17(4):197-200.
92. Cintra HL, Basile FV, Tournieux TT, Pitanguy I, Basile AR. Midline palate perforation secondary to cocaine abuse. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008;61(5):588-90.

93. Cottrell DA, Mehra P, Malloy JC, Ghali GE. Midline palatal perforation. *J Oral Maxillofac Surg.* 1999;57(8):990-5.
94. Colletti G, Autelitano L, Chiapasco M, Biglioli F, Giovanditto F, Mandalà M, et al. Oropharyngeal dysphagia due to iatrogenic neurological dysfunction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(7):1395
95. Bianchi FA, Gerbino G, Tosco P, Tanteri G, Gatti G, Ramieri G. Progressive midfacial bone erosion and necrosis: Case report and differential diagnosis. *J Craniomaxillofac Surg.* 2014;42(8):1698-703.
96. Colletti G, Allevi F, Valassina D, Bertossi D, Biglioli F. Repair of cocaine-related oronasal fistula with forearm radial free flap. *J Craniofac Surg.* 2013;24(5):1734-8.
97. Sittel C, Eckel HE. Nasal cocaine abuse presenting as a central facial destructive granuloma. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 1998;255(9):446-7.
98. Gendeh BS, Ferguson BJ, Johnson JT, Kapadia S. Progressive Septal and Palatal Perforation. *Med J Malaysia.* 1998;53(4):435-8.
99. Kuriloff DB, Kimmelman CP. Osteocartilaginous necrosis of the sinonasal tract following cocaine abuse. *Laryngoscope.* 1989;99(9):918-24.
100. Villa PD. Midfacial Complications of Prolonged Cocaine Snort. *J Can Dent Assoc.* 1999;65(4):218-23.
101. Silvestre FJ1, Salort-Llorca C, Mínguez-Serra MP, Silvestre-Rangil J. Cocaine-related oronasal communication and hard palate destruction. *J Investig Clin Dent.* 2012;3(2):157-60.
102. Ludwig WG, Hoffner RJ. Upper airway burn from crack cocaine pipe screen ingestion. *Am J Emerg Med.* 1999;17(1):108-9.
103. Appel-Da-Silva MC, D'Incao RB, Antonello VS, Cambuzzi E. Gastrointestinal complications and esophageal stenosis after crack cocaine abuse. *Endoscopy.* 2013;45 Suppl 2.
104. Buckmire RA, Kwon TK. Bilateral obstructing laryngeal epithelial adenomatous hamartomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;131(3):259-61.
105. Macfarlane R, Hart J, Henry JA. A man with a massive uvula. *Lancet.* 2002;359(9305):492.
106. Vosoughi R, Schmidt BJ. Multifocal leukoencephalopathy in cocaine users: A report of two cases and review of the literature. *BMC Neurology.* 2015;15(1).
107. Gorelik N, Tampieri D. Cocaine-induced vasospasm causing spinal cord transient ischemia. *Neuroradiol JI.* 2012;25(3):364-7.

108. Milinis K, Mohammed M, Dyer JE, Sutton PA. Cerebral cavernous malformation: A diagnostic challenge in a young patient with intracerebral haemorrhage. *BMJ Case Reports*. 2012;1-3.
109. Valmaggia C, Gottlob I. Cocaine abuse, generalized myasthenia, complete external ophthalmoplegia, and pseudotonic pupil. *Strabismus*. 2001;9(1):9-12.
110. Daras M, Samkoff LM, Koppel BS. Exacerbation of myasthenia gravis associated with cocaine use. *Neurology*. 1996 Jan;46(1):271-2.
111. DeVore RA, Tucker HM. Dysphagia and dysarthria as a result of cocaine abuse. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1988;98(2):174-5.
112. Kraus J, Baumeier A, Boentert M, Husstedt IW, Nabavi DG, Ringelstein EB, et al. Acute toxic polyradiculopathy after exorbitant intracarotid substance abuse. *J Neurol*. 2006;253(6):815-6.
113. DePippo KL, Holas MA, Reding MJ, Mandel FS, Lesser ML. Dysphagia therapy following stroke: a controlled trial. *Neurol*. 1994;44(9):1655-60.

6 Artigos

6.1 A disfagia como consequência do uso de cocaína e ou crack:

revisão bibliográfica

Será enviado para a revista CEFAC

Karini Mayer Silva da Cunha
Taís de Campos Moreira
Sheila Taminini de Almeida
Helena Maria Tannhauser Barros
Maristela Ferigolo

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A disfagia é um distúrbio da deglutição resultante de uma anormalidade anatômica ou funcional (neuromuscular) em qualquer estrutura e fase do processo de deglutição. Devido a alterações nas estruturas anatômicas ou funcionais da cabeça e pescoço, a disfagia é um dos sintomas apresentados por usuários de cocaína e ou *crack*. **OBJETIVO:** Analisar artigos de estudo de caso que relacionem sintomas de disfagia ao uso de cocaína e ou *crack*, bem como alterações estruturais ou neurológicas que justifiquem tal associação, verificando-se as principais ocorrências, os métodos de investigação destes sintomas e os tratamentos propostos. **MÉTODOS:** Realizou-se revisão da literatura com buscas nas bases de dados PubMed, Medline, Web of Sciences, SCOPUS, LILACS e SciELO, sem restrições ao ano de publicação, a partir das seguintes palavras-chave: COCAINE AND DYSPHAGIA OR DEGLUTITION OR SWALLOWING, sendo incluídos 43 estudos de caso. **CONCLUSÃO:** Identificados importantes relatos de presença de sintomas de disfagia entre usuários de cocaína e ou *crack*, porém os registros apresentados não possuem grande fator de impacto e de generalização. Desta forma, novos estudos, com amostras mais significativas e diagnósticos mais precisos, são necessários para ampliar os conhecimentos acerca deste tema.

Palavras-chave: Disfagia, distúrbios de deglutição, cocaína, crack.

INTRODUÇÃO

A disfagia é um distúrbio da deglutição resultante de uma anormalidade anatômica ou funcional que dificulta ou impossibilita a condução do bolo alimentar, com segurança, até o esôfago^{1,2}. Estas alterações podem ocasionar desidratação, desnutrição, asfixia, infecções recorrentes do trato respiratório, bem como o aumento da morbimortalidade³.

Devido a alterações nas estruturas anatômicas ou funcionais da cabeça e pescoço, a disfagia é um dos sintomas apresentados por usuários de cocaína e ou *crack*⁴. O consumo de cocaína ou de *crack* é capaz de lesar grande área do trato aerodigestivo superior, ocasionando alterações na mucosa e estruturas nasais, na faringe, na mucosa oral, na laringe e na região superior do esôfago. Tanto os efeitos irritativo e vasoconstritor, quanto a inalação de gases quentes podem levar a

queimaduras. Além disso, substâncias que fazem parte do material utilizado para aquecer o crack podem ser inaladas, gerando lesões às mucosas oronasais⁵.

Segundo levantamento do United Office on Drugs and Crime⁶, estima-se que há 18,3 milhões de usuários de cocaína no mundo, atingindo cerca de 0,4% da população adulta mundial (15-64 anos) e, apesar deste uso gerar consequências que possam estar relacionados com distúrbios importantes de deglutição, não há registros que explorem este assunto de forma objetiva.

Com o intuito de ampliar o conhecimento acerca desta associação, a presente revisão destaca os temas: perfuração de palato e lesões faciais de linha média por uso de cocaína inalada, lesões térmicas e alterações estruturais por uso de *crack*, doenças causadas direta ou indiretamente pelo uso de cocaína e ou *crack* e alterações neurológicas pelo uso de cocaína injetada ou pelo uso crônico destas substâncias que tenham a disfagia como consequência, uso de outras drogas que possam ter relação com tais alterações e os tratamentos utilizados em cada caso. A análise destes assuntos serve como norteador para que surjam novas pesquisas que relacionem a disfagia ao uso de cocaína e ou *crack*, permitindo que outros profissionais, como o fonoaudiólogo, sejam incluídos no tratamento multidisciplinar destes usuários.

O objetivo desta revisão bibliográfica foi analisar artigos de estudo de caso que relacionem sintomas de disfagia ao uso de cocaína e ou *crack*, bem como alterações estruturais ou neurológicas que justifiquem tal associação, verificando-se as principais ocorrências, os métodos de investigação destes sintomas e os tratamentos propostos.

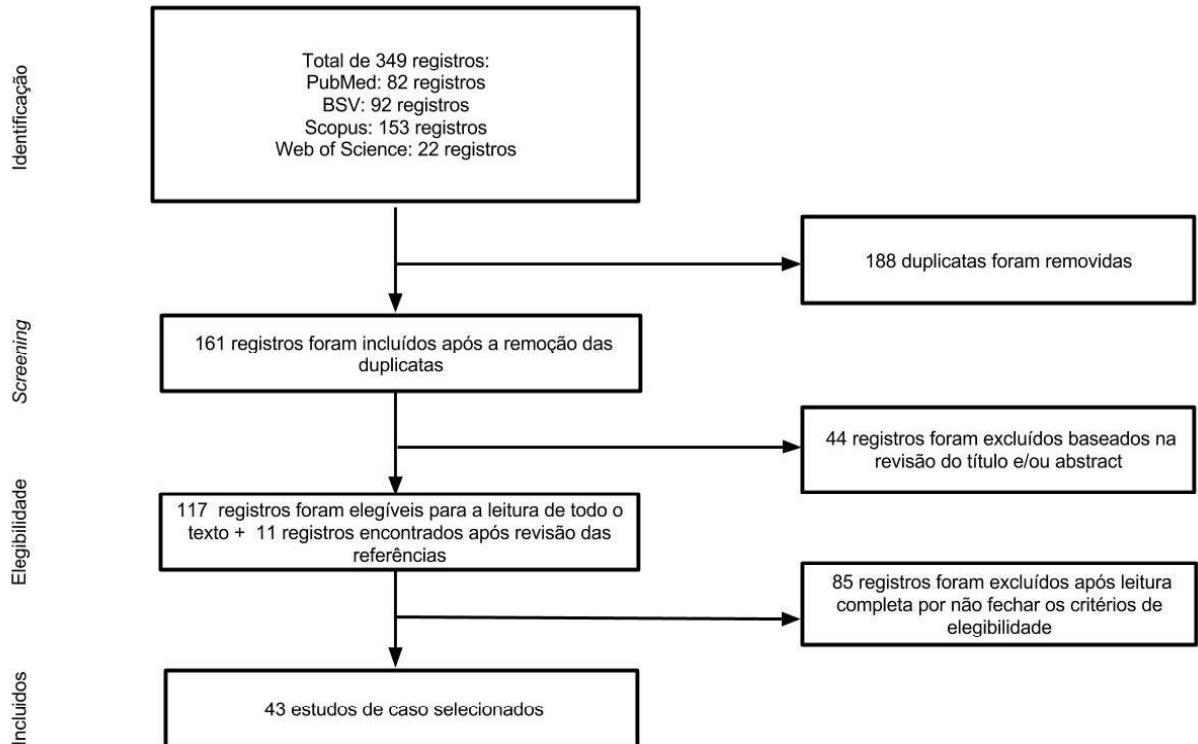
MÉTODOS

Realizou-se uma revisão da literatura. Foram realizadas buscas, em julho de 2016, nas bases de dados PubMed, Medline, Web of Sciences, SCOPUS, LILACS e SciELO, sem restrições ao ano de publicação, a partir das seguintes palavras-chave: COCAINE AND DYSPHAGIA OR DEGLUTITION OR SWALLOWING. Para os artigos selecionados foram utilizados como critério de inclusão possuir os termos utilizados na busca em qualquer campo dos artigos.

Nessa revisão foram elencadas 349 referências bibliográficas, sendo optado pelo delineamento de estudo de caso, pois se tratavam da maioria entre os

estudos encontrados. Foram excluídos 124 estudos, pois não abordavam nenhum tema proposto, quatro estudos que apresentavam outros delineamentos e um estudo que foi publicado apenas em resumo (Figura 1). As referências foram agrupadas conforme as formas de administração da cocaína: aspirada, injetada ou fumada (descritas nos quadros 1, 2, 3 e 4).

Figura 1 - Fluxograma das fases da revisão bibliográfica



Fonte: Cunha, KMS (2016)

Quadro 1 - Características dos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.							
Autor, Ano	País	Via de administração	Número de participantes	Sexo (Idade) dos participantes	Tempo de uso	Abstinência	Uso associado de outras substâncias
Vosoughi R, 2015 ⁷	Canadá	Aspirada	2*	M (25)	n.a.	n.a.	Canabinóides e oxicodeona
Brembilla C, 2015 ⁸	Itália	Aspirada	1	M (44)	25 anos	n.a.	n.a.
Mascarenhas JG, 2014 ⁹	Brasil	Intravenosa	1	M (44)	n.a.	n.a.	Álcool e tabaco
Bianchi FA, 2014 ¹⁰	Itália	Aspirada	1	F (31)	5 anos	0	Sem uso associado
Colletti G, 2014 ¹¹	Itália	Aspirada	4	M (43)	10 anos	24 meses	n.a.
				F (46)	9 anos	24 meses	
				F (36)	5 anos	18 meses	
				F (39)	10 anos	0	
Appel-da Silva MC, 2013 ¹²	Brasil	Fumada	1	M (29)	10 anos	0	n.a.
Colletti G, 2013 ¹³	Itália	Aspirada	4*	F (35)	5 anos	18 meses	n.a.
				F (37)	10 anos	0	n.a.
Vlastarakos PV, 2013 ¹⁴	Reino Unido	Aspirada	1	M (21)	n.a.	5 dias	n.a.
Milinis K, 2012 ¹⁵	Reino Unido	Aspirada	1	M (18)	n.a.	N.a.	Maconha e extase
Gorelik N, 2012 ¹⁶	Canadá	Aspirada	1	F (25)	n.a.	0	Álcool e tabaco
Silvestre FJ, 2012 ¹⁷	Espanha	Aspirada	4*	F (34)	9 anos	0	Álcool, tabaco, hipnóticos e ansiolíticos
				M (37)	17 anos	8 meses	n.a.
				M (44)	9 anos	0	tabaco
Zwang NA, 2011 ¹⁸	EUA	Aspirada	1	M (52)	n.a.	n.a.	Álcool, tabaco, maconha, levamisol (misturado à cocaína)
Bhatt VR, 2011 ¹⁹	EUA	Aspirada	1	M (21)	4 meses	0	Sem uso associado
Wiens MO, 2010 ²⁰	Canadá	Aspirada	2*	F (28)	n.a.	0	Levamisol (misturado à cocaína)
Cintra HL, 2008 ²¹	Brasil	Aspirada	2	F (25)	8 anos	n.a.	n.a.
				F (42)	4 anos	n.a.	n.a.

Cont. Quadro 1 - Características dos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.									
Autor, Ano	País	Via de administração	Número de participantes	Sexo (idade) dos participantes	Tempo de uso	Abstinência	Uso associado de outras substâncias		
Birchough SA, 2007 ²²	EUA	Aspirada	1	F (33)	4 anos	7	Acetaminofeno, oxicodona, tabaco		
Di Cosola M, 2007 ²³	Espanha	Aspirada	6	M=4; F=2 (29 a 46 anos)	n.a.	n.a.	n.a.		
Duggal HS, 2007 ²⁴	EUA	Aspirada	1	M (37)	n.a.	1 dia	Sem uso associado		
Kraus J, 2006 ²⁵	Alemanha	Intravenosa	1	M (23)	n.a.	0	Heroína, opióides, canabinoides		
Padilla-Rosas M, 2006 ²⁶	México	Aspirada	1	F (48)	1 ano	n.a.	Maconha e álcool		
Buckmire RA, 2005 ²⁷	EUA	Fumada	1	F (35)	6 anos	n.a.	Tabaco		
Losman JA, 2004 ²⁸	EUA	Fumada	1	M (53)	n.a.	n.a.	Tabaco		
Rowshani AT, 2004 ²⁹	Holanda	Aspirada	1	M (30)	n.a.	0	n.a.		
Smith JC, 2002 ³⁰	EUA	Aspirada	2*	M (47)	14 anos	n.a.	n.a.		
Macfarlane R, 2002 ³¹	Inglaterra	Fumada	1	M (21)	n.a.	0	Ecstasy		
Yewell J, 2002 ³²	EUA	Aspirada	1	F (26)	n.a.	n.a.	Bitartrato de hidrocodona, acetaminofeno		
Valmaggia C, 2001 ³³	Reino Unido	Aspirada	1	F (29)	n.a.	6 dias	Heroína e metadona		
Lancaster J, 2000 ³⁴	Inglaterra	Aspirada	1	M (33)	n.a.	n.a.	n.a.		
Cottrell DA, 1999 ³⁵	EUA	Aspirada	1	F (33)	5 anos	n.a.	Tabaco		
Villa PD, 1999 ³⁶	Canadá	Aspirada	1	M (38)	n.a.	n.a.	Tabaco		
Gendeh BS, 1998 ³⁷	EUA	Aspirada	1	M (44)	n.a.	4 meses	Tabaco		
Sittel C, 1998 ³⁸	Alemanha	Aspirada	1	M (35)	n.a.	n.a.	n.a.		
Mayo-Smith MF, 1997 ³⁹	EUA	Fumada	4*	F (22, 24, 28)	n.a.	n.a.	n.a.		

Cont. Quadro 1 - Características dos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.								
Autor, Ano	País	Via de administração	Número de participantes	Sexo (idade) dos participantes	Tempo de uso	Abstinência	Uso associado de outras substâncias	
Meleca RJ, 1997 ⁵	EUA	Fumada	7	M (29, 43); F (30, 30, 32, 35, 35)	n.a.	0	n.a.	
Daras M, 1996 ⁴⁰	EUA	Aspirada	1	M (33)	n.a.	n.a.	Sem uso associado	
Reino AJ, 1993 ⁴¹	EUA	Fumada	2	F (24)	n.a.	0	Tabaco	
				F (39)			Tabaco e álcool	
Ginsberg GG, 1993 ⁴²	EUA	Fumada	1	M (35)	n.a.	0	n.a.	
Snyderman C, 1991 ⁴³	EUA	Fumada	2	M (42)	n.a.	0	Tabaco	
				M (31)			n.a.	
Riccio JC et al, 1990 ⁴⁴	EUA	Fumada	1	F (19)	n.a.	0	n.a.	
Kuriloff DB, 1989 ⁴⁵	Canadá	Aspirada	5*	F (29)	2 anos	n.a.	n.a.	
Deutsch HL, 1989 ⁴⁶	EUA	Aspirada	1	F (24)	2 anos e 6 meses	n.a.	n.a.	
Devore RA, 1988 ⁴⁷	EUA	Aspirada	1	F (22)	n.a.	n.a.	Álcool e maconha	
Aroesty DJ, 1986 ⁴⁸	EUA	Aspirada	3	M=2; F=1 (20 a 26 anos)	n.a.	n.a.	n.a.	

*descritas apenas as características dos participantes que apresentaram queixas de distúrgia

EUA: Estados Unidos da América

n.a.: não apresentado

Quadro 2. Doenças, exames e tratamentos relacionados à disfagia nos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.						
Autor, Ano	Diagnósticos de doenças	Sinais de disfagia	Exames e resultados	Tratamento	Resultados	
Vosoughi R, 2015 ⁷	Leucoencefalopatia	Dificuldade de deglutição	Tomografia Computadorizada (TC): Hipodensidade de substância branca periventricular bilateral, áreas de hipersinal FLAIR em ambos hemisférios.	Metilprednisolona intravenosa por 5 dias	Após 21 meses, redução do tamanho das lesões existentes e sem novas lesões.	
Brembilla C, 2015 ⁸	Instabilidade da junção craniocervical	Disfagia, regurgitação nasal	Endoscopia nasal e tomografia computadorizada: Lesões ulcerativas no palato mole e parede posterior da nasofaringe; perfuração do septo e do palato duro; e necrose da úvula; Biópsia: tecido granuloso com infiltrado inflamatório, microabscesso, alterações vasculares.	Tratamento com antibiótico e antifúngico.	Seria realizada cirurgia de correção do septo e do palato duro após 6 meses da cessação do uso de cocaína. O paciente não voltou após 6 meses. Após 11 meses, voltou à instituição sem estar em abstinência da cocaína, fazendo uso ocasional.	
Mascarenhas JG, 2014 ⁹	AIDS, Linfoma de Burkitt	Desnutrição, desidratação, disfagia, tumor nasofaringe	Endoscopia nasal: corrimento de muco branco e lesão friável; tomografia computadorizada e ressonância magnética: ampliação da parede posterior da nasofaringe, destruição óssea no assoalho do seio esfenoidal e assimetria no tecido adiposo parafaríngeo.	Terapia anti-retroviral agressiva e quimioterapia; traqueostomia para assegurar a via aérea	Depois de dez dias de quimioterapia, ele não tinha obstrução nasal e tinha respondido favoravelmente ao tratamento.	
Bianchi FA, 2014 ¹⁰	Anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos	Regurgitação nasal	Tomografia computadorizada: Perfuração do palato duro e mole; Biópsia: necrose e inflamação crônica.	Antibióticos e obturador palatino, cirurgia após 6 meses da cessação da cocaína.	Paciente apresentava estrutura palatal satisfatória	
Colletti G, 2014 ¹¹	n.a.	Pacientes 1, 2 e 3 apresentaram regurgitação nasal para sólidos e líquidos.	Pacientes 1, 2 e 3 apresentaram no exame físico fistula no palato duro.	Pacientes 1, 2 e 3 foram submetidos à cirurgia para fechamento da fistula.	Após 24 meses, sem novas fístulas.	
					Após 15 meses, sem fistula residual.	
					Após 30 meses, resultado estável, sem regurgitação nasal.	

Cont. Quadro 2. Doenças, exames e tratamentos relacionados à disfagia nos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.						
Autor, Ano	Diagnósticos de doenças	Sinais de disfagia	Exames e resultados	Tratamento	Resultados	
Appel-da Silva MC, 2013 ¹²	Estenose de esôfago, com episódio anterior de perfuração de úlcera gástrica e colite isquêmica.	Disfagia para comidas sólidas e vômito	Endoscopia digestiva alta: eritema difuso e quebra das mucosas envolvendo a circunferência do esôfago, estase alimentar e estenose no esôfago; Radiografia do esôfago: estreitamento irregular do segmento distal do esôfago.	Encaminhamento para equipe cirúrgica para tratamento definitivo	n.a.	
Colletti G, 2013 ¹³	n.a.	Nas pacientes 3 e 4: regurgitação nasal de alimentos sólidos e líquidos.	Nas pacientes 3 e 4 o exame físico constatou fistula no palato.	Paciente 3: reconstrução do palato. Paciente 4: não cessou o uso de cocaína, realizado apenas o desbridamento local.	Sem fistula no palato após 12 meses. Necessidade da cessação completa do uso de cocaína antes do processo reconstrutivo	
Vlastarakos PV, 2013 ¹⁴	Hemorragia espontânea tonsilar	Desconforto ao engolir no lado direito	Histologia da amígdala excisada: Úlcera benigna, sobre amigdalite crônica com alargamento dos centros germinativos.	Amigdalectomia	Alta hospitalar no dia seguinte.	
Milinis K, 2012 ¹⁵	AVE e malformação cavernosa cerebral	Disfagia	Tomografia computadorizada: Hemorragia talâmica esquerda; Ressonância magnética e histopatológico: malformação cavernosa cerebral.	Craniotomia fronto-temporal	Recuperação sem intercorrências e após 3 meses de follow-up, realizados novos exames sem evidências de hemorragia recente.	
Gorelik N, 2012 ¹⁶	Vasoespasma causando isquemia medular transitória	Problemas de deglutição e diminuição do reflexo de gag	Exame físico: problemas de deglutição; Ressonância magnética da espinha cervical: difusão restrita focal envolvendo o lado direito da medula.	n.a.	Nas imagens após dois anos do incidente, a lesão diminuiu. Clinicamente, recuperou função motora e continência. Porém observou-se rigidez da marcha, dispnéia leve e fadiga.	

Cont. Quadro 2. Doenças, exames e tratamentos relacionados à disfagia nos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.						
Autor, Ano	Diagnósticos de doenças	Sinais de disfagia	Exames e resultados	Tratamento	Resultados	
Silvestre FJ, 2012 ¹⁷	n.a.	Pacientes 1: problemas de deglutição, com regurgitação nasal.	Exame físico: necrose no palato duro.	n.a.	n.a.	
		Paciente 2: dificuldades de engolir	Exame físico: lesão no palato duro; biópsia: hiperplasia epitelial e inflamação crônica.			
		Paciente 4: dificuldade de se alimentar	Exame físico: comunicação oronasal afetando palato duro e mole.			
		Disfagia leve	Examinação física: perfuração do septo nasal crônica até o palato duro.			
Zwang NA, 2011 ¹⁸	Vasculite sistêmica		Tomografia computadorizada: destruição do lado direito do palato duro e cornetos inferiores e superiores; Endoscopia nasal: fistula oro-nasal e tecido necrosado; Biópsia palatal: diagnóstico do vírus de Epstein-Barr (EBV); Linfoma extranodal de Células T e NK (natural killer).	Prednisona oral (anti-inflamatório)	Recomendação para cessar o uso de cocaína.	
Bhatt VR, 2011 ¹⁹	Linfoma extranodal de Células T e NK (natural killer)	Regurgitação nasal ocasional para sólidos e líquidos		Prednisona oral (anti-inflamatório); Moxifloxacino (antibiótico)	Queixas de disfagia e regurgitação nasal de alimentos permaneceram, sendo planejada a gastrostomia endoscópica percutânea. No dia seguinte, deixou o hospital.	
Wiens MO, 2010 ²⁰	Pneumonia, neutropenia	Dificuldade de engolir por causa de dor de garganta	Exame de sangue: neutropenia severa; exame de urina: levamisol	Antibióticos, Filgrastim	Depois de 80 dias, o paciente chegou à emergência outras três vezes com neutropenia, respondendo aos antibióticos e a cessação do uso de cocaína.	
Cintra HL, 2008 ²¹	Caso 1: n.a.	Em ambos os casos, dificuldade em engolir e regurgitação nasal	Em ambos os casos, o exame físico detectou perfuração do palato	Cirurgia para fechamento da perfuração do palato.	Os pacientes tiveram alta 24 h após a cirurgia, sem complicações. No follow-up (4 meses e 4 anos), não havia sinal de fístulas.	
	Caso 2: c-ANCA					

Cont. Quadro 2. Doenças, exames e tratamentos relacionados à disfagia nos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.						
Autor, Ano	Diagnósticos de doenças	Sinais de disfagia	Exames e resultados	Tratamento	Resultados	
Birchough et al, 2007 ²²	n.a.	Dificuldade em engolir alimentos de texturas consistentes e regurgitação nasal (sólidos e líquidos)	Exame físico: Necrose em todo palato mole, incluindo a maior parte da úvula.	Cirurgia para correção das estruturas	Após 3 meses, resolução das queixas.	
Di Cosola M, 2007 ²³	n.a.	Regurgitação nasal de sólidos e líquidos.	Questionário Seattle e videofluoscopia	Cirurgia para fechamento do palato	Regurgitação nasal parou para todas as consistências	
Duggal HS, 2007 ²⁴	Psicose, distonia aguda induzida por ziprasidona	Problemas para engolir.	Engrossamento da língua, constrição da garganta, trismo.	Benzotropina intramuscular, descontinuidade da ziprasidona, aripripazol e benzotropina oral	Distonia e sintomas de psicose começaram a desaparecer em poucos dias.	
Kraus J, 2006 ²⁵	Polirradiculopatia aguda	Disfagia	Neurografia seriada: neuropatia motora axonal generalizada; Angiografia por ressonância magnética cerebral e ecografia transcraniana: vasoespasmo tóxico transitório das grandes artérias cerebrais. Comprometimento motor bilateral extenso dos nervos cranianos III a XII, paresia severa do controle da cabeça. Tetraparesia flácida progressiva severa.	Imunoglobulina	Recebeu alta, entretanto, a paresia flácida persistiu nos músculos do pescoço, ombro e antebraços.	
Padilla-Rosas M, 2006 ²⁶	n.a.	Dificuldade de engolir devido à passagem de alimentos para a cavidade nasal.	Exame intrabucal: úlcera assintomática no palato duro, sem sinais de inflamação; Biópsia: infiltração inflamatória crônica e metaplasia escamosa em várias glândulas salivares menores.	Obturador palatino e encaminha para consulta psicológica.	Recomendação de procedimento cirúrgico para fechamento da fístula, mas o paciente não retornou para acompanhamento.	

Cont. Quadro 2. Doenças, exames e tratamentos relacionados à disfagia nos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.						
Autor, Ano	Diagnósticos de doenças	Sinais de disfagia	Exames e resultados	Tratamento	Resultados	
Buckmire RA, 2005 ²⁷	Doença pulmonar obstrutiva crônica severa	Disfagia ocasional	Patológico: inflamação crônica com hiperplasia e atipia focal; Laringoscopia transnasal: massa de pregas vocais falsas.	Cirurgia	No pós-operatório teve tosse e disfonia respiratória. Três meses após a cirurgia, demonstrou melhora na qualidade vocal.	
Losman JA, 2004 ²⁸	HIV	Disfagia	Exame pulmonar: sons respiratórios diminuídos bilateralmente; Radiografia: infiltrados irregulares bilateralmente.	Doses terapêuticas de trimetoprim-sulfametoxazol e prednisona.	Saiu do hospital antes de finalizar o tratamento. Retornou ao hospital com agravamento dos sintomas. Reiniciou-se o tratamento e seus sintomas respiratórios melhoraram.	
Rowshani AT, 2004 ²⁹	c-ANCA	Disfagia	Exame físico: defeito do véu palatino, causada por fistula oronasal.	Aconselhamento para cessar o uso de cocaína.	Quando visto pela última vez, estava em boa condição física.	
Smith JC, 2002 ³⁰	Granulomatose crônica	Regurgitação nasal para sólidos e líquidos	Exame físico: fistula oronasal	Antibiótico intravenoso e lavagens nasais com solução salina.	Cessação dos sintomas. Após 4 semanas foi utilizado obturador. O retorno para biópsias revelou granulomatose crônica e áreas de necrose tissular.	
Macfarlane R, 2002 ³¹	n.a.	Dificuldade para engolir	Laringoscopia: úvula em anteverção, inflamada e alargada, com edema até a nasofaringe, epiglote e valécua.	Hidro cortisona e clorfenamina intravenosa	Paciente saiu da observação do hospital, sem <i>follow-up</i> .	
Yewell J, 2002 ³²	n.a.	Odinofagia e disfagia	O palato mole e úvula foram parcialmente corroídos e cobertos com detritos mucopurulentos.	Cirurgia nasal e tratamento com antibiótico intravenoso	Paciente não retornou para acompanhamento de <i>follow-up</i>	

Cont. Quadro 2. Doenças, exames e tratamentos relacionados à disfagia nos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.						
Autor, Ano	Diagnósticos de doenças	Sinais de disfagia	Exames e resultados	Tratamento	Resultados	
Valmaggia C, 2001 ³³	Miastenia	Disfagia	Exame Clínico: miastenia	Injeção de edrofônio 10mg; acetilcolinesterase inibidor (pyridostigmine, 180mg por dia)	Melhora na condição do paciente	
Lancaster J, 2000 ³⁴	n.a.	Dificuldade para comer, com regurgitação nasal e perda de peso	Rinoscopia: Fístula oronasal no palato duro	Cessação do abuso de cocaína, analgesia adequada, duchas nasais e antibióticos orais	Sem aumento da necrose	
Cottrell DA, 1999 ³⁵	n.a.	Regurgitação nasal	Fístula oronasal na linha média do palato duro posterior	Cirurgia com implante de obturador palatino	Com surgimento de nova fístula, admitiu uso de cocaína. Nova cirurgia somente com cessação do tabaco e da cocaína. Paciente não retornou.	
Villa PD, 1999 ³⁶	n.a.	Regurgitação nasal	Exame físico: fístula na linha média do palato; Biópsia: úlcera não específica e inflamação crônica.	Higiene oral, procedimentos de restauração e obturador. Gestão baseada na cessação completa da cocaína e diminuição do tabaco.	Em data posterior, o paciente seria reavaliado para possível fechamento cirúrgico da fístula oronasal.	
Gendeh BS, 1998 ³⁷	n.a.	Regurgitação nasal para líquidos	Exame da cavidade oral: fístula na linha média do palato duro; Biópsia: inflamação aguda e crônica com necrose.	Augmentin 500 mg por via oral, desbridamento regular de crostas nasais e duchas diárias de solução salina com gentamicina	Ao longo do próximo ano, a perfuração aumentava lentamente, mesmo com a parada do uso de cocaína.	
Sittel C, 1998 ³⁸	n.a.	Disfagia com problemas graves de deglutição	Exame físico: Necroses no palato mole, epifaringe, amígdalas e orofaringe posterior e estas áreas foram sensíveis à palpação.	Reidratação, antibióticos e desbridamento nasal	A condição geral melhorou gradualmente, o paciente deixou o hospital e recusou tratamento adicional. Após um ano, retornou com novas lesões.	

Cont. Quadro 2. Doenças, exames e tratamentos relacionados à disfagia nos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.					
Autor, Ano	Diagnósticos de doenças	Sinais de disfagia	Exames e resultados	Tratamento	Resultados
Mayo-Smith MF, 1997 ³⁹	n.a.	Sensação de queimação e corpo estranho na garganta, dificuldade para engolir	Laringoscopia indireta: epiglote eritematosa.	Internação na unidade de terapia intensiva; epinefrina racêmica, dexametasona endovenosa e ampicilina e sulbactam endovenosos.	Melhora dos sintomas no dia seguinte e alta 24h após a admissão.
		Dor de garganta e disfagia	Raios-X de pescoço: epiglote aumentada; Laringoscopia indireta e direta: escara da parede posterior da faringe, com epiglote eritematosa, moderadamente maior.	Tratamento com cefamandol endovenoso e dexametasona.	Alta após 4 dias sem intercorrências
		Disfagia	Laringoscopia: edema leve e eritema da epiglote. Raios-X: pequena tela metálica no abdômen.	Ampicilina e dexametasona endovenosos.	Sem comprometimento das vias aéreas, recebeu alta.
Meleca R.J, 1997 ⁵	n.a.	Dor de garganta, odinofagia, disfagia	Nasofaringoscopia: edema da aritenóide esquerda e da parede posterior da faringe	Intravenoso: Decadron e antibióticos; Oxigênio umidificado via máscara facial; Tratamento com epinefrina em aerosol.	Todos os sintomas foram resolvidos e receberam alta após um dia no hospital.
			Nasofaringoscopia: edema e agrupamento de secreções no seio piriforme esquerdo.		
			Nasofaringoscopia: e laringoscopia: Queimadura da mucosa da parede faríngea lateral esquerda e seio piriforme.		
			Nasofaringoscopia: edema e eritema dos aritenóides e parede posterior da faringe; pregas vocais edematosas.		
			Nasofaringoscopia: Lesão mucosa nas paredes faríngea lateral posterior e direita, com envolvimento da superfície lingual da epiglote. Laringoscopia: Lesões mucosas na superfície lingual da epiglote, com edema e eritema da hemiepiglote direita e ambas dobras arilepigloticas.		Alta após 2 dias, com resolução quase completa dos sintomas.

Cont. Quadro 2. Doenças, exames e tratamentos relacionados à disfagia nos usuários de cocaína ou crack nos estudos encontrados.						
Autor, Ano	Diagnósticos de doenças	Sinais de disfagia	Exames e resultados	Tratamento	Resultados	
Meleca RJ, 1997 ⁵	n.a.	Dor de garganta, odinofagia, disfagia	Raios x do pescoço: edema retrofaringeo. Nasofaringoscopia: edema mucoso da prega ariepiglótica esquerda e epiglote, com obstrução quase completa da entrada laringea.	Intravenoso: Decadron e antibióticos; Oxigênio umidificado via máscara facial; Epinefrina em aerossol; Traqueostomia emergencial.	Alta hospitalar com cuidados domiciliar de traqueostomia no 4º dia pós-operatório e decanulação posterior.	
			Nasofaringoscopia: edema supraglótico moderado		Alta hospitalar com cuidados domiciliar de traqueostomia no 3º dia pós-operatório e decanulação posterior.	
Daras M, 1996 ⁴⁰	Miastenia	Disfagia	Exame de urina: cocaína	Piridostigmina, Prednisona e Azatioprina.	Recuperou a linha de base neurológica ao longo de 1 a 4 dias; níveis séricos de Creatina Quinase reduziram ao normal.	
Reino AJ, 1993 ⁴¹	n.a	Sensação de corpo estranho na garganta, odinofagia severa	Exame laringoscópico de fibra óptica: Ulcerações e edema da mucosa, nas áreas interaritenóide e pós-cricóide			
		Odinofagia e disfagia	Laringoscopia de fibra óptica: edema difuso da mucosa, com placas e ulcerações sobre a mucosa das pregas vocais. Biópsias múltiplas: tecido necrótico e inflamatório com paraqueratose da área interaritenóide.	Esteróides, sedação e antibióticos intravenosos.	Diminuição acentuada da inflamação e edema. Exames revelaram resolução dos achados físicos iniciais.	
Ginsberg GG, 1993 ⁴²	n.a.	Odinofagia	Radiografia abdominal: corpo estranho no quadrante superior direito. Endoscopia: Queimaduras de segundo grau nas fossas piriformes e nas dobras ariepiglóticas.	Anestésico local (lidocaína viscosa 2%)	Recebeu alta ao tolerar dieta líquida. Sintomas foram resolvidos, sem sequelas.	

Cont. Quadro 2. Doenças, exames e tratamentos relacionados à disfagia nos usuários de cocaína e ou crack nos estudos encontrados.						
Autor, Ano	Diagnósticos de doenças	Sinais de disfagia	Exames e resultados	Tratamento	Resultados	
Snyderman C, 1991 ⁴³	n.a.	Odinofagia	Laringoscopia indireta: Edema da epiglote e dobra arilepiglótica esquerda, secreções no seio piriforme esquerdo e imobilidade da prega vocal verdadeira Biópsia: tecido necrótico com episódio inflamatório agudo.	Antibióticos intravenosos	Melhora dos sintomas com maior mobilidade da prega vocal verdadeira esquerda ao longo de vários dias. Exames após alta com resolução dos achados físicos.	
Riccio JC et al, 1990 ⁴⁴	Enfisema retrofaringeo	Disfagia e sensação de corpo estranho na garganta	Laringoscopia indireta: edema supraglótico discreto com placa branca na prega arilepiglótica direita e área pós-cricóide.	Antibióticos orais e esteroides intravenosos.	Os exames de seguimento após a alta revelaram recuperação completa com exame físico normal.	
Kuriloff DB, 1989 ⁴⁵	n.a.	Odinofagia	Radiograma lateral do pescoço: ar retrofaringeo, espaço retrofaringeo alargado e cifose da coluna cervical.	Máscara de oxigênio	Ela teve alta, após 24 horas, com resolução dos sintomas.	
Deusch HL, 1989 ⁴⁶	n.a.	Regurgitação nasal para líquidos	Exame físico: fistula orosanal no palato duro; biópsia: inflamação crônica.	Antibióticos, duchas nasais e obturador.	Encaminhamento para tratamento para cessação do uso de cocaína.	
Devore RA, 1988 ⁴⁷	AVE	Dificuldade para engolir	Nasendoscopia: ulceração sobre a superfície superior do palato, envolvendo a mucosa e os músculos, úvula ausente, ulceração da parede posterior da faringe; Inspeção por via oral: ausência da elevação palatal e da faringe.	Cirurgia reconstrutiva	A cirurgia seria realizada assim que o paciente se abstivesse do uso da cocaína e as ulcerações estivessem estáveis.	
Aruesty DJ, 1986 ⁴⁸	n.a.	Disfagia	Exame físico: língua móvel, porém fraca e lenta.	n.a.	Funções neurológicas melhoraram gradualmente e recebeu alta após 14 dias.	
		Disfagia	n.a.	n.a.	Resolução dos sintomas em todos os pacientes, sem tratamento, de 24 a 26 horas após a entrada no hospital.	

n.a.: não apresentado

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AVE: Acidente Vascular Encefálico

c-ANCA: Anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos

REVISÃO DE LITERATURA

Sintomas de disfagia vêm sendo relacionados a usuários de cocaína e ou *crack* desde 1986⁴⁸. Apesar disto, não há estudos que explorem o assunto, descrevendo exames e avaliações da deglutição, nem as consequências destes sintomas na saúde dos usuários. De todos os encontrados, apenas um estudo²³ descreveu a utilização de um questionário, para avaliar a regurgitação nasal, e da videofluoroscopia, para observar a deglutição dos pacientes.

Entre os 67 pacientes dos 43 artigos de estudo de caso analisados, 50,7% são do sexo feminino e a média de idade é de 33±8,58 (Quadro 1 e 2). A ocorrência de queixas relacionadas a disfagia foi maior entre usuários da cocaína inalada (67,2%), com grande ocorrência de regurgitação nasal (51,1%) e perfuração do palato (71,1%). A causa da necrose tissular por inalação de cocaína está associada a vasoconstrição, que é uma função da estimulação simpática, desencadeada pela diminuição de norepinefrina e reabsorção química da epinefrina. A inalação de cocaína também causa vasoconstrição por contrações do músculo liso vascular. A vasoconstrição prolongada pode produzir isquemia da mucosa, atrofia e necrose do tecido²². No caso de necrose palatal, a disfagia ocorre na fase oral, uma vez que não há separação entre as cavidades oral e nasal. O sintoma é o refluxo nasal ou a passagem dos alimentos para dentro da cavidade nasal quando há tentativa de engolir líquidos e sólidos. O alimento pode simplesmente entrar na cavidade nasal e, gradualmente, ser limpo ou sair parcialmente pela passagem nasal. Há prejuízo para engolir e também interfere no prazer de comer⁴⁹.

A prevalência nas alterações no palato foi igual para ambos os sexos, 16 indivíduos para cada sexo, contrariando estudo realizado com duas usuárias de cocaína inalada, que sugere haver relação entre sexo feminino e perfuração palatal²¹. Os tratamentos para tais alterações descritos pelos estudos observados foram a cirurgia para fechamento das fístulas do palato (50%), antibióticos (34,4%), cessação do uso de cocaína (31,2%) e obturador palatino (18,7%). Estes tratamentos estão descritos na literatura e, em alguns casos, os métodos ocorrem simultaneamente. A antibioticoterapia é usada para tratar infecções secundárias, assim como lavagens locais. O uso do obturador palatino pode ser uma etapa intermediária antes da cirurgia, melhorando fonação e deglutição, porém é difícil a adaptação. A cessação do uso de cocaína, que deverá ser comprovada por exames,

é necessária antes da cirurgia, para evitar surgimento de novas lesões. A cirurgia serve para fechamento definitivo da fístula do palato⁵⁰.

No caso dos usuários de crack, as queixas de disfagia se relacionam principalmente a lesões inflamatórias nas estruturas envolvidas no processo de deglutição (90%). O *crack* é convertido em vapor quente, quando fumado, podendo provocar queimaduras das mucosas do trato aerodigestivo superior, quando inalado⁵. Além disso, diminui a sensibilidade, que é reforçada pelo desenvolvimento de anestesia tópica quando a cocaína entra em contato com as mucosas. Estes fatores contribuem para aspiração da orofaringe e ingestão de objetos estranhos, com consequentes queimaduras na laringofaringe⁴².

Analisando-se os tratamentos propostos descritos na literatura, percebe-se que tanto para a perfuração no palato por inalação de cocaína, quanto para as lesões inflamatórias do uso do *crack*, o tratamento das lesões e a abstinência das substâncias são capazes de reabilitar os pacientes em relação às dificuldades de deglutição. Porém, seria importante a avaliação e acompanhamento do profissional fonoaudiólogo para indicar as consistências alimentares seguras, até que o tratamento esteja finalizado, para evitar agravamento nos quadros de desnutrição e desidratação, ou surgimento de infecções respiratórias, frequentes nestes usuários⁵¹.

Seis usuários de cocaína inalada e um de injetada apresentaram alterações neurológicas com consequentes sintomas de alteração da deglutição. A disfagia nestes casos é considerada um distúrbio neuromuscular, sendo necessária a avaliação da deglutição, indicação de consistências alimentares seguras e indicação de fonoterapia para reabilitação funcional das estruturas envolvidas⁵¹.

Em relação ao uso de outras substâncias, conforme os Quadros 2 e 4, as mais referidas foram o tabaco, o álcool e a maconha, relatados por 14 (20,9%), sete (10,4%) e seis (8,9%) usuários, respectivamente. Em relação aos tabagistas, 50% tiveram como alteração a perfuração de palato e 28,6% lesões inflamatórias. Os alcoolistas foram mais relacionados às alterações de palato (42,9%). Dos usuários que também faziam uso de maconha, 66,7% foram acometidos por sintomas neurológicos. Não foram encontrados estudos que abordassem a disfagia nos usuários destas substâncias.

CONCLUSÃO

Constatamos importantes relatos de presença de sintomas de disfagia entre usuários de cocaína e ou *crack*, porém os registros apresentados não possuem grande fator de impacto e de generalização. Desta forma, novos estudos, com amostras mais significativas e diagnósticos mais precisos, são necessários para ampliar os conhecimentos acerca deste tema.

O diagnóstico de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack* é importante para o tratamento da dependência química, uma vez que permite auxiliar na recuperação de quadros de desnutrição, desidratação e infecções respiratórias, auxiliando no quadro geral de saúde destes usuários.

REFERÊNCIAS

1. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavè P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume–Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil.* 2014;26(9):1256–65.
2. Furkim AM; Santini CRQS. *Disfagias Orofaríngeas*. Barueri: Pró-Fono, 2008.
3. Finiels H, Strudel D, Jacquot JM. Deglutition disorders in the elderly. Epidemiological aspects. *Presse Med.* 200; 30(33):1623-34.
4. Nassif Filho ACN, Bettega SG, Lunedo S, Maestri JE, Gortz F. Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. *Rev Ass Med Brasil* 1999; 45(3): 237-41.
5. Meleca RJ, Burgio DL, Carr RM, Lolachi CM. Mucosal Injuries of the Upper Aerodigestive Tract After Smoking Crack or Freebase Cocaine. *Laryngoscope* 1997; 107(5): 571–702.
6. United Office on Drugs and Cime. *World Drug Report 2016*. [acesso em 2017 Mar 08]. Disponível em: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
7. Vosoughi R, Schmidt BJ. Multifocal leukoencephalopathy in cocaine users: A report of two cases and review of the literature. *BMC Neurology.* 2015;15(1).
8. Brembilla C, Lanterna LA, Risso A, Bombana E, Gritti P, Trezzi R, et al. Craniovertebral junction instability as an extension of cocaine-induced midline destructive lesions: Case report. *Journal of Neurosurgery: Spine.* 2015;23(2):159-65.
9. Colletti G, Autelitano L, Chiapasco M, Biglioli F, Giovanditto F, Mandalà M, et al. Comprehensive surgical management of cocaine-induced midline destructive lesions. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(7):1395

10. Bianchi FA, Gerbino G, Tosco P, Tanteri G, Gatti G, Ramieri G. Progressive midfacial bone erosion and necrosis: Case report and differential diagnosis. *J Craniomaxillofac Surg.* 2014;42(8):1698-703.
11. Colletti G, Allevi F, Valassina D, Bertossi D, Biglioli F. Repair of cocaine-related oronasal fistula with forearm radial free flap. *J Craniofac Surg.* 2013;24(5):1734-8.
12. Vlastarakos PV, Iacovou E. Spontaneous tonsillar hemorrhage managed with emergency tonsillectomy in a 21-year-old man: A case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2013;7.
13. Gorelik N, Tampieri D. Cocaine-induced vasospasm causing spinal cord transient ischemia. *Neuroradiology Journal.* 2012;25(3):364-7.
14. Milinis K, Mohammed M, Dyer JE, Sutton PA. Cerebral cavernous malformation: A diagnostic challenge in a young patient with intracerebral haemorrhage. *BMJ Case Reports.* 2012.
15. Silvestre FJ, Salort-Llorca C, Mínguez-Serra MP, Silvestre-Rangil J. Cocaine-related oronasal communication and hard palate destruction. *J Investig Clin Dent.* 2012;3(2):157-60.
16. Bhatt VR, Koirala B, Terjanian T. Extranodal natural killer/T cell lymphoma, nasal type presenting as a palatal perforation and naso-oral fistula. *BMJ Case Reports.* 2011;1:1-4.
17. Zwang NA, Wagner LBV, Rose S. A case of Levamisole-induced systemic vasculitis and cocaine-induced midline destructive lesion a case report. *J Clin Rheumatol.* 2011;17(4):197-200.
18. Wiens MO, Son WK, Ross C, Hayden M, Carleton B. Cocaine adulterant linked to neutropenia. *Cmaj.* 2010;182(1):57-9.
19. Cintra HL, Basile FV, Tournieux TT, Pitanguy I, Basile AR. Midline palate perforation secondary to cocaine abuse. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2008;61(5):588-90.
20. Duggal HS. Cocaine use as a risk factor for ziprasidone-induced acute dystonia. *General Hospital Psychiatry.* 2007;29(3):278-9.
21. Birchenough SA, Borowitz K, Lin KY. Complete soft palate necrosis and velopharyngeal insufficiency resulting from intranasal inhalation of prescription narcotics and cocaine. *Journal of Craniofacial Surgery.* 2007;18(6):1482-5.
22. Di Cosola M, Turco M, Acero J, Navarro-Vila C, Cortelazzi R. Cocaine-related syndrome and palatal reconstruction: report of a series of cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007;36(8):721-7
23. Padilla Rosas M, Jimenez Santos CI, García González CL. Palatine perforation induced by cocaine. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11(3):153-6.

24. Rowshani AT, Schot LJ, Ten Berge IJM. c-ANCA as a serological pitfall. *Lancet*. 2004;363(9411):782.
25. Smith JC, Kacker A, Anand VK. Midline nasal and hard palate destruction in cocaine abusers and cocaine's role in rhinologic practice. *Ear Nose Throat J*. 2002;81:172-7.
26. Yewell J, Haydon R, Archer S, Manaligod JM. Complications of intranasal prescription narcotic abuse. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2002;111:174-7.
27. Valmaggia C, Gottlob I. Cocaine abuse, generalized myasthenia, complete external ophthalmoplegia, and pseudotonic pupil. *Strabismus*. 2001;9(1):9-12.
28. Lancaster J, Belloso A, Wilson CA, McCormick M. Rare case of naso-oral fistula with extensive osteocartilaginous necrosis secondary to cocaine abuse: review of otorhinolaryngological presentations in cocaine addicts. *J Laryngol Otol*. 2000;114:630-3.
29. Cottrell DA, Mehra P, Malloy JC, Ghali GE. Midline palatal perforation. *J Oral Maxillofac Surg*. 1999;57(8):990-5.
30. Gendeh BS, Ferguson BJ, Johnson JT, Kapadia S. Progressive Septal and Palatal Perforation. *Med J Malaysia*. 1998;53(4):435-8.
31. Sittel C, Eckel HE. Nasal cocaine abuse presenting as a central facial destructive granuloma. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 1998;255(9):446-7.
32. Villa PD. Midfacial Complications of Prolonged Cocaine Snort. *J Can Dent Assoc*. 1999;65(4):218-23.
33. Daras M, Samkoff LM, Koppel BS. Exacerbation of myasthenia gravis associated with cocaine use. *Neurology*. 1996 Jan;46(1):271-2.
34. Deutsch HL, Millard Jr DR. A New Cocaine Abuse Complex: Involvement of Nose, Septum, Palate, and Pharynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1989;115(2):235-7.
35. Kuriloff DB, Kimmelman CP. Osteocartilaginous necrosis of the sinonasal tract following cocaine abuse. *Laryngoscope*. 1989;99(9):918-24.
36. DeVore RA, Tucker HM. Dysphagia and dysarthria as a result of cocaine abuse. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1988;98(2):174-5.
37. Aroesty DJ, Crockett DM, Stanley RB. Pneumomediastinum and Cervical Emphysema from the Inhalation of "Free Based" Cocaine: Report of Three Cases. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 1986;94(3):372-4.
38. Mascarenhas JG, Júnior FA, Bolzan TV, Gregório LC, Kosugi EM. Nasopharyngeal Burkitt lymphoma as an early AIDS manifestation. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2014;80(6):546-8.

39. Appel-Da-Silva MC, D'Incao RB, Antonello VS, Cambruzzi E. Gastrointestinal complications and esophageal stenosis after crack cocaine abuse. *Endoscopy*. 2013;45 Suppl 2.
40. Kraus J, Baumeier A, Boentert M, Husstedt IW, Nabavi DG, Ringelstein EB, et al. Acute toxic polyradiculopathy after exorbitant intracarotid substance abuse. *J Neurol*. 2006;253(6):815-6.
41. Buckmire RA, Kwon TK. Bilateral obstructing laryngeal epithelial adenomatous hamartomas. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2005;131(3):259-61.
42. Losman JA, Cavanaugh K. Cases from the Osler Medical Service at Johns Hopkins University. Diagnosis: *P. carinii* pneumonia and primary pulmonary sporotrichosis. *The American journal of medicine*. 2004;117(5):353-6.
43. Macfarlane R, Hart J, Henry JA. A man with a massive uvula. *Lancet*. 2002;359(9305):492.
44. Mayo-Smith MF, Spinale J. Thermal epiglottitis in adults: a new complication of illicit drug use. *J Emerg Med*. 1997;15(4):483-5.
45. Ginsberg GG, Lipman TO. Endoscopic diagnosis of thermal injury to the laryngopharynx after crack cocaine ingestion. *Gastrointest Endosc*. 1993;39(6):838-9.
46. Reino AJ, Lawson W. Upper airway distress in crack-cocaine users. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1993;109(5):937-40.
47. Snyderman C, Weissmann J, Tabor E, Curtin H. Crack cocaine burns the larynx. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1991;117:792-5
48. Riccio JC, Abbott J. A simple sore throat? Retropharyngeal emphysema secondary to free-basing cocaine. *J Emerg Med*. 1990;8(6):709-12.
49. Ruscello DM, Gallaher K, Strasser S. Speech and Swallowing Sequelae of Palatal Tissue Necrosis Due to Drug Abuse. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2016:1-6.
50. Myon L, Delforge A, Raoul G, Ferri J. Palatal necrosis due to cocaine abuse. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale*. 2010;111(1):32-5.
51. Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes ICD. *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise, 1997/1998. v. 4.

6.2 Sintomas sugestivos de disfagia e a qualidade de vida em usuários de cocaína e ou crack.

Será enviado para a revista Dysphagia

Karini Mayer Silva da Cunha
Taís de Campos Moreira
Sheila Taminini de Almeida
Helena Maria Tannhauser Barros
Maristela Ferigolo

RESUMO

INTRODUÇÃO: Disfagia é um distúrbio da deglutição, podendo resultar de anormalidade anatômica ou funcional em qualquer estrutura ou fase do processo de deglutição. Devido às alterações nas estruturas anatômicas, pelo uso de cocaína e ou *crack*, a disfagia pode ser um sintoma apresentado pelos usuários dessas substâncias. **OBJETIVO:** Investigar a presença de sintomas sugestivos de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack* que procuraram tratamento, bem como investigar a qualidade de vida destes indivíduos, relacionada à sua deglutição. **MATERIAIS E MÉTODO:** Estudo transversal de setembro de 2015 a dezembro de 2016, com 121 usuários de cocaína e ou *crack*, sendo que 59 ligaram para um serviço de teleatendimento e 61 procuraram tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de Porto Alegre/RS. Os usuários foram submetidos à triagem e ao questionário *Eating Assessment Tool*. Os usuários em atendimento presencial foram submetidos ao *Tool Volume-Viscosity Swallow Test*. Quando apresentaram sintomas de disfagia, os usuários responderam ao questionário *Quality of Life in Swallowing*. **RESULTADOS:** De todos entrevistados, 22,3% (n=27) referiram sintomas sugestivos de disfagia e 2% dos indivíduos, submetidos a teste de deglutição, apresentaram tosse na consistência líquida. Os escores da qualidade de vida demonstraram prejuízos, relacionados, principalmente, à fadiga, sono, duração da alimentação e medo de comer. **CONCLUSÃO:** Significativa quantidade de usuários de cocaína e ou *crack* referiam sintomas sugestivos de disfagia e prejuízos importantes na qualidade de vida, sendo necessários cuidados específicos na alimentação desta população, para o auxílio na reabilitação.

Palavras-chave: Disfagia, distúrbios de deglutição, cocaína, crack, qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

Estima-se que há 18,3 milhões de usuários de cocaína no mundo, atingindo cerca de 0,4% da população adulta mundial (15-64 anos)¹. O primeiro relato científico que refere a disfagia como sintoma em usuários de cocaína e ou *crack* data de 1986². Após 30 anos, apesar do aumento crescente de usuários de drogas, os registros que tratam desta associação são raros e não abrangem dados mais específicos, como testes e exames de deglutição, bem como o impacto destes sintomas na qualidade de vida dos usuários, impossibilitando uma análise adequada sobre a relação entre estas variáveis.

A disfagia é um distúrbio da deglutição, caracterizado por uma dificuldade ou incapacidade de conduzir o bolo alimentar, com segurança, até o esôfago^{3,4}. É um sintoma resultante de uma anormalidade anatômica ou funcional em qualquer estrutura ou fase da deglutição, que pode causar problemas nutricionais, respiratórios e desnutrição, e prejuízos em outros domínios da saúde do paciente, impactando na qualidade de vida do paciente^{5,6}. Algumas substâncias podem provocar ou piorar a disfagia, atuando no sistema nervoso central (SNC), no sistema nervoso periférico (SNP), nos músculos, na sensibilidade da orofaringe, provocando alterações na produção de saliva ou lesões esofágicas^{7,8}.

O consumo de cocaína ou de *crack* é capaz de lesar grande área do trato aerodigestivo superior, ocasionando alterações na mucosa e estruturas nasais, na faringe, na mucosa oral, na laringe e na região superior do esôfago. Tanto os efeitos irritativo e vasoconstritor, quanto a inalação de gases quentes podem ocasionar queimaduras. Além disso, substâncias que fazem parte do material utilizado para aquecer o *crack* podem ser inaladas, gerando lesões às mucosas oronasais⁹.

Embora existam registros sobre prejuízos causados pelo uso de cocaína e *crack* que ocasionam distúrbios de deglutição, não há maiores informações sobre o impacto destas alterações na qualidade de vida destes usuários. A escassez de estudos e o pouco aprofundamento acerca deste tema tornam indispensável à realização de novas pesquisas. Dados atualizados podem demonstrar a importância do atendimento multidisciplinar, incluindo o fonoaudiólogo, no tratamento destes dependentes químicos. O objetivo deste estudo foi investigar a presença de sintomas sugestivos de disfagia entre usuários de cocaína e ou *crack*, bem como avaliar suas consequências na qualidade de vida destes indivíduos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado de setembro de 2015 a dezembro de 2016, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa de uma universidade de Porto Alegre, sob parecer nº 1.237.052.

Participaram do estudo 121 usuários de cocaína e ou *crack*, com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos. Todos aceitaram participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo incluiu dois grupos: 59 usuários que ligaram para um serviço de teleatendimento para a prevenção do uso de drogas; e 62 usuários que estiveram em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) de Porto Alegre. Foram excluídos quatro usuários portadores de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Também seriam excluídos os usuários que tivessem tido alterações neurológicas, derivadas de doenças como Acidente Vascular Encefálico, ou outras doenças neurológicas e ou neuromusculares e também alterações locais obstrutivas, como as doenças tumorais do esôfago ou apresentassem incapacidade para responder as questões, porém não foram entrevistados indivíduos que preenchessem tais critérios.

Os sujeitos, de ambos os grupos, responderam aos questionários: sociodemográfico; sobre o uso frequência, quantidade e tempo de uso de drogas; e ao *Eating Assessment Tool* (EAT-10)¹⁰. Os usuários em tratamento no CAPS AD III também foram submetidos ao teste de deglutição, por meio do protocolo *Volume-Viscosity Teste* (V-VST)¹¹. Todos os sujeitos que apresentassem resultados sugestivos de disfagia, por meio do questionário EAT-10 e ou do teste V-VST, responderam ao questionário *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QOL)¹².

O EAT-10, adaptado e validado para o português¹³, tem sido usado para avaliar a autopercepção do sujeito, de forma subjetiva, em relação à deglutição. Para se obter o resultado somam-se os valores das respostas correspondentes a cada uma das 10 questões. Um resultado igual ou maior que três é indicador de alteração.

O V-VST é utilizado para identificar sinais clínicos de alteração na eficiência (vedação labial, presença de resíduos e presença de deglutições múltiplas) e na segurança (alterações de voz, tosse e diminuição da saturação de oxigênio $\geq 3\%$) da deglutição. O teste começa com consistência de néctar e aumento do volume (5, 10 e 20 ml) em uma progressão de dificuldade crescente. Se o

paciente completar a série na consistência néctar sem grandes sintomas de aspiração, será avaliada a consistência de líquido ralo e, por fim, será testada a consistência de pudim, da mesma maneira. Se o paciente apresentar sinais de comprometimento de segurança na consistência de néctar, a série é interrompida, o teste com líquido não é realizado, e então consistência pudim é avaliada, por ser mais segura. Se o paciente apresentar sinais de segurança prejudicada na deglutição do líquido, o teste desta consistência é interrompido e a consistência pudim é avaliada. O V-VST apresenta uma sensibilidade de 88,2% e uma especificidade de 64,7% para detectar sinais clínicos de aspiração e penetração na deglutição^{3,12}.

O SWAL-QOL, validado para a língua portuguesa-brasileira¹⁴, é composto por 44 itens com 11 domínios que avaliam: *burden*, desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, funcionamento social, sono e fadiga. O usuário responderá questões sobre a frequência com que ocorre cada uma das afirmações presentes em cada domínio (sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, nunca), quanto à veracidade das mesmas (totalmente verdade, muito verdade, alguma verdade, muito pouco verdade e falso) ou quanto ao grau de concordância que apresenta com elas (concordo totalmente, concordo, não tenho a certeza, discordo, discordo totalmente). A pontuação varia de 0 a 100. Os valores de cada resposta dentro de cada domínio são somados e o resultado é dividido de acordo com o número de questões do domínio analisado. A resultante é o valor de pontuação em cada domínio, onde quanto menor o resultado, maior o prejuízo na qualidade de vida¹².

Para o cálculo amostral, foi considerado um estudo¹⁵, realizado no Brasil, que encontrou prevalência de 22,2% em usuários de cocaína e ou *crack*, com poder do teste de 80%, nível de significância de 5%, acrescido 30% de perdas, a amostra estimada para este estudo foi de 78 indivíduos¹⁶.

A análise foi conduzida no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Foram realizadas análises univariadas apresentadas por frequência relativa e absoluta, média \pm desvio-padrão ou mediana e percentis. As análises bivariadas foram realizadas por meio do teste do Qui-Quadrado e ANOVA, com post-hoc de Tukey. Para a identificação da associação

estatisticamente significativa entre os fatores de estudo e o desfecho, será considerado $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 121 sujeitos entrevistados, 90,08% (n=109) eram do sexo masculino, com idade mínima de 18 e máxima de 59 anos e média de $36,85 \pm 9,33$ (Tabela 1). Os indivíduos, em sua maioria, eram solteiros e tinham renda familiar que não ultrapassava dois salários-mínimos e estavam com emprego fixo. Entre os usuários de *crack*, a prevalência de desemprego foi de 40,29%, e entre os de cocaína, foi de 36,49%. Usuários de *crack* apresentaram menos tempo de estudo que usuários de cocaína, em que 54,28% chegaram ao ensino médio em comparação com 73,47% dos usuários da substância inalada, entre usuários de ambas as substâncias este número cai para 40,74%.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e classificação do IMC da amostra estudada (n=121)

	Teleatendimento n (%)	CAPS n (%)
Sexo (n=121)	n=59	n=62
Masculino	50 (84,7%)	59 (95,2%)
Feminino	9 (15,3%)	3 (4,8%)
Estado Civil (n=112)	n=55	n=57
Solteiro	20 (36,4%)	43 (78,2%)
Casado	29 (52,7%)	9 (16,4%)
Divorciado	6 (10,9%)	3 (5,5%)
Renda Familiar (n=108)	n=54	n=54
Até R\$1.499,99	28 (51,9%)	39 (72,2%)
R\$1.500,00-R\$3.000,00	18 (33,3%)	9 (16,7%)
Mais de R\$3.000,00	8 (14,8%)	6 (11,1%)
Escolaridade (n=109)	n=54	n=55
Ensino Fundamental Incompleto	12 (22,2%)	28 (50,9%)
Ensino Fundamental Completo	4 (7,4%)	8 (14,5%)
Ensino Médio Incompleto	12 (22,2%)	5 (9,1%)
Ensino Médio Completo	15 (27,8%)	6 (10,9%)
Ensino Completar (Técnico ou Superior)	11 (20,4%)	8 (14,5%)
Profissão (n=110)	n=55	n=55
Aposentado	5 (9,1%)	1 (1,8%)
Autônomo	8 (14,5%)	12 (21,8%)
Desempregado	15 (27,3%)	25 (45,5%)
Estudante	1 (1,7%)	0 (0%)
Profissional de outro área	26 (47,2%)	17 (30,9%)
Classificação do IMC (n=109)	n=58	n=51
Baixo peso	2 (3,4%)	2 (3,9%)
Peso normal	23 (39,7%)	33 (64,7%)
Pré-obeso	20 (34,5%)	12 (23,5%)
Obeso 1	12 (20,7%)	4 (7,8%)
Obeso 2	1 (1,7%)	0 (0%)

Os dados foram apresentados em n (percentual)

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

IMC: Índice de Massa Corporal

Relataram uso de cocaína no ano anterior ao período da entrevista, 61,16% (n=74) da amostra total, enquanto o de crack por 55,37% (n=67), sendo que 28,18% (n=31) referiram o uso de ambas as substâncias (Tabela 2). O tempo total de abstinência, sem o uso de qualquer substância, obteve mediana de 9 dias (IQ 5-22). Em relação ao uso de outras drogas, usuários de cocaína relataram com mais frequência apenas o uso de álcool, seguido de álcool e tabaco. Usuários de crack apresentaram maior frequência de uso concomitante de álcool e tabaco, seguido de álcool, tabaco e maconha. Quando os usuários relataram uso de cocaína e crack, foi observada a tendência para o uso de múltiplas drogas, em que álcool, tabaco e maconha foram referidas por 64,3% (n=18) destes usuários (Tabela 3).

Tabela 2 - Perfil do uso de cocaína e ou crack da amostra estudada (n=121)

	Teleatendimento (n=59)	CAPS (n=62)
Cocaína		
Uso (n=112)	n=44	n=51
Último mês	35 (60,3%)	17 (31,5%)
Último ano	5 (8,6%)	17 (31,5%)
Uso na vida	4 (6,9%)	17 (31,5%)
Frequência no último mês (n=55)	n=38	n=17
Diário	16 (42,1%)	0 (0%)
Semanal	11 (28,9%)	3 (17,6%)
Menor que semanal	11 (28,9%)	14 (82,4%)
Tempo de uso (n=84)	n=40	n=44
Mais de 5 anos	30 (75%)	39 (88,6%)
Entre 2 e 5 anos	6 (15%)	4 (9,1%)
Entre 1 e 2 anos	2 (5%)	0 (0%)
Entre 6 meses e 1 ano	1 (2,5%)	1 (2,3%)
Até 6 meses	1 (2,5%)	0 (0%)
Crack		
Uso (n=113)	n=59	n=54
Último mês	18 (30,5%)	42 (77,8%)
Último ano	3 (5,1%)	4 (7,4%)
Uso na vida	1 (1,7%)	5 (9,3%)
Frequência no último mês (n=59)	n=18	n=41
Diário	6 (33,3%)	19 (46,3%)
Semanal	6 (33,3%)	6 (14,6%)
Menor que semanal	6 (33,3%)	16 (39%)
Tempo de uso (n=66)	n=19	n=47
Mais de 5 anos	14 (73,7%)	42 (89,4%)
Entre 2 e 5 anos	2 (10,5%)	2 (4,3%)
Entre 1 e 2 anos	1 (5,3%)	3 (6,4%)
Entre 6 meses e 1 ano	2 (10,5%)	0 (0%)

Os dados foram apresentados em n (percentual)

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

*Os dados apresentados não correspondem ao total de usuários entrevistados, devido algumas pessoas nunca terem feito uso de uma das substâncias analisadas.

Tabela 3 - Uso de múltiplas drogas associado à cocaína e ou *crack* da amostra estudada (n=113)

	Cocaína (n=48)	Crack (n=37)	Crack e Cocaína (n=28)
Álcool, tabaco e maconha	6 (12,5%)	11 (29,7%)	18 (64,3%)
Álcool e maconha	4 (8,3%)	2 (5,4%)	0 (0%)
Álcool e tabaco	15 (31,3%)	14 (37,8%)	5 (17,9%)
Tabaco e maconha	1 (2,1%)	2 (5,4%)	2 (7,1%)
Álcool	16 (33,3%)	1 (2,7%)	1 (3,6%)
Tabaco	2 (4,2%)	6 (16,2%)	1 (3,6%)
Maconha	2 (4,2%)	1 (2,7%)	1 (3,6%)
Nenhuma	2 (4,2%)	0 (0%)	0 (0%)

Os dados foram apresentados em n (percentual)

A prevalência de usuários de cocaína e ou *crack* que tiveram resultados sugestivos de disfagia por autopercepção na aplicação do EAT-10 foi de 22,31% (n=27) na amostra total, não sendo observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos face a face e por telefone (Tabela 4). Entre os principais sintomas relatados por estes usuários, estão a sensação de “comida presa na garganta” (70,37%), necessidade de fazer força para engolir alimentos sólidos (66,66%) e a dor para engolir (44,44%). Dos 62 sujeitos submetidos ao exame V-VST (Volume-Viscosity Swallow Test), 3,2% (n=2) apresentaram tosse, como sinal de incoordenação, na deglutição de 20ml da consistência líquida.

Tabela 4 - Presença de sintomas sugestivos de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack* da amostra estudada, por meio da aplicação do questionário EAT-10 (n=121)

	Possui sintomas sugestivos de disfagia	Não possui sintomas
	n (%)	n (%)
Teleatendimento (n=59)	13 (22,0%)	46 (78,0%)
CAPS (n=62)	14 (22,6%)	48 (77,4%)
Total (n=121)	27 (22,3%)	94 (77,7%)

Os dados foram apresentados em n (percentual)

EAT-10: *Eating Assessment Tool-10*

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

*Não houve diferença estatística entre os grupos por telefone e face a face, em relação aos sintomas sugestivos de disfagia (p=0,05)

As análises estatísticas realizadas, acerca da qualidade de vida, não mostraram diferenças entre os grupos de usuários testados (cocaína, *crack* ou ambas). Porém, na tabela 5, podemos observar que em todos os grupos a média dos domínios aparece com alterações importantes, principalmente nos domínios de fadiga, sono, duração da alimentação e medo de comer.

Tabela 5 - Média dos escores de qualidade de vida em disfagia dos usuários de cocaína e ou *crack* da amostra estudada, por meio do questionário SWAL-QOL, divididos por domínio (n=27)

	Cocaína n (0-100)	Crack n (0-100)	Cocaína e crack n (0-100)	Significância
<i>Burden</i>	70,31 ±38,34	58,92 ±44,90	67,70 ±27,92	F _(2,24) =0,206; p=0,815
Desejo de comer	53,12 ±39,32	84,52 ±10,12	61,10 ±36,29	F _(2,24) =1,840; p=0,180
Duração da alimentação	39,06 ±36,25	75,00 ±35,35	47,91 ±43,24	F _(2,24) =1,687; p=0,206
Frequência de sintomas	75,66 ±18,15	86,22 ±15,45	72,32 ±16,62	F _(2,24) =1,544; p=0,234
Seleção de alimentos	41,07 ±46,04	75,00 ±39,52	47,72 ±32,02	F _(2,21) =1,433; p=0,261
Comunicação	69,50 ±41,87	45,83 ±36,79	61,36 ±31,35	F _(2,21) =0,719; p=0,499
Medo de comer	53,57 ±32,24	51,04 ±26,93	43,75 ±34,36	F _(2,21) =0,225; p=0,800
Fadiga	41,66 ±35,91	36,90 ±16,56	29,85 ±23,42	F _(2,24) = 0,500; p=0,612
Sono	37,50 ±32,04	35,71 ±26,44	25,00 ±25,56	F _(2,24) = 0,594; p=0,560
Saúde mental	52,14 ±36,83	62,50 ±33,87	75,00 ±27,65	F _(2,21) = 1,119; p=0,345
Funcionamento social	66,88 ±39,36	68,57 ±26,57	59,58 ±36,08	F _(2,24) =0,182; p=0,835

Os dados foram apresentados em pontuação que varia de 0-100
SWAL-QOL: *Swallow Quality-of-Life*

DISCUSSÃO

Este estudo observou que foi significativa a quantidade de usuários de cocaína e ou *crack* que referiram sintomas sugestivos de disfagia, considerando a autopercepção destes, por meio da aplicação do questionário EAT-10. Além disso, a média dos escores de qualidade de vida dos usuários participantes demonstrou prejuízos, principalmente em domínios que costumam estar em declínio seja pelo uso de cocaína ou *crack*, ou pela disfagia.

Estudo anterior¹⁵, realizado no Brasil, encontrou prevalência de 22,2% de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack* que estavam em tratamento em um hospital de Curitiba/PR, corroborando com os dados encontrados no presente estudo. Em relação à qualidade de vida, fatores físicos, como a fadiga, e cuidados com a saúde, como o sono e o medo de comer, se mostram alterados em usuários de cocaína, mesmo que não apresentassem disfagia¹⁷. Por outro lado, as possíveis restrições alimentares e ou utilização de via alternativa para alimentação em pacientes disfágicos, bem como consequências da disfagia, como a desnutrição e as infecções respiratórias também, podem afetar domínios como saúde física e

alimentação, mesmo que estes não façam uso de substâncias psicoativas¹⁸. Isto permite sugerir que a associação do uso de drogas com a presença de sintomas de disfagia demonstra tendência a apresentar os escores reduzidos de qualidade de vida, principalmente nos domínios afetados por ambas as condições.

A maioria dos entrevistados (90,08%) foi do sexo masculino, o que não permite uma análise da ocorrência de sintomas entre gêneros. Porém, dados semelhantes em pesquisas sobre uso de drogas são encontrados com frequência, já que os homens são considerados três vezes mais propensos do que as mulheres a consumir cocaína¹. Em estudos realizados nos Estados Unidos, como exemplo, os homens foram relatados como sendo 2,33 e 2,25 vezes mais propensos a terem distúrbios de uso de drogas e dependência, respectivamente, do que as mulheres^{19,20}.

Grande parte dos usuários recentes de *crack* referiu estar desempregado, enquanto que, entre os que fizeram uso da cocaína a prevalência foi menor. Estes dados vêm sendo descritos na literatura, que mostra associação mais forte com desemprego no caso do *crack* do que a cocaína em geral¹. Em relação à escolaridade, todos os indivíduos que usavam a cocaína, e não o *crack*, frequentaram a escola, sendo que a maioria chegou às aulas do ensino médio. Já entre usuários de *crack*, apenas um pouco mais da metade chegou ao ensino médio. Se observarmos os indivíduos que usavam *crack* e cocaína, o número de estudantes no ensino médio cai para menos da metade. Apesar de serem números preocupantes, foram superiores ao encontrados por estudo que avaliou o perfil de usuários de *crack* no Brasil, no qual menos de um quarto deles tinha ido para o ensino médio, embora a prevalência de terem sido estudantes em algum momento de suas vidas tenha sido semelhante, já que mais de 95% dos entrevistados deste estudo referiram tal condição²¹.

Apesar da redução da fadiga e do apetite serem efeitos agudos da cocaína²² e de os usuários poderem passar muitas horas sem comer, levando a diminuição do peso corporal²³, a maioria foi classificada como tendo peso normal (46,28%), seguidos por usuários com sobrepeso (40,49%). Uma possível explicação se deve ao período de abstinência destes usuários que se encontravam em tratamento. Como a localização do sistema de recompensa e prazer do uso de drogas e da alimentação está no mesmo centro cerebral²⁴, muitos usuários abstinentes acabam consumindo alimentos para suprir o desejo de usar a droga²⁵.

Um estudo brasileiro²⁶ avaliou hábitos alimentares e o perfil antropométrico de usuários de drogas em tratamento e relataram prevalência maior de eutrofia (76,92%) seguida de sobrepeso (19,23%) e obesidade (1,92%). Na Noruega, pesquisa²⁷ realizada com poliusuários referiu 83% de indivíduos com IMC dentro do adequado, 3% abaixo do normal e 14% acima do índice esperado.

Apesar da variabilidade de perfil sociodemográficos entre usuários de cocaína e *crack*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na prevalência de disfagia ou no impacto na qualidade de vida. Isto permite inferir que a sintomas da alteração da deglutição podem atingir ambos os usuários com a mesma intensidade. Por isto, é importante ressaltar o papel do fonoaudiólogo no tratamento multidisciplinar de usuários de drogas. Devido às consequências da disfagia, tais como desnutrição, desidratação e infecções respiratórias, o tratamento fonoaudiológico, frente às alterações na deglutição, permite ao usuário realizar uma alimentação segura, com indicações de consistências alimentares adequadas, diminuindo riscos de penetração ou aspiração, para evitar agravamentos no quadro clínico²⁸. A diminuição destas consequências em dependentes químicos também auxiliaria na melhora da qualidade de vida, levando ao aumento da motivação para adesão e retenção no tratamento para cessação do uso de drogas.

Em relação ao teste de deglutição, dos 62 usuários submetidos ao V-VST, apenas dois apresentaram tosse, como sinal de incoordenação, na deglutição de 20ml da consistência líquida. Dados da literatura^{29,30} apontam que esta consistência, junto com a sólida, é uma das prejudicadas na deglutição de usuários de *crack*. No presente estudo, a consistência sólida não foi testada, uma vez que o teste utilizado verifica apenas as consistências pudim, néctar e líquida. Os dados coletados por meio do teste de deglutição demonstraram uma limitação deste estudo. Todos os indivíduos submetidos ao V-VST estavam em tratamento para a cessação do uso de drogas, em que a mediana do tempo de abstinência ficou em 9 dias (IQ 5-22). Estudos realizados nos EUA^{9,31,32}, relatam que pacientes usuários de *crack* apresentavam sintomas de disfagia e o tempo necessário para a resolução destes. O primeiro estudo⁹ referiu que dois pacientes, do sexo masculino, tiveram todos os sintomas de disfagia resolvidos após um dia de internação. Também relatou o caso de três pacientes, do sexo feminino, que receberam alta após dois dias, com resolução quase completa dos sintomas. O segundo³¹ destacou que duas usuárias, de 22 e 24 anos, tiveram melhora dos sintomas, recebendo alta em 1 e 4 dias,

respectivamente, após a internação. O último³² relata a alta após 24h de internação, com resolução dos sintomas, de uma paciente de 19 anos. Estes dados permitem inferir que o tempo de abstinência dos indivíduos investigados neste estudo pode ter sido suficiente para a resolução dos sintomas, não sendo possível identificar tais alterações no teste de deglutição. Por outro lado, como o questionário EAT-10 investiga os últimos 30 dias, a presença destes sintomas foi significativa, quando considerada a autopercepção do indivíduo.

Outra limitação está relacionada à baixa prevalência de monousuários de cocaína ou *crack*, como na amostra deste estudo, em que apenas dois usuários (1,65%) referiram usar apenas a cocaína. Este fato impossibilitou a análise dos dados entre grupos, conforme a substância utilizada. Entende-se que álcool, tabaco e maconha podem causar alterações que potencializam os efeitos ocasionados pela cocaína e ou *crack*, embora não tenham sido encontrados na literatura estudos que investiguem a relação de outras substâncias psicoativas com a disfagia. Novos estudos serão necessários para complementar os dados disponíveis na literatura, ainda escassos. Há a necessidade de outros estudos aprofundados acerca deste tema, podendo englobar outros testes objetivos, como a videofluoroscopia da deglutição, além de testes clínicos que avaliem a consistência sólida. Avaliações indiretas, como as das estruturas orofaciais envolvidas na deglutição, também podem trazer dados importantes na investigação dos sintomas de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack*.

CONCLUSÃO

A presença de sintomas sugestivos de disfagia foi relatada por parte significativa dos usuários de cocaína e *crack* entrevistados neste estudo. Os principais sintomas relatados foram a sensação de “comida presa na garganta”, necessidade de fazer força para engolir alimentos sólidos e a dor para engolir. Nos indivíduos submetidos ao exame V-VST, a frequência de alteração foi baixa, porém permite-se inferir que o período de abstinência das substâncias utilizadas pode ser suficiente para a resolução dos sintomas. Os escores dos domínios da qualidade de vida encontraram-se reduzidos, com destaque para fadiga, sono, duração da alimentação e medo de comer. Não foram encontradas diferenças estatisticamente

significantes entre grupos (por telefone e face a face), nem por separação da droga de preferência (cocaína, *crack* e ambas).

A inclusão do fonoaudiólogo no tratamento destes pacientes torna-se importante, para a avaliação da deglutição, indicação de consistências alimentares seguras e fonoterapia para reabilitação funcional das estruturas envolvidas, possibilitando melhora no quadro geral de saúde, conseqüentemente, na qualidade de vida de usuários de drogas em tratamento.

REFERÊNCIAS

1. United Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2016. [acesso em 2017 Mar 08]. Disponível em: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
2. Aroesty DJ, Crockett DM, Stanley RB. Pneumomediastinum and Cervical Emphysema from the Inhalation of “Free Based” Cocaine: Report of Three Cases. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 1986;94(3):372-4.
3. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavè P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume–Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil*. 2014;26(9):1256–65.
4. Furkim AM; Santini CRQS. *Disfagias Orofaríngeas*. Barueri: Pró-Fono, 2008.
5. Timmerman AA1, Speyer R, Heijnen BJ, Klijn-Zwijnenberg IR. Psychometric characteristics of health-related quality-of-life questionnaires in oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*. 2014 Apr;29(2):183-98.
6. Garcia-Peris P, Paron L, Velasco C, de la Cuerda C, Cambolor M, Breton I, Herencia H, Verdaguer J, Navarro C, Clave P. Longterm prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. *Clin Nutr*. 2007;26: 710–7.
7. Buchholz DW. Oropharyngeal dysphagia due to iatrogenic neurological dysfunction. *Dysphagia*. 1995;10(4):248-54.
8. Stoschus B, Allescher HD. Drug-induced dysphagia. *Dysphagia*. 1993;8(2):154-9.
9. Meleca RJ, Burgio DL, Carr RM, Lolachi CM. Mucosal Injuries of the Upper Aerodigestive Tract After Smoking Crack or Freebase Cocaine. *Laryngoscope* 1997; 107(5): 571–702.

10. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*. 2008;117(12):919-24.
11. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*. 2008;27(6): 806-15.
12. McHorney CA, Robbins J, Lomax K, Rosenbek JC, Chignell K, Kramer AE, et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*. 2002;17(2): 97-114.
13. Gonçalves MIR, Reimaili CB, Behlau M. Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool – EAT-10. *CoDAS*. 2013;25(6):601-4.
14. Portas JG. Validação para a língua portuguesa-brasileira dos questionários: qualidade de vida em disfagia (SWAL-QOL) e satisfação do paciente e qualidade do cuidado no tratamento da disfagia (SWAL-CARE) [dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2009. 1993;8(2):154-9.
15. Nassif Filho ACN, Bettega SG, Lunedo S, Maestri JE, Gortz F. Repercussões otorrinolaringológicas do abuso de cocaína e/ou crack em dependentes de drogas. *Rev Ass Med Brasil* 1999; 45(3): 237-41.
16. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva, World Health Organization, 1991.
17. Moreira TC, Gadenz C, Figueiró LR, Capobianco DM, Cunha K, Ferigolo M, Barros HMT, Cassol M. Uso de substâncias psicoativas, alterações vocais e qualidade de vida em usuários de drogas lícitas e ilícitas. *Rev CEFAC*. 2015,17(2), 374-84.
18. Carrara de-Angelis E, Bandeira AKC. Qualidade de vida em deglutição. In: Jotz GP, Carrara de-Angelis E, Barros APB. *Tratado de deglutição e disfagia: no adulto e na criança*. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. p. 364-8.
19. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):566-76.
20. Hecksher D, Hesse M. Women and substance use disorders. *Mens Sana Monogr*. 2009;7(1): 50-62.
21. Brasil, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro, 2013. [acesso em 2017 Mar 08]. Disponível em: http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto_epidemiologico_17set.pdf

22. Sofuoglo M, Dudish-Poulsen S, Poling J, Mooney M, Hatsukami DK. The effect of individual cocaine withdrawal symptoms on outcomes in cocaine users. *Addict Behav.* 2005;30:1125-34.
23. Etchepare M, Dotto ER, Domingues KA, Colpo E. Perfil de adolescentes usuários de *crack* e suas consequências metabólicas. *Revista da AMRIGS.* 2011; 55(2):140-6.
24. Dickson SL, Egecioglu E, Landgren S, Skibicka KP, Engel JA, Jerlhang E. The role of the central ghrelin system in reward from food and chemical drugs *Molecular and Cellular Endocrinology*, 2011; 340:80-87.
25. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo AS. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, 2011; 45(6) : 1168-1175.
26. Oliveira ERN, Marin IC, Ferruzzi L, Tenório MFS, Trindade E. Avaliação dos hábitos alimentares e dos dados antropométricos de dependentes químicos. *Arq Cienc Saude Unipar.* 2005;9(2):91-6.
27. Saeland M, Haugen M, Eriksen FL, Wandel M, Smehaugen A, Böhmer T, et al. High sugar consumption and poor nutrient intake among drug addicts in Oslo, Norway. *Br J Nutr.* 2012;105:618-24
28. Marchesan IQ, Zorzi JL, Gomes ICD. *Tópicos em Fonoaudiologia.* São Paulo: Lovise, 1997/1998. v. 4.
29. Ginsberg GG, Lipman TO. Endoscopic diagnosis of thermal injury to the laryngopharynx after crack cocaine ingestion. *Gastrointest Endosc.* 1993;39(6):838-9.
30. Ludwig WG, Hoffner RJ. Upper airway burn from crack cocaine pipe screen ingestion. *Am J Emerg Med.* 1999;17(1):108-9.
31. Mayo-Smith MF, Spinale J. Thermal epiglottitis in adults: a new complication of illicit drug use. *J Emerg Med.* 1997;15(4):483-5.
32. Riccio JC, Abbott J. A simple sore throat? Retropharyngeal emphysema secondary to free-basing cocaine. *J Emerg Med.* 1990;8(6):709-12.

Apêndice A - Questionário Sociodemográfico

Idade: _____ (em anos)

Sexo: Masculino Feminino

Cidade e estado de residência: _____

Profissão: Aposentado Autônomo Do lar Desempregado
 Estudante Profissional da Saúde Profissional de outra área

Estado Civil: Solteiro Casado/vive com companheiro
 Viúvo Separado/divorciado

Renda Familiar:
 R\$300,00 – 1499,00 R\$1500,00-3000,00 Mais de R\$3000,00

Escolaridade:
 Analfabeto Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto Ensino Médico Completo
 Ensino Técnico Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo

Apêndice B - Questionário sobre o uso de drogas

1. Álcool: Uso na vida Uso no último ano Uso no último mês
 Frequência no último mês: diário semanal menor que semanal
 não se aplica
 Quanto geralmente usou num mesmo dia: _____ (em unidades)
 Tempo de uso: _____ (em meses)

2. Tabaco: Uso na vida Uso no último ano Uso no último mês
 Frequência no último mês: diário semanal menor que semanal
 não se aplica
 Quanto geralmente usou num mesmo dia: _____ (em unidades)
 Tempo de uso: _____ (em meses)

3. Maconha: Uso na vida Uso no último ano Uso no último mês
 Frequência no último mês: diário semanal menor que semanal
 não se aplica
 Quanto geralmente usou num mesmo dia: _____ (em unidades)
 Tempo de uso: _____ (em meses)

4. Cocaína: Uso na vida Uso no último ano Uso no último mês
 Frequência no último mês: diário semanal menor que semanal
 não se aplica
 Quanto geralmente usou num mesmo dia: _____ (em unidades)
 Tempo de uso: _____ (em meses)

5. Crack: Uso na vida Uso no último ano Uso no último mês
 Frequência no último mês: diário semanal menor que semanal
 não se aplica
 Quanto geralmente usou num mesmo dia: _____ (em unidades)
 Tempo de uso: _____ (em meses)

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Por Telefone)

Nome do consultor: _____
Chamada nº: _____ Data ___/___/_____

O(A) senhor(a), neste momento, está em busca de orientações para lidar com questões referentes à dependência química. O Serviço LIGUE132 oferece um auxílio terapêutico que requer a sua participação por meio de contatos telefônicos.

Estamos fazendo um estudo com usuários da cocaína ou *crack*. O objetivo desta pesquisa é verificar se dificuldades para engolir alimentos influenciam na qualidade de vida destes usuários. Este estudo envolverá algumas perguntas sobre o seu hábito de consumo, idade de início do uso, hábitos relacionados à alimentação, entre outros questionamentos. O tempo de aplicação destes questionários será de, no máximo, 35 minutos. As informações fornecidas pelo(a) senhor(a) ao Serviço LIGUE132 poderão ser utilizadas como dados de pesquisa, sendo disseminadas unicamente no meio médico, sem a divulgação de dados individuais.

Qualquer dúvida, em relação a este estudo, será esclarecida quando perguntada. Você terá a liberdade de abandonar a participação nesta pesquisa a qualquer momento sem nenhuma espécie de prejuízo. Ressaltamos também, que a não concordância em participar deste estudo não implicará em qualquer modificação na assistência proporcionada pelo Serviço LIGUE132. Os nomes e características específicas de cada um dos envolvidos nesta pesquisa não serão, em nenhum momento, divulgados, garantindo a privacidade e o anonimato de todos os participantes.

Após a leitura e compreensão deste TCLE por mim _____, consultor do Serviço LIGUE132, e de sua permissão verbal serão iniciadas as avaliações quanto ao seu hábito de consumo de cocaína e ou *crack*.

A sua participação neste estudo poderá lhe trazer um desconforto emocional, pois conversaremos a respeito dos seus problemas relacionados ao uso destas substâncias, mas nenhum desconforto físico ou custo financeiro. Quanto aos benefícios, através deste questionário será possível obter dados importantes relativos à sua qualidade de vida, em relação às dificuldades que você tem para se alimentar. Também será possível, saber os possíveis riscos à sua saúde relacionados a estas dificuldades e receber orientações na busca auxílio especializado, possibilitando melhora na sua qualidade de vida.

Pelo presente TCLE, o(a) senhor(a) _____ declara que foi informado(a) de forma clara, detalhada e livre de qualquer constrangimento ou obrigação, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos ao qual será submetido, bem como dos riscos, desconfortos e benefícios da presente pesquisa? O(A) senhor(a) teve também a oportunidade de discutir e fazer perguntas sobre este estudo? O(A) senhor(a) voluntariamente concorda em participar desta pesquisa? O(A) senhor(a) autoriza que os dados fornecidos ao Serviço LIGUE132 durante este estudo sejam publicados de forma coletiva e utilizados para a publicação em meios científicos?

Caso tiver novas perguntas sobre esta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá solicitar orientações a Dra Maristela Ferigolo na UFCSPA (Rua Sarmento Leite, nº 245/314 – Porto Alegre/RS - telefone (51) 3303-8821). Para qualquer pergunta sobre os seus direitos como participante deste estudo ou se pensar que foi prejudicado(a) pela sua participação, o(a) senhor(a) poderá contatar a pesquisadora Karini Mayer Silva da Cunha (Rua Sarmento Leite, nº 245/316 – Porto Alegre/RS - telefone (51) 3303-8764 ou o CEP da UFCSPA (Rua Sarmento Leite, nº 245 - Porto Alegre/RS - telefone (51) 3303-8804).

O Serviço LIGUE132 gostaria de lhe acompanhar por 6 meses. Por isso gostaríamos que o(a) senhor(a) nos ligasse daqui a 1, 3, 7, 30, 60 e 90 dias para que possamos lhe apoiar durante este processo de tentativa de abstinência. O(A) senhor(a) receberá uma carta com as datas que deverá ligar para o Serviço LIGUE132, o qual funciona 24 horas, 7 dias por semana. Junto com a sua carta vamos mandar três cartilhas gratuitamente: a

primeira terá informações sobre a importância da mudança de comportamento, a segunda abordará informações sobre o álcool e a terceira fornecerá informações sobre a cocaína. É muito importante o seu retorno telefônico, caso não nos ligue, vamos contatá-lo(a) pois é muito importante saber como o(a) senhor(a) está se sentindo.

Atenciosamente,

Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre o Uso de Drogas – LIGUE132.

Dra Maristela Ferigolo
Pesquisadora responsável

Fga. Karini Mayer Silva da Cunha
Fonoaudióloga/Pesquisadora – CRFa 9917 RS

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Face a face)

Identificação do sujeito de pesquisa: Cada participante deste estudo será identificado por numeração crescente, por ordem de aplicação da pesquisa.

Identificação do local da pesquisa: CAPS III IAPI

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Prevalência da Disfagia e seu Efeito na Qualidade de Vida em Usuários de Cocaína e ou *Crack*”, sob responsabilidade do pesquisador Maristela Ferigolo, do curso de Ciências da Saúde – Mestrado da Instituição *Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre*.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Qual é o motivo e qual o objetivo deste estudo?

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo porque o uso de cocaína e ou *crack* pode ocasionar disfagia, que é uma dificuldade para engolir alimentos.

O objetivo deste estudo é verificar a prevalência de disfagia em usuários de cocaína e ou *crack* que procuram um centro de atendimento para prevenção do uso de drogas, bem como investigar a qualidade de vida destes indivíduos.

Descrição dos procedimentos do estudo:

Aproximadamente mais 150 pessoas como você participarão do estudo.

Se você concordar em participar deste estudo, você responderá questões relacionadas à idade, sexo, estado civil, profissão, escolaridade, renda familiar, cidade e estado de residência, frequência e quantidade do uso de drogas. O tempo necessário para aplicação deste questionário será de, no máximo, três minutos. O segundo procedimento será a aplicação de um questionário que avalia a disfagia e leva em torno de dois minutos para ser aplicado. Em seguida, um teste será realizado para identificar sinais clínicos de alteração na hora de engolir alimentos. Neste teste, você irá experimentar diferentes consistências (líquido, néctar e pudim) e serão observados (por meio de microfone sobre o pescoço) sinais como tosse e sons da deglutição que é o processo de engolir os alimentos. Também será observada (por meio de um aparelho que fica como se fosse um “pregador de roupa” na ponta do dedo indicador) a saturação de oxigênio que é o processo de circulação do oxigênio no sangue. Esta etapa leva de cinco a dez minutos. Por último, se houver alteração nos testes já descritos, será aplicado o questionário de Qualidade de Vida em Disfagia, que avalia: desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, funcionamento social, sono e fadiga. O tempo necessário para a aplicação do questionário será de, no máximo, trinta minutos. A duração deste estudo é estimada em 45 minutos em uma única participação.

Quais são os possíveis efeitos colaterais, riscos e desconfortos que podem decorrer da participação no estudo?

Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua saúde ou à dignidade. A sua participação neste estudo poderá lhe trazer um desconforto, pois conversaremos a respeito dos seus problemas relacionados ao uso destas substâncias.

Quais são os possíveis benefícios de participar?

Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo. Entretanto há previsão que os resultados do estudo ajudem na compreensão de como funciona a sua alimentação e suas dificuldades relacionadas a ela e permitirá que você receba orientações na busca de auxílio especializado, possibilitando melhora na sua qualidade de vida no futuro.

Quais são os custos da participação no estudo?

Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de danos relacionados à pesquisa

Os procedimentos a serem aplicados neste estudo, foram desenvolvidos com o objetivo de não causar danos ou prejuízos aos participantes. Caso você se sinta prejudicado, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste hospital, através do telefone (51) 3230-6087 em horário comercial ou pelo e-mail cep.ucmd@maededeus.com.br.

E se eu desistir do estudo?

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser. Você pode desistir da participação em qualquer momento, sem que isto acarrete em multa nem outra penalidade qualquer.

Situações para encerramento precoce do estudo

Se for verificada a necessidade de suspender, interromper ou cancelar o estudo antes do previsto por questões técnicas, os motivos para a descontinuação serão informados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o encerramento se dará apenas após autorização do CEP. Você será imediatamente informado em caso de descontinuação.

Novas Informações

Quaisquer novas informações que possa afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participar do estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) termo de consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

Como meus dados pessoais serão utilizados?

Todas as informações colhidas e ou resultados serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) de sua identidade a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados.

Seus dados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão armazenados nos questionários aplicados, bem como, em programas computacionais para fins de registros e pesquisas.

Tais dados serão de responsabilidade de Maristela Ferigolo – Pesquisador Responsável, até a publicação dos resultados, sendo um período não superior a 05 anos. Decorrido este prazo, os questionários serão compactados, incinerados e descartados por empresa, a ser escolhida, especializada em descarte seguro de documentos. Os dados registrados em computador serão excluídos permanentemente após o período acima descrito.

Os resultados desta pesquisa serão disponibilizados para publicação, sendo seus resultados favoráveis ou não, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

A quem eu devo procurar se precisar de mais informações ou de alguma ajuda?

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis pelo estudo nesta instituição são Ingrid D'Avila Francke, que poderá ser encontrada no CAPS AD III IAPI (*Rua Valentim Vicentini, S/N – Passo D'areia – Porto Alegre, RS*), em horário comercial ou nos respectivos telefones: (51) 32893459 ou (51) 33621091.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste hospital, através do telefone (51) 3230-6087 em horário comercial ou pelo e-mail cep.ucmd@maededeus.com.br.

Declaração de consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado “Prevalência da Disfagia e seu Efeito na Qualidade de Vida em Usuários de Cocaína e ou *Crack*”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou represália de qualquer natureza.

Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela pessoa que realizou a discussão sobre o termo de consentimento e quando aplicável pela testemunha e ou representante legal.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Assinatura do voluntário

Data

Nome do voluntário (letra de forma)

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Data

Nome do responsável pelo estudo (letra de forma)

Anexo A - Questionário *Eating Assessment Tool* (EAT-10)

Instrumento de Autoavaliação da Alimentação (EAT-10)					
Data:	_____	Prontuário:	_____		
Nome:	_____				
Peso:	_____	Altura:	_____		
Fale sobre seu problema de engolir.					

Liste todos os exames de deglutição que você fez (data e resultados).					

O quanto essas situações são um problema para você?					
Marque o melhor número para o seu caso.					
	0 = não é um problema		4 = é um problema muito grande		
1. Meu problema para engolir me faz perder peso.	0	1	2	3	4
2. Meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa.	0	1	2	3	4
3. Preciso fazer força para beber líquidos.	0	1	2	3	4
4. Preciso fazer força para engolir comida (sólidos).	0	1	2	3	4
5. Preciso fazer força para engolir remédios.	0	1	2	3	4
6. Dói para engolir.	0	1	2	3	4
7. Meu problema para engolir me tira o prazer de comer.	0	1	2	3	4
8. Fico com comida presa/entalada na garganta.	0	1	2	3	4
9. Eu tusso quando como.	0	1	2	3	4
10. Engolir me deixa estressado.	0	1	2	3	4
			Total EAT-10		

Anexo B - *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QoL) validado para versão portuguesa

Nome _____ ID: _____ Data: _____

Esse questionário foi feito para saber como seu problema de deglutição tem afetado sua qualidade de vida no dia-a-dia. Por favor, tenha atenção para ler e responder cada questão. Algumas questões podem parecer iguais às outras, mas cada uma é diferente.

NOTA IMPORTANTE: Entendemos que você pode ter vários problemas físicos. Algumas vezes é difícil separá-los das dificuldades de deglutição, mas esperamos que você dê o seu melhor para se concentrar somente nas dificuldades de deglutição. Obrigada pelo seu esforço em completar este questionário (circular um número em cada linha).

Dominio Deglutição como um Fardo

1. Abaixo estão algumas questões gerais que podem ser mencionadas pelas pessoas com distúrbios de deglutição. No último mês, o quanto às questões a seguir tem sido verdadeiras para você?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Um pouco	Nunca
Lidar com meu problema de deglutição é muito difícil.	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição é a maior perturbação de minha vida.	1	2	3	4	5

Dominios desejo e tempo de se alimentar

2. Abaixo estão alguns aspectos sobre a alimentação do dia-a-dia que podem ser mencionadas pelas pessoas com distúrbios de deglutição. No último mês, o quanto as questões a seguir tem sido verdadeiras para você?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Um pouco	Nunca
Na maioria dos dias, sinto que tanto faz se como ou não.	1	2	3	4	5
Levo mais tempo para comer do que outras pessoas.	1	2	3	4	5
Estou raramente com fome.	1	2	3	4	5
Levo muito tempo para comer minha refeição.	1	2	3	4	5
Alimento-me sem sentir prazer.	1	2	3	4	5

Domínio Frequência de sintomas

3. No último mês, qual a periodicidade que apresentou cada um destes problemas como resultado de seu problema de deglutição?

	Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Difícilmente	Nunca
Tosse	1	2	3	4	5
Engasgo quando me alimento.	1	2	3	4	5
Esgasgo com líquidos.	1	2	3	4	5
Apresento saliva grossa ou secreção.	1	2	3	4	5
Vômito	1	2	3	4	5
Enjôo	1	2	3	4	5
Dificuldades na mastigação	1	2	3	4	5
Excesso de saliva ou secreção	1	2	3	4	5
Pigarros	1	2	3	4	5
A comida para na garganta.	1	2	3	4	5
A comida para na boca.	1	2	3	4	5
Bebida ou comida escorrem da boca.	1	2	3	4	5
Bebida ou comida saem pelo nariz.	1	2	3	4	5
Tosse para retirar o líquido ou a comida para fora da boca quando estes estão parados.	1	2	3	4	5

Domínio seleção do alimento

4. Responda algumas perguntas sobre como os problemas de deglutição têm afetado sua alimentação no último mês.

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não sei	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Saber o que posso ou não comer é um problema para mim.	1	2	3	4	5
É difícil achar alimentos que posso e gosto de comer.	1	2	3	4	5

Domínio comunicação

5. No último mês, qual a frequência que as afirmativas abaixo sobre a comunicação se aplicam a você devido ao seu problema de deglutição?

	Todas as vezes	Maior parte das vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nenhuma vez
As pessoas têm dificuldade em me entender.	1	2	3	4	5
Tem sido difícil me comunicar claramente.	1	2	3	4	5

Domínio medo de se alimentar

6. Abaixo estão algumas preocupações que as pessoas com problema de deglutição às vezes mencionam. No último mês, qual a periodicidade que apresentou cada uma dessas preocupações?

	Quase sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Difícilmente	Nunca
Tenho medo de me engasgar quando me alimento.	1	2	3	4	5
Preocupo-me em ter pneumonia.	1	2	3	4	5
Tenho medo de me engasgar com líquidos.	1	2	3	4	5
Saber quando vou engasgar é muito difícil.	1	2	3	4	5

Domínio Saúde Mental

7. No último mês, quanto as afirmativas têm sido verdadeiras devido ao seu problema de deglutição?

	Quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Um pouco	Nunca
Meu problema de deglutição me deprime.	1	2	3	4	5
Ter que tomar muito cuidado quando bebo ou como me aborrece.	1	2	3	4	5
Tenho estado desanimado com meu problema de deglutição.	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição me frustra.	1	2	3	4	5
Fico impaciente em lidar com meu problema de deglutição.	1	2	3	4	5

Domínio Social

8. Pense em sua vida social no último mês. Como poderia concordar ou discordar das afirmativas:

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não sei	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Deixo de sair para comer devido ao meu problema de deglutição.	1	2	3	4	5
Meu problema de deglutição torna difícil ter uma vida social.	1	2	3	4	5
Meu trabalho ou minhas atividades de lazer mudaram pelo problema de deglutição.	1	2	3	4	5
Programas sociais e férias não me satisfazem devido ao problema de deglutição.	1	2	3	4	5
Meu papel com família e amigos tem mudado devido ao problema de deglutição.	1	2	3	4	5

Domínio Sono

9. No último mês, quantas vezes você sentiu algum desses sintomas físicos?

	Quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Um pouco	Nunca
Tem problemas para dormir a noite toda?	1	2	3	4	5
Tem problemas para dormir?	1	2	3	4	5

Domínio Fadiga

10. No último mês, quantas vezes você sentiu algum desses sintomas físicos?

	Quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Um pouco	Nunca
Sente-se cansado?	1	2	3	4	5
Sente-se fraco?	1	2	3	4	5
Sente-se exausto?	1	2	3	4	5

11. Hoje, você recebe algum tipo de alimento (comida ou líquido) por sonda? (1) Não (2) Sim

12. Circule a letra da descrição abaixo que melhor descreve a consistência ou textura da comida que você vem se alimentando mais frequentemente nesta última semana.

- A** - Circule esta se você está se alimentando com uma dieta normal, com uma variedade de alimentos, incluindo alimentos mais difíceis de mastigar como carne, cenoura, pão, salada e pipoca.
B - Circule esta se você está comendo alimentos macios, fáceis de mastigar como cozidos, frutas em conserva, legumes cozidos e sopas cremosas.
C - Circule esta se você está comendo alimentos mais pastosos, passados no liquidificador ou processado
D - Circule esta se a maior parte de sua alimentação tem sido via sonda, porém algumas vezes toma sorvete, pudim, purê de maçã e outras comidas prazerosas.
E - Circule esta caso toda sua alimentação seja pela sonda.

13- Circule a letra da descrição abaixo que melhor descreve a consistência dos líquidos que tem ingerido na última semana.

- A**- Circule esta se você ingere líquidos como água, leite, chá, suco e café.
B- Circule esta se você ingere líquidos um pouco mais espessos como suco de tomate ou iogurte. Este tipo de líquido goteja lentamente da colher quando você a vira para baixo.
C- Circule esta se você ingere líquidos moderadamente espessos, como vitamina grossa. Este tipo de líquido é difícil de sugar pelo canudo ou goteja da colher lentamente, gota a gota, quando a colher é inclinada, como se fosse mel.
D- Circule esta se você ingere líquidos bem engrossados, como o pudim. Este tipo de alimento fica na colher quando ela é virada.
E- Circule esta se você não ingere líquidos pela boca.

14. Você diria que sua saúde é:

- (1) Ruim (2) Satisfatória (3) Boa (4) Muito Boa (5) Excelente

Anexo C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência da disfagia e seu efeito na qualidade de vida de usuários de cocaína e/ou crack

Pesquisador: Maristela Ferigolo

Area Temática:

Versão: 1

CAAE: 48613715.7.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: ASSOCIACAO MARIO TANNHAUSER DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTENCIA - AMTEPA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.237.052

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo transversal com 156 usuários de cocaína/crack, sendo 78 que tiverem ligado para o serviço Ligue 132 e 78 em tratamento por um programa de prevenção ao uso de drogas da unidade Álvaro Alvim, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) ou no CAPS AD III IAPI, do Hospital Mãe de Deus. Os usuários serão submetidos à triagem com perguntas sobre o uso de drogas, questionário Disorders Eating Assessment e o teste Tool Volume-Viscosity Swallow Test (este somente em usuários do HCPA e do CAPS AD III IAPI). Sendo constatada a presença de disfagia os usuários serão submetidos ao questionário Quality of Life in Swallowing.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar a prevalência de disfagia em usuários de cocaína e/ou crack que procuram um centro de atendimento para prevenção do uso de drogas, bem como investigar a qualidade de vida destes indivíduos.

Objetivo Secundário:

Investigar a associação entre dependência química e disfagia na qualidade de vida. Investigar o efeito da disfagia na qualidade de vida de usuários de cocaína e/ou crack. Verificar a associação entre frequência, quantidade e tempo de uso e a prevalência da disfagia e seu impacto na

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.237.052

qualidade de vida de usuários de cocaína e/ou crack. Verificar a associação entre o sexo, a idade, a substância utilizada e a prevalência da disfagia e seu impacto na qualidade de vida de usuários. Estabelecer as características sociodemográficas na amostra estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação neste estudo poderá trazer um desconforto emocional mínimo, pois será conversado a respeito dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, mas nenhum desconforto físico ou custo financeiro.

Benefícios: será possível obter dados importantes relativos à qualidade de vida, dos usuários de cocaína e/ou crack, em relação às dificuldades na alimentação. Também será possível, saber os possíveis riscos de saúde relacionados a estas dificuldades e orientar na busca de auxílio especializado, possibilitando melhora na qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores justificam adequadamente o número amostral a ser investigado bem como é apresentada autorização dos responsáveis pelos locais de realização da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentam dois TCLES, o primeiro direcionado aos indivíduos que serão avaliados de forma presencial e outro a ser lido para aqueles que participarão via telefone.

Recomendações:

Aprovar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa está adequada dos pontos de vista ético e metodológico, tendo seu encerramento previsto para a mês de fevereiro de 2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Formulario de encaminhamento.pdf	14/08/2015 16:31:01		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	14/08/2015 16:29:54		Aceito

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.237.052

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Ligue 132.pdf	14/08/2015 16:57:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - HCPA.pdf	14/08/2015 16:57:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE HMD.pdf	14/08/2015 16:57:36		Aceito
Outros	Termo de anuência_Dep de Farmacociencias.pdf	14/08/2015 16:59:30		Aceito
Outros	Termo de anuência_Ligue 132.pdf	14/08/2015 17:00:03		Aceito
Outros	Termo de anuência_HCPA.pdf	14/08/2015 17:01:03		Aceito
Outros	Termo de anuência_Mae de Deus.pdf	14/08/2015 17:01:35		Aceito
Outros	Termo de compromisso para entrega de relatório.pdf	14/08/2015 17:02:15		Aceito
Outros	Lattes Maristela Ferigolo.pdf	14/08/2015 17:02:49		Aceito
Outros	Lattes Sheila Tamanini.pdf	14/08/2015 17:03:15		Aceito
Outros	Lattes Tais Moreira.pdf	14/08/2015 17:03:41		Aceito
Outros	Lattes Karini Mayer Silva da Cunha.pdf	14/08/2015 17:04:02		Aceito
Outros	Relatório de Pesquisa.pdf	14/08/2015 17:04:38		Aceito
Outros	Declaração de orientação.pdf	14/08/2015 17:06:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Prevalencia da Disfagia em Usários de Cocaína Crack.docx	14/08/2015 17:40:16		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_554351.pdf	14/08/2015 19:07:42		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.237.052

PORTO ALEGRE, 21 de Setembro de 2015

Assinado por:

**Julia Fernanda Semmelmann Pereira
Lima (Coordenador)**

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

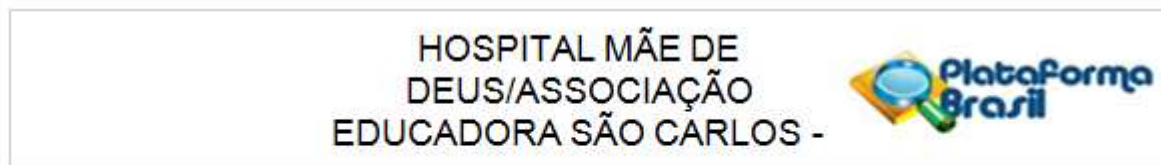
UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Anexo D – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética do Hospital Mães de Deus



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência da disfagia e seu efeito na qualidade de vida de usuários de cocaína e/ou crack

Pesquisador: Maristela Ferigolo

Area Temática:

Versão: 1

CAAE: 48613715.7.3002.5328

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: ASSOCIACAO MARIO TANNHAUSER DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTENCIA - AMTEPA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.389.239

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado a ser realizado no HCPA e HMD vinculado a instituição UFCSPA.

Serão realizadas entrevistas em dois grupos: em um a aplicação será por telefone (serviço Ligue 132) e em outro será aplicação face a face (no Hospital Alvaro Alvim ou CAPS AD III IAPI). O n é de em torno de 150 usuários.

Será aplicado:

- Questionário sociodemográfico;

- Questionário sobre o uso de drogas; -

Questionário Eating Assessment Tool;

-Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST): usado para identificar sinais clínicos de eficácia (vedação labial, presença de resíduos e presença de deglutições múltiplas) e segurança (alterações de voz, tosse e diminuição da saturação de oxigênio 3%) prejudicadas na deglutição.; -

Questionário Quality of Life in Swallowing Disorders;

Objetivo da Pesquisa:

5.1. Objetivo geral

Verificar a prevalência de disfagia em usuários de cocaína e/ou crack que procuram um centro de

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.880-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-6087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.ucmd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE
DEUS/ASSOCIAÇÃO
EDUCADORA SÃO CARLOS -



Continuação do Parecer: 1.389.239

atendimento para prevenção do uso de drogas, bem como investigar a qualidade de vida destes indivíduos.

5.2. Objetivos específicos

Investigar a associação entre dependência química e disfagia na qualidade de vida.

Investigar o efeito da disfagia na qualidade de vida de usuários de cocaína e/ou crack.

Verificar a associação entre frequência, quantidade e tempo de uso e a prevalência da disfagia e seu impacto na qualidade de vida de usuários de cocaína e/ou crack.

Verificar a associação entre o sexo, a idade, a substância utilizada e a prevalência da disfagia e seu impacto na qualidade de vida de usuários.

Estabelecer as características sociodemográficas na amostra estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos em TLCE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa metodologicamente adequada e relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da legislação vigente, em especial da Resolução CNS 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa deverá receber notificação de eventos adversos e relatórios periódicos sobre o andamento do estudo (formulários disponíveis no site <http://www.maededeus.com.br/2010/Universidade/Projetos.aspx>), bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisados nos casos de relevância, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

No caso em que seja preciso, posteriormente, ser apresentado ao nosso Comitê uma mudança substancial para o protocolo, envie-nos a versão do novo protocolo ou do formulário de consentimento, indicando de forma facilmente visível (em negrito, em destaque na cor ou sublinhado mostrando a antiga e a nova versão) as alterações propostas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Necessário adequar cronograma (janeiro já seria fase de execução) e esclarecer qual será o prazo final para a coleta.
- Solicita-se esclarecer quem será o órgão financiador da pesquisa. Não está clara esta

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.880-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-6087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.uomd@maededeus.com.br

**HOSPITAL MÃE DE
DEUS/ASSOCIAÇÃO
EDUCADORA SÃO CARLOS -**



Continuação do Parecer: 1.389.239

informação.

- Não ficou clara a amostra. Os 156 participantes serão apenas no Hospital Mãe de Deus ou trata-se do número total no Brasil?

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela Aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_554351.pdf	14/08/2015 19:07:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Prevalencia da Disfagia em Usários de Cocaína-Crack.docx	14/08/2015 17:40:16		Aceito
Outros	Declaração de orientação.pdf	14/08/2015 17:06:33		Aceito
Outros	Relatório de Pesquisa.pdf	14/08/2015 17:04:38		Aceito
Outros	Lattes Karini Mayer Silva da Cunha.pdf	14/08/2015 17:04:02		Aceito
Outros	Lattes Tais Moreira.pdf	14/08/2015 17:03:41		Aceito
Outros	Lattes Sheila Tamanini.pdf	14/08/2015 17:03:15		Aceito
Outros	Lattes Maristela Ferigolo.pdf	14/08/2015 17:02:49		Aceito
Outros	Termo de compromisso para entrega de relatório.pdf	14/08/2015 17:02:15		Aceito
Outros	Termo de anuencia_Mae de Deus.pdf	14/08/2015 17:01:35		Aceito
Outros	Termo de anuencia_HCPA.pdf	14/08/2015 17:01:03		Aceito
Outros	Termo de anuencia_Ligue 132.pdf	14/08/2015 17:00:03		Aceito
Outros	Termo de anuencia_Dep de Farmacociencias.pdf	14/08/2015 16:59:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE HMD.pdf	14/08/2015 16:57:36		Aceito
TCLE / Termos de	TCLE - HCPA.pdf	14/08/2015		Aceito

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286

Bairro: MENINO DEUS

CEP: 90.880-480

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3230-6087

Fax: (51)3230-2032

E-mail: cep.uemd@maededeus.com.br

HOSPITAL MÃE DE
DEUS/ASSOCIAÇÃO
EDUCADORA SÃO CARLOS -



Continuação do Parecer: 1.369.239

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - HCPA.pdf	16:57:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Ligue 132.pdf	14/08/2015 16:57:03		Aceito
Outros	Formulario de encaminhamento.pdf	14/08/2015 16:31:01		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	14/08/2015 16:29:54		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Janeiro de 2016

Assinado por:
ANDRÉ JOBIM DE AZEVEDO
(Coordenador)

Endereço: JOSE DE ALENCAR, 286
Bairro: MENINO DEUS CEP: 90.880-480
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3230-6087 Fax: (51)3230-2032 E-mail: cep.ucmd@msededeus.com.br