



Disfagia e Estratégias Terapêuticas

A disfagia corresponde a manifestação clínica de um comprometimento da deglutição. Pode acometer uma fase da deglutição ou todas conjuntamente. A prevalência varia de 2 a 16% na população geral, e pode ser superior a 40% em pacientes internados.

Especificamente em ambiente hospitalar, a disfagia relaciona-se a pneumonia aspirativa, complicações pulmonares, maior tempo de hospitalização, custos mais elevados e maior risco de mortalidade.

Os distúrbios da deglutição estão frequentemente associados a doenças neurológicas, pós-operatório de cirurgias de cabeça e pescoço, radioterapia, efeitos colaterais de medicamentos, faixa etária idosa, delírium, condições que afetam a respiração, como nas cardiopatias e doenças pulmonares, entre outras causas.

I - ASSISTENCIAL

1. SCREENING E EXAMES DIAGNÓSTICOS

O Eating Assessment Tool (EAT-10) foi conceitualmente elaborado para a identificação do risco de disfagia. A triagem possibilita a identificação e intervenção precoces. Um escore de três pontos ou mais no questionário é indicativo de risco para disfagia, e o paciente deve ser encaminhado para avaliação da deglutição.

Os exames instrumentais padrões-ouro para avaliação são o FEES (avaliação endoscópica da deglutição por fibra ótica) e a videofluoroscopia (ou videodeglutograma-VDG). São essenciais para avaliar a eficácia da deglutição, proteção da via aérea e identificar penetração e/ ou aspiração de alimentos ou saliva. A avaliação clínica fonoaudiológica isolada não identifica pacientes com sensibilidade laríngea reduzida.

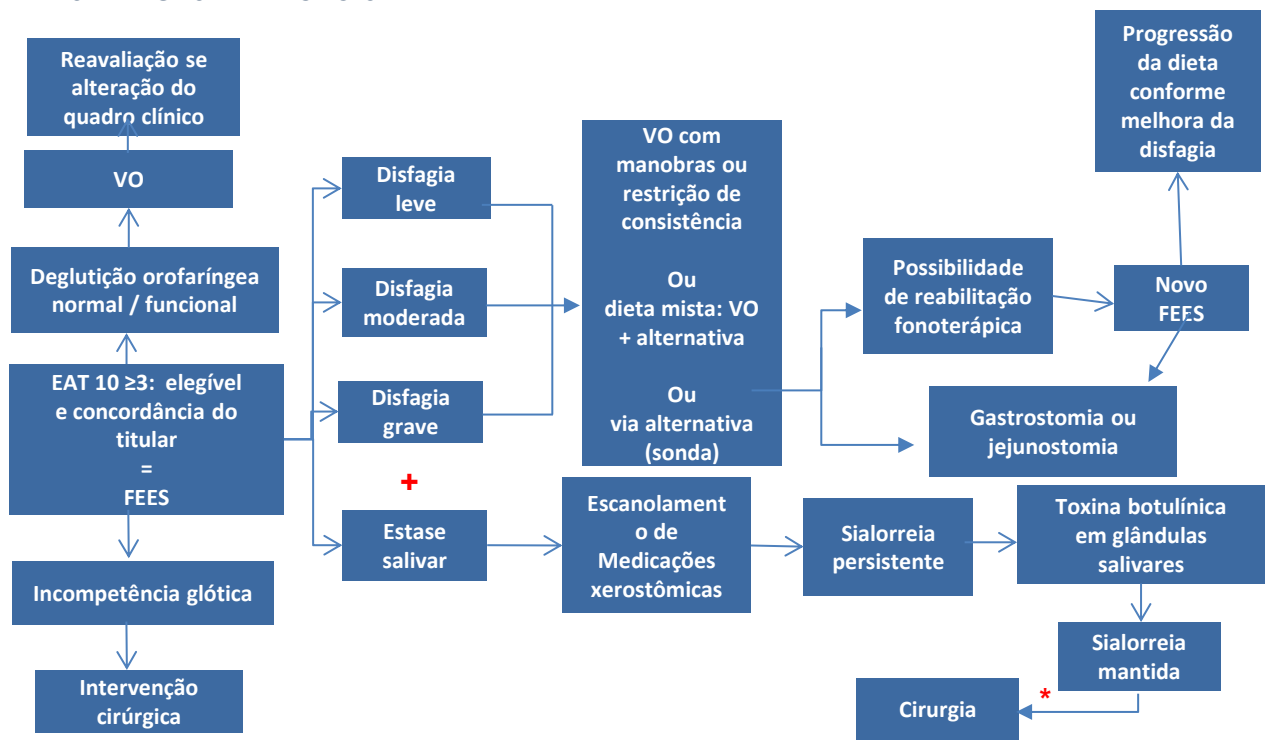
Inicialmente realiza-se o FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing) e, quando necessário, complementa-se com o videodeglutograma para estudo mais detalhado da transição faringoesofágica e dados de fase esofágica da deglutição.

FEES é um exame realizado pelo médico. É uma técnica segura, não envolve radiação ionizante e pode ser realizado à beira do leito. Na primeira etapa observa-se as estruturas anatômicas, mobilidade da faringe e laringe, coaptação glótica/ proteção da via aérea, presença de saliva e/ou secreções e sensibilidade laríngea. Na segunda etapa, avalia-se resíduos, penetração e/ ou aspiração de saliva e/ou alimentos para a via aérea. Possibilita adequar técnicas de tratamento pelo teste de manobras posturais facilitadoras, de proteção das vias aéreas e de limpeza dos recessos faríngeos.

As vantagens sobre o videodeglutograma são a possibilidade de realização em ambiente de unidade de terapia intensiva, não há limitação de tempo, realização de exames seriados, o que facilita a análise da eficácia da terapêutica instituída.

A compreensão diagnóstica propicia a definição da conduta terapêutica e adequação da via segura de alimentação, com menor risco de broncoaspiração. As estratégias de reabilitação são elaboradas junto a equipe multidisciplinar.

2. ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS



2.1. Via de Alimentação

A classificação da disfagia de acordo com os achados do exame e condição clínica do paciente determinam a via de alimentação. Se for indicada via alternativa, a decisão por sonda nasoenteral, gastrostomia ou jejunostomia leva em consideração o tempo ou possibilidade de reabilitação.

Em casos de sialorreia, torna-se necessário a redução de saliva.

2.2. Medidas Xerostômicas

2.2.1. Tratamento Medicamentoso

Os medicamentos de escolha são os anticolinérgicos, com taxa de resposta entre 70 a 90%. Os efeitos são denominados muscarínicos e o resultado a ser obtido é a boca seca. As principais medicações anticolinérgicas utilizadas na prática clínica são:

- **Brometo de Propantelina:** solução oral ou via sonda, nas doses de 15mg até 4 vezes ao dia. Gel transdérmico a 1% ou 10% até 4 vezes ao dia.
- **Atropina:** solução oftalmológica de 0,5% ou 1% (cada gota contém 5mg e 10mg de sulfato de atropina, respectivamente). Dose de 1 a 3 gotas sublingual até 4 vezes ao dia.
- **Escopolamina:** a forma de utilização é a escopolamina transdérmica, *patch* com 1,5mg de escopolamina, com taxa de liberação de 0,5mg/dia, indicada troca a cada 72hs.
- **Anti-depressivos tricíclicos:** Amitriptilina (Tryptanol®, Amytril®). Utiliza-se comprimidos de 25 e 75mg; iniciar com 25mg à noite, aumento escalonado conforme necessidade.
- **Toxina botulínica tipo A:** aplicada no parênquima das glândulas salivares, parótidas e submandibulares. Promove a quimiodenervação através do bloqueio da captação da acetilcolina na junção neuroglandular. Toxina botulínica da marca Botox®, a dose total pode variar entre 100 e 200 unidades. O principal cuidado técnico é a realização do procedimento guiado por ultrassonografia, para prevenir a disseminação para músculos mastigatórios, ou até disseminação sistêmica, que pode levar à síndrome botulínica.

2.2.2. Tratamento Cirúrgico da Sialorreia e Aspiração Crônica

- **Submandibulectomia e ligadura dos ductos parotídeos:** taxa de complicações pós-operatórias ou tardias baixa.
- **Fonocirurgias laringoplásticas:** técnicas cirúrgicas para corrigir a insuficiência glótica por paralisia das pregas vocais.
 - ✓ Uma **solução temporária é a injeção de material absorvível** (gordura, colágeno, gelfoam, ácido hialurônico, fásia de músculo temporal) na prega vocal paralisada.
 - ✓ **Tireoplastia Tipo I de Isshiki** é a cirurgia sobre o arcabouço laríngeo, realizada por cervicotomia e introdução de molde de silicone na cartilagem tireoidea, para medializar a prega vocal imóvel. Pode ser necessário complementar com adução aritenoidea (ou rotação da aritenoide), onde realiza-se o fechamento da região posterior da glote e correção do desnivelamento entre as pregas vocais
- **Separação laringotraqueal:** o fechamento da laringe é indicado com intuito de separar as vias aérea e digestiva. Preconiza a secção da traqueia entre segundo e terceiro anéis traqueais, com fechamento em fundo cego do coto proximal e criação de um traqueostoma definitivo com o coto distal. Os pacientes perdem a capacidade de comunicação através da fala, contudo muitos readquirem a habilidade de se alimentar por boca. A técnica é considerada reversível.
- **Relaxamento do músculo cricofaríngeo:** pode ser realizada miotomia ou injeção de toxina botulínica para facilitar a passagem de alimento ou saliva pelo esfíncter superior do esôfago. Os casos devem ser rigorosamente selecionados pelo risco de refluxo.

2.3. Traqueostomia

A indicação da traqueostomia como modalidade única para controle da aspiração é conceitualmente incorreta. A cânula pode levar à fixação mecânica do complexo laringotraqueal, compressão esofágica pelo balonete, desvio do fluxo aéreo da laringe com alteração de sensibilidade, perda do reflexo de fechamento glótico, redução da pressão subglótica e comprometimento da tosse. Muitos pacientes traqueostomizados apresentam melhora da deglutição com a simples decanulação.

O balonete insuflado previne parcialmente a penetração e aspiração salivar. Mesmo os modelos mais modernos de tubos de traqueostomia não previnem adequadamente a aspiração por longos períodos, o que se relaciona à movimentação cervical contra o mesmo. Além disso, o uso prolongado pode provocar traqueomalácia, estenose subglótica, fístula tráqueo-esofágica e compressão esofágica. A secreção salivar retida acima do balonete pode apresentar vazamento, principalmente nos períodos de desinsuflação ou relacionados à movimentação cervical.

Quando disponível, o modelo de cânula com aspiração suprabalonete pode diminuir a aspiração de saliva nesses pacientes.

A adaptação da válvula de fonação, quando possível, auxilia na reabilitação e restabelecimento do fluxo aéreo para a laringe.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Disfagia é um sintoma frequente na prática clínica de pacientes internados. Apresenta impacto em termos de saúde pública por prolongar o tempo de internação e provocar piora da qualidade de vida do paciente. Está relacionada a quadro clínico e métodos diagnósticos bem estabelecidos. É imprescindível saber reconhecer tais sinais e sintomas, diagnosticar as principais causas e tratá-las precoce e adequadamente.

II. GLOSSÁRIO

VO: Via Oral

EAT: Eating Assessment Tool

FEES: Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing

VDG: Videodeglutograma ou Videofluoroscopia

III. HISTÓRICO DE REVISÕES

08/04/2025 – Revisão Periódica

IV. Referências Bibliográficas

1. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008 Dec;117(12):919-24.
2. Andrade PA, Santos CA, Firmino HH, Rosa COB. Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados. *Einstein (São Paulo)*. 2018;16(2).
3. Chatindiara I, Allen J, Popman A, Patel D, Richter M, Kruger M, Wham C. Dysphagia risk, low muscle strength and poor cognition predict malnutrition risk in older adults athospital admission. *BMC Geriatr*. 2018 Mar 21;18(1):78.
4. Langmore SE, Schatz K, Olsen N. Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. *Dysphagia* 1988;2(4):216-9.
5. Santoro PP, Furia CL, Forte AP, Lemos EM, Garcia RID, Tavares RA, Imamura R. Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. *Braz J Otorhinolaryngol* 2011;72(2):201-13.
6. Langmore SE. History of Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing for Evaluation and Management of Pharyngeal Dysphagia: Changes over the Years. *Dysphagia*. 2017 Feb;32(1):27-38.
7. Santoro PP, Lemos EM, Garcia RID. Tratamento medicamentoso. In: Rogério A. Dedivits; Patricia P. Santoro; Lica Arakawa-Sugueno. (Org.). *Manual prático de disfagia: diagnóstico e tratamento*. 1ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017, v. 1, p. 309-320.
8. Imamura R. Lemos EM, Garcia RID, Santoto PP. Conduitas na Sialorreia. In: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico- Facial; Pinna FR; organizadores, Bezerra TFP, Frizzarini R, Lourenço LFM, organizadores. *PRO-ORL Programa de Atualização em Otorrinolaringologia: Ciclo 16*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2022,p.137-62.

Código Documento: CPTW313.2	Elaborador: Roberta Ismael Dias Garcia Elza Maria Lemos Tatianna Pinheiro da Costa Rozzino Janaina Pontes Batista	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 25/07/2022 Data de Elaboração: 08/04/2025	Data de Aprovação: 08/04/2025
---------------------------------------	--	---	--	--	---