



Disfagia: Conceito, Diagnóstico, Grau de severidade

M.Sc. Prof.^a Viviane Marques

**Fonoaudióloga, Neurofisiologista e Mestre em Fonoaudiologia
Coordenadora da Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar
Diretora da Empresa FONOvim Fonoaudiologia Neurológica LTDA**

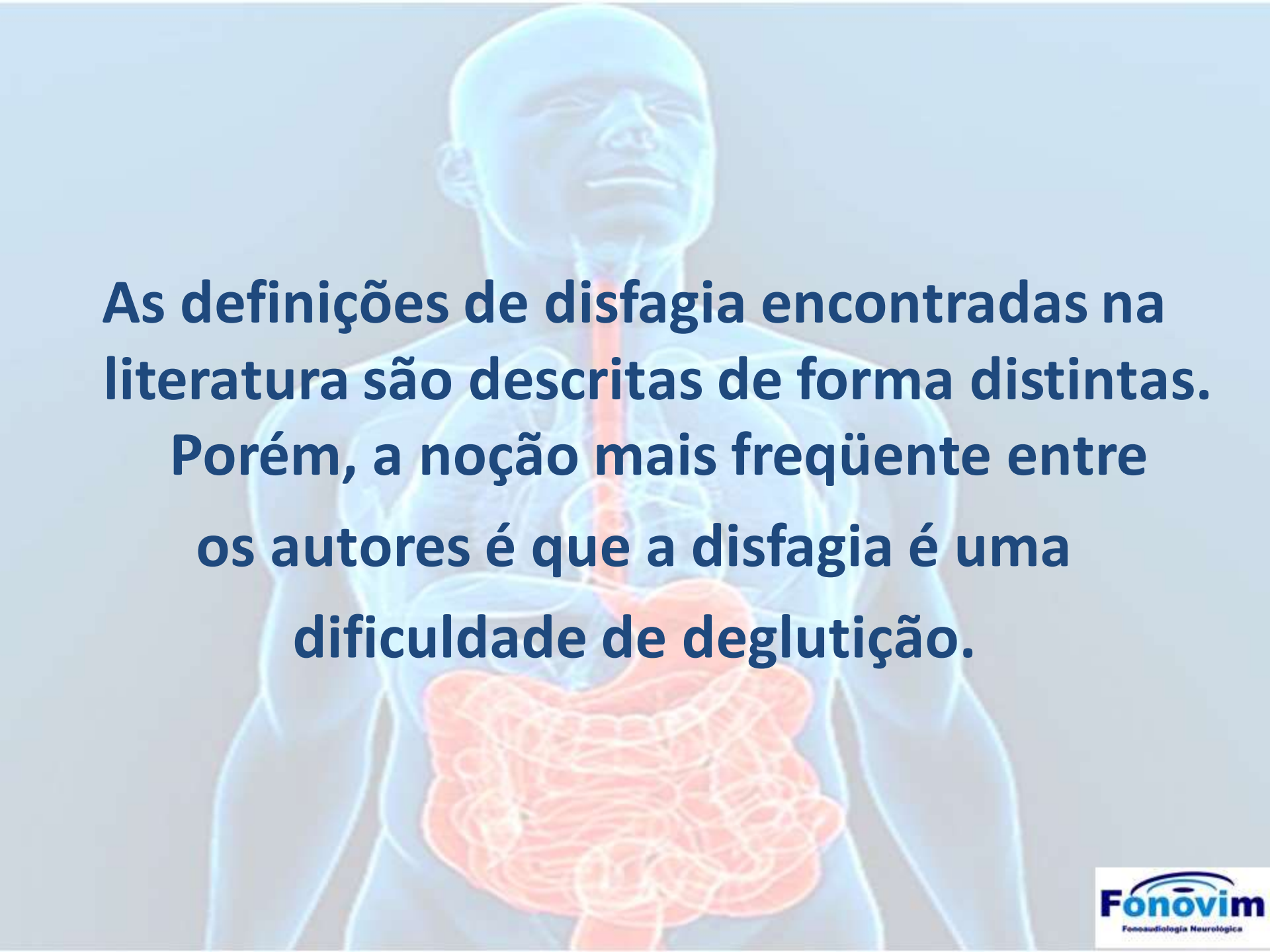
Docente do Mestrado de HIV/AIDS UNIRIO

Chefe do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Universitário Gafrée Guinle

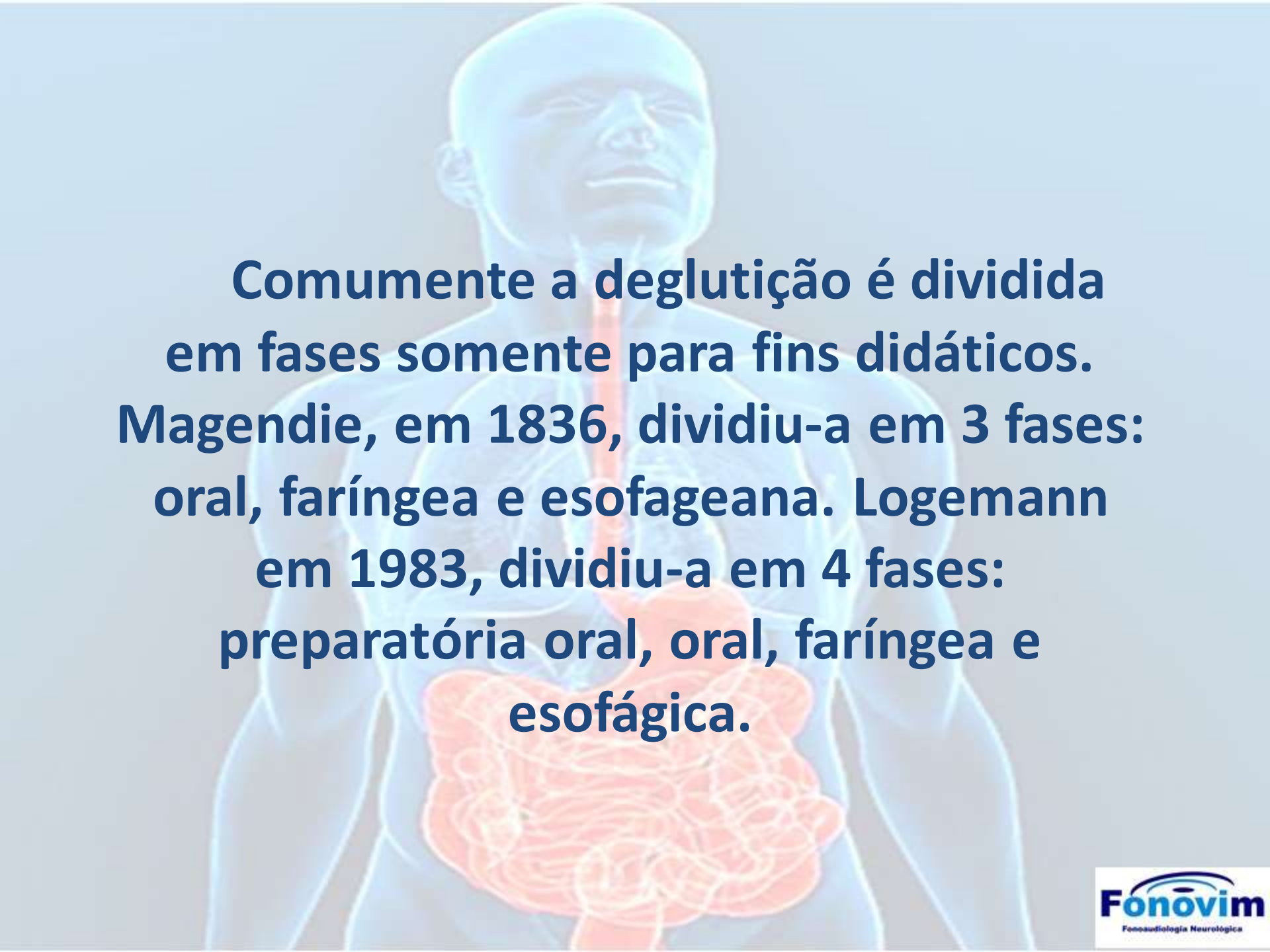
Tutora da Residência de Fonoaudiologia do HUGG

Presidente do Projeto Terceira Idade Saudável

<http://www.vivianemarques.com.br>

An anatomical diagram of the human digestive system is overlaid on a translucent human figure. The esophagus is highlighted in red, extending from the throat down to the stomach. The stomach is shown in a light orange color, and the large and small intestines are depicted in a darker orange, showing their complex, coiled structure. The background is a solid light blue.

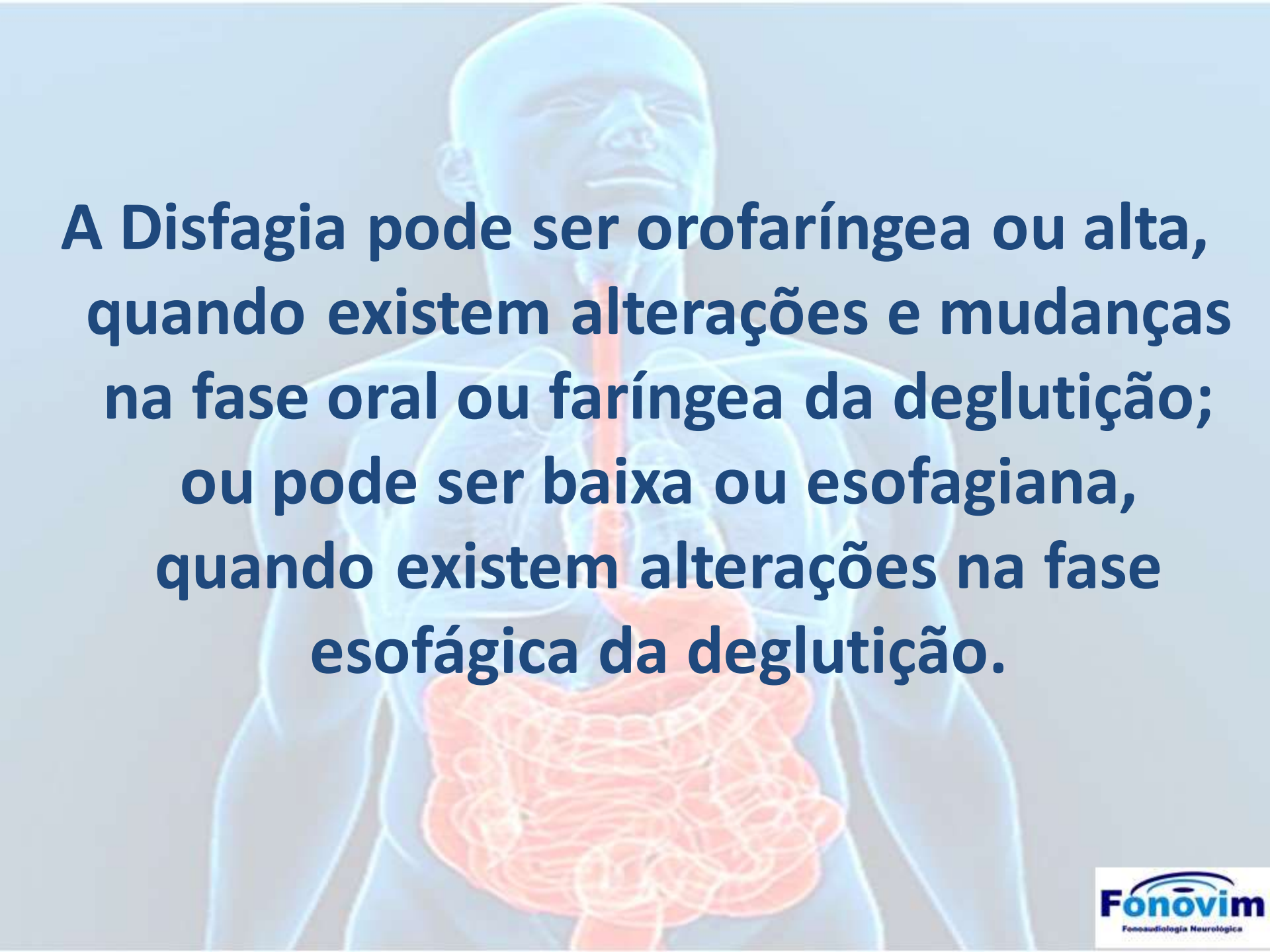
As definições de disfagia encontradas na literatura são descritas de forma distintas. Porém, a noção mais freqüente entre os autores é que a disfagia é uma dificuldade de deglutição.

An anatomical diagram of the human digestive system is overlaid on a semi-transparent human silhouette. The diagram shows the esophagus, stomach, and the coiled small and large intestines in a reddish-orange color. The text is centered over the torso area.

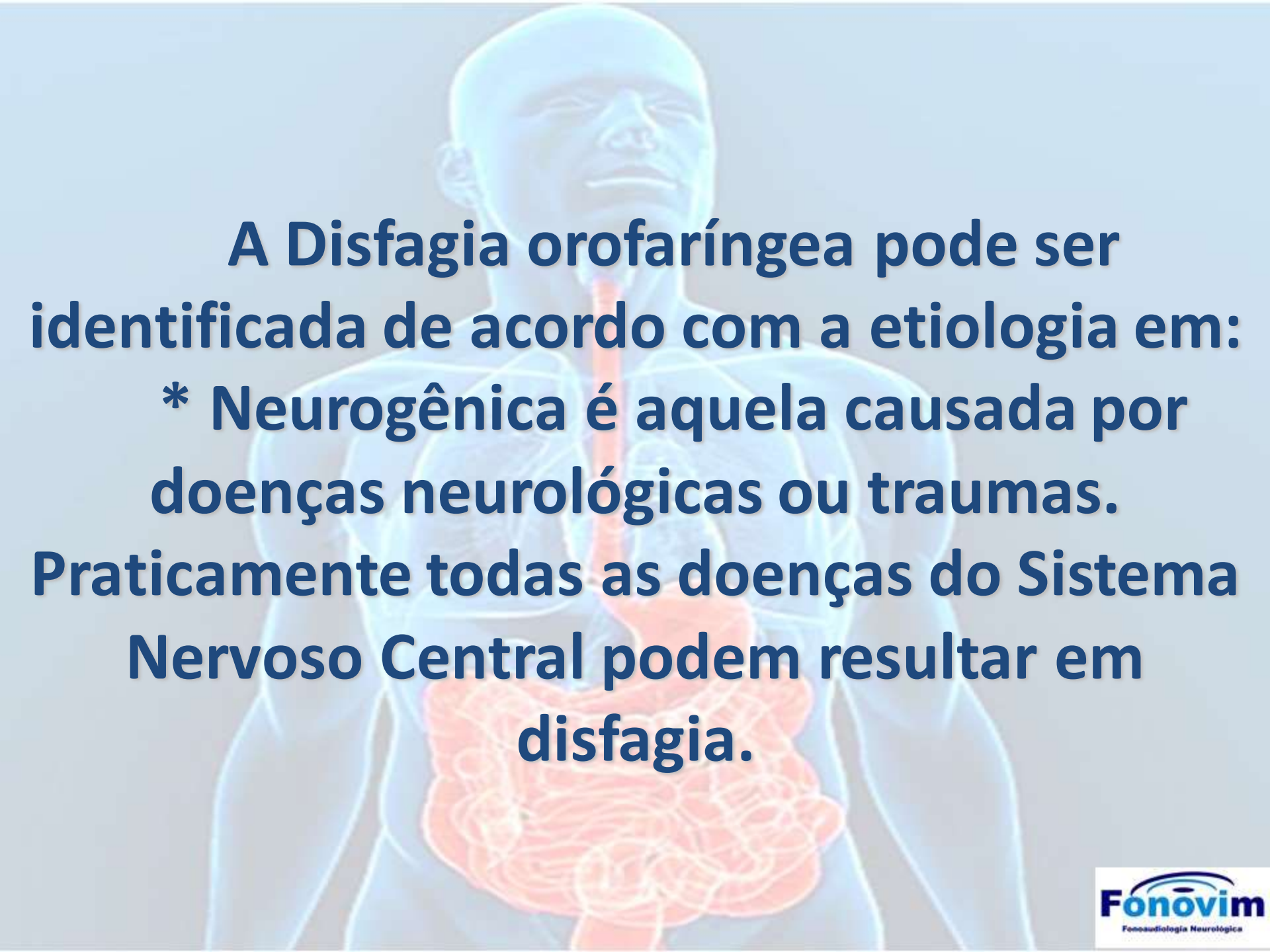
Comumente a deglutição é dividida em fases somente para fins didáticos. Magendie, em 1836, dividiu-a em 3 fases: oral, faríngea e esofageana. Logemann em 1983, dividiu-a em 4 fases: preparatória oral, oral, faríngea e esofágica.

Definição mais completa:

Disfagia é a dificuldade de deglutição relacionada ao funcionamento das estruturas orofaringolaríngeas e esofágicas, dificultando ou impossibilitando a ingestão oral segura, eficaz e confortável de saliva, líquidos e/ou alimentos de qualquer consistência, podendo ocasionar desnutrição, desidratação, aspiração, desconforto e isolamento social, além de complicações mais graves como a pneumonia aspirativa e o óbito;

An anatomical diagram of the human digestive system is overlaid on a semi-transparent human silhouette. The diagram shows the mouth, pharynx, esophagus, stomach, and the coiled small and large intestines in a reddish-orange color. The background is a light blue gradient.

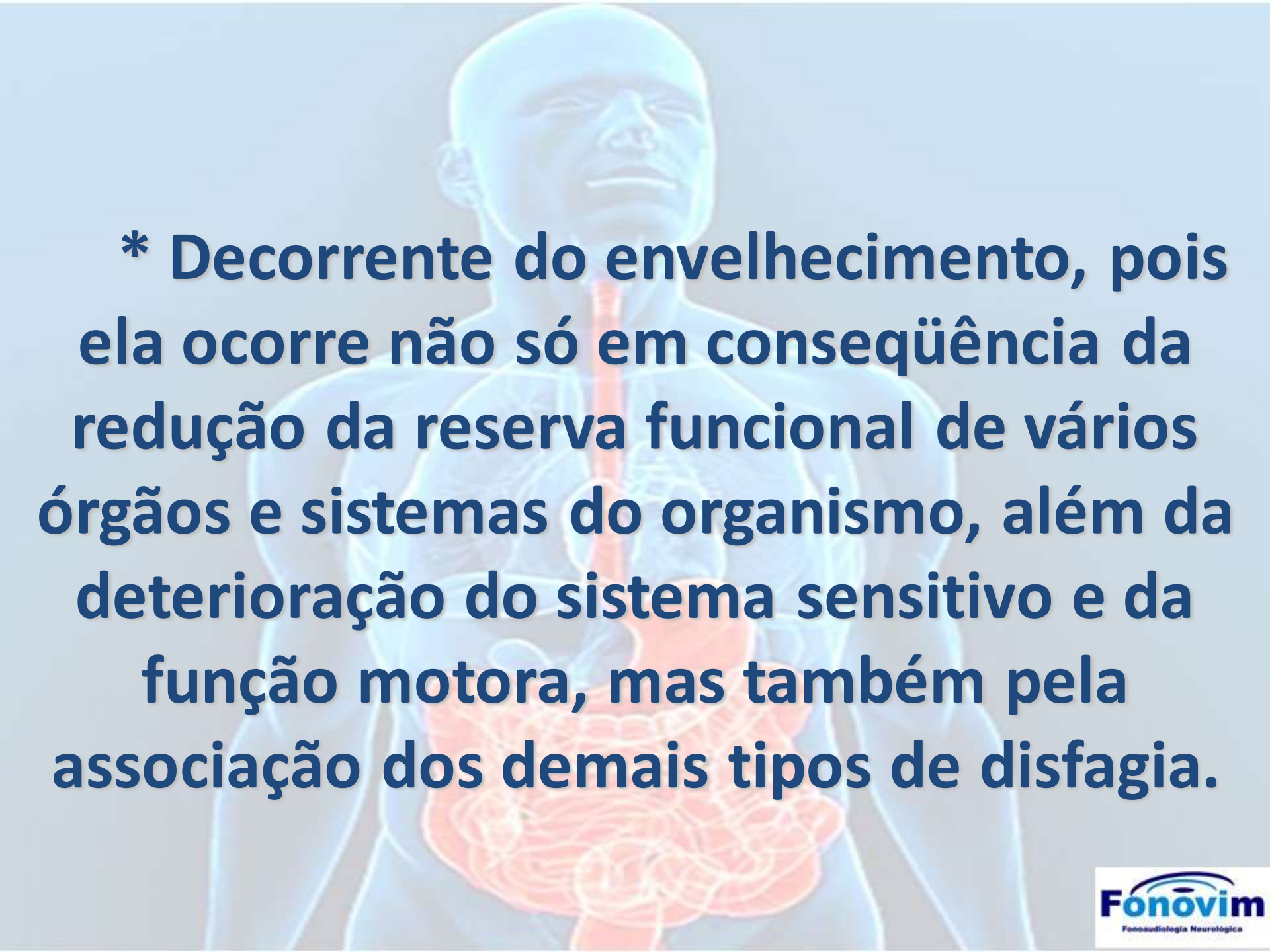
A Disfagia pode ser orofaríngea ou alta, quando existem alterações e mudanças na fase oral ou faríngea da deglutição; ou pode ser baixa ou esofagiana, quando existem alterações na fase esofágica da deglutição.



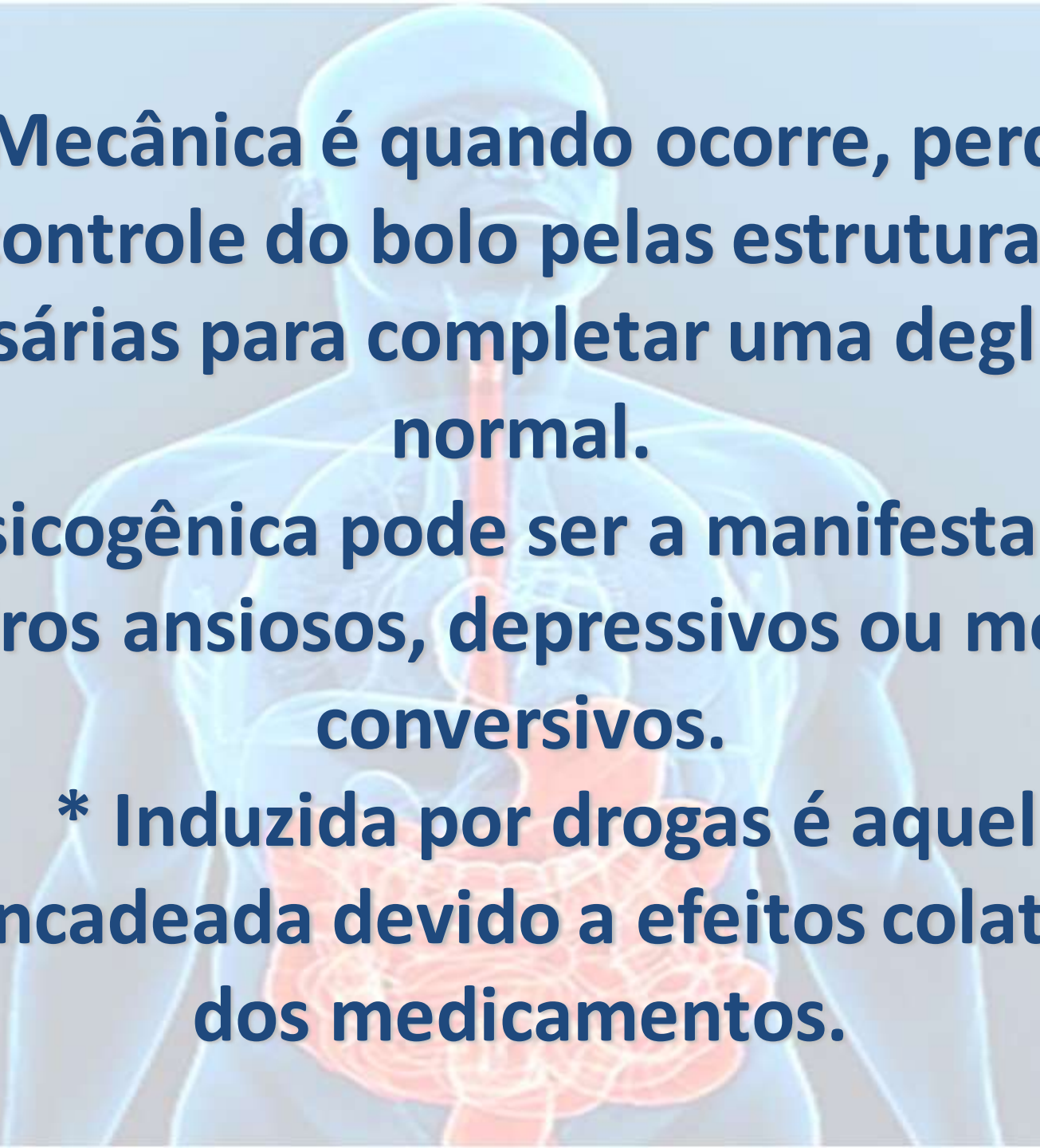
A Disfagia orofaríngea pode ser identificada de acordo com a etiologia em:

- * Neurogênica é aquela causada por doenças neurológicas ou traumas.**

Praticamente todas as doenças do Sistema Nervoso Central podem resultar em disfagia.



*** Decorrente do envelhecimento, pois ela ocorre não só em consequência da redução da reserva funcional de vários órgãos e sistemas do organismo, além da deterioração do sistema sensitivo e da função motora, mas também pela associação dos demais tipos de disfagia.**



*** Mecânica é quando ocorre, perda do controle do bolo pelas estruturas necessárias para completar uma deglutição normal.**

*** Psicogênica pode ser a manifestação de quadros ansiosos, depressivos ou mesmo conversivos.**

*** Induzida por drogas é aquela desencadeada devido a efeitos colaterais dos medicamentos.**

As disfagias orofaríngeas são tratadas pela Fonoaudiologia

RESOLUÇÃO CFF^a N^o 356, de 6 de dezembro de 2008

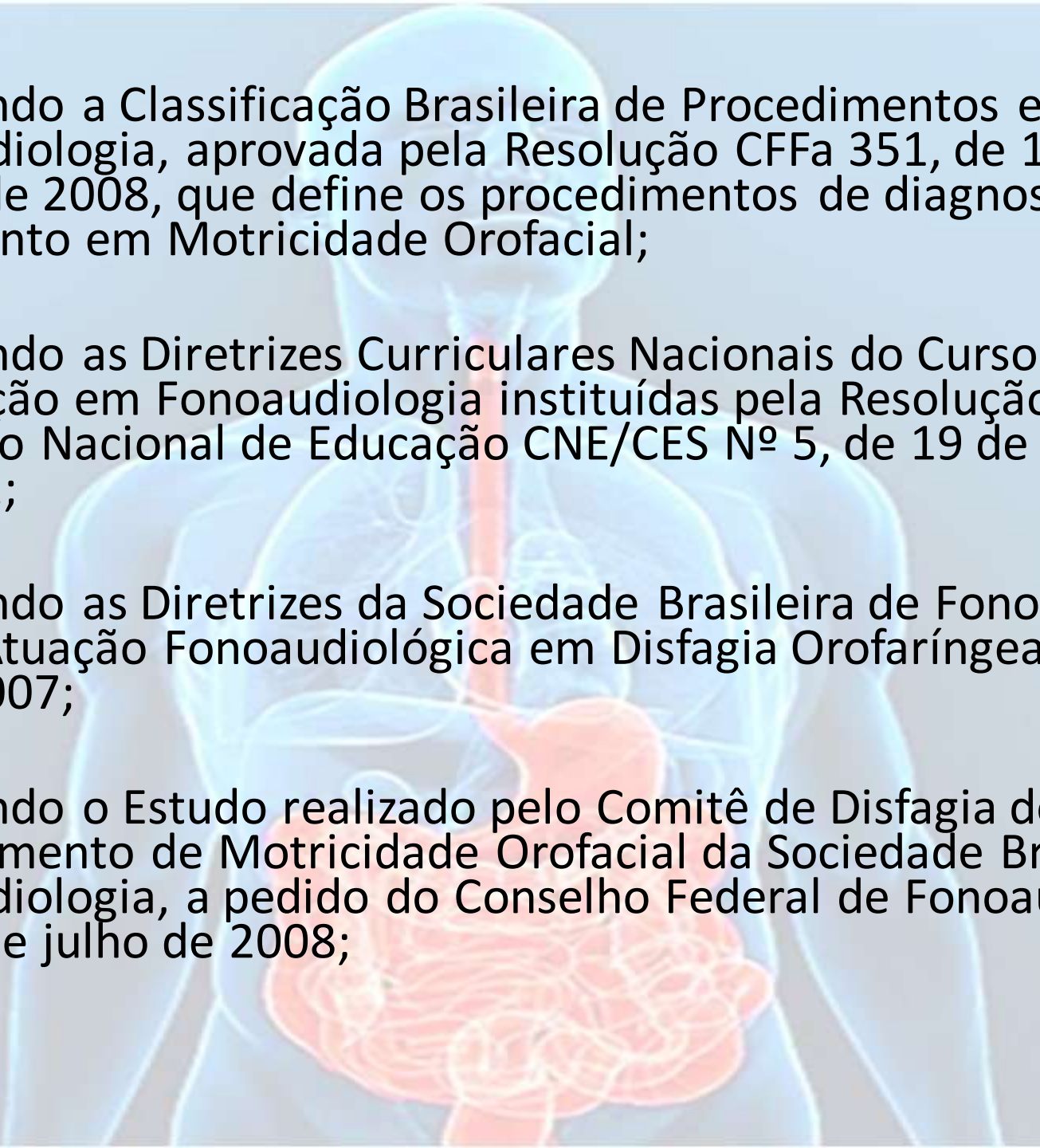
“Dispõe sobre a competência técnica e legal do fonoaudiólogo para atuar nas disfagias orofaríngeas.”

O Conselho Federal de Fonoaudiologia, no uso de suas atribuições legais e regimentais, que lhe são conferidas pela Lei n^o 6.965, de 09 de dezembro de 1981 e pelo Decreto n^o 87.218, de 31 de maio de 1982, e

Considerando a Lei n^o 6.965/81, em especial o parágrafo único do art. 1^o, o art. 4^o e o art. 5^o;

Considerando o Código de Ética Profissional da Fonoaudiologia;

*Considerando o Documento Oficial CFFa n^o 01/2002, aprovado pela Resolução CFFa n^o 348, de 03 de abril de 2007, onde são estabelecidas **as áreas de competência do fonoaudiólogo, incluindo a promoção da saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação/reabilitação), monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos no sistema miofuncional orofacial e cervical e na deglutição;***



Considerando a Classificação Brasileira de Procedimentos em Fonoaudiologia, aprovada pela Resolução CFFa 351, de 1º de março de 2008, que define os procedimentos de diagnose e tratamento em Motricidade Orofacial;

Considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia instituídas pela Resolução do Conselho Nacional de Educação CNE/CES Nº 5, de 19 de fevereiro de 2002;

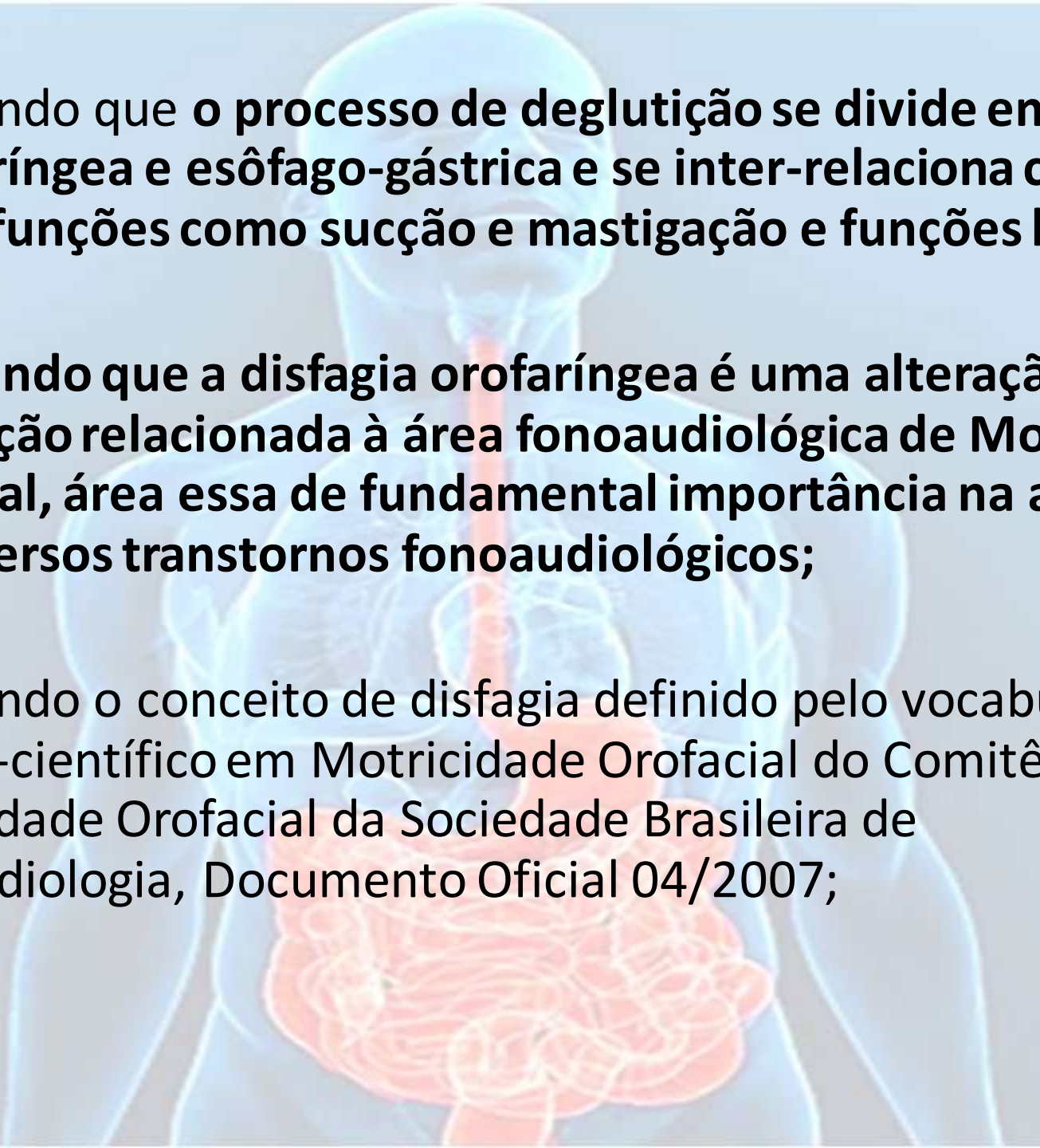
Considerando as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia para a Atuação Fonoaudiológica em Disfagia Orofaríngea – Gestão 2006-2007;

Considerando o Estudo realizado pelo Comitê de Disfagia do departamento de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, a pedido do Conselho Federal de Fonoaudiologia, em 01 de julho de 2008;

Considerando que os cursos de Fonoaudiologia contemplam disciplinas específicas sobre o desenvolvimento sensório-motor das estruturas relacionadas à deglutição e as demais funções neurovegetativas no recém-nascido, na criança, no adolescente, no adulto e no idoso e disciplinas relacionadas à aquisição da linguagem e aos aspectos motores da fala, assim como aos aspectos relacionados à voz, ressonância, respiração, sucção, mastigação, deglutição e articulação;

Considerando os grandes avanços conquistados pela ciência fonoaudiológica em Disfagia Orofaríngea e a expressiva produção científica fonoaudiológica em revistas indexadas e livros, bem como o grande número de pesquisas de graduação, pós-graduação em nível de especialização, mestrado, doutorado em Disfagia Orofaríngea que são desenvolvidos em instituições de ensino das mais diversas regiões do Brasil;

Considerando que a deglutição é um processo dinâmico que envolve uma atividade neuromuscular complexa cujo objetivo é o transporte do bolo alimentar e a proteção das vias aéreas;



Considerando que o processo de deglutição se divide em fases: oral, faríngea e esôfago-gástrica e se inter-relaciona com outras funções como sucção e mastigação e funções laríngeas;

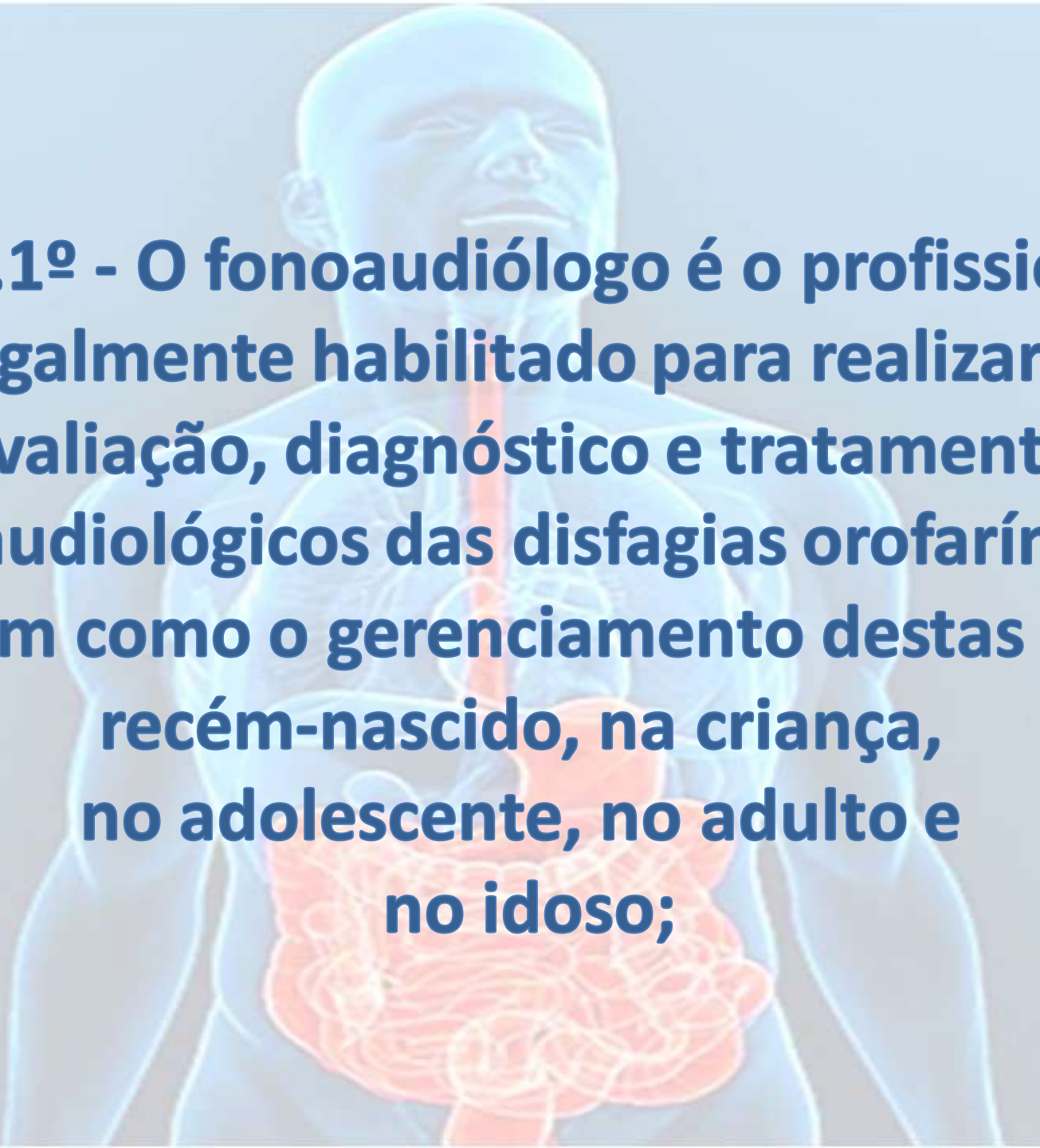
Considerando que a disfagia orofaríngea é uma alteração de deglutição relacionada à área fonoaudiológica de Motricidade Orofacial, área essa de fundamental importância na atenção aos diversos transtornos fonoaudiológicos;

Considerando o conceito de disfagia definido pelo vocabulário técnico-científico em Motricidade Orofacial do Comitê de Motricidade Orofacial da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, Documento Oficial 04/2007;

Considerando que a disfagia é a dificuldade de deglutição relacionada ao funcionamento das estruturas orofaringolaríngeas e esofágicas, dificultando ou impossibilitando a ingestão oral segura, eficaz e confortável de saliva, líquidos e/ou alimentos de qualquer consistência, podendo ocasionar desnutrição, desidratação, aspiração, desprazer e isolamento social, além de complicações mais graves como a pneumonia aspirativa e o óbito;

Considerando o Parecer CFFa/CS nº 32 de 05 de abril de 2008, que “Dispõe sobre a possibilidade do fonoaudiólogo ministrar cursos sobre ausculta cervical e aspiração endotraqueal”;

Considerando que a deglutição e a alimentação são processos complexos, inter-relacionados e distintos e que a Disfagia Orofaríngea é um distúrbio de deglutição e não um distúrbio de alimentação;



Art.1º - O fonoaudiólogo é o profissional legalmente habilitado para realizar a avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológicos das disfagias orofaríngeas, bem como o gerenciamento destas no recém-nascido, na criança, no adolescente, no adulto e no idoso;

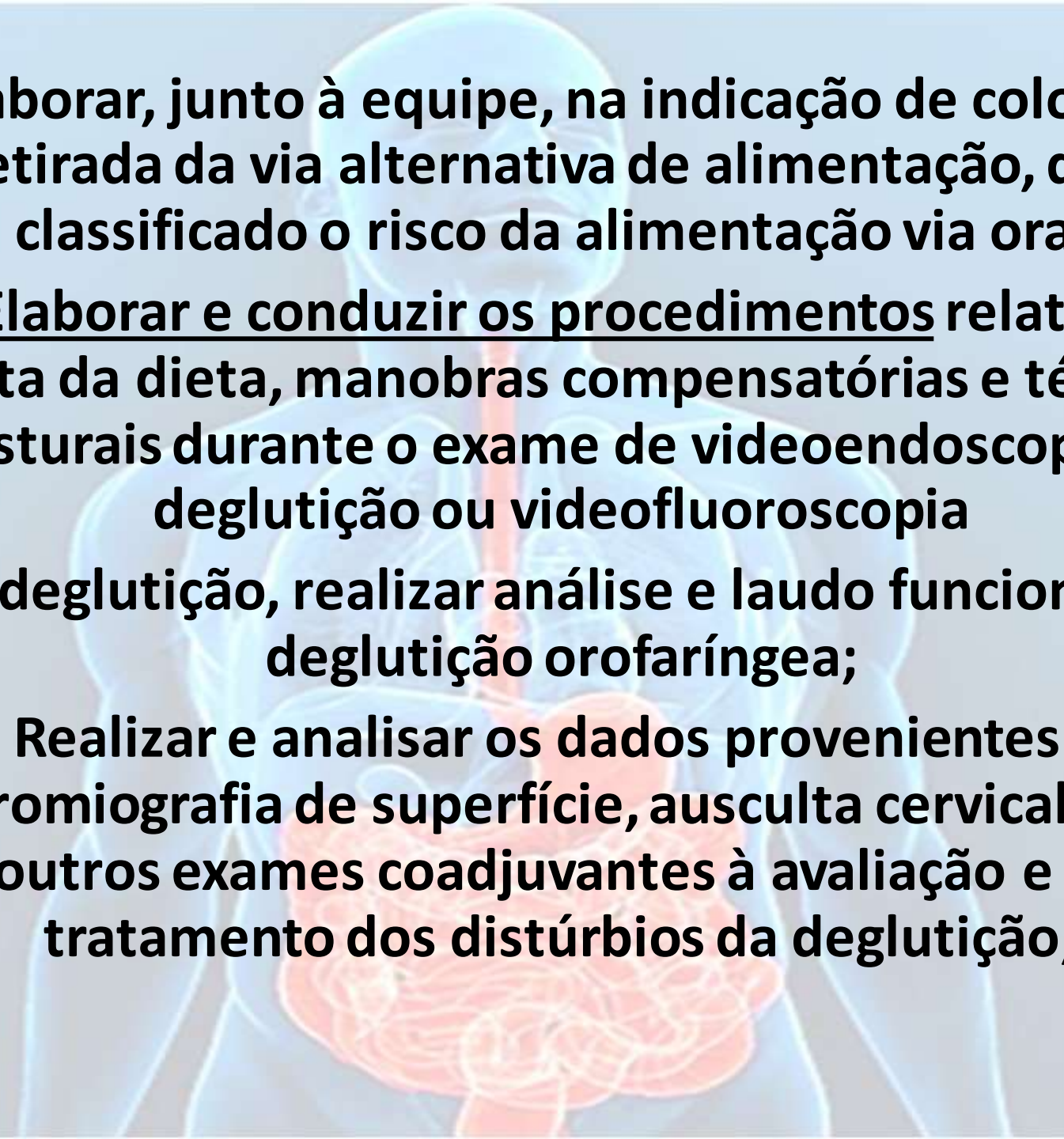
Art.2º - Na atuação relacionada ao processo de deglutição, cabe ao fonoaudiólogo, entre outros procedimentos:

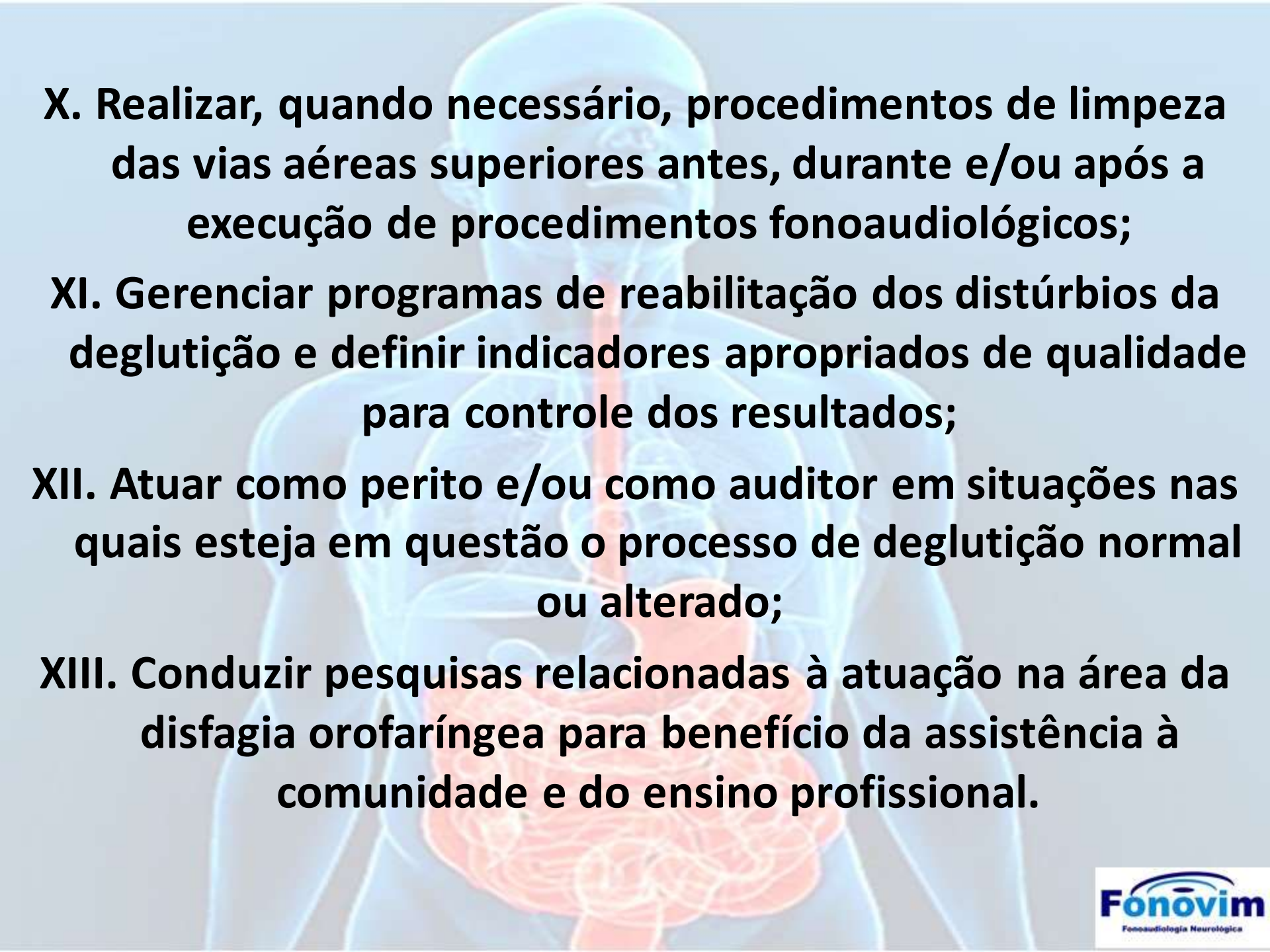
- I. Orientar a equipe de saúde para a identificação de indivíduos com risco para disfagia e no encaminhamento para avaliação fonoaudiológica;**
- II. Avaliar, classificar e fazer o diagnóstico funcional da sucção, mastigação e deglutição, utilizando, entre outros, instrumentos padronizados, buscando identificar a fisiopatologia deste processo;**
- III. Analisar o processo da deglutição observando a presença dos aspectos funcionais esperados para cada uma das suas etapas;**

IV. Realizar o tratamento - habilitação/ reabilitação/ compensação/ adaptação e gerenciamento dos distúrbios de deglutição;

V. Prescrever a consistência alimentar, o volume, o ritmo de oferta, os utensílios, as manobras e posturas necessárias para administração da dieta via oral de forma segura;

VI. Realizar as intervenções necessárias junto ao indivíduo com disfagia orofaríngea, mensurando a eficácia dos procedimentos, para que o mesmo possa minimizar, compensar ou adaptar-se às dificuldades de deglutição;

- 
- VII. Colaborar, junto à equipe, na indicação de colocação e de retirada da via alternativa de alimentação, quando classificado o risco da alimentação via oral;**
- VIII. Elaborar e conduzir os procedimentos relativos à oferta da dieta, manobras compensatórias e técnicas posturais durante o exame de videoendoscopia da deglutição ou videofluoroscopia da deglutição, realizar análise e laudo funcional da deglutição orofaríngea;**
- IX. Realizar e analisar os dados provenientes da eletromiografia de superfície, ausculta cervical, entre outros exames coadjuvantes à avaliação e ao tratamento dos distúrbios da deglutição;**

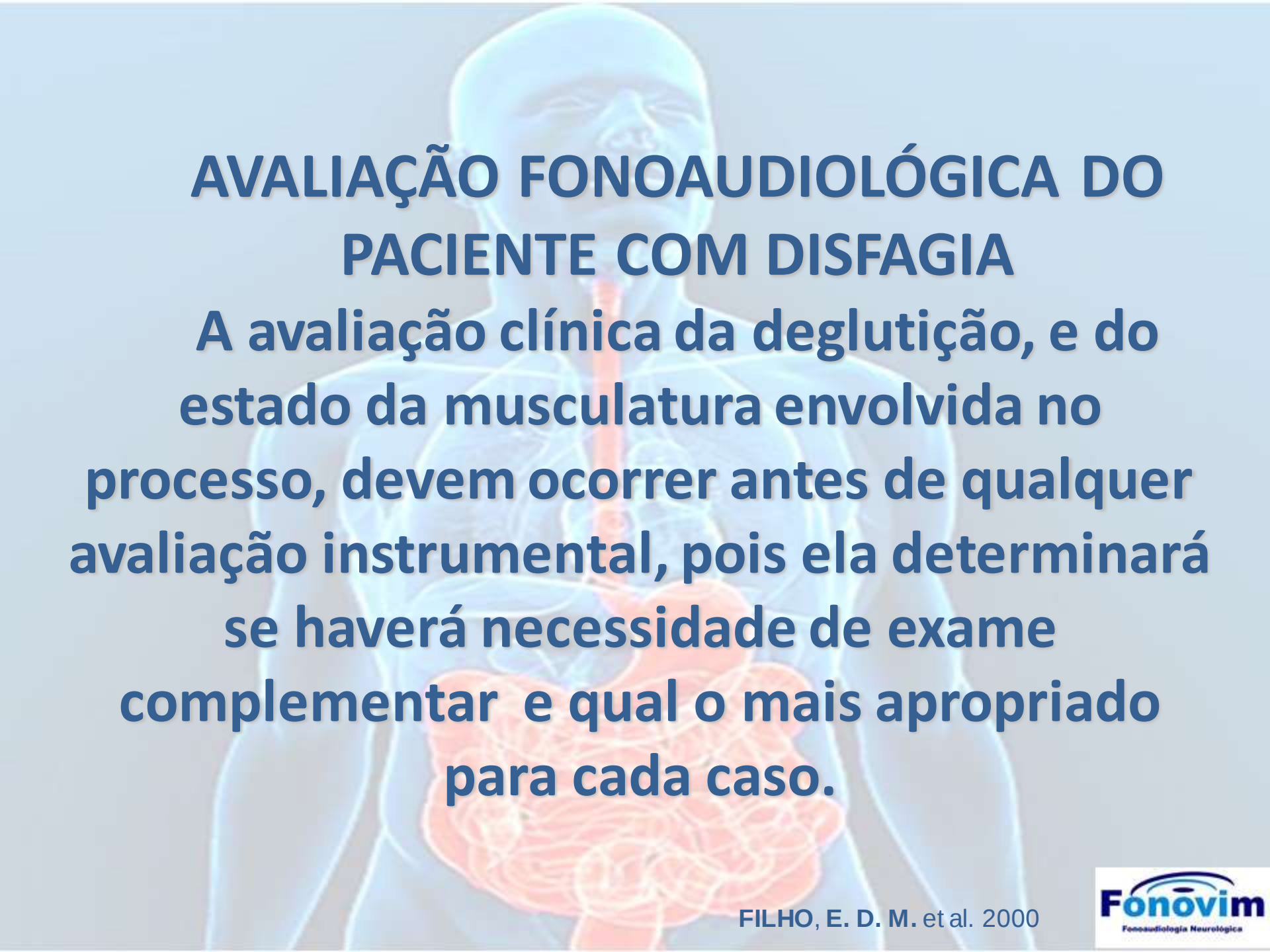
- 
- X. Realizar, quando necessário, procedimentos de limpeza das vias aéreas superiores antes, durante e/ou após a execução de procedimentos fonoaudiológicos;**
- XI. Gerenciar programas de reabilitação dos distúrbios da deglutição e definir indicadores apropriados de qualidade para controle dos resultados;**
- XII. Atuar como perito e/ou como auditor em situações nas quais esteja em questão o processo de deglutição normal ou alterado;**
- XIII. Conduzir pesquisas relacionadas à atuação na área da disfagia orofaríngea para benefício da assistência à comunidade e do ensino profissional.**





00:00:00:00 ▲





AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DO PACIENTE COM DISFAGIA

A avaliação clínica da deglutição, e do estado da musculatura envolvida no processo, devem ocorrer antes de qualquer avaliação instrumental, pois ela determinará se haverá necessidade de exame complementar e qual o mais apropriado para cada caso.

Exame de Videofluoroscopia

An anatomical diagram of the human digestive system is overlaid on a light blue silhouette of a human figure. The digestive tract, including the esophagus, stomach, and intestines, is highlighted in a reddish-orange color. A large, semi-transparent blue oval is centered over the torso, containing the title text.

DISFAGIA SINTOMA

MARCHESAN 2005



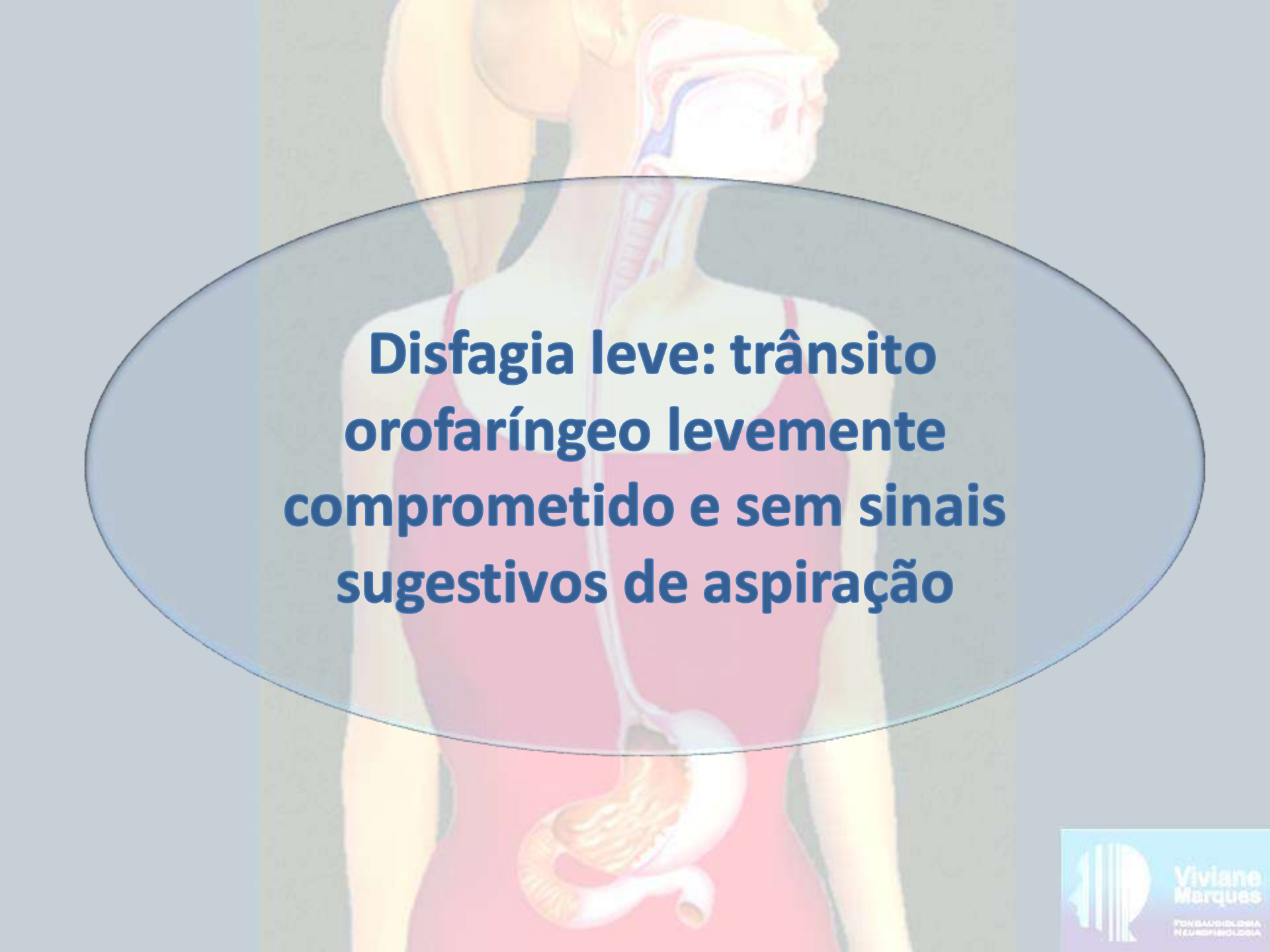
GRAU DE SEVERIDADE DAS DISFAGIAS

MARCHESAN 2005



**Viviane
Marques**

FONDAUSÊNCIA
NEUROLÓGICA



**Disfagia leve: trânsito
orofaríngeo levemente
comprometido e sem sinais
sugestivos de aspiração**



**Viviane
Marques**

FONOAUDIOLÓGICA
NEUROLÓGICA

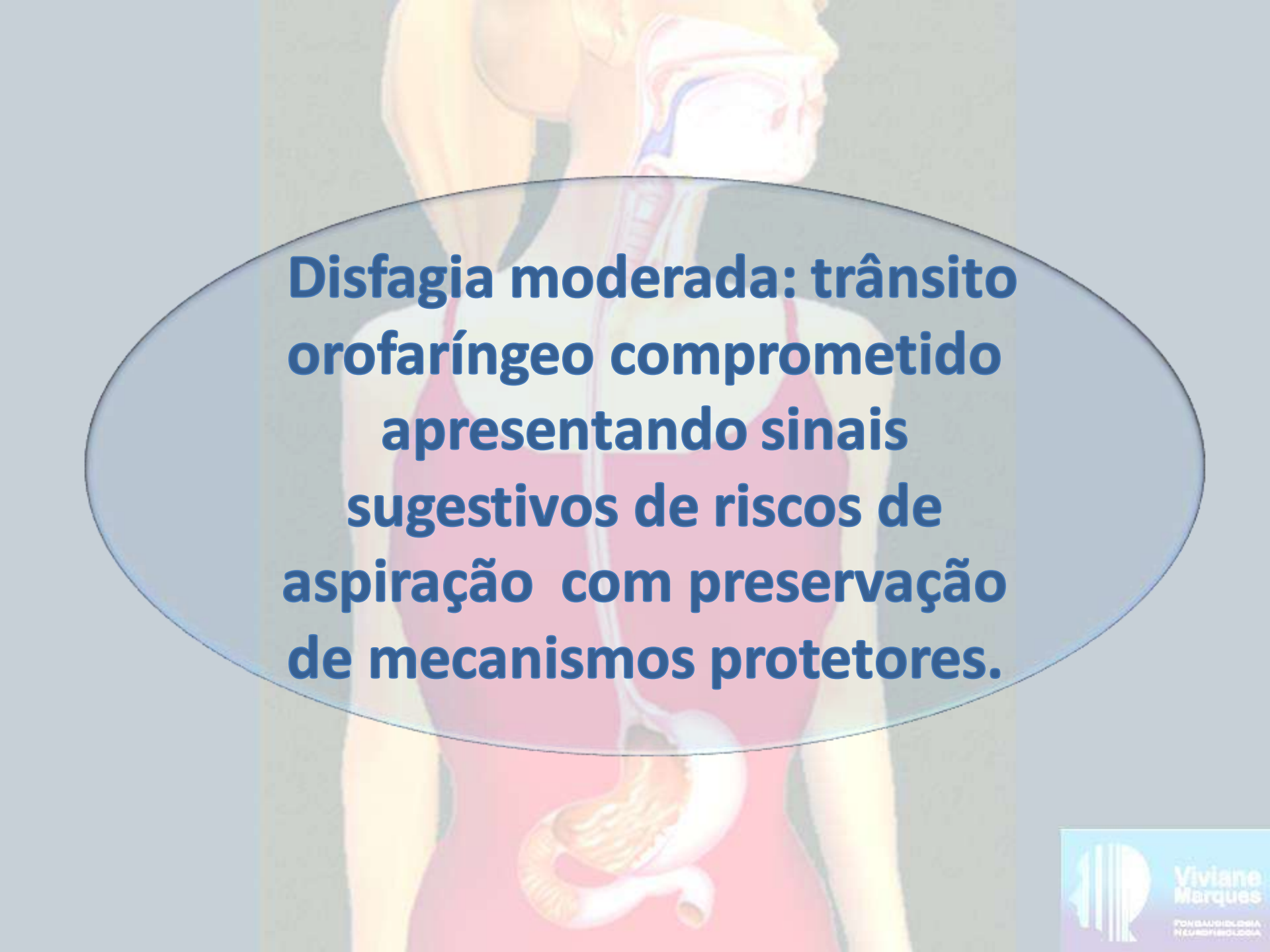


LYTUS CLIMATE

Model No. 1000
 Capacity 1000
 1000



Control Panel
 Model No. 1000
 1000

An anatomical diagram of the human digestive system is overlaid on a semi-transparent silhouette of a person. The diagram shows the mouth, pharynx, esophagus, stomach, and intestines in various colors (pink, orange, yellow, and blue). The text is centered within a large, light-blue oval that covers the upper and middle portions of the silhouette.

**Disfagia moderada: trânsito
orofaríngeo comprometido
apresentando sinais
sugestivos de riscos de
aspiração com preservação
de mecanismos protetores.**





**Disfagia grave: Trânsito
orofaríngeo comprometido
com sinais sugestivos de
aspiração e ausência de
mecanismos protetores**



CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE COMPROMETIMENTO DAS DISFAGIAS

As classificações existentes consideram como critério prioritário a penetração laríngea e a aspiração traqueal para definir o grau de comprometimento, mas se considera também a condição pulmonar, hidratação, condição nutricional e prazer de alimentar do paciente.

Disfagia leve

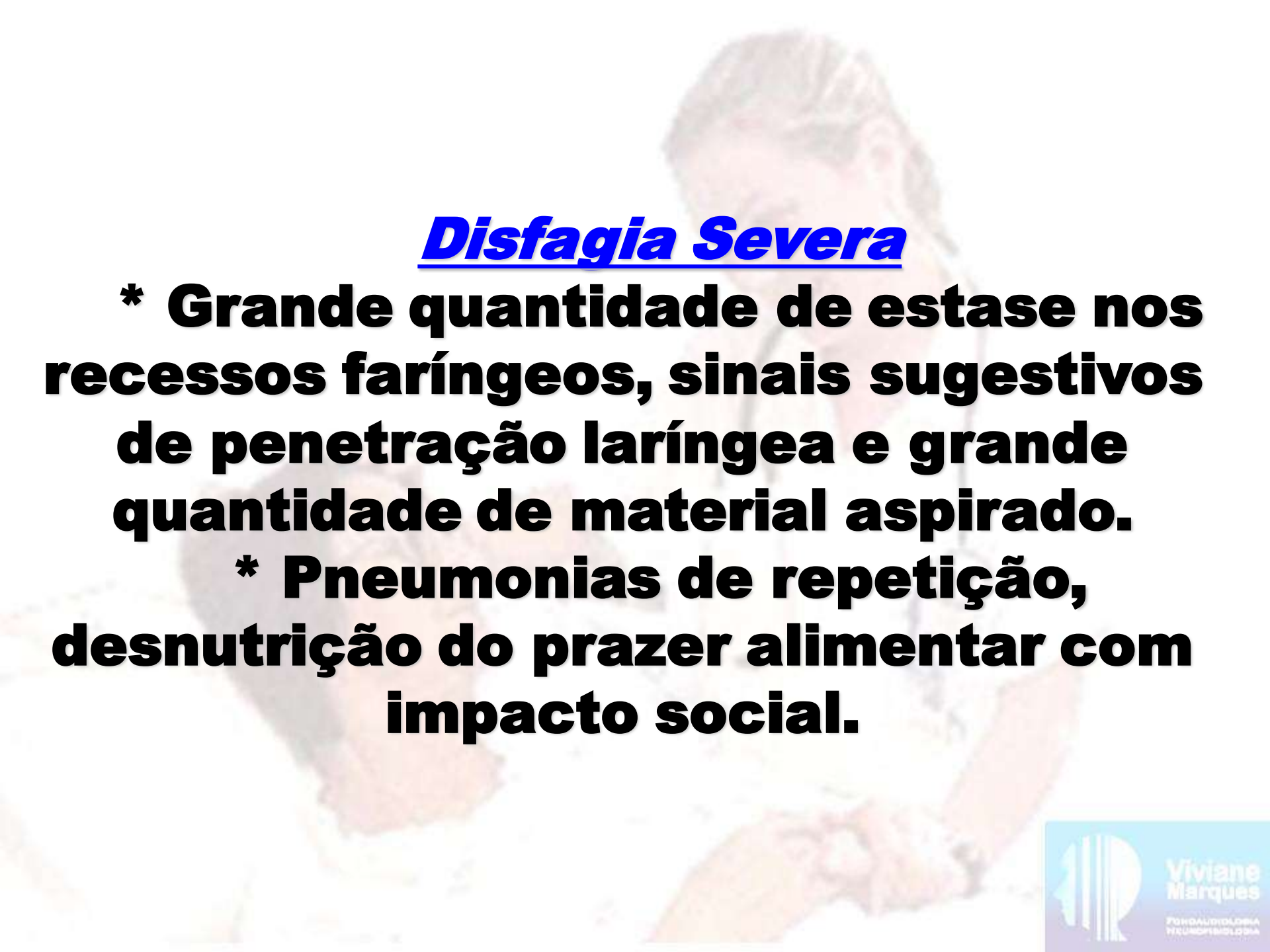
*** A dificuldade do indivíduo está concentrada no transporte oral do bolo;**

*** Ocorrência de pequena quantidade de estase recessos faríngeos ,sem penetração laríngea;**

*** Sem história de broncopneumonias de repetição e sem perda nutricional *significativa*.**

Disfagia Moderada

- * Dificuldade no transporte oral do bolo.**
- * Ocorrência de estase em recessos faríngeos com sinais sugestivos de penetração laríngea e pequena quantidade de material aspirado ou riscos de aspiração;**
- * Esporádicas pneumonias, déficit nutricional e alteração do prazer alimentar.**



Disfagia Severa

- * Grande quantidade de estase nos recessos faríngeos, sinais sugestivos de penetração laríngea e grande quantidade de material aspirado.**
- * Pneumonias de repetição, desnutrição do prazer alimentar com impacto social.**

Escala Funcional de Ingestão por Via Oral – Functional Oral Intake Scale – FOIS

- () Nível 1: Nada por via oral**
- () Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido**
- () Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido**
- () Nível 4: Via oral total de uma única consistência**
- () Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações**
- () Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares**
- () Nível 7: Via oral total sem restrições**

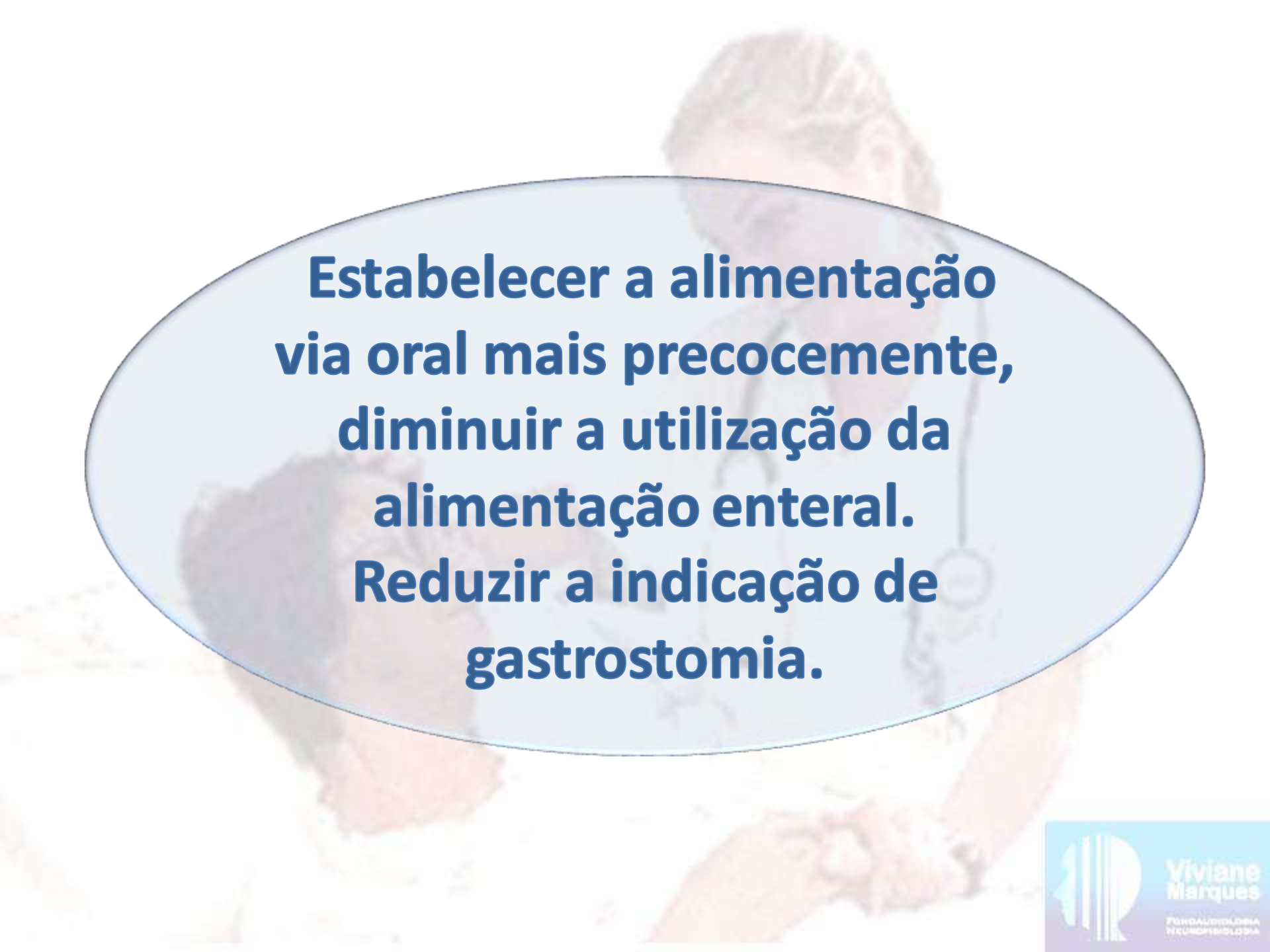
PROTOCOLO PARA CONTROLE DE EFICÁCIA TERAPÊUTICA EM DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÊNICA (PROCEDON)

**Um parâmetro, na dinâmica da deglutição, é a
utilização da medida do tempo de trânsito
faríngeo (TTF).**

Disfagia Grave TTF 13 segundos

Disfagia Moderada TTF 4 segundos

O TTF na fisiologia normal é de 1 a 2 segundos.

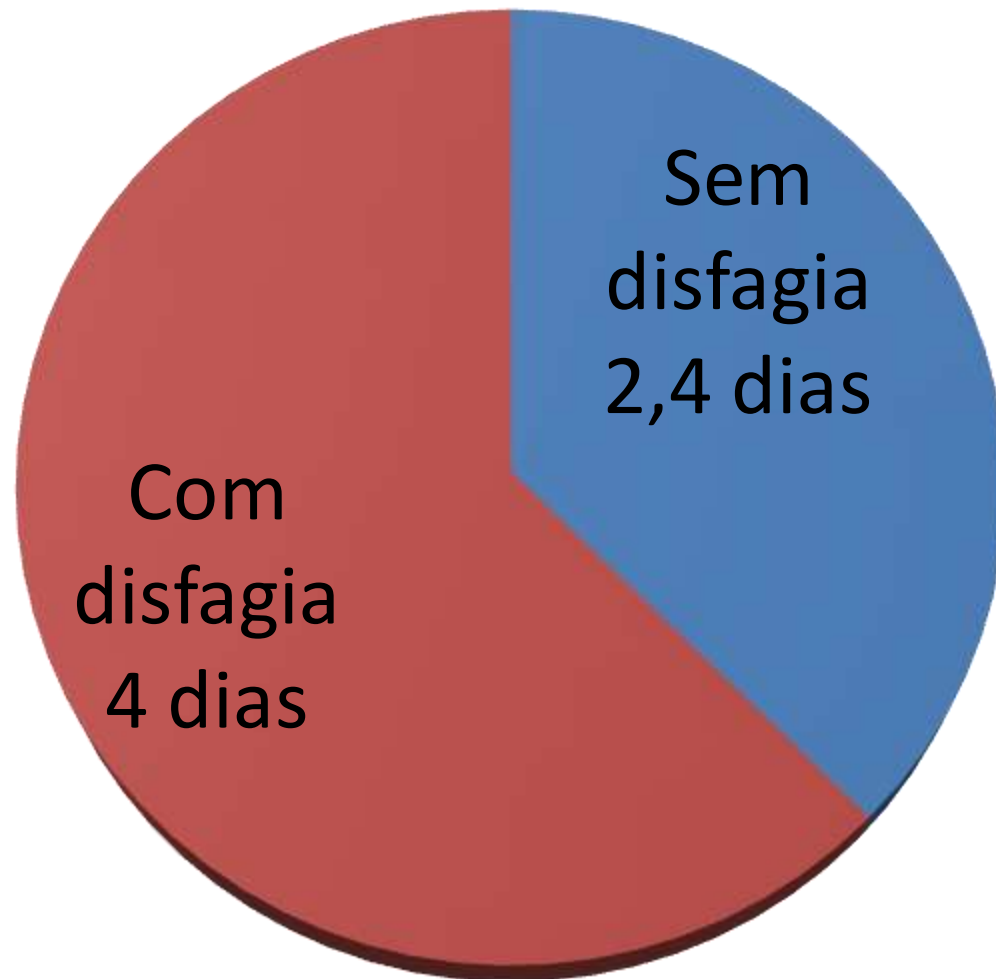


**Estabelecer a alimentação
via oral mais precocemente,
diminuir a utilização da
alimentação enteral.
Reduzir a indicação de
gastrostomia.**



Custo econômico da Disfagia

Tempo de internação hospitalar



Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources.

Consequência da disfagia no paciente hospitalizado: impacto sobre o prognóstico e recursos hospitalares

[Altman KW](#), [Yu GP](#), [Schaefer SD](#).

Abstract

OBJECTIVE: To determine if comorbid dysphagia in all hospitalized patients has the potential to prolong hospital stay and increase morbidity. Dysphagia is increasingly prevalent with age and comorbid medical conditions. Our research group has previously shown that dysphagia is a bad prognostic indicator in patients with stroke.

MAIN OUTCOME MEASURES: The National Hospital Discharge Survey (NHDS), 2005-2006, was evaluated for presence of dysphagia and the most common comorbid medical conditions. Patient demographics, associated disease, length of hospital stay, morbidity and mortality were also evaluated.

RESULTS: There were over 77 million estimated hospital admissions in the period evaluated, of which 271,983 were associated with dysphagia. Dysphagia was most commonly associated with fluid or electrolyte disorder, esophageal disease, stroke, aspiration pneumonia, urinary tract infection, and congestive heart failure. **The median number of hospitalization days for all patients with dysphagia was 4.04 compared with 2.40 days for those patients without dysphagia.**(O número médio de dias de internação para todos os pacientes portadores de disfagia foi de 4,04 em comparação com 2,40 dias para os pacientes sem disfagia). Mortality increased substantially in patients with dysphagia associated with rehabilitation, intervertebral disk disorders, and heart diseases.

CONCLUSIONS: Dysphagia has a significant impact on hospital length of stay and is a bad prognostic indicator. Early recognition of dysphagia and intervention in the hospitalized patient is advised to reduce morbidity and length of hospital stay.

Definition, Prevalence and Burden of Oropharyngeal Dysphagia: A Serious Problem among Older Adults Worldwide and the Impact on Prognosis and Hospital Resources.

Definição, prevalência e custo das disfagias orofaríngeas: um sério problema entre os idosos no mundo, e o impacto no prognóstico e nos recursos hospitalares

[Cichero JA](#), [Altman KW](#).

Source

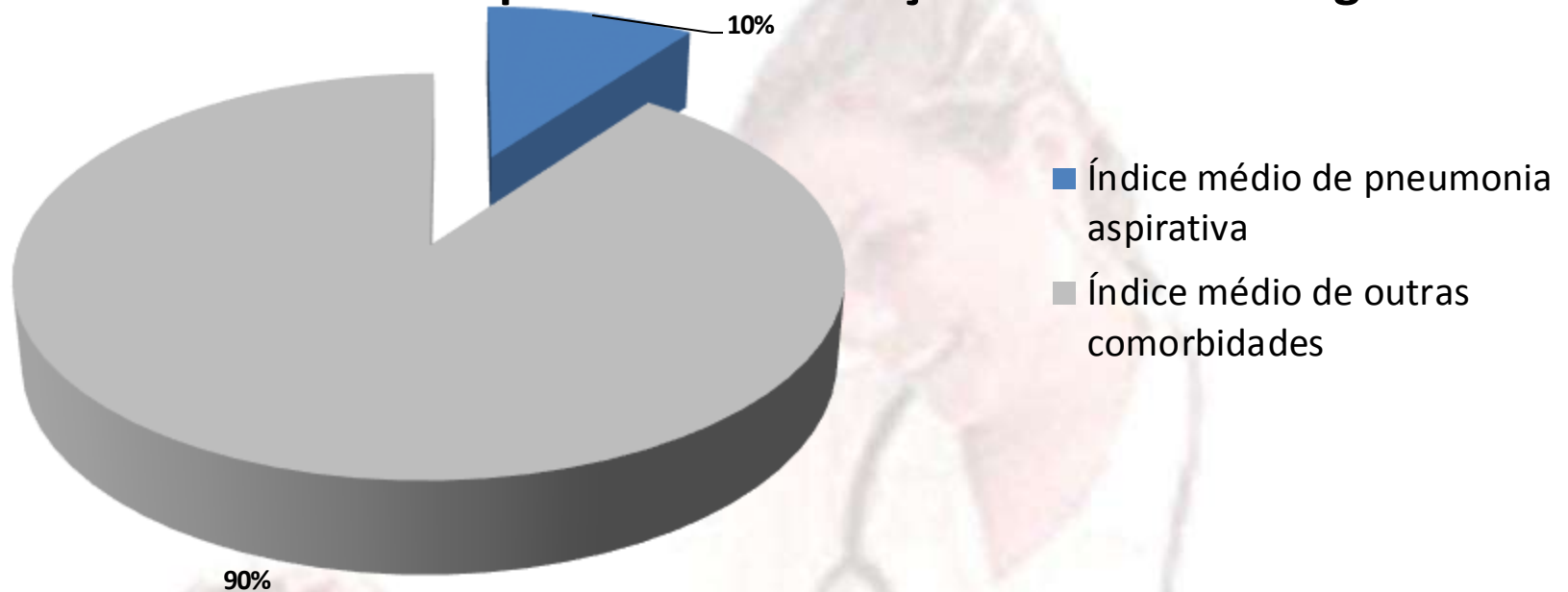
School of Pharmacy, The University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia.

Abstract

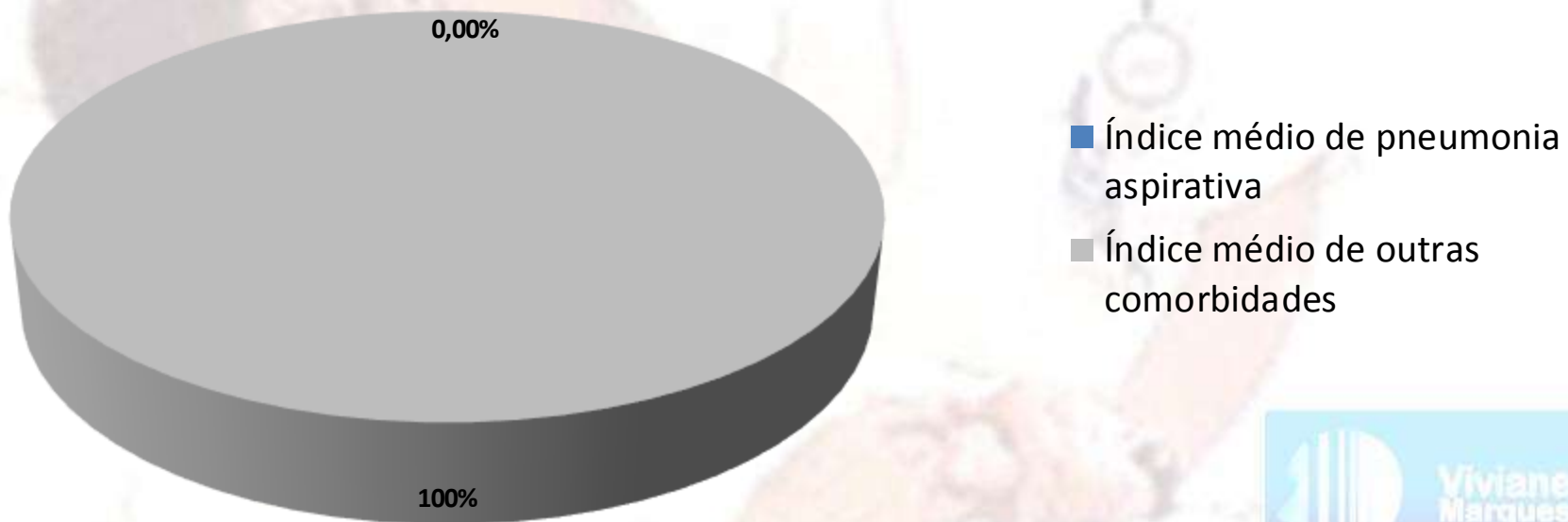
Oropharyngeal dysphagia describes difficulty with eating and drinking. This benign statement does not reflect the personal, social, and economic costs of the condition. Dysphagia has an insidious nature in that it cannot be 'seen' like a hemiplegia or a broken limb. It is often a comorbid condition, most notably of stroke, and many other neurodegenerative disorders. Conservative estimates of annual hospital costs associated with dysphagia run to USD 547 million. Length of stay rises by 1.64 days. The true prevalence of dysphagia is difficult to determine as it has been reported as a function of care setting, disease state and country of investigation. However, extrapolating from the literature, **prevalence rises with admission to hospital and affects 55% of those in aged care settings. Consequences of dysphagia include malnutrition, dehydration, aspiration pneumonia and potentially death. The mean cost for an aspiration pneumonia episode of care is USD 17,000, rising with the number of comorbid conditions.** (O custo médio do atendimento de um episódio de pneumonia por aspiração é de US\$ 17.000 dólares, aumentando o número de comorbidades). Whilst financial costs can be objectively counted, the despair, depression, and social isolation are more difficult to quantify. Both sufferers and their families bear the social and psychological burden of dysphagia. **There may be a cost-effective role for screening and early identification of dysphagia, particularly in high-risk populations. A avaliação e a identificação precoce de disfagia, podem apresentar uma redução efetiva nos custos, particularmente com o risco de aspiração dessa população.**

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23051995 ANODE PUBLICAÇÃO: 2012

Estatística dos hospitais sem o serviço de Fonoaudiologia



Estatística do CER com o serviço de Fonoaudiologia



A intervenção fonoaudiológica precoce em emergência e UTI visa a detecção rápida de disfagia e a intervenção estimulativa auxilia na diminuição dos riscos de agravamento do quadro clínico do paciente e do aumento das chances de um prognóstico positivo, o que possibilitará a redução do tempo de internação.

A transição da alimentação via oral para uma via alternativa de alimentação e também da via alternativa para a via oral deve ser acompanhada por um fonoaudiólogo e este estar em constante contato com a equipe multiprofissional para um decisão assertiva e segura.

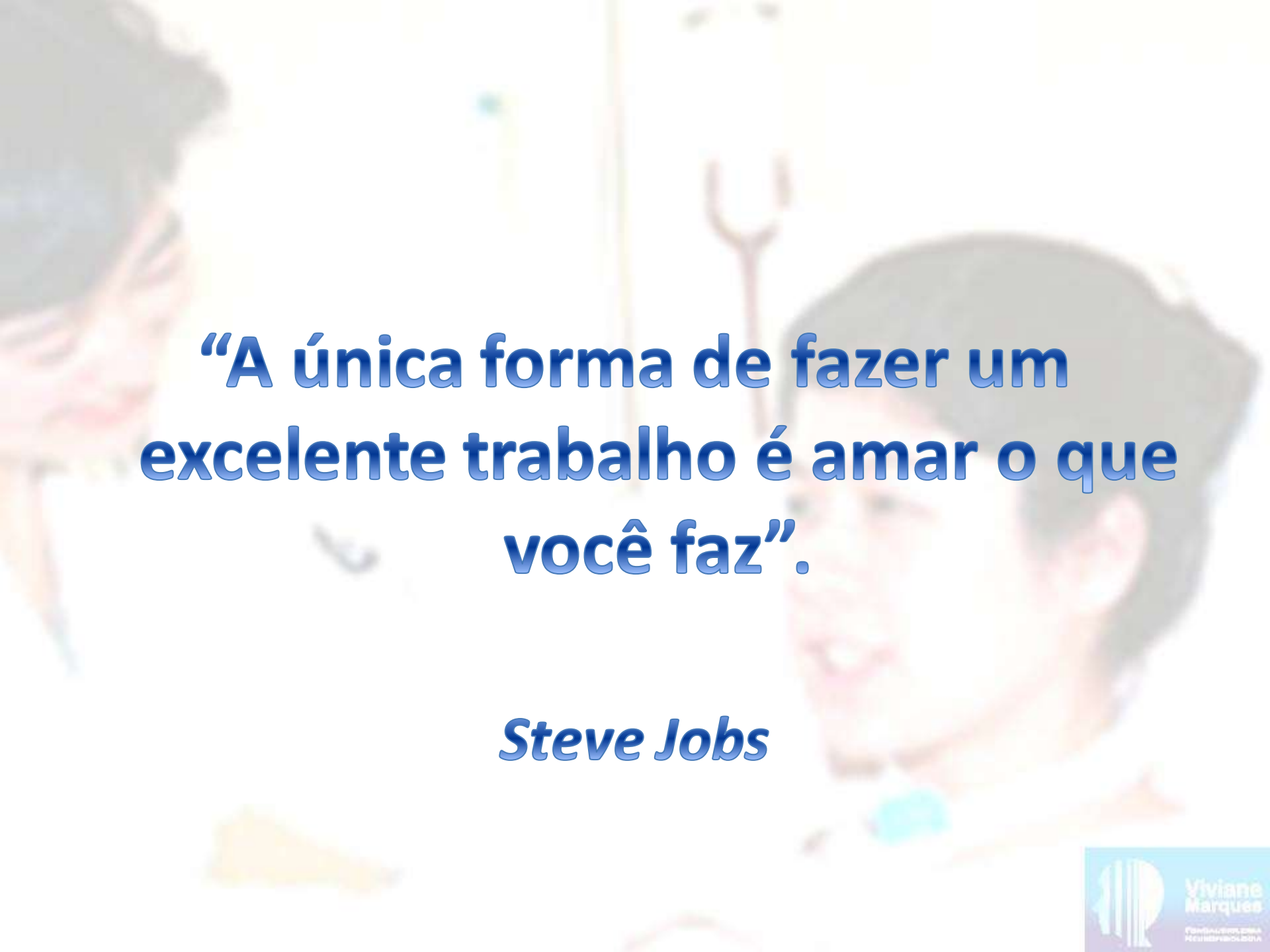
Dentre os objetivos da presença do fonoaudiólogo no ambiente hospitalar, estão auxiliar a equipe multidisciplinar a promover altas mais rápidas e seguras, reduzir custos hospitalares, reduzir comorbidades, mortalidade e promover qualidade de vida.

Disfagias

- 1) O que compõe o sistema estomatognático?
- 2) Descreva as fases da deglutição.**
- 3) Diferencie deglutição atípica, deglutição adaptada e disfagia.
- 4) Quais os objetivos da deglutição?
- 5) O que é disfagia?
- 6) Qual a etiologia das disfagias?
- 7) Quais os ambientes possíveis para a atuação do fonoaudiólogo nas disfagias?
- 8) Quais são os graus de comprometimentos das disfagias? Explique.
- 9) Quais conhecimentos um fonoaudiólogo deve ter para atuar em pacientes com disfagia?
- 10) O que o fonoaudiólogo deve prescrever em casos de disfagia?

BIBLIOGRAFIA

- ABDULMASSIH, EMS; MACEDO FILHO, ED; SANTOS, RS; JURKIEWICZ, AL. (2009) Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar. *Arq. Int. Otorrinolaringol.* São Paulo:**13** 55-62.
- FURKIM, Ana Maria; SANTINI, Célia Salviano. **Disfagia Orofaríngeas.** São Paulo: Frôntis Editorial, 1999.
- FURKIM, Ana Maria; SILVA, Roberta Gonçalves da. **Programas de Reabilitação em Disfagia Neurogênica.** São Paulo: Frôntis Editorial, 2007
- GRAY, Donald J. **Gray Anatomia.** 37ª Ed.; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1 e 2, 1995.
- MACEDO, Filho; GOMES, Guilherme F.; FURKIM, Ana Maria. **Manual de Cuidados do Paciente com Disfagia.** São Paulo: Lovise, 2000.
- FRANK H. NETTER, MD - **Netter Atlas de Anatomia Humana** . Editora Elsevier.
- Site do Conselho Federal de Fonoaudiologia



“A única forma de fazer um excelente trabalho é amar o que você faz”.

Steve Jobs



Obrigada pela atenção!

www.vivianemarques.com.br
vivianemarquesfono@hotmail.com
(21) 98141813

Empresa FONOVIM Fonoaudiologia Neurológica LTDA