

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Características da deglutição de indivíduos em processo de
envelhecimento**

Analice Calegari Lusa

Passo Fundo

2017

Analice Calegari Lusa

Características da deglutição de indivíduos em processo de envelhecimento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:
Profa. Dra. Lia Mara Wibelinger

Passo Fundo

2017

L968c Lusa, Analice Calegari

Características da deglutição de indivíduos em processo de envelhecimento/Analice Calegari Lusa.– 2017.

75f.: il., color. ; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Lia Mara Wibelinger.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2017.

1.Envelhecimento. 2. Distúrbios de deglutição em idosos.
3. Deglutição – Exame. I.Wibelinger, Lia Mara, orientadora.II.
Título.

CDU:613.98

Catalogação: Bibliotecária Schirlei T. da Silva Vaz - CRB 10/1364

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEF

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

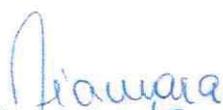
“Características da deglutição de indivíduos em processo de envelhecimento”

Elaborada por

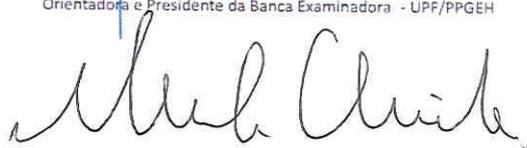
ANALICE CALEGARI LUSA

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 29/03/2017
Pela Banca Examinadora


Profa. Dra: Lia Mara Wibelinger
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora - UPF/PPGEH


Profa. Dra. Marlene Doring
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH


Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS


Profa. Dra. Luciana Grolli Ardenghi
Universidade de Passo Fundo – UPF/FONDAUDIOLOGIA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à meu esposo Marcos pela compreensão, respeito e apoio às minhas escolhas, aos meus pais Alice e Itacir que sempre incentivaram-me ao estudo.

AGRADECIMENTOS

Externo minha gratidão a todos que de uma maneira ou outra contribuíram para o resultado deste trabalho:

À Deus por me conceder a vida e manter-me firme na fé, com saúde espiritual e mental, para que assim, através do equilíbrio, pudesse contribuir com meus conhecimentos dentro do mundo da pesquisa.

À professora Dra. Lia Mara Wibelinguer pela confiança e oportunidade de aprender no tempo em que convivemos. Pelos ensinamentos, trocas e pelo exemplo de pessoa e profissional que és.

À diretoria do Hospital da Cidade de Passo Fundo por ter autorizado a busca de dados de exames realizados nesta instituição.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa durante um período de realização deste estudo.

Aos bolsistas da fisioterapia Matheus Jorge, Caroline Zanin e Patricia, pela disponibilidade e parcerias apresentadas.

Às colegas Cláudia, Luciana e Jéssica pelo coleguismo nos momentos de angústias e partilhas nos momentos de conquistas.

Aos meus familiares, em especial meus pais e esposo pela compreensão dos momentos de ausência, apoio, carinho e incentivo.

EPIGRAFE

“Não confunda derrotas com fracasso nem vitórias com sucesso. Na vida de um campeão sempre haverá algumas derrotas, assim como na vida de um perdedor sempre haverá vitórias. A diferença é que, enquanto os campeões crescem nas derrotas, os perdedores se acomodam nas vitórias”.

Roberto Shinyashiki

RESUMO

LUSA, Analice Calegari. Características da deglutição de indivíduos em processo de envelhecimento. 2017. 75 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2017.

A deglutição é responsável pelo transporte do alimento da boca até o estômago. Com o processo de envelhecimento as modificações anatômicas tendem a transformar o mecanismo de deglutição. A videofluoroscopia da deglutição (VDF), considerado como avaliação “padrão-ouro” da deglutição, é um exame dinâmico, que permite identificar e classificar o grau de disfagia, assim como, avaliar o risco de penetração/aspiração laringotraqueal. Objetivo: Avaliar as características da deglutição em indivíduos adultos e idosos. Método: O presente estudo é retro-prospectivo, observacional, transversal e analítico, e foi realizado em um hospital do norte do Rio Grande do Sul. Foram avaliados 183 indivíduos através do exame de VDF, dividindo-os em dois grupos para análise dos dados: adultos (sujeitos com idades \geq que 40 anos e $<$ que 59 anos) e idosos (sujeitos com idade \geq que 60 anos). A avaliação consistiu na análise dos laudos onde foram avaliados a deglutição através da oferta de três consistências (pastoso, líquido e sólidos) contrastado com sulfato de bário gel. A análise das variáveis quantitativas apresentar-se-á através de média e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. A associação entre as variáveis foi realizada através do teste qui-quadrado e da correlação de Pearson e o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Os dados foram analisados no programa SPSS versão 20.0. Resultados: A maioria da amostra era do sexo masculino, apresentavam como queixa principal a disfagia, como patologia de base o Acidente Vascular Cerebral (AVC), foram encaminhados por profissionais da fonoaudiologia e alimentavam-se principalmente por via oral. A disfagia discreta e a discreta moderada foram mais frequentes perante o grau de severidade. Os idosos apresentaram os níveis mais elevados de disfagia e a presença de penetração e aspiração laringotraqueal ocorreu nos dois grupos estudados. Conclusão: Os achados do presente estudo demonstraram que os idosos apresentaram maiores alterações nas características da deglutição nas três fases e níveis mais elevados quanto ao grau de severidade da disfagia quando comparados aos adultos. Quando esta foi correlacionada às morbidades de base, observou-se que a pneumonia influenciou na ocorrência de disfagia.

Palavras-chave: 1. Envelhecimento. 2. Transtorno de deglutição. 3. Videofluoroscopia. 4. Deglutição.

ABSTRACT

LUSA, Analice Calegari. Characteristics of swallowing of individuals in the aging process. 2017. 75 f. Dissertation (Masters in Human Aging) – University of Passo Fundo, Passo Fundo, 2017.

From the mouth to the stomach the swallowing is responsible for transporting food. With the aging process, anatomical modifications tend to transform the swallowing mechanism. The videofluoroscopy of swallowing (VFS), considered as a "gold standard" evaluation of swallowing, it is a dynamic exam, that allows to identify and classify the degree of dysphagia and assess the risk of laryngotracheal penetration/aspiration as well. Objective: To evaluate the characteristics of deglutition in adults and elderly individuals. Method: The present study is retro-prospective, observational, transversal and analytical, it was performed in a hospital in the north of Rio Grande do Sul. We evaluated 183 individuals, through VFS examination, dividing them into two groups for data analysis: adults (individuals with ages ≥ 40 years and < 59 years) and elderly (individuals with ages ≥ 60 years). The evaluation consisted of the analysis of the reports where swallowing was assessed through the offer of three consistencies (doughy, liquid and solids) contrasted with barium sulfate gel. The analysis of the quantitative variables will be presented by mean and standard deviation and the categorical by absolute and relative frequencies. The association among the variables was through the chi-square test and Pearson's correlation and the significance level for the statistical analysis was set at 5% ($p \leq 0,05$). The software SPSS version 20.0 was used for all statistical analysis. Results: Most of the individuals were male, presenting as the main complaint the dysphagia, the baseline pathology was stroke (CVA), they were referred by speech-language pathologists and were mainly fed orally. The discreet dysphagia and discreet moderate were more frequent in view of the degree of severity. The elderly had the highest levels of dysphagia and a presence of laryngotracheal penetration and aspiration occurred in the two groups studied. Conclusion: The findings of the present study demonstrated that the elderly presented greater changes in the characteristics of swallowing in the three phases and higher levels regarding the degree of severity of dysphagia when compared to adults. When this was correlated with baseline morbidities, it was observed that pneumonia influenced the occurrence of dysphagia.

Key words: 1. Aging. 2. Swallowing disorders. 3. videofluoroscopy. 4. Swallowing. .

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Imagem de VFD.....	23
Figura 2 - Alimentos ofertados para avaliação de deglutição durante VFD.....	36
Figura 3 - Exame de VFD.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra total.....	38
Tabela 2 - Queixas apresentadas e via de alimentação.....	39
Tabela 3 - Grau de severidade da disfagia.....	40
Tabela 4 – Fase preparatória dos indivíduos da amostra.....	40
Tabela 5– Fase oral dos indivíduos da amostra	41
Tabela 6 - Fase faríngea dos indivíduos da amostra	42
Tabela 7 – Relação da disfagia com a ocorrência de morbidades.....	43

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

VFD	Videofluoroscopia da Deglutição
PPVV	Pregas Vocais
AVC	Acidente Vascular Cerebral
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
DP	Doença de Parkinson
DA	Doença de Alzheimer

LISTA DE SÍMBOLOS

\leq Igual e menor

\geq Igual e maior

$>$ Maior

$<$ Menor

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	<i>Processo de Envelhecimento</i>	17
2.2	<i>Deglutição normal</i>	18
2.3	<i>Fases da deglutição</i>	19
2.3.1	<i>Fase preparatória</i>	19
2.3.2	Fase oral	20
2.3.3	Fase faríngea	20
2.3.4	Fase esofágica	21
2.4	<i>Disfagia</i>	21
2.4.1	<i>Presbifagia</i>	23
2.4.2	<i>Morbidades relacionadas a disfagia</i>	26
2.5	<i>Videoflouroscopia da deglutição</i>	30
3	METODOLOGIA	35
4	RESULTADOS	38
5	DISCUSSÃO	44
6	CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS	53
	ANEXOS	61
Anexo A.	<i>Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)</i>	62
Anexo B.	<i>Autorização do Hospital da Cidade de Passo Fundo</i>	66
	APÊNDICES	68
Apêndice A:	Escala de severidade da disfagia	69
Apêndice B:	Escala de severidade: penetração e aspiração laringotraqueal	72

1 INTRODUÇÃO

Envelhecer é uma condição humana complexa que é influenciada por fatores emocionais, genéticos, psicossociais, culturais, alimentares e também das próprias escolhas e condições dos hábitos de vida. O processo de envelhecimento vem aumentando e o desejo de viver mais e com maior qualidade de vida, o que instiga os estudiosos a buscar novos conceitos e respostas perante esse processo natural, mas que às vezes pode gerar perdas de funções, medos e fragilidade.

Durante o processo natural de envelhecimento do ser humano, ocorre redução da reserva funcional dos vários órgãos e sistemas do organismo, com deterioração do sistema sensitivo e da função motora, sendo que na faringe e no esôfago não é diferente (MACEDO FILHO, GOMES & FURKIM, 2000).

Comer e beber são necessidades humanas básicas e que nos dão prazer. Eventos sociais, profissionais e pessoais, um encontro com amigos, momentos de entretenimento e lazer, geralmente vem associados com momento de prazer, que neste caso, além de uma comunicação saudável, incluímos algum tipo de alimento para acompanhar. Com os grandes ajustes predispostos ao envelhecimento e conseqüentemente no processo da deglutição, muitas vezes a disfagia pode interferir negativamente no processo de socialização do idoso, podendo levar às respostas angustiantes como vergonha, ansiedade, depressão e isolamento.

Embora os sintomas de disfagia sejam comuns em todas as faixas etárias, sua presença aumenta com a idade (FEIJÓ & RIEDER, 2004). Muitos estudos abordaram este tema, porém, poucos deram ênfase a como se caracteriza a deglutição. Suzuki et al., (2006), principiou os estudos de caracterização da deglutição, comparando adultos e idosos através da VFD.

A VFD permite o diagnóstico adequado e norteia a conduta que, sem o exame, é orientada de forma empírica, por tentativa e erro (COSTAa, 2010). Considera-se o exame como "padrão-ouro" para avaliação da deglutição pela maioria das unidades que atendem pacientes com disfagia, tendo grande impacto na tomada de decisão, não só em termos terapêuticos, como também na determinação do prognóstico (DE DEUS et al., 2013).

Caracterizar as fases da deglutição pode auxiliar e direcionar condutas de reabilitação para os pacientes, proporcionando possível prevenção de pneumonias aspirativas, melhorando assim a qualidade de vida dessa população. Nesse sentido, é de extrema importância aprofundar conhecimentos relacionados a distúrbios de deglutição em adultos e idosos por meio de avaliação objetiva e conseqüentemente reduzir custos relacionados ao cuidado da saúde.

O objetivo desse estudo foi avaliar as características da deglutição de indivíduos adultos e idosos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 *Processo de Envelhecimento*

Considera-se idoso, no Brasil, aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (WHO, 2002). Nosso país está envelhecendo (SCHNEIDER & IRIGARAY, 2008) e acredita-se que, nos próximos 20 anos, o número de idosos poderá ultrapassar os 30 milhões de habitantes, correspondendo a quase 13% da futura população (IBGE 2010).

O envelhecimento humano não é determinado única e exclusivamente pela idade cronológica. É um processo complexo, multifatorial (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008), dinâmico e progressivo (DE VASCONCELOS MIRANDA; DE MELLO; DA SILVA, 2011), além de essencial, inerente e ininterrupto do desenvolvimento humano, marcado pela trajetória do indivíduo em seus diversos significados sociais e pessoais (TEIXEIRA, 2007).

Trata-se de uma fase intrínseca ao desenvolvimento humano, que pode sofrer influências biológicas, sociais, culturais, espirituais e psicológicas, sobretudo pelas relações familiares e a religiosidade, consideradas suporte emocional e social (DOURADO, DE OLIVEIRA; DE OLIVA MENEZES, 2015).

Em razão da variabilidade genética e ambiental do indivíduo (SCHNEIDER & IRIGARAY, 2008), vários aspectos são modificados com o envelhecimento, determinado por diversos fatores com grande variação intraindividual e interindividual, presentes desde o nascimento e desenvolvidos ao longo da vida (DE VASCONCELOS MIRANDA; DE MELLO; DA SILVA, 2011).

O idoso sofre com mudanças biológicas e fisiológicas do organismo, repercutindo em alterações da composição corporal e no aumento do nível de marcadores inflamatórios, estes associados ao aparecimento de doenças cardiovasculares, comorbidades e mortalidade na população geriátrica (KIM; KIM, 2013). Há também, o surgimento de dores crônicas (ALVARADO GARCIA; MAYA; MARÍA, 2015) e alterações morfológicas, destacando a aparência externa, como o aparecimento de

cabelos brancos ou rugas (DOURADO, DE OLIVEIRA; DE OLIVA MENEZES, 2015).

Em razão da sua associação à maior prevalência de doenças, deficiências e maiores taxas de mortalidade, o envelhecimento demográfico torna-se uma realidade e os problemas acerca da saúde dos indivíduos idosos tende a piorar com o avanço do tempo (INOUYE, 2007; FEDERAL INTERAGENCY, 2008).

Para a garantia de um bem-estar e boa qualidade de vida na terceira idade, é necessária a manutenção da saúde física através de hábitos saudáveis (DOURADO, DE OLIVEIRA; DE OLIVA MENEZES, 2015) e mudanças no estilo de vida, especialmente com relação ao sedentarismo (SANTIAGO et al., 2015). Contudo, o envelhecimento humano saudável torna-se um grande desafio mundial, devido ao ritmo de vida acelerado, imposto pela sociedade atual, como, por exemplo, os maus hábitos alimentares adotados ainda em fases iniciais do desenvolvimento humano, contribuindo para repercussões negativas neste processo (DOURADO; DE OLIVEIRA; DE OLIVA MENEZES, 2015).

Neste sentido, a atuação profissional da área da saúde torna-se de suma importância no que diz respeito ao envelhecimento saudável e ativo dos indivíduos idosos. Dentre estes, está incluso o fonoaudiólogo, um dos profissionais da área da saúde que é capaz de lidar com a comunicação, deglutição e com o equilíbrio (REIS, 2015).

2.2 Deglutição normal

A deglutição é o processo pelo qual o alimento é transportado da boca até o estômago. Aparentemente simples e automático, porém, envolve estruturas capazes de funcionar de uma forma coordenada e rápida. Dela participam lábios, língua, bochechas, dentes, palato, mandíbula, laringe, faringe, esôfago e estômago (STEENHAGEM; MOTTA, 2006).

O ato de deglutir inicia na vida intra-uterina onde o feto a termo normal deglute aproximadamente 500 ml de líquido amniótico por dia. Logo, um homem adulto sadio deglute aproximadamente 600 vezes por dia (35 vezes por hora na vigília e 6 vezes por hora quando está dormindo) (JOTZ ;DORNELLES, 2009).

A laringe configura-se como órgão de ação contígua em dois sistemas do organismo humano: sistema digestivo e sistema respiratório. A refinada ação de coordenação entre deglutição e respiração constitui-se em uma integração neuromotora influenciada pelo equilíbrio postural, tônus muscular, integridade de ligamentos da cadeia muscular que une o eixo corporal anterior ao posterior, entre outros fatores (SANTORO, 2011).

Estudos sobre o processo de normalidade da deglutição auxiliam os clínicos a compreender melhor os mecanismos fisiológicos e suas variações, favorecendo, conseqüentemente, o diagnóstico mais acurado e seguro de disfagia, promovendo condutas mais adequadas. Acredita-se que atualmente, a partir de possíveis observações na dinâmica da deglutição de pessoas saudáveis, não exista um único padrão de deglutição "normal" (ALMEIDA; HAGUETTE; ANDRADE, 2011).

2.3 Fases da deglutição

A deglutição é um processo contínuo, envolvendo a interdependência de fases específicas. Este complexo mecanismo integra-se com o sistema nervoso central, com os nervos cranianos cerebrais controlados por um mecanismo de regulação neural na medula, com o sistema cortical límbico e sensório-motor (BASS; MORREL, 1992).

O controle neurológico da deglutição é influenciado pelo córtex e tronco cerebral na fase oral e faríngea, pelo tronco cerebral e a mediação na fase esofágica, pelo tronco cerebral e neurônios esofágicos intrínsecos. A porção sensorial do início de fase faríngea da deglutição é dada principalmente pelos nervos cranianos glossofaríngeo e vago, sendo os impulsos levados pela formação reticular ao tronco encefálico (bulbo e parte inferior da ponte), na qual funcionaria como uma estação neural para organizar a

sinergia necessária para deglutição normal. Os impulsos motores desencadeadores da deglutição na faringe e esôfago superior são transmitidos pelos nervos cranianos, glossofaríngeo, vago e hipoglosso, a mesmo por alguns nervos cervicais superiores (LOGEMANN, 1998).

2.3.1 *Fase preparatória*

Ao introduzirmos o alimento da cavidade oral, este é trabalhado de modo a assumir uma consistência que lhe permita melhor condução através das regiões faríngea e esofágica. O tempo despendido nessa fase está diretamente relacionado ao tempo de mastigação para os alimentos sólidos, onde três etapas hierárquicas regem esse processo, que são a incisão, a trituração e a pulverização, dando então início à digestão (JOTZ; DORNELLES, 2009, p.16).

2.3.2 *Fase oral*

Inicia-se o deslocamento do bolo alimentar com um movimento ântero-posterior de língua. Esta ação se dá pela elevação progressiva e seqüencial da língua, gerando pressão, ejetando e transferindo o alimento para faringe, na qual se inicia a fase involuntária da deglutição (COSTA, 2000; KENDALL; LEONARD; MC KENZIE, 2003).

Dependendo da consistência do bolo alimentar, informações sensoriais orais são desencadeadas, como por exemplo, sabor, toque, temperatura e propriocepção, auxiliando na determinação da atividade oral necessária (LOGEMANN, 1998).

2.3.3 *Fase faríngea*

Nesta fase o alimento percorre a faringe por meio da contração dos músculos constritores faríngeos, na direção do esôfago. A porção anterior da língua é retraída e deprimida (LOGEMANN, 1998).

Vários eventos importantes ocorrerão numa sucessão rápida e coordenada, com precisão, durante a fase faríngea. O palato mole eleva-se para vedar a nasofaringe, prevenindo o refluxo nasal. Simultaneamente, a língua e o movimento da parede faríngea realizam a propulsão do bolo no sentido caudal. A seguir, a laringe é elevada e traquinada anteriormente debaixo da base da língua, enquanto realiza a proteção da via aera inferior, fechando-a. o fechamento ocorre inicialmente no nível das pregas vocais, sendo seguido pelo fechamento das pregas vestibulares, e finalmente, pela cobertura do vestíbulo laríngeo através da epiglote (JOTZ; DORNELLES, 2009).

2.3.4 Fase esofágica

Também considerada involuntária, esta etapa inicia-se com o rebaixamento da laringe e a passagem do bolo alimentar pela transição faringo-esofágico. Esta deve permanecer fechada (para evitar o refluxo de partículas alimentares ao sistema respiratório). Nesta fase, as ondas peristálticas, que tiveram início na faringe, continuam de forma seqüencial e juntamente com a gravidade, levam o alimento do esôfago para o estômago, com duração média de 8 segundos (LOGEMANN, 1998; BASS; MARREL, 1992).

Após a passagem do bolo pelo esfíncter esofágico superior, a laringe retorna a sua posição normal e o tônus muscular do esfíncter aumenta, prevenindo a regurgitação do alimento e a aerofagia (JOTZ; DORNELLES, 2009).

2.4 Disfagia

A disfagia, dificuldade para deglutir, que para muitos é sintoma de múltiplas doenças, é para outros tantos doença de múltiplas etiologias. Seu diagnóstico e terapêutica exigem competência multidisciplinar. Sua mais frequente etiologia é a

neurológica, mas muitas outras causas existem, e muitas são as especialidades e profissões cujo conhecimento se envolve com a doença disfágica (COSTAb, 2010).

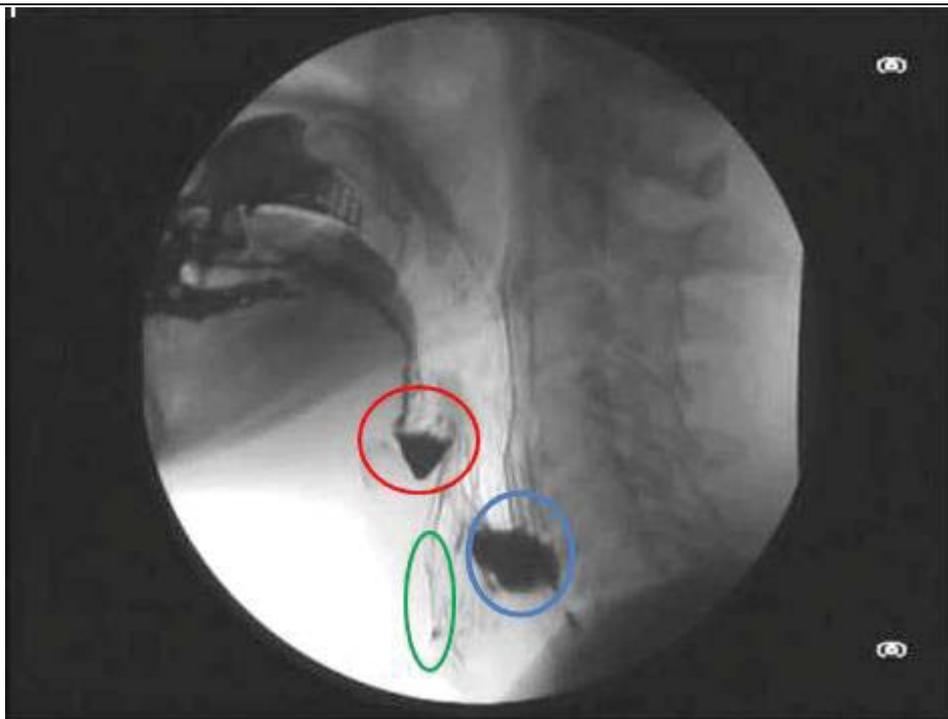
É um distúrbio de deglutição, com sinais e sintomas específicos, que se caracteriza por alterações em qualquer etapa e/ou entre etapas da dinâmica da deglutição, podendo ser congênita ou adquirida, por vezes trazendo prejuízos importantes aos aspectos nutricionais de hidratação, estado pulmonar, prazer alimentar e social do idoso (STEENHAGEM; MOTTA, 2006).

A disfagia ou dificuldade na deglutição pode resultar na entrada de alimento na via aérea, resultando em tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e aspiração. Também, gera déficits nutricionais, desidratação com resultado em perda de peso, pneumonia e até a morte (PADOVANIa, 2007).

Muitos pacientes apresentam queixas de engasgos e estase de alimento na garganta, no entanto, a diminuição da sensibilidade laríngea e do reflexo de tosse, comum nas disfagias, pode mascarar o quadro e dificultar a autopercepção do paciente (MANCOPES et al., 2014).

A figura 1 ilustra imagem de uma VFD com presença de penetração e aspiração laringotraqueal e estases.

Figura 1- Imagem de VFD



● Estase e penetração ● Estase ● Aspiração

2.4.1 *Presbifagia*

Com o avançar da idade, muitas alterações fisiológicas vão ocorrendo no processo de deglutição do idoso, levando à ocorrência de disfagia, pois, além dessas modificações, está mais propenso a afecções e ao uso de medicamentos (BIGAL et al., 2007).

Os dados sugerem que a deglutição no envelhecimento se caracteriza por mudanças em todo processo de deglutição, observadas em todas as suas fases, caracterizando a presbifagia por modificações e adaptações que ocorrem pela degeneração fisiológica do mecanismo da deglutição, em virtude do envelhecimento sadio das fibras nervosas e musculares. Já a disfagia no idoso se caracteriza por alterações na realização da função orofacial da deglutição, sendo a disfagia do tipo orofaríngea um sintoma freqüente e associado ao aumento da duração da fase orofaríngea da deglutição (ACCOSTA; CARDOSO, 2013).

No período da senescência, a influência de vários fatores neurobiológicos fisiológicos sobre o sistema nervoso central, pode incidir na função da deglutição em idosos saudáveis e entre muitos desses fatores podem ser citados: a atrofia cerebral ou diminuição do peso cerebral; a perda de neurônios e; a redução na síntese de neurotransmissores como a dopamina, norepinefrina e acetilcolina, decorrentes da lesão de neurônios nas estruturas subcorticais que sintetizam e reduzem o número de receptores para esses mesmos neurotransmissores (SANTORO, 2011).

A maioria dos idosos com disfagia e com problemas crônicos identificaram três sintomas primários exclusivamente associados a um histórico de distúrbios de deglutição: tempo prolongado para comer, tosse e sensação de comida presa na garganta. Além disso, a disfagia produz numerosos efeitos adversos socioemocionais (ROY et al., 2007). A presbifagia é, portanto, o processo modificado e caracterizado pela demora na realização das funções da mastigação e deglutição e com a possibilidade de mudança nos hábitos alimentares, presença de estase e descoordenação na transição do bolo alimentar no envelhecimento senescente (ACCOSTA; CARDOSO, 2013).

A redução do tônus da língua, aliada à flacidez da musculatura, dificulta a mastigação de alimentos mais sólidos ou consistentes, levando o idoso a preferir alimentos macios, úmidos e, conseqüentemente, de deglutição mais fácil, resultando em manifestações de disfagia decorrente da redução do tônus muscular e de certa incoordenação, própria do processo de envelhecimento (BIGAL et al., 2007). Tais alterações são acompanhadas por uma redução dos movimentos e da sensibilidade orofacial e a maior predisposição à redução do reflexo de proteção das vias aéreas, possibilitando a penetração e aspiração de corpos estranhos e, conseqüentemente, a ocorrência de pneumonias aspirativas, distúrbios de hidratação e nutrição (ACCOSTA; CARDOSO, 2013).

A ingestão reduzida de alimentos muitas vezes causa escassez de energia, proteína, vitamina e de sais minerais, levando a desidratação e má qualidade de vida, fatores críticos na determinação de assistência (ORLANDONI et al., 2012).

Segundo Ney et al.(2009), alterações relacionadas à idade colocam os idosos em risco de disfagia por duas razões principais. Uma razão é que o envelhecimento natural e saudável, sua anatomia da cabeça e pescoço, bem como os mecanismos fisiológicos e neurais subjacentes à função vão se modificando no processo de envelhecimento. Esta progressão da mudança contribui em parte para redução natural da reserva funcional (capacidade resiliente do corpo para adaptações ao estresse fisiológico), tornando os idosos mais suscetíveis à disfagia. Principalmente com estressores adicionais, como doenças crônicas associadas à polifarmácia.

Realizado por De Almeida; Gentil; Nunes (2013), com 125 idosos saudáveis institucionalizados pode-se observar que as alterações mastigatórias predominantemente encontradas na amostra estudada não interferiram, sobremaneira, no desempenho do processo de mastigação e deglutição dos idosos avaliados, mesmo com as queixas apresentadas. Esse fato pode estar relacionado às adaptações individuais realizadas durante essas funções, a fim de se manter a alimentação mais próxima do normal.

Silveira Guijarro et al. (2011) estudaram 86 idosos e descreveram que a maior prevalência de presbifagia ocorre em grupos com déficit cognitivo, com maior idade, antecedentes de disfagia prévia, piora na evolução funcional e de mobilidade e mais complicações durante a estadia na unidade. Dessa forma, são consideradas como marcadores de risco para disfagia em idosos hospitalizados. A disfagia pode ser considerada um fator de risco para o declínio funcional hospitalar e mau prognóstico para recuperação funcional.

É considerada como uma síndrome geriátrica, com grande significado clínico e alta prevalência de casos. Por isso, é importante aprofundar a sua fisiopatologia e melhorar a compreensão das alterações neurofisiológicas da deglutição causada pelo envelhecimento para desenvolver tratamentos específicos quando possível. É necessário aumentar o número de evidências científicas dos efeitos potenciais gerados por tratamento terapêutico e para a disfagia, incluir medidas tanto relacionados com a

prevenção de pneumonia aspirativa e estado nutricional, como na qualidade de vida (CLAVÉ, VERDAGUER; ARREOLA, 2005).

2.4.2 *Morbidades relacionadas a disfagia*

A disfagia orofaríngea pode ser interpretada como uma perturbação que dificulta ou impossibilita a ingestão segura, eficiente e confortável de qualquer consistência de alimento ou saliva. Este sintoma pode relacionar-se com uma doença de base congênita ou adquirida, permanente ou transitória, ou resulta de causas neurológicas, mecânicas, psicogênicas, induzida por drogas ou decorrente da idade, podendo comprometer uma ou mais fases da deglutição (FREITAS et al., 2012).

Padovani a(2007), ainda descreve que a disfagia pode ser decorrente de traumas de cabeça e pescoço, Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças neuromusculares degenerativas, câncer de cabeça e pescoço, demências e encefalopatias. Ela mais frequentemente reflete problemas envolvendo a cavidade oral, faringe, esôfago ou transição esofagogástrica. Ocorre quando há um descontrole na coordenação das funções de respiração e alimentação resultante das causas citadas acima ou ainda como consequência de estados mórbidos (FALSETTI et al., 2009).

O AVC é a causa mais comum de disfagia orofaríngea (COOK, 2008). A deglutição deve ser avaliada em todos os pacientes com AVC, considerando que alterações na deglutição estão associadas com complicações e com aumento na mortalidade (BARONI; FÁBIO; DANTAS, 2012).

Um estudo avaliou 20 adultos e idosos, utilizando a escala ASHA-NOMS como marcador, após terem sofrido AVC prévio ou atual, com sintomas de disfagia orofaríngea, porém que respirassem em ar ambiente, um quadro clínico estável e respondessem a comandos verbais simples. Através deste foi possível verificar a efetividade da intervenção fonoaudiológica na evolução das consistências dos alimentos

e que o aparecimento de piora clínica ou de queda do nível de consciência interfere diretamente na reabilitação fonoaudiológica da deglutição, dificultando a progressão da alimentação via oral (INAOKA; ALBUQUERQUE, 2014).

Com objetivo de avaliar clinicamente a prevalência de alterações na deglutição, um estudo analisou os fatores associados com a disfunção e relacionou a presença de disfagia com a mortalidade após 3 meses do acidente vascular em pacientes com AVC. Entre os 212 pacientes estudados, 63% apresentaram disfagia. Esses pacientes apresentaram prévios episódios de AVC no hemisfério esquerdo, alterações motoras e/ou de sensibilidade, alterações na compreensão oral, expressão oral (disartria, afasia e/ou apraxia) e nível de consciência (sonolência ou confusão mental), complicações como febre, pneumonia e índices altos na escala de Rankin e baixos na escala de Barthel. Esses pacientes foram os que apresentaram maior mortalidade (BARONI; FÁBIO; DANTAS, 2012).

Em outro estudo, foram encontrados como preditores de disfagia após AVC na avaliação clínica: episódios anteriores de AVC, mudanças na expressão oral tais como disartria, afasia e/ou apraxia de fala; nível de consciência alterado como sonolência ou confusão mental; alteração na compreensão oral; alterações motoras e/ou sensoriais; complicações como febre e pneumonias; alta pontuação na escala de Rankin e baixa pontuação na escala de Barthel. A possibilidade de mortalidade foi maior nos pacientes com deglutição alterada do que em pacientes sem tal alteração em avaliação clínica (COOK, 2008).

Todos os pacientes com doença de Parkinson (DP) do estudo de Bigal et al.(2007), relataram alguma queixa quando questionados sobre o que sentiam durante as refeições. Os engasgos foram relatados por 76% dos pacientes. Entretanto, este estudo verificou que a relação entre a queixa de engasgos e aspiração não foi significativa, uma vez que, em pacientes que não relataram engasgo (35,3%), foi observada através de VFD aspiração no momento da deglutição. Ainda nesse estudo, a queixa de tosse foi

relatada por apenas 12% dos pacientes. Quanto à queixa de mastigação lentificada, que parece ser particular a pacientes com a DP, verificou-se que sua relação com dificuldade no movimento de preparo não foi significativa nessa amostra, uma vez que o exame foi realizado uma hora após ingestão da medicação Prolopa. A queixa de sensação de alimento parado na garganta foi relatada por 52% (n=13) dos pacientes. Quando foi relacionada com a presença de estase em valéculas e recessos piriformes, refluxo gastroesofágico e sucessivas deglutições verificou-se que não houve uma relação significativa entre esses eventos. Entretanto, quando analisado qualitativamente, observou-se que todos os pacientes que se queixaram da sensação de alimento parado na garganta e necessidade de realizar múltiplas deglutições apresentaram estase em valécula e recessos piriformes.

Quanto ao tratamento medicamento, as discussões na literatura se dão principalmente em torno da Levodopa, apontando-a como o principal tratamento farmacológico da DP. Vários medicamentos são utilizados no tratamento desta afecção. Até o momento não há respostas consistentes a favor de melhora da disfagia como resultado de tratamento farmacológico. As drogas aliviam o quadro motor característico, entretanto, às custas de efeitos colaterais imediatos ou tardios, motores ou não-motores. Alguns dos efeitos não-motores apresentam interferências indiretas ou diretas sobre as manifestações disfágicas; efeitos motores podem interferir em qualquer fase da deglutição e potencializar as dificuldades já existentes; há, ainda, o risco de interferências sobre aspectos cognitivos, inviabilizando ingestão por via oral, devido o caráter voluntário e consciente de algumas das fases da deglutição. Sugere-se o registro das medicações utilizadas pelo paciente (e seus respectivos horários) e a reflexão sobre a possibilidade de interferências da terapêutica farmacológica sobre o quadro disfágico e estado geral de saúde do paciente, com o intuito de contorná-las ou mesmo afastá-las, desde que possível, no contexto interdisciplinar (GERSZT et al., 2014).

Foram estudados 30 pacientes com doença de Alzheimer (DA) onde foi possível observar que não há associação entre estado nutricional e o risco para disfagia, no

entanto, chegou à conclusão que o avanço das fases da DA aumenta o risco de disfagia (GOES et al., 2014).

Os pacientes hospitalizados com disfagia orofaríngea, nas três patologias estudadas (pós AVC, pós Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) e com diagnóstico de demência), demonstraram avançar das consistências alimentares na ingesta oral, em diferentes níveis, e redução da ocorrência de broncopneumonias, após a intervenção fonoaudiológica com relação aos distúrbios da deglutição (SILVÉRIO; HERNANDEZ; GONÇALVES, 2010).

Ao demonstrar a utilidade da videoendoscopia da deglutição no diagnóstico e orientação terapêutica nos doentes com disfagia orofaríngea. Os doentes observados apresentavam disfagia de origem neurológica, mecânica e presbifagia; quanto ao comprometimento da deglutição, 60% (doze) tinham disfagia grave, 25% (cinco) com disfagia moderada e 15% (três) dos doentes apresentavam disfagia leve (FREITAS et al., 2012).

O gerenciamento fonoaudiológico durante o tratamento radioterápico compreende orientações, monitoramentos, encaminhamentos, fonoterapia em alguns casos e educação continuada. Dentre as possíveis reações agudas e tardias apresentadas pelos pacientes com história de câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia, o gerenciamento fonoaudiológico atua, principalmente, nas áreas da voz e deglutição. Sendo assim, o fonoaudiólogo deve direcionar esforços que visem contribuir no processo de recuperação, minimizando os danos causados pela doença e melhorando a condição de saúde do indivíduo. Neste aspecto, o gerenciamento fonoaudiológico compreende, principalmente, orientações quanto às reações agudas, minimizando as sequelas presentes que interferem na comunicação oral. Quanto à deglutição, compreende o uso de manobras compensatórias, estimulações sensório-motoras orais, encaminhamentos para enfermagem, bucomaxilofacial e nutricionistas, mudanças de consistência alimentar, fracionamento das dietas, sugestão de via alternativa para

alimentação, sendo condutas adotadas durante o processo de radioterapia que contribuam para manter a qualidade de vida e social destes pacientes. A atuação no monitoramento da deglutição vem apresentando benefícios para manutenção da qualidade de vida destes pacientes (DOS SANTOS, 2015).

Assim, um estudo de deglutição videoradiografado é vital em tais casos para determinar a extensão e o momento da aspiração e da gravidade e mecânica de disfunção como um prelúdio para terapia (COOK, 2008).

2.5 Videofluoroscopia da deglutição

Para diagnosticar a presença de disfagia, não basta obter apenas dados do histórico do paciente, sem associar os resultados da avaliação clínica utilizando protocolos padronizados, sendo necessário frequentemente realizar exames complementares como a VFD para a identificação correta da alteração de deglutição (MANCOPES et al., 2014).

No início da década de 80, Logemann publicou um livro denominado “*Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*”, tornando-se um marco importante na abordagem multidisciplinar em pacientes com disfagia. A VFD tornou-se uma técnica importante para a avaliação da deglutição, iniciando uma nova fase na interpretação e diagnóstico das disfunções da deglutição. A aplicação desta técnica permitiu o estudo da fisiologia e fisiopatologia da deglutição no diagnóstico e tratamento dos pacientes com disfagia orofaríngea.

A transição a partir da visualização de imagens através de uma tela de fluoroscopia em um quarto totalmente escuro para a visualização em um monitor de televisão representou o nascimento da VFD. Devido ao fato de nenhum equipamento radiológico ser desenvolvido especificamente para este método, foi realizado um estudo

a fim de investigar em sequências videofluoroscópicas, o efeito da adição de alumínio e filtros de cobre na janela do raio-x tubo e avaliar a redução da dose de radiação. Concluiu-se que a interposição de cobre adicional e infiltração de alumínio, particularmente quando associados, melhora a qualidade das imagens, com considerável redução na radiação com doses necessárias para sua geração. E que a adição dos filtros para o sistema radiológico é um fator importante a ser considerado na realização dos estudos videofluoroscópicos (COSTA; NOVA; CANEVARO, 2009).

As anomalias do processo da deglutição têm etiologia multifatorial e complexa. A VFD da deglutição tem sido apontada como o exame de maior utilidade na investigação diagnóstica desses casos. Tal método, quando precedido de anamnese clínica adequada, consegue caracterizar convenientemente o grau de disfunção e, freqüentemente, identificar a causa da anomalia com grande precisão (SUZUKI et al., 2006).

O método videofluoroscópico pode ser usado, adequando-se os meios de contraste para avaliação de diversas estruturas e sistemas orgânicos existem outros exames passíveis de serem realizados com apoio do método videofluoroscópico: videobroncográfico em associação com videoendoscopias, videoartrografias, videocolonografias, videoarteriografias entre outros (COSTA, 2010).

Para a realização deste procedimento, os aparelhos necessários constituem-se do equipamento de raios X com monitor conectado a um videocassete de boa qualidade, a imagem fluoroscópica é gravada em CD permitindo análises posteriores para investigação minuciosa. A avaliação deve ser realizada por médico especialista em radiologia e por um fonoaudiólogo. Para a realização da VFD os pacientes são posicionados sentados ou em pé e o foco da imagem é definido anteriormente pelos lábios, superiormente pelo palato duro, posteriormente pela parede posterior da faringe e inferiormente pela bifurcação de via aérea e esôfago na altura da 7ª vértebra cervical (BARROS; SILVA; CARRARA, 2009).

A tolerância da deglutição e viscosidade adequada pode ser determinada pela VFD utilizando meio de contraste com viscosidade definida, e como base, a mesma viscosidade da solução de sulfato de bário (COSTA et al., 2007).

Diversos exames possibilitam o estudo da fisiologia da deglutição, tal como a endoscopia, a manometria, a eletrofisiologia e a videofluoroscopia. Por todas as suas vantagens, a VFD vem sendo considerado o mais indicado no estudo das patologias da deglutição, especialmente nas fases oral e faríngea (STEENHAGEM; MOTTA, 2006).

O exame VFD nos permite identificar alterações sub-clínicas e estabelecer as regiões mais comumente comprometidos, classificando como disfagia oral, faríngea, oro faríngea ou esofágica. Também permite classificação clínica da intensidade da disfagia como discreta, moderada ou grave. São simples, os insumos são de baixo custo e o equipamento normalmente está disponível em grande parte das clínicas e hospitais. A adaptação para o registro das imagens é tecnicamente de fácil execução (COSTAa, 2010).

A VFD é considerada o procedimento "padrão-ouro" para avaliação da deglutição pela maioria das unidades que atendem pacientes com disfagia, tendo grande impacto na tomada de decisão, não só em termos terapêuticos, como também na determinação do prognóstico (ANEÁS; DANTAS, 2014). No entanto, no Brasil, essa técnica continua ser subutilizado. Muitos médicos não sabem muito sobre ele, enquanto outros consideram raios-X necessário e outros ainda usam métodos menos eficazes devido a sua acessibilidade (COSTA b, 2010).

A sua introdução permitiu o melhor conhecimento da fisiologia da deglutição e das alterações provocadas por doenças que causam disfagia. Embora o exame seja fácil de ser executado, requer treinamento e experiência. As principais vantagens da VFD são: os resultados são passíveis de análise posterior, mensuração objetiva em programa computadorizado e a possibilidade de análise precisa e imediata da deglutição em diversas posições e com deglutição de bolos com diferentes volumes e consistências.

Dentre as desvantagens estão: exposição à radiação, utilização do contraste de bário e a subjetividade na análise pelos examinadores. É um exame essencial em uma clínica que investiga, diagnostica e trata pacientes com disfagia provocada por doenças em boca e faringe (ANEÁS; DANTAS, 2014).

Para viabilizar uma segurança alimentar, torna-se importante o estudo dinâmico da deglutição através do exame de VFD na população idosa com dificuldade de deglutição (STEENHAGEM; MOTTA, 2006). Através deste, pode ser realizados técnicas e manobras de deglutição onde pode ser identificadas estratégias para reabilitação ou nos casos de disfagias graves, há uma possibilidade maior da indicação da gastrostomia (introdução de sonda percutânea endoscópica). Ou ainda, esse procedimento pode ser indicado quando os pacientes apresentam redução na ingesta via oral (CLAVÉ; VERDAGUER; ARREOLA, 2007).

Os grupos de adultos e idosos avaliados através de exame de VFD reforçam tal conceito que, apesar de haver maior ocorrência de alterações funcionais (detectáveis pela VFD) nos idosos, não se observou, nessa faixa etária, manifestações clínicas mais exuberantes, em comparação com o grupo de idade menos avançada (SUZUKI et al., 2006).

É preciso que o radiologista conheça a importância da VFD, se assessor, se empenhe, aprenda, ensine, faça e divulgue o método (COSTA, 2010a). Muitos médicos e planos de saúde frequentemente não sabem o método, nunca ouviram falar. No entanto, a boa notícia é que a VFD, como videodeglutograma, tem uma série Associação Médica Brasileira (AMB) codificação (4.08.06.02-2) (COSTAb, 2010).

Um aspecto relevante na avaliação da deglutição do idoso é que uma mesma queixa pode representar mais de uma alteração e a avaliação por imagem permite delimitar o local, a função ou a fase da deglutição que está alterada (BIGAL et. al, 2007).

Somos uma sociedade que envelhece e aumenta o número de disfágicos. A VDF permite o diagnóstico adequado e norteia a conduta que, sem o exame, é orientada de forma empírica, por tentativa e erro. O pouco conhecimento e a pequena divulgação limitam o benefício do exame a poucos, esclarecidos, de países e em grandes centros (COSTAa, 2010).

Ressalta-se a importância do estudo da dinâmica da deglutição, de modo integrado e em tempo real. No presente estudo, evidenciou-se que a VFD representa instrumento eficaz de detecção de anormalidades funcionais e estruturais envolvidas na deglutição, permitindo a visualização das estruturas do sistema estomatognático, durante a ingestão de substâncias de consistências variadas e a identificação do tipo de consistência que pode favorecer o processo de deglutição e torná-lo mais seguro (SUZUKI et.al, 2006).

A ampliação desta reflexão por parte de todos os profissionais que atuam na área de Geriatria e Gerontologia torna-se necessário para que possam entender e favorecer o encaminhamento de pacientes que necessitem de intervenção fonoterápica, privilegiando um programa de diagnóstico e reabilitação individualizado para os idosos disfágicos (STEENHAGEM; MOTTA, 2006).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retro-prospectivo, observacional, transversal e analítico. Foi realizado em um hospital da região norte do estado do Rio Grande do Sul, no município de Passo Fundo-RS. A amostra foi composta por 183 laudos de indivíduos que realizaram o exame de VFD no período de janeiro de 2014 a julho de 2016, dividindo-os em dois grupos para análise dos dados: adultos (sujeitos com idades \geq que 40 anos e $<$ que 59 anos) e idosos (sujeitos com idade \geq que 60 anos).

A análise das variáveis quantitativas foi realizada através de mediana e desvio padrão e as categóricas por frequências absolutas e relativas. A associação entre as variáveis foi realizada através do teste qui-quadrado e da correlação de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Os dados foram analisados no programa SPSS versão 20.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética da Universidade de Passo Fundo (CEP/UPF), sob o parecer número 1613165.

Para a coleta de dados utilizou-se um equipamento de fluoroscopia da marca Shimadzu Corporation modelo Opescope Pleno, acoplado a um sistema computadorizado de gravação de imagem, que permitiu análise detalhada do exame. O método para a realização do exame é procedimento padrão adotado pelos avaliadores, sendo ofertado alimentos nas consistências pastoso (creme), líquido (suco) e sólido (pão), todos contrastados com sulfato de bário gel. O utensílio utilizado nas ofertas é uma colher de metal.



Figura 3- Alimentos ofertados para avaliação de deglutição durante VFD

Para cada uma das consistências foi solicitado aos participantes que se alimentassem de forma habitual, com o objetivo de reduzir possíveis interferências nas deglutições. As imagens foram gravadas e posteriormente digitalizadas em DVD.

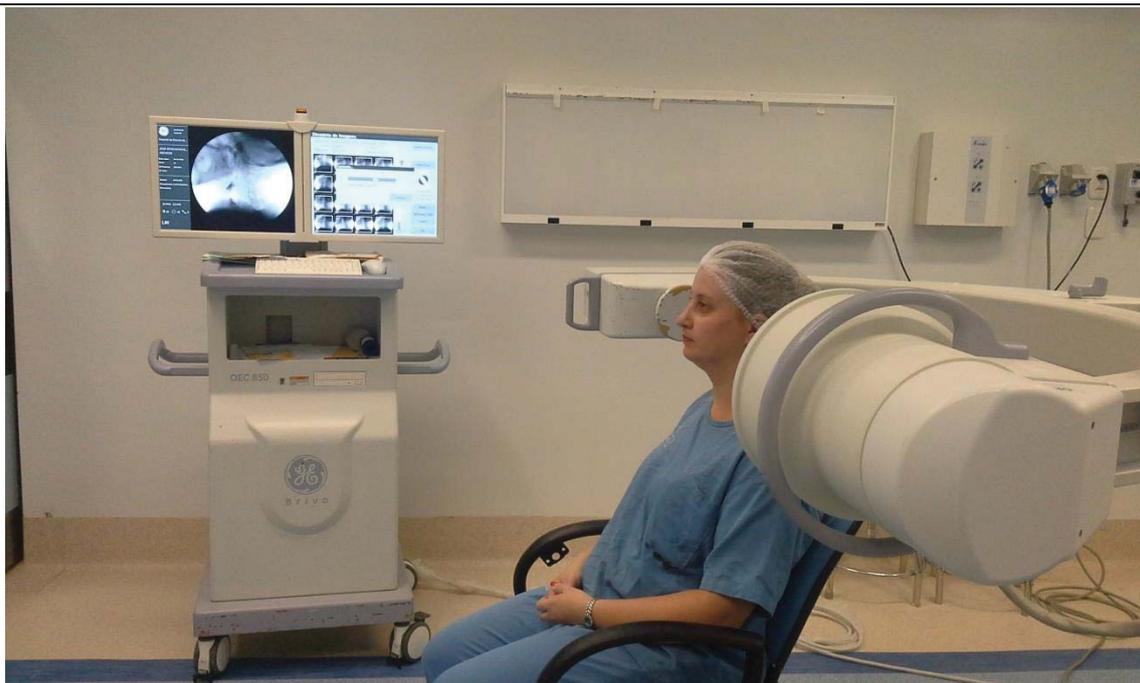


Figura 4- Exame de VFD

Durante a realização da VFD, os indivíduos permaneceram sentados em ângulo de 90°, sendo a captura de imagens obtida nas posições lateral e ântero-posterior, com limites superiores e inferiores abrangendo desde a cavidade oral até o estômago.

Foram considerados perdas os indivíduos que não concluíram o exame por motivos diversos.

4 RESULTADOS

A amostra envolveu a análise de 183 laudos de indivíduos que realizaram o exame de VFD, dentre estes, 41 (22,4%) eram adultos e 142 (77,6%) idosos, sendo que a maioria da amostra era do sexo masculino. A idade média foi de 70,8 anos, sendo o indivíduo mais jovem de 40 anos e o mais longevo de 94 anos.

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra estudada.

Tabela 1- Características demográficas e clínicas de adultos e idosos que realizaram a VFD, Passo Fundo, 2016

Variáveis	Adultos (n= 41) n (%)	Idosos (n= 142) n (%)	Amostra total (n= 183) n (%)	p
Sexo				
Masculino	26 (63,4)	84 (59,1)	110 (60,1)	0,624
Feminino	15 (36,6)	58 (40,8)	73(39,8)	
Encaminhamentos				
Fonoaudiologia	17(41,5)	37(26,0)	54(29,5)	0,057
Neurologia	10(24,4)	31(21,8)	41(22,4)	0,729
Oncologia	7(17,1)	14(9,8)	21(11,4)	0,202
Clínica geral	2(4,9)	22(15,9)	24(13,1)	
Otorrinolaringologista	1 (2,4)	10(7,0)	11(6,0)	
Gastroenterologia	1(2,4)	11(7,7)	12(6,5)	
Pneumologia	1(2,4)	13(9,1)	14(7,6)	
Cardiologia	1(2,4)	0(0)	1(0,5)	
Geriatría	1(2,4)	1(0,7)	2(1,0)	
Morbidades				
Acidente Vascular Cerebral	11(26,8)	46(32,3)	57(31,1)	0,498
Traumatismo Crânio Encefálico	3(7,3)	3(2,1)	6(3,2)	
Doença de Parkinson	1(2,4)	6(4,2)	7(3,8)	
Doença de Alzheimer	0(0)	11(7,7)	11(6,0)	
Esclerose Lateral Amiotrófica	4(9,8)	1(0,7)	5(2,7)	
Câncer de cabeça e pescoço	5(12,2)	13(9,1)	18(9,8)	

Câncer de esôfago	3(7,3)	1(0,7)	4(2,1)
Tumor cerebral	1(2,4)	2(1,4)	3(1,6)
Pneumonia	2(4,9)	19(13,3)	21(11,4)
Outros	5(12,2)	10(7,0)	15(8,2)
Sem patologia	5(12,2)	31(21,8)	36 (19,6)

Observa-se que a maior parte dos indivíduos da amostra foram encaminhados pelos profissionais da fonoaudiologia. Quanto às morbidades de base, a maioria apresentava como diagnóstico prévio o AVC.

A Tabela 2 apresenta as queixas e a via de alimentação durante a realização da VFD.

Tabela 2- Queixas apresentadas e via de alimentação

Variáveis	Adultos (n= 41) n (%)	Idosos (n=142) n (%)	Amostra total (n= 183) n (%)	P	
Queixas					
Disfagia	31(75,6)	87(61,2)	118(64,4)	0,091	
Odinofagia	0(0)	6(4,2)	6(3,2)		
Engasgo	6(14,6)	32(22,5)	38(20,7)		
Tosse	3(7,3)	12(8,4)	15(8,2)		
Sensação de alimento parado	1(2,4)	9(6,3)	13(7,1)		
Medo de comer	0(0)	2(1,4)	2(1,0)		
Alteração na qualidade vocal	3(7,3)	10(7,0)	13(7,1)		
Perda de peso	3(7,3)	11(7,7)	14(7,6)		
Recusa alimentar	0(0)	7(4,9)	7(3,8)		
Refluxo gastroesofágico	0(0)	1(0,7)	1(0,5)		
Sem queixas	6(14,6)	10(7,0)	16(8,7)		0,130
Via de alimentação					
Enteral	7(17,1)	37(26,0)	44(24,0)		0,767
Enteral+ Via oral	7(17,1)	10(7,0)	21(11,4)		
Gastrostomia	4(9,8)	14(9,8)	21(11,4)		
Via Oral	20(48,8)	73(51,4)	93(50,8)		

A queixa mais comum referida foi a disfagia, seguida por engasgos. A maioria dos indivíduos alimentava-se por via oral exclusiva.

A Tabela 3 apresenta o grau de severidade da disfagia na amostra estudada.

Tabela 3 - Grau de severidade da disfagia

Variáveis	Adultos (n=41) n (%)	Idosos (n=142) n (%)	Amostra total (n=183) n (%)	p
Deglutição normal	4(9,8)	2(1,4)	6(3,2)	
Funcional	4(9,8)	2(1,4)	6(3,2)	
Discreta	6(14,4)	33(23,2)	39(21,3)	
Discreta/moderada	8(19,5)	33(23,2)	41(22,4)	0,614
Moderada	8(19,5)	29(20,4)	37(20,2)	0,898
Moderada/grave	6(14,6)	23(16,1)	29(15,8)	0,809
Grave	3 (7,3)	17 (11,9)	20 (10,9)	

Verifica-se que a disfagia discreta/moderada foi diagnosticada na maioria dos indivíduos, seguida pela disfagia discreta. Entretanto, entre os idosos apresentaram a mesma proporção.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes à fase preparatória da deglutição dos indivíduos da amostra estudada.

Tabela 4- Fase preparatória dos indivíduos da amostra

Variáveis	Adultos (n=41) n (%)	Idosos (n=88) n (%)	Amostra total (n=183) n (%)	p
Fase preparatória				
Adequada	26(63,4)	113(79,5)	139(75,9)	
Comprometida	15(36,6)	29(20,4)	44(24,0)	
Alteração consistência pastoso	10(24,4)	22(15,4)	32(17,4)	0,186
Alteração consistência líquido	13(31,7)	27(19,0)	40(21,8)	0,096
Alteração consistência sólido	19(46,3)	56(63,6)	75(40,9)	0,083
Incontinência oral	15(36,6)	29(20,4)	44(24,0)	0,033
Atraso no início da	7(17,1)	32(22,5)	39(21,3)	

deglutição				
Alteração na formação do bolo	17(41,5)	72(50,7)	89(48,6)	0,297
Perda prematura do bolo	26(63,4)	107(75,3)	133(72,6)	

Observa-se que a maioria dos indivíduos apresentaram a fase preparatória da deglutição dentro da normalidade.

Dentre as três consistências testadas (pastoso, líquido e sólido), as alterações mais frequentes aconteceram com a consistência sólida em ambas as faixas etárias, apresentando maior porcentagem entre os idosos. Ainda na fase preparatória, observou-se perda prematura do bolo, alteração na formação do bolo e incontinência oral ou escape oral anterior, constatada na maioria dos indivíduos.

A Tabela 5 apresenta os dados referentes à fase oral dos indivíduos da amostra estudada.

Tabela 5- Fase oral dos indivíduos da amostra

Variáveis	Adultos (n=41) n (%)	Idosos (n=88) n (%)	Amostra total (n=183) n (%)	p
Fase oral				
Adequada	20(48,8)	63(44,3)	93(50,8)	
Comprometida	21(51,2)	79(55,6)	100(54,6)	
Alteração consistência pastoso	5(12,2)	15(10,5)	20(10,9)	0,768
Alteração consistência líquido	5(12,2)	19(13,3)	24(13,1)	0,807
Alteração consistência sólido	20(48,7)	61(69,3)	81(44,2)	0,163
Aumento do tempo de trânsito oral	13(31,7)	42(29,5)	55(30,0)	0,793
Estase em assoalho de boca	21(51,2)	72(50,7)	93(50,8)	
Estase em palato duro	15(36,6)	55(38,7)	70(38,2)	
Estase em língua	30(73,2)	98(69,0)	128(69,9)	
Estase em estruturas remanescentes	9(22,0)	42(29,5)	51(27,8)	

É possível observar que a maioria dos indivíduos apresentou a fase oral comprometida. Das consistências testadas, a sólida, apareceu como a mais comprometida. E as características de estase em língua e aumento do tempo de trânsito oral também foram relevantes.

A Tabela 6 apresenta os dados referentes à fase faríngea da deglutição da amostra estudada.

Tabela 6- Fase faríngea dos indivíduos da amostra

Variáveis	Adultos (n= 41) n (%)	Idosos (n= 88) n (%)	Amostra total (n= 183) n (%)	p
Fase faríngea				
Adequada	18(43,9)	73(51,4)	91(49,7)	
Comprometida	23(56,1)	69(61,3)	92(50,2)	
Alteração consistência pastoso	5(12,2)	27(19,0)	32(17,4)	0,311
Alteração consistência líquido	11(26,8)	45(31,6)	56(30,6)	0,500
Alteração consistência sólido	13(31,7)	58(65,9)	71(38,8)	0,222
Redução do contato língua x faringe	8(19,5)	35(24,6)	43(23,5)	
Redução do tempo de contato língua x faringe	17(41,5)	84(59,1)	101(55,1)	
Deglutição iniciada em base de língua	8(19,5)	20(14,0)	28(15,3)	0,395
Deglutição iniciada em valécula	27(65,9)	94(66,1)	121(66,1)	0,967
Deglutição iniciada em recessos piriformes	0(0)	10(7,0)	10(5,4)	
Deglutição iniciada em trânsito faringo esofágico	2(4,9)	11(7,7)	13(7,1)	
Aspiração silente	0(0)	1(0,7)	1(0,5)	
Redução na elevação e anteriorização de laringe	11(26,8)	43(48,9)	73(39,8)	0,053
Alteração no fechamento glótico	1(2,4)	4(4,5)	5(2,7)	
Penetração durante a deglutição	16(39,0)	71(50,0)	87(47,5)	0,215

Aspiração durante a deglutição	11(26,8)	36(25,3)	47(25,6)	
Aspiração silente	4(9,8)	8(5,6)	12(6,5)	
Estase em valécula	32(78,0)	113(79,5)	145 (79,23%)	0,832
Estase em parede posterior de faringe	21(51,2)	76(53,5)	97(53,0)	0,795
Estase nas aritenóides	2(4,9)	8(5,6)	10(5,4)	
Estase em recessos piriformes	16(39,0)	47(33,0)	63(34,4)	
Estase em trânsito faringo-esofágico	18(43,9)	56(49,4)	74(40,4)	
Aumento do tempo de trânsito faríngeo	11(26,8)	40(28,1)	51(27,8)	0,866
Penetração após deglutição	0(0)	7(4,9)	7(3,83)	
Aspiração após deglutição	1(2,4)	9(6,3)	10(5,4)	

Na fase faríngea da deglutição foi possível observar semelhança no número de indivíduos normais para os comprometidos.

Quanto às consistências testadas ocorreu maior número de alterações para consistência sólida. Seguindo por relevância no estudo, os indivíduos apresentaram deglutição iniciada em valécula, redução no tempo de contato de língua x faringe e redução de contato de língua x faringe.

Na maioria dos indivíduos ocorreu estase em valécula, a elevação e anteriorização de laringe apresentaram-se reduzida, o tempo de trânsito faríngeo foi aumentado e a ocorrência de aspiração laringotraqueal foi durante a deglutição.

A Tabela 7 apresenta a relação da disfagia com a ocorrência de morbidades na amostra estudada.

Tabela 7- Relação da disfagia com a ocorrência de morbidades

Morbidades	Disfagia (n= 118) n (%)	p
Acidente Vascular Cerebral	39(33,0)	0,454

Doença de Alzheimer	4(3,3)	0,096
Câncer de cabeça e pescoço	9(7,6)	0,431
Pneumonia	9(7,6)	0,028

Observou-se que há relação entre disfagia e pneumonia.

Quando foram reunidas todas as doenças neurológicas como uma só variável, foi possível constatar presença significativa de indivíduos disfágicos.

5 DISCUSSÃO

Foram avaliadas as características da deglutição e o grau de severidade da disfagia em indivíduos adultos e idosos. Houve predomínio da população idosa, em maior número do sexo masculino, corroborando com o estudo de Gaspar et al.(2015). Verificou-se que a maioria dos indivíduos foram encaminhados com diagnóstico pré-estabelecido, contrariando o estudo de Ferreira (2013), que além de ter encontrado prevalência de disfagia em mulheres idosas, verificou que os indivíduos eram encaminhados para a VFD sem apresentar diagnóstico etiológico pré-definido.

O envelhecimento repercute com modificações fisiológicas sobre a deglutição. Apesar destes efeitos isoladamente não causarem disfagia, deixam o mecanismo da deglutição vulnerável, e quando associados a doenças, favorece a aspiração de secreções e alimentos para a árvore traqueobrônquica (GROHER, 1999). Com o avançar da idade, muitas alterações fisiológicas vão ocorrendo no processo de deglutição do idoso, levando a episódios de disfagia, pois, além dessas modificações, está mais propenso a afecções e ao uso de medicamentos (BIGAL et al., 2007). Ney et al. (2009), relatam que o risco de disfagia orofaríngea aumenta com a idade e que a perda da função da deglutição pode levar o indivíduo a implicações incluindo a desidratação, desnutrição, pneumonias e redução da qualidade de vida. Considera, portanto, que a disfagia no processo de envelhecimento pode ser até considerada como uma comorbidade. O que

vai ao encontro de nosso estudo que demonstrou apresentar relações entre a ocorrência de disfagia e o processo de envelhecimento.

Nogueira; Reis (2013), descreveram que o mecanismo de deglutição muda significativamente à medida que as pessoas envelhecem, mesmo na ausência de doenças crônicas. O que concorda com os resultados obtidos nesse estudo, que encontrou maiores índices de disfagia em idosos.

Os dados sugerem que a deglutição no envelhecimento se caracteriza por mudanças em todo processo de deglutição, observadas em todas as suas fases, caracterizando a presbifagia por modificações e adaptações que ocorrem pela degeneração fisiológica do mecanismo da deglutição, em virtude do envelhecimento sadio das fibras nervosas e musculares (ACCOSTA; CARDOSO, 2013). Ao contrário, nosso estudo mostrou que poucos indivíduos apresentaram deglutição normal ou funcional, esperado numa presbifagia.

Pesquisa realizada por Oliveira (2014), diz que a queixa mais frequente dos indivíduos por ele estudada foi a disfagia seguida de engasgos. E Morandi et al. (2014), enfatiza que a ausência de queixa na deglutição não significa normalidade do exame videofluoroscópico, pois a disfagia ocorre também nas fases oral e faríngea, caracterizada por trânsito lento e estases. O que vai ao encontro dos resultados apontados em nosso estudo.

A existência de um número elevado de idosos saudáveis com queixas de deglutição, leva a evidências de que devido à senescência é possível observar modificações, como: elevação de laringe reduzida, penetração laríngea, resíduos de alimento após a deglutição, diminuição da motilidade dos músculos da faringe, disfunção de epiglote, disfunção do fechamento laríngeo, além da possibilidade de ocorrência do mau funcionamento do esfíncter cricofaríngeo (KENDALL; LEONARD; KENZIE, 2003), tornando a deglutição menos eficiente. O que concorda com nosso estudo que não observou associação significativa entre a escala de severidade da

disfagia com a faixa etária, sendo que uma maior proporção de normalidade foi encontrada nos adultos quando comparada aos idosos, e maior proporção de disfagia discreta e moderada foi encontrada nos idosos quando comparada aos adultos.

Na amostra por nós estudada observou-se que a fase preparatória e a perda prematura do bolo foi mais frequente e na fase oral as características de estase em língua e aumento do tempo de trânsito oral foram relevantes. Do mesmo modo, o estudo demonstrou que o pico pressórico da língua também diminuiu moderadamente com o aumento da idade (JUNIOR, 2014). Bigal et al.(2007), em estudo sobre a dinâmica da deglutição em idosos, encontraram alterações relacionadas ao vedamento labial, ao descontrole do bolo alimentar, ao trânsito oral lentificado, ao tremor labial e lingual, ao acúmulo de resíduos alimentares no vestíbulo, a redução da elevação da laringe e a rigidez de mandíbula.

Cardoso, Olchik, Teixeira (2016), mencionam que os idosos mais velhos muitas vezes referem maior dificuldade na mastigação do que queixa de disfagia. Isso porque sabe-se que a condição dentária influencia no processo de alimentação, interferindo na função de mastigação, afetando o preparo do bolo alimentar e, conseqüentemente, dificultando sua deglutição, situação que muitas vezes ocasiona ao idoso desconforto, diminuição da ingestão de alimentos sólidos e perda do prazer em se alimentar (CARDOSO; BUJES, 2010). O que corrobora com os resultados obtidos em nosso estudo, que mostrou maior comprometimento com a consistência sólida em todas as fases da deglutição. Vale ressaltar que, por ser um estudo retro-prospectivo, não constava no protocolo de identificação a condição dentária dos indivíduos avaliados e por isso, não foi possível descrever se as fases da deglutição dos indivíduos submetidos a VFD foram mais comprometidas na consistência sólida devido precariedade das condições dentárias. Apesar dessa informação não ter sido tabulada, acredita-se que a qualidade da dentição dos indivíduos idosos, e o possível uso de próteses dentárias mal adaptadas ou com edentulismo, pode ter contribuído para as alterações encontradas na deglutição.

A fase faríngea depende da contração descendente dos músculos constritores faríngeos para impulsionar o bolo. Nesse momento, se faz necessário que ocorra um fechamento glótico eficiente e a laringe se eleve a fim de evitar a penetração e ou aspiração laringotraqueal do alimento. O esfíncter esofágico superior relaxa, o que permite a passagem do alimento para a fase esofágica da deglutição. Sabe-se que a diminuição do tônus muscular resulta em menor efetividade do esvaziamento faríngeo e que a flacidez dos movimentos dos ligamentos da laringe diminui a amplitude de elevação da laringe, o que deixa as vias aéreas menos protegidas, permitindo assim a penetração e/ou aspiração dos alimentos em região laríngea (JOTZ; DORNELLES, 2009). Suzuki et al. (2006), concluíram que ao comparar pacientes adultos e idosos na avaliação de VFD, os idosos apresentaram maior ocorrência de alterações altas de deglutição (orofaríngeas), concordando com nosso estudo, onde na maioria dos indivíduos ocorreram estases, elevação e anteriorização de laringe reduzida, tempo de trânsito faríngeo aumentado e quando há ocorrência de aspiração laringotraqueal, essa acontece durante a deglutição.

Ney et al.(2009), referem que a fonoaudiologia apresenta uma formação mais aprofundada na área de disfagia e por muitas vezes está inserido na equipe interdisciplinar hospitalar. Sua contribuição favorece a uma alimentação segura, facilita a comunicação oral e conseqüentemente melhora a qualidade de vida (CUNHA; GELATTI; CARDOSO, 2015), o que concorda com nosso estudo que encontrou a fonoaudiologia como a área que mais encaminhou indivíduos para realizar o exame de VFD.

Diante da disfagia orofaríngea, o profissional fonoaudiólogo é apto para avaliar e reabilitar o processo de deglutição deste paciente. No atendimento ao paciente disfágico hospitalizado compete ao fonoaudiólogo colaborar juntamente com a equipe interdisciplinar na melhora clínica do paciente, podendo reduzir o tempo de uso das vias alternativas de alimentação, o tempo de hospitalização, e contribuir para a melhora do quadro pulmonar (SILVÉRIO; HERNANDEZ; GONÇALVES, 2010).

A ampliação desta reflexão por parte de todos os profissionais que atuam na área de Geriatria e Gerontologia torna-se necessário para que possam entender e favorecer o encaminhamento de pacientes que necessitem de intervenção fonoterápica, privilegiando um programa de diagnóstico e reabilitação individualizado para os idosos disfágicos (STEENHAGEM; MOTTA, 2006).

Pacientes hospitalizados com alterações neurológicas, doenças neurodegenerativas, alterações anatômicas de cabeça e pescoço, e/ou com comprometimentos respiratórios, podem apresentar como sintoma de sua patologia a disfagia orofaríngea (PADOVANI et al., 2007, MACIEL; OLIVEIRA; TADA, 2008).

A disfagia neurogênica é mais presente nas pessoas do sexo masculino, idosos e que foram acometidas previamente de AVC, impactando diretamente na qualidade de vida (GASPAR et al., 2015). COOK (2008), já relatava que o AVC é a causa mais comum de disfagia orofaríngea. Portanto, sugere-se que a deglutição deve ser rastreada em todos os indivíduos com esta morbidade, pela equipe de fonoaudiologia por meio de um protocolo estruturado e validado para a população estudada. A avaliação precoce (nas primeiras 48 horas) permite identificação dos sinais e sintomas da disfagia e planejamento terapêutico individualizado necessário para intervenção, viabilizando assim, o uso seguro da via oral e a prevenção de complicações pulmonares (MOURÃO et al, 2016). A disfagia demonstra ser um sintoma relevante principalmente nas doenças neurológicas e por isso justifica-se o número elevado de encaminhamentos também da área de neurologia em nosso estudo.

Os pacientes com disfagia neurogênica apresentam alta prevalência de sinais videofluoroscópios de comprometimento da segurança e eficácia da deglutição e apresentam alto risco de complicações respiratórias e nutricionais. A segurança diminuída está associada ao trânsito orofaríngeo lento e á eficácia prejudicada com redução na força de propulsão do bolo. Por isso, aumentar a viscosidade do bolo

melhora significativamente na função de deglutição em pacientes neurológicos (CLAVÉ et al., 2006).

A DP apresenta sinais e sintomas característicos, sendo o distúrbio da deglutição uma consequência direta cuja gravidade acompanha o progresso da doença. A dificuldade de deglutição dos alimentos ocorre por incapacidade na realização rápida e coordenada dos movimentos necessários para o ato de deglutir. As alterações iniciam-se com o fechamento incompleto dos lábios e escape de saliva, diminuição do reflexo da deglutição, com possível acúmulo de saliva em cavidade oral, perda prematura de alimento, estase em recessos faríngeos e penetração laríngea antes da deglutição. A mastigação pode estar comprometida devido à rigidez dos músculos faciais, o que torna difícil a formação de um bolo coeso para ser deglutido durante o disparo do reflexo e formam-se, então, resíduos em região posterior de cavidade oral, o que aumenta a possibilidade de escape prematuro de alimento e engasgos (GASPARIM et al., 2011). Apesar da evidência das características, ao relacionar a ocorrência de disfagia com a DP os resultados não demonstraram ser significativos em nosso estudo.

Luzardo, Gorini, Silva (2006), relatam que os portadores de DA apresentam grande risco de pneumonias aspirativas e em um estágio avançado, tornam-se acamados. Podem apresentar disfagia, que evolui para o uso de sondas enterais, úlceras de pressão, infecções pulmonares, embolias e outras patologias relacionadas à dependência. Com o avanço das fases da DA aumenta-se o risco de disfagia (GOES et al., 2014), sendo mais significativas na fase oral, independentemente da consistência ofertada (TAVARES; DE CARVALHO, 2012, PETRY et al., 2013). O que vai de encontro ao nosso estudo, que ao relacionar a disfagia com a DA, não verificou-se resultados estatisticamente significativos.

Pesquisa realizada com indivíduos pós TCE, com idades de 20 a 50 anos concluiu que os pacientes com acometimento neurológico apresentaram piores resultados na avaliação da deglutição e na possibilidade de alimentação por via oral. Os

déficits nas habilidades cognitivas causados pela lesão devem ser considerados na avaliação da função de deglutição e no gerenciamento da disfagia, uma vez que estes são fatores de risco para aumento da frequência e gravidade deste distúrbio (PADOVANI b et al., 2008). Apesar de não ter apresentado resultado significativo na relação com a disfagia, o TCE foi mais prevalente em adultos.

A ocorrência de infecções pulmonares, a pneumonia, vem se destacando por ser a doença infecciosa aguda, de maior impacto médico-social quanto à morbidade e a custos relacionados ao tratamento. A população idosa vem crescendo devido a melhor qualidade de vida e ao avanço da saúde pública no Brasil, mas ainda é afetada de forma mais agressiva pelos agentes infecciosos, uma vez que o envelhecimento natural do organismo envolve o envelhecimento de pequenas partes do corpo, como os cílios do epitélio respiratório, por exemplo, que fazem parte do sistema de defesa do aparelho respiratório, deixando assim o indivíduo mais suscetível às infecções (WOLFF, 2016). O que concorda com nosso estudo, onde ter a pneumonia como morbidade influenciou na ocorrência de disfagia.

As complicações associadas à aspiração são comuns em pacientes internados em unidade de terapia intensiva, particularmente em determinados grupos de risco, e podem determinar grave comprometimento pulmonar, aumentando a morbidade e o risco de morte nestes pacientes. Assim, os pacientes com intubação traqueal por mais de 48 horas, uso prolongado de narcóticos ou bloqueadores neuromusculares, e apresentem comorbidades como AVC, DP, demência ou desordens neuromusculares, exigem avaliação da deglutição precoce por profissionais especializados, buscando indicar medidas adequadas na prevenção da aspiração (JUNIOR; CAMARGO; CARVALHO, 2007).

A faixa etária associada a doenças de base prevalentes pode levar à disfagia, o que agrava o quadro clínico e prolonga o período de permanência do sujeito nas instituições (FARIA et al., 2013). Segundo Mancopes et al. (2014), a gravidade da disfagia está

correlacionada com a presença de penetração e aspiração, sendo importante combinar a escala de severidade de penetração/ aspiração para o diagnóstico. O que corrobora com nosso estudo.

A maioria dos indivíduos que realizaram a VFD alimentavam-se por via oral exclusiva. Kuwae et al. (2015), concluiu que ao mesmo tempo em que a alimentação saudável é percebida como algo funcional, que alimenta e nutre o corpo, ou seja, como uma forma de melhorar seu estado de saúde, essa percepção está sempre vinculada com o sabor, os gostos pessoais, as preferências alimentares, os afetos e a comensalidade. A presença da disfagia constitui uma das principais causas do uso de via alternativa de alimentação. Esses dados são observados no estudo que avaliou 229 pacientes com uso de via alternativa da deglutição onde observou a associação entre pneumonia aspirativa e disfagia em 35,08% e 10,04% dos casos (NOGUEIRA et, al., 2013). Entende-se portanto, que a determinação da via alternativa de alimentação, é muitas vezes fundamental para evitar problemas como a aspiração de alimentos, transtorno que acarreta prejuízo direto na qualidade de vida do indivíduo.

Nosso estudo corrobora com a pesquisa de Ferreira (2013), onde destaca que o exame de VFD possibilitou verificar que idosos apresentaram mais comprometimento nas características da deglutição, maior grau de severidade de disfagia e riscos de penetração e aspiração laringotraqueal quando comparados com indivíduos adultos. Representa um método de grande importância diagnóstica, pois permite a identificação de alterações morfofuncionais importantes que não são passíveis de identificação adequada à anamnese (SUZUKI, 2006).

Cardoso et al. (2014), observaram que as alterações de deglutição causam impacto na qualidade de vida dos idosos, mesmo que, em sua maior parte, não apresentaram queixa e tentam de maneira espontânea se adaptar às suas limitações, por meio de estratégias ou até mesmo eliminação de certas consistências alimentares. Por isso, é

preciso ficar sempre atentos, pois os sintomas podem, em muitos casos, ser subvalorizados, colocando os idosos em risco.

Nesse sentido, é importante incluir uma avaliação subjetiva dos sintomas da disfagia, uma vez que a capacidade de desempenhar determinada função está intimamente ligada à percepção que o indivíduo tem de suas próprias dificuldades (NOGUEIRA; REIS, 2013).

A disfagia está associada ao processo de envelhecimento saudável, mas principalmente quando associada a doenças crônicas, aparecendo com maior relevância e grau de severidade, aumentando os riscos e contribuindo para as taxas de morbidade e mortalidade. Assim, o exame de VFD mostra ser importante instrumento de avaliação para o esclarecimento do diagnóstico de disfagia e presbifagia, pois permite avaliar eventos biológicos e dinâmicos da deglutição, possibilitando maior esclarecimento da conduta de tratamento para equipe de atendimento interdisciplinar e contribuindo para a prevenção de outras complicações.

6 CONCLUSÕES

Os achados do presente estudo demonstraram que os idosos apresentaram maiores alterações nas características da deglutição nas três fases, níveis mais elevados quanto ao grau de severidade da disfagia quando comparados aos adultos, assim como maior ocorrência de disfagia, sendo que quando esta foi correlacionada às morbidades de base, observou-se que a pneumonia influenciou na ocorrência de disfagia.

REFERÊNCIAS

ACCOSTA, N.B.; CARDOSO, M.C.A.F. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, v. 9, n. 1, 2013.

ALMEIDA, R.C.A; HAGUETTE, R. C.B.; ANDRADE, I.S.N. Deglutição com e sem comando verbal: achados videofluoroscópicos. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiologia**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 291-297, 2011.

ALVARADO GARCÍA, A.M; MAYA, S; MARÍA, Á. Adaptation to chronic benign pain in elderly adults. **Investigación y Educación en Enfermería**. Medellín, v. 33, n. 1, p. 128-137, 2015.

ANÉAS, G.C.G.; DANTAS, R.O. A videofluoroscopia da deglutição na investigação da disfagia oral e faringea. **GE Jornal Português de Gastreenterologia**. v. 21, n. 1, p. 21-25, 2014.

BARONI, A.F.F.B; FÁBIO, S.R.C.; DANTAS, R.O. Riskfactors for swallowingdysfunction in strokepatients. **Arquivos de gastroenterologia**. São Paulo, v. 49, n. 2, p. 118-124, 2012.

BARROS, A.P..B, SILVA, S.A.C; CARRARA, E.A. Videofluoroscopia da deglutição orofaríngea. In: JOTZ, G.P; CARRARA-ALGELIS, E; BARROS, A.P.B. Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança. Rio de Janeiro: REVINTER Ltda, 2009. p.84-87.

BASS, NH. MORRELL RM. The neurology of swallowing. In: GROHER ME, Dysphagia, diagnosis an management. Boston, MA: ButterworthHeinemann; p. 1-31, 1992.

BIGAL, A. et al. Disfagia do idoso: estudo videofluoroscópico de idosos com e sem doença de Parkinson. **Distúrb.comum**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 213-23, 2007.

CABRE, Mateuet al. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. **Age and ageing**. v. 39, n. 1, p. 39-45, junho, 2010.

CARDOSO, MCAF; BUJES, RV. A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, POA, v. 15, n. 1, 2010.

CARDOSO, S.V.; OLCHIK, MR.; TEIXEIRA, Adriane Ribeiro. Alimentação de idosos institucionalizados: correlação entre queixas e características sociodemográficas. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v. 28, n. 2, junho, 2016.

CARDOSO, SV. et al. O impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 231-245, março, 2014.

CLAVÉ, P. et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. **Alimentary pharmacology & therapeutics**. v. 24, n. 9, p. 1385-1394, outubro, 2006.

CLAVÉ, P.; VERDAGUER, A.; ARREOLA, V.. Disfagia orofaríngea em elanciano. **Medicina clínica**, v. 124, n. 19, p. 742-748, 2005.

COOK, I.J. Diagnostic evaluation of dysphagia. **Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology**. Austrália, v. 5, n. 7, p. 393-403, 2008.

COSTA A, M.B. Videofluoroscopia: método radiológico indispensável para a prática médica. **Radiol Bras**. São Paulo, v. 43, n. 2, p. 7-8, 2010.

COSTA M.B. Como proteger fisiologicamente as via aéreas durante a deglutição. In: Castro, Savassi-Rocha, Melo e Costa.. Tópicos em gastroenterologia- deglutição e disfagia. **MEDSI**. Rio de Janeiro, v. 10, p. 37-48, 2000.

COSTA, M. et al. Viscosities reproductive patterns for use in videofluoroscopy and rehabilitation therapy of dysphagic patients. **Arquivos de gastroenterologia**. São Paulo, v. 44, n. 4, p. 297-303, 2007.

COSTA, M.M.B; NOVA, J.L.L; CANEVARO, L.V. Effect of additional filtration on radiation doses and image quality in videofluoroscopic studies. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 379-387, 2009.

CUNHA, K; GELATTI, G; CARDOSO, MC. Conduta fonoaudiológica em um caso de disfagia neurogênica por distrofia muscular oculofaríngea. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 1355-1361, julho/agosto, 2015.

DE ALMEIDA, S.T.; GENTIL, B.C; NUNES, E.L. Alterações miofuncionais orofaciais associadas ao processo de envelhecimento em um grupo de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, v. 9, n. 2, 2013.

DE DEUS, R.. Análise videofluoroscópica bidimensional perceptual da fase faríngea da deglutição em indivíduos acima de 50 anos. **ANÁLISE**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 274-279, 2013.

DE VASCONCELOS MIRANDA, S.V; DE MELLO, R.J.V; DA SILVA, H.J. Correlação entre o envelhecimento e as dimensões das pregas vocais. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 444-451, 2011.

DOS SANTOS, C.P. Atuação fonoaudiológica durante a radioterapia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 14, 2015.

DOURADO, M.B; DE OLIVEIRA, A.L.B; DE OLIVA MENEZES, T.M. Percepção dos graduandos de enfermagem sobre o seu envelhecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Bahia, v. 68, n. 2, p. 278-283, 2015.

FALSETTI, P.et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. **Journal of stroke and cerebrovascular diseases**, v. 18, n. 5, p. 329-335, 2009.

FARIA, KCF et al. Perfil do paciente atendido pela fonoaudiologia na unidade de urgência e emergência de um hospital universitário. **Audiol.,Commun. res**, v. 18, n. 4, São Paulo, p. 310-315, dezembro, 2013.

Federal Interagency Forum on Aging - Related Statistics. Older Americans 2008: key indicators of well-being. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. Washington, DC: US Government Printing Office; 2008. Disponível em: http://www.agingstats.gov/Main_Site/Data/2008_Documents/OA_2008.pdf

FEIJÓ AV, RIEDER CRM. Distúrbios da deglutição em idosos. In: Jacobi JS, Levy DS, Correa LM. Disfagia: avaliação e tratamento. Revinter, Rio de Janeiro, p.225-231, 2004.

FERREIRA, LBM et al. Videofluoroscopia da deglutição: características da deglutição em adultos e idosos. PUCRS, Tese de doutorado, 2013. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br:8080/tede2/handle/tede/2715>. Acesso em: 12 fevereiro, 2015.

FIGUEIREDO, A. M. F. R. Pneumonia no idoso. **Rev Port Pneumol.** v. 7, n. 6, p. 485-493, 2001.

FREITAS, L. et al. Avaliação videoendoscópica da deglutição na abordagem da disfagia orofaríngea. **Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**, v. 50, n. 4, p. 285-289, 2012.

GASPAR, MRF et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 1939-1945, novembro/dezembro, 2015.

GASPARIM, Aretuza Zupaet al. Deglutição e tosse nos diferentes graus da doença de Parkinson. **Arq. Int. otorrinolaringol.** Paraná, v. 15, n. 2, p. 181-8, fevereiro, 2011.

GERSZT, P.P et al. Interferência do tratamento medicamentoso imediato e tardio na doença de Parkinson no gerenciamento da disfagia. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 604-619, 2014.

GOES, V.F et al. Avaliação do risco de disfagia, estado nutricional e ingestão calórica em idosos com Alzheimer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 317-324, 2014.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Brasília: 2010. [Acesso em: 22 de setembro de 2014]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>

INAOKA, C.; ALBUQUERQUE, C.. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós AVE. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 187-196, 2014.

INOUYE, S. K. et al. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 5, p. 780-791, 2007.

JOTZ, P. G; DORNELLES, S. Fisiologia da deglutição. In: JOTZ, G.P; CARRARA-ALGELIS, E; BARROS, A.P.B. Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança. REVINTER, Rio de Janeiro, p.16-18, 2009.

JUNIOR, M. et al. Characterization of tongue pressure in the elderly. **Audiology-Communication Research**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 375-379, outubro/dezembro, 2014.

KENDALL, KA. LEONARD, RJ. MC KENZIE S. Arway protection: evaluation with videofluoroscopy. **Dysphagia**; 19 (2).65-70, 2003.

KIM, H.S.; KIM, D.G. Effect of long-term resistance exercise on body composition, blood lipid factors, and vascular compliance in the hypertensive elderly men. **Journal of exercise rehabilitation**, v. 9, n. 2, p. 271, 2013.

KUWAE, CA et al. Conceptions of healthy nourishment among elderly persons attending the University of the Third Age at UERJ: nutrition, body and daily living guidelines. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 621-630, julho/setembro, 2015.

LANGMORE, S. E. *et al.* Predictors of aspiration pneumonia: How important is dysphagia? **Dysphagia**, v. 13, n. 2, p. 68-81, 1998.

LOGEMANN, LA. Evaluation of swallowing disorders. 2 ed. Austin, TX: Pro-Ed; 1998.

LUZARDO, AR; GORINI, MIPC.; SILVA, APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-94, outubro/dezembro, 2006.

MACEDO FILHO ED, GOMES GF, FURKIM AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. Lovise, São Paulo, 2000.

MACIEL, Juliana Rolim Vieira; OLIVEIRA, Carlos Jorge Rocha; TADA, Cristiane de Melo Pantaleão. Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. **Rev. Nutr.** São Paulo, p. 411-421, julho/agosto, 2008.

MANCOPES, R. et al. Correlation between the reason for referral, clinical, and objective assessment of the risk for dysphagia. In: **CoDAS. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo, 2014.

MORANDI, JC et al. Análise videofluoroscópica da deglutição após laringectomia total. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 116-119, julho/setembro, 2014.

MOURÃO, AM et al. Evolução da deglutição no pós-AVC agudo: estudo descritivo. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 417-425, março/abril, 2016.

NEY, Denise M. et al. Senescent swallowing: impact, strategies, and interventions. **Nutrition in clinicalpractice**. v. 24, n. 3, p. 395-413, junho/julho, 2009.

NOGUEIRA, D. REIS,E. Distúrbios da deglutição em residências de idosos: como explicar o problema? **ClinicalInterventions in Aging**. v.8 P 221-227, outubro, 2013.

NOGUEIRA, SCJ et al. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. **Rev CEFAC**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 94-104, 2013.

OLIVEIRA, B.; DELGADO, S. E.; BRESCOVICI, Silvana Maria. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. **Rev Bras GeriatrGerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-87, 2014.

O'NEIL, Karen H. et al. The dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia*, v. 14, n. 3, p. 139-145, 1999.

ORLANDONI, P. et al. Principi di integrazione nutrizionale orale. *GIORNALE DI*, v. 60, p. 57-60, 2012.

PADOVANI (A), AR. et al. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) DysphagiaRiskEvaluationProtocol. **Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 199-205, 2007.

PADOVANI (B), AR et al. Intubação orotraqueal e disfagia: comparação entre pacientes com e sem dano cerebral. **Einstein**. São Paulo, v. 6, n. 3, p. 343-9, junho, 2008.

PETRY, R et al. Alterações na deglutição de portadores da doença de Alzheimer. **Geriatrics, GerontologyandAging**. Passo Fundo, v. 7, n. 4, p. 286-291, 2013.

REIS, R.M. et al. O papel do fonoaudiólogo frente a alterações fonoaudiológicas de audição, equilíbrio, voz e deglutição: uma revisão de literatura. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 270-276, 2015.

ROSENBEK, John C. et al. A penetration-aspiration scale. **Dysphagia**, v. 11, n. 2, p. 93-98, 1996.

ROY, N. et al. Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. **Annals of Otology, Rhinology & Laryngology**, v. 116, n. 11, p. 858-865, 2007.

SANTIAGO, L.A.M et al. Treinamento resistido reduz riscos cardiovasculares em idosas. **Rev BrasMed Esporte**. vol.21, n.4 [cited 2016-01-21], pp. 261-265, 2015.

SANTORO, P. Avaliação da eficácia de um programa fonoaudiológico para a reabilitação da disfagia para alimentos de consistência pastosa, em idosos. **Ulbra e Movimento-Revista de Educação Física**, Paraná, v. 2, n. 1, p. 60-74, 2011.

SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. psicol.(Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SILVEIRA GUIJARRO, L. J. et al. Disfagia orofaríngea em ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 26, n. 3, p. 501-510, 2011.

SILVÉRIO, Carolina C., HERNANDEZ, Ana Maria; GONÇALVES, Maria Inês R.. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 6, 2010.

STEENHAGEN, C.H.V.A; MOTTA, L.B..Deglutição e envelhecimento: enfoque nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 89-100, 2006.

SUZUKI, H.S et al. Avaliação clínica e videofluoroscópica de pacientes com distúrbios da deglutição-estudo comparativo em dois grupos etários: adultos e idosos. **Arquivo gastroenterologia**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 201-205, 2006.

TAVARES TE, DE CARVALHO CMRG. Características de mastigação e deglutição na doença de Alzheimer. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 1, p. 122-137, janeiro/fevereiro, 2012.

TEIXEIRA, M. C. T. V. et al. Aging and rejuvenescence: study of social representation. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v. 10, n. 1, 2007.

WHO. Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World World Health Organization) Active Ageing – A Police Framework.A Assembly on Aging. Madrid: Spain; April, 2002.

WOLFF, P. Pneumonia em idosos. **Revista UNIPLAC**, v. 4, n. 1, 2016.

ANEXOS

Anexo A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características da Deglutição de indivíduos em Processo de Envelhecimento

Pesquisador: Analice Calegarl Lusa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56658916.5.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.613.165

Apresentação do Projeto:

O projeto pretende descrever as características da deglutição em indivíduos adultos e idosos por meio de análise de dados de prontuários do serviço de radiologia do Hospital da Cidade de Passo Fundo.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme relatado pelos autores, o projeto tem como objetivo descrever e comparar as características da deglutição de indivíduos adultos, idosos e longevos e no que se refere aos achados em relação ao sexo, área de especialização do encaminhamento, queixa principal, diagnóstico médico e via de alimentação no momento do exame. Identificar a presença de penetração e/ou aspiração laringotraqueal. Constatar grau de severidade da disfagia. Correlacionar a ocorrência de disfagia com a presença de morbidades. Relacionar o grau de disfagia e morbidades de base.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme relatado no projeto, os riscos são mínimos e o benefício é auxiliar nas condutas e planejamento de terapias fonoaudiológicas e diagnóstico médico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, a ser realizado com base em dados de prontuários do Hospital da Cidade de Passo Fundo, sujeitos com idade maior de 40 anos, no

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 1.013.105

período de janeiro de 2014 a julho de 2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

"Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e pelos termos de autorização. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do pesquisador e das instituições estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

"Após o término da pesquisa, o CEP UPF solicita: a) A devolução dos resultados do estudo aos sujeitos da pesquisa ou a instituição que forneceu os dados; b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página, "Enviar Notificação" + relatório final."

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_694532.pdf	26/05/2016 22:21:00		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	26/05/2016 22:09:25	Analice Calegari Lusa	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	26/05/2016 22:07:03	Analice Calegari Lusa	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	09/05/2016 09:45:39	Analice Calegari Lusa	Acelto
Orçamento	orcamento.pdf	09/05/2016 09:43:08	Analice Calegari Lusa	Acelto
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	05/05/2016 22:09:11	Analice Calegari Lusa	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BR 285- Km 202 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 1.613.105

PASSO FUNDO, 29 de Junho de 2016

Assinado por:
Felipe Cittolin Abal
(Coordenador)

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 E-mail: cep@upf.br

Anexo B. Autorização do Hospital da Cidade de Passo Fundo

Passo Fundo, 22 de março de 2016.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, no Hospital da Cidade de Passo Fundo, a realização do levantamento de dados **“CARACTERÍSTICAS DA DEGLUTIÇÃO DE INDIVÍDUOS EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO”**, tendo como pesquisador responsável a professora LIA MARA WIBELINGER do programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF.

Lembramos que para a realização da pesquisa é necessário entregar para a secretaria da COREME a cópia projeto de pesquisa e o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,



Dionísio Adalcir Balvedi
Membro Junta Administrativa HCPF

APÊNDICES

Apêndice A: Escala de severidade da disfagia

ESCALA DE SEVERIDADE DA DISFAGIA - O. Neil et al (1999)

V.O DIETA NORMAL

Nível 7 – *Normal em todas as situações.* Nenhuma estratégia ou tempo extra necessário.

Nível 6 – *Dentro dos limites funcionais/compensações espontâneas.*

- Dieta normal, deglutição funcional.
- O paciente pode ter: discreto atraso oral ou faríngeo, estase ou vestígio cobrindo epiglote, mas consegue clarear espontaneamente.
- Pode necessitar de tempo extra para as refeições. Não há aspirações ou penetrações em todas as consistências.

V.O DIETA MODIFICADA E/OU INDEPENDÊNCIA

Nível 5 – *Disfagia discreta:* supervisão distante, pode necessitar de restrição de uma consistência. O paciente pode apresentar:

- Aspiração somente de líquidos, mas com forte reflexo de tosse para completo clareamento;
- Penetração supra ppvv com uma ou mais consistência, ou sobre ppvv com uma consistência, mas com clareamento espontâneo;
- Estase na faringe, que é clareada espontaneamente; discreta disfagia oral com redução da mastigação e/ou estase oral que é clareada espontaneamente.

Nível 4 – *Disfagia discreta/moderada:* supervisão intermitente, restrição a uma ou duas consistências. O paciente pode apresentar:

- estase na faringe, clareada com orientação;
- aspiração com uma consistência, com reflexo de tosse fraco ou ausente;
- ou penetração ao nível das ppvv com tosse com duas consistências
- ou penetração ao nível das ppvv sem tosse com uma consistência

Nível 3 – *Disfagia moderada*: total assistência, supervisão ou estratégias, restrição a duas ou mais consistências. Pode apresentar:

- estase moderada na faringe, clareada por orientação;
- estase moderada na cavidade oral, clareada por orientação;
- penetração ao nível das ppvv sem tosse com duas ou mais consistências;
- ou aspiração com duas consistências, com reflexo de tosse fraco ou ausente ;
- ou aspiração com uma consistência, sem tosse na penetração.

V.O. SUSPENSÃO - NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO NÃO ORAL

Nível 2 – *Disfagia moderada/severa*: máxima assistência ou uso de estratégias com V.O. parcial (tolerância ao menos a uma consistência com segurança, com uso total das estratégias). O paciente pode apresentar:

- estase severa na faringe, incapaz de clarear ou necessita de vários comandos;
- estase severa ou perda do bolo na fase oral, incapaz de limpar ou necessita de vários comandos;
- aspiração com duas ou mais consistências, sem reflexo de tosse, tosse voluntária fraca;
- ou aspiração de uma ou mais consistências, sem tosse e penetração até ppvv com uma ou mais consistências, sem tosse.

Nível 1 – *Disfagia severa*: V.O suspensa. O paciente pode apresentar:

- estase severa na faringe sendo incapaz de clarear;
- estase ou perda do bolo severa na fase oral, sendo incapaz de clarear;

aspiração silente com duas ou mais consistências, com tosse voluntária não funcional ou incapaz de deglutir.

Apêndice B: Escala de severidade: penetração e aspiração laringotraqueal

ESCALA DE SEVERIDADE: PENETRAÇÃO E ASPIRAÇÃO

(Robbins et al, 1999)

CATEGORIA	PONTUAÇÃO	DESCRIÇÃO
PENETRAÇÃO	1	Contraste não entra em via aérea
	2	Contraste entra até acima das ppvv, sem resíduo
	3	Contraste permanece acima de ppvv, resíduo visível
	4	Contraste atinge ppvv, sem resíduo
	5	Contraste atinge ppvv, resíduo visível
ASPIRAÇÃO	6	Contraste passa o nível glótico, mas não há resíduos no nível subglótico

	7	Contraste passa o nível glótico com resíduo no nível subglótico apesar do paciente responder
	8	Contraste passa a glote com resíduo na subglote, mas o paciente não responde



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF