

CEFAC
CENTRO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA CLÍNICA
MOTRICIDADE ORAL – FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR

EXERCÍCIOS E MANOBRAS FACILITADORAS
NO TRATAMENTO DE DISFAGIAS

JULIANE BALIEIRO ESCOURA

SÃO PAULO
1998

CEFAC
CENTRO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA CLÍNICA
MOTRICIDADE ORAL – FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR

EXERCÍCIOS E MANOBRAS FACILITADORAS
NO TRATAMENTO DE DISFAGIAS

**Monografia de conclusão do curso de
especialização em motricidade oral –
fonoaudiologia hospitalar.**

Orientadora: Mirian Goldenberg

JULIANE BALIEIRO ESCOURA

SÃO PAULO

1998

RESUMO

Sendo a fonoaudiologia a ciência habilitada no estudo funcional da deglutição, e sendo o fonoaudiólogo o responsável pela terapêutica da reabilitação dos pacientes disfágicos, desenvolvi este trabalho com o objetivo principal de expor uma dinâmica de atendimento na área dos distúrbios da deglutição.

Reuni a idéia das terapias indicadas por diferentes autores, visando facilitar o planejamento das sessões especializadas desenvolvidas pelo fonoaudiólogo. Foram descritos exercícios e manobras facilitadoras no tratamento das disfagias com o intuito de reduzir o tempo de reabilitação do paciente; reabilitação esta que possibilitará a este conquistar independência funcional motora ou comunicativa, ou seja, desenvolver a capacidade de usar mecanismos adaptativos ou compensatórios que, embora não alcancem a função normal, não impedem a realização da atividade.

O processo terapêutico é único para cada paciente e deve apoiar-se na sua avaliação individual, porém o propiciar novamente o prazer da alimentação a todos os pacientes depende do desempenho e principalmente da conduta correta no procedimento e na escolha das terapias.

Este trabalho pode ajudar profissionais e estudantes interessados no tratamento das disfagias, como fonte de pesquisa, além de estimular a descoberta de novas técnicas terapêuticas.

RÉSUMÉ

Being speech-therapy the science which functionally studies swallowing, being the speech-therapist responsible for the recovery of dysphagia patients, I have elaborated this essay aiming principally to present dynamics to be followed in helping patients in the area of swallowing disorders.

I collected the concept of the the therapies indicated by different authors in order to plan the specialized sessions conducted by the authors in order to plan the specialized sessions conducted by the speech-therapist. Exercises and tactics were described in order to facilitate treating dysphagias aiming to reduce the time spent for the recovery of the patient. This recovery will enable the patient to acquire functional independence in movement and communication – in other terms, to develop the capacity of using mechanisms of adaptation and communication, so that the patient becomes able to practise his activity, although without reaching the normal function.

The therapeutical process is specific for each individual and must be based on his evaluation. The recovery of the pleasure in eating by each single individual depends on the performance and particularly on the accurate conduct in proceeding and in choosing the therapies.

May my essay become a reserch source and help professionals and students interested in handling with dysphagias. May it also stimulate others to discover new therapeutical proceedings.

*Dedico este trabalho aos meus pais
Joana e Wilson e a minha avó Malvina.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, aos meus pais por acreditarem em meu trabalho, a prima Adriana pelas oportunidades cedidas, as colegas do CEFAC principalmente a Fernanda, Letícia e Leda pelo carinho e companheirismo, em especial a amiga Luciane, por fim agradeço ao Walner, Luis, Paula, Juliano e Lemmer que me ajudaram na finalização do meu trabalho.

A todos o meu carinho.

“Você não entende absolutamente os pensamentos ou as palavras de outrem, você os degusta como a um vinho, ou vinagre, ou um prato qualquer. O que importa é que transformemos o paladar em forças de sentimento.”

Rudolf Steiner

SUMÁRIO

I - Introdução	02
II - Disfagia	04
1 – Fisiologia da deglutição	06
2 – Alterações nas fases da deglutição	09
3 – avaliação	11
4 – Observações importantes durante a avaliação	12
III - Terapia fonoaudiológica	14
IV - Considerações finais	28
Bibliografia	30

I – Introdução

Um bom sabor e odor são, naturalmente, importantes para motivar as pessoas a comer. As refeições humanas são habitualmente organizadas para induzir a ingestão, seguindo uma ordem onde aparecem sabores, consistência e aparências diferentes.

FURKIM (1997), coloca que a alimentação para o ser humano não contém apenas o aspecto de manutenção do aporte calórico necessário para a sobrevivência, mas é também uma fonte de prazer.

Diante destes aspectos, indivíduos que apresentam dificuldades para se alimentar devido a alterações no ato da deglutição, são prejudicados tanto fisicamente, como emocionalmente.

Deglutir parece simples, mas de fato é um processo complexo. Muitos músculos faciais e nervos encefálicos estão envolvidos numa deglutição normal. (MARCHESAN, 1995)

A dificuldade em passar alimento da boca para o estômago, ou em outras palavras, a alteração em qualquer fase do ato da deglutição é denominada DISFAGIA.

Uma pessoa apresenta-se disfágica quando sua deglutição está desordenada (FURKIM, 1997).

Atualmente, o tratamento das alterações da deglutição, pertence a uma equipe multiprofissional, na qual o fonoaudiólogo faz parte do núcleo fundamental. As outras áreas envolvidas na equipe são: a otorrinolaringologia, a gastroenterologia, a nutrição, a fisioterapia respiratória, a psicologia, a neurologia e a pneumologia.

O fonoaudiólogo, além de ser o profissional habilitado e responsável por avaliar, definir e /ou alterar as condutas terapêuticas na disfagia, ampliando ao máximo as possibilidades do paciente controlar funcionalmente a fase oral e faríngea

da deglutição; é também responsável por devolver ao paciente o prazer de se alimentar junto a família conforme suas condições.

As disfagias tratadas terapeuticamente pelo fonoaudiólogo, são as alterações encontradas na fase oral e, ou faríngea chamadas de Disfagias Orofaríngeas. Alterações encontradas na fase esofágica são denominadas Disfagias Esofágicas e são tratadas pelo médico gastroenterologista.

A orofaringe envolve não só a deglutição, mas também a fala e a respiração. A maioria dos pacientes com disfagia orofaríngea tem afecções neurológicas ou musculares, sendo a disfagia uma das manifestações da doença.

A história clínica é fundamental para o diagnóstico.

DANTAS (1998), relata que seu maior objetivo é diferenciar a disfagia orofaríngea da disfagia esofágica, do globus e da xerostomia. Globus é a sensação de haver um corpo estranho na faringe, e é mais freqüente entre as deglutições, ao contrário da disfagia que ocorre com as deglutições. Em 30% das disfagias esofágicas o paciente refere o pescoço como o local de parada do alimento. O verdadeiro local onde ocorre a parada do alimento é aonde o paciente refere ou abaixo. Na disfagia orofaríngea o paciente mostra com precisão o local onde há dificuldade para a passagem do alimento. Geralmente descreve com detalhes se há dificuldade de iniciar a deglutição, e se ocorre aspiração antes, durante ou depois. No caso de xerostomia os sintomas associados boca seca, olhos secos, artrite reumatóide ou história de ingestão de anticolinérgico, facilitam o diagnóstico.

A disfagia orofaríngea pode resultar de um defeito estrutural ou propulsivo da orofaringe ou do esôfago proximal. As alterações estruturais podem resultar de trauma, cirurgia, tumores, lesão cáustica ou doenças congênitas. Alterações na propulsão podem resultar de doenças na musculatura, nos nervos periféricos ou no mecanismo central da mobilidade.

Em outras palavras, as causas mais freqüentes de disfagia orofaríngea são: 1) anatômicas: membrana esofágica, osteofito vertebral, divertículo de hipofaringe, barra cricofaríngea, tumor, operações e radioterapia; 2) Neurológicas:

Acidente Vascular Cerebral (AVC), poliomelite bulbar, Esclerose lateral Amiotrófica (ELA), Parkinson, Paralisia Cerebral (PC) e tumor; 3) Musculares: Distrofia Muscular oculofaríngea, Distrofia Miotônica e Miastenia Grave; 4) Discinesia e distonia tardias e 5) Xerostomia.

A deglutição envolve duas fases distintas: uma voluntária, envolvendo a região cortical e outra reflexa, envolvendo tronco cerebral e pares cranianos - (V) trigêmio, (VII) facial, (IX) glossofaríngeo, (X) vago, (XI) acessório e (XII) hipoglosso.

A fase voluntária está relacionada com a fase oral e/ou preparatória da deglutição e a fase reflexa está relacionada com a fase faríngea. O trabalho do fonoaudiólogo inclui as duas fases distintas, voluntária e reflexa, além da interação seqüencial entre ambas.

A terapia fonoaudiológica no caso da disfagia é fundamental porque visa realizar uma série de exercícios que objetivam a melhora do tônus muscular, a precisão e a funcionalidade das partes moles envolvidas no processo da deglutição e a estimulação das vias aferentes para eliciação de um reflexo eficaz da deglutição.

É importante lembrarmos que o processo terapêutico é único para cada paciente, apoiado em sua avaliação individual e na evolução que este paciente vai apresentando (MARTINEZ e FURKIM, 1998).

II – Disfagia

Disfagia ou dificuldade para deglutir é a sensação de retenção dos alimentos em seu trajeto da boca até o estômago. A disfagia só aparece durante ou poucos segundos depois de iniciada a deglutição (DANTAS, 1990).

DONNER, (1986) (apud Tuchman, 1994), relata que a disfagia é um sintoma de uma doença que pode afetar qualquer parte do trato da deglutição desde a boca até o estômago.

CAMPBELL - TAYLOR (1996), refere-se a disfagia como todos os danos de qualquer parte da unidade de deglutição. Deve-se considerar todo o mecanismo da deglutição dos lábios ao duodeno, como uma única unidade funcional durante a avaliação da disfagia.

Segundo DOUGLAS (1994), a dificuldade está interposta à passagem do bolo alimentar ou saliva e diretamente relacionada ao peristaltismo.

As causas mais comuns da disfagia são os problemas neurológicos como AVC, TCE, Parkinson, mal de Alzheimer, miastenia grave, distrofia muscular, ELA, PC, entre outros. Encontramos também a disfagia associada ao processo de envelhecimento, ao câncer de cabeça e pescoço, tumores cerebrais e distúrbios gastroenterológicos.

SILVA & VIEIRA, 1998, Classificam as desordens presentes na disfagia orofaríngea neurogênica em adultos, em:

- **Disfagia leve:** Quando o controle e transporte do bolo alimentar está atrasado e lento, sem sinais de penetração laringeal na ausculta cervical. Achados: alteração de esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso para desencadear o reflexo de deglutição, ausência de tosse, sem redução acentuada da elevação da laringe, sem alteração do comportamento vocal após a deglutição e ausculta cervical normal.
- **Disfagia moderada:** Quando o controle e transporte do bolo alimentar está atrasado e lento, com sinais de penetração laringeal e risco de aspiração. Achados: alteração de esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso ou ausência do reflexo de deglutição, ausência de tosse, presença de tosse antes, durante ou após a deglutição, redução na elevação da laringe, alteração do comportamento vocal após a deglutição e ausculta cervical alterada.
- **Disfagia severa:** Quando há presença de aspiração substancial e ausência ou falha na deglutição completa do bolo alimentar. Achados: atraso ou ausência do reflexo de deglutição, redução na elevação da laringe, ausência de tosse,

presença de tosse durante ou após a deglutição, alteração do comportamento vocal após a deglutição, alteração respiratória evidente, ausculta cervical alterada e deglutição incompleta.

1 – Fisiologia da Deglutição

O ato da deglutição é resultante de um complexo mecanismo neuromotor, cuja absoluta coordenação em cada e entre suas fases resultará no efetivo transporte do alimento até o estômago.

LOGEMANN (1983), aborda que o ato da deglutição pode ser dividido em quatro fases: 1) A fase oral preparatória, quando o alimento é manipulado na boca e mastigado se necessário; 2) A fase oral ou voluntária da deglutição, quando a língua impulsiona o alimento para trás até que o reflexo da deglutição seja disparado; 3) A fase faríngea quando a deglutição reflexa carrega o bolo através da faringe; e 4) fase esofágica, quando a peristalse esofágica carrega o bolo através do esôfago cervical e torácico até o estômago.

O complexo estrutural para a deglutição inclui estruturas ósseas como o maxilar, a mandíbula, a coluna cervical e o osso hióide; estruturas cartilaginosas como as cartilagens da laringe, notadamente a epiglote, tireóide, cricóide, aritenóides corniculadas e cuneiformes; estruturas musculares como a língua e mais 31 pares de músculos associados às fases oral e faríngea, lembrando principalmente os músculos supra-hióides, como o digástrico e o estilo-hióideo e os músculos infra-hióides incluindo a membrana tireo-hióidea e finalmente estruturas neurais como os pares cranianos e os nervos cervicais. Nas funções motoras o ramo mandibular do V par e o VII par tem importância na mastigação. O XII par tem participação em toda a movimentação lingual. O IX par participa principalmente nas estruturas velofaríngeas

e o X par tem importância na inervação motora de toda a laringe. Na função sensitiva o V e VII par tem participação nas funções gustatórias e sensitivas da cavidade oral, enquanto ao IX par corresponde a inervação sensitiva de orofaringe e estruturas velofaríngeas e ao X par toda a inervação sensitiva de hipofaringe laringe através de seu ramo superior.

Como já vimos anteriormente, são quatro as fases da deglutição: 1) fase preparatória oral; 2) fase oral propriamente dita; 3) fase faríngea e 4) fase esofágica. Os comprometimentos funcionais causados por diferentes doenças ou por modificações anatômicas podem ocorrer em uma ou mais fases.

EVALDO FILHO, 1998, descreve as quatro fases de uma deglutição normal, observadas através do exame de vídeofluoroscopia.

FASE ORAL PREPARATÓRIA: Esta fase inicia-se com a aquisição do bolo alimentar, nota-se dois tipos de posicionamento do bolo em relação a língua. O padrão “tipper”, que ocorre quando a língua mantém o bolo em sua superfície dorsal, em uma depressão com uma forma em colher. Neste padrão, a ponta da língua faz contato com os alvéolos dos dentes incisivos maxilares. O padrão “dipper” que ocorre com a posição do bolo embaixo da língua, no sulco sublingual anterior, o que leva posteriormente a ponta da língua a mergulhar neste bolo e fazê-lo assumir a posição “tipper”. Os movimentos mastigatórios associados a rotação lingual com os movimentos laterais da mesma facilitam a mistura do bolo com a saliva. Todos os fragmentos alimentares são aglutinados em um único bolo, que será transportado na fase oral propriamente dita para a fase faríngea.

FASE ORAL PROPRIAMENTE DITA: A língua contendo o bolo em sua porção dorsal, inicia movimentos ascendentes e para trás, contra o palato e a região glosso-palatal, como um mecanismo propulsivo, o qual segue com o contactar com

as estruturas do istmo das fauces, cujo estímulo neurosensorial, iniciará a deglutição faríngea. Os movimentos linguais tornam-se então descendentes e anteriores para ampliar as cavidades de orofaringe e hipofaringe e ao mesmo tempo atuar como um verdadeiro pistão empurrando o bolo ao orofaringe. Simultaneamente o véu palatino eleva-se, cerrando a comunicação com o rinofaringe e ampliando a zona do esfíncter glosso-faríngeo.

FASE FARÍNGEA: As funções primárias desta fase são o transporte eficiente do bolo alimentar através da faringe e proteção da via aérea contra a aspiração.

O transporte efetivo do bolo ao esôfago é determinado principalmente pelos seguintes eventos:

- 1) O fechamento velo-faríngeo, prevenindo a regurgitação de alimentos para a rinofaringe;
- 2) Contrações dos músculos constritores de faringe (superior, médio e inferior), iniciando-se a movimentação peristáltica e transporte propriamente dito do bolo através da faringe;
- 3) Anteriorização e elevação do osso hióide e estruturas conectadas à laringe, determinantes para ampliar o espaço de hipofaringe e ao mesmo tempo importante para a horizontalização da epiglote;
- 4) Fechamento glótico causado pela adução das pregas vocais, bandas ventriculares e mesmo ligamentos ari-epiglóticos somado pelo abaixamento da epiglote, protegem completamente a glote;
- 5) Abertura do esfíncter superior do esôfago (ESE), constituindo principalmente por fibras do músculo cricofaríngeo.

Esta abertura é possível devido a anteriorização e elevação do hióide que traciona a laringe, reduzindo a pressão de repouso do esfíncter superior pelos movimentos peristálticos descendentes pela faringe e pelas pressões radiais do bolo, que determinam distensão e modulação espacial da área esfíntérica.

O tamanho do bolo e sua maior viscosidade produzem tempos de relaxamento do ESE mais prolongados (KAHRILAS, 1996).

Uma complexa relação da respiração com a deglutição também ocorre. O ato da deglutição acontece sempre numa fase expiratória, segue-se durante um período de pausa apneica e a respiração é reiniciada, ainda numa fase expiratória, cuja função é fazer o clearance de eventuais partículas alimentares, que possam estar depositadas em região supra-glótica ou no plano glótico.

FASE ESOFÁGICA: Esta fase ocorre com ondas peristálticas primárias e secundárias, determinadas por contrações seqüenciais, as quais são iniciadas pelos constritores da faringe. No terço superior do esôfago a musculatura é estriada e gradualmente vai se transformando em lisa até a sua extremidade distal, quando forma o esfíncter inferior do esôfago (EIE). Mesmo a musculatura da porção inicial do esôfago, sendo estriada, esta fase é completamente involuntária.

O EIE é circular e assimétrico, somente identificável como uma área de alta pressão de repouso, com aproximadamente 5 cm de comprimento, através de estudo manométrico. O EIE é estrutural e fisiologicamente diferente do ESE, tendo importante participação na barreira anti-refluxo. Quando a onda peristáltica primária alcança o EIE, este relaxa permitindo a passagem do bolo ao estômago, encerrando-se assim o processo da deglutição.

2 – Alterações nas fases da deglutição

As quatro fases da deglutição ocorrem em segundos num indivíduo normal. Quando a disfagia ocorre na fase oral, o paciente engasga, tosse e pode broncoaspirar, *antes* da deglutição. Isto ocorre devido a alterações na motricidade

oral e ou atraso ou ausência do reflexo da deglutição. As alterações mais encontradas na fase oral segundo Martinez e Furkim (1998), são:

- falta de vedamento labial;
- mobilidade de língua não funcional;
- incompetência velo-faríngea;
- interferência dos reflexos orais exacerbados;
- alteração da sensibilidade oral.

Quando a dificuldade está na fase faríngea ou também chamada de fase faringolaríngea, o paciente engasga, tosse e também pode broncoaspirar, só que *durante* a deglutição pois o fechamento laríngeo está reduzido e a coordenação da respiração com a deglutição está prejudicada, encontrando dificuldades no ato da apnéia, que é necessária a cada deglutição. Neste momento a fisioterapia respiratória pode atuar, aspirando o paciente se necessário. Alterações mais encontradas na fase faríngea:

- atraso ou ausência do reflexo da deglutição;
- mobilidade ineficiente na elevação da laringe;
- assimetria na subida da laringe;
- má coaptação das cordas vocais;
- paralisia/paresia bilateral ou unilateral das cordas vocais;
- descoordenação da abertura do esfíncter esofágico superior;
- alteração da sensibilidade da câmara faríngea;
- fendas glóticas.

Nos pacientes neurológicos é comum a exacerbação dos reflexos orais como: mordida, mastigação e vômito (GAG).

Se a disfagia ocorrer na fase esofágica, o paciente apresentará as mesmas reações dos pacientes disfágicos orofaríngeos, porém *após* a deglutição. Há uma disfunção cricofaríngea, ou seja, um retardo na abertura do esfíncter esofágico superior, abertura incompleta ou fechamento prematuro.

É de extrema importância averiguar a data e o modo de início, o tipo de alimento que a determina, o seu caráter intermitente ou progressivo e sua associação com outros sintomas. Esta averiguação é feita através da avaliação.

3 – Avaliação

A avaliação tem como objetivo obter o máximo de informações possíveis, para poder determinar as condutas a serem seguidas.

É realizada uma avaliação clínica:

- anamnese;
- avaliação das condições anatômicas da cavidade oral;
- avaliação dos reflexos orais;
- avaliação vocal;
- ausculta cervical da deglutição de saliva.

Após a avaliação clínica é realizada a Avaliação Funcional. O paciente é observado durante uma refeição, desde a obtenção do alimento até após a deglutição completa do bolo. São testadas três consistências de alimento: líquido, pastoso (fino e grosso) e sólido.

Durante esta avaliação observamos a presença ou não de sinais clínicos de aspiração, controle do bolo na cavidade oral, mobilidade da laringe e qualidade vocal após a deglutição.

A avaliação funcional referida por GROHER (1992) deve ter o acompanhamento das refeições por no mínimo 15 minutos.

É importante ressaltar, que a fadiga durante a alimentação, acontece normalmente após os 10 ml consumidos, e é na fadiga que pode ocorrer a aspiração.

Alguns exames como radiografias ou procedimentos instrumentais, como a nasofibrosopia, videodeglutofluoroscopia, cintilografia, eletromiografia de superfície; também podem ser realizados, servindo como biofeedback terapêutico.

4 – Observações importantes durante a avaliação

Observação do funcionamento oral, faríngeo e laríngeo:

- observar postura de repouso, tônus, simetria e presença ou ausência de movimentos involuntários;

- observar dentição e mucosas;

- observar possibilidade e qualidade de fonação: uma voz molhada pode indicar presença de saliva ou secreções em nível laríngeo, uma voz hiper ou hiponasal pode indicar problemas velofaríngeos, a voz rouca pode ser sinal de reduzido fechamento laríngeo.

Tosse

- presença e força de tosse voluntária

- se houver tosse involuntária, documentar

- a presença de tosse, fornece informações sobre o fechamento laríngeo e proteção da via aérea.

Reflexo de GAG

- comparar força de reflexo dos dois lados

A ausência ou diminuição do reflexo pode indicar disfunção do nervo craniano e de proteção de via aérea.

Deglutição voluntária

- observar possibilidade de deglutição de saliva sob comando verbal
- verificar tempo de trânsito orofaríngeo.

Resposta à estimulação

- observar resposta a toque em lábios e língua, retração, protrusão, reflexo de mordida e deglutição.

Posicionamento

- observar posição habitual de alimentação
- posicionar o paciente da melhor forma possível durante a avaliação.

Métodos de alimentação

- verificar quantidade de ingestão por via oral
_ documentar presença ou ausência de SNG (sonda nasogástrica), gastrostomia e anotar quantidade de ingestão e outras informações relevantes.

Estado nutricional

- doenças pulmonares crônico-obstrutivas
- cirurgias envolvendo a área de cabeça e pescoço ou trato gastrointestinal
- medicações que afetam a deglutição (CAMPBELL- TAYLOR, 1996)
- observar ocorrências de perda de peso, mudanças de apetite, boca seca, dor de garganta ou na cavidade oral, regurgitação, entre outros, podem ser indicativos de disfagia.

Estado respiratório

- existem sintomas respiratórios que podem estar diretamente relacionados à disfagia, como: tosse crônica, respiração encurtada, e episódios asmáticos.

Traqueostomia

- pesquisar tipo, tamanho e uso ou não de cuff, insuflado ou desinsuflado, cor e consistência da secreção.

Indicadores de possível presença de aspiração

- atenção reduzida
 - resposta à estimulação reduzida
 - ausência de deglutição
 - ausência de tosse
 - excesso de secreção
 - diminuição de força e alcance dos movimentos orais, faríngeos e laríngeos
- pneumonias aspirativas em geral são indicadoras de disfagia.

Aspectos cognitivos

- nível de consciência e capacidade de responder a comandos verbais
- alterações de comportamento que possam afetar o nível de atenção.

De acordo com os resultados da avaliação, a terapia fonoaudiológica é preparada, individualmente para cada paciente disfágico.

Se preciso, encaminhamentos a outros profissionais serão realizados.

III – Terapia Fonoaudiológica

A terapia inclui um trabalho direto ou indireto da deglutição. A terapia direta significa introdução do alimento por via oral e reforço dos comportamentos apropriados durante a deglutição, através de técnicas ativas. As técnicas ativas são aquelas para o treino da deglutição com saliva e alimentos em diferentes consistências, volumes, temperaturas e sabores. Trabalhamos ainda com posturas compensatórias naqueles pacientes com perdas estruturais ou funcionais importantes.

A terapia indireta significa utilizar exercícios para melhorar os controles motores que são pré-requisitos para uma deglutição normal, através de técnicas passivas. As técnicas passivas são usadas em pacientes com rebaixamento cognitivo ou não colaborativos; evitando o desenvolvimento de hipersensibilidade oral e reações patológicas (reflexos patológicos), e ainda estimulando os reflexos de proteção (tosse e vômito) e deglutição, evitando a aspiração de saliva e preparando para o retorno da alimentação por via oral (ROCHA, 1998).

É indispensável observar o estado nutricional do paciente e conduta imediata para garantir o estado clínico do paciente.

LOGEMANN (1983), coloca que o tempo utilizado pelo paciente para deglutir uma determinada consistência de alimento parece ser um parâmetro importante. Se o estudo demonstra que ele demora mais de 10 segundos para todas as consistências testadas, o paciente poderá receber via oral, porém irá necessitar uma sonda nasogástrica para complementar a alimentação. Se a terapia indica que o processo do paciente é demorado, e parecendo que irá levar mais de 3 meses para a melhora da deglutição não necessitando alimentações suplementares, o clínico pode preferir a indicação de uma gastrostomia, ao invés de deixar a sonda nasogástrica. Alguns clínicos não gostam de deixar a sonda por mais de 3 a 4 semanas ou o paciente pode ser ensinado a colocar a sua sonda a cada refeição e retirá-la após a alimentação; fato não muito agradável.

Para Furkim (1997), a terapia fonoaudiológica envolve exercícios para:

- resistência muscular;
- melhorar o controle do bolo alimentar dentro da cavidade oral (mobilidade e motricidade de órgãos faciais);
- aumentar a adução dos tecidos no topo da via aérea “principalmente pregas vocais verdadeiras (PPVV)” ;
- mobilidade laríngea;
- manobras posturais;
- estimulação do reflexo de deglutição.

O tratamento da disfagia deve ser baseado numa completa avaliação: sensório-motora oral, postura, tônus muscular, respiratória, nível cognitivo e de linguagem. Resultados de estudos radiológicos como o da videofluoroscopia, podem ajudar muito, além de indicar em que fase da deglutição ocorre a dificuldade.

É fundamental que se considere se o problema é congênito ou adquirido.

Além da videofluoroscopia, os outros exames complementares são:

- ultrassonografia;
- nasolaringofibrosopia funcional da deglutição;
- cintilografia;
- ausculta cervical;
- Blue dye.

Exercícios para resistência muscular

São indicados quando ocorrem alguns dos achados clínicos como: vedamento labial incompleto, sialorréia, assimetria facial, dificuldades na mastigação, “pocketing” de alimento (o alimento fica à nível de sulco); resíduo alimentar; atração de sensibilidade intra oral e/ou achados radiológicos como: escape de líquido e semi-sólidos, “pocketing” de alimento em sulco anterior, “pocketing” unilateral de alimento, preparação do bolo alimentar lentificada e/ou mastigação ineficiente.

Posicionar o paciente em 90° (cabeça mantém eixo corporal); se houver paralisia da musculatura facial e da musculatura envolvida na mastigação, posicionar a cabeça voltada para o lado bom.

Exercícios:

1) Exercícios para aumentar força de lábios:

- estalar lábios;
- protruir;
- retrair;
- lateralizar;
- haltéres labial;
- segurar espátula entre lábios protruídos;
- segurar espátula entre lábios em repouso.

2) Exercícios para aumentar resistência de língua:

- lateralização de língua;
- elevação de língua em direção ao palato duro (estalar língua);
- protruir língua;
- retrair língua;
- elevar e abaixar ponta de língua;
- “varrer” palato ântero-posteriormente;
- vibrar língua;
- força antagônica língua X espátula (empurrar espátula com ponta de língua);
- empurrar bochechas com ponta de língua;
- canolar língua;
- chupar picolé, pirulito ou dedo da terapeuta para aumentar a força de extensão do movimento.

3) Exercícios para resistência de bochechas:

- inflar – unilateral e bilateral;
- estourar;

- sugar (para aumentar a força e a extensão do movimento);
- soprar;
- força antagônica bochecha X espátula,.

4) Exercícios para palato mole:

- soprar;
- sugar;
- emitir /a/, /ã/.

6) Manobras:

- Posturais de cabeça, se preciso;
- “Lip Pursing” – manter os lábios fechados com a mão, se preciso (VIDIGAL, s/ data).

Exercícios de controle do bolo alimentar

Indicados quando os achados clínicos apresentarem: imprecisão articulatória; demora no transporte do bolo; “Pocketing” de alimento em cavidade oral (dorso de língua, palato duro, palato mole, assoalho da cavidade oral e sulcos laterais); restrição na elevação, na lateralização e na coordenação dos movimentos da língua.

Adequar a consistência do alimento de acordo com a dificuldade do paciente.

Exercícios

1) Exercícios para controle do bolo alimentar:

- lateralizar a língua durante a mastigação;

- elevar a língua em direção ao palato duro;
- modelar a língua em volta do bolo (“cupping”), para segurar de uma forma coesa;
- movimentar ântero-posteriormente a língua no início da fase oral;
- movimentar ântero-posteriormente a língua organizada;

Deve ser dada algo bem grande para o paciente controlar dentro da boca, mas com o auxílio do terapeuta. Chiclete, garrote de 2 cm, botão de roupa amarrado com fio dental para dar o controle e o paciente não engolir.

- usar gaze embebida em suco, posicionar na boca do paciente e segurar a ponta. O paciente deve empurrar a gaze para cima e para trás ao mesmo tempo.

2) Manobras:

- Posturais;
- “Double Swallow” – deglutir 2 vezes seguidas.

Exercícios para aumentar a adução dos tecidos no topo da via aérea (principalmente pregas vocais verdadeiras) – Proteção de vias aéreas.

Os achados clínicos que indicam a necessidade destes exercícios são: hipernasalidade, regurgitação nasal, tosse ou pigarro imediatos à deglutição, “voz molhada” (parece ter algum resíduo a nível faríngeo), muitas deglutições por bolo, esforço para “limpar” a laringe, elevação e vedamento laríngeo incompletos, atraso no disparo da fase faríngea, vadamento glossopalatal incompleto, paralisia ou paresia de véu palatino e outros.

Achados radiológicos: regurgitação nasal; resíduo de alimentos em dorso de língua e palato mole; resíduo valecular; penetração de alimento em vestíbulo laríngeo; aspiração antes da deglutição; aspiração durante a deglutição; acúmulo de alimentos em seios piriformes; aspiração/penetração após a deglutição.

Os sinais clínicos da aspiração durante ou após a deglutição são:

- sonolência;
- taquipnéia, apnéia, dispnéia;
- cianose de lábios ou extremidades;
- tosses, engasgos, pigarro;
- voz molhada;
- queda saturação O₂.

Adequar o volume do bolo alimentar. Os semi sólidos e líquidos devem ser engrossados. Fazer estimulação térmica.

Exercícios

1) Exercícios de proteção de via aérea (aumentar a adução de pregas vocais)

1.1) Técnicas de empuxo (Behlau e Pontes, 1995)

Consiste em movimentos de braços:

- prender o ar enquanto faz força;
- socos no ar + plosivas sonoras
- punhos cerrados + vogais com ataque brusco;
- levantar e empurrar uma cadeira + vocalização.

1.2) Deglutição incompleta sonorizada:

- Solicita-se ao paciente que ao iniciar a deglutição emita uma sequência de sons sonoros (“bam” “bem” “bim”...). Pede-se ao paciente associar palavras a pequenas frases e manter a qualidade vocal conseguida. Esta técnica atua no fechamento da laringe, aproveitando-se da constrição que ocorre na passagem da fase faríngea para a esofágica da deglutição.

Em alguns casos, pode se associar empuxo com mudanças de postura de cabeça ou manipulação digital da laringe (aproximando as PPVV).

1.3) Técnicas de coaptação por tarefas fonotóricas específicas:

- fonação inspiratória;
- fonação sussurrada;
- ataques vocais aspirados;
- ataques vocais bruscos;
- execução de escalas musicais;
- trabalho em som hiperagudo.

Quando houver acúmulo de alimentos em **seios piriformes**, solicita-se:

- assoprar mantendo pressão;
- rotação de cabeça;
- pressão intra oral.

Para limpeza de **valécua**, solicita-se:

- “beijos” fortes;
- protrusão de língua;
- emitir “Ri, Ri, Ri” e engolir.

Manobras:

- Manobra de Mendelsohn – eleva a laringe no momento da deglutição, aumentando a abertura do esfíncter esofágico superior, prolongando a elevação laringea. (LOGEMANN, 1991).
- Deglutição supraglótica – objetiva o fechamento glótico antes e durante a deglutição, reduzindo chances de aspiração antes, durante e depois da deglutição. (LOGEMANN, 1986)

Execução: Expira fundo – prende a respiração – segura – introduz o alimento – engole com a respiração ainda presa – tosse – respira.

- Manobra super-supraglótica – fecha a entrada da via aérea acima das PPVV; - supraglótica através da inclinação anterior das aritenóides contra base da epiglote. (LOGEMANN, 1991)

Execução: Expira fundo – prende a respiração – segura – introduz o alimento – engole com força – tosse – respira.

- Manobra “double swallow” – deglutir 2 vezes seguidas.
- Manobra “hard swallow” – deglutir forte.

Exercícios de mobilidade laríngea

- Execução de escalas musicais: induz o alongamento e o encurtamento das pregas vocais;
 - Emitir sons graves e agudos intercalados. (/a//u) – (/a/grave; /u/agudo);
 - Emitir curvas melódicas;
 - Estabilizar a laringe.
- Para abaixar a laringe:
 - sugar canudo com ponta dobrada (contraí laringe);
 - puxar a base da língua para trás;
 - bocejar;
 - emitir /u/ com língua retraída.
 - Para elevar a laringe:
 - emitir /i/ com a língua exageradamente;

- emitir sons agudos;
- protruir a língua exageradamente;
- manter pressão intra-oral (inflar bochecha e segurar);
- colocar ponta de língua nos dentes incisivos inferiores e elevar dorso de língua anteriormente.

Estimulação do reflexo de deglutição

O reflexo de deglutição deve ser estimulado nos pacientes que apresentam redução na frequência de deglutição de saliva, sialorréia, acúmulo de secreção em cavidade oral e resíduos alimentares.

O atraso ou a ausência do reflexo de deglutição pode estar relacionado com a hipossensibilidade intra-oral, com isso o controle do bolo alimentar em cavidade oral também pode estar alterado.

Estimular o reflexo, trabalhar formação e coesão do bolo alimentar e resistência labial, para que os lábios se mantenham fechados e não resseque a cavidade oral.

Exercícios

1) Exercícios para estimular o reflexo de deglutição

- 1.1) Um espelho laríngeo #0 ou #00 de aproximadamente meia polegada de diâmetro e cabo longo é utilizado, porque permite ao terapeuta manipular a cabeça do espelho facilmente na boca do paciente e posicioná-lo com segurança na base dos pilares. Para estimular o reflexo, o espelho é deixado em água gelada por dez segundos e depois tocado na base do pilar anterior. Um contato leve é repetido de cinco a dez vezes. Durante esses contatos

repetidos é pouco provável que uma deglutição verdadeira seja disparada. A proposta do exercício é aumentar a sensibilidade do reflexo e então o alimento ou líquido é apresentado e o paciente tenta voluntariamente deglutir, só assim o reflexo será disparado. Observa-se a elevação da tireóide, dos pilares ou a contração do véu palatino.

O paciente ou a família podem ser orientados a fazer esta estimulação 4 a 5 vezes por dia, com duração de 5 a 10 minutos.

Em pacientes mais graves pode não ser observado o disparo do reflexo nas primeiras sessões, persistir.

- 1.2) Fazer vibração vertical de laringe;
- 1.3) Vibração em região submentalis e tapping;
- 1.4) Vibração no “nó” do esterno;
- 1.5) Estimulação térmica. (figura 1)



(figura 1)

Pipetar líquido com o canudo após 5 a 10 toques com o espelho laríngeo (0,5 cc de água gelada + anilina culinária azul). A resposta à estimulação pode não ser imediata. Pode demorar de semanas a 1 mês, para começar a dar resultado.

Uma vez que o reflexo começa a ser disparado, a terapia pode ser expandida para:

(A) Aumentar vagarosamente a quantidade do material apresentado (na pipeta);

(B) Mudar a consistência do alimento apresentado (engrossando).

Geralmente, o retorno à via oral é vagaroso, sendo que o progresso na terapia pode durar meses.

1.6) Técnica dos quatro dedos

Posiciona-se o indicador na mandíbula, o dedo médio no osso hióide, o anular e o mínimo nas cartilagens tireóide e cricóide. O primeiro movimento lingual é sentido pelos dois primeiros dedos no início da propulsão posterior do bolo (definindo o começo do trânsito oral). Quando o reflexo começa, a laringe eleva e o osso hióide sobe e desce, marcando o fim da fase oral. Se for maior que 1 segundo, não é normal. (figura 2)



(figura 2)

Manobras:

- Manobra de Mendelsohn;
- Posteriorização e abaixamento de língua;
- Retração de língua e elevação de dorso.

Aumentar em pequenas quantidades o volume por deglutição. Mudar a consistência do bolo.

O acompanhamento nutricional deve ser constante.

Manobras facilitadoras

1) Manobras Posturais

- Posicionar cabeça inclinada para frente (queixo para baixo): esta posição prejudica a elevação da laringe e aumenta o espaço da valécula (abre a valécula), favorecendo pacientes que aspiram antes da deglutição.
- Posicionar cabeça inclinada para trás:
Esta posição ajuda na elevação da laringe e fecha o espaço da valécula, aumentando a propulsão do alimento, favorecendo pacientes que aspiram após a deglutição;
- Posicionar cabeça virada para o lado ruim (nos casos de paralisia ou paresia unilateral): esta posição ajuda a liberar a passagem do alimento pelo lado não alterado (“lado bom”)

2) Manobras Compensatórias de via aérea

Estas manobras alteram o timing (momento) dos componentes neuromusculares da fase faríngea da deglutição.

- Manobra supraglótica

Objetiva o fechamento glótico antes e durante a deglutição, reduzindo chances de aspiração antes, durante e após a deglutição.

Execução: Expira fundo – prende respiração – introduz alimento – deglute com respiração ainda presa – tosse para expulsar resíduo alimentar, se houver – respire.

- Manobra super-supraglótica

Fecha a entrada da via aérea acima das pregas vocais; fecha o vestíbulo e protege vias aéreas .

Execução: Expira fundo – prende – introduz alimento – deglute com força e respiração ainda presa – tosse – respira.

- Manobra de Mendelsonh

Aumenta a abertura do Esfíncter esofágico superior (EES), prolongando a elevação laríngea.

Execução: Com os dedos polegar e indicador, eleva a laringe e segura no momento da deglutição.

3) “Lip Pursing”: indicada nos casos de hipotonia labial e/ou alteração no controle do bolo alimentar dentro da cavidade oral.

Execução: manter os lábios fechados com a ajuda da mão.

4) “Double swallow”: esta manobra é utilizada pelos pacientes que apresentam alteração no controle do bolo alimentar dentro da cavidade oral, ajudando na organização dos movimentos para a deglutição e na limpeza oral.

Execução: Deglutir duas vezes seguidas.

5) “Hard swallow”: indicada para pacientes com alterações na proteção de vias aéreas.

Execução: Deglutir com força.

6) Manobra de Masuko: ajuda a aumentar a constrição das paredes laterais e posteriores da faringe, favorecendo a propulsão do bolo alimentar.

Execução: Deglutir com a língua entre os dentes.

O objetivo das manobras, primeiramente é facilitar ao paciente a deglutição “correta” através de movimentos compensatórios. Gradativamente, pede-se ao paciente que vá retirando os recursos compensatórios, eliminando passo a passo as etapas das manobras e tentando produzir uma deglutição normal.

IV - Considerações finais

O diagnóstico precoce das disfagias é fundamental para a reabilitação dos pacientes, evitando complicações. E para isso é necessário tornar os distúrbios da deglutição mais conhecidos entre os profissionais da saúde, para que os pacientes sejam encaminhados a um serviço especializado o mais brevemente possível.

Hoje, o tema Disfagia está sendo mais desenvolvido pelos profissionais da saúde no Brasil; mas ainda é nos Estados Unidos principalmente que se concentra os maiores estudos sobre o assunto.

Reuni a idéia de tratamento de alguns autores com o objetivo de facilitar o planejamento das terapias.

O tratamento da disfagia visa a melhora da deglutição do paciente. Devido a isto, os exercícios de motricidade oral utilizados nas terapias são conhecidos pelos fonoaudiólogos, bastando então apenas conciliá-los as manobras e as possibilidades do paciente.

O fonoaudiólogo deve usar de bom senso ao comandar as terapias e não criar uma expectativa no paciente além ou aquém do que efetivamente pode ser alcançado.

Bibliografia

- BEHLAU, M. S. & PONTES, P. **Avaliação e Tratamento das Disfonias**.
São Paulo, Ed. Lovise, 1997.

- BOONE, D. R. & Mc FARLANE, S. C. **A voz e a terapia vocal**;
trad. Sandra Costa. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

- CAMPBELL – TAYLOR, I. Drogas, Disfagia e Nutrição. **Pró-Fono – Revista de Atualização Científica, volume 9**: 41-56, março 1997.

- COELHO, J. C. **Aparelho Digestivo – Clínica Cirúrgica**.
Rio de Janeiro, Ed. Med. Científica, 1990.

- DANTAS, R. O. Disfagia Orofaríngea. In: Centro de Pesquisa e Tratamento de Disfagia. **Disfagia Abordagem Multidisciplinar**. São Paulo, Frontis Editorial, 1998.

- DOUGLAS, C. R. **Tratado de Fisiologia Aplicada às Ciências da Saúde**.
São Paulo, Probe Editorial, 1994.

- EVALDO FILHO, D. M. Fisiologia Aplicada da Deglutição. In: Centro de Pesquisa e Tratamento de Disfagia. **Disfagia Abordagem Multidisciplinar**.
São Paulo, Frontes Editorial, 1998.

- FURKIM, A. M. Disfagia: A Intervenção Fonoaudiológica. In: JUNQUEIRA, P. & DAUDEN, A. T. B. C. (org.) **Aspéctos Atuais em Terapia**

- GROHER, M. **Dysphagia: Diagnosis and Management** – 2nd edition, Boston
Buttaworths – Heinemann, 1992.
- KAHRILAS, P. J.; LIN, S.; CHEN, J.; LOGEMANN, J. A. **Oropharyngeal
Accomodation to swallow.** V. ume. Gastroenterology V 111, 1996.
- LOGEMANN, J. **Evaluation and Treatmente of Swallowing disorders.**
San Diego – College – Hill Press, 1983.
- LOGEMANN, J. **Manual for the videofluorografic study of swallowing.**
Pro – Ed. Texas, USA, 1986.
- MARCHESAN, I. Q. Disfagia. In: **Tópicos de Fonoaudiologia.**
São Paulo, Ed. Lovise, 1995.
- MARTINEZ, S. O; FURKIM, A. M. Fonoaudiologia disfagia: conceito,
Manifestação, avaliação e terapia. In: Colletanea Symposium –
AACD – Associação de Assistência a Criança Defeituosa.
Disfagia Orofaringea Neurogênica. São Paulo, Frontis Editorial, 1997.
- ROCHA, E. M. S. S. Disfagia: Avaliação e Terapia. In: MARCHESAN, I. Q.
**Fundamentos em Fonoaudiologia – Aspectos Clínicos da
Motricidade Oral.** São Paulo, Editora Guanabara Koogan S. A., 1998.
- SILVA, R. G.; VIEIRA, M. M. Disfagia Orofaringea Neurogênica em Adultos
pós Acidente Vascular Encefálico: identificação e classificação. In: Centro
de Pesquisa e Tratamento de Disfagia. **Disfagia: Abordagem**

Multidisciplinar. São Paulo, Frontis Editorial, 1998.

32

- TUCHMAN, D. N.; WALTER, R. S. **Disorders of feeding and swallowing in Infantis and children.** California, Singular Publishing group, Inc., 1994.

- VIDIGAL, B. M. **Avaliação de Disfagia.** Adaptado de “Clinical Management of Dysphagia in Adult and Children”. Rehabilitation Institute of Chicago, Aspen Publication, s/d.