



DISFAGIA: O QUE É?

GUIA DE INFORMAÇÃO E ORIENTAÇÃO DOS DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO

ESTRUTURAS ENVOLVIDAS NA DEGLUTIÇÃO

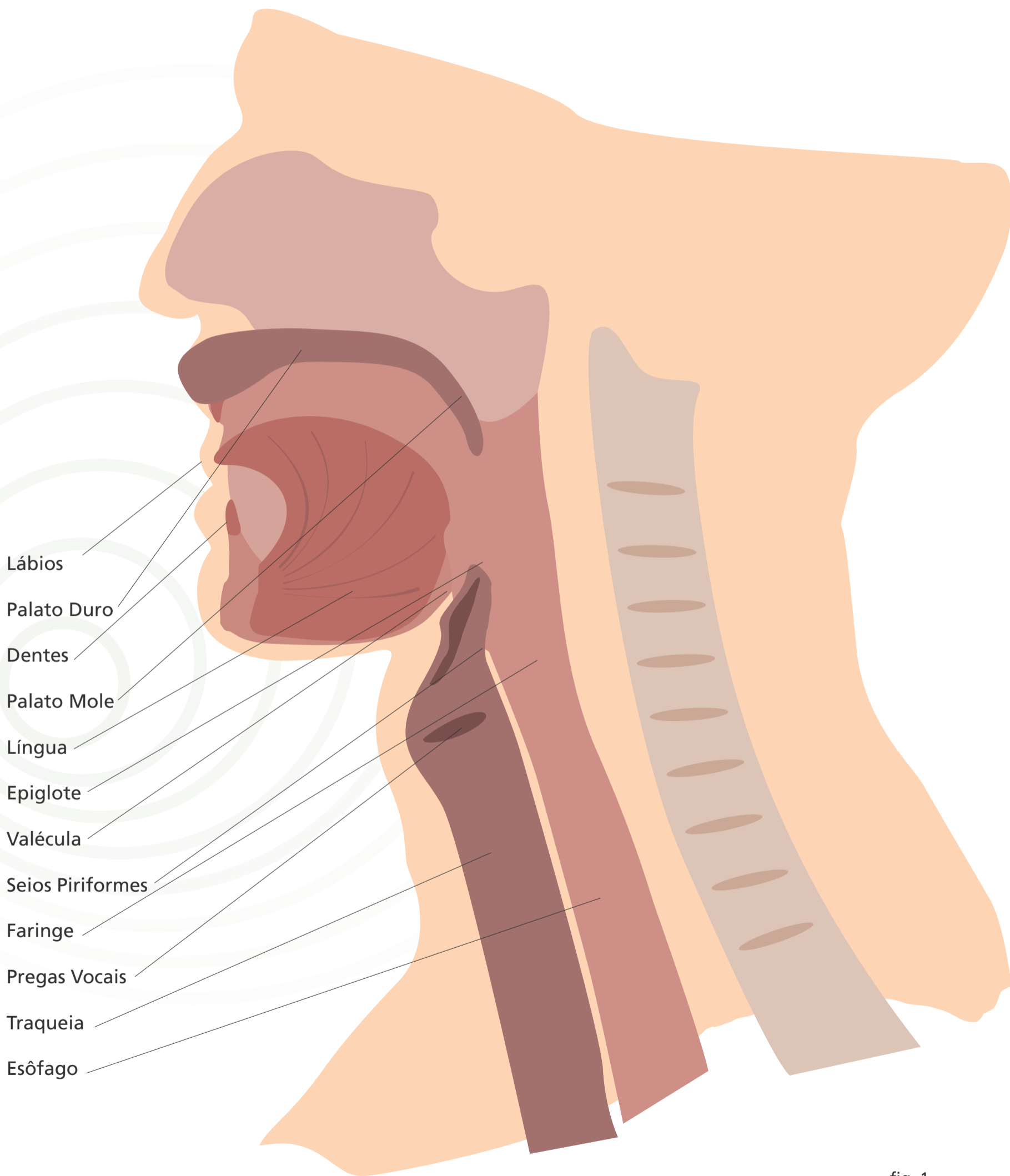


fig. 1

INTRODUÇÃO

A alimentação é fundamental para a nutrição e sobrevivência dos indivíduos. Entretanto, existem pessoas que apresentam certas dificuldades para engolir (**deglutir**), o que pode comprometer sua condição nutricional. ►

Às vezes, o próprio indivíduo ou seus familiares percebem que há algo de errado com sua deglutição, mas não sabem o que fazer. Outras vezes, consideram esses problemas normais, principalmente se o indivíduo for idoso.

Estas pessoas podem estar precisando de ajuda para manter uma alimentação saudável, prazerosa e sem riscos para sua saúde.

Qualquer problema no processo de deglutição que impeça ou dificulte uma alimentação normal chama-se DISFAGIA (**dys = alteração e phagein= comer**). A DISFAGIA não é uma doença, mas sim, um sinal que pode indicar a presença de alguma doença.

Se você conhece alguém que:

- deixou de sentir prazer ao comer;
- passou a sentir vergonha de comer perto de outras pessoas, mesmo de familiares;
- perdeu peso sem nenhuma causa aparente;
- mudou seus hábitos alimentares, deixando de comer certos alimentos por medo de engasgar ou
- tosse ou engasga com frequência durante as refeições...

... a leitura deste Guia poderá ser útil, informando e orientando profissionais da área da saúde, familiares e pacientes sobre o que é DISFAGIA e como lidar com ela.

ÍNDICE

Alimentação _____	6
Deglutição Normal _____	8
O que é Disfagia? _____	13
DISFAGIA: os problemas da Deglutição _____	15
Fatores de risco e Sinais de Disfagia _____	19
O paciente com Disfagia: quem procurar para fazer o diagnóstico e o tratamento? _____	23
O trabalho fonoaudiológico com pacientes disfágicos _____	25
A alimentação do paciente disfágico _____	27
Dicas para uma boa Deglutição _____	32
Roteiro para Observação da Alimentação _____	34

ALIMENTAÇÃO

Comer é uma atividade muito importante no nosso cotidiano porque envolve, além de questões nutricionais necessárias para nossa sobrevivência, questões sociais e culturais. ►

Cada um de nós necessita receber uma quantidade de nutrientes e líquidos suficientes, de acordo com nossa idade, peso, altura, estado clínico geral e atividades físicas.

Além disso, todos nós vivemos em sociedade e podemos usar o momento da refeição como confraternização, comemoração, reunindo-nos em volta de uma mesa para celebrar. Comer e beber, em nossa cultura, representam momentos de alegria, satisfação e prazer.

O comer, portanto, é uma atividade que quase sempre está associada a outras atividades como lazer, trabalhar, ler, estudar, assistir televisão e, principalmente, conversar. Isto porque, mastigar e engolir são atos realizados quase que automaticamente quando não temos nenhum problema. Mas basta qualquer interferência nesse processo, como uma dor de dente ou de garganta, entre outras, que toda a complexidade da deglutição aparece e, então, perceberemos o quanto é complicado engolir.

COMER E BEBER,
EM NOSSA
CULTURA,
REPRESENTAM
MOMENTOS
DE ALEGRIA

DEGLUTIÇÃO NORMAL

A deglutição é o processo no qual o alimento é transportado da boca até o estômago, passando pela faringe e pelo esôfago.▶

Algumas destas estruturas anatômicas que participam da mastigação e da deglutição também estão envolvidas em outras funções fisiológicas como a respiração, a produção da voz (**fonação**) e a fala (**articulação**). Para que o alimento passe da boca para o estômago e não vá para o pulmão (**vias aéreas**), os músculos da deglutição e da respiração, controlados pelo cérebro, entram em ação, de uma forma coordenada, rápida e precisa.

Embora seja um processo contínuo, a deglutição será dividida em 4 fases para ser melhor compreendida.

FASE 1: ANTECIPATÓRIA

Na fase antecipatória, a comida ainda está no prato e, no entanto, nós conseguimos prever seu sabor (**gustação**), sua temperatura, sua consistência. Como isso acontece? Além da visão que nos permite perceber a forma de apresentação, as cores do alimento e sua textura, e do olfato que nos permite sentir o aroma da comida, cada um de nós tem, também, uma espécie de “lembrança” dos alimentos, que nos vem de experiências anteriores, socialmente e culturalmente compartilhadas. Por isso, sabemos, antecipadamente que uma carne precisa ser mastigada antes de ser engolida e um suco de laranja, não.

Uma boa apresentação da comida, um aroma gostoso e na temperatura ideal são fatores decisivos para estimular o apetite, produzir saliva e organizar a deglutição.

FASE 2: ORAL

A fase oral da deglutição (fig.2) depende da vontade de cada um e por isso é chamada de voluntária. Ela é dividida em 4 estágios de acordo com o que acontece com o alimento: qualificação, preparação, organização e ejeção oral (cf. COSTA, MMB. Dinâmica da Deglutição: Fases Oral

EMBORA SEJA
UM PROCESSO
CONTÍNUO, A
DEGLUTIÇÃO
SERÁ DIVIDIDA
EM 4 FASES



e Faríngea. In COSTA, LEME e KOCH. Temas em Deglutição e Disfagia. RJ. 1998).

Nesta fase, o alimento é colocado dentro da boca. Os lábios têm um papel importante na captação do alimento, sugando os líquidos do copo, da colher ou através do canudo, e na retirada (**preensão**) dos sólidos do talher. Após a entrada do alimento, os lábios permanecem fechados (**vedamento labial anterior**) evitando que haja escape pela boca.

A boca tem várias terminações nervosas (**sensitivas e motoras**) que são fundamentais para percebermos o sabor do alimento, sua consistência, forma, tamanho, temperatura e a localização da comida na boca durante a mastigação. É neste estágio que definimos se ainda restam pedaços que precisam ser mastigados um pouco mais ou que devem ser retirados da boca (caroços, sementes, espinhas), e se o alimento já está suficientemente umedecido pela saliva (**estágio de qualificação**).

Durante a mastigação, a língua, junto com um movimento de rotação da mandíbula, leva o alimento para um lado e para o outro da boca (**lateralização**) e, com a ajuda das bochechas, mantém o alimento entre os dentes superiores e inferiores para ser triturado (**estágio de preparação**).

Durante esses 2 estágios, que ocorrem simultaneamente, a saliva é misturada ao alimento mastigado formando o **bolo alimentar**.

O bolo é então posicionado sobre o dorso da língua por uma espécie de sucção (**pressão intraoral**) gerada por um ajuste de toda a musculatura da boca: os lábios, as bochechas e os músculos do assoalho da boca se contraem e a ponta da língua se eleva (**estágio de organização**).

A língua faz movimentos ondulatórios contra o céu da boca (**palato duro**), comprimindo o bolo e levando-o para trás em direção à garganta (**faringe**), com o aumento de pressão em toda a cavidade oral. Nesse momento, a parte

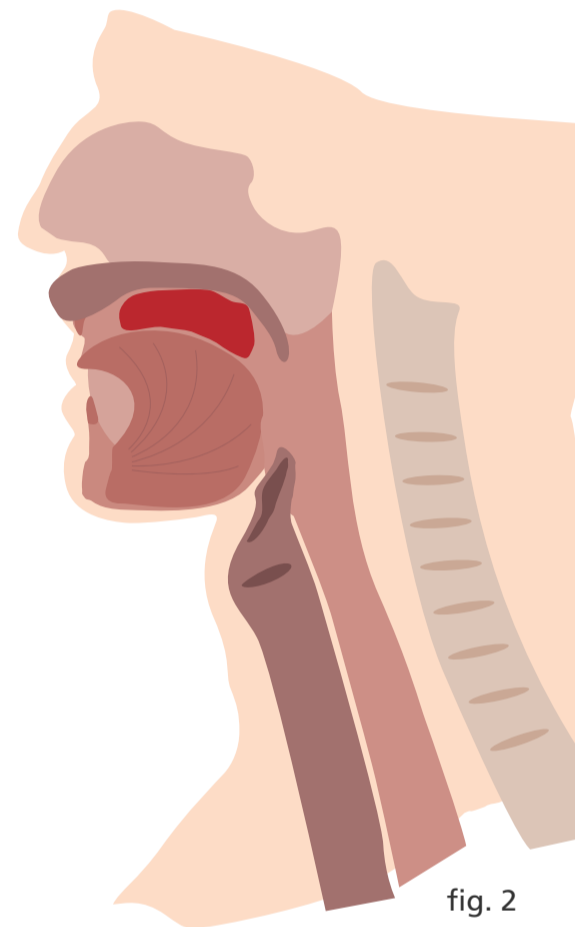


fig. 2

final do céu da boca (**palato mole**) se eleva fechando a comunicação que existe entre a boca e o nariz (**parte nasal da faringe**). Isto impede que o bolo entre no nariz (**escape nasal**). Finalmente, o bolo é empurrado para a faringe pela ação da língua (**estágio de ejeção oral**) dando início à fase involuntária da deglutição.

Durante a fase oral, podemos respirar normalmente até o estágio de ejeção do bolo, quando suspendemos a respiração (**apneia**).

FASE 3: FARÍNGEA

Na fase faríngea (fig.3), que é involuntária, o bolo é transportado da faringe até o esôfago pela contração dos músculos da faringe. Para que isso aconteça sem problemas duas condições são fundamentais: é necessário proteger a laringe, a traqueia e o pulmão da entrada (**penetração/ aspiração**) de qualquer alimento e é preciso que ocorra a abertura do esôfago (**transição faringoesofágica ou esfíncter esofágico superior ou esfíncter do cricofaríngeo**).

Para a proteção das vias aéreas, a laringe faz um movimento para cima e para frente (**elevação e anteriorização**), as pregas vocais se fecham interrompendo a respiração (**apneia**) e a epiglote desce completando o fechamento da laringe.

A abertura do esôfago se dá pela movimentação da laringe.

FASE 4: ESOFAGOGÁSTRICA

Na fase esofagogástrica (fig.4), também involuntária, o bolo segue pelo esôfago até o estômago.

O esôfago se contrai numa série de movimentos ondulatórios de cima para baixo (**ondas peristálticas**) levando o bolo alimentar em direção ao esfíncter esofágico inferior

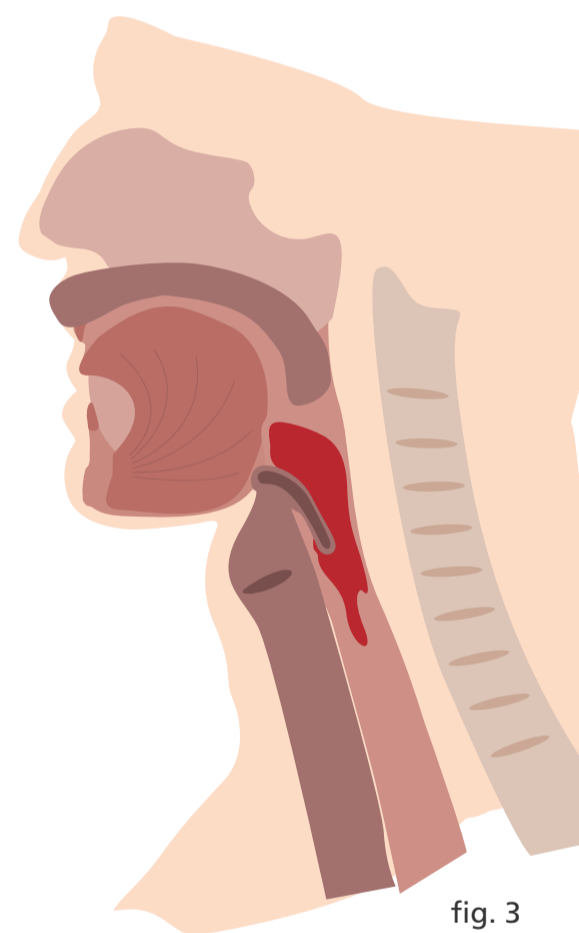


fig. 3

que se abre, permitindo a passagem do bolo para o estômago. Com o bolo alimentar no estômago, o esfíncter se fecha impedindo o retorno do alimento para o esôfago (**refluxo gastroesofágico**) (ver fig.8).

Terminada a deglutição, a laringe retorna à posição normal, a entrada do esôfago se fecha e a respiração volta a ocorrer, geralmente com a expiração do ar.

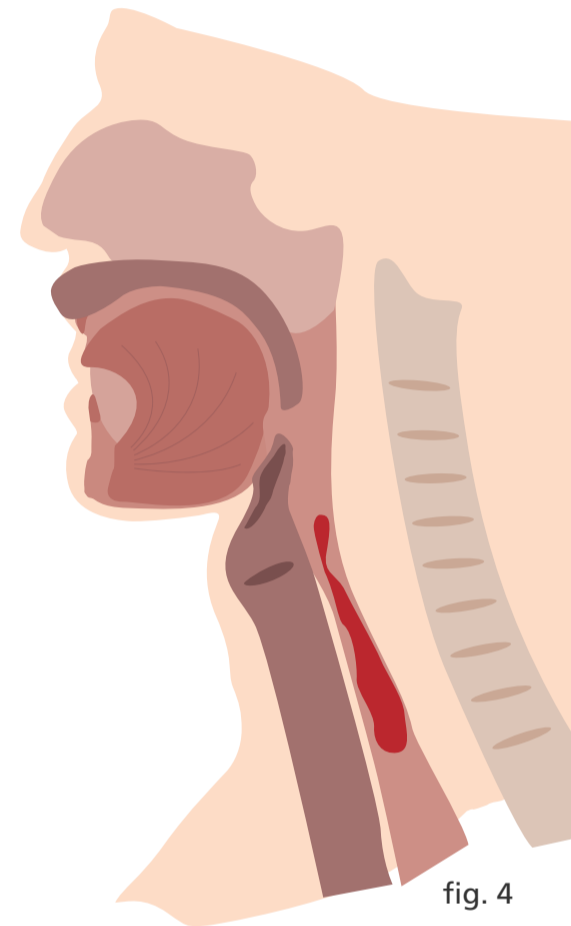


fig. 4

O QUE É DISFAGIA?

DISFAGIA é qualquer alteração ou dificuldade que ocorre no transporte do alimento da boca até o estômago durante a alimentação. ►

A DISFAGIA não é uma doença, embora possa interferir na condição nutricional e de hidratação da pessoa. Pode também levar a sérias complicações respiratórias (**broncopneumonia aspirativa, asfixia**) com a entrada de alimento nas vias aéreas (**penetração/aspiração**). A DISFAGIA, portanto, compromete a saúde e a qualidade de vida da pessoa.

A DISFAGIA pode ser decorrente de problemas congênitos durante a gravidez e o parto, ou de problemas adquiridos, como acidentes ou doenças.

OS PROBLEMAS MAIS FREQUENTES QUE PODEM INTERFERIR NA DEGLUTIÇÃO SÃO:

1. Desordens neurológicas

- Derrame (**Acidente Vascular Cerebral - AVC**)
- Traumas na cabeça (**Traumatismo Cranioencefálico - TCE**)
- Tumores cerebrais
- Doenças degenerativas: Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Demências.
- Esclerose Múltipla
- Paralisia Cerebral (**Encefalopatia crônica infantil não evolutiva**)

2. Tumores de cabeça e pescoço

3. Distúrbios musculares

- Miopatias
- Miastenia Gravis
- Distrofias: Distrofia Muscular Progressiva

4. Distúrbios Psicogênicos

- Depressão
- Histeria
- Esquizofrenia

5. Alterações decorrentes de procedimentos médicos e/ou cirúrgicos (**Fatores iatrogênicos**)

- Uso de medicamentos que podem aumentar (**sialorreia**) ou diminuir (**xerostomia**) a produção de saliva ou alterar a sensibilidade e/ou o tônus muscular
- Cirurgias de cabeça e pescoço
- Longo período de intubação
- Radioterapia
- Traqueostomia

DISFAGIA: OS PROBLEMAS DA DEGLUTIÇÃO

Descreveremos, a seguir, as alterações que podem ocorrer durante a alimentação em cada uma das etapas da deglutição, lembrando que, sendo a deglutição um processo contínuo, os problemas em uma fase podem significar problemas em outras fases. ►

FASE 1: ANTECIPATÓRIA

Nesta fase, qualquer alteração da atenção e alerta, do estado de consciência e do estado emocional pode comprometer a deglutição. Que pessoa sonolenta ou deprimida sente vontade de comer? Que prazer se tem quando nos tornamos dependentes e incapazes de comer com nossa própria mão? Dificuldades de percepção visual, olfativa e gustativa também desmotivam o indivíduo, levando a uma possível perda de apetite. Esses fatores podem desorganizar a deglutição, mesmo ainda com a comida no prato. Qualquer tentativa de alimentar uma pessoa sonolenta, por exemplo, pode colocar sua saúde em risco.

FASE 2: ORAL

A diminuição da sensibilidade e/ou da mobilidade labial (**parestesia, paresia ou paralisia, hipotonia**) interfere tanto na preensão do alimento da colher ou do copo, quanto na sua manutenção dentro da cavidade oral, podendo ocorrer o escape do alimento para fora da boca em qualquer momento dessa fase. Na parte posterior da cavidade oral, a paresia ou paralisia da base da língua e/ou do palato mole, como também a diminuição da sensibilidade, fazem com que o alimento caia na faringe ainda durante a mastigação, aumentando o risco de sua entrada nas vias aéreas (**penetração/ aspiração**) (fig.5).

Alterações de sensibilidade tátil e térmica das estruturas orais dificultam a percepção do tamanho do alimento e sua localização dentro da boca: o alimento pode ser engolido sem ser mastigado e/ou ficar acumulado nas gengivas (**vestíbulo oral**).

Alterações de mobilidade de língua e bochechas (**hipotonia, paresia ou paralisia**) e da mandíbula dificultam a lateralização do alimento e sua colocação entre os dentes. A ausência de dentes, dentes em mau estado de conser-

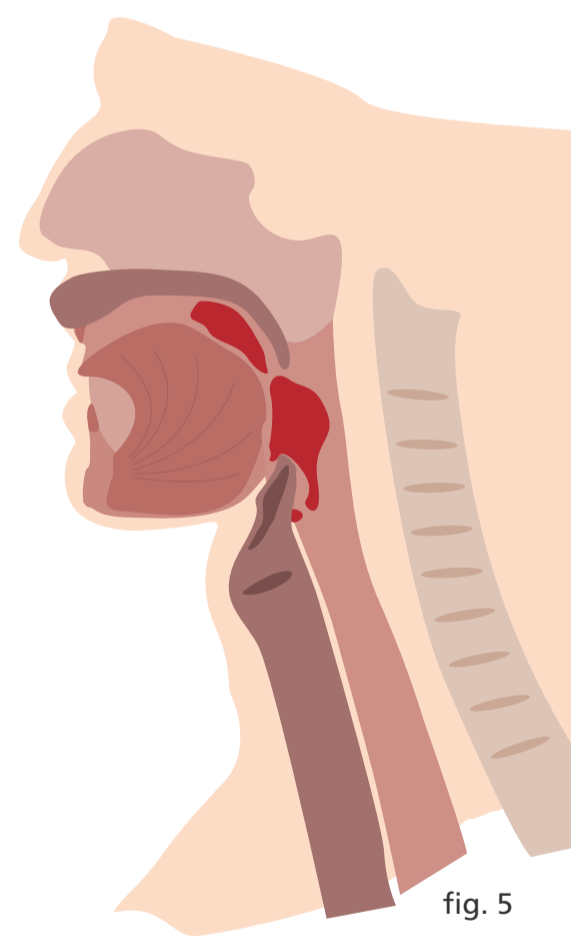


fig. 5

vação, dentaduras ou pontes (**próteses dentárias totais ou parciais**) soltas na boca dificultam a mastigação. A diminuição ou o aumento da saliva dificulta a formação do bolo alimentar: o alimento mastigado fica espalhado pela cavidade oral ou acaba escorrendo junto com a saliva para fora da boca.

Além desses fatores, o indivíduo que respirar pela boca ou falar durante a mastigação, corre o risco de que, na inspiração, partículas de alimento penetrem no trato aéreo durante o estágio de preparação (**aspiração pré-deglutição**). Se o pedaço de alimento for grande ele pode tapar a entrada da laringe, impedindo a respiração (**asfixia**).

A diminuição da sensibilidade e/ou da mobilidade de lábios, bochechas e principalmente da língua pode interferir no posicionamento do bolo sobre a língua e em seu transporte para a faringe. A paralisia ou a paresia da língua impede ou dificulta os movimentos ondulatórios e a propulsão do bolo, tornando mais lento o trânsito do bolo e diminuindo a pressão com a qual ele é lançado para a faringe.

A paralisia ou a paresia, mesmo unilateral, do palato dificulta sua elevação e compromete o fechamento da comunicação que existe entre a boca e o nariz: o bolo pode entrar na parte nasal da faringe (**escape nasal**) (fig.6) e até sair pelo nariz.

FASE 3: FARÍNGEA

O problema mais grave que pode ocorrer na fase faríngea é a entrada do bolo nos pulmões (**aspiração**) durante a deglutição por falhas nos mecanismos de proteção das vias aéreas: as pregas vocais não se fecham, o abaixamento da epiglote é insuficiente, a respiração não é interrompida ou, se existem problemas de sensibilidade ou alterações motoras, o reflexo de tosse pode estar ausente ou a tosse pode ser fraca.

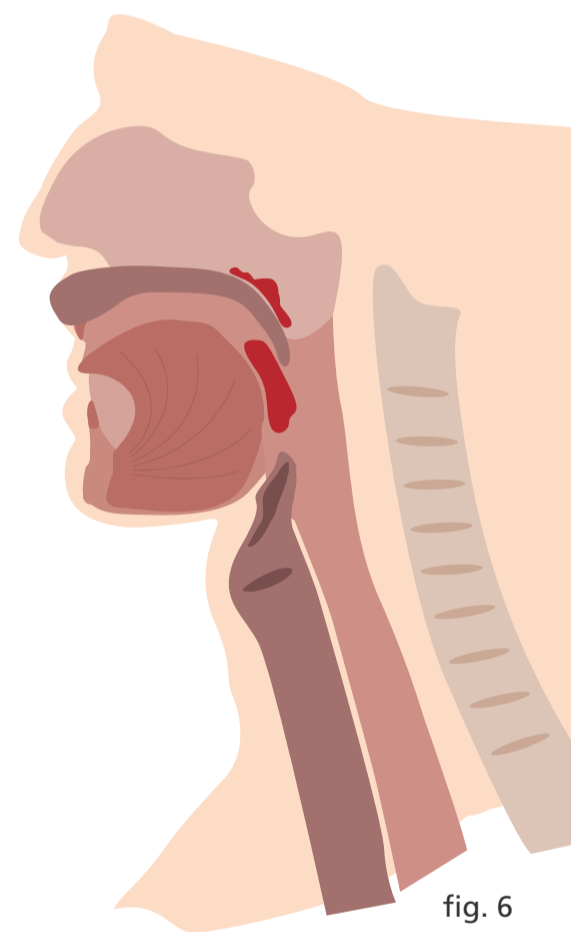


fig. 6

Se a contração muscular da faringe não for suficiente para levar o bolo até o esôfago, alguns resíduos ficam acumulados em certas estruturas da faringe (**estase em valécua e/ou em seios piriformes**) podendo entrar nos pulmões após a deglutição (**aspiração pós-deglutição**) (fig.7).

Se a laringe não subir o bastante para abrir o esôfago, o bolo pode ficar retido sobre a entrada do esôfago e ser aspirado para os pulmões após a deglutição.

FASE 4: ESOFAGOGÁSTRICA

Nesta fase podem ocorrer problemas no trânsito do bolo pelo esôfago até o estômago: se houver alteração dos movimentos ondulatórios que levam o bolo para o estômago, o esvaziamento do esôfago pode ser mais lento, o bolo pode ficar retido em qualquer parte do esôfago e pode voltar em direção à faringe, invertendo sua direção dentro do próprio esôfago (**regurgitação esofagoesofágica**).

O maior problema nesta fase ocorre se o bolo, já no estômago, volta para o esôfago (**refluxo gastroesofágico**) por falha no funcionamento do esfíncter esofágico inferior que comunica o estômago e o esôfago (fig.8). Neste caso, junto com o bolo vai também o conteúdo ácido do estômago que pode irritar tanto a mucosa do esôfago quanto a da faringe e a da laringe, e ser aspirado para os pulmões.

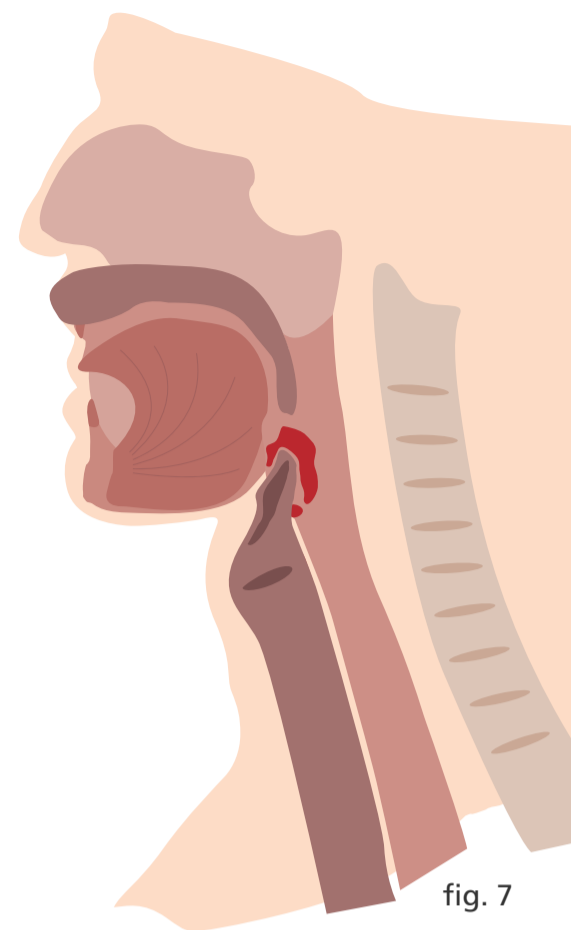


fig. 7

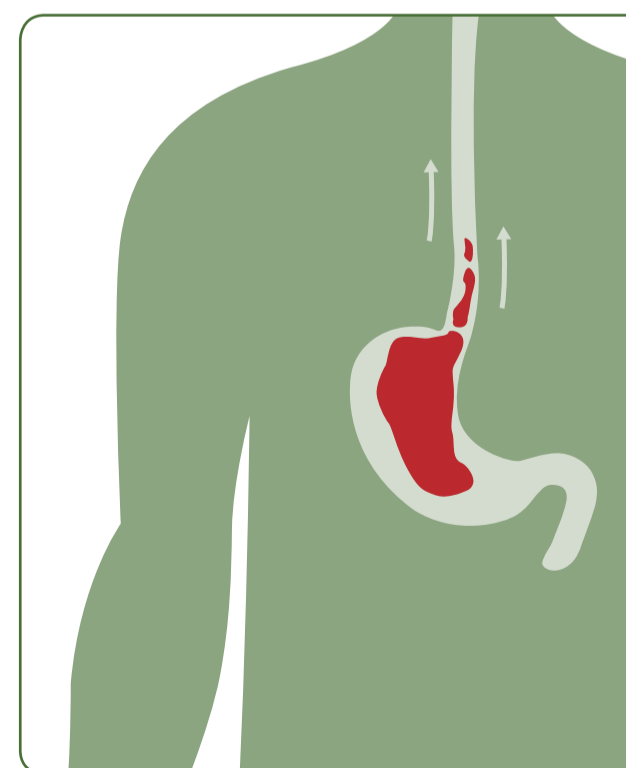


fig. 8

FATORES DE RISCO E SINAIS DE DISFAGIA

Existem algumas situações ou condições que, dependendo da pessoa, podem criar dificuldades para uma deglutição eficiente. ▶

Algumas dessas situações podem ser observadas antes, durante e/ou após a alimentação e não necessariamente indicam que a pessoa tenha um distúrbio da deglutição. **São fatores de risco para a deglutição.**

Outras situações, observadas durante e/ou após a alimentação, podem indicar alterações relacionadas à deglutição. **São sinais de disfagia.**

Preste atenção em algumas dessas situações:

ANTES DA ALIMENTAÇÃO

- **Rebaixamento dos níveis de atenção e alerta:** fator de risco porque poderá comprometer a organização da deglutição.
- **Falta de controle da cabeça e/ou do corpo:** fator de risco porque a posição ereta da cabeça é importante para uma boa deglutição.
- **Ausência de dentes:** fator de risco porque comprometerá a mastigação.
- **Má adaptação da dentadura (prótese dentária):** fator de risco porque dificultará a mastigação e a formação do bolo.
- **Alteração de saliva (excesso/sialorreia ou ausência/xerostomia):** fator de risco porque comprometerá a formação do bolo.
- **Controle de saliva (baba):** fator de risco pois o excesso de saliva aumentará a chance de escape de alimento pela boca.
- **Paralisia facial:** fator de risco porque vários músculos da mastigação e da deglutição poderão estar afetados.
- **Presença de traqueostomia:** fator de risco porque interfere diretamente na dinâmica da deglutição, sendo que em certas condições a alimentação por via oral é contraindicada.

DURANTE A ALIMENTAÇÃO

- **Dificuldade de mastigar:** fator de risco porque comprometerá a preparação do bolo.
- **Dificuldade para manter os lábios fechados durante a deglutição:** fator de risco porque poderá diminuir a pressão dentro da boca necessária para a propulsão do bolo para a faringe.
- **Presença de movimentos involuntários e repetitivos da língua e da mandíbula:** fator de risco porque vai interferir em toda a fase oral da deglutição.
- **Dificuldade de engolir o alimento:** sinal de disfagia indicando alteração na fase oral que poderá comprometer as outras fases da deglutição.
- **Tosse e engasgos frequentes com o alimento:** são sinais de disfagia mesmo em indivíduos idosos indicando presença de alimento em vias respiratórias.
- **Escape nasal do alimento:** sinal de disfagia indicando comprometimento no funcionamento do palato mole causando escape de alimento e de pressão para a cavidade nasal.

DEPOIS DA ALIMENTAÇÃO

- **Cansaço:** sinal de disfagia indicando alterações na coordenação entre respiração e deglutição.
- **Restos de comida na boca:** sinal de disfagia que indica alteração na fase oral da deglutição.
- **Pigarro:** sinal de disfagia que pode indicar presença de alimento na faringe e/ou em vias respiratórias, alterações no esôfago ou refluxo gastroesofágico.
- **Mudança na voz:** sinal de disfagia indicando presença de alimento nas pregas vocais ou de refluxo gastroesofágico.
- **Odor na boca por fermentação de alimento:** sinal de disfagia indicando acúmulo ou restos de alimento na boca, em seios piriformes ou no esôfago.
- **Soluço frequente:** sinal de disfagia que pode indicar refluxo gastroesofágico.
- **Febre sem causa aparente:** sinal de disfagia que pode indicar aspiração do alimento para vias respiratórias.

O PACIENTE COM DISFAGIA:

QUEM PROCURAR PARA FAZER
O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO?

A pessoa com dificuldades ou alterações na deglutição deve procurar profissionais especializados que possam avaliar seu problema, identificar as causas e fazer o diagnóstico, orientando e indicando o tratamento mais adequado. ▶

O ideal é que o diagnóstico e o tratamento envolvam uma equipe interdisciplinar.

Médicos neurologistas, otorrinolaringologistas, gastroenterologistas, foniatras, pneumologistas, geriatras, fisiatras, cirurgiões de cabeça e pescoço, radiologistas, assim como fonoaudiólogos são os profissionais mais diretamente envolvidos no diagnóstico e tratamento da disfagia. Fazem parte ainda da equipe, no tratamento do paciente disfágico, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e dentistas.

Além da avaliação clínica feita por médicos e também pelo fonoaudiólogo, existem alguns exames que auxiliam não só no diagnóstico, mas também no tratamento: **videofluoroscopia da deglutição (ou videodeglutograma ou estudo dinâmico da deglutição) (fig.9)**, fibronasofaringolaringoscopia (videoendoscopia da deglutição), phmetria, manometria, etc.



fig. 9

Imagens do exame de videofluoroscopia da deglutição cedidas pelo Prof. Dr. Marcos Costacurta, chefe do Serviço de Radiologia do Hospital Sírio Libanês, com a colaboração da enfermeira Maria Júlia Rossi.

O TRABALHO FONOAUDIO- LÓGICO COM PACIENTES DISFÁGICOS

DIAGNÓSTICO

O fonoaudiólogo faz a avaliação clínica da deglutição e dos outros processos relacionados a ela, como fonação, articulação e respiração. ▶

Participa também de alguns exames, como por exemplo, da videofluoroscopia da deglutição.

Além disso, o fonoaudiólogo encaminha, orienta e indica o tratamento fonoaudiológico mais adequado a cada caso.

TRATAMENTO

O objetivo principal do trabalho fonoaudiológico com pacientes disfágicos é assegurar sua nutrição e hidratação, quer seja promovendo mudanças nos padrões alimentares mantendo ou reintroduzindo a alimentação por via oral, quer seja indicando, juntamente com outros profissionais da equipe, vias alternativas de alimentação como sonda enteral, gastrostomia, etc.

Além de orientar e acompanhar todo o processo de alimentação do paciente, o fonoaudiólogo trabalha mais especificamente com terapia motora, sensorial e funcional visando as seguintes áreas: tônus, mobilidade e coordenação de língua, lábios, bochechas e palato (**órgãos fonarticulatórios**); sensibilidade (tátil, gustativa e térmica); respiração, fonação, mastigação e deglutição.

ASSEGURAR
A NUTRIÇÃO
E A HIDRATAÇÃO
DO PACIENTE
DISFÁGICO

A ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE DISFÁGICO

Algumas orientações e condutas podem permitir ao paciente disfágico uma alimentação via oral mais segura e prazerosa, diminuindo o risco de aspiração e mantendo sua hidratação e condição nutricional. ►

É o nutricionista quem determina, a partir da avaliação nutricional, o tipo e o volume da dieta de acordo com as necessidades nutricionais de cada paciente, orientando na seleção e no preparo dos alimentos.

O fonoaudiólogo é quem faz as modificações nos padrões e hábitos alimentares do paciente, de acordo com as suas possibilidades de deglutição. As orientações e condutas estão relacionadas principalmente à consistência dos alimentos, ao volume e ao ritmo de oferta, à posição do paciente durante e após a alimentação, ao uso de manobras e posturas facilitadoras da deglutição, ao ambiente e aos horários das refeições, e aos cuidados após a alimentação.

O FONOAUDIÓLOGO
É QUEM FAZ AS
MODIFICAÇÕES NOS
PADRÕES E HÁBITOS
ALIMENTARES

CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS

De forma geral, a consistência dos alimentos pode variar entre:

- Sólidos: legumes crus ou cozidos, todos os tipos de carne (mesmo moída ou desfiada), pães, massas, grãos (arroz, feijão), bolos e bolachas, etc.
- Pastosos: todos os alimentos na consistência de purê, sem pedaços ou grumos, como purê de batata, mingau, etc.
- Líquidos extra-grossos: alimentos na consistência de cremes, sopas engrossadas, mel, etc.
- Líquidos grossos: vitaminas de frutas, iogurtes, gemadas, etc.
- Líquidos finos: água, sucos, café, leite, refrigerantes, caldos, etc.

Todos os alimentos podem ter sua consistência modificada, quando necessário, com o uso de liquidificador, processador, peneiras, adição de farinhas, etc. Existem, também, produtos industrializados chamados espessantes alimentares que modificam tanto a consistência de líqui-

dos (transformando-os em líquidos grossos ou em pastosos), quanto a consistência de sólidos (transformando-os em pastosos), mantendo o sabor e as qualidades nutricionais dos alimentos e, muitas vezes, sua aparência.

É importante a participação de fonoaudiólogos, médicos e nutricionistas na indicação e prescrição do espessante alimentar.

POSICIONAMENTO DO PACIENTE

O paciente deve estar sentado durante a refeição quer receba alimentação por boca (**via oral**) ou por uma via alternativa (**sonda enteral, gastrostomia, jejunostomia**). Os pés e braços devem estar apoiados.

Se o paciente for acamado, nunca o alimento deitado, mesmo que ele receba alimentação por via alternativa. A cabeceira da cama deve ser elevada de 45 a 90 graus (fig.10), fazendo com que o tronco do paciente fique o mais vertical possível. A cabeça deve estar ereta. Se o paciente tiver dificuldade em manter a cabeça na posição adequada, algumas adaptações podem ser feitas como, por exemplo, apoiar a cabeça com um travesseiro ou segurá-la com a mão. Nunca deixe a cabeça do paciente caída para trás porque essa postura torna a deglutição muito mais difícil e aumenta o risco de aspiração.

A REFEIÇÃO

É importante que o ambiente seja calmo e que o paciente esteja atento e confortável. Não dê comida ao paciente se ele estiver dormindo ou mesmo sonolento. Evite conversar com o paciente enquanto ele estiver com o alimento na boca, pois falar e mastigar ao mesmo tempo aumenta o risco de engasgos e/ou aspiração.



fig. 10

Use talheres de metal, evitando os de plástico, pois esses podem quebrar com facilidade dentro da boca do paciente, provocando acidentes. Pratos, copos e utensílios podem ser adaptados por um terapeuta ocupacional, de acordo com as necessidades do paciente, para facilitar sua alimentação.

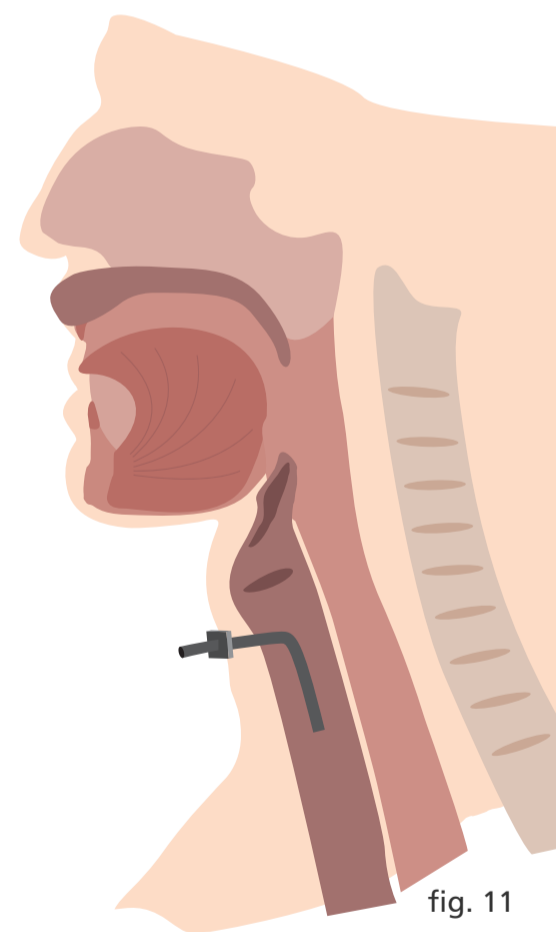
A consistência do alimento e a quantidade de comida em cada colherada serão determinadas para cada paciente de acordo com suas possibilidades. Uma nova colherada só deve acontecer depois que o paciente tiver engolido toda a comida da boca (observe a movimentação da laringe no pescoço, subindo e descendo com a deglutição).

Evite colocar, numa mesma colherada, alimentos que tenham consistências diferentes, porque, para cada alimento, o tempo de mastigação e de deglutição será diferente. A canja de galinha é um bom exemplo disso. Numa mesma sopa temos, pelo menos, 3 consistências diferentes: o frango, o arroz e os legumes, e o caldo. O frango precisa ser mastigado enquanto o caldo já está pronto para ser engolido.

Cuidado com alimentos do tipo carne moída e gelatina que são, geralmente, considerados pastosos. A carne, mesmo moída, é um alimento sólido e precisa ser mastigada. A gelatina só mantém sua consistência quando fria, mas com o calor da boca torna-se imediatamente líquida.

Pacientes que demoram para comer, levando muito tempo numa mesma refeição, podem ficar cansados pois gastam mais energia no ato de comer do que a energia que recebem com os alimentos ingeridos. Para esses pacientes, as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) podem ser divididas em várias refeições menores (**dieta fracionada**). É o nutricionista quem vai orientar sobre o tipo, o volume e os horários dessas refeições menores.

Alguns pacientes disfágicos podem precisar de **traqueostomia** para respirar. A **traqueostomia** é um orifício feito cirurgicamente na parte anterior do pescoço (**traqueia**) por onde se coloca um pequeno tubo (**cânula de traque-**



ostomia) que pode ser de metal ou de plástico (fig.11). É por esse orifício que o paciente respira e isso pode interferir no mecanismo da deglutição. Alguns pacientes com traqueostomia podem comer pela boca, outros não, principalmente se o tubo de traqueostomia tiver uma espécie de balão (**cuff**) que, quando cheio de ar, vai dificultar ainda mais a deglutição. Os pacientes disfágicos com traqueostomia e que precisam do balão sempre cheio de ar para poderem respirar melhor, não devem receber alimentação pela boca (**nada por via oral**) e vão necessitar de uma forma alternativa de alimentação como, por exemplo, a sonda enteral (fig.12). O médico, o fonoaudiólogo e o fisioterapeuta são os profissionais que vão orientar o paciente e a família sobre essa questão.

CUIDADOS APÓS A ALIMENTAÇÃO

Terminada a refeição, o paciente não deve se deitar por pelo menos 30 minutos, mesmo que sua alimentação seja por sonda. Ficar sentado ou com a cabeceira da cama elevada diminui o risco de refluxo e de aspiração do conteúdo do estômago.

É muito importante fazer a higiene da boca do paciente após cada refeição, pois todo resto de comida nos dentes, gengivas, língua ou palato, além de causar infecções, pode ser aspirado para os pulmões a qualquer momento.

Os dentes e a língua devem ser escovados e as dentaduras devem ser retiradas para limpeza. Mesmo que o paciente não possua dentes é importante fazer a limpeza das gengivas e da língua. A higiene oral pode ser feita também com uma gaze enrolada na ponta da espátula. A gaze pode ser umedecida com uma mistura de água e bicarbonato (na proporção de 3%) ou com antissépticos bucais (verificar antes se o paciente não apresenta aftas, infecção nas mucosas ou crostas na região oral). A higiene oral deve ser feita mesmo em pacientes que não se alimentam por via oral.

Ao fazer a higiene bucal, cuidado para não estimular ânsia ou vômito.

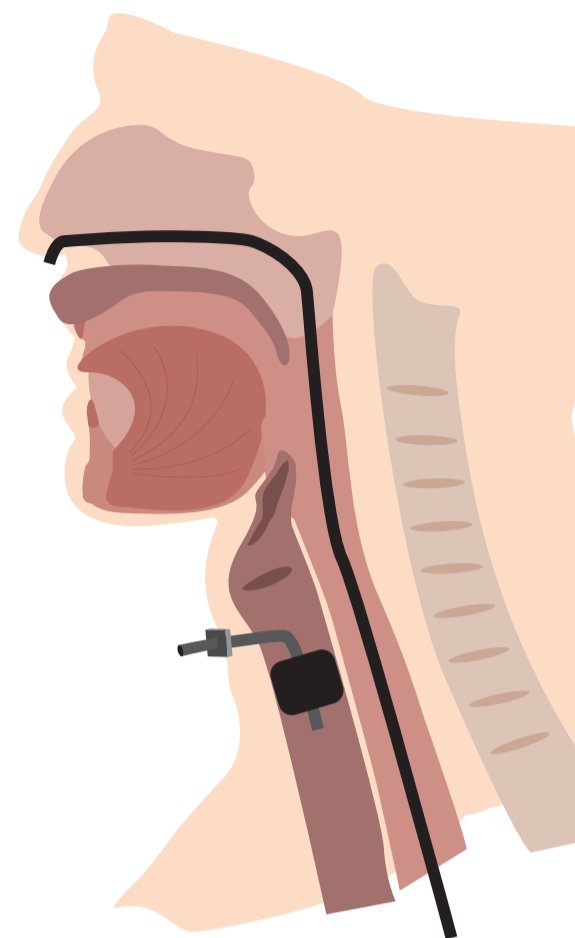


fig. 12

DICAS PARA UMIA BOA DEGLUTIÇÃO

DICAS PARA UMA BOA DEGLUTIÇÃO

- ! Prefira comer em um lugar sossegado.
- ! Concentre-se durante a sua alimentação.
- ! Evite conversar durante a alimentação, principalmente quando estiver com comida na boca.
- ! Não tenha pressa para comer, mastigue bem os alimentos.
- ! Nunca coma deitado (a não ser que seu médico ou fonoaudiólogo o oriente).
- ! Coma sempre sentado, com os pés e braços apoiados. Erga a cabeceira da cama durante a alimentação.
- ! Mantenha a cabeça e o tronco o mais ereto possível.
- ! Se sua dentadura estiver solta, retire-a durante a alimentação e evite alimentos que precisem de muita mastigação.
- ! Engula toda a comida antes de dar uma nova mordida, ou nova colherada ou tomar líquidos em copo ou com canudo.
- ! Evite misturar alimentos de consistências diferentes numa mesma colherada.
- ! Faça sempre higiene oral após a alimentação.
- ! Para diminuir o risco de refluxo, permaneça sentado ou com a cabeceira elevada por pelo menos 30 minutos após a refeição.
- ! Siga sempre as orientações de seu médico e fonoaudiólogo.

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO

Acompanhe a refeição de seu familiar ou paciente e observe se:

1. Está sonolento durante a alimentação?
2. Tem dificuldade de manter a cabeça ereta?
3. Tem dificuldade de controlar a saliva (ele baba)?
4. Queixa-se de boca seca?
5. Engasga com a saliva?
6. Tem dificuldade para mastigar a comida?
7. Demora para engolir a comida?
8. Queixa-se de dor ao engolir?
9. A comida escapa pela boca?
10. A comida escapa pelo nariz?
11. Queixa-se de que a comida fica parada na garganta?
12. Ele tosse durante a refeição?
13. Ele se engasga durante a refeição?
14. Ele se cansa durante a alimentação?
15. Sobram restos de comida na boca depois de engolir?
16. A voz muda após a refeição?
17. Tem pigarro após a refeição?

DISFAGIA: O QUE É?
GUIA DE INFORMAÇÃO E ORIENTAÇÃO
DOS DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO

Ana Lucia Tubero
Fonoaudióloga

Equipe:

Heloise Nacarato Santos Colombari

Danuza Nunn

Alexa Sennyey

Juliana Berti

Márcia Ariani da Cruz

Claudia Bernardes

Camila Carone

Direção de Arte: Bruno Moretti

Edição revista e atualizada.

ISBN: 85-85597-29-1

São Paulo, 2014