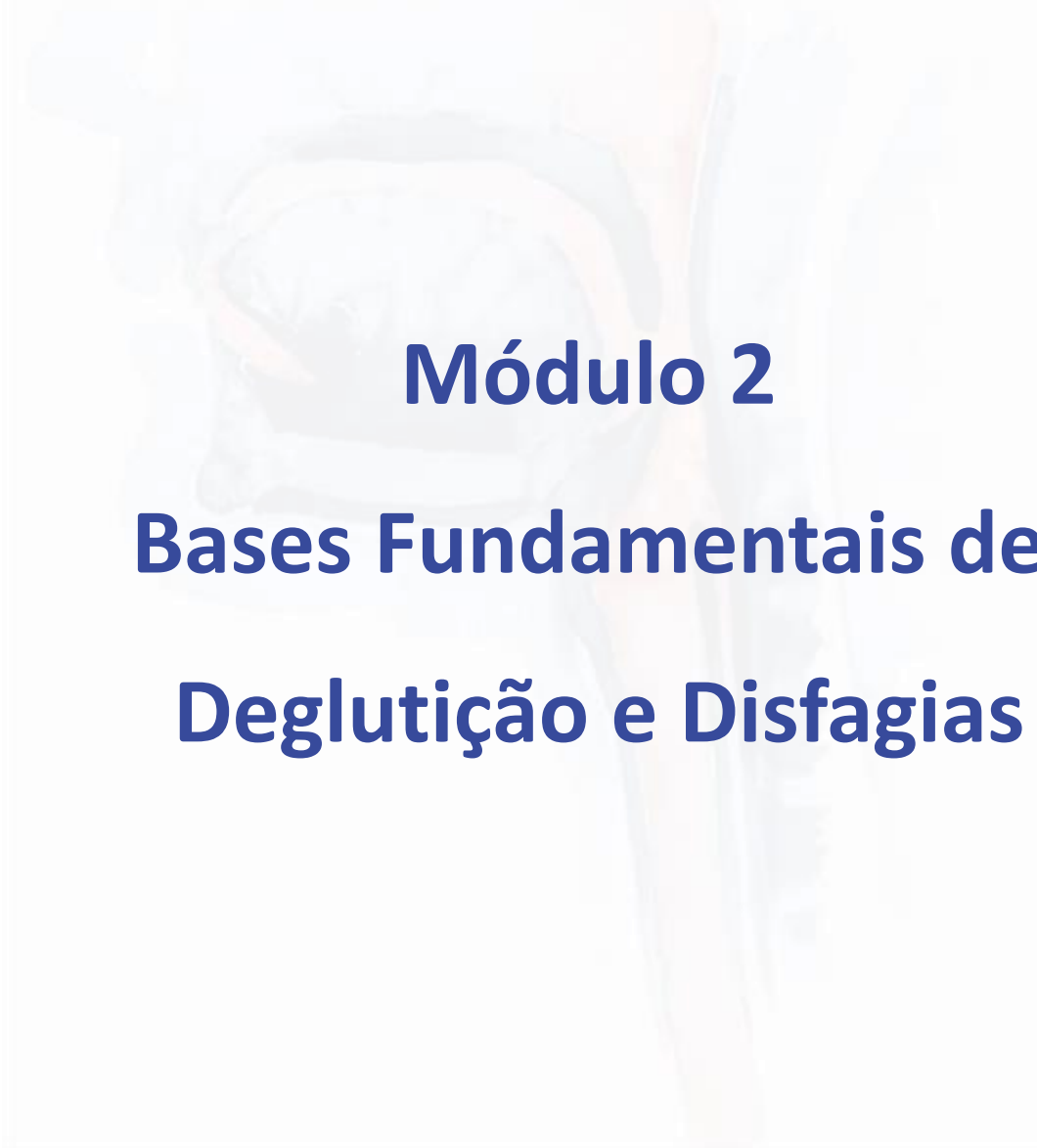


EPAP

DATA DA INICIAÇÃO:
15 DE FEVEREIRO DE 2025
FORMATO E-LEARNING



ESPECIALIZAÇÃO EM:
DISFAGIAS OROFARÍNGEAS
EDIÇÃO – 2025/26



Módulo 2

Bases Fundamentais de Deglutição e Disfagias

CONTEÚDOS

- Importância da alimentação;
- Deglutição:
 - Definição e caracterização;
 - Fases da deglutição;
 - Deglutição x Respiração;
- Disfagias Orofaríngeas e Esofágicas:
 - Definição e caracterização;
 - Prevalência e incidência;
 - Classificação;
 - Etiologia;
 - Sinais e sintomas;
 - Equipa;
- Papel do Terapeuta da Fala na disfagia:
 - Avaliação;
 - Intervenção;
- Estratégias;
- Engasgos;
- Higiene oral;
- Sialorreia e Xerostomia;
- Vias alternativas de alimentação;
- Ensino a familiares e cuidadores;
- Caso Clínico

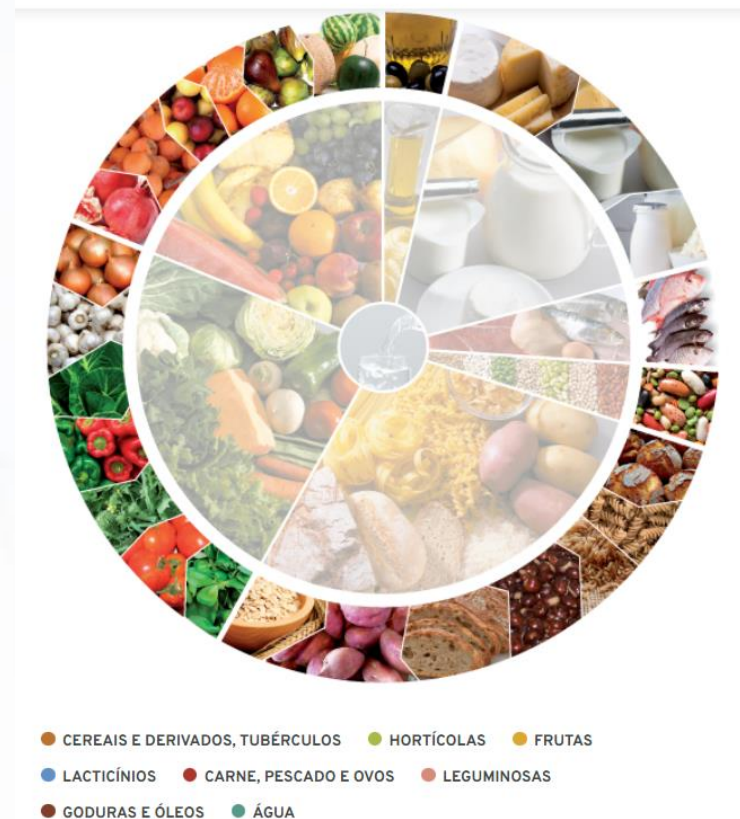
A importância da alimentação



A importância da alimentação

- 1 – Tome sempre o pequeno almoço;
- 2 – Faça 5 ou 6 refeições por dia;
- 3 – Consuma 5 porções de fruta e hortícolas por dia;
- 4 – Inicie as refeições principais com fruta;
- 5 – Coma calmamente e mastigue muito bem os alimentos;
- 6 – Hidrate-se!
- 7 – Opte por consumir mais peixe do que carne, alternando o seu consumo entre o almoço e o jantar;
- 8 – Controle a ingestão de gordura na confeção e tempero dos alimentos;
- 9 – Reduzir sal e gordura para temperar;
- 10 – Eleja para a sua alimentação alimentos ricos em fibra;

E ainda pratique atividade física!



(APN, 2011)

FASES DA DEGLUTIÇÃO

3

?

4

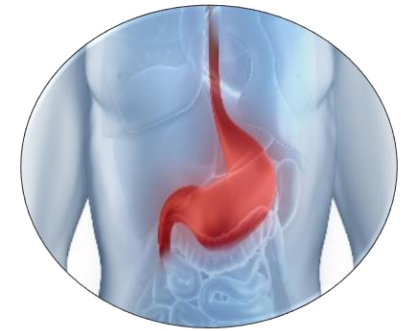
?

5

DEGLUTIÇÃO



Preparação oral do alimento e o seu transporte desde a cavidade oral até ao estomago.



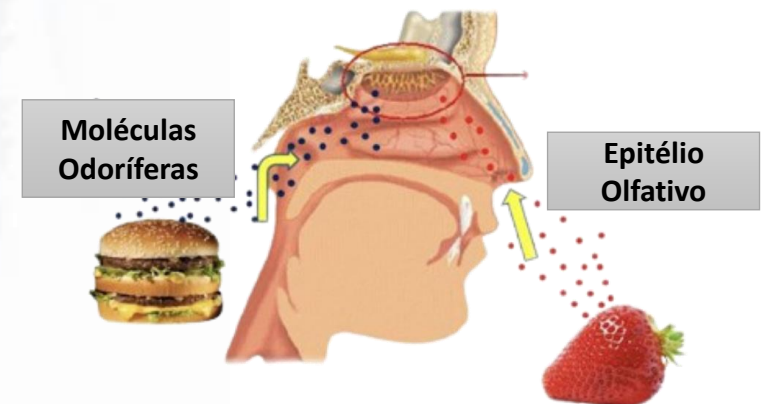
Fase Antecipatória Fase Preparatória Oral Fase Oral Executiva Fase Faríngea Fase Esofágica

(ASHA,1987)

PRESSÃO SUBGLÓTICA! (Furkim & Silva, 1999)

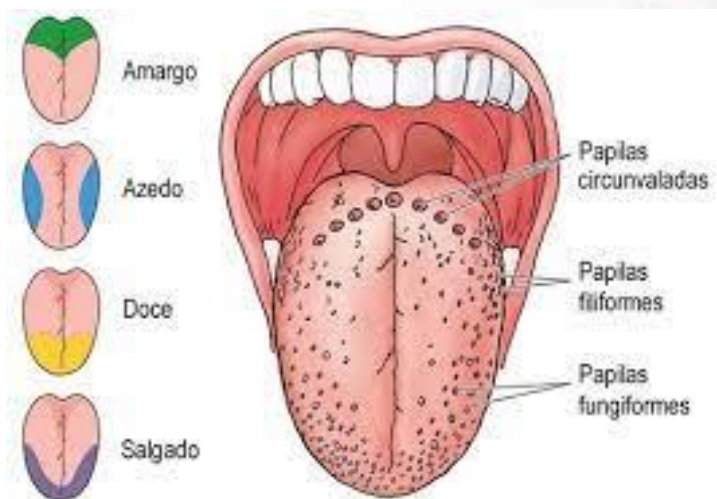
FASE ANTECIPATÓRIA

- Esta fase antecede a entrada do alimento na cavidade oral;
- A visão e o olfato, que permitem prever o sabor, o aroma, a temperatura e a consistência do alimento;
- Início da produção de saliva e à programação dos movimentos necessários à deglutição.



(Furkin, 1999)

FASE ANTECIPATÓRIA – Anosmia e Ageusia



- Para distinguir os sabores, o cérebro precisa de informações do cheiro e sabores;
- Amargo, azedo, doce e salgado podem ser detetados sem a presença de olfato;
- Sabores mais complexos (framboesa) requerem os 2 sentidos;
- Covid-19 → perda de olfato (anosmia) e perda de paladar (ageusia):
 - Perda de apetite (desnutrição e desidratação);
 - Menor produção de saliva para formar bolo alimentar;
 - Menor estímulo sensorial para desencadear deglutição segura.

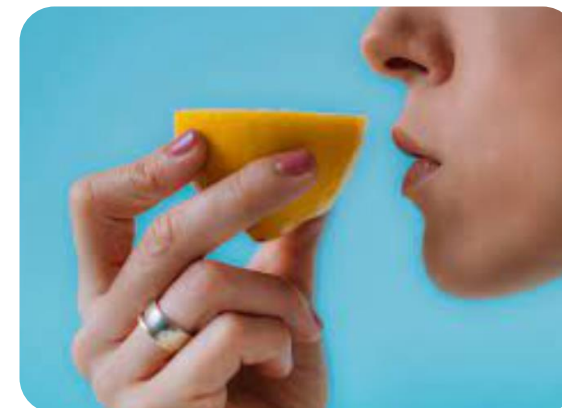
FASE ANTECIPATÓRIA – Anosmia e Ageusia

Treino olfativo:

- 1- Colocar diferentes substâncias (eucalipto, limão, mel) em diferentes frascos fechados opacos com uma etiqueta por baixo com o nome do produto;
- 2 – Abrir, sem ver, cada frasco durante 20 segundos e fechar, esperar 20 segundos antes de cheirar o próximo;
- 3 – O indivíduo deverá adivinhar o cheiro e poderá repetir o processo 2x ao dia.

Treino de paladar:

- 1 – Utiliza o sumo de frutas (ananás, framboesa, limão);
- 2- Colocar zaragatoa ou cotonete;
- 3- Realizar toques na língua do indivíduo para que este adivinhe o sabor.



FASE ANTECIPATÓRIA – Anosmia e Ageusia

Potencial profilático e terapêutico da suplementação de zinco na incidência de distúrbios do paladar e mucosite durante a quimioterapia: revisão sistemática

June 2024 · [Nutrivia Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde](#) 11(1):e13012

DOI:[10.59171/nutrivia-2024v11e13012](https://doi.org/10.59171/nutrivia-2024v11e13012)

License · [CC BY 4.0](#)

Sulfato de Zinco para Alterações do Paladar

Cápsulas com Sulfato de Zinco

Sulfato de Zinco	45 mg
Excipiente qsp	1 cápsula
Mande....cápsulas	

Posologia: 1 cápsula 3 vezes ao dia.

Obs.: nesse estudo, os resultados mostraram que acuidade do paladar para um ou mais sabores já estava prejudicada antes do tratamento, mas os pacientes tratados com placebo experimentaram uma piora maior da acuidade do paladar durante o tratamento radioterápico do que os pacientes tratados com sulfato de zinco. Os pacientes que receberam sulfato de zinco tiveram também uma recuperação mais rápida do paladar um mês após o término da radioterapia. O sulfato de zinco se mostrou eficaz e bem tolerado.

Ref.: Ripamonti, et al. A randomized, controlled clinical trial to evaluate the effects of zinc sulfate on cancer patients with taste alterations caused by head and neck irradiation. *Cancer* 1998 May 15;82(10):1938-45.

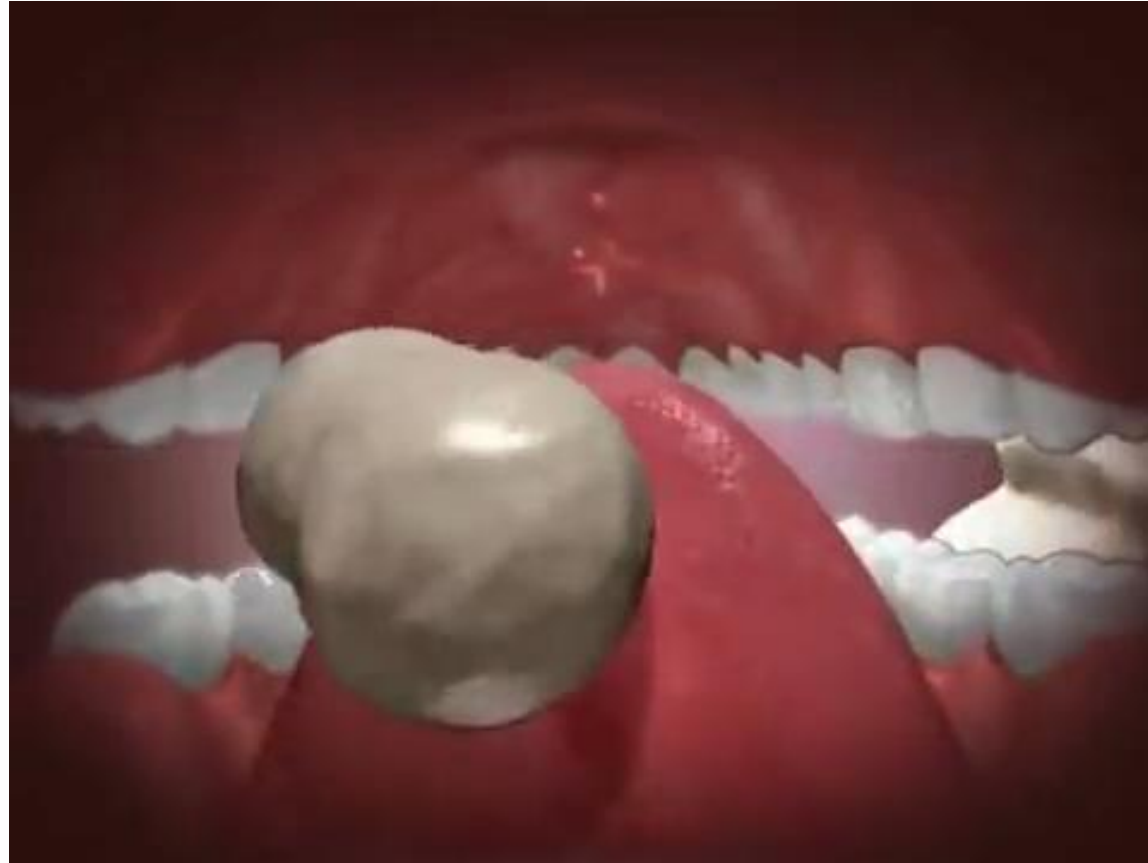
FASE ANTECIPATÓRIA



FASE PREPARATÓRIA ORAL

- Fase voluntária;
- É nesta fase que decorre a mastigação do alimento por três processos: -
 - Incisão;
 - Trituração;
 - Pulverização;
- Durante esta fase ocorre a mistura do alimento com a saliva, formando o bolo alimentar

FASE PREPARATÓRIA ORAL



FASE ORAL EXECUTIVA

- Fase voluntária;
- Começa com a propulsão posterior do bolo alimentar realizado pela língua;
- O ápice da língua encontra-se apoiado contra os alvéolos superiores;
- A língua contem e acomoda o alimento;
- Início da propulsão antero posterior;
- Início da elevação do palato mole;

(Furkim, 1999)

FASE ORAL EXECUTIVA

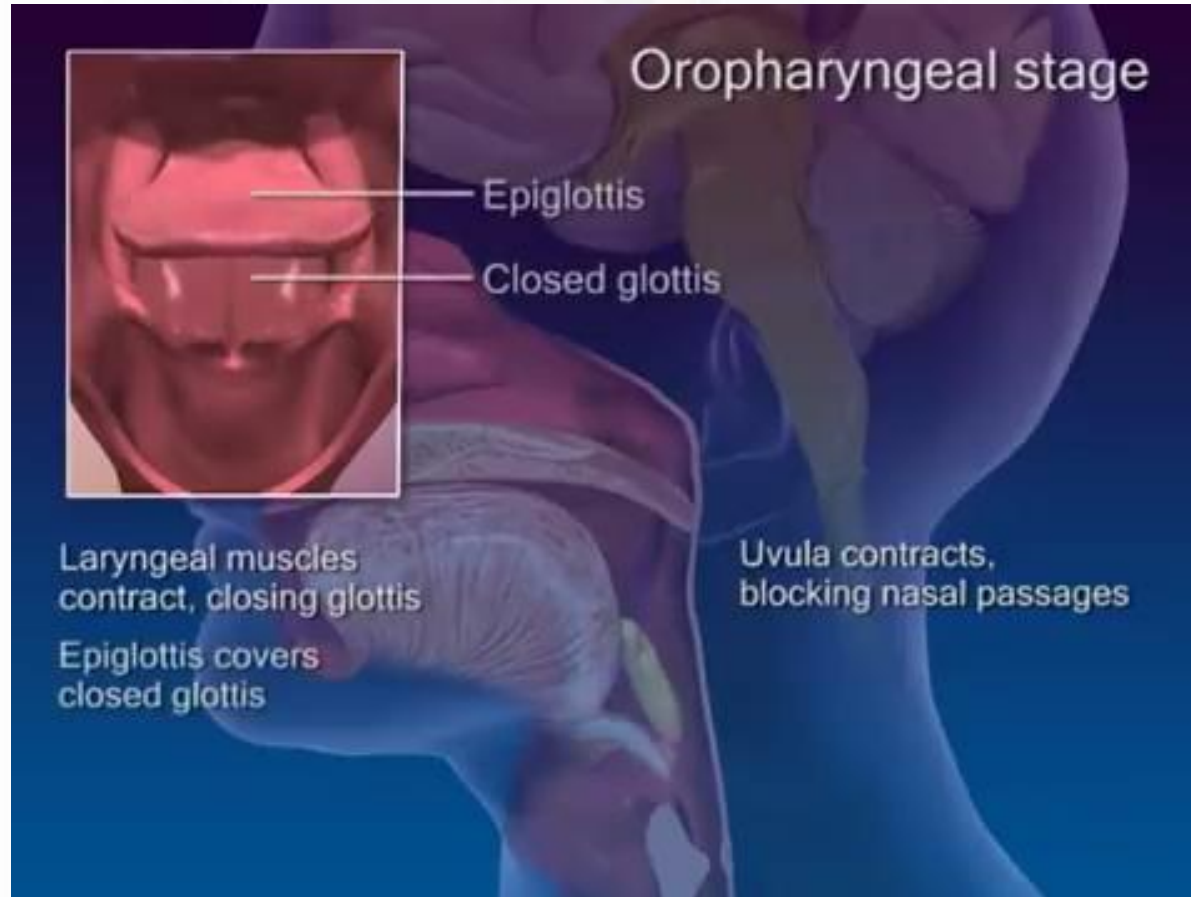


FASE FARÍNGEA

- Fase involuntária;
- Encerramento velofaríngeo;
- A parede posterior da faringe avança no sentido antero-posterior, assegurando o bolo no dorso da língua;
- Encerramento da glote, realizado pela epiglote e, uma adução das PV;
- Elevação e anteriorização da laringe que será concomitante com a abertura do músculo cricofaríngeo (EES).

(Furkim,1999)

FASE FARÍNGEA



FASE FARÍNGEA

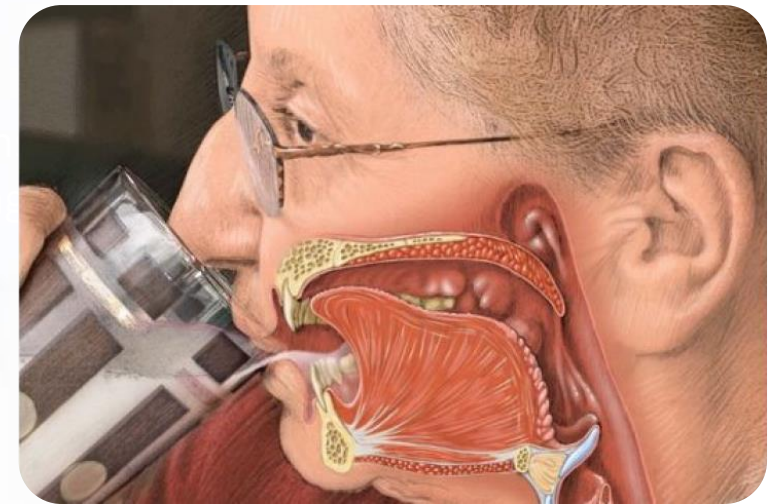
DEGLUTIÇÃO x RESPIRAÇÃO

O que acontece na deglutição?

- 1- Temos de parar de respirar (apneia preventiva) para proteger as vias aéreas;
- 2 - Manter essa apneia até que a deglutição esteja completa.

E se a respiração estiver comprometida?

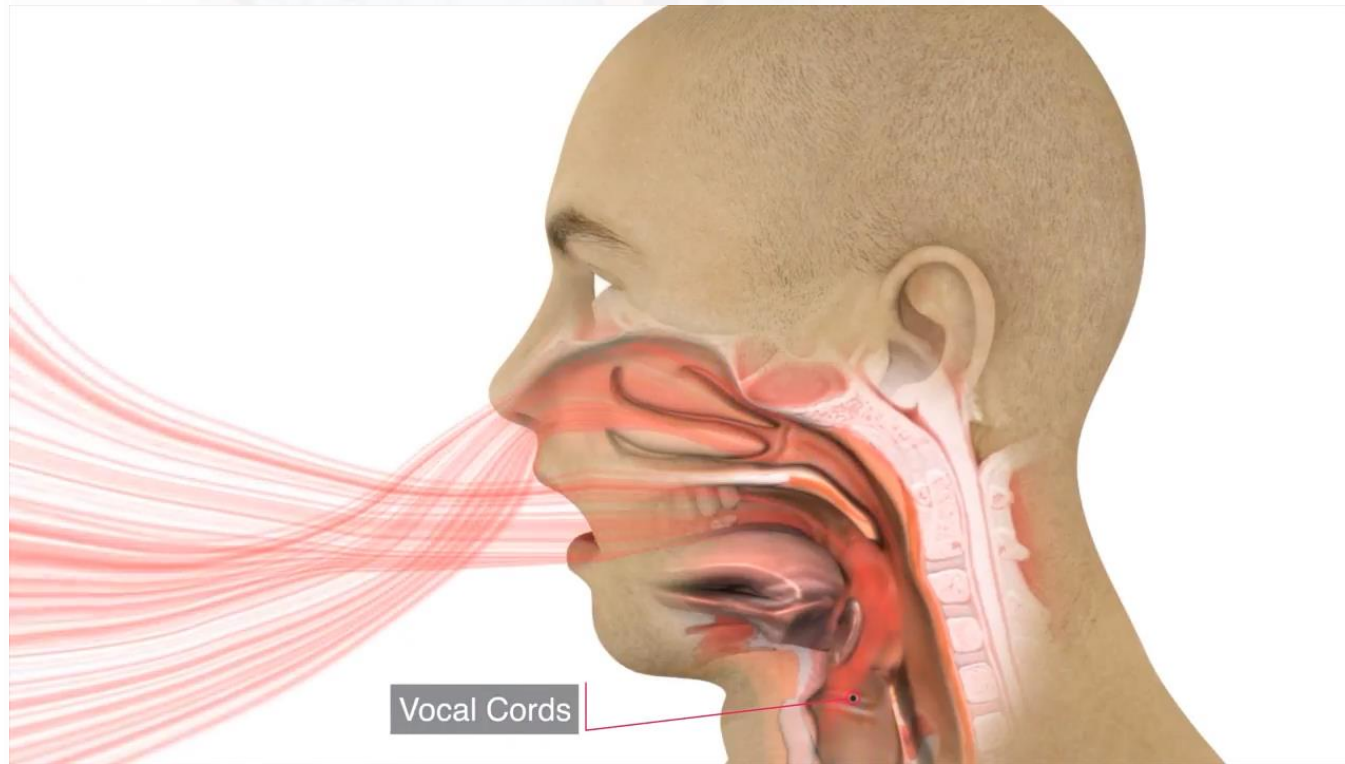
- 1- O momento de apneia durante a deglutição torna-se difícil de suportar;
- 2- Respiramos durante a deglutição;
- 3- Penetração laríngea e/ou aspiração em pessoas com disfagia!



(Mansolillo, 2020)

FASE FARÍNGEA

DEGLUTIÇÃO x RESPIRAÇÃO



Vocal Cords

FASE ESOFÁGICA

- Fase involuntária;
- O bolo alimentar desce ao longo do esófago após a abertura do músculo cricofaríngeo;
- O bolo desce pelo esófago através dos movimentos peristálticos;
- EEI relaxa e permite a entrada do alimento no estômago.

(Furkim,1999)

FASE ESOFÁGICA



(ASHA,1987)

DISFAGIA

“Alterações em qualquer fase e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, com prejuízo dos aspectos nutricionais, hidratação, função pulmonar e integração social do indivíduo.”

(ASHA,1987)

Katia Alonso Rodrigues¹, Flávia Ribeiro Machado², Brasília Maria Chiari¹, Heloísa Baccaro Rosset², Paula Lorenzon³, Maria Inês Rebelo Gonçalves¹

1. Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.
2. Disciplina de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva, Universidade Federal de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.
3. Departamento de Otorrinolaringologia, Universidade Federal de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.

ARTIGO ORIGINAL

Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade

Swallowing rehabilitation of dysphagic tracheostomized patients under mechanical ventilation in intensive care units: a feasibility study

RESUMO

Objetivo: Avaliar a factibilidade da implantação precoce de um programa de reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados com disfagia e sob ventilação mecânica.

Métodos: Estudo prospectivo realizado em unidades de terapia intensiva de um hospital universitário. Incluímos pacientes hemodinamicamente estáveis e submetidos à ventilação mecânica por pelo menos 48 horas e há no mínimo 48 horas com traqueostomia e nível adequado de consciência. Os critérios de exclusão foram cirurgia prévia na cavidade oral, faringe, laringe e/ou esôfago, presença de doenças degenerativas ou história pregressa de disfagia orofaríngea. Todos os pacientes foram submetidos a um programa de reabilitação da deglutição. Antes e após o tratamento de reabilitação da deglutição, foram determinados um escore

estrutural orofaríngeo, um escore funcional de deglutição, e um escore otorrinolaringológico estrutural e funcional.

Resultados: Foram incluídos 14 pacientes. A duração média do programa de reabilitação foi de $12,4 \pm 9,4$ dias, com média de $5,0 \pm 5,2$ dias sob ventilação mecânica. Onze pacientes puderam receber alimentação por via oral enquanto ainda permaneciam na unidade de terapia intensiva após 4 (2 - 13) dias de tratamento. Todos os escores apresentaram melhora significativa após o tratamento.

Conclusões: Neste pequeno grupo de pacientes, a implantação de um programa precoce de reabilitação da deglutição foi factível, mesmo em pacientes sob ventilação mecânica.

Descritores: Traqueostomia; Respiração artificial; Transtornos de deglutição/reabilitação; Disfagia; Unidades de terapia intensiva

DISFAGIA



DISFAGIA

PREVALÊNCIA NO MUNDO



- Pessoas idosas: 15 – 40%;
- Disfagia Orofaríngea Pós AVC e TCE: 25%;
- Cancro de cabeça e pescoço: 44 -50%;
- Disfagia Orofaríngea nas Doenças Neurodegenerativas:
 - Parkinson: 52 – 82%;
 - Alzheimer: 57 – 84%;
 - Doença do Neurónio Motor (ELA): 30 – 100%

(World Gastroenterology Organization Practice Guidelines, 2014)

DISFAGIA

PREVALÊNCIA NO MUNDO

REVIEW

Open Access

The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: a systematic review and meta-analysis

Fatemeh Rajati¹, Nassim Ahmadi², Zahra Al-sadat Naghibzadeh³ and Mohsen Kazemini^{4*}



... analysis of estimating the prevalence rate of OD based on the continents, diagnostic tool, and study

	Number of articles	Sample size	I^2	Begg and Mazumdar	Prevalence % (95% CI)
Continents					
Asia	2	227	96.82	–	24.7 (95% CI 12.1–43.7)
Europe	17	1777	98.12	0.433	45.7 (95% CI 33.3–58.5)
America	6	1446	96.90	0.452	51.3 (95% CI 31.7–70.6)
African	1	81	0.000	–	64.2 (95% CI 53.2–73.9)
Australia	1	2973	0.000	–	7.3 (95% CI 6.4–8.3)
Diagnostic tools					
Physical examination	12	6089	98.69	0.243	40.9 (95% CI 26.3–57.3)
Volume–viscosity swallow test	10	1273	97.76	1.000	54.4 (95% CI 39.2–68.8)
Swallow questionnaire	3	255	97.21	1.000	20.4 (95% CI 9.6–38.4)
Population					
Children	2	192	81.10	–	72.3 (95% CI 55.5–84.6)
Adults	8	4816	98.69	0.386	32.6 (95% CI 17.7–52.0)
Elderly	11	1400	98.56	0.119	48.1 (95% CI 31.9–64.7)
General population	3	4149	99.25	1.000	13.4 (95% CI 4.4–34.5)
Pneumonia	2	288	91.92	–	44.6 (95% CI 25.8–65.0)
Dementia	3	1080	99.10	1.000	72.4 (95% CI 26.7–95.0)
Head and neck cancer	2	587	97.60	–	31.5 (95% CI 8.9–68.4)
Stroke	5	875	94.96	0.806	55.4 (95% CI 37.2–72.2)
Gender					
Male	11	1141	94.36	0.161	54.7 (95% CI 40.1–68.6)
Female	11	1667	97.00	0.876	46.5 (95% CI 31.3–62.5)

(Rajati et al., 2021)

DISFAGIA

PREVALÊNCIA EM PORTUGAL

P.PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
POLITÉCNICO
DO PORTO

M MESTRADO
GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES

Caracterização e análise de custos
da Disfagia Orofaríngea numa
Unidade de Cuidados Continuados de
Média Duração e Reabilitação

Marta Oliveira da Silva

12/2020

Prevalência de Disfagia Orofaríngea

No que diz respeito ao número de indivíduos com DO na UCCMDR, dos 130 doentes los, 57 apresentavam DO. Obteve-se assim uma prevalência de 43,8% (gráfico 1).

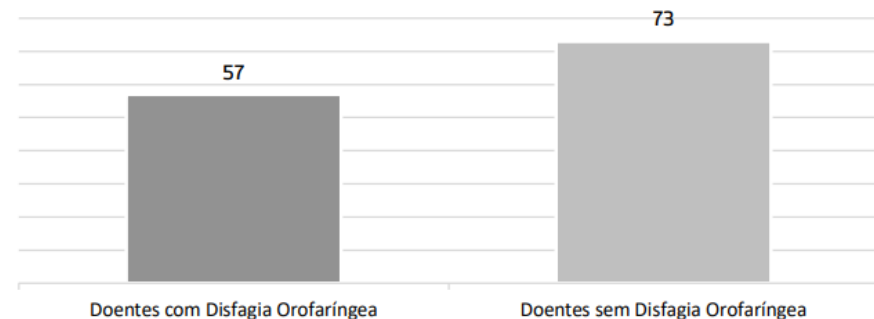


Gráfico 1 – Representação gráfica da prevalência de DO na UCCMDR em análise.

DISFAGIA

PREVALÊNCIA EM PORTUGAL

Variáveis	Descrição das variáveis	Doentes com DO	Doentes sem DO	Total	p-Value
Idade	-	M= 76.2 DP=11.2	M= 74.4 DP=11.2	M=75.2 DP=11.2	$p=0.365$
Género	Feminino	25	46	71 (54.62%)	$\chi^2 = 4.738$ $p=0.030$
	Masculino	32	27	59 (45.38%)	
Habilitações Académicas	1 estadio de educação básica (4ª classe/ 6º ano)	35	54	89 (68.46%)	$\chi^2=5.865$ $p= 0.053$
	9º Ano	6	1	7 (5.38%)	
	Sem escolaridade	16	18	34 (26.15%)	
Origem do Internamento	Hospital	49	60	109 (83,84%)	$\chi^2= 0.336$ Teste de Fisher = 0.636 $p=0.562$
	Domicílio	8	13	21 (16.15%)	
PA	Com histórico	9	0	9 (6,92%)	Teste de Fisher = 12.384 $p<0.001$
	Sem histórico	48	73	121 (93.07%)	
Diagnóstico clínico	AVC	34	12	46 (35.38%)	$\chi^2= 32.754$ $p< 0.001$
	TCE, DND e outras doenças neurológicas	9	8	17 (13.8 %)	
	Fraturas, úlceras e Distúrbios ósseos, articulares e musculares	8	39	47 (36.15%)	
	Outras	6	14	20 (15.38%)	
Estado nutricional	Nutrido	28	56	84 (64.6%)	$\chi^2= 10.656$ Teste de Fisher = 0.002 $p=0.001$
	Malnutrido	29	17	46 (35.38%)	
Via de alimentação	Sem via alternativa	32	73	105 (80,76%)	$\chi^2= 39.641$ $p>0.001$
	Com via alternativa	25	0	25 (19.2%)	

Fonte: elaboração própria, com base na análise estatística dos dados utilizando o programa SPSS.

(Silva,2020)

DISFAGIA

PREVALÊNCIA EM PORTUGAL



Sun, 17 Jul 2022 | Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação

Prevalência da disfagia em idosos institucionalizados

Flávio Filipe Sousa Ferreira Licínia Vanessa Rodrigues Fernandes Isabel de Jesus Oliveira

Resultados:

Dos 93 residentes incluídos no estudo, 60,22% apresentavam disfagia.

DISFAGIA

Classificação

Disfagia Orofaríngea	Disfagia Esofágica
Mecânica	Mecânica
Neurofuncional	Motora
Presbifagia	Outros
Psicogénica	
Outros	

DISFAGIA ESOFÁGICA

ETIOLOGIA

Disfagia mecânica – presença de um obstáculo à passagem dos alimentos:

- Neoplasias;
- Estenoses pépticas (RGE);
- Anéis esofágicos;
- Esofagite eosinofílica

Disfagia motora – devido à mobilidade anormal dos músculos do esófago:

- Acalásia (doença em que deixa de existir normal contração do corpo do esófago e relaxamento do esfíncter entre o esófago e o estômago);
- Outras,...

DISFAGIA OROFARÍNGEA

ETIOLOGIA

- **Disfagia Mecânica / Estrutural:**

- Alteração anatómica;
- Corpo estranho;
- Alteração na secreção salivar;
- Refluxo Gastro Esofágico (RGE)
- Lesão de tecidos moles:
 - Traumatismo
 - Inflamação
 - Neoplasia
 - Divertículo
 - Cirurgia
 - Radioterapia
 - Quimioterapia



DISFAGIA OROFARÍNGEA

ETIOLOGIA

- **Neurofuncional**
 - Acidente Vascular Cerebral (AVC);
 - Traumatismo Crânio Encefálico (TCE);
 - Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA);
 - Doença de Parkinson;
 - Esclerose Múltipla;
 - Paralisia Cerebral;
 - Outras..



DISFAGIA OROFARÍNGEA

ETIOLOGIA

- **PÓS INTERNAMENTO**

- **Alterações da deglutição:**

- Hipofunção (desuso) da laringe, faringe, cavidade oral (intubação);
- Redução da sensibilidade, coordenação e força para a deglutição;
- Pode sair com sonda nasogástrica (maiores cuidados);
- Adequação da consistência da dieta, volumes e manobras (Terapeuta da Fala)

- **Alterações na respiração (Ex: COVID-19)**

- Doente recuperado ou não da COVID-19 pode apresentar sequelas pulmonares (fibroses);
- Capacidade pulmonar alterada, menor tolerância à fadiga, dispneia (falta de ar), necessidade de O₂;
- Capacidades de deglutição e comunicação podem ficar comprometidas;
- Capacidade vocal diminuída por comprometimento da laringe (intubação);
- Terapia da Fala!

DISFAGIA OROFARÍNGEA

ETIOLOGIA

- **Presbifagia** – processo decorrente do envelhecimento.
 - A presbifagia foi reconhecida como uma síndrome geriátrica pela *European Society for Swallowing Disorders* e pela *European Union of Geriatric Medicine Society*, em 2016, por apresentar muitas complicações e ter uma taxa de prevalência de 60% em idosos institucionalizados.

(Baijens et al., 2016)

DISFAGIA OROFARÍNGEA

ETIOLOGIA

- **Presbifagia**

- Dificuldade na coordenação motora;
- Fraqueza muscular;
- Próteses dentárias;
- Internamentos por **pneumonia de aspiração!!**

(Paiva, Xavier, Farias 2012)

(Santos ,2019)



DISFAGIA OROFARÍNGEA

ETIOLOGIA

- **Psicogénica**
 - Ansiedade e stress;
 - Depressão;
 - Fobia de engasgar;
 - RGE;
 - Tensão muscular



EQUIPA MULTIDISCIPLINAR NA DISFAGIA

Nutricionista

Neurologista,
Internista, ORL,
GASTRO, C.P.

Enfermeiro

Terapeuta da
Fala
Fisioterapeuta

Auxiliares



PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA NA DISFAGIA

- Avaliação;
- Diagnóstico;
- Intervenção na **Disfagia**;
- Auxiliar na gestão da Sialorreia e/ou Xerostomia;
- Higiene Oral;
- Encaminhamento vias alternativas de deglutição;
- Capacitação de familiares/cuidadores e profissionais de saúde.



PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA NA DISFAGIA - AVALIAÇÃO

Avaliação não funcional



- Avaliação funções oromotoras;
- Musculatura;
- Amplitude, tônus, precisão;
- Sensibilidade;
- Reflexos;
- Limiar de fadiga.

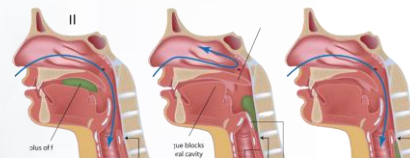
Recolha de informação sobre função respiratória



- Tosse;
- Coordenação respiração/deglutição.



Avaliação Clínica



- Protocolos de avaliação;
- Observação da deglutição;
- Observar SpO2 e FC com Oxímetro, auscultação cervical.

Avaliação Instrumental



- Videofluoroscopia;
- Videoendoscopia.

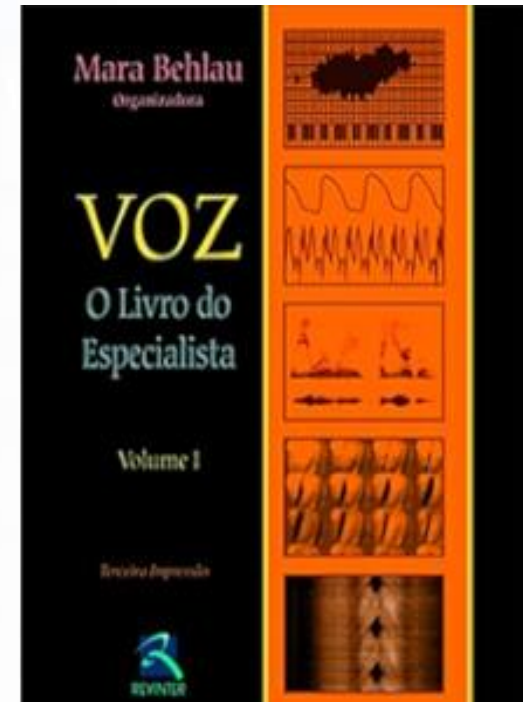
PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA NA DISFAGIA - AVALIAÇÃO

Correlação entre o tempo máximo de fonação e a capacidade vital lenta em indivíduos hospitalizados

Correlation between the maximum phonation time and the slow vital capacity in hospitalized individuals

CARDOSO, Natalya Fernanda Beltrão¹, ARAÚJO, Rodrigo Cappato de², PALMEIRA, Aline Cabral², DIAS, Ricardo de Freitas², FRANÇA, Eduardo Êrico Tenório de³, ANDRADE, Flávio Maciel Dias de³, COSTA, Emilia Chagas⁴, CORREIA JÚNIOR, Marco Aurélio de Valois²

- Foram avaliados 39 indivíduos adultos de ambos os sexos;
- A CV foi medida através de um ventilómetro, e o TMF, pela técnica de contagem em ordem crescente;
- Foi observado que quanto maior a capacidade vital do paciente, maior será o seu tempo máximo de fonação



**TMF /s/ abaixo de 14s =
falta de controlo expiratório à fonação**

Módulo 2 – Bases Fundamentais de Deglutição e Disfagias

PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA NA DISFAGIA - INTERVENÇÃO

A. Técnicas terapêuticas: -
mioterapia e terapia
miofuncional

- Modificação do comportamento muscular por realização de exercícios – isolada é ineficaz; não trabalha/promove coordenação;
- Modificação muscular por meio do restabelecimento das funções orofaciais.

B. Estratégias: compensação ou reabilitação

- Compensação: posicionamento, consistências/viscosidade, volume, temperatura
- Reabilitação (aumentar mobilidade e coordenação)

Indiretas ou Diretas

Exercícios miofuncionais, técnicas sensório-motoras (toque intraoral, corporal, estimulação digital), técnicas de facilitação (posturais, manobras de deglutição), ETTG.

C. Produtos de apoio/ Outros

- Espessantes; copos recortados; livros de receitas adaptadas; outros.



DISFAGIA – Sinais e Sintomas

Estar atento a:

- Perda de alimento para o exterior ou acumulação de resíduos na boca;
- Perda, acumulação ou redução da saliva e dificuldade na gestão desta durante as refeições;
- Dificuldade na mastigação;
- Necessidade de comer em pouca quantidade/beber gole a gole;
- Pigarreio;
- Voz molhada após a deglutição;
- Aumento do tempo de refeição;
- Tosse e/ou engasgo em qualquer momento da deglutição – **Pneumonia por aspiração**;
- Infecções respiratórias de repetição; estados sub-febris após alimentação;
- Alterações no padrão respiratório no momento/após a refeição.

DISFAGIA – Estratégias

Mudanças Posturais

Flexão da cabeça; rotação; apoio lábios;

Copo mais cheio;

Apoio do cuidador/familiar – “pega”;

Posicionamento – sentado 90º;

Produtos de apoio

Copo recortado;

Copo fechado;

Palhinhas;

Ambiente

Diminuir estímulos.



DISFAGIA – Estratégias

Consistência/Viscosidade/Volume:

Estímulo térmico (temperatura);

Estímulo sensorial (sabor, gás);

Apresentação;

Quantidade e volume;

Consistência (textura);

Viscosidade.



DISFAGIA – Estratégias



Finos: água, sumo de laranja, café;

Espessos: néctar, iogurte líquido;

Espessados (néctar e mel): água com espessante;

Gelificados (pudim): água gelificada



Sólidos (geral): bife, maçã, esparguete;

Mole: peixe, banana, carne picada;

Puré (pastoso):

Macio: puré de fruta, esparregado...

Espesso: mousse de carne, de peixe...



DISFAGIA – Estratégias

Precauções com alimentos:

Fibrosos: bacalhau, presunto, feijão verde, alface;

Texturas mistas: laranja, gelatina, caldo verde;

Viscosos: mel, chocolate, iogurte grego;

Granulados: arroz;

Pulverizáveis: areias, pão, noz;

Ácidos: limão, vinagre;

Picante: pimenta, piri piri, vinho tinto



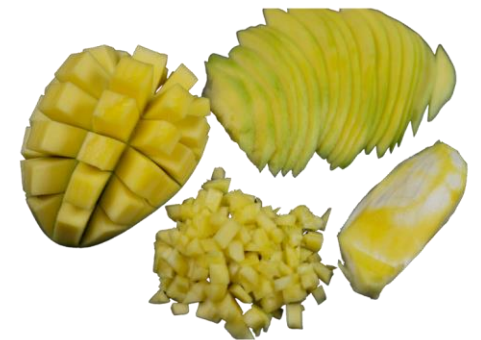
DISFAGIA – Estratégias

Dicas úteis:

- Melhorar a fase antecipatória da deglutição:
- Para evitar fibras (fios) nas frutas e legumes:

Variar a
apresentação dos
alimentos

Fruta de avião ou
“via aérea”



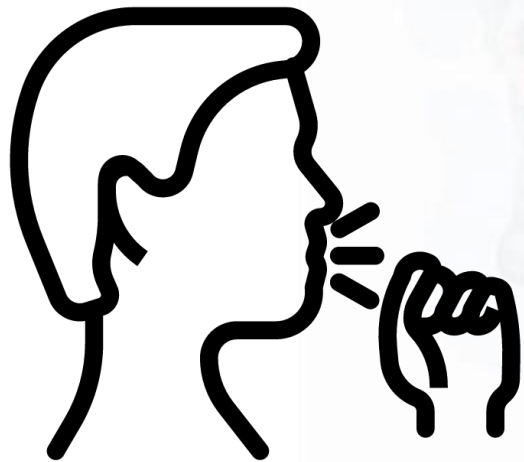
DISFAGIA – Estratégias

Dicas úteis:

- Toma de medicamentos com alimento cremoso:
 - puré de fruta, iogurte.



DISFAGIA – Engasgos



TOSSE

- Engasgo por obstrução de alimento na faringe (alimento no trato digestivo)
- Engasgo por penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal (alimento no trato respiratório)

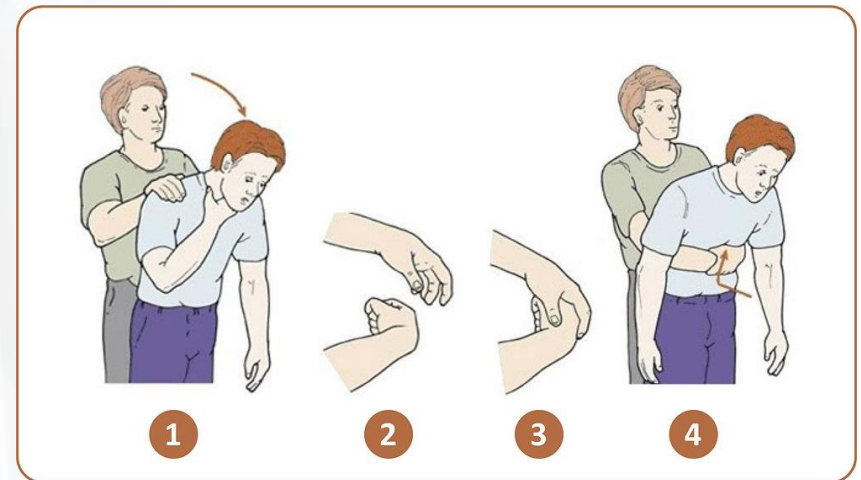


DISFAGIA – Engasgos

1º Pedir para tossir com força;

2º Bater 5 vezes no meio das costas com a mão aberta de baixo para cima;

3º Manobra de Heimlich



DISFAGIA – Engasgos

Manobra de Heimlich



DISFAGIA – TOSSE

Presto, B. Fisioterapia respiratória, 2009.

FASES DA TOSSE



Fase irritativa: Ocorre um estímulo nas VA, que pode ser de caráter: mecânico, químico, térmico ou Inflamatório.



Fase de Inspiração: Ocorre uma estimulação reflexa dos músculos Ventilatórios inspiratórios gerando uma insp. Profunda.



Fase Compressiva: os impulsos nervosos do reflexo levam a um fechamento da glote, ao mesmo tempo em que há uma contração involuntária da musculatura ventilatória expiratória.



Respiração



Fonação



Fase de Expulsão: ocorre abertura da glote, contração da musc. Expiratória, compressão dinâmica das VA., resultando na aceleração do fluxo expiratório e consequentemente a expectoração

DISFAGIA – TOSSE



Eficaz PCF > 360 L/min

Fraca 160 < PCF < 360 L/min

Ineficaz PCF < 160 L/min

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Franisco
Henrique
Moura
George

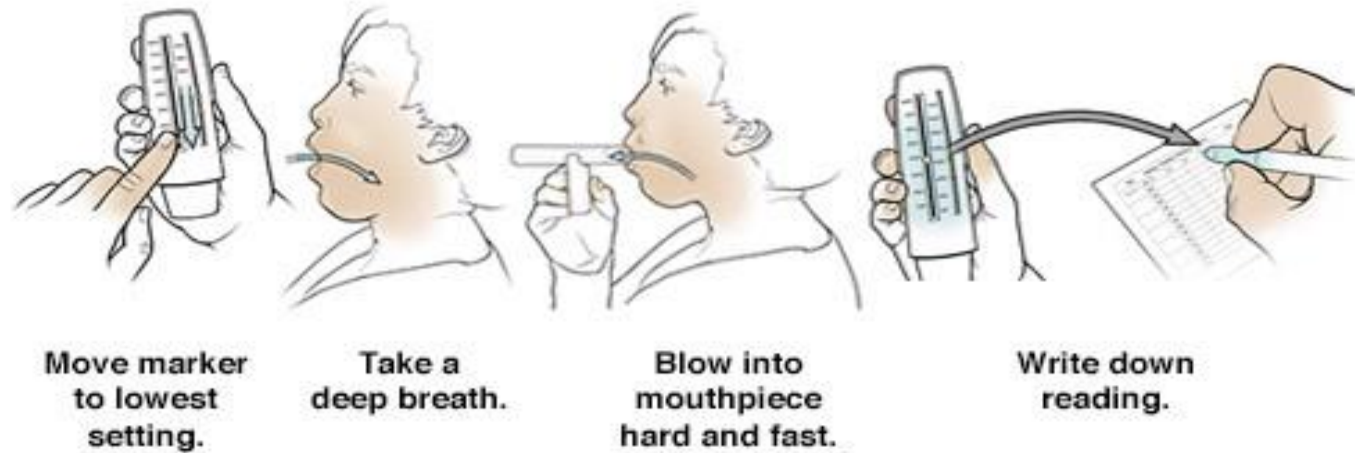


NUMERO: 022/2011
DATA: 28/09/2011
ATUALIZAÇÃO: 05/03/2013

ASSUNTO: Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e outros Equipamentos
PALAVRAS-CHAVE: Ventiloterapia
PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

16. Nas doenças restritivas, em que a tosse é ineficaz, a in-exsuflação mecânica amplifica os benefícios da VNI. A sua introdução é obrigatória quando o débito de pico da tosse, Peak Cough Flow (PCF) assistido é < 160 L/min, e ponderada quando é < 270 L/min. A in-exsuflação mecânica deve ser complementada com manobras de tosse assistida manuais e, preferencialmente, monitorizada por oximetria.

DISFAGIA – TOSSE



Para não haver escape de ar pelo nariz usar clipe nasal ou máscara oronasal!

DISFAGIA – TOSSE

INSUFLADOR E EXSUFLADOR MECÂNICO

OU

COUGH ASSIST



Assistência à fase inspiratória,
compressão e fase expiratória

Obrigatório PCF < 160 L/min

Ponderado PCF < 260 L/min

DISFAGIA – TOSSE

COUGH ASSIST

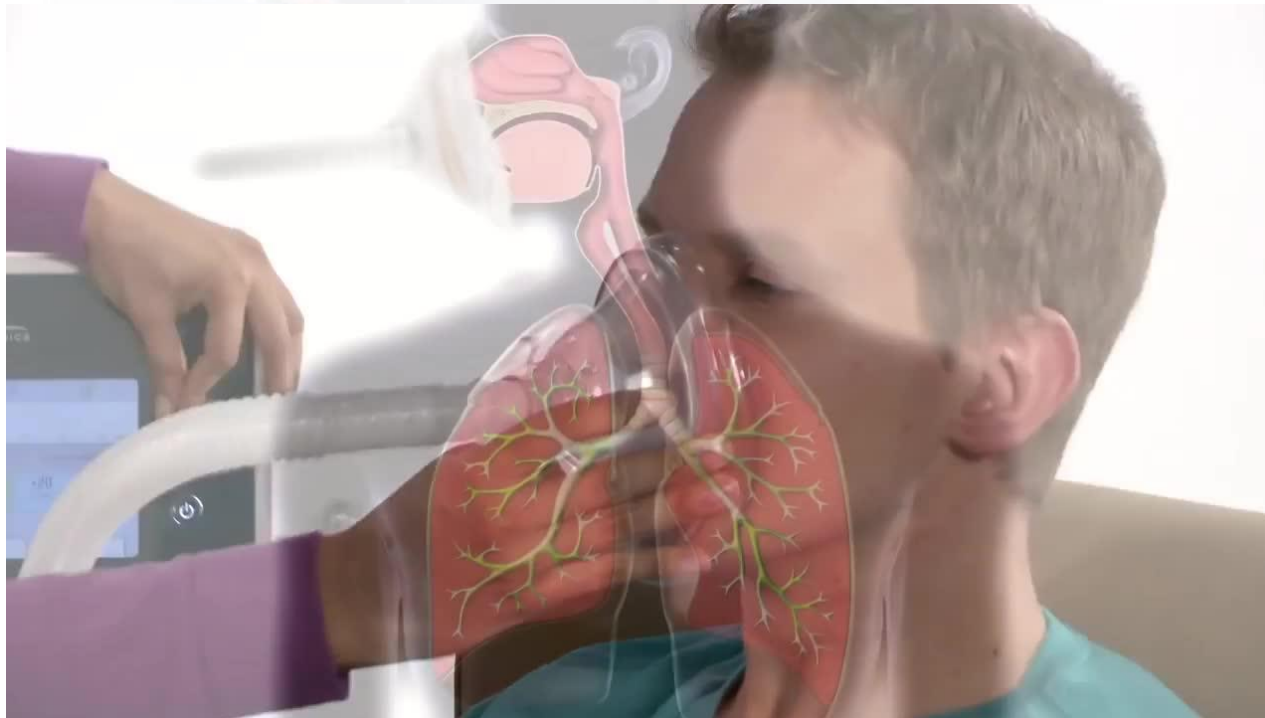
- Proporciona uma forma não invasiva e eficaz de reduzir o risco de lesões nas vias aéreas e complicações respiratórias.
- Desobstrui as vias aéreas e mais eficaz que a aspiração endotraqueal!
 - Aumenta o Pico de Fluxo de Tosse!



Formadora: Margarida Oliviera

DISFAGIA – TOSSE

COUGH ASSIST



DISFAGIA

HIGIENE ORAL

A placa bacteriana atua como reservatório para a colonização das bactérias respiratórias
maior risco de pneumonia associado à **disfagia**.



A escovagem da língua é essencial

Uma boa higiene oral garante:

- Conforto;
- Bom hálito;
- Previne gengivites, cáries;
- Maior prazer durante alimentação;
- Ajuda na **gestão da saliva**

DISFAGIA – Higiene Oral

- Higienizar a boca pelo menos 2x ao dia no fim das refeições;
- Nunca realizar a higiene com a pessoa deitada – elevar a cabeceira;
- Evitar pastas dentífricas com sabor intenso quando há sensibilidade intraoral aumentada (ex: utilizar sabor a morango);
- Pulverizar a cavidade oral com água fresca para evitar sensação de secura (VNI, medicação);
- Utilizar esponjas de higiene oral com cabo longo e fino, quando a abertura da boca é reduzida;
- Se a pessoa morder a escova, não forçar a retirada. Deve esperar e acabará por abrir;
- Quando há próteses dentárias, estas devem ser retiradas e higienizadas;
- Gaze de tecido e outros materiais.


DISFAGIA

Sialorreia

Excesso de saliva ou dificuldade na gestão da mesma devido à dificuldade na deglutição – risco de aspiração!

Xerostomia

Sensação de boca seca devido à diminuição ou ausência do fluxo salivar.



Ambas prejudicam a fala, deglutição, higiene oral e socialização!

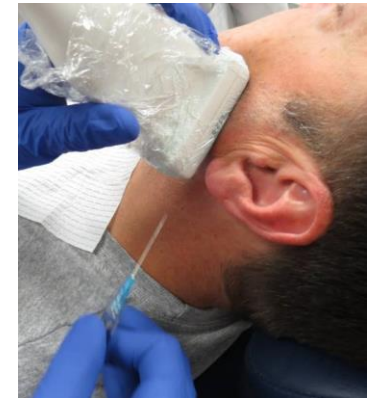


DISFAGIA

Sialorreia e Xerostomia

Estratégias:

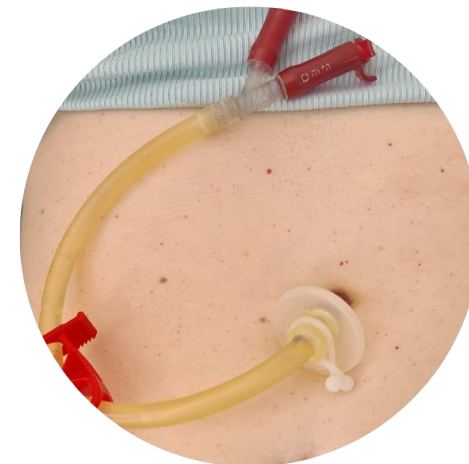
- Deglutição com esforço e deglutições múltiplas;
- Remoção com lenços de papel suaves;
- Evitar alimentos muito ácidos ou muito doces para não causar hipersecreção;
- Pode ser utilizado aspirador de saliva em alguns casos;
- Prescrição médica de medicamentos e outros procedimentos.



DISFAGIA – Vias alternativas de alimentação

Quando considerar?

- Nutrição/hidratação insuficiente (perda de peso)
- Alterações ao nível da musculatura orofacial e laríngea;
- Fadiga, falta de energia e fraqueza;
- Sinais e Sintomas da Disfagia:
 - Engasgos constantes;
 - Suspeita de aspiração;
 - Tempos aumentados de refeição; menor quantidade de comida;
- Antes da capacidade de força vital <50% (complicação com sedação).



DISFAGIA – Vias alternativas de alimentação

A colocação de sondas pode ser indicada por vários motivos, mas há soluções para continuar a sentir o sabor dos alimentos!



DISFAGIA – Ensino aos Cuidadores/Familiares

- Informação atempada;
- Desmistificar;
- Monitorização próxima;
- Panfletos informativos;
- Passar estratégias;
- Ter produtos recentes e de qualidade.

Como acontece a deglutição?

A deglutição é uma função biológica, complexa e coordenada, na qual o alimentado leva a comida da cavidade oral para o estômago. Está dividida em 4 fases:

- Fase preparatória
- Fase oral/bucal
- Fase faríngea
- Fase esofágica

Fase preparatória
Inicia-se com a mastigação do alimento e sua mastigação. Ocorre a preparação e organização do alimento, o qual será transportado no bolo alimentar.

Fase oral/bucal
Inicia-se após a preparação do bolo alimentar com o encerramento labial, propulsão do bolo e desmoldagem do reflexo de deglutição, com passagem do bolo alimentar para a faringe.

Fase faríngea
Inicia-se com a anteroinspiração faríngea, elevação e anteriorização da língua levando ao encerramento da epiglote e das pregas vocais, no sentido de proteger a via aérea respiratória inferior. Transporte do bolo para o esôfago.

Fase esofágica
Inicia-se com a abertura do reflexo esofágico superior, levando o bolo alimentar para o esôfago e posteriormente para o estômago.

O que é a disfagia?

85% das pessoas com ELA podem apresentar um quadro de disfagia.

A disfagia consiste numa alteração da deglutição que se caracteriza por alterações em qualquer fase entre as fases da deglutição, resultando numa diminuição do prazer em se alimentar ou em manter uma nutrição e hidratação adequadas.

Esta condição pode levar a um isolamento social da pessoa e dos seus familiares em situações que envolvam comer/beber.

Sinais e sintomas.

- Perda do alimento pela boca/nariz;
- Dificuldades na mastigação e manipulação do alimento;
- Sensação de alimento preso na boca e/ou na garganta;
- Alterações de sensibilidade;
- Touxes/coughs associados/relatados a alimentação;
- Necessidade de engolir várias vezes;
- Necessidade de pigmear;
- Voz rouca/desfalecida;
- Sinais de aspiração silenciosa: rubor na face, lacrimejar e estado subfebril;
- Infecções respiratórias frequentes;
- Cansaço durante/ após a deglutição.

Quando colocar PEG?

- Progressão do quadro de disfagia;
- Alimentação por via oral insuficiente para o aporte nutricional e hídrico;
- Histórico de infecções respiratórias e/ou pneumonias por aspiração.

Consulte a equipa multidisciplinar que o acompanha.

O terapeuta da fala na disfagia.

O TF faz uma avaliação clínica, funcional e instrumental, monitoriza o quadro de deglutição, identificando os sinais e sintomas e elaborando um plano terapêutico adequado.

Estratégias de facilitação: manobras posturais e respiratórias de deglutição;

Estratégias de compensação: posicionamentos, alterações de consistência, viscosidade e volume dos alimentos.

O TF e o Nutricionista poderão adaptar o plano alimentar e decidir as condições mais seguras.

Estas compensações poderão aliviar situações de cansaço e de perigo nos momentos de alimentação para a pessoa com ELA.

A PEG na ELA

85% das pessoas com ELA podem apresentar um quadro de disfagia em determinada fase do doente, contribuindo para a desidratação, fadiga e atrofia muscular.

A PEG diminui estes problemas, assegurando a manutenção do aporte nutricional e hídrico.

O que é a PEG?

A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é uma intervenção não cirúrgica. Consiste na colocação de uma sonda no estômago, a qual atravessa a parede abdominal permitindo a alimentação.

A sua colocação está associada a uma baixa morbilidade e a uma taxa de sucesso superior a 95%.

Indicação: Síndrome

Contra-indicação: Parado Abdominal

Quando considerar colocar uma PEG?

A PEG na pessoa com ELA deve ser colocada quando:

- A disfagia se torna gravemente progressiva;
- A alimentação por via oral é insuficiente para o aporte nutricional e hídrico.

Este progresso pode ser avaliado por uma equipa multidisciplinar, questionando diretamente o próprio e/ou os seus familiares/cuidadores.

Como identificar as necessidades de colocação?

- Quando há envolvimento dos músculos para a mastigação e manipulação do alimento na boca e na deglutição;
- Suspeita de quadro de aspiração;
- Aumento da fadiga/cansaço durante e após as refeições;
- Aumento do tempo das refeições superior a 40 minutos dependendo da consistência;
- Perda de peso, desidratação e desidratação (perda de peso entre 5% a 10% do peso inicial);
- Quando os momentos de alimentação deixam de ser uma altura de convívio e prazer a si próprio e para a família.

No momento da ponderação para a colocação da PEG, deve-se ter em consideração a progressão da insuficiência respiratória (capacidade vital forçada (CVF) e o estado geral da pessoa com ELA.

É comum ouvir-se:

“Se colocar PEG pela boca?”

A colocação da PEG não constitui fator impeditivo a uma alimentação total na percutânea oral.

- A PEG pode ser apenas um acesso alternativo à introdução de nutrientes, fluidos e medicação;
- O Terapeuta da Fala e o Nutricionista, ajudam a compreender quais os alimentos e consistências que podem continuar a ser ingeridos por via oral de forma segura.

Quando a PEG for uma opção, a pessoa com ELA e a sua família/cuidadores, têm o direito de serem informados sobre os riscos e os benefícios do procedimento, para posteriormente tomarem uma decisão informada e atempada.

Consulte a sua equipa multidisciplinar sobre este procedimento:

- Neurologista
- Gastroenterologista
- Terapeuta da Fala
- Fisiocapacista
- Enfermeiro
- Pneumologista
- Nutricionista
- Médico de Família
- Enfermeiro
- Outros profissionais de saúde relevantes

A realização deste procedimento no tempo adequado, está relacionada a uma melhoria do prognóstico e da qualidade de vida da pessoa com ELA e dos seus familiares/cuidadores.

Caso Clínico

dezembro 2022

- 1ª avaliação de TF;
- Disartria Hipocinética/Espástica Severa;
- Disfagia Orofaríngea Nível 3 FOIS com sonda nasogástrica devido a pneumonia por aspiração;
- Distonias de membros + oftalmoparesia;
- Marcha com ajuda de terceiros;
- Períodos demenciais muito ocasionais;
- PCF= 250 L/min;
- Intervenção centrada na deglutição (ETTg) + exercícios pneumofonoarticulatórios

Paciente do sexo masculino - 73A

Jardineiro - reformado

Paralisia Supranuclear Progressiva

1ºs sintomas: desequilíbrio com quedas

Cuidadora: esposa

Terapia da Fala 3x/semana 1h

domicílio

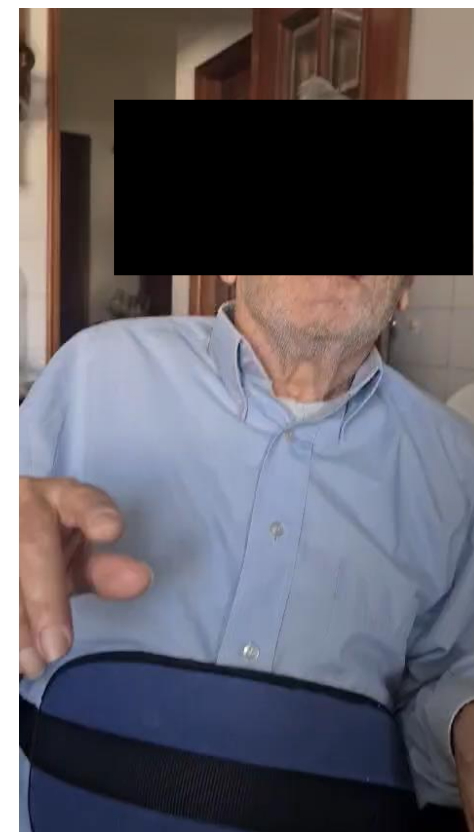
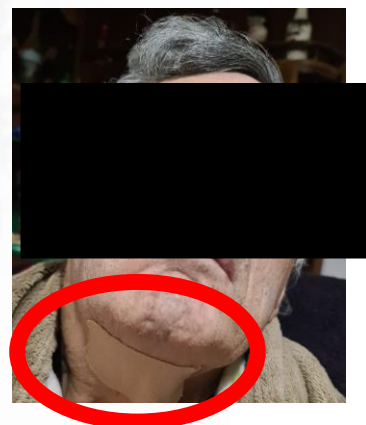
Caso Clínico

fevereiro 2023

- Encaminhado para pneumologia devido a exacerbação (secreções, tosse) - SpO2 89-94%
- Sialorreia + engasgos com secreções;
- Banda neuromuscular submandibular - sialorreia;
- Saída da sonda devido a expetoração constante;
- Coloca PEG no final do mês com restrição total alimentação via oral;
- Intervenção centrada na deglutição (ETTG) + exercícios

pneumofonoarticulatórios + CAA baixa tecnologia tabela ABC A5

acesso direto (dedo indicador direito)

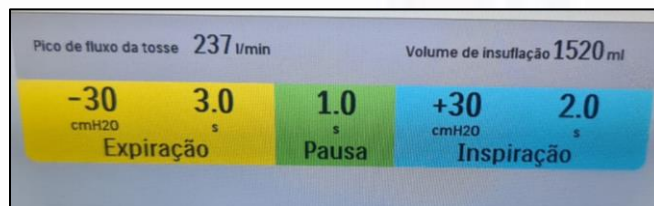


A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
U	V	X	W	Y	Z				
ESPAÇO									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
€	%	?	!	.	,	-	+	()	#

Caso Clínico

maio 2023

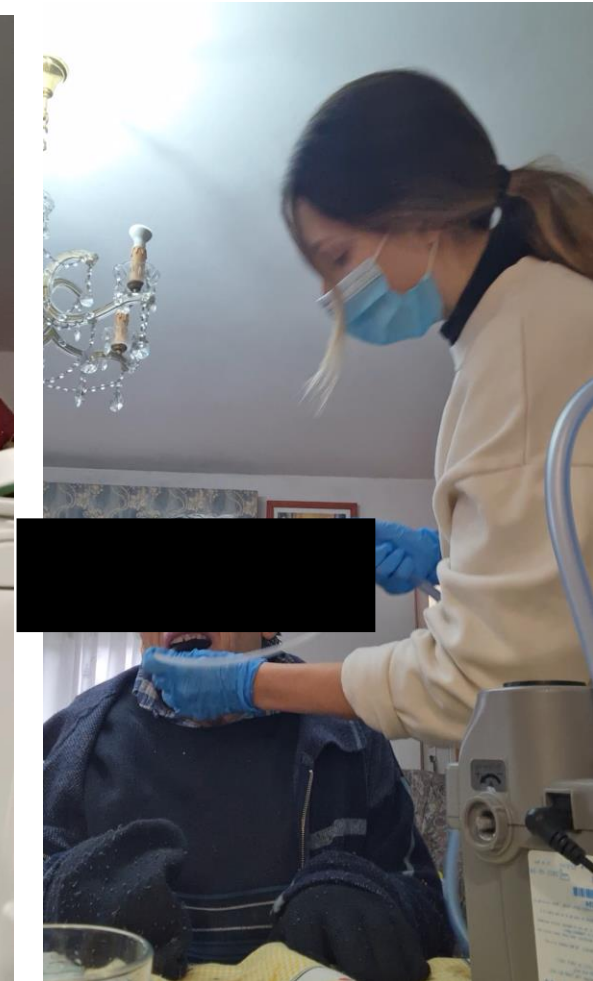
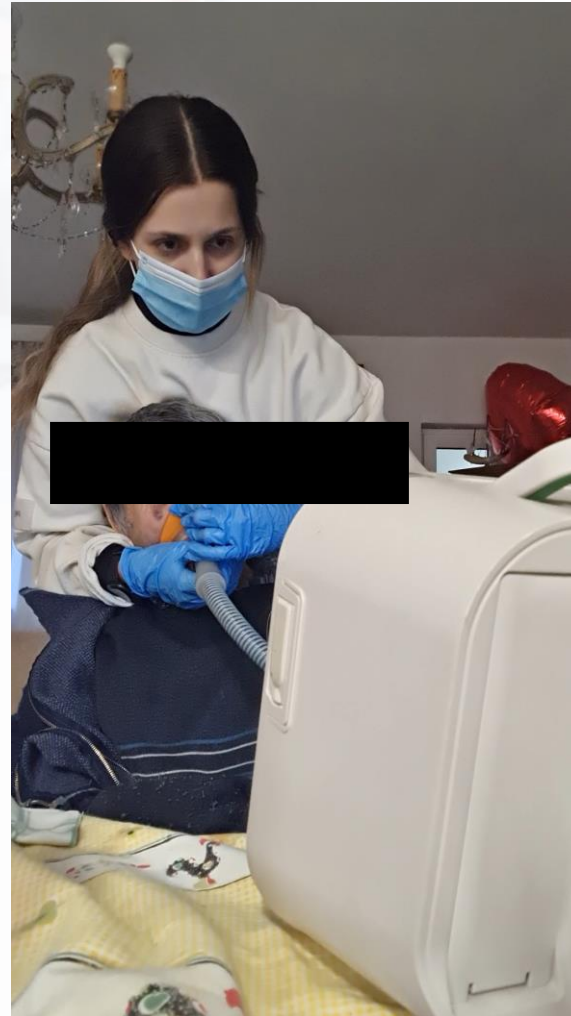
- Iniciou C.A. + aspirador de secreções;
- Anartria;
- Introdução do Acapella (curto período);
- Intervenção centrada na deglutição saliva (ETTG) + estiramentos linguais + exercícios pneumofonoarticulatórios + tabela baixa tecnologia imagens



Caso Clínico

dezembro 2023 até ao momento

- Períodos demenciais e agressividade mais frequentes;
- Resposta inconsistente à intervenção terapêutica;
- Nova cuidadora – capacitação;
- Início da sessão de TF com aspiração de



secreções

Dúvidas?

margarida_oliveira3@hotmail.com



967128601

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, Leners JC, Masiero S, Mateos-Nozal J, Ortega O, Smithard DG, Speyer R, Walshe M. (2016). European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging.*;11:1403-1428
<https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>;
- Furkim AM, Silva RG (1999). Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frontis Editorial.
- Inaoka C, Albuquerque C. (2014). Effectiveness of speech therapy in evolution of oral ingestion in patients with post stroke oropharyngeal dysphagia. *Rev. CEFAC.*;16(1):187-96. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201413112>.
- Rajati, F., Ahmadi, N., Naghibzadeh, Z.As. *et al.* (2022). The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: a systematic review and meta-analysis. *J Transl Med* **20**, 175. <https://doi.org/10.1186/s12967-022-03380-0>
- Silva, M. (2020) Caracterização e análise de custos da Disfagia Orafaríngea numa Unidade de Cuidados Continuados de média Duração e Reabilitação. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/17713/1/DM_MartaSilva.pdf