

REVISTA VOL XI,
NÚMERO 02, ANO
2021
ISSN 2238-4111

RESC

Revista Eletrônica Saúde e Ciência

EDIÇÃO ESPECIAL

PÓS-GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA:
NEONATAL E PEDIÁTRICA

PÓS-GRADUAÇÃO EM DISFAGIA E
FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR



Editor Chefe

Giulliano Gardenghi (Goiás)

Conselho Editorial

Acácia Gonçalves Ferreira Leal (Goiás)

Adriano Jabur Bittar (Goiás)

Adroaldo José Casa Júnior (Goiás)

Alessandra Carneiro Dorça (Goiás)

Alessandra Noronha (Goiás)

Alexandre Galvão da Silva (São Paulo)

Allancer Carvalho Nunes (Goiás)

Ana Cristina Silva Rebelo (Goiás)

Andrea Thomazine Tufanin (Goiás)

Cristiane de Almeida Nagata (Goiás)

Érika Chediak Mori (Goiás)

Fabíola Maria Ferreira da Silva (Distrito Federal)

Fernanda Nora (Goiás)

Gabriela Lopes dos Santos (Goiás)

Geovana Sôffa Rézio (Goiás)

Geruza Naves (Goiás)

Gisela Arsa da Cunha (Mato Grosso)

Isabelle Rocha Arão (Goiás)

Jefferson Petto (Bahia)

Lílian Christina Oliveira e Silva (Goiás)

Linda Moreira Fernandes (Goiás)

Lorena Carla Oliveira (Goiás)

Lorena Cristina Curado Lopes (Goiás)

Luciana França Ribeiro (Distrito Federal)

Maria Aparecida Sumã Pedrosa Carneiro (Goiás)

Marília Rabelo Holanda Camarano Harger (Goiás)

Mateus Camaroti Laterza (Minas Gerais)

Mauricio Silveira Maia (Goiás)

Natália Cristina Azevedo Queiroz (Goiás)

Nayara Rodrigues Gomes (Goiás)

Onésia Cristina Oliveira Lima (Goiás)

Rafaela Noletto dos Santos (Goiás)

Renata Teles Vieira (Goiás)

Ricardo Moreno (Distrito Federal)

Rosana de Moraes Borges Marques (Goiás)

Silvana Alves (Rio Grande do Norte)

Thaís Bandeira Riesco (Goiás)

Thays Candida Flausino (Goiás)

Thereza Cristina Abdalla (Goiás)

Thiago Silva Almeida de Souza (Distrito Federal)

Viviane Manoel Borges (Goiás)

Wladimir Musetti Medeiros (São Paulo)



Sumário

PREFÁCIO - Lillian Christina Oliveira Silva _____ 5

COMUNICAÇÕES BREVES

Instrumentos de uso livre para rastreamento/triagem de indicadores de desenvolvimento infantil e do transtorno espectro autismo (Maria Vitória Fernandes de Freitas, Lillian Christina Oliveira Silva) _____ 6-10

Intervenção fonoaudiológica em crianças com apraxia de fala (Franciely Martins, Lillian Christina Oliveira Silva) _____ 11-15

Prazer oral e disfagia em cuidados paliativos (Renata Rita Ribeiro, Lillian Christina Oliveira Silva) _____ 16-21

Atuação fonoaudiológica na disfagia infantil (Gabriela Moura Gontijo, Lillian Christina Oliveira Silva) _____ 22-28

Atuação fonoaudiológica no aleitamento materno em bebês com fissura labiopalatina (Priscila Alessandra de Oliveira, Lillian Christina Oliveira Silva) _____ 29-32

Método ABA no tratamento do autismo: contribuição da fonoaudiologia (Monick Jordana Mendonça Neves, Lillian Christina Oliveira Silva) _____ 33-37

Contribuições da Fonoaudiologia aos pacientes com a Doença de Parkinson (Juliana Maria Henrique Cardoso, Lillian Christina Oliveira Silva) _____ 38-43

Disfagia em idosos e o papel da fonoaudiologia (Manuella Arantes de Carvalho, Lillian Christina Oliveira e Silva) _____ 44-50



REVISTA VOL XI,
NÚMERO 02, ANO
2021
ISSN 2238-4111

ARTIGOS DE REVISÃO

Engasgos em crianças e lactentes: uma revisão integrativa (Natália Oliveira de Sousa Conceição, Lillian Christina Oliveira e Silva, Adgildo dos Santos Pereira) _____51-70

Disfagia em idosos com transtornos neurocognitivos (Renato Dias Freire, Lillian Christina Oliveira Silva) _____71-90



Prefácio

Lillian Christina Oliveira Silva

Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2001). Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá (2003). Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (2018). Coordenadora da área de Fonoaudiologia da Faculdade CEAfi.

Endereço eletrônico para correspondência: coordenacao.fono@ceafi.edu.br

Atualmente a Fonoaudiologia vem mostrando através das pesquisas e publicações científicas, que a prática baseada em evidências favorece o conhecimento das melhores interferências e uso de habilidades mais seguras para sua atuação. Para uma intervenção ativa, é necessário uma boa avaliação, tratamento e/ou reabilitação cuidadosamente planejados, com intuito de trazer benefícios ao paciente e, consequentemente, à sua qualidade de vida.

A disfagia é uma manifestação clínica que acompanha diversas doenças, desde o recém-nascido ao idoso, onde a atenção à saúde deve ser prestada de forma multiprofissional, construindo e delineando as abordagens terapêuticas assertivas no acompanhamento do paciente.

Com o propósito de atualizar os avanços da atuação do profissional fonoaudiólogo, nesta edição especial, apresentaremos uma visão ampla sobre vários temas relacionados à disfagia e neonatologia/pediatria.

Que essa leitura possa acompanhar o entendimento da disfagia em condições diferentes e que as evidências demonstradas aqui contribuam para sua atuação profissional. Desejo uma boa leitura a todos e que esta edição permita aos leitores adquirir mais visões sobre os temas aqui abordados!

Agradecimento aos alunos da Pós-graduação Lato Sensu em Disfagia com enfoque hospitalar e da Pós-graduação Lato Sensu em Fonoaudiologia Neonatal e Pediátrica da Faculdade CEAfi.

Comunicação breve

Instrumentos de uso livre para rastreamento/triagem de indicadores de desenvolvimento infantil e do transtorno espectro autismo

Free-to-use instruments for tracking/triage indicators of child development and autism spectrum disorder

Maria Vitória Fernandes de Freitas¹, Lillian Christina Oliveira Silva²

1. Fonoaudióloga, Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2019.

2. Fonoaudióloga, Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2001). Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá (2003). Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (2018).

Endereço eletrônico para correspondência: vitoria.fono@outlook.com

O autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta déficits persistentes na comunicação social e na interação social em vários contextos (como nas linguagens verbal ou não verbal e na reciprocidade socioemocional), padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e/ou atividades. Também podem apresentar hiposensibilidade ou hipersensibilidade a estímulos sensoriais. Os sintomas estão presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não estar manifestos até que as demandas sociais ultrapassem as capacidades limitadas ou podem ser escondidos por estratégias aprendidas mais tarde na vida)¹. O médico pediatra, neurologista pediátrico ou psiquiatra infantil fará o diagnóstico baseado nas conversas com os pais e observações dos sintomas descritos no DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)¹. Não existem exames de imagens e laboratório que confirmem o autismo, sendo um

diagnóstico exclusivamente clínico feito pela observação da criança em diversos ambientes e aplicação de instrumentos de triagem e diagnóstico.

Instrumento(s)	Formato	Nível	Tipo de respondente	População-alvo
(1) ADEC <i>Autism Detection in Early Childhood</i>	Interativo (16 itens)	2	Psicólogos treinados em aplicar o instrumento	Crianças com 12-36 meses de idade
(2) BISCUIT-I <i>Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits</i>	Escala (62 itens)	2	Profissionais da área de saúde	Crianças com 12 meses de idade
(3) CHAT <i>Checklist for Autism in Toddlers</i>	Questionário (9 itens) + Observação (5 itens)	1	Pais/responsáveis (questionário) e profissionais (observação);	Crianças com 18 meses de idade
(4) CHAT-23 <i>Checklist for Autism in Toddlers</i>	Questionário (23 itens) + Observação (5 itens)	1	Pais ou responsáveis	Crianças entre 18-24 meses de idade
(5) ESAT <i>Early Screening of Autistic Traits Questionnaire</i>	Questionário (14 itens)	1	Pais/responsáveis	Crianças entre 14-15 meses de idade
(6) FYI <i>First Year Inventory</i>	Questionário (63 itens)	1	Pais/responsáveis	Crianças com 12 meses de idade
(7) M-CHAT <i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>	Questionário (23 itens)	1	Pais/responsáveis ou cuidadores	Crianças entre 16-30 meses de idade
(7a) M-CHAT+FUI <i>Modified Checklist for Autism in Toddlers with Follow-up Interview</i>	Questionário (23 itens) + Entrevista	1	Pais/responsáveis ou cuidadores	Crianças entre 16-30 meses de idade
(7b) M-CHAT/R-F <i>Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up</i>	Questionário (23 itens) + Entrevista	1	Pais/responsáveis ou cuidadores	Crianças entre 16-30 meses de idade
(8) POEMS <i>Parents Observation of Early Markers Scale</i>	Observação (61 itens)	2	Pais/responsáveis ou cuidadores	Crianças entre 1-24 meses de idade
(9) RITA-T <i>Rapid Interactive Screening Test for Autism in Toddlers</i>	Interativo (9 itens)	2	Profissionais de saúde	Crianças entre 18-36 meses de idade
(10) STAT <i>Screening Tool for Autism in Toddlers & Young Children</i>	Interativo (12 itens)	2	Profissionais com experiência em autismo	Crianças entre 24-36 meses de idade
(11) <i>Toddler Autism Questionnaire</i>	Questionário (15 itens)	1	Pais/responsáveis ou cuidadores	Crianças entre 18-26 meses de idade

Existem instrumentos com Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) em todo mundo que podem ser utilizados por profissionais de diversas áreas². Alguns dos principais instrumentos de triagem e diagnóstico aceitos mundialmente são:

Tabela 1 - Categorização dos Instrumentos- FONTE: BORSA e SEIZE. 2017²

Estes instrumentos, oferecem informações que levantam a suspeita de sinais de alerta para o autismo, sendo necessário o devido encaminhamento para que o diagnóstico propriamente dito seja realizado pela equipe multiprofissional treinada e capacitada.

Os instrumentos podem ser classificados por duas características: o formato e o nível. No que se refere ao formato, pode ser escala e/ou questionário. A respeito dos níveis, considera-se Nível 1 aquele que tem como finalidade a identificação de crianças com sinais de alerta para risco do autismo na população geral e de Nível 2, aqueles aplicados para identificar crianças com sinais de risco do autismo entre os que já apresentam quadros de problemas de desenvolvimento. Existem muitos instrumentos de rastreio e o uso combinado deles trará mais efetividade no processo de avaliação do transtorno².

No Brasil os IRDI consistem em um instrumento de observação e inquérito que pode ser usado no rastreamento do desenvolvimento, criados e validados por um grupo de especialistas brasileiros, os IRDI são de uso livre pelos profissionais de saúde para uso na Atenção Básica. O instrumento para rastreamento tem como objetivo identificar os sinais precoces de risco do autismo e não de diagnosticar o transtorno³.

O instrumento de rastreio validado e de uso livre no Brasil é o *modified checklist for autism in toddlers* (M-CHAT). O teste é composto por 23 questões do tipo sim/não, que devem ser respondidas pelos pais de crianças entre 16 e 30 meses de idade que estejam acompanhando o filho em uma consulta pediátrica, entretanto o instrumento de rastreio pode ser utilizado por qualquer

profissional de saúde. O teste contém questões relacionadas a: interesses da criança no engajamento social; à habilidade de realizar e manter o contato visual; à imitação; à brincadeira repetitiva e simbólica, ao uso do contato visual e de gestos e fala para direcionar a reciprocidade ao parceiro³.

A avaliação pelo M-CHAT é obrigatória em atendimentos para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Lei 13.438/17⁴. O objetivo da avaliação não é apenas o diagnóstico, mas a identificação de habilidades da criança e de sua família, que é alcançado por meio das equipes o que elas têm em conhecimento em seus respectivos campos de atuação de forma interdisciplinar.

O diagnóstico envolve a identificação de atrasos do desenvolvimento (principalmente na díade da interação social e da linguagem), necessidade do diagnóstico diferencial, a identificação de habilidades quanto de déficits, é de suma importância que se mantenha uma equipe de, no mínimo, psiquiatra e/ou neurologista e/ou pediatra, psicólogo e fonoaudiólogo.

O não acompanhamento adequado, da família ou equipe de saúde, quando surgem os primeiros sinais de atraso no desenvolvimento podem incorrer em: atraso no diagnóstico, muitas crianças permanecem sendo diagnosticadas tardiamente sem a chance de participar de um programa de intervenção especializada precocemente que oportunize uma evolução e melhor prognóstico em seu quadro clínico. Recomenda-se, portanto, que haja uma disseminação dos testes de rastreio nas equipes básicas de saúde e que seja facilitado o acesso das famílias a esses profissionais.

A fonoaudiologia nesse processo, tem como objetivo juntamente com a intervenção precoce adquirir, desenvolver e aprimorar as habilidades comunicativas no autismo, desenvolvimento de habilidades sociais e a autonomia, compreender e utilizar a comunicação verbal e não verbal para iniciar e desenvolver habilidades de conversação, desenvolver trocas sociais por meio da comunicação e da interação com os pares. A intervenção intensiva e individualizada ajuda a diminuir o isolamento social que pode ser fruto das dificuldades de comunicação.

Referências

- 1- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 2- Seize MM, Borsa JC. Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: revisão sistemática. Psico-USF, v. 22, n. 1, p. 161-176, 2017. [Acesso em 19 de junh 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/DmJB3M7FMTYZqXHRRKDtchm/abstract/?lang=pt>
- 3- Brasil - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [Acesso em 19 de jun 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf
- 4- BRASIL. Lei 13.438/17. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília/DF.2017. [Acesso em 19 de jun 2021]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13438-26-abril-2017-784640-publicacaooriginal-152405-pl.html>

Comunicação breve

Intervenção fonoaudiológica em crianças com apraxia de fala

Speech therapy intervention in children with speech apraxia

Franciely Martins¹, Lillian Christina Oliveira Silva²

1. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2018.

2. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2001. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, 2003. Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2018.

Endereço eletrônico para correspondência: fmsfono@gmail.com

A apraxia de fala tem como definição sendo um transtorno de comunicação causado pela dificuldade na articulação oral, devido ao comprometimento da capacidade de programar de forma voluntária a posição da musculatura dos órgãos fonoarticulatórios e na sequência dos movimentos musculares para a produção de fonemas e palavras, podendo os ser realizados automaticamente, mas não voluntariamente¹.

Especificamente, a apraxia de fala infantil (AFI) pode ocorrer como consequência de um comprometimento neurológico conhecido, em associação com distúrbios neurocomportamentais complexos de origem conhecida ou desconhecida, ou como um distúrbio do som da fala neurogênico idiopático. Esse comprometimento central no planejamento e/ ou programação de parâmetros espaço-temporais das sequências de movimento resulta em erros na produção e na prosódia dos sons da fala¹.

Este transtorno de fala começou a ser estudado a partir das dificuldades encontradas no diagnóstico e tratamento de alterações de fala na infância com prognóstico desfavorável. Existem diversas terminologias usadas como sinônimos nos estudos envolvendo apraxia de fala infantil, dentre elas destacam-se: apraxia de fala desenvolvimental (*Developmental Apraxia of Speech – DAS*), dispraxia verbal desenvolvimental (*Developmental Verbal Apraxia – DVD*) e apraxia da fala na infância (*Childhood Apraxia of Speech – CAS*)².

Este atraso no desenvolvimento inicial linguístico, pode desencadear déficits em várias áreas de domínios linguísticos, como, semântica, pragmática e sintaxe, e podendo prejudicar, inclusive, a linguagem escrita. Os sinais de AFI são apresentados desde o nascimento da criança, como o relato de pais que seus filhos são bebês silenciosos, a falta de interação com as pessoas ao redor e que apesar de compreender o que lhe é falado, mas o mesmo não consegue expressar, a utilização dos primeiros vocábulos tende a acontecer de forma tardia, assim como a emissão das primeiras sentenças².

Para executar os movimentos necessários para a emissão da fala, é imprescindível uma boa coordenação motora fina e de movimentos alternados das extremidades corporais e da língua. Porém ainda existe pouco conhecimento sobre os sinais de risco para AFI apresentados antes dos dois anos de idade, que poderiam ser utilizados para um diagnóstico precoce².

A partir dos estudos sobre a apraxia da fala na infância na década de 1970, fonoaudiólogos pontuam o fato de crianças com apraxia de fala não progredirem ou progredirem minimamente na terapia fonoaudiológica convencional. Dois dos seus marcadores diagnósticos: o primeiro está

relacionado à programação voluntária da fala (e.g. uma tarefa de repetição de palavras ditadas por outra pessoa); o segundo marcador refere-se à inconsistência de erros dos sons da fala, em que indivíduo pode produzir corretamente uma palavra em determinada situação e, com erros, em outra³.

Há um consenso na literatura ao descrever e caracterizar a apraxia de fala, assim como relatar a importância de procedimentos terapêuticos que utilizem os princípios da aprendizagem motora para adquirir o controle e/ ou melhorar sua precisão e sua consistência na programação ou planejamento da fala; assim, o alcance da produção de palavras e bem como sua correspondência ponto a ponto com as convenções definidas pela comunidade verbal são possíveis a partir de ensaios repetitivos (programação e planejamento). A produção da fala que possa ser compreendida pelo ouvinte é um dos principais alvos da investigação e intervenção fonoaudiológicas³.

Diferentes são as possibilidades de intervenção, destacando a complexidade dos casos bem como processos terapêuticos difíceis e demorados. Embora seja um distúrbio de domínio linguístico-fonológico, os processos terapêuticos que enfatizam somente essa perspectiva não são totalmente eficazes na clínica fonoaudiológica, porque os aspectos essencialmente articulatórios não são reforçados o suficiente, necessitando de perspectivas terapêuticas mistas para serem mais efetivas nas intervenções em quadros de apraxia³.

As crianças com diagnóstico de apraxia de fala na infância podem apresentar sinais desde os primeiros meses de vida, com dificuldades na utilização das habilidades motoras finas e dificuldades no período pré-linguístico,

com escassa vocalização, quanto no período linguístico, ou seja, com vocabulário expressivo abaixo do esperado para a idade cronológica¹.

O atendimento de crianças com apraxia de fala da infância é um tratamento a longo prazo, necessita ser um trabalho individualizado e multiprofissional. Com a intervenção terapêutica pode haver uma melhora das habilidades comunicativas, mas é importante levar em consideração outros fatores, como a gravidade do quadro e a idade da criança, e para um bom progresso é importante a participação da família e todos os envolvidos no trabalho de desenvolvimento do mesmo, por isso o profissional deve se sensibilizar em programar um suporte de orientação aos pais e escola pois os professores também necessitam de orientações.

A fonoaudiologia vem contribuir nessa intervenção, onde a terapia deve envolver a utilização dos princípios da aprendizagem motora, com foco na atenção, repetição, pistas sensoriais, tátil, proprioceptivas, visuais, cognitivas e auditivas, respeitando os padrões sensoriais e as necessidades apresentadas por cada criança

sempre dando o feedback. A intervenção fonoaudiológica trará um resultado satisfatório de acordo com uma proposta de tratamento individualizado e baseado em pistas multissensoriais.

Referências

1. Braz CH, Gonçalves LF, Oliveira AM, Haas P. Sinais de risco para apraxia de fala na infância: revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*. 2020;6(9):71593-71608.
2. Payão LMC, Lavra-Pinto B, Wolff CL, Carvalho Q. Características clínicas da apraxia de fala na infância: revisão de literatura. *Letras de Hoje*. 2012;47(1):24-9.



3. Silva RS, Coêlho JF, Vasconcelos ML, Delgado IC, Alves GAS. Análise da intervenção fonoaudiológica em apraxia de fala na síndrome de Down: um estudo de caso. *Distúrb. Comum*. 2020;32(4):658-68.

Comunicação breve

Prazer oral e disfagia em cuidados paliativos

Oral pleasure and dysphagia in palliative care

Renata Rita Ribeiro¹, Lillian Christina Oliveira Silva²

1. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2018.

2. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2001. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, 2003. Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2018.

Endereço eletrônico para correspondência: fonorenataribeiro@gmail.com

Conforme o aumento da expectativa de vida nas últimas décadas, com tecnologias avançadas que aumentam a sobrevida e diante de uma vasta gama de doenças que em seu processo avançado ameaçam a continuidade da vida, a morte deixou de ser apenas um episódio e sim encarada como parte do processo da vida¹. Atualmente, no Brasil tem-se aumentado os índices de comunicação e transição dos cuidados curativos para cuidados paliativos, onde o mesmo visa proporcionar conforto, minimizar o sofrimento e garantir qualidade de vida, conforto e seguridade diante da finitude da vida ou de uma doença progressiva e incurável¹⁻³.

Cuidados Paliativos segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), se caracteriza por abordagens que objetivam a garantia qualidade de vida dos pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a vida, buscando prevenir e aliviar o sofrimento por meio da identificação precoce e do manejo correto da dor e de outros problemas sejam eles de caráter físico, psicossocial

ou espiritual. Essa abordagem permite auxiliá-los no enfrentamento e vivência do processo de morte, conhecendo seus anseios, vontades e necessidades³⁻⁵.

Há uma infinidade de doenças que se enquadram nos cuidados paliativos como as doenças neurológicas, neurodegenerativas, oncológicas, cardíacas, respiratórias, além de outras, e no mais recente as complicações pós covid, que podem causar alterações sistêmicas severas³⁻⁶. Essas doenças podem evoluir com alterações de deglutição e comunicação, comprometendo a qualidade de vida, não somente do paciente, mas também de seus familiares³⁻⁵.

A alimentação e hidratação por via oral, para nós seres humanos, vai além da sobrevivência como para as demais espécies, é um hábito que se torna parte de um ritual cultural e afetivo, que envolve partilha de momentos e nos propicia prazer, ligados por memórias gustativas ao nosso sistema nervoso central que intervém com estímulos sensoriais ocasionando o aumento de endorfina, sua interrupção ou a realização por uma via alternativa, traz conflitos internos e externos ao paciente e seus familiares, por outro lado, a via oral ocorrendo com dificuldade acarreta stress, desconforto e recusa, trazendo grande incômodo e desalento⁷.

A disfagia é um sintoma de uma doença de base, se caracteriza pela dificuldade de conduzir conteúdo da boca como a saliva, líquidos ou alimentos, até o estômago, culminando no aumento do risco de pneumonias broncoaspirativas, em déficits nutricionais e de hidratação, impactando no prolongamento do tempo de internação, diminuindo assim a qualidade de vida. Além disso, impacta diretamente no meio socioafetivo, no emocional e na relação que cada ser tem com o prazer que a alimentação traz⁸.

Alguns fatores interferem diretamente na biomecânica da deglutição, conforme a evolução da doença, além da presença de dor, e encontramos sintomas como a dispneia, a xerostomia, a mucosite, a disgeusia, entre outros, impactando nas fases da deglutição e levando a dificuldades como a sensibilidade oral, alterando desde a captação do conteúdo, no tempo de trânsito oral, até a sua passagem pelo cricofaríngeo, podendo aumentar os riscos de engasgo e regurgitação, bem como na penetração ou aspiração laringotraqueal³⁻⁸.

O fonoaudiólogo é um profissional apto que compõe a equipe multidisciplinar na abordagem dos cuidados paliativos, e visa estabelecer a comunicação entre equipe, família e paciente, além de garantir a segurança da alimentação, minimizando o sofrimento, otimizando a qualidade de vida e bem-estar. Nessa assistência extensiva, cabe ao mesmo avaliar, indicar estratégias facilitadoras e minimizar os impactos negativos em relação a disfagia e a comunicação ineficiente, conforme descrito no Conselho Federal de Fonoaudiologia⁹.

Como parte da equipe assistencial desses pacientes, o fonoaudiólogo, deve considerar e estar ciente dos desejos e do processo de decisões ou diretivas antecipadas de vontade em relação ao tipo de tratamento, na escolha dos procedimentos e nos cuidados assistenciais respeitando a crença e realidade clínica do paciente. Compete ao mesmo indicar a melhor via, a liberação ou suspensão da dieta por via oral, respeitando a vontade do paciente e esclarecendo os riscos e orientando quanto ao processo de deglutição^{8,9}.

Estudos relatam que a alimentação por via oral é a escolha mais indicada pelo indivíduo que recebe os cuidados paliativos, e que a indicação do uso de

via alimentar alternativa, como a sonda nasoentérica, além de trazer grande desconforto, gera pouco ou nenhum benefício em relação a qualidade de vida em determinadas doenças, como em demências avançadas, sendo bastante relacionada ao delirium, necessidade de contenção mecânica e aumento do risco de broncoaspiração e complicações gastrointestinais¹⁰⁻¹².

A indicação de via alternativa de alimentação como a sonda nasoentérica, a gastrostomia ou em casos raros como a via parenteral, varia de acordo com a doença, o estágio que se encontra e a funcionalidade do sistema de deglutição e digestão do paciente, sendo em alguns casos a sua necessidade como medida de conforto e até como via para administração medicamentosa^{7,12}.

Tendo em vista que o foco do fonoaudiólogo como integrante da equipe de cuidados paliativos, perante pacientes com disfagia, objetiva proporcionar satisfação, prazer e conforto durante a alimentação, além de garantir um processo de comunicação facilitador, a fim de garantir autonomia ao indivíduo; é de extrema importância sua atuação, para viabilizar o conforto e a possibilidade de o paciente realizar suas vontades e expressar seus desejos no trajeto ou desfecho final de vida¹².

Nesse sentido, a atuação do fonoaudiólogo, visa contribuir no gerenciamento das disfagias, na educação continuada para os familiares e sua rede de apoio, indicando a postura adequada, intervindo com estratégias de compensação para uma deglutição de forma segura, no manejo do risco de broncoaspiração, podendo modificar e adaptar volumes, consistências e utensílios que facilitem o processo alimentar, concomitantemente na associação de manobras facilitadoras e no controle da hidratação oral adequada para cada caso¹³.



Vale destacar que diante dessa finitude de vida, além de priorizar os desejos, incumbe a reavaliação diária da seguridade da alimentação por via oral, e que todo esse processo se dá com a integração de uma equipe interdisciplinar, voltado o olhar ao paciente de forma holística, minimizando o sofrimento, se abstendo de métodos invasivos, garantindo os cuidados integrais, assegurando que seu processo de morte seja digno e respeitado.

Tendo em vista que o processo alimentar é presente como parte de toda nossa vida, que são representadas por memórias gustativas e de experiências que temos com o alimento, armazenadas em áreas cerebrais importantes e manifestando em reações a estímulos diversos, quando se é encontrado alterações que irrompem esse processo e diante de doenças que cursam a uma finitude breve, o fonoaudiólogo contribui de forma importante, possibilitando a seguridade na ingesta por via oral, promovendo autonomia, minimizando os impactos negativos, prevenindo complicações e garantindo que o prazer oral seja de forma plena, possibilitando a realização dos desejos e vontades do paciente.

Referências

1. Hermes HR, Lamarca ICA. Palliative care: an approach based on the professional health categories. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(9):2577-88.
2. Borges MM, Junior RS. Communication in the Transition to Palliative Care: Review Article. *Rev. Bras. de Educação Médica*. 2014;38(2):275-282.
3. Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos [livro em formato eletrônico]. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. [acesso em 15 jan 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.org.br/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/>
4. Santos LB, Mituuti CT, Luchesi KF. Speech therapy for patients with oropharyngeal dysphagia in palliative care. *Audiol Commun Res*.2020;25(1):1-7.



5. Moreira MJS, Guimarães MF, Lopes L, Moreti F. Contributions of Speech-Language Pathology in Palliative and End-of-Life Care. *CoDAS*. 2020;32(4):1-3.
6. Tritany EF, Filho BABS, Mendonça PEX. Strengthening Palliative Care during the Covid-19 pandemics. *Rev.Interface Comunicação, Saúde e Educação*. 2021;25(1):1-14.
7. Soares DPS. Nutrir em fim de vida, quais os benefícios? [monografia/dissertação/tese]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra/UC;2016.
8. Barriguinha CIF, Mourão MTC, Martins JC. Communication and swallowing difficulties in palliative patients: patients, families and/or caregivers perspective. *Audiol Commun Res*. 2017;22(1):1-6.
9. Oliveira MCB. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Parecer sobre a atuação do fonoaudiólogo em cuidados paliativos, nº42, de 28 de fevereiro de 2016:1-2.
10. Esquível S, Sampaio JF, Teixeira da Silva C. Alimentar a vida ou sustentar a morte? Uma reflexão em equipe partindo de um caso clínico. *Rev. Port. Clín. Geral*. 2014; 30(1):44-9.
11. Luchesi KF, Silveira IC. Palliative care, amyotrophic lateral sclerosis and swallowing: a case study. *CoDAS*. 2018;30(5):1-6.
12. Luchesi KF, Soares AS, dos Santos Silva EAA, Melo JP, Trilha R. Dysphagia progression in a MELAS syndrome case: palliative care perspective. *Audiol Commun Res*. 2018;23(1):1-6.
13. Aguirre-Bravo AN, Sampillo-Pedroza R. Fonoaudiologia en los cuidados paliativos. *Rev. Fac. Med*. 2015;63(2):289-300.

Comunicação breve

Atuação fonoaudiológica na disfagia infantil

Speech therapy in childhood dysphagia

Gabriela Moura Gontijo¹, Lillian Christina Oliveira Silva²

1. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2017.

2. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2001. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, 2003. Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2018.

Endereço eletrônico para correspondência: gontijomgabriela@gmail.com

A disfagia infantil é definida como o distúrbio de deglutição em crianças, e seu contexto se expande muito além da prática assistencialista em saúde e pode estar relacionada ao aumento da morbimortalidade e associada às várias complicações nas crianças. É uma dificuldade no processo de deglutição que envolve a situação de alimentação do bebê, colocando em risco sua nutrição e saúde geral. Tal quadro pode ocorrer desde o início de vida, dificultando ou impossibilitando a amamentação, assim como outras formas de alimentação^{1,2}.

A deglutição é um complexo de movimentos sequenciais e síncronos que integram componentes musculoesqueléticos e nervosos, sendo dividida didaticamente em 4 fases: preparação oral, oral, faríngea e esofágica. Nesse complexo de movimentos, qualquer anormalidade neuroanatômica, que curse com alteração da deglutição é definida como disfagia. A avaliação da disfagia deve ser feita pelo estudo das suas fases, onde inúmeras vezes deparemos com

crianças que por diversos motivos apresentam uma desordem sensitiva e/ou motora do sistema estomatognático e apresentam a disfagia¹.

As possíveis causas da disfagia infantil são as doenças neurológicas, alterações estruturais (estreitamento de esôfago, língua grande, fissura labial ou lábio palatina, problemas dentários, problemas estruturais que tornas o processo de mastigação ou deglutição difícil), lesões musculares (distrofia muscular, acalasia), desordem do sistema nervoso (paralisia cerebral, meningite, encefalopatia), distúrbios gastrointestinais, prematuridade, problemas de coração e doenças das vias aéreas³.

As implicações desses problemas para a criança são desidratação ou estado nutricional débil, risco de aspiração (entrada de alimentos ou líquidos nas vias aéreas), pneumonia ou infecções respiratórias repetidas que podem levar a doença pulmonar crônica, além de geral um constrangimento ou isolamento em eventos sociais que incluem refeições³.

A disfagia infantil tem um espectro de apresentação muito ampliado em relação ao simples distúrbio de deglutição, onde sinais devem ser investigados na entrevista clínica como: emagrecimento, desnutrição, desidratação e até complicações respiratórias, como broncopneumonia por aspiração¹.

Na avaliação da disfagia infantil, o fonoaudiólogo tem papel fundamental na condução e na concretização das intervenções a serem propostas e realizadas. O reconhecimento precoce das alterações que concretizam a disfagia infantil é uma importante ação do fonoaudiólogo. O Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) é um instrumento desenvolvido no intuito de propor uma escala de risco e bem como classificar o grau de disfagia do paciente⁴.

O PARD é composto por 2 fases: uma que avalia a deglutição de água e outra que avalia a deglutição de alimento pastoso, sendo atribuído pontuações para o paciente durante o teste. O resultado dele permite classificar o paciente em 7 níveis, desde a deglutição normal até a disfagia orofaríngea grave⁴.

No contexto da disfagia infantil, outros instrumentos de triagem são propostos, dada as limitações impostas na obtenção de dados a respeito da deglutição, sendo que o examinador deve estar atento aos sinais que a população pediátrica manifesta no caso de distúrbios de deglutição.

Outro instrumento proposto na literatura conseguiu atender as exigências de triagem para disfagia infantil, superando as dificuldades de comunicação na população pediátrica, iniciando o caminho para que novas pesquisas no âmbito da disfagia infantil pudessem ser desenvolvidas⁵.

Este instrumento é o Instrumento de Rastreio Para o Risco de Disfagia Pediátrica (IRRD-Ped), que foi elaborado por fonoaudiólogos brasileiros e é composto por 23 questões, que englobam fatores de risco, história clínica e dados sobre a alimentação, as quais podem ser respondidas por sim ou não, sendo atribuídos pontos, com máximo de 31 ao todo⁵.

Os autores escolheram como ponto de corte para risco de disfagia um total igual ou maior que 5 pontos. Os estudos de aplicabilidade se mostraram promissores, com tempo estimado de 15min de aplicação, além de ser de baixo custo. Em termos estatísticos, encontrou-se como sensibilidade = 100% e especificidade = 80%, o que representa um excelente instrumento de rastreio no contexto da disfagia infantil⁵.

Além da identificação do risco para disfagia, o fonoaudiólogo tem um papel fundamental no tratamento e na escolha da abordagem terapêutica. Nesse

contexto, uma decisão importante é reconhecer quando a população pediátrica apresenta prontidão para alimentação via oral, sem riscos ou com minimização das possíveis complicações.

Devido ao aumento da ocorrência dos distúrbios da deglutição na população pediátrica e à importância desse sintoma, torna-se indispensável agrupar os conhecimentos sobre a terapia fonoaudiológica nessa população com o objetivo de aprimorar a intervenção fonoaudiológica em disfagia. Com o aumento da sobrevivência de crianças prematuras ou com comorbidades, houve um crescimento na incidência dos distúrbios da deglutição na população pediátrica, devido às sequelas de tratamento em unidades de terapia intensiva avançadas⁴.

Na abordagem da disfagia em crianças devemos considerar algumas particularidades dessa faixa etária com relação às estruturas participantes na deglutição, como: o seu crescimento e desenvolvimento, aprimoramento dos reflexos oromotores, maturação do comportamento alimentar; bem como algumas características que se relacionam com o ato da alimentação: a importância na relação mãe-filho, aquisição de nutrientes adequados para o crescimento somático e os efeitos da sucção não-nutritiva no desenvolvimento oromotor do paciente².

Atualmente, existe uma série de estratégias de tratamento que têm como objetivo facilitar e aprimorar a alimentação por via oral da população pediátrica com distúrbios de deglutição. A terapia de deglutição, para recém-nascidos e crianças, frequentemente envolve modificações na dieta, como: modificar a temperatura, volume e a consistência dos alimentos; estimulação oral para adequar a força e a coordenação motora oral; reduzir a velocidade da oferta do

alimento e adaptar equipamentos: variar o tamanho da colher e/ou o formato ou, ainda, o tamanho e o fluxo do bico da mamadeira, dependendo da aplicabilidade clínica de cada caso².

O tratamento da disfagia, parte do seu entendimento como complexo processo de coordenação mecânica e neurológica da deglutição, e tem como objetivos a redução das complicações relacionadas à disfagia e melhorar a qualidade de vida do paciente. Assim, podemos dividir o tratamento didaticamente em 3 grupos: tratamento direto da disfagia (vias alternativas de alimentação; reabilitação fonoterapêutica), tratamento clínico propriamente dito (abrange questões relacionadas a complicação, como broncopneumonia, DRGE) e tratamento cirúrgico (minoria das escolhas)¹.

A primeira necessidade da criança ao nascer relaciona-se com a respiração, e a segunda com a alimentação. No contexto da neonatologia, que cuida de recém nascidos pré-termos (RNPT), a alimentação via oral e o ganho ponderal são parâmetros primordiais no sucesso do desenvolvimento corporal. Nesse quesito, ressalta-se que a deglutição se encontra em processo de desenvolvimento e frequentemente o RNPT tem distúrbios de coordenação. Então, qualquer distúrbio na sucção, na coordenação respiração-deglutição, ou no controle neuro-muscular para a propulsão do leite materno pode desencadear uma situação de risco que deve ser diagnosticada e controlada⁶.

O desempenho da alimentação oral em RNPT através da técnica de treino da deglutição, é uma das mais utilizadas no tratamento da disfagia infantil. A estimulação precoce para alimentação via oral, mesmo considerando disfagia presente, permitiu menor tempo de internação, maior ganho ponderal⁶.

No contexto intra-hospitalar, dentro da unidade de terapia intensiva neonatal, vários fatores que podem interferir e cursar com a disfagia infantil em bebês, como a ausência ou debilidade de reflexos orais, reflexo de vômito exacerbado, irritabilidade severa, sialorréia, incoordenação sucção, deglutição e respiração além da dessaturação dos níveis de oxigenação. Dessas questões relacionadas ao comportamento motor oral, que englobam a disfagia, ocuparam cerca de 35% das demandas de atendimento fonoaudiológico⁷.

A abordagem da disfagia na pediatria está assumindo uma importância cada vez maior trazendo consigo a interdisciplinaridade que esta área exige. Em virtude da magnitude do impacto da disfagia em lactentes e crianças é imprescindível que o profissional de saúde esteja preparado para identificar os sinais e sintomas desse distúrbio para que seja realizada a avaliação e terapia indicada precocemente, para que se possa evitar ou minimizar complicações⁴.

O fonoaudiólogo tem um papel importante no atendimento holístico do paciente pediátrico, dada a magnitude da disfagia e suas complicações, e sua prática começa desde o início da vida. Sua atuação é primordial no reconhecimento precoce, escolha e tratamento e acompanhamento do quadro clínico, desempenhando, assim, assistência importante e primordial no atendimento clínico e reconhecida melhora na qualidade de vida do paciente infantil com disfagia.

Referências

1. Santoro PP. Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. Editorial II. Revista CEFAC. 2008;10(2):1-2.
2. Sant'Anna LC. Evidências científicas nas técnicas terapêuticas de reabilitação da disfagia neonatal: revisão sistemática. [monografia]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul;2013.



3. Ceron R. Disfagia Infantil. [periódico da internet]. 2018. [acesso em 02 ago 2021]. Disponível em: <https://blog.descobrindocrianças.com.br/2018/03/20/disfagia-infantil/>
4. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(3):199-205.
5. Etges CL, Barbosa LDR, Cardoso MCAF. Desenvolvimento do Instrumento de Rastreio Para o Risco de Disfagia Pediátrica (IRRD-Ped). CoDAS 2020;32(5):1-8.
6. Otto DM, Almeida ST. Desempenho da alimentação oral em recém-nascidos prematuros estimulados pela técnica de treino da deglutição. Audiol Commun Res. 2017;22(1):1-7.
7. Monti MMF, Botega MBS, Lima MCMP, Kubota SMP. Demanda para intervenção fonoaudiológica em uma unidade neonatal de um hospital-escola. Revista CEFAC. 2013;15(6):1541-51.

Comunicação breve

Atuação fonoaudiológica no aleitamento materno em bebês com fissura labiopalatina

Speech therapy in breastfeeding in babies with cleft lip and palate

Priscila Alessandra de Oliveira¹, Lillian Christina Oliveira Silva²

1. Fonoaudióloga, graduada pela Universidade de Brasília, 2017.

2. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2001). Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá (2003). Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (2018).

Endereço eletrônico para correspondência: prioliveira37@gmail.com

Dentre as principais más formações congênitas estão as fissuras labiais e/ou palatais, que ocorrem no período intrauterino, entre a sexta e a nona semana, no momento da fusão dos processos frontonasal e maxilar, podendo ter causas multifatoriais genéticas, não genéticas ou ambientais, associadas a síndromes e/ou anomalias^{1,2}.

As fissuras são classificadas de acordo com a estrutura acometida. As alterações que atingem somente lábio são classificadas como pré-forame incisivo, as alterações que atingem somente o palato isoladamente são chamadas de pós forame incisivo e aquelas que atingem o palato juntamente com o lábio são denominadas fissura transforame incisivo. Ainda dentro da classificação das fissuras consideradas pós-forame, encontram-se as fissuras submucosa e submucosa oculta que podem estar associadas com fissura de lábio ou síndromes².

É de suma importância o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os principais sintomas da fissura submucosa para a realização do diagnóstico precoce, e desta forma realizar uma intervenção a tempo de minimizar os agravos, e determinar uma conduta necessária para acompanhamento dos problemas de orelha média e alterações da fala decorrentes da deficiência velofaríngea, por exemplo^{1,2}.

Em alguns casos em que aparecem um ou todos os sinais da tríade, é necessário intervenção cirúrgica para correção das estruturas afetadas, porém, as cirurgias demonstram-se eficazes quando há diagnóstico e intervenção precoce³. Um dos fatores importantes para a realização das cirurgias primárias (queiloplastia e palatoplastia) é o estado nutricional do bebê, o que contribui também para que os procedimentos sejam executados na idade certa e redução das complicações pós operatórias⁴.

Dentre os principais sinais estão: alterações alimentares que incluem o refluxo nasal de alimentos no momento da deglutição e maior tempo no momento da mamada devido a fraca pressão intraoral negativa durante a sucção; alterações auditivas, pois há uma predisponibilidade a otites médias crônicas devido ao mau funcionamento da tuba auditiva devido a ineficiência do musculo tensor do véu palatino, essas otites médias podem levar a perdas auditivas condutivas senão tratadas adequadamente^{3,4}.

As dificuldades relacionadas ao aleitamento variam de acordo com o tipo de fissura apresentado, bem como o acometimento de determinadas estruturas, extensão e complexidade. Fissuras mais complexas como a pós-forame ou transforame exigem acompanhamento adequado pois devido as alterações estruturais o bebê necessita realizar maior esforço no momento da sucção que

por sua vez encontra-se ineficiente devido a fraca pressão intraoral. Alterações mais comuns são relatadas na literatura como episódios recorrentes de engasgo, regurgitação e/ou refluxo nasal, além das alterações funcionais, os bebês terão o volume de ingesta reduzido, aumentando o tempo de mamada e gasto energético, podendo acarretar ganho de peso inadequado, além disso, fatores podem acarretar o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e desnutrição^{1,3,4}.

O aleitamento materno em recém-nascidos portadores de algum tipo de fissura pode ocorrer com ou sem complementação. Os métodos mais utilizados para a complementação do aleitamento materno misto são mamadeira e copo, tendo sua indicação após a avaliação do fonoaudiólogo⁴.

A atuação fonoaudiológica na introdução da mamadeira, seja no aleitamento misto ou somente na mamadeira engloba uma série de adaptações com a realização de manobras, como por exemplo pressionar o bico da mamadeira na língua do bebê, realizar pressão e/ou apoio em região das bochechas ou mandíbula, visando facilitar a extração do leite através da sucção. Um dos principais benefícios do acompanhamento fonoaudiológico na adaptação da mamadeira ou no aleitamento materno exclusivo/misto é o favorecimento do crescimento facial, que trabalha diretamente toda a musculatura oral envolvida nos processos de sucção e deglutição^{1,3,4}.

A amamentação em seio pode ocorrer de forma mista com acompanhamento do fonoaudiólogo, em alguns casos, por falta de conhecimento dos profissionais da equipe multidisciplinar, a amamentação não ocorre. Além disso, a insegurança dos pais é fator contribuinte para o desmame

precoce desses bebês, justamente pela falta de conhecimento ou pela falta de orientações no momento do diagnóstico da fissura⁵.

O fonoaudiólogo é o profissional imprescindível na equipe que acompanha esses casos para avaliação adequada, programação estratégia terapêutica para cada caso específico, escolha do instrumento de complementação, orientações e treino da mãe no manejo da amamentação. É importante ressaltar que a condição de um bebê com fissura labiopalatina não inabilita a amamentação, visto que em muitos casos, os reflexos primitivos que são necessários para a realização da sucção e deglutição, estão preservados.

Referências

1. Di Ninno CQ, Moura D, Raciff R, Machado SV, Rocha CM, Norton Rd, Martins FA, Britto DB. Aleitamento materno exclusivo em bebês com fissura de lábio e/ou palato. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2011;16(4):417-21.
2. Spina V, Psillakis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. Rev Hosp Fac Med Sao Paulo. 1972; 27(1): 5-6.
3. Di Ninno CQ, Gonçalves KC, Braga MS, Miranda IC. Prevalência de fissura de palato submucosa associada à fissura labial. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2011;16(3):304-9.
4. Silva EB, Furia CLB, Di Silveira CQM. Aleitamento materno em recém-nascidos portadores de fissura labiopalatina: dificuldades e métodos utilizados. Revista Cefac. 2005;7(1):21-8.
5. Di Ninno CQMS, Gomes RO, Santos PG, Bueno MG, Galvão DA, Meira AL. O conhecimento de profissionais da área da saúde sobre fissura labiopalatina. Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2004;9(2):93-101.

Comunicação breve

Método ABA no tratamento do autismo: contribuição da fonoaudiologia

ABA method in the treatment of autism: contribution from speech therapy

Monick Jordana Mendonça Neves¹, Lillian Christina Oliveira Silva²

1. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2016.

2. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2001. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, 2003. Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2018.

Endereço eletrônico para correspondência: monick_jordana@hotmail.com

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é classificado como um transtorno do neurodesenvolvimento que se caracteriza, conforme a Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014), por um déficit qualitativo na linguagem e na interação social, podendo haver comportamento estereotipado e repetitivo e interesses restritos. Entre as particularidades do TEA pode-se encontrar o comprometimento da capacidade de comunicação do indivíduo¹.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DMS-V aponta que alguns dos critérios diagnósticos para o TEA são “déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos”, e ainda: “déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a normalidade no contato visual e linguagem corporal

ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal”¹.

Os déficits na comunicação social podem ter manifestações variadas e dependentes da idade, do nível intelectual, da capacidade linguística do indivíduo e da história de tratamento do mesmo. Os prejuízos podem variar desde a ausência total da fala, até a atrasos na linguagem, fala em eco, entre outros, e mesmo nos casos em que haja habilidade linguística formal (por exemplo, vocabulário e gramática) a linguagem para comunicação social recíproca é prejudicada¹.

A ABA (*Applied Behavior Analysis*), ou Análise do Comportamento Aplicada, citado pela primeira vez por Lovaas² no ano de 1987, pode ser definida como uma “ciência comportamental que utiliza princípios científicos sólidos no tratamento de pessoas com TEA”. Este método envolve o ensino de novos comportamentos através de uma sequência de programas de ensino para produzir resultados rápidos e gerenciáveis⁴, podendo envolver procedimentos de ensino como a tentativa discreta³.

Uma vez que o TEA pode afetar diferentes áreas do desenvolvimento, faz-se necessário a inclusão de diversos profissionais, como psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, e outros, através de uma mesma intervenção para que o desenvolvimento do indivíduo seja favorecido³. No entanto, é importante compreender como se dá o trabalho de cada uma das especialidades envolvidas no tratamento através da utilização da ABA⁴.

A intervenção do fonoaudiólogo tem importância fundamental no desenvolvimento da comunicação de portadores de TEA, sendo este profissional

o responsável por fazer com que o indivíduo seja capaz de utilizar a linguagem de forma funcional e interaja com o ambiente⁵.

Mukherjee et al.⁶ procuraram avaliar a eficácia da terapia ABA em 18 crianças com TEA relacionada as variáveis idade na admissão, duração da terapia e gravidade inicial dos sintomas. Eles obtiveram resultados significativos, nos quais a idade da criança no início da intervenção teve correlação negativa e a duração da terapia e a gravidade inicial dos sintomas teve correlação positiva com a eficácia da terapia. Desta forma, os autores concluíram que a terapia ABA é fundamental no desenvolvimento de crianças com TEA.

A ciência e a medicina consideram que o ABA é um tratamento baseado em evidências. Isso significa que o método passou por diversos testes científicos que demonstraram resultados positivos em qualidade e eficácia. Uma das partes mais importantes da aplicação do ABA é entender os antecedentes, ou seja, acontecimentos que costumam preceder os comportamentos; assim como as consequências, basicamente o que ocorre depois do comportamento⁷.

Os terapeutas do ABA, primeiramente identificam um comportamento específico a ser trabalhado e definem recompensas. Essas recompensas não precisam, necessariamente, ser algo de grande valor ou algo físico. Pode ser, por exemplo, um elogio, um período numa atividade que a criança goste, um brinquedo novo, entre outras coisas⁷.

O ABA não só pode, como precisa ser trabalhado além do consultório. Ou seja, a família e a escola precisam entender e conduzir suas interações com o autista utilizando o método ABA, por isso, o ambiente do lar e de estudos devem ser aliados nisso. A intervenção em ABA não se restringe a um conjunto de

intervenções que são aplicadas de forma uniforme a diferentes indivíduos e sim um vasto conjunto de tecnologias que devem ser utilizadas para compor uma intervenção individualizada, com revisões constantes para o estabelecimento e restabelecimento de novas metas e objetivos⁷.

Diante da singularidade de cada indivíduo, as intervenções disponíveis pela Análise Comportamental Aplicada possibilitam maximizar o potencial de cada cliente, identificando, de maneira eficiente, como ensinar e o que ensinar. Isso porque, a mudança do comportamento é feita de maneira planejada e individualizada⁷.

A intervenção do profissional fonoaudiólogo no tratamento de indivíduos com TEA é eficaz e apresenta resultados positivos como a produção da fala e o aumento na produção verbal funcional, contribuindo assim para o desenvolvimento do indivíduo. Os prejuízos na comunicação se encontram entre os principais sintomas do TEA e por esse motivo o desenvolvimento da habilidade de comunicação e da linguagem é de grande importância no tratamento de indivíduos diagnosticados com o transtorno.

O fonoaudiólogo está inserido nessa equipe multiprofissional e é o responsável por fazer com que o indivíduo seja capaz de utilizar a linguagem de forma funcional e interaja com o ambiente. São poucos os fonoaudiólogos especializados no tratamento do TEA, sendo o método ABA uma opção para a prática profissional de terapia. Cada área, com suas particularidades, promove o desenvolvimento do indivíduo que se submete à intervenção e garante não somente alcançar objetivos peculiares de cada vivência, mas, também, outros objetivos que transcendem o conhecimento clínico.

O trabalho conjugado poderá oferecer ao indivíduo com alteração de linguagem maior riqueza de oportunidades para efetivar seu discurso, dessa forma, podemos concluir que o atendimento multidisciplinar entre essas áreas, bem como outras intervenções, traz grandes benefícios tanto para a criança com TEA como para seus familiares, em busca de um objetivo comum: a construção de habilidades cognitivas, de comunicação e sociais.

Referências

- 1 - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Lovaas OI. Tratamiento conductual y funcionamiento educativo e intelectual normal em niños autistas. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987;55(1):3-9.
3. Silva MD, Soares ACB, Benitez P. Software mTEA: do desenho computacional à aplicação por profissionais com estudantes com autismo. Revista Brasileira de Educação Especial. 2020;26(1):51-68.
4. Silva M, Mulick JA. Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. Psicol. Cienc. Prof. 2009;29(1):116-131.
5. Ressurreição JO. Fonoaudiologia, musicoterapia e autismo. [monografia/dissertação/tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;2014.
6. Mukherjee S, Rupani K, Dave M, Subramanyam A, Shah H, Kamath R. Evaluation of effectiveness of integrated intervention in autistic children. The Indian Journal of Paediatrics. 2014;81(4):339-45.
7. Método ABA: conheça uma das terapias mais eficazes no tratamento do autismo. [periódico da internet]. 2020. [acesso em 02 ago 2021]. Disponível em: <https://www.autismoemdia.com.br/blog/metodo-aba-conheca-uma-das-terapias-mais-eficazes-no-tratamento-do-autismo/>

Comunicação breve

Contribuições da Fonoaudiologia aos pacientes com a Doença de Parkinson

Speech Therapy Contributions to Parkinson's Disease Patients

Juliana Maria Henrique Cardoso¹, Lillian Christina Oliveira Silva²

1. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2011.

2. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2001. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, 2003. Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2018.

Endereço eletrônico para correspondência: fonoudibr@gmail.com

A doença de Parkinson (DP) é um processo neurodegenerativo caracterizado clinicamente por bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural. Sua instalação é assimétrica e lentamente progressiva, com resposta favorável à levodopa. É determinada, principalmente, pela perda dos neurônios dopaminérgicos da porção compacta da substância negra. Sabe-se, atualmente, que não se manifesta somente por sintomas motores e que não se restringe ao comprometimento do sistema dopaminérgico, sendo considerada uma doença multissistêmica, envolvendo múltiplos neurotransmissores¹.

Em um conceito mais aprofundado, as características da Doença de Parkinson, se devem pela destruição de corpos celulares de neurônios que contêm melanina da parte compacta da substância negra (parte do mesencéfalo) e de outras estruturas localizadas no tronco encefálico. Estes neurônios são produtores de Dopamina e sua degeneração determina falta deste neurotransmissor para desempenhar as funções do sistema extrapiramidal, que é

responsável pelos movimentos automáticos, postura, tônus e aspectos psíquicos².

Evolui de forma crônica e progressiva, caracterizada especialmente por sinais motores, tais como tremor, rigidez muscular, bradicinesia (lentidão dos movimentos) e instabilidade postural. Porém também cursa com vasta sintomatologia não motora, tais como distúrbios cognitivos, psiquiátricos, autonômicos, gastrointestinais, distúrbio comportamental do sono REM (*Rapid Eyes Movement*), alterações no olfato, fadiga e dor³.

Outros sintomas não motores da doença de Parkinson, mas que se iniciam no decorrer da evolução, usualmente após 5 anos do diagnóstico, são disfunções comportamentais (ansiedade, depressão, psicose, disfunção cognitiva e demência), distúrbios do sono (insônia, sonolência excessiva diurna, síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono), disfagia, disfunções gastrointestinais (por exemplo, a sialorreia), disfunção sexual, urgência urinária, disfunções autonômicas cardiovasculares, termorregulatórias, respiratórias e dermatológicas, disfunções visuais, oculomotoras, olfatórias, vestibulares, dor, fadiga, alterações dentárias e maxilofaciais³.

Desta forma as alterações observadas categorizam-se em distúrbios motores (tremor de repouso, acinesia, parada motora), alterações do tônus (hipertonia plástica com sinal da roda denteada), anomalias posturais (perda dos reflexos posturais, dificuldade na recuperação da postura propulsão ou retropulsão, quedas frequentes), alterações autonômicas (hipotensão arterial ortostática como ao ficar em pé ou após alimentar-se), distúrbios psiquiátricos (depressão em 70% dos casos, distúrbios no sono e complicações comportamentais induzidas pelos medicamentos antiparkinsonianos, tipo

alucinações, delírios, manias, hipersexualidade), perdas cognitivas (desorientação visuoespacial, perdas sutis da memória, alentecimentos nas respostas e demência subcortical que ocorre em 20 a 40% dos casos)².

Devido à rigidez e à bradicinesia que a doença de Parkinson impõe, é comumente encontrada, no ponto de vista fonoaudiológico, as alterações de voz, articulação e deglutição; comprometendo consideravelmente a comunicação e a alimentação do indivíduo parkinsoniano⁴.

Além de alteração vocal, articulação disártrica, disfagia, também pode ser observado anosmia, rigidez laríngea, desordens posturais, associação de movimentos involuntários, além de irregularidade e fraqueza na respiração. O prejuízo no suporte respiratório traz consequências como diminuição de loudness, frases encurtadas, fala apressada e interrupções abruptas. As alterações laríngeas decorrentes da hipocinesia aparecem principalmente na forma de fenda fusiforme⁵.

A disfagia é um sintoma frequente na doença de Parkinson e costuma ocorrer em algum momento da evolução da doença, com aumento da frequência de acordo com a progressão e, sobretudo, com o surgimento da demência. A salivação é uma queixa frequente e que se associa à evolução da doença e à piora do desempenho da deglutição⁶.

A análise fluoroscópica indica menor anteriorização do hioide, redução do ângulo de rotação da epiglote e diminuição da velocidade de movimentação do hioide, da epiglote e das pregas vocais, indicando bradicinesia das estruturas faringolaríngeas durante a deglutição. Além disso, observam-se, com frequência, a movimentação anteroposterior da língua antecipando a ejeção do alimento, desorganização no controle oral no preparo do bolo, estase alimentar em

valéculas, faringe e região retrocricóidea, penetração laríngea e aspiração traqueal⁶.

Há quatro tipos de abordagens terapêuticas para o tratamento da doença de Parkinson, sendo a primeira a “sintomática”, onde se pode controlar as manifestações clínicas utilizando medicamentos para corrigir a falta da dopamina. Utiliza-se a Levodopa, bloqueadores de degradação enzimática da Dopamina (selegilina, inibidores da COMT), agonistas da Dopamina (bromocriptina, pergolida, apomorfina), amantadina e agentes anticolinérgicos².

A segunda abordagem é a “protetora”, onde se tenta preservar os neurônios utilizando medicamentos (selegilina) ou através de implantes cirúrgicos de neurônios (ainda em fase experimental). Temos também a abordagem de “controle das alterações comportamentais”, onde para a depressão são utilizados os antidepressivos tricíclicos, os inibidores da recaptação de serotonina e eletroconvulsoterapia. Para os distúrbios psiquiátricos procura-se reduzir a dose dos agentes dopaminérgicos e medicar com tioridazina, risperidona, clazapina, olanzapina, carbamazepina e valproato de sódio².

E a quarta abordagem é a “terapia reabilitadora” que praticamente em todos os casos, a psicoterapia é necessária desde os primeiros sintomas, enquanto que a fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional são necessárias para a recuperação dos distúrbios motores já instalados².

A reabilitação fonoaudiológica é essencial e deve ser instituída precocemente, mais como profilaxia do que como tratamento. O método de Lee-Silverman (Lee-Silverman Voice Treatment - LSVT®) para o tratamento da hipofonia e disartria na doença de Parkinson é uma terapia indireta para a

disfagia. Tal método melhora o controle neuromuscular de todo o trato aéreo e digestivo superior, aprimorando a intensidade vocal, mas também o funcionamento da língua durante as fases oral e faríngea da deglutição. A terapia direta que envolve manobras posturais também pode ser utilizada, assim como biofeedback¹.

A proposta fonoaudiológica na doença de Parkinson visa o tratamento tradicional sendo utilizados os exercícios de base, em função das alterações da comunicação oral e deglutição dos pacientes, com um trabalho baseado em terapia oromiofuncional de postura e das estruturas fonoarticulatórias com objetivo de facilitar a mobilidade e a flexibilidade oromuscular para a articulação dos sons, a coordenação das estruturas da fala, a articulação da palavra, assim como controle, aumento da capacidade e tipo respiratório adequado à coordenação da respiração com a fala, tratamento fonoaudiológico dos distúrbios da deglutição, com etapas de terapia indireta, com o objetivo de melhorar os aspectos da mobilidade e sensibilidade das estruturas envolvidas no processo da deglutição. Este tratamento tem melhorado muito a qualidade de vida dos doentes, ajudando a manter as funções assistidas que vem se mantendo em longo prazo⁶.

Dos sintomas fonoaudiológicos, é possível apontar a disfagia como sendo o sintoma mais prejudicial, pois acarreta desde episódios de pneumonias aspirativas até a condição de óbito. Sem obstar de citar o declínio cognitivo com o avanço do estágio da doença para a demência que tem o efeito incapacitante, levando ao isolamento social, e diminuição da independência funcional nas atividades de vida cotidiana impactando a qualidade de vida e a autoestima do indivíduo parkinsoniano.



Considerando que a Fonoaudiologia é uma ciência que tem como objeto de estudo a comunicação humana, é notória a importância deste profissional para a reabilitação e tratamento do paciente com doença de Parkinson.

Referências

1. Jotz GP, Carrara-de-Angelis E. Disfagia: abordagem clínica e cirúrgica na criança, adulto e idoso. 1a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016.
2. Assêncio-Ferreira VJ. Neurologia e Fonoaudiologia. 1a ed. São José dos Campos: Pulso;2003.
3. Silveira DN, Brasolotto AG. Reabilitação Vocal em Pacientes com doença de Parkinson: fatores interferentes. Pró-fono Revista de Atualização Científica. 2005;17(2):241-50.
4. Palermo S, Bastos ICC, Mendes MFX, Tavares EF, Santos DCL, Ribeiro AFC. Avaliação e Intervenção fonoaudiológica na doença de Parkinson. Análise clínica-epidemiológica de 32 pacientes. Rev. Bras. Neurol. 2009;45(4):17-24.
5. Dedvitis RA, Santoro PP, Arakawa-Sugueno L. Manual Prático de Disfagia: diagnóstico e tratamento. 1a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2017.
6. Venites J, Soares L, Bilton T. Disfagia no Idoso: guia prático. 1a ed. São Paulo: Booktoy, 2018.



Comunicação breve

Disfagia em idosos e o papel da fonoaudiologia

Dysphagia in the older people and the role of speech therapy

Manuella Arantes de Carvalho¹, Lillian Christina Oliveira e Silva²

1. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2017.

2. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2001. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, 2003. Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2018.

Endereço eletrônico para correspondência: manuellaarantes@hotmail.com

A disfagia é caracterizada como um atraso ou impedimento na passagem de alimentos sólidos ou líquidos da boca ao estômago. Etimologicamente, a disfagia é de origem grega e usa o termo *dys* para dificuldade e *phagia* para comer¹.

A população idosa apresenta um risco elevado de desenvolver disfagia comparada a outros grupos etários². Sabe-se que o fenômeno de envelhecimento populacional é crescente em diversos países no mundo³. Apesar do aumento da expectativa de vida representar uma importante conquista social, ela vem acompanhada e inúmeros desafios, especialmente, na área da saúde⁴. Com o aumento da idade ocorrem significativas alterações fisiológicas que podem levar à diminuição da capacidade funcional e afetar o mecanismo de deglutição⁵⁻⁷.

Assim, a disfagia é encontrada com maior frequência em idosos em comparação aos demais grupos etários². Nos Estados Unidos, a prevalência de disfagia em adultos chega a 6%, enquanto em idosos é estimada entre 15% e

22%⁸. Estudos realizados em idosos institucionalizados mostraram que a prevalência de disfagia pode atingir até 40% a 60% dos idosos⁹. No Brasil foi observada uma prevalência em 27% de idosos residentes da comunidade e chegando até 47,5% em idosos hospitalizados¹⁰.

Conforme a tendência demográfica, a prevalência da disfagia pode aumentar rapidamente em um futuro próximo. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹ a proporção de idosos subiu de 1,8% em 1990 para 8,8% em 2018. As projeções para 2025 indicam que o Brasil ocupará o sexto lugar no ranking mundial com o maior número de idosos¹². Portanto, o diagnóstico precoce da disfagia é essencial para evitar e /ou minimizar os desfechos negativos em saúde associados^{2,9}.

O processo de deglutição envolve mais de 30 nervos e músculos e pode ser descrita como três fases: oral, faríngea e esofágica. A fase oral é marcada pelo componente volitivo de ação da deglutição, no qual, prepara e impulsiona o bolus alimentar para a faringe. Nesta fase estão envolvidos os nervos cranianos V (trigêmeo), VII (facial) e XII (hipoglosso). Na fase faríngea ocorre o selamento das vias aéreas e a passagem do bolo alimentar para o estômago, sendo este mecanismo mediado reflexivamente pelos nervos cranianos V (trigêmeo), X (vago), XI (acessório) e XII (hipoglosso). Na fase esofágica acontece o impulsionamento do bolus alimentar do esôfago ao estômago por meio do peristaltismo esofágico e relaxamento do esfíncter esofágico inferior².

O avanço da idade altera a fisiologia da deglutição. O envelhecimento é caracterizado pela perda da massa, força e função muscular que resultam na perda de força e amplitude de movimentos¹³. Além disso, ocorrem diminuições da umidade oral, do paladar e olfato. Como consequência, essas alterações

relacionadas ao avanço da idade podem impactar negativamente o desempenho da deglutição^{14,15}.

Em idosos, a preparação oral dos alimentos requer maior tempo e o bolus alimentar transita mais lentamente. Apesar das mudanças sensório-motoras contribuírem para a ocorrência da disfagia, estudos sugerem que a presença de doenças relacionadas à idade é a principal causa que corrobora significativamente para a disfagia em idosos¹⁶. Portanto, a disfagia não pode ser atribuída exclusivamente ao envelhecimento fisiológico e sua presença indica a necessidade de investigação para identificação de fatores potencialmente evitáveis^{2,14}.

Diversos grupos de doenças relacionadas a disfunções orofaríngeas ou esofágicas podem causar disfagia em idosos. A disfagia orofaríngea é mais frequentemente associada com Acidente Vascular Cerebral (AVC), podendo atingir um em cada três idosos com AVC^{17,18}. Já a disfagia esofágica é resultante de uma série de causas motoras e/ou mecânicas, sendo que, em alguns pacientes a causa pode não ser identificada e classificados como disfagia funcional. A distinção no diagnóstico entre disfagia motora e mecânica ou orofaríngea e esofágica para além da etiologia, é fundamental no plano terapêutico¹³.

O diagnóstico da disfagia requer uma avaliação multifatorial e seu tratamento necessita de uma abordagem multidisciplinar. Inicialmente, o diagnóstico inclui confirmar a presença de disfunção de deglutição, posteriormente, a identificação do seu nível anatômico (orofaríngeo ou esofágico), seu mecanismo (motor ou mecânico) e causa específica subjacente e, por fim a verificação da integridade da deglutição orofaríngea e o grau de risco ou presença de aspiração. No tratamento, uma avaliação deve ser realizada para

determinar as habilidades e deficiências do paciente e o nível em que elas podem ser melhoradas².

A forte associação entre a capacidade de deglutição, estado nutricional e desfechos de saúde em idosos evidencia o papel central do manejo da disfagia nesta população. Um plano terapêutico eficaz e eficiente além de beneficiar a ingestão oral de alimentos sólidos e líquidos, melhoram o estado nutricional e contribuem com a prevenção de morbidades associadas. Diferentes instrumentos de manejo de disfagia estão disponíveis dependendo das especificidades do comprometimento da deglutição e do paciente².

O tratamento da disfagia deve ser realizado de forma multiprofissional, pois, diferentes profissionais podem corroborar para o manejo dos seus sintomas. Ademais, não há uma estratégia única que seja apropriada a todos os pacientes. Considerando o manejo e o plano terapêutico comportamental, a fonoaudiologia tem um papel fundamental para o manejo da disfagia e morbidades associadas^{2,13,14}.

Dentre as estratégias de intervenção, há aquelas classificadas como compensatórias e devem ser usadas por curtos períodos em pacientes com previsão de melhora. Nas intervenções compensatórias podem ser realizadas ajustes nos alimentos e / ou líquidos com o objetivo de atender as necessidades de nutrição e hidratação até que o paciente consiga realizar sem a necessidade de ajuda¹⁴.

As modificações na consistência da dieta (alteração de alimentos sólidos e líquidos) tem papel central nas ações de intervenção compensatórias para pacientes com disfagia¹⁹. Modificar a consistência da dieta é fundamental para promover a segurança e / ou facilitar a ingestão oral e, assim, manter consumo

via oral seguro e adequado de alimentos sólidos e/ou líquidos, como por exemplo o espessamento de líquidos²⁰.

O objetivo principal da reabilitação da deglutição em idosos é melhorar a sua fisiologia. Assim, as abordagens terapêuticas incorporaram diferentes formas de exercícios¹. Apesar do foco e da quantidade de exercícios se diferenciarem segundo a abordagem usada, os estudos mostraram que as intervenções de deglutição baseadas em exercícios são capazes de melhorar a deglutição funcional, diminuir ou prevenir morbidades associadas à disfagia e promover a fisiologia da deglutição prejudicada²¹⁻²⁴.

Em síntese, a disfagia em idosos vem sendo reconhecida como um importante problema de saúde com altos custos econômicos aos sistemas públicos de saúde. As alterações fisiológicas que ocorrem com o avanço da idade podem impactar negativamente os componentes da função da deglutição.

Além disso, os idosos estão mais propensos ao desenvolvimento da disfagia, pois, as doenças associadas a função prejudicada da deglutição são mais frequentes neste grupo etário.

A equipe multidisciplinar é fundamental para a avaliação e o manejo da disfagia em idosos. Entretanto, o fonoaudiólogo tem papel central na avaliação baseada em uma anamnese completa, no diagnóstico diferenciado de disfagia, podendo ser diagnóstica como disfagia orofaríngea ou esofágica e disfagia motora ou mecânica. Ademais, a avaliação fonoaudiológica pode contribuir para identificar a presença, bem como o grau do risco de aspiração.

A fonoaudiologia também tem um papel fundamental na definição das habilidades e déficits dos pacientes e assim, definir o grau em que as deficiências podem ser melhoradas.

Atualmente, as abordagens de manejo de disfagia em idosos incluem métodos compensatórios, como a modificação de consistência de dietas e a reabilitação da deglutição por meio de exercícios. Os profissionais de saúde devem investigar a presença de disfagia em idosos em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário ou terciário) a fim de realizar o diagnóstico precoce e contribuir com a melhora dos sintomas e qualidade de vida deste grupo populacional.

Referências

1. O KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*. 1999;14(1):139-45.
2. Aslam M, Vaezi MF. Dysphagia in the Elderly. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2013;9(12):784-95.
3. United Nations. World Population Prospects 2019. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects 2019. 2019.
4. United Nations. World Population Prospects 2019: Highlights. ST/ESA/SER. Department of Economic and Social Affairs, editor. United Nations. New York: Population Division; 2019. 39 p.
5. Aging NC on A. Facts About Healthy Aging | NCOA. Natl Counc Aging. 2016;
6. JafariNasabian P, Inglis JE, Reilly W, Kelly OJ, Ilich JZ. Aging human body: Changes in bone, muscle and body fat with consequent changes in nutrient intake. *J Endocrinol*. 2017;234(1):37-51.
7. Hoogendijk EO, Deeg DJH, Poppelaars J, van der Horst M, Broese van Groenou MI, Comijs HC, et al. The Longitudinal Aging Study Amsterdam: cohort update 2016 and major findings. *Eur J Epidemiol*. 2016;31(9):927-45.
8. York S-VN, Lindgren S, Janzon L. Dysphagia Prevalence of Swallowing Complaints and Clinical Findings Among 50-79-Year-Old Men and Women in an Urban Population. *Dysphagia*. 1991;6(4):187-92.
9. Leder SB, Suiter DM, George, Agogo O, Leo , Cooney M. An Epidemiologic Study on Ageing and Dysphagia in the Acute Care Geriatric-Hospitalized Population: A Replication and Continuation Study. *Dysphagia*. 2016;31:619-625.
10. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. *J Am Med Dir Assoc [Internet]*. 2017;18(7):576-

82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>
11. IBGE. Projeções da População - Brasil e Unidades da Federação. Ibge. 2018.
 12. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde coletiva*. 2007;4(17):135–40.
 13. Fucile S, Wright PM, Chan I, Yee S, Langlais M-E, Gisel EG. Functional Oral-Motor Skills: Do They Change with Age? *Dysphagia*. 1998;13:195–201.
 14. Humbert IA, Robbins JA. Dysphagia in the Elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008 Nov 1;19(4):853–66.
 15. Shaker R, Staff D. Esophageal disorders in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am*. 2001 Jun 1;30(2):335–61.
 16. Hyun Ahn D, Eun Yang H, Jung Kang H, Hee Do K, Cheol Han S, Woong Jang S, et al. Changes in etiology and severity of dysphagia with aging. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 1999;11:139–45. Available from: <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00259-0>
 17. Carter Young E, Durant-Jones L. Developing a Dysphagia Program in an Acute Care Hospital: A Needs Assessment. *Dysphagia*. 1990;5:159–65.
 18. Gordon C, Langton Hewer R. Dysphagia in acute stroke. *Pap SHORT REPORTS* [Internet]. 1987;295(6595):411–4. Available from: <http://www.bmj.com/>
 19. Denise Ney; Jennifer Weiss; Amy Kind; JoAnne Robbins. Senescent Swallowing: Impact, Strategies and Interventions. Vol. 24, Strategies. 2010. 395–413 p.
 20. Carrillo E, Laguna L, Arancibia C, Tárrega A, Guinard J-X. Rescuing Flavor Identity and Dynamic Perception in Puréed Dishes; A Restructuring Solution for the Purée Diet. *Foods* [Internet]. 2021;10(4):905. Available from: <https://doi.org/10.3390/foods10040905>
 21. Carnaby G, Hankey GJ, Pizzi J. Behavioural intervention for dysphagia in acute stroke: A randomised controlled trial. *Lancet Neurol*. 2006;5(1):31–7.
 22. Robbins JA, Gangnon RE, Theis SM, Kays SA, Hewitt AL, Hind JA. The effects of lingual exercise on swallowing in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(9):1483–9.
 23. Carnaby-Mann GD, Crary MA. McNeill Dysphagia Therapy Program: A Case-Control Study. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2010;91(5):743–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2010.01.013>
 24. Carnaby-Mann G, Crary MA, Schmalfuss I, Amdur R. “Pharyngocise”: Randomized controlled trial of preventative exercises to maintain muscle structure and swallowing function during head-and-neck chemoradiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* [Internet]. 2012;83(1):210–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2011.06.1954>

Artigo de Revisão

Engasgos em crianças e lactentes: uma revisão integrativa

Choking in Infants and Children: an integrative review

Natália Oliveira de Sousa Conceição¹, Lillian Christina Oliveira e Silva²,
Adgildo dos Santos Pereira³

Resumo

Introdução: Os acidentes domésticos ocorridos na infância são considerados como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. A prevenção dos acidentes na infância, a identificação precoce e a intervenção imediata são medidas importantes nos acidentes de engasgo. **Objetivo:** Analisar a produção de artigos na literatura referente ao engasgo em lactentes e crianças, destacando ainda as principais recomendações e práticas para prevenção de engasgos na infância, e na ocorrência do engasgo, o manejo de como proceder numa situação de emergência. **Métodos:** Esta revisão foi realizada pelas buscas obtidas na base de dados BIREME, diretrizes da American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC), Sociedade Brasileira de Cardiologia e no site da Organização Não-governamental Criança Segura Brasil. **Resultados e discussão:** Após leitura dos artigos selecionados foi observado que o engasgo é uma ocorrência que requer prevenção e manejo adequado. Pais e cuidadores possuem conhecimento escasso quanto ao suporte básico de vida realizado na emergência. **Conclusão:** É fundamental a intensificação de processos de sensibilização e capacitação de pais e cuidadores envolvidos nos cotidianos de seus filhos em relação ao engasgo em lactentes e crianças para garantir segurança diante de situações de emergências.

Descritores: Engasgo; Obstrução das Vias Respiratórias; Orientação; Primeiros Socorros; Lactente; Criança.

Abstract:

Introduction: Domestic accidents occurring in childhood are considered one of the main public health problems in Brazil. Prevention of childhood accidents, early identification and immediate intervention are important measures in choking accidents. **Objective:** To analyze the production of articles in the literature referring to choking in infants and children, highlighting the main recommendations and practices for the prevention of choking in childhood, and in the event of choking, the management of how to proceed in an emergency situation. **Methods:** This review was carried out through searches obtained in the BIREME database, guidelines of the American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC), Brazilian Society of Cardiology and the website of the Non-governmental Organization Criança Segura Brasil. **Results and discussion:** After reading the selected articles, it was observed that choking is an occurrence that requires prevention and proper management. Parents and caregivers have little knowledge about the basic life support provided in the emergency. **Conclusion:** It is essential to intensify

awareness and training processes for parents and caregivers involved in the daily lives of their children in relation to choking in infants and children to ensure safety in emergency situations.

Keywords: Choke; Airway Obstruction; Guidance; First aid; Infant; Kid.

-
1. Fonoaudióloga, graduada em Fonoaudiologia pela Universidade de Brasília-UNB, 2018;
 2. Fonoaudióloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2001. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá, 2003. Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2018;
 3. Fisioterapeuta, Pós-graduado em Atendimento Pré-Hospitalar de Urgências e Emergências, Graduado Técnico em Segurança do Trabalho, Formação Profissional de Emergências Médicas (Credenciado Instrutor Internacional EMR e AFA. Pós-graduado em Ortopedia e Traumatologia. Especialista em Fisioterapia Esportiva. Mestre em Bioengenharia.
-

E-mail: nataliasousaconceicao@gmail.com

introdução

Atualmente os acidentes domésticos ocorridos na infância são considerados como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, sendo uma importante causa morbidade e mortalidade¹.

De acordo com dados do Criança Segura², os acidentes de engasgamento são a primeira causa de morte acidental de lactentes, ou seja, bebês até um ano de idade. Ocorrendo com maior frequência nas crianças entre as faixas etárias de três meses a menor de quatro anos e de oito anos a menor de 12 anos¹.

Já os acidentes de aspiração de corpo estranho (CE) ocorrem quando qualquer objeto ou substância penetra inadvertidamente nas vias aéreas, com risco maior quando penetra nos pulmões, podendo ocorrer quando a criança está

comendo, ou quando está com um objeto na boca, causando a obstrução parcial ou total das vias aéreas³. Dependendo da gravidade da obstrução, o quadro pode evoluir para asfixia, causando hipóxia na criança, lesões cerebrais e óbito⁴.

Tendo em vista o desenvolvimento da criança frente a alimentação, o fonoaudiólogo é o profissional capacitado para atuar com os diferentes aspectos da comunicação humana e também com as funções relacionadas à respiração, mastigação e deglutição. Quanto à alimentação, o fonoaudiólogo favorece a prevenção de broncopneumonias por aspiração, desnutrição, desidratação e outros. O fonoaudiólogo na sua prática deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo e contribuir para a manutenção da saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade⁵.

Desse modo, a prevenção dos acidentes na infância, a identificação precoce e a intervenção imediata são medidas importantes nas emergências de engasgo. É imprescindível que os pais ou cuidadores e responsáveis, sendo as pessoas mais próximas e que permanecem por mais tempo com as crianças, tenham conhecimento dos riscos, sinais e sintomas de engasgamento ou de

obstrução de vias aéreas das crianças, bem como o conhecimento e capacitação quanto aos primeiros socorros⁴.

Partindo da preocupação de disseminar informações aos profissionais da saúde, comunidades e famílias com crianças, o objetivo desse trabalho é analisar a produção de artigos na literatura referente ao engasgo em lactentes e crianças, destacando ainda as principais recomendações e práticas para prevenção de engasgos na infância, e na ocorrência do engasgo, o manejo de como proceder em uma situação de emergência.

Metodologia

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura sobre engasgos em lactentes e crianças. Esta revisão foi realizada pelas buscas obtidas na base de dados BIREME, diretrizes da American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC), Sociedade Brasileira de Cardiologia e no site da Organização Não-governamental Criança Segura Brasil.

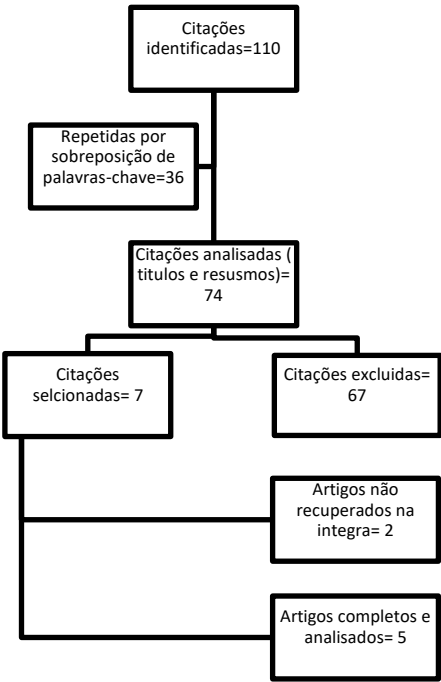
Quanto ao levantamento dos textos na base de dados, primeiramente foi realizada a identificação e seleção dos estudos publicados sobre o assunto, sem períodos específicos, por meio dos descritores obtidos no DECS da BVS, em língua portuguesa. Foram considerados os seguintes descritores: “Engasgo”,

“Obstrução das Vias Respiratórias”, “Orientação”, “Primeiros Socorros”, “Lactente”, “Criança”. Recorreu-se ao operador lógico “AND” para combinação dos descritores e termos utilizados para rastreamento das publicações.

Após a seleção dos textos, foi realizada a análise dos títulos e resumos das citações, visando à pertinência da sua seleção e inclusão no estudo. Citações repetidas por sobreposição das palavras-chave foram excluídas. Foram excluídas também aqueles referentes a revisões de literatura, casos clínicos e as que não se vinculavam diretamente ao tema.

Posteriormente, foram analisados os textos completos das citações selecionadas pelos pesquisadores que, efetivamente, se relacionam à proposta da pesquisa. Aquelas cujos conteúdos completos/integrais não puderam ser recuperados por meio do Portal de Periódicos da CAPES e/ou site oficial do periódico também foram excluídas. As etapas metodológicas estão descritas a seguir no fluxograma.

Fluxograma: Etapas metodológicas utilizadas para a seleção dos artigos:



O quadro 1 apresenta a síntese do motivo de exclusão das citações.

Artigos excluídos	Nº
Artigos de revisão	5
Artigos com sobreposição de palavras-chaves	36
Artigos de casos clínicos	10
Artigos com temática não principal	46
Artigos não disponibilizados gratuitamente	6

A análise dos dados dos cinco artigos selecionados na base de dados, foi avaliada de forma crítica quanto aos seus objetivos, métodos utilizados, resultados e conclusões. Quanto as diretrizes da *American Heart Association* (AHA), *European Resuscitation Council* (ERC), Sociedade Brasileira de Cardiologia e Criança Segura, foi realizado um levantamento com as recomendações, sinais de reconhecimento, manejo e ou prática aplicado frente à emergência de engasgo em lactentes ou crianças.

Resultados

Os resultados das buscas na base de dados encontram-se sumariamente descritos no Quadro 2. Quanto às diretrizes, o levantamento com as recomendações, sinais de reconhecimento, manejo estão descritas resumidamente nos quadros 3 e 4.

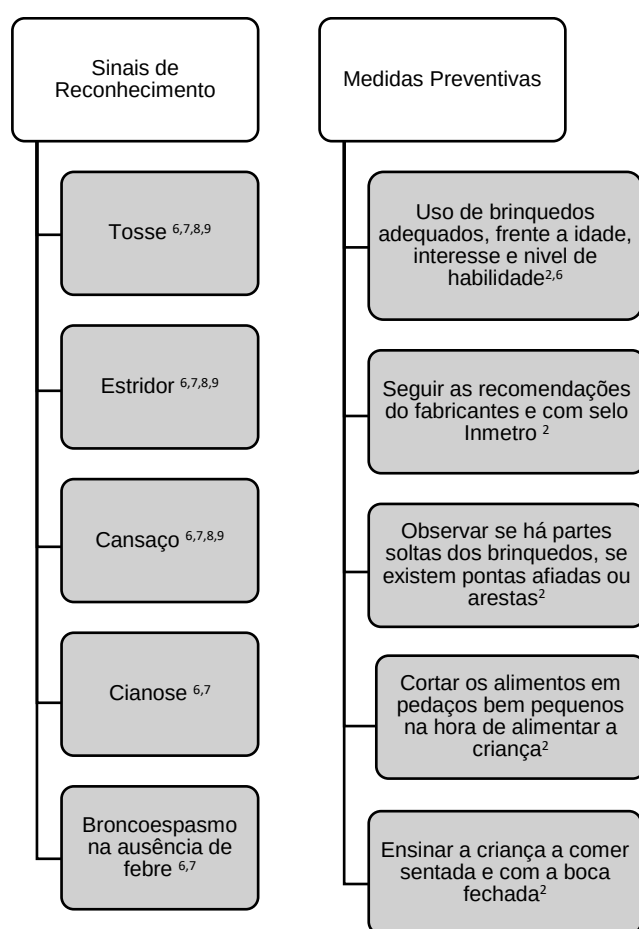
Quadro 2. Análise resumida dos artigos

Referência	Tipo de Estudo	Objetivos	Métodos	Resultados	Conclusão
Gyedu et al. ¹² , 2015	Descritivo, transversal.	Identificar práticas benéficas e prejudiciais frente aos cuidados com as crianças feridas em um país de baixa renda.	Realizou-se um levantamento representativo de base populacional com 200 cuidadores de crianças menores de 18 anos, representando 6.520 famílias. Os cuidadores foram entrevistados sobre suas práticas de primeiros socorros e comportamentos de busca de cuidados quando uma criança sofre um ferimento em casa, como queimaduras, lacerações, fraturas e engasgo. As práticas relatadas foram caracterizadas como recomendadas, de baixo risco e potencialmente prejudiciais.	Para lesões comuns, 75–96% dos cuidadores relataram empregar uma prática recomendada. O engasgo teve a maior proporção (96%) de prática recomendada de primeiros socorros: (por exemplo, bater nas costas da criança) e a menor porcentagem (13%) de práticas potencialmente prejudiciais, como a tentativa de remoção manual. As fraturas tiveram o menor percentual (75%) de práticas recomendadas como levar a criança imediatamente para uma unidade de saúde. As queimaduras tiveram o maior percentual (61%) de práticas potencialmente prejudiciais, como: aplicação de querosene.	Conclui-se que, existem oportunidades para fortalecer o atendimento pré-hospitalar às crianças nos países de baixa renda. Observou-se que muitos pais descreveram práticas potencialmente prejudiciais ou atrasos na busca por atendimento médico. Desse modo é essencial fortalecer o atendimento pré-hospitalar, especialmente com relação ao desenvolvimento de programas de treinamento de primeiros socorros nos níveis doméstico e comunitário.
Hasselager et al. ¹⁵ , 2018	Descritivo, transversal.	Validar as habilidades de pessoas leigas para suporte básico de vida pediátrico (PBLs) e gerenciamento de Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (FBAOM) e estabelecer padrões de aprovação / reprovação confiáveis.	Participaram do estudo 33 colaboradores. As evidências foram coletadas em um ambiente simulado padronizado testando participantes com três níveis diferentes de experiência em PBLs / FBAOM: leigos não treinados, leigos treinados e salva-vidas. Dois avaliadores cegos avaliaram a atuação dos participantes. A confiabilidade das pontuações dos testes foi analisada usando a teoria da generalização, as pontuações foram comparadas entre os três grupos e padrões de aprovação /	O nível de aprovação / reprovação foi estabelecido como 74% e 55% da pontuação máxima para PBLs e FBAOM, respectivamente. Todos os leigos não treinados, 20% dos leigos treinados e 8% dos salva-vidas falharam no teste de cenário PBLs. Para o FBAOM, 80% dos leigos não foram treinados, 30% dos salva-vidas falharam. As pontuações da avaliação FBAOM revelaram que os salva-vidas, que deveriam ter um desempenho no mais alto nível, foram combinados por leigos treinados.	As evidências de validade foram coletadas em um ambiente simulado padronizado testando participantes com três níveis diferentes de experiência em PBLs / FBAOM: leigos não treinados, leigos treinados e salva-vidas. Dois avaliadores cegos avaliaram os participantes. A confiabilidade das pontuações dos testes foi analisada usando a teoria da generalização, as pontuações foram comparadas entre os três grupos e padrões de aprovação / reprovação foram estabelecidos.

			reprovação foram estabelecidos.		
Santos Paes¹³, 2020	e Descritivo, exploratório.	Identificar o grau de conhecimento de puérperas sobre a manobra de Heimlich e elaborar uma cartilha educativa sobre a manobra e o atendimento emergencial.	Participaram do estudo 50 puérperas de uma maternidade local. Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado com questões relacionadas ao conhecimento materno sobre a manobra de Heimlich. No final foi elaborada uma cartilha explicativa no socorro à criança sob risco ou em situação de engasgo.	Foi elaborada uma cartilha explicativa no socorro à criança sob risco ou em asfixia. Quanto ao conhecimento sobre a manobra de Heimlich, 44% das mulheres desconheciam-na, 40% alegaram conhecê-la e 16% declararam ter pouco conhecimento sobre a técnica. Com relação às técnicas que executariam para atender as crianças, 32% detalharam técnicas incorretas, 32% demonstraram algum conhecimento, 18% buscaram ajuda de pessoas leigas, 16% chamariam um socorro especializado e apenas 2% tinham conhecimento suficiente. Sobre educação em saúde e conhecimento da manobra de ressuscitação: 80% informaram não haver recebido orientação sobre a manobra de Heimlich, destas, 78% demonstraram interesse em conhecer o conteúdo explicativo da cartilha.	O conhecimento insuficiente das puérperas e a falta de orientações sobre como socorrer a criança engasgada requer intervenções específicas. Assim, a elaboração da cartilha educativa intitulada "Criança engasgada: orientações e primeiros socorros" se mostrou adequada para a população do estudo.
Jonge et al.¹¹, 2020	Descritivo, qualitativo	Identificar o conhecimento de profissionais de educação infantil sobre obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças no ambiente escolar	A pesquisa foi realizada em uma instituição filantrópica no município do Rio de Janeiro, Brasil. A população do estudo foi composta por 64 profissionais da educação infantil. Foi realizada a aplicação de questionários com perguntas objetivas e discursivas a fim de colher informações referentes à caracterização profissional, somadas a perguntas abertas e	39% das profissionais afirmaram já ter presenciado situações de engasgo em crianças. Destas, 52% presenciaram em casa, 36% na escola em que trabalham atualmente e 12% na rua. Dentre o total de participantes, apenas 9% afirmaram ser capazes de agir corretamente diante de uma situação de engasgo em crianças. Observou-se que os profissionais apontaram como principais causas	Observou-se que o conhecimento da prevenção de injúrias é sedimentado pela prática de constante vigilância dos profissionais nas atividades que envolvem alimentação e brincadeiras. Entretanto, no que tange os primeiros socorros, os profissionais apresentam insegurança e desconhecimento, o que implica na necessidade

			fechadas para levantamento dos conhecimentos sobre primeiros socorros e medidas preventivas de engasgos em crianças pequenas a profissionais da creche e pré-escola. O corpus textual foi submetido à análise temático-categorial.	de engasgo alimentos e objetos pequenos. Da análise emergiram 20 unidades temáticas que mediante agrupamento compuseram duas categorias: vigilância nas atividades de brincar e se alimentar na escola; e, entre a atitude certa e o desconhecimento diante do engasgo na escola.	de ações de capacitação.
Costa et al. 14, 2020	Quase experimental, quantitativo	Avaliar o efeito de uma oficina educativa sobre prevenção e cuidado à criança com engasgo no conhecimento de profissionais da saúde e da educação infantil.	O estudo foi realizado em uma escola pública de educação infantil e em um ambulatório de atenção primária em Saúde. A intervenção foi realizada em dois momentos, sendo a primeira etapa uma oficina educativa teórica e a segunda etapa prática. O conhecimento dos participantes foi avaliado, por meio de questionário, com nove itens antes e depois da intervenção.	Participaram do estudo 36 indivíduos, participaram do estudo 36 profissionais, sendo 38,9 % profissionais da saúde e 61,1%eram profissionais da educação Verificou-se aumento de 29,9% no conhecimento dos participantes após a oficina.	As oficinas educativas ampliaram o conhecimento dos profissionais da saúde e educação infantil na prevenção e atendimento à criança com engasgo, destacando o cuidado à saúde da criança, por meio de ações intersetoriais.

Quadro 3. Análise resumida dos sinais de reconhecimento e medidas preventivas frente a ocorrência de engasgo



Quadro 4. Diagrama do manejo frente à ocorrência de engasgo

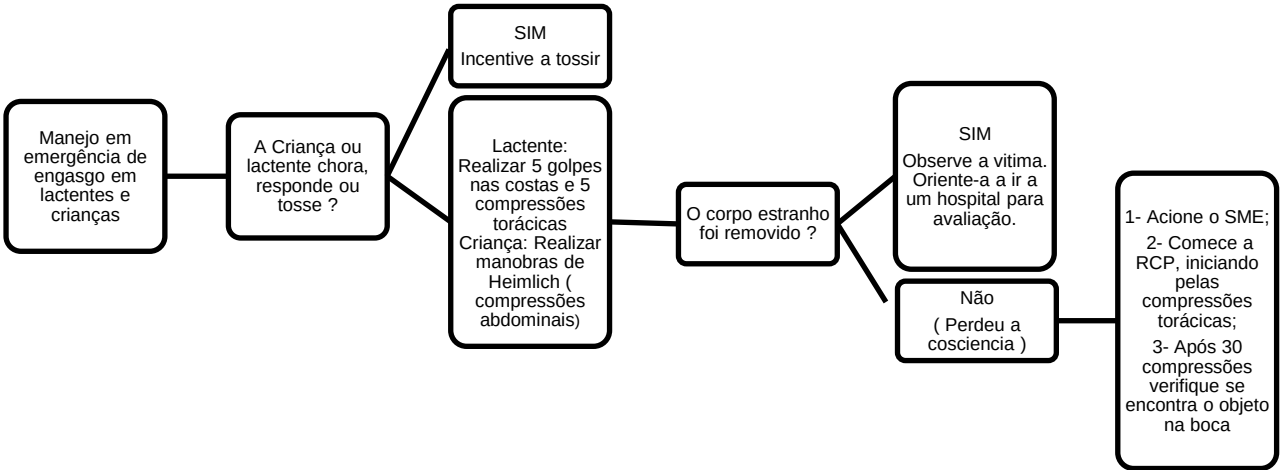


Diagrama de tratamento da obstrução de vias aéreas superiores em pediatria. RCP: ressuscitação cardiopulmonar; SME: serviço médico de emergência. Adaptado de Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019)

Discussão

O Engasgo ou obstrução das vias aéreas é toda situação que impeça total ou parcialmente o trânsito de ar ambiente até os alvéolos pulmonares. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia⁶, as causas do engasgo podem ser intrínsecas ou extrínsecas, sendo considerado respectivamente as condições da musculatura perioral bem como sua funcionalidade e a aspiração de corpo estranho. Quanto aos fatores extrínsecos a causa mais comum está associada

a aspiração de carne e líquidos. Outras causas de obstrução extrínseca são: chicletes, balas, objetos pequenos⁷.

Ao se examinarem as diretrizes selecionadas nessa revisão, a Sociedade Brasileira de Cardiologia⁶, se refere aos sinais de reconhecimento frente a ocorrência de engasgo quanto a sua gravidade, sendo em caso leves, quando existe passagem de ar a criança apresenta tosse reflexa como proteção de vias aéreas e na tentativa de expulsar o corpo estranho. Já nos casos graves a criança não consegue tossir, emitir sons ou respirar. Outras diretrizes também apresentaram sinais como o aparecimento abrupto de estridor, cianose, tosse, cansaço e broncoespasmo na ausência de febre e outros^{7,8}.

O engasgo é a maior suspeita de que o acidente ocorreu, sendo assim é necessário o rápido reconhecimento, através do Suporte Básico de Vida¹. O Suporte Básico de Vida (SBV), visa instituir condições mínimas necessárias para a manutenção ou recuperação da perfusão cerebral através do rápido reconhecimento e atendimento de emergência. Compreende etapas executadas sequencialmente, incluindo: segurança de cena, avaliação da responsividade da vítima, acionamento de ajuda dentre outros que podem ser realizadas fora do ambiente hospitalar realizadas por leigos devidamente capacitados⁹.

As manobras em casos de engasgo diferem em adultos, crianças e bebês. As diretrizes consideradas nesse estudo apresentam as etapas para o manejo adequado frente a ocorrência de obstrução de vias aéreas. A Sociedade Brasileira de Cardiologia^{6,7}, o Conselho Europeu de Ressuscitação⁸ e a American Heart Association⁹, demonstram o manejo levando em consideração a gravidade da ocorrência. Nos casos leves deve permanecer ao lado da criança ou lactente, deixando-o tossir para favorecer a desobstrução.

Nos lactentes gravemente engasgados, mas ainda consciente, as manobras exigem uma combinação o de golpes nas costas e compressões torácicas, em casos de não obtenção dos resultados, as compressões devem ser repetidas até a chegada a um serviço de emergência. O método em crianças, se consciente, consiste em realizar as compressões abdominais, manobra de Heimlich. O socorrista deve-se posicionar atrás da criança, na altura da mesma, com os braços ao redor do abdome, uma das mãos mantém-se fechada sobre a região superior do abdome e acima do umbigo, e a outra mão comprime realizando uma compressão rápida e forte para cima, estas devem ser repetidas até observar sinais de desobstrução ou a criança parar de responder, acionando então o serviço de emergência⁶⁻⁹.

Seguindo a mesma linha, a Sociedade de Cardiologia⁷, diferencia a profundidade da compressão utilizada em lactentes e crianças. Nos lactentes A profundidade de compressão do tórax deve ser no mínimo de um terço do diâmetro anteroposterior ou aproximadamente de 4 cm. Já nas crianças, de um terço do diâmetro anteroposterior ou aproximadamente 5 cm.

De acordo com Rodriguez *et al.*¹⁰, a maioria dos episódios de engasgo ocorre sob a supervisão de adultos, o que sugere que os pais e cuidadores da criança não reconhecem adequadamente situações de risco e objetos perigosos. Tal dado vai de encontro com o estudo de Jonge *et al.*¹¹, realizado com profissionais da educação infantil, onde observou-se que a maior ocorrência de engasgo acontece em casa (52%) nas escolas (36%) e na rua (12%). Dentre o total de participantes, apenas 9% afirmaram ser capazes de agir corretamente diante de uma situação de engasgo em crianças. Assim, a prevenção dos

acidentes na infância, a identificação precoce e a intervenção imediata são medidas importantes nos acidentes de obstrução de vias aéreas.

Portanto é imprescindível que os pais ou cuidadores e responsáveis, sendo as pessoas mais próximas e que permanecem por mais tempo com as crianças, tenham conhecimento dos riscos, sinais e sintomas de engasgamento ou de obstrução de vias aéreas das crianças, bem como o conhecimento e capacitação quanto aos primeiros socorros⁴.

Em seu estudo, Gyedu *et al.*¹², realizou um levantamento do conhecimento de práticas benéficas e prejudiciais frente aos cuidados com as crianças frente a um acidente doméstico. Assim, identificou-se que o engasgo teve a maior proporção (96%) de prática recomendada de primeiros socorros: (por exemplo, bater nas costas da criança) e a menor porcentagem (13%) de práticas potencialmente prejudiciais, como a tentativa de remoção manual. Constatou-se que muitos pais descreveram práticas potencialmente prejudiciais ou atrasos na busca por atendimento médico.

Outro estudo de Santos e Paes¹³, relacionado ao conhecimento de puérperas quanto a ocorrência frente ao engasgo, observou-se que 44% das mulheres desconheciam a manobra de Heimlich, sobre educação em saúde, 80% das puérperas informaram não haver recebido orientação sobre a manobra de Heimlich em outro momento. Desse modo fica claro que o conhecimento dos pais acerca do engasgo é fundamental para prevenção e socorro imediato, sendo importante fortalecer o atendimento pré-hospitalar, especialmente com relação ao desenvolvimento de programas de treinamento e capacitação dos primeiros socorros nos níveis doméstico e comunitário.

Atualmente vários autores destaca a educação em saúde como um dos elementos fundamentais no processo da promoção da saúde. Costa *et al.*¹⁴, observou que após a oficina educativa sobre prevenção e cuidado à criança com engasgo, houve um aumento de 29,9% no conhecimento quanto aos assuntos de profissionais da educação infantil e saúde.

Hasselager *et al.*¹⁵, validou as habilidades de pessoas leigas para suporte básico de vida pediátrico e gerenciamento em casos de obstrução das vias aéreas por corpo estranho. O estudo demonstrou que 80% das pessoas leigas não submetidas a treinamento e 30% dos salva-vidas falharam no teste prático para gerenciamento nos casos de emergência de engasgo, revelando que os salva-vidas, que deveriam ter um desempenho no mais alto nível, foram combinados por leigos treinados. Desse modo, destaca-se a necessidade de capacitações e um olhar com valor educacional onde profissionais já atuantes na aérea possam obter treinamentos contínuos, para orientar sobre quais são as condutas mais apropriadas para impedir ou agir mediante a emergência de engasgo.

Outro ponto importante a ser discutido são o conhecimento de medidas que devem ser tomadas afim de minimizar riscos de engasgo. A Sociedade Brasileira de Cardiologia⁶, elencou as seguintes orientações: uso de brinquedos adequados para faixa etária bem como o armazenamento correto de objetos. Nesta mesma linha, o Criança Segura acrescenta a importância de seguir as recomendações do fabricante, buscando por brinquedos com selo do Inmetro; observar frequentemente se alguma parte pequena pode se soltar, se existem pontas afiadas ou arestas nos brinquedos, mantendo assim fora do alcance da criança; e por fim evitar o uso de balões de látex.

Em relação a prevenção de engasgo com alimentos, deve-se considerar o desenvolvimento do sistema estomatognático da criança, a qual inicia-se com os reflexos orais do recém-nascido que garantem sua alimentação¹⁶.

As modificações da anatomia e fisiologia da cavidade oral e faringe iniciam-se entre o terceiro e o sexto mês de idade, tendo ainda a erupção dos incisivos. O processo de maturidade e desenvolvimento das funções orofaciais, como a mastigação e a deglutição; o desconhecimento para reação aos perigos e ainda os altos níveis de atividade ao comer podem ser fatores de risco para o engasgo³.

As vias aéreas de uma criança são mais vulneráveis à obstrução, devido ao diâmetro menor tem maior probabilidade de sofrer um bloqueio significativo por pequenos corpos estranhos. Ainda a presença do muco e as secreções ao redor de um corpo estranho na podem selar o corpo estranho, tornando-o mais difícil de ser expelido com a tosse, sendo a força de tosse gerada por um bebê ou criança é menor do que em um adulto³.

Desse modo, se faz importante seguir as medidas para prevenção dos engasgos. As recomendações do Criança Segura são oferecer a criança alimentos macios, cortados em pedaços pequenos e ainda o posicionamento adequado durante a alimentação. Tais recomendações corroboram com o estudo de Maggioni e Araújo¹⁷, as quais citam a importância da postura e alinhamento corporais durante a alimentação, sendo ideal ter o corpo alinhado e a cabeça ligeiramente; a consistência do alimento oferecido, que depende do desenvolvimento estomatognático da criança; e os utensílios utilizados, sendo o copo e a colher recomendados para a alimentação.

Em relação aos lactentes, a principal forma de alimentação destes é a amamentação. Nos estudos selecionados nessa revisão não foram encontradas medidas preventivas frente a emergência de engasgo em bebês.

Medeiros *et al.*¹⁸, abordam um estudo interessante a respeito da sucção eficaz e da pega adequada durante a amamentação, a partir da pega adequada, estabelece-se uma dinâmica muscular, caracterizada por quatro movimentos mandibulares: abertura, protrusão, fechamento e retrusão. Esse mecanismo deve estar em perfeita sincronia e coordenado à deglutição e à respiração, evitando assim engasgos e/ou broncoaspiração.

Conclusão

Este estudo permitiu observar que a emergência de engasgo em lactentes e crianças ocorre por um conjunto de fatores, dentre eles estão a fisiologia das funções de mastigação e deglutição e ainda causas relacionadas a aspiração com corpos estranhos. Os textos pesquisados demonstram que o conhecimento de pais e cuidadores frente a manobras a serem realizadas frente ao engasgo precisam de atenção.

Nesse tocante, é fundamental processos de sensibilização e capacitações aos pais e cuidadores envolvidos nos cotidianos de seus filhos, garantindo a proteção e segurança de lactentes e crianças em seus lares, escolas, entre outros, reduzindo assim a incidência de morbidade e mortalidade em situações do suporte básico de vida.

Referências

1. Xavier-Gomes LM, Rocha RM, Andrade-Barbosa TL, Silva CSO. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. *O mundo da saúde*. 2013;37(4):394-400.
2. Aprenda a prevenir: como prevenir sufocação e engasgamento. *Criança segura Brasil*. [periódico da internet]. 2020. [acesso em 30 jul 2021]. Disponível

em: <https://criancasegura.org.br/aprenda-a-prevenir/como-prevenir-sufocacao-e-engasgamento-3/>

3. Sociedade Brasileira de Pediatria 2010 (ACP 2010). AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Policy statement-prevention of choking among children. Pediatrics. 2010;125(3):601-07.
4. Amaral JB, Félix MM, Ferreira MGB, Ribeiro S, Barbosa MH. Caracterização dos casos de óbito acidental de crianças por aspiração de corpos estranhos em Minas Gerais. Rev Min Enferm. 2019;23(1):1-7.
5. Fonoaudiologia nas Redes de Atenção. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. 13º. Colegiado. Gestão 2019-2021 Elaboração: Sistema de Conselhos de Fonoaudiologia Brasília 2020.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação pulmonar e cuidados Cardiovasculares de Emergência. 2013;101(2). Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf
7. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2019;113(3):449-663. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/7hYYNQk4XHwckmPbFcFD7kP/?lang=pt>
8. Voorde PV, Turner NM, Djakowd J, Lucas N, Martinez-Mejias A, Biarent D, et al. Diretrizes do Conselho Europeu de Ressuscitação 2021: Suporte Pediátrico de Vida. European Resuscitation Council. 2021;2(15):1-61. Disponível em: <https://www.emergency-live.com/pt/sa%C3%BAde-e-seguran%C3%A7a/conselho-europeu-de-ressuscita%C3%A7%C3%A3o-erc-as-diretrizes-2021-bls-suporte-b%C3%A1sico-de-vida/>
9. American Heart Association. Guidelines 2015 CPR&ECC. Disponível em: <http://www.bombeiros.ms.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-das-Diretrizes-de-RCP-e-ACE-2015.pdf>
10. Rodrigues H, Cuesta G, Gregori D, Lorenzoni LG, Tortosa S, D'Aquila MR, et al. Recomendaciones sobre la prevención de la aspiración de cuerpos extraños orgánicos. Arch. Argent. Pediatr. 2017;115(5):512-16.
11. Jonge AL, Martins AS, Santos HM, Santos AST, Góes FGB, Silva LJ. Conhecimento de profissionais de educação infantil sobre obstrução de vias aéreas por corpo estranho. Enferm. Foco. 2020;11(6):192-8.
12. Gyedu A, Mock C, Nakua E, Otupiri E, Donkor P, Ebel EE. Pediatric First Aid Practices in Ghana: a population-based survey. World Journal of Surgery. 2015;1-11.
13. Santos VL, Paes LBO. Avaliação do conhecimento materno sobre Manobra de Heimlich: construção de cartilha educativa. Cuid. Enferm., 2020;14(20):219-25.
14. Costa P, Silva LS, Silva MT, Floriano CMF, Orsi KCSC. Efeitos de oficina educativa sobre prevenção e cuidados à criança com engasgo: estudo de intervenção. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2020;10(1):1-8.
15. Hasselager A, Ostergaard D, Kristensen T, Sonderskov Ct, Bohnstedt C, Lauritsen TLB, et al. Assessment of laypersons' paediatric basic life support and foreign body airway obstruction management skills: a validity study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2018;26(73):1-8.
16. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. Jornal de Pediatria. 2004;80(5):155-62.



17. Maggioni L, Araújo CMT. Orientação e práticas na alimentação de crianças com paralisia cerebral. J Hum Growth Dev. 2020;30(1):65-74.
18. Medeiros AMC, Santos JCJ, Santos DAR, Barreto IDC, Alves YVT. Acompanhamento fonoaudiológico do aleitamento materno em recém-nascidos nas primeiras horas de vida. Audiol Commun Res. 2017;22(1):1-8.

Artigo de Revisão

Disfagia em idosos com transtornos neurocognitivos

Dysphagia in elderly people with neurocognitive disorders

Renato Dias Freire¹, Lillian Christina Oliveira Silva²

Resumo

Introdução: Transtornos neurocognitivos podem levar o agravamento geral do idoso disfágico, principalmente de idosos com imobilidade e outras complicações relacionadas aos distúrbios de deglutição. O artigo trata da disfagia associada aos transtornos neurocognitivos, e a sua motivação foi a deficiência de programas e/ou informações sistematizados voltados para cuidadores e familiares de idosos portadores dessas comorbidades. **Objetivos:** Apresentar conceitos e elucidar as manifestações dos transtornos neurocognitivos e suas relações com quadros disfágicos propondo um programa prático de orientação e prevenção dos agravos dos distúrbios de deglutição em idosos nessas condições. **Metodologia:** O procedimento metodológico adotado foi a pesquisa bibliográfica, a partir de citações de livros e artigos e textos de caráter científico publicados a partir das plataformas digitais SciELO e Google Acadêmico datados de 2009 a 2020. **Resultados/discussão:** Aprofundamento dos conhecimentos sobre os transtornos neurocognitivos e distúrbios de deglutição associados a diferentes fatores e descrição de orientações para um programa preventivo de cuidados com os idosos antes, durante e após a alimentação. **Conclusão:** É relevante a relação entre transtornos neurocognitivos e a disfagia, sendo necessário o gerenciamento dos distúrbios de deglutição almejando alcançar uma melhor qualidade de vida para os idosos portadores dessas condições. As orientações e informações para os familiares, cuidadores e demais profissionais da saúde, são de extrema importância visando evitar o agravamento do quadro do paciente.

Descritores: Fonoaudiologia, Transtornos de Deglutição, Transtornos neurocognitivos, idosos, Disfagia.

Abstract

Introduction: Neurocognitive disorders can lead to a general worsening of dysphagic elderly people, especially elderly people with immobility and other complications related to swallowing disorders. The article deals with dysphagia associated with neurocognitive disorders, and its motivation was the lack of systematic programs and/or information aimed at caregivers and family

members of elderly people with these comorbidities. **Objectives:** To present concepts and elucidate the manifestations of neurocognitive disorders and their relationships with dysphagic conditions, proposing a practical program of guidance and prevention of the problems of swallowing disorders in elderly people with these conditions. **Methodology:** The methodological procedure adopted was bibliographic research, based on citations of books and articles and scientific texts published on the digital platforms SciELO and Academic Google dated from 2009 to 2020. **Results/discussion:** Deepening knowledge about disorders neurocognitive and swallowing disorders associated with different factors and description of guidelines for a preventive care program for the elderly before, during and after feeding. **Conclusion:** The relationship between neurocognitive disorders and dysphagia is relevant, requiring the management of swallowing disorders aiming to achieve a better quality of life for the elderly with these conditions. Guidance and information for family members, caregivers and other health professionals are extremely important to avoid worsening the patient's condition.

Keywords: Speech Therapy, Swallowing Disorders, Neurocognitive Disorders, elderly, Dysphagia.

-
1. Fonoaudiólogo, Graduado pela Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS, 2003. Especialista em Gestão de Instituições Educacionais pela Universidade Pitágoras BH (2014). Especialista em Neuroaprendizagem e Práticas Pedagógicas pela Universidade Pitágoras PR (2019).
 2. Fonoaudióloga, Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2001). Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar pela Universidade Estácio de Sá (2003). Especialista em Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (2018).

e-mail: renatofono@yahoo.com.br

Introdução

“A disfagia é um distúrbio da deglutição que afeta a capacidade de transportar alimentos ou líquidos da boca até o estômago. É sintoma de uma doença de base e se manifesta, por tosse e/ou engasgo”¹.

Não se sabe ao certo quando surgiu o termo disfagia, mas é evidente a importância dos estudos referentes aos distúrbios de deglutição em idosos, uma vez que, o crescimento da população e a longevidade dessa faixa etária no Brasil tornam-se cada vez mais notória. De acordo com o censo de 2018, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tem cerca de 28 milhões de

peessoas com 60 anos ou mais, que corresponde a 13% da população. Dessa forma, a tendência, é que essa taxa dobre nos próximos dez anos².

Transtornos neurocognitivos podem levar o agravamento geral do idoso disfágico, principalmente de idosos com imobilidade e outras complicações relacionadas aos distúrbios de deglutição. Além disso, os distúrbios de deglutição estão associados à comorbidades como a eructação, referência a não comer alimentos duros, falta de apetite, desnutrição, desidratação e pneumopatias broncoaspirativas de repetição^{3,4}.

Entre as principais pesquisas desenvolvidas destacam-se os estudos sobre as maneiras de diagnosticar a disfagia por avaliação clínica, que abarcam aspectos associados a dietas alimentares, uso de remédios de uso contínuos, questões dentárias, musculatura orofacial, sistema estomatognático associados no processo e avaliação funcional nas diferentes consistências do bolo alimentar.

Infelizmente deixa-se a desejar pesquisas que tenham foco no caráter preventivo em relação à incidência ou mesmo agravamento do quadro disfágico com produção de materiais informativos e norteadores da tratativa do dos distúrbios de deglutição em idosos com transtornos neurocognitivos.

Partindo da preocupação do fonoaudiólogo em relação a diversos fatores, e não somente com os aspectos da motricidade, jogos pressóricos e praxias deglutitórias mas também de tudo que permeia uma visão holística dos idosos com transtornos neurocognitivos, este artigo tem como objetivo apresentar conceitos e elucidar as manifestações dos transtornos neurocognitivos e suas relações com quadros disfágicos, propondo um programa prático de orientação

e prevenção dos agravos dos distúrbios de deglutição em idosos nessas condições.

Metodologia

Para atingir o objetivo, o procedimento metodológico foi pesquisa bibliográfica.

Inicialmente foram selecionadas e definidas as fontes de base de dados, nos quais, foram organizados, analisados e interpretados com intuito de aprimorar os conhecimentos sobre distúrbios e deglutição.

Para definição das bases de dados foram selecionadas duas plataformas baseadas em critérios diferentes devido à autenticidade de cada uma apresenta. Foram utilizadas as plataformas SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico.

Foi realizado um recorte temporal de onze anos de 2009 a 2020 para melhor delimitação da pesquisa, em livros, e textos de caráter científico. Os materiais foram selecionados ao apresentarem uma das palavras-chaves: Fonoaudiologia, Transtornos de Deglutição, Transtornos neurocognitivos, idosos, Disfagia.

Depois de selecionados os materiais, foram analisados e interpretados nos quais foram explorados e estudados através de uma leitura sistemática a fim de responder as questões levantados nessa pesquisa abranger o objetivo desta pesquisa.

E por fim, foi proposto em linhas gerais um programa informativo sobre orientação e prevenção dos distúrbios de deglutição em idosos com transtornos neurocognitivos.

Resultados e Discussão

Fundamentos teóricos

Para melhor desenvolvimento de um programa informativo e preventivo do agravamento dos distúrbios de deglutição em idosos com transtorno neurocognitivo, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre transtorno neurocognitivo, distúrbios de deglutição e orientações de alimentação visando a qualidade de vida de idosos disfágicos. Mas para distinguir conceitos, causas, complicações e possíveis orientações, foi necessário compreender as etapas que compõe a deglutição, a saber: preparatória oral, oral, faríngea e esofágica, sua função biológica, além de identificar as alterações que possam prejudicar a fisiologia da deglutição em idosos com transtorno neurocognitivo.

A organização dos resultados e discussão, foi dividida em quatro tópicos: Transtorno neurocognitivo em idosos; Distúrbios de deglutição em idosos com transtorno neurocognitivo; Orientações de alimentação para qualidade de vida de idosos disfágico; e Proposta do programa preventivo do agravamento dos distúrbios de deglutição em idosos, que serão relatados a seguir:

Transtorno neurocognitivo em idosos

“A cognição é o conjunto de habilidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano”⁴.

É natural que ocorram mudanças fisiológicas na memória e nas funções cognitivas durante o envelhecimento natural do ser humano. A principal característica da senescência cognitiva é o déficit global no processo de aprendizagem e nas respostas aos estímulos ambientais.

Já o transtorno neurocognitivo é a diminuição do desempenho cognitivo das suas faculdades mentais que podem ser desenvolvidas por diferentes fatores. O termo “demência” tem origem do latim, da junção da “palavra *de* mais *mentis* (diminuição/falta da mente) e foi utilizado ao longo da história para caracterizar indivíduos que apresentavam deterioração de suas funções mentais cognitivas e comportamentais”³.

O “declínio da função cognitiva representa um declínio a partir de um nível de funcionamento alcançado anteriormente, não estando presente no nascimento ou no início de vida”⁵. “Idosos com declínio cognitivo associado a declínio funcional apresentam incapacidade cognitiva”⁴. Outras causas são doenças mentais como as psicoses, delirium e até mesmo depressão.

A prevalência da incapacidade cognitiva é estimada cerca de 7% da população idosa que duplica a cada cinco anos, atinge cerca de 50% dos idosos com mais de 80 anos. O principal causa de transtornos neurocognitivos é a demência de Alzheimer que corresponde a cerca de 60% dos casos⁴.

A depressão é outra causa que podem desencadear incapacidade cognitiva em idosos, pois a depressão “consiste no humor rebaixado, tristeza, desesperança, desanimo, perda de interesse ou prazer nas atividades, queixa de perda de memória, alteração do sono e do apetite e tentativa de suicídio”⁴.

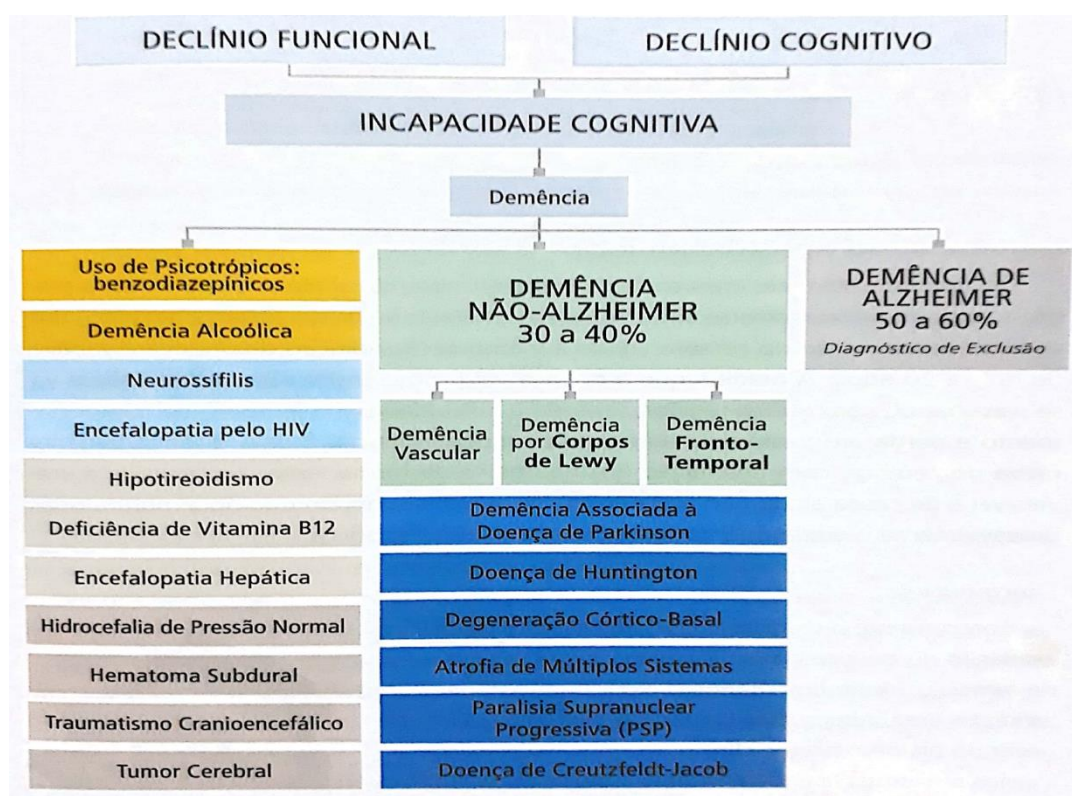
Outra causa de incapacidade cognitiva são os delirium, considerado um estado de confusão mental aguda, ao contrário da demência, que ocorre lentamente. Geralmente, ocorrem em idosos no pós-operatório, hospitalizados com doenças agudas. Já as “doenças mentais consistem em comprometimento do pensamento. A esquizofrenia, a parafrenia tardia e a oligofrenia são causas de doença mental”⁴.

Referindo-se ao conceito de demência, segundo a Associação de Psiquiatria Americana, desde 2014, o termo demência foi substituído por transtorno neurocognitivo. Atualmente eles são classificados em “leve” e “maior”. De acordo com Pereira⁵ “o aspecto diferente entre o leve e o maior é o comprometimento dos prejuízos cognitivos na “independência do indivíduo, uma vez que no leve não há perda de independência nas atividades do cotidiano, por sua vez no maior há uma perda de independência na realização das mesmas”.

Para a Associação de Psiquiatria Americana (2014)⁶, em idosos, os transtornos neurocognitivos descritos são: transtornos neurocognitivo devido à doença de Alzheimer; Devido lesão Cerebral Traumática; Induzido por substância e medicamento; À infecção por HIV; À doença do Príon; À doença Huntington; A doença de Parkinson; Frontotemporal; Corpos de Lewy; Transtorno neurocognitivo Vascular; ou devido a outras Condições Médicas e Múltiplas Etiológicas.

Os transtornos neurocognitivos em idosos são (figura 1): Demência de Alzheimer; Demência vascular; Demência por Corpos de Lewy; Demência Frontotemporal; e causas potencialmente reversíveis. Esses transtornos neurocognitivos podem levar ao agravamento do quadro disfágico, principalmente de idosos com imobilidade. “Estima-se que cerca de 40% dos idosos internados desenvolvem algum tipo de imobilidade após internação hospitalar”⁴.

Figura 1 – Principais causas de demência



Fonte: Moraes e Azevedo⁴

A imobilidade por se só, já levar o idoso a dependência temporária ou permanente e até mesmo “um processo irreversível e terminal, com poucas intervenções a serem propostas”, uma vez que, as complicações da imobilidade afetam agressivamente grande parte da fisiologia dos sistemas do corpo humano⁴.

Partindo ainda desse ponto, Moraes e Azevedo⁴, afirmam que, “o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, principalmente

benzodiazepínicos”, “amputações de membros inferiores, uni ou bilaterais”, isolamento social, contensão física no leito e estrutura física inadequada do domicílio, são alguns fatores de risco frequentes, que devem ser levados em consideração na abordagem do idoso disfágico com transtornos neurocognitivo.

Conforme o estudo realizado por Goes *et al.*⁷, demonstraram que alterações cognitivas, encontrados em idosos com a “doença de Alzheimer, podem causar a interrupção das ações necessárias e preparatórias para a deglutição. Os principais déficits encontrados em idosos são: disfunção motora lingual, atraso no disparo do reflexo de deglutição, controle motor oral do bolo inadequado, a retenção de alimentos na valécula e nos seios piriformes, penetração e aspiração. Ao analisar esses déficits nutricional baseando-se na doença de Alzheimer, identificaram que 30% estavam desnutridos, 53,3% apresentavam risco de desnutrição e 16,6% apresentavam estado nutricional adequado.

De acordo com Moraes e Azevedo⁴, na figura 1, a demência vascular, corresponde a 20% dos casos de transtornos neurocognitivos em idosos. Geralmente são sequelas de AVCs (acidente vascular cerebral) e seus sintomas estão associados à determinada área do cérebro. A demência por Corpos de Lewy “causa sintomas de parkinsonismo, alucinações visuais, flutuações cognitivas, hipersensibilidade a antipsicóticos e pesadelos e sonhos vívidos frequentes”. Demência Frontotemporal “predominam as alterações graves do comportamento ou alteração precoce da fala”. Já as causas potencialmente reversíveis, “como o uso de psicotrópicos, demências alcoólicas, a neurosífilis e outras causas que devem ser sempre investigadas”.

Outro aspecto dificultador que, a maioria dos idosos com transtornos neurocognitivos apresenta, é possuir grande probabilidade de apresentarem deficiência nutricional e de hidratação baseado em diferentes fatores, como: “a perda sensorial, a anorexia, dificuldades de mastigação e deglutição, distúrbios clínicos agudos ou crônicos e a utilização de um grande número de medicamentos”⁸.

Na contemporaneidade, ainda não tem medidas curativas para os transtornos neurocognitivos (demências), porém, o tratamento deve-se considerar intervenções com medicações e terapêuticas, baseado em sua origem, para estabelecimento das consequências desencadeadas pelo transtorno. “Existem medicamentos para o tratamento das manifestações clínicas de todas as demências. A escolha da medicação deve ser correta e baseada no diagnóstico da origem de demência” ⁴.

Distúrbios de deglutição em idoso com transtorno neurocognitivo

Analisando que o ato de se alimentar é vital para o funcionamento saudável do corpo e da deglutição do ser humano, qualquer distúrbio que dificulte uma das etapas da deglutição nos idosos, influencia diretamente no processo físico, comportamental e emocional da fisiologia do corpo do idoso⁸.

“A deglutição é uma atividade neuromuscular complexa, que pode ser iniciada conscientemente durando alguns segundos, na qual estão envolvidos músculos da respiração e do trato gastrointestinal”. Esse movimento tem por objetivo transportar o bolo alimentar e higiene do trato respiratório⁹. Geralmente a deglutição apresenta três fases: oral, faríngea e esofágica. “Porém, quando se considera os momentos que antecedem a deglutição propriamente dita, pode ser

dividida em cinco fases: antecipatória, preparatória oral, oral, Faríngea e Esofágica”¹⁰.

Vale ressaltar que, qualquer alteração cognitiva que dificulte uma das fases da deglutição em idosos com transtorno neurocognitivo, se torna muito mais complexo, uma vez que, as “alterações no sistema nervoso podem levar à disfagia, é importante conhecer a fisiopatologia de cada doença e conhecer a origem sensorial e motora dos sinais e sintomas da alteração na deglutição”. Uma vez compreendendo que modificações no sistema nervoso podem desenvolver a disfagia, é fundamental o conhecimento das fisiopatologias das doenças e distinguir “a origem sensorial e motora dos sinais e sintomas da alteração na deglutição”¹.

Partindo dessa explanação, vale retornar ao termo disfagia, que pode se referir tanto à dificuldade de iniciar a deglutição como o impedimento na passagem do material deglutido para o esôfago, portanto, ela é classificada em disfagia orofaríngea ou esofágica. “A disfagia orofaríngea também pode ser denominada disfagia “alta” pela sua localização. Os pacientes têm dificuldade de iniciar a deglutição e geralmente identificam a área cervical como a com problemas”¹¹.

“A disfagia esofágica também pode ser denominada disfagia ‘baixa’, referindo-se a uma provável localização no esôfago distal, mas deve-se observar que alguns pacientes com disfagia esofágica, como a acalasia”, podem apresentar disfagia próximo a cervical, disfarçando a disfagia orofaríngea”¹¹.

Estudos realizados por Luchesin *et al.*¹ verificaram que os participantes da pesquisa diagnosticados com transtornos neurocognitivos apresentaram modificações como alteração na fase oral da deglutição, resíduos faríngeos,

penetração laríngea e aspiração laringotraqueal. Além disso, os participantes com esse distúrbio descreveram um ou mais sintomas desagradáveis no processo de deglutição, “percebida de maneira aguda durante a deglutição, os demais a percebiam de maneira contínua” sintomas como “percebiam ardor, desconforto, incômodo, cansaço, odinofagia, câimbra ou irritação na “garganta” ao deglutir, diariamente”¹.

Pesquisa citadas por Santos¹⁰ afirma que na doença de Alzheimer, existem uma correlação entre a disfagia e funções neurocognitivas. “O maior impacto ocorre nas fases antecipatória, preparatória oral e oral da deglutição, visto que as fases voluntárias exigem maior controle cognitivo e das funções executivas”.

O autor citado acima traz, também, em seu texto, que outras pesquisas que analisaram a correlação positiva entre deglutição e cognição verificaram que idosos com doença de Alzheimer, demonstraram tempo de trânsito oral aumentado, enquanto idosos com AVCs (acidente vascular cerebral) obtiveram maior problema na mastigação e formação do bolo alimentar, pior percurso hiolaríngeo, no desempenho no funcionamento epiglótico e maior ocorrência de aspiração silente¹⁰.

Orientações de alimentação para qualidade de vida de idosos disfágicos

Estudos realizados por Goes *et al.*⁷ revelam que idosos com demências “possuem pior estado nutricional quando comparados com um grupo controle sem demência, apresentando perda de peso”. As alterações na deglutição em idosos também estão associadas às acomodações das funções ao mastigar,

deglutir, perdas dentárias, por usar próteses mal adaptadas e designadas como presbifagia. “Essas mudanças na cavidade oral, associadas ao envelhecimento, podem comprometer a fase oral da deglutição, levando a redução da mobilidade da língua e de sua força de movimentação”⁸.

Contribuindo com esse diálogo, baseando-se na literatura fundamentada nessa pesquisa, embora partindo de uma concepção preventiva e tratativa, segue abaixo orientações necessárias para a oferta de alimentos em idosos disfágico, que estão organizadas em: Dicas antes de iniciar a oferta de alimentos; Dicas durante a oferta de alimentos; e Dicas depois da oferta de alimentos⁴.

Dicas para seguir antes de iniciar a oferta de alimentos e bebidas em idosos com disfagia⁴:

- Posicionar o idoso assentado a 90º, sempre que possível. Cuidar para que os pés estejam apoiados sobre o chão ou alguma outra plataforma.
- Oferecer comida somente se o idoso estiver alerta ou acordado; se necessário converse, realize uma orientação a realidade do que vai acontecer naquele momento. No momento de refeição é preciso estar alerta e atento para se alimentar com calma, mastigar bem os alimentos minimizando o risco de engasgos.
- Importante verificar se o idoso apresenta alguma lesão na cavidade oral ou frouxidão na adaptação de prótese dentária que pode ocasionar dificuldades na mastigação, formação e gerenciamento do bolo alimentar.
- O idoso deverá sempre que possível sentar-se à mesa para alimentar.

- Se estiver administrando refeição a um idoso muito confuso ou que interage pouco deverá anunciar o que irá fazer: “vamos começar a almoçar”, “abra a boca”, “mastigue bem” e “engula com força”.
- O idoso com demência pode se esquecer de engolir os alimentos em sua boca. Fale de forma frequente: “tem comida na boca, pode engolir”; “vamos engolir mais uma vez”.
- Garantir a consciência da mastigação e deglutição com fechamento dos lábios evitando o escape anterior de alimentos e prejuízo do jogo pressórico que garante a ejeção do bolo alimentar para a fase faríngea da deglutição.
- Certifique que o idoso já engoliu toda comida/bebida, antes da próxima colherada ou próximo gole.
- Ofereça o alimento sempre numa temperatura diferente da temperatura da saliva, ou seja, mais morno ou mais frio.
- Se estiver administrando refeição a um idoso agitado, peça para que o paciente não fale enquanto estiver com comida ou bebida na boca, conversar pode causar tosse e engasgo.
- O idoso deverá beber líquidos em pequenos goles para que possa ter mais controle; evitar a movimentação vertical do pescoço, copos adaptados ajudam bastante.
- Siga as orientações do fonoaudiólogo em relação a consistência dos alimentos a serem ofertados. Idosos com demência podem precisar de adequações, como por exemplo ofertar somente de alimentos pastosos ou uso de espessante.

- Sempre comunicar qual refeição e quais alimentos serão ofertados naquele momento. Por exemplo: “Sr. João, agora vamos almoçar e hoje temos arroz com feijão, purê de batata, frango desfiado...”.
- Apresentar e deixar o alimento na frente do idoso para estimular o processo de salivação. As refeições devem ser apetitosas aos olhos e ao paladar.
- Evitar misturar os alimentos homogeneizando os sabores individuais. Trazer para as refeições alimentos que antes eram preferidos pelo idoso ainda que em consistência adaptada.
- É importante aproximar o alimento das narinas para o idoso sentir o cheiro do alimento.
- Usar talheres apropriados às condições do idoso.

Dicas para seguir durante a oferta de alimentos e bebidas⁴:

- O alimento deve ser oferecido em pequenas quantidades.
- Sempre que o idoso tiver condições físicas e cognitivas ele mesmo deve segurar o talher ou o copo e levar o alimento ou a bebida até a boca.
- O cuidador deve permanecer assentado na frente ou do lado do idoso. Não se recomenda ofertar as refeições em pé, pois essa posição o cuidador transmite a sensação de pressa ou descuido além de poder alterar a postura cervical adequada para a alimentação conforme sugerido pelo fonoaudiólogo.
- Respeitar o tempo do idoso, esperá-lo engolir totalmente para ofertar a próxima colherada/garfada ou próximo gole.
- O idoso deve o tempo todo ser estimulado para que não perca a concentração. Lembrar ao idoso de mastigar e engolir o alimento: “Sra. Eloíza, tem comida na boca, pode engolir”.

- Manter o ambiente tranquilo e evitar ruídos que possam distrair o idoso como televisão, rádio conversas paralelas e outros elementos/situações que possam ocasionar distração.
- Evitar oferecer líquidos durante as refeições, pois eles são difíceis de serem controlados na cavidade oral, facilitando a entrada de alimentos nas vias aéreas, provocando tosse, engasgos e até pneumonia de aspiração.
- Evitar a oferta de alimentos secos, eles podem promover engasgos.
- Caso seja necessário e indicado pelo fonoaudiólogo, utilizar espessantes para modificar a consistência dos alimentos, mas sempre com a orientação de um fonoaudiólogo ou de um nutricionista.
- Caso seja necessário, utilizar manobras para facilitar deglutição, sempre com orientação de um fonoaudiólogo.
- Interromper imediatamente a oferta em caso de engasgos, alteração brusca do ritmo respiratório (muito cansaço), sonolência... é necessário estar alerta, consciente e bem orientado no momento da refeição.
- Em caso de engasgo não desesperar, solicite ao idoso para tossir com força para eliminar o alimento. Se o idoso continuar engasgado ou caso não conseguir tossir avise que vai ajudá-la a desengasgar. Com a pessoa consciente em pé ou sentada coloque a sua mão fechada, com o polegar para dentro, contra o abdômen da pessoa, ligeiramente acima do umbigo e abaixo do limite das costelas. Segure de modo firme o seu pulso com a outra mão. Exerça pressões repetidas e rápidas contra o abdômen para trás e para cima. Se o idoso estiver inconsciente ou após as manobras ainda estiver engasgado acione o SAMU (telefone: 192) ou Corpo de Bombeiros imediatamente (telefone: 193).

Dicas para seguir após oferta de alimentos/bebidas⁴:

- No idoso frágil, com dificuldade de mastigação e/ou disfagia, após a deglutição pedir ao idoso abrir a boca e verificar se existem resíduos de alimentos na cavidade oral. Se o idoso não deglutir os restos alimentares que permanecerem na cavidade oral, o cuidador deverá retirá-los (calce uma luva, embrulhe o dedo ou use uma espátula com gaze e limpe toda a boca).
- Em relação a oferta de medicamentos em forma de comprimidos ou cápsulas é importante verificar se realmente houve a deglutição do mesmo que poderá ficar fixo no palato, e no espaço entre as bochechas e a gengiva.
- Fazer higiene oral após cada refeição, se usar prótese dentária fazer a higienização da mesma e não se esquecer da cavidade oral, dos espaços entre a gengiva e as bochechas, debaixo da língua e entre os lábios e a gengiva.
- Com escova de cerdas macias mais pasta de dentes ou dedo mais gaze mais antisséptico bucal diluído em água potável, passar em: língua, céu da boca, bochechas internas, gengivas e dentes remanescentes (se houver).
- Após a refeição, manter o idoso assentado pelo período de 30 minutos, no mínimo para evitar refluxo gastroesofágico que pode ser broncoaspirado.

Portanto, há de se observar e considerar nos idosos com transtornos neurocognitivos todas as possíveis variantes que possam interferir no processo de deglutição desde a fase antecipatória até a esofágica.

Vislumbrar a deglutição não simplesmente como o ato mecânico de “engolir” o alimento, mas todo o processo de memória e processamento da linguagem que se torna uma predisposição cognitiva para os processos

sensitivos e motores que englobam desde a sensação do apetite, o estímulo gustativo, captação do alimento, preparação, formação e ejeção do bolo alimentar, até a fisiologia de coaptação glótica e demais processos de proteção de vias aéreas.

As dicas a serem observadas antes, durante e após a oferta de alimentos auxiliam muito, norteiam a rotina de todos os que auxiliam os idosos com transtornos neurocognitivos no momento das refeições.

Para os portadores de transtornos neurocognitivos tarefas até então automatizadas no dia a dia como o alimentar-se de líquidos e sólidos passam a perder ou mesmo a adquirir novos significados e desafios quando muitas vezes não somente o sabor, as memórias afetivas vinculadas ao alimentar-se, mas também o ato de mastigar (praxia) e deglutir escapam a memória executiva. Daí a importância de cuidadores e familiares zelarem para que o momento das refeições seja imbuído de sentimentos atitudes que promovam prazer, socialização, autocuidado e segurança.

As orientações acima descritas servem para balizar comportamentos assertivos em situações de via oral de alimentação em casos de transtornos neurocognitivos. A observância ativa dessas orientações nos momentos de refeição faz parte de um conjunto de medidas terapêuticas fonoaudiológicas que contribuem para uma deglutição segura e eficiente evitando, junto com a equipe multidisciplinar, a intercorrência de episódios de broncoaspiração, desnutrição e desidratação que colocam em risco não somente a qualidade, mas também a própria vida do paciente.

No campo da saúde, particularmente na fonoaudiologia, existe uma grande demanda e preocupação das alterações que possam prejudicar a

fisiologia da deglutição e muitas vezes esta preocupação se amplia com a incidência de transtornos neurocognitivos.

Os conhecimentos sobre transtornos cognitivos e disfagia, propõe orientações práticas de prevenção dos agravamentos e da tratativa dos transtornos de deglutição em idosos acometidos por tais disfunções. Uma atenção especial deve ser voltada para a pessoa portadora de transtornos neurocognitivos e distúrbios de deglutição, a fim de estabelecer novas formas de atuações do fonoaudiólogo, buscando alcançar melhor qualidade de vida de idoso, visando garantir o acesso à informação dos familiares, cuidadores e outros profissionais envolvidos.

Conclusão

Há necessidade de desenvolver mais pesquisas que tenham foco no caráter de prevenção dos agravos aos distúrbios de deglutição em idosos com transtornos neurocognitivos.

Para possíveis trabalhos futuros, pode-se apontar a necessidade de estabelecer programas de orientação a partir da elaboração materiais didáticos como cartilhas e guias para cuidadores e familiares dos idosos diagnosticados com transtornos neurocognitivos e disfagia. Aqui há de se concluir afirmando a importância de um processo terapêutico interdisciplinar onde a tratativa da reabilitação cognitiva seja também vislumbrada em quadros disfágicos visto a sua participação nas fases antecipatória e oral (mastigação) da deglutição.

A visão holística do paciente nos faz refletir sobre possibilidades terapêuticas individualizadas abrangendo a sua realidade biopsicossocial

estendida aos cuidadores, familiares e demais profissionais da saúde envolvidos e que cotidianamente participam desse processo.

Referências

1. Luchesi KF, Campos BM, Mituuti CT. Identificação das alterações de deglutição: percepção de pacientes com doenças neurodegenerativas. CoDAS [periódicos na Internet]. 2018. [acesso em 25 abr 2021] 2018;30(6) Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/sKN5KTfPqFhzzdKXVN8yQqM/?lang=pt>
2. Perissé C, Marli M. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. Revista Retratos. [periódicos na Internet]. 2019 mar [Acesso em 6 mar 2021]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>
3. Pessoa RMP, Faria SM, Morais D, Chagas MHN. Da demência ao transtorno neurocognitivo maior: aspectos atuais. Revista Ciências em Saúde, v6, n4, 2016.
4. Moraes EN, Azevedo RS. Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil. Belo Horizonte: Folium; 2016. 335-355p.
5. Pereira MMGMT. Transtornos Neurocognitivos-Leve e Maior–Módulo de psicoeducação para o programa REHACOG. [monografia/dissertação/tese]. Portugal: Universidade de Coimbra/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; 2017.
6. American Psychiatric Association. DSM-5®: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2014. 992 p.
7. Goes VF, Mello-Carpes PB, Oliveira LO, Hack J, Magro M, Bonini JS. Avaliação do risco de disfagia, estado nutricional e ingestão calórica em idosos com Alzheimer. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2014;22(2):317-24.
8. Morais APA. Presbifagia: revisão bibliográfica. [monografia/dissertação/tese]. Goiânia: Universidade São Marcos/Ceafi Pós-graduação, 2009. 6-10p.
9. Marchesan IQ. Fundamentos em Fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral. In: Deglutição: diagnóstico e possibilidades terapêuticas, Marchesan IQ., 2005. 51-58.
10. Santos DT. Funcionalidade global, da deglutição e da comunicação de idosos com comprometimento cognitivo avançado. [monografia/dissertação/tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo / Faculdade de Medicina; 2018. 15,35,109p.
11. WGO - World Gastroenterology Organisation: Practice Guidelines. Disfagia: diretrizes e cascatas mundiais, 2014. 13 p.