



Revista Brasileira de Geriatria e
Gerontologia

ISSN: 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Steenhagen, Claudia Helena V. A.; Branco da Motta, Luciana
Deglutição e envelhecimento: enfoque nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas
na reabilitação do paciente disfágico
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 9, núm. 3, 2006, pp. 89-100
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838771007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Deglutição e envelhecimento: enfoque nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico

Deglutition and aging: focus on facilitating and postural maneuvers utilized in rehabilitation for dysphagic patients

Claudia Helena V. A. Steenhagen^a

Luciana Branco da Motta^b

Resumo

O propósito deste artigo é apresentar uma revisão de literatura sobre as manobras utilizadas na reabilitação das disfagias. O aumento da população idosa acarreta maior prevalência de doenças neurológicas que cursam com quadro de disfagia, o que reforça a necessidade de estudos sobre o tema. Esse fato vem despertando atenção de profissionais que atuam na reabilitação, em especial a fonoaudiologia. Dentro da reabilitação encontramos manobras facilitadoras e posturais que podem proporcionar maior segurança alimentar. Baseados na literatura, observamos que as manobras facilitadoras supraglótica, supersupraglótica e de esforço ajudam na proteção da via aérea através da técnica do controle da apnéia confortável, tendo como propósito a segurança alimentar do paciente disfágico. As manobras posturais de cabeça para baixo, cabeça para trás, rotação de cabeça para o lado comprometido e cabeça inclinada para o lado bom mostraram ter como propósito o fechamento do vestíbulo laríngeo, reduzir a distância hio-laríngea e a drenagem gravitacional do alimento em direção à faringe. Assim sendo, o estudo da dinâmica da deglutição através do método videofluoroscópico e o conhecimento, por parte dos profissionais, das diferentes manobras e suas complicações clínicas, mostraram ser importantes para a reabilitação do paciente idoso disfágico.

Abstract

The purpose of this article is to present a review of the literature on maneuvers utilized in the rehabilitation of dysphagia cases. The increase in the elderly population is causing greater prevalence of neurological diseases that progress with a condition of dysphagia, which reinforces the need for studies on this subject. This trend has drawn the attention of rehabilitation professionals, especially speech therapists. Among rehabilitation techniques, there are facilitating

Palavras-chave:
 disfagia; desordens
 da deglutição;
 envelhecimento;
 técnicas deglutição;
 deglutição
 supraglótica;
 deglutição com
 esforço; cabeça para
 baixo; Acidente
 Vascular Cerebral.

Correspondência / Correspondence
 Cláudia Helena Vigné Alvarez de Steenhagen
 E-mail: chsteehnagen@globo.com

and postural maneuvers that may provide greater safety while eating. From the literature, it can be seen that supraglottal, super-supraglottal and effortful facilitating maneuvers help to protect the airways through comfortable apnea control techniques, and it is stated that these have the purpose of ensuring eating safety for dysphagic patients. Postural maneuvers of lowered head, tilted-back head, head rotation to the affected side and head inclined to the good side have been shown to have the purposes of closing the laryngeal vestibule, reducing the hyolaryngeal distance and enabling gravitational drainage of food towards the pharynx. Therefore, studying the dynamics of deglutition by means of the videofluoroscopy method and knowledge among professionals of the different maneuvers and their clinical complications have been shown to be important for the rehabilitation of dysphagic elderly patients.

Key words:
dysphagia;
deglutition
disorders; swallowing
techniques;
supraglottic swallow;
efforfull swallow;
chin tuck; stroke.

INTRODUÇÃO

O tema deste estudo se volta para a dificuldade de deglutição encontrada muitas vezes nas doenças neurodegenerativas e nas possíveis manobras facilitadoras e posturais da deglutição na reabilitação das disfagias. O envelhecimento populacional e a transição epidemiológica trazem um aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, comuns das idades mais avançadas (Kalaché¹⁸ et al., 1987).

A redução da reserva funcional dos vários órgãos e sistemas do organismo e a maior incidência de algumas afecções patológicas fazem da abordagem diagnóstica e terapêutica uma das etapas mais importantes do cuidado. Esse fato vem despertando atenção especial por parte de vários profissionais que atuam na área da saúde.

A Fonoaudiologia é a ciência que atua na comunicação oral e escrita, voz e audição, pesquisa, prevenção, diagnóstico, habilitação, reabilitação e aperfeiçoamento, sem discriminação de qualquer natureza (CRFg^a- RJ⁸, 1997).

O fonoaudiólogo é o profissional responsável pela reabilitação funcional da deglutição. Considerando que o ato de comer é fundamental para a manutenção de nossa vida, qualquer distúrbio que dificulte uma boa deglutição interfere diretamente no estado físico e emocional do idoso.

A queixa de disfagia tem expressiva incidência em idosos no âmbito internacional e nacional. Na Europa, pesquisas realizadas mostram que 16% da população de idosos se queixam de algum grau de disfagia. Essa população pode alcançar 60% quando se analisam idosos internados em asilos. No Brasil, a deglutição passou a ser estudada mais detalhadamente a partir da década de 90, e isto ocorreu pela preocupação com as disfagias, independentemente da patologia (Marchesan²⁹, 1999).

Explica-se a elevada ocorrência de disfagia nos idosos por vários fatores anatômicos e morfológicos. Problemas de mastigação, por deficiência da arcada dentária ou próteses inadequadas, diminuição de volume de saliva, uso de medicamentos, acidente vascular cere-

bral, traumatismo craniano, doenças neurológicas degenerativas, doenças sistêmicas, estando confusional agudo, tumores de cabeça e pescoço, longo período de entubação e tônus muscular são fatores que observamos na alta incidência de disfagia (Bilton et al.¹, 1999). A disfagia é um distúrbio de deglutição, com sinais e sintomas específicos, que se caracteriza por alterações em qualquer etapa e/ou entre etapas da dinâmica da deglutição, podendo ser congênita ou adquirida, por vezes trazendo prejuízos importantes aos aspectos nutricionais de hidratação, estado pulmonar, prazer alimentar e social do idoso.

A ampliação desta reflexão, por parte de todos os profissionais que atuam na área de Geriatria e Gerontologia, torna-se necessária para que se possa entender e favorecer o encaminhamento de pacientes que necessitem de intervenção fonoterápica, privilegiando um programa de diagnóstico e reabilitação individualizado para os idosos disfágicos.

Este trabalho faz uma breve revisão de literatura sobre deglutição, disfagia e mecanismos de proteção das vias aéreas, a fim de caracterizar as manobras facilitadoras e posturais utilizadas para a disfagia e suas implicações clínicas, buscando uma reflexão sobre alternativas terapêuticas para idosos disfágicos.

DEGLUTIÇÃO

A deglutição é o processo pelo qual o alimento é transportado da boca até o estômago. Aparentemente simples e automático,

envolve, porém, estruturas capazes de funcionar de forma coordenada e rápida. Dela participam lábios, língua, bochechas, dentes, palato, mandíbula, laringe, faringe, esôfago e estômago.

Segundo Bilton¹ et al. (1999), a deglutição é dividida classicamente em três fases: oral, faríngea e esofágica. A fase oral é voluntária e consciente. A fase faríngea é involuntária e subconsciente, sendo que nesta ocorre uma série de eventos sincronicamente coordenados. A fase esofágica, também involuntária, é responsável pela passagem do alimento da faringe ao estômago.

Diversos exames possibilitam o estudo da fisiologia da deglutição, como a endoscopia, a manometria, a eletrofisiologia e a videofluoroscopia.

A videofluoroscopia é o método radiológico, com baixo índice de exposição à radiação, que permite acompanhar toda a dinâmica do fenômeno da deglutição em tempo real. Permite a correlação morfológica e funcional dos eventos observados na deglutição (Costa & Monteiro¹¹, 2003). Seu registro em fita de vídeo, a uma velocidade de 30 quadros por segundo, possibilita a análise e a reanálise do exame, sem a necessidade de nova exposição à radiação X (Koch²¹, 1998; Costa¹⁰, 2003). Por suas vantagens, vem sendo considerado o mais indicado no estudo das patologias da deglutição, especialmente nas fases oral e faríngea.

Considerado como “padrão-ouro” para avaliação da deglutição (Robbins³⁶ et al., 1986;

Montesi³² et al., 1988; Linden²³, 1989; Costa⁹ et al.; 1992), esse exame permite visualizar as manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico. Objetiva o diagnóstico preciso e proporciona conhecimento da fisiopatologia de cada indivíduo, contribuindo para seu prognóstico e podendo ser realizado do bebê ao idoso.

Com o envelhecimento, observamos modificações anatômicas e fisiológicas durante o processo de deglutição – oral, faríngeo e esofágico – podendo contribuir para o aparecimento de sintomas disfágicos. As doenças e os estados doentios podem causar disfagia, sobretudo as de origem neurológica, como os acidentes vasculares cerebrais, doenças neuromusculares e neurodegenerativas. Encontramos, ainda, aquelas causadas por fatores iatrogênicos, como as medicações, cirurgias da coluna anterior, quimioterapia, radioterapia, traqueostomia e também fatores psicogênicos (Castel⁶, 1988; Buchholtz³, 1994).

Segundo Shaker & Lang³⁹ (1994), a língua está sujeita a mudanças hipertróficas devido ao crescimento do tecido conectivo e de depósito de gordura. Essas mudanças levam à redução da mobilidade da língua e a uma redução da força de movimentação.

Enfocando a fase oral da deglutição, estudos radiográficos de idosos indicaram uma prolongação do estágio oral de preparação do bolo, quando comparados com os sujeitos mais jovens (Robbins³⁷ et al., 1992).

Na fase faríngea da deglutição, a diminuição do tecido conectivo na musculatura su-

pra e infra-hióidea, que sustenta a laringe, resulta em uma redução da elevação anterior da laringe e diminuição na força do fechamento da entrada das vias aéreas (Jones & Donner¹⁷, 1991).

Tiago⁴² et al. (2002) realizaram estudo cujo objetivo foi avaliar as características histomorfométricas do nervo laríngeo superior em indivíduos idosos e comparar os achados com indivíduos adultos. Relataram que as fibras mielínicas de menor diâmetro do nervo laríngeo superior são responsáveis pela sensibilidade da supraglote e pelo reflexo de fechamento glótico, e concluíram que a redução das fibras mielínicas no idoso podem estar relacionadas, além de outros fatores, a uma maior predisposição à aspiração e às alterações na voz.

DISFAGIA

Disfagia é qualquer alteração ou dificuldade de deglutição que ocorre antes, durante e/ou após a alimentação. Ela pode comprometer tanto a condição nutricional como o estado pulmonar, podendo levar a uma piora do quadro clínico (Buchholz³, 1994).

As causas neurológicas são as mais freqüentes e, usualmente, as que causam mais severa repercussão na dinâmica da deglutição (Gray¹⁶ et al., 1998). Entretanto, há ainda uma diversidade de causas que podem estar associadas à disfagia, tais como as tumorações, que podem provocar uma obstrução intrínseca ou extrínseca da luz digestiva, traumas, cirurgias, alterações odontológicas e até mes-

mo envelhecimento (Kendall & Leonard²⁰, 2001), entre outros possíveis eventos (Schechter³⁸, 1998).

Terry & Fuller⁴¹ (1989) observaram as consequências pulmonares da aspiração, e consideraram como fatores que predispõem à aspiração o estado mental alterado e causas psicogênicas ou ocupacionais.

Meng & Wang³¹ (2000) relataram que a disfagia pode ser encontrada em 80% dos casos de acidente vascular encefálico. Em muitos casos, a alimentação por via oral não é segura, necessitando o emprego de alimentação alternativa.

Lawrence²² et al. (2001), ao estimarem a prevalência de incapacidades e deficiências em população vítima de seu primeiro derrame, mostraram que mais da metade dos pacientes (50,6%) têm entre seis e dez tipos de incapacidade, sendo a mais prevalente a fraqueza muscular, presente em 77,4% dos pacientes. Em segundo lugar estão os distúrbios da comunicação e, em terceiro, a disfagia, responsável por 44,7% das incapacidades encontradas.

MECANISMOS DE PROTEÇÃO DAS VIAS AÉREAS

A ventilação pulmonar ocorre através de movimentos inspiratórios e expiratórios com muito mais freqüência do que a deglutição. Aspectos relacionados à exclusão da via respiratória durante a deglutição indicam a clara existência de uma estrutura de organização

capaz de bloquear as vias aéreas durante a passagem do alimento. Seu fechamento provoca um selo de ar entre as estruturas, aumentando a resistência aérea, em associação com a abertura da transição faringoesofágica, diminuindo, assim, a resistência ao fluxo em passagem para o esôfago e formando o principal conjunto responsável pela proteção das vias aéreas durante a deglutição.(Costa & Castro¹⁰, 2003). Sabemos que qualquer dificuldade de manter esse sincronismo de proteção das vias aéreas pode causar risco de aspiração antes e durante a deglutição.

Segundo Kahrilas¹⁹ et al. (1992), com a passagem do bolo alimentar pela oro e laringofaringe, a epiglote é retroprojetada, sendo um importante mecanismo de proteção das vias aéreas. Bleach² (1993) relatou que o fechamento laríngeo durante a deglutição envolve os esfínteres: pregas ariepiglóticas, cordas vocais falsas e verdadeiras. Déficits neurológicos, incluindo nível de consciência reduzido, comprometimentos na função respiratória (reduzida capacidade de força vital – tosse fraca) e posturas anormais de cabeça aumentam o risco de aspiração. Martin & Sessle³⁰ (1993) observaram uma forte correlação entre distúrbio orofaríngeo com aspiração.

Permaln³⁴ et al. (1993) estudaram 330 pacientes, entre 23 e 95 anos, de etiologia heterogênia, nos quais procuraram determinar a relação entre aspiração e outras variáveis indicativas de disfagia, através do exame dinâmico da deglutição. Encontraram no estágio faríngeo, independentemente da aspiração: estase em valécula, elevação reduzida do hióide, alteração no funcionamento da

epiglote, estase hipofaríngea difusa e atraso no início do estágio faríngeo. Concluíram que quanto mais graves esses aspectos, maior o risco de aspiração.

MANOBRAS

As manobras facilitadoras e posturais são de grande valia na reabilitação do paciente disfágico, já que parte do treino de retomada da alimentação por via oral será baseada nas manobras que se mostrarem mais efetivas. É importante ressaltar que a chave do sucesso de uma manobra está na seleção da postura que se ajuste à anatomia e fisiologia do indivíduo (Logemann²⁶, 1993).

MANOBRAS FACILITADORAS

a. *Manobra supraglótica*

Tem como objetivo proteger as vias aéreas, maximizando o fechamento das pregas vocais antes e durante a deglutição, tentando assim evitar a aspiração. Sua execução consiste em inspirar, segurar a respiração, deglutir com a respiração presa e tossir imediatamente após a deglutição (Logemann & Kahrilas²⁵, 1990; Martin & Sessle³⁰, 1993). Segundo Logemann & Kahrilas²⁵(1990), essa manobra auxilia pacientes com fechamento reduzido ou tardio de pregas vocais, favorecendo uma alimentação segura.

b. *Manobra supersupraglótica*

Tem como propósito proteger a via aérea, maximizando o fechamento das pregas vocais e pregas vestibulares. Sua execução consiste em solicitar uma inspiração, segurar a respiração, deglutir com esforço e tossir após a deglutição (Martin & Sessle³⁰, 1993).

Para Logemann²⁷ (1997), essa manobra promove a proteção das vias aéreas da aspiração, pela utilização voluntária do fechamento aéreo prolongado, seguida de expiração forçada, e tem sido usada em pacientes disfágicos que apresentam sintomas de penetração laringea ou aspiração antes ou durante a deglutição, particularmente os que tiveram laringectomia supraglótica.

c. *Deglutição de esforço*

Auxilia no clareamento do bolo em valécula, devido ao aumento do movimento posterior de base de língua durante a deglutição faríngea, oferecendo maior segurança durante a alimentação (Kahrilas¹⁹ et al. 1992). Segundo Pouderoux³⁵ et al. (1995), aumenta a pressão na fase oral, facilitando a ejeção do bolo em direção à fase faríngea.

Baseados nessas observações, Chaudhuri⁷ et al. (2001) desenvolveram um estudo prospectivo para avaliar o efeito cardiovascular das manobras supra e supersupraglóticas em pacientes com disfagia decorrentes de AVC. Em seu estudo, observaram que as manobras supraglótica e supersupraglótica utilizadas na reabilitação do idoso disfágico mostraram ser um método que pode provocar efeitos car-

díacos importantes. Sugerem inclusive que essas manobras não deveriam ser utilizadas em pacientes que sofreram AVC, especialmente com história de arritmia cardíaca, ou doença na artéria coronária, infarto agudo congestivo ou hipertensão não controlada.

Donzelli & Brady¹⁴ (2004) observaram que seria importante avaliar as manobras de proteção de vias aéreas supraglótica e supersupraglótica, através do exame de nasofibroscopia, seus efeitos sobre a apnéia das pregas vocais em adução e sua implicação para uma deglutição segura. Observaram 150 voluntários, entre 13 e 91 anos, com habilidades cognitivas para compreender as solicitações verbais e sem história de problemas neurológicos, déficits espinhais ou disfagia. Concluíram que essas manobras são efetivas para manter o pleno fechamento laríngeo em adultos saudáveis que demonstraram risco de aspiração antes e durante a deglutição.

MANOBRAS POSTURAIS

a. Cabeça para baixo /flexão de cabeça

Para Logemann²⁶ (1993), a manobra de cabeça para baixo aumenta o espaço valecular, levando à melhor proteção de vias aéreas. Auxilia também no fechamento do vestíbulo laríngeo (Ekberg¹⁵, 1986).

Durante a deglutição, a cabeça para baixo estreita significativamente a entrada da via aérea, direciona a base da língua e a epiglote em direção à parede posterior da faringe, aumen-

tando a pressão da passagem do alimento (Shanahan⁴⁰ et al., 1993; Welch⁴³ et al., 1993). Essa manobra reduz a distância laringo-hióidea e hio-mandibular. Pacientes que apresentam deficiência na função faríngea e com fechamento laríngeo ineficiente podem apresentar risco de aspiração (Bülow⁴ et al., 1999).

Logemann²⁸ (2000) relatou que essa manobra promove melhor contato da base da língua com a parede faríngea, posicionando a epiglote em contato com a parede posterior da faringe e aumentando a proteção das vias aéreas.

Para Bülow⁵ et al (2001), a manobra de cabeça para baixo não se mostrou eficaz em pacientes com moderada a severa disfagia na fase faríngea, não impediu episódios de aspiração/penetração, manteve a retenção faríngea e continuou com fraqueza da contração faríngea.

b. Manobra de cabeça para trás / hiperextensão de cabeça

Para Logemann²⁶ (1993), essa manobra facilita a drenagem gravitacional do alimento em direção à faringe, melhorando a velocidade do trânsito oral. Embora essa manobra seja utilizada em pacientes com comprometimento na fase oral da deglutição, propicia risco de aspiração em pacientes com proteção prejudicada de vias aéreas (Ekberg¹⁵, 1986; Martin & Sessle³⁰, 1993; Ohmae³³ et al., 1996).

Logemann²⁸ (2000) admitiu posteriormente que, para maior segurança durante a alimentação do paciente que estivesse utilizando a

manobra de cabeça para trás, associá-la à manobra voluntária supraglótica, antes e durante a deglutição, minimizaria riscos de aspiração.

c. Cabeça virada para o lado comprometido / rotação de cabeça

Durante a administração da dieta alimentar, essa manobra favorece a condução do alimento para o lado mais forte, auxiliando também o fechamento da laringe e protegendo a via aérea (Logemann²⁴ et al., 1989). Segundo Logemann & Kahrilas²⁵ (1990), auxilia indivíduos com paresia faríngea unilateral, direcionando o bolo durante a deglutição para a hemifaringe funcional. Observou mais tarde que essa manobra promove pressão sobre a prega vocal comprometida, movendo-a em direção à linha média, facilitando o fechamento da via aérea durante a alimentação (Logemann²⁸, 2000).

d. Cabeça inclinada para o lado não comprometido / inclinação de cabeça

Essa manobra auxilia na descida do alimento pelo lado mais eficiente (Logemann²⁶, 1993). O autor observou mais tarde que essa manobra auxilia pacientes com disfunção unilateral de língua, associadas a desordens faríngeas (Logemann²⁸, 2000).

METODOLOGIA

Na revisão bibliográfica, buscou-se identificar as manobras existentes na reabilitação do paciente disfágico. As referências foram

selecionadas através do site www.periodicos.capes.gov.br, utilizando palavras-chave ou suas associações: disfagia - desordens da deglutição - técnicas deglutição - deglutição supraglótica - deglutição com esforço - cabeça para baixo - acidente vascular cerebral.

Os critérios de inclusão utilizados foram publicados na área de disfagia em periódicos de 1980 a 2005, tanto na literatura nacional como internacional. Foram encontradas 156 referências com a palavra “manobra”; incluindo o descritor “desordens da deglutição”; 27 artigos com as palavras “idosos fragilizados and disfagia”, mais dois artigos nacionais.

A discussão foi realizada à luz da área de Fonoaudiologia, disfagia e Gerontologia, com a utilização de 34 referências.

DISCUSSÃO

A maioria dos autores consultados empregou uma avaliação clínica e videofluoroscópica minuciosa, visando a obter dados para a indicação da melhor manobra de proteção das vias aéreas durante a alimentação (Logemann²⁶, 1993; Ekberg¹⁵, 1986; Shanahan⁴⁰ et al., 1993; Welch⁴³ et al.; 1993; Pouderoux³⁵ et al., 1996; Logemann²⁷, 1997; Bülow⁴ et al., 1999; Logemann²⁸, 2000; Bülow⁵ et al., 2001; Chaudhuri⁷ et al., 2001; Donzelli & Brady¹⁴, 2004). Há muitos pontos de consenso entre os diversos autores, como podemos identificar na revisão de literatura apresentada, dos quais destacamos os seguintes:

- A indicação das manobras facilitadoras supraglótica e supersupraglótica, onde o foco principal foi alimentar o paciente de forma segura, oferecendo maior proteção das vias aéreas, através do controle da respiração (Logemann & Kahrilas²⁵, 1990; Kahrilas¹⁹ et al., 1992; Martin & Sessle³⁰, 1993).
- A associação da doença de base e o estado clínico geral do paciente, antes da utilização de manobras facilitadoras e posturais, visando a uma melhor proteção das vias aéreas durante a dieta alimentar do paciente disfágico (Chaudhuri⁷ et al., 2001; Donzelli & Brady¹⁴, 2004). Assim como as manobras são eficientes para o fechamento prolongado das pregas vocais, seus efeitos cardiovasculares podem influenciar negativamente em pacientes que sofreram AVC. Sabemos que essas manobras facilitam a proteção das vias aéreas, protegendo o paciente idoso disfágico de risco de aspiração. Mas, embora Donzelli & Brady¹⁴ (2004), nas suas conclusões, observassem que a manobra supersupraglótica é eficaz, devemos estar sempre atentos para a doença de base e o estado clínico geral, como referiram Chaudhuri⁷ et al. (2001).
- A importância da utilização da manobra facilitadora supraglótica e a manobra postural de cabeça para trás, associadas durante a alimentação e hidratação, minimizando os riscos de aspiração (Logemann²⁸, 2000). Embora a manobra de cabeça para trás auxilie o paciente com dificuldade de ejeção oral, ela propicia risco de aspiração quando a proteção das

vias aéreas se encontra prejudicada (Ekberg¹⁵, 1986; Martin & Sessle³⁰, 1993; Ohmae³³ et al., 1996).

Analizando as manobras facilitadoras e posturais nos trabalhos internacionais, observamos que o paciente que apresenta riscos de aspiração durante a alimentação é submetido, como rotina, à realização do exame dinâmico da deglutição. Em nossa prática, o acesso a esse exame é limitado e muitas vezes a alimentação por via oral é iniciada através de parâmetros clínicos. Políticas de saúde são necessárias para que todos tenham acesso à realização do exame de videofluoroscopia, importante para a reintrodução alimentar do paciente idoso disfágico.

Vale ressaltar também que, embora tão importantes na escolha terapêutica das manobras, poucos trabalhos abordaram a questão dos aspectos do envelhecimento.

CONCLUSÃO

Com base na presente revisão, verificamos que para viabilizar uma segurança alimentar, torna-se importante o estudo dinâmico da deglutição, através do exame de videofluoroscopia na população idosa com dificuldade de deglutição. Esse exame possibilitaria a análise e a reanálise, através de gravação em fita de vídeo, e auxiliaria na escolha das manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico.

Faz-se também necessária uma análise compartilhada com outros profissionais, colocando o idoso dentro de um contexto clínico

geral, considerando as especificidades do caso, no que tange a implicações clínicas e à escolha da melhor abordagem terapêutica.

A discussão voltada para a prática da reabilitação do paciente disfágico propicia uma reflexão sobre as manobras facilitadoras e posturais utilizadas na proteção das vias aéreas, quando embasadas pela observação do quadro clínico geral do paciente. A correta avaliação e abordagem, através de um trabalho interdisciplinar, proporcionariam uma alimentação segura e, consequentemente, uma melhora na qualidade de vida do idoso.

O desafio existente é a formação de equipes com desejo de caminhar para estudos e descobertas, no campo da deglutição e disfagia, com enfoque terapêutico no idoso.

NOTAS

^a Fonoaudióloga, especialização em Audiologia e em Gerontologia. Responsável pela área de Fonoaudiologia no Núcleo de Atenção ao Idoso NAI/UNATI/UERJ.
E-mail: chsteenagen@globo.com

^b Médica, especialização em Geriatria e em Gerontologia. Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. Coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso NAI/UNATI/UERJ.

REFERÊNCIAS

1. Bilton T, Soares LT, Tega LV, Santos CAF. Acompanhamento Interdisciplinar de idosos fragilizados. Distúrbios da comunicação 1999; 11 (1):85-110.
2. Bleach NR. The gag reflex and aspiration: a retrospective analysis of 120 patients assessed by videofluoroscopy. Clin. Otorrinolaringol 1993; 18:303-7.
3. Buchholz DW. Neurogenic dysphagia: what is the cause when the cause is not obvious? Dysphagia 1994; 9:245-55.
4. Bülow M, Olsson R, Ekberg O. Videomanometric analysis of supraglottic swallow, effortful swallow and chin tuck in healthy volunteers. Dysphagia 1999;14:67-72.
5. _____. Videomanometric analysis of supraglottic swallow, effortful swallow and chin tuck in dysphagic patients. Dysphagia 2001;16: 190-5.
6. Castell DO. Eating and swallowing disorders in the elderly . Pratic. Gastroenterol 1988; 12: 32-7.
7. Chaudhuri G, Hildner CD, Brady S, Hutchins B, Aliga N, Abadilla E. Cardiovascular effects of supraglottic and super-supraglottic swallowing maneuvers in stroke patients with dysphagia . Dysphagia 2001; 17: 19-23.
8. Conselho Regional de Fonoaudiologia: 1^a Região. Rio de Janeiro;1997.
9. Costa MMB, Da Nova JLL, Carlos MT, Pereira R, Koch HA. Videofluoroscopia: um novo método. Rev Bras Radiol 1992; 25:11-8.
10. Costa MMB. Mecanismos de proteção das vias aéreas. In:Costa M, Castro LP. Tópicos em deglutição e disfagia; 1. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.163-73.

11. Costa MMB, Monteiro JS. Exame Videofluoroscópico das fases oral e faríngea da deglutição In:Costa M, Castro LP. Tópicos em deglutição e disfagia; 1. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.273-84.
12. Costa MMB. Avaliação da dinâmica da deglutição e da disfagia orofaríngea. In: _____. Revisão anatômica e videofluoroscópica das bases morfológicas da dinâmica da deglutição. 12. Curso de Extensão. Rio de Janeiro : Laboratório de Motilidade Digestiva; 2003. p.91-9.
13. Cox MS, Petty JA. Videofluoroscopy chair for the evaluation of dysphagia in patients with severe neuromotor disease. Arch Phys Med Rehabil 1991; 72:157-9.
14. Donzelli J, Brady S. The effects of breath-holding on vocal fold adduction: Implications for safe swallowing . Archives of Otolaryngology – Head & Neck Surgery 2004;130 (2): 208-10.
15. Ekberg O. Posture of the head and pharyngeal swallowing . Acta Radiologica: Diagnosis 1986; 27(6):691-6.
16. Gray TG, Hillel AD, Miller RM. Dysphagia caused by neurologic deficits. Otolaryngol Clin North Am 1998; 31(3):507-24.
17. Jones B, Donner MW. Normal and abnormal swallowing: imaging in diagnosis and therapy. New York, Springer-Verlag,1991.
18. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev Saúde Pública 1987; 21(3): 200-10.
19. Kahrilas PJ, Logemann JA, Lin S, Ergun GA. Pharyngeal clearance during swallowing: a combined manometric and videofluoroscopic study. Gastroenterology 1992; 103:128-36.
20. Kendall KA, Leonard RJ. Hyoid movement during swallowing in older patients with dysphagia . Arch otolaryngol head neck surg 2001; 127(10): 1224-9.
21. Koch HA. Métodos radiológicos de investigação das doenças disfágicas . In: Costa MMB, Lemme EMO, Koch HA. Anais do 1º Colóquio Multidisciplinar Deglutição & Disfagia do Rio de Janeiro, 1998. Rio de Janeiro: PAEDD (Programa Avançado de Estudos em Deglutição e Disfagia); 93-8.
22. Lawrence ES, Coshall C, Dundas R. Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multi ethnic population. Stroke 2001; 32(6): 1279-84.
23. Linden P. Videofluoroscopy in rehabilitation of swallowin dysfunction. Dysphagia 1989; 3:189-91.
24. Logemann JA, Kahrilas PJ, Kobara M, Vakil N. The benefit of head rotation on pharyngoesophageal dysphagia . Arch Phys Med Rehabil 1989; 70:767-71.
25. Logemann JA, Kahrilas PJ. Relearning to swallow after stroke- application of maneuvers and indirect biofeedback : A case study. Neurology 1990, 40:1136-8.
26. Logemann JA. Manual for the videofluorographic study of swallowing. Austin: Pro-Ed; 1993. p.170.
27. _____. Therapy for oropharyngeal swallowing disorders. In: Perlman AL, Deglutition and its disorders. San Diego, London: K Schulzedelrieu; 1997. p.44-62 ,
28. _____. Therapy for children with swallowing disorders in the educational setting. American Speech- Language-Hearing Association 2000, 31: 50-5.
29. Marchesan IQ. Deglutição – Normalidade. In: Furkim AM, Santini CS, organizadores. Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-Fono; 1999. p. 3-18.

30. Martin RE, Sessle BJ. The role of the cerebral cortex in swallowing. *Dysphagia* 1993; 8:195-9.
31. Meng NH, Wang TG. Dysphagia in patients with brainstem stroke: incidence and outcome. *Stroke* 2000; 31 (2):170-5.
32. Montesi A, Antico E, Piloni V. Dynamic radiologic study with videorecording of the oral and pharyngeal stage of normal deglutition. *Radiol Med* 1988; 75:166-72.
33. Ohmae Y, Logemann JA, Hanson DG, Kaiser P, Kahrilas PJ. Effects of two breath-holding maneuvers on oropharyngeal swallow. *Am Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105:123-31.
34. Permaln JB, Kuhlermeier KV, Tippett DC, Lynch C. A protocol for the videofluorographic swallowing study. *Dysphagia* 1993; 8: 209-14.
35. Pouderoux P, Ergun GA, Lin S, Kahrilas PJ. Esophageal bolus transit imaged by ultrafast computerized tomography. *Gastroenterology* 1996; 110: 1422-28.
36. Robbins JA, Logemann JA, Kirshner HS. Swallowing and speech production in Parkinson's disease. *Ann Neurol* 1986; 19:283-7.
37. Robbins JA, Hamilton JW, Lof GL. Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages. *Gastroenterology* 1992; 103: 823-7.
38. Schechter GL. Systemic causes of dysphagia in adults. *Otolaryngol Clin North America* 1998; 31(3) : 525-35.
39. Shaker R, Lang IM. Aging and deglutitive motor function; effect of aging on the deglutitive oral, pharyngeal, and esophageal motor function. *Dysphagia* 1994; 9: 221-26.
40. Shanahan TK, Logemann JA, Rademaker AW, Pauloski BR, Kahrilas PJ. Chin down posture effect on aspiration in dysphagia patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74: 736-9.
41. Terry PB, Fuller SD. Pulmonary consequences of aspiration . *Dysphagia* 1989; 3: 179-83.
42. Tiago RSL, Munhoz MSL, Faria FP, Guilherme A. Aspectos histomorfométricos do nervo laríngeo superior. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2002; 68(2).
43. Welch MV, Logemann JA, Rademaker AW, Kahrilas SP. Changes in pharyngeal dimensions effected by chin tuck. *Arch Phys Med Rehabil* 1993; 74: 178-81

Recebido para publicação em 29/3/2006
Aceito em 31/8/2006