



PERFIL DO PACIENTE DISFÁGICO ATENDIDO NO AMBULATÓRIO DE DISFAGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES

PROFILE OF THE DYSPHAGIC PATIENT TREATED AT THE DYSPHAGIA OUTPATIENT CLINIC OF THE ONOFRE LOPES UNIVERSITY HOSPITAL

Nícolas da Cunha Conrado¹; Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira²; Eduardo Otto Gomes¹; Henrique de Paula Bedaque³; Camila Alexandre Silva¹; Mateus Barbosa de Lima¹

1. Medical Student, Federal University of Rio Grande do Norte. Natal, RN.
2. Professor of the Department of Surgery, Federal University of Rio Grande do Norte. Natal, RN
3. Otorhinolaryngologist. Federal University of Rio Grande do Norte. Natal, RN.

Study performed at Otorhinolaryngology and Head and Neck Service at Onofre Lopes University Hospital, Brazil.

Financial support: None.

Conflicts of interest: None.

Corresponding author: Otorhinolaryngology and Head and Neck Service at Onofre Lopes University Hospital - Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis, Natal – RN CEP: 59012-300.

E-mail: orlhuol@gmail.com.

Submitted: jan 22; accepted after revision, apr 26, 2024.

RESUMO

Objetivo: A disfagia orofaríngea é uma condição clínica de alta prevalência e impacto na qualidade de vida da população, dessa maneira, o presente trabalho objetivou elaborar qual o perfil desse paciente atendido no ambulatório do Hospital Universitário Onofre Lopes. **Metodologia:** O estudo avaliou cinquenta e nove pacientes por meio de anamnese e aplicação do Índice de Desvantagem da Disfagia (DHI), associados a videoendoscopia da deglutição (VED) de modo a determinar o grau de disfagia desses indivíduos e classificá-los segundo os critérios de Macedo e Filho, escala de Yale para presença de resíduos alimentares, parâmetro de Souza para escape oral posterior e escala FOIS. **Resultados:** Obteve-se que engasgo, tosse e entalo foram os sinais e sintomas mais presentes nos sujeitos. Escape oral posterior, presença de resíduos em valéculas e recessos piriformes foram os achados de maior frequência na VED. A maior parte dos pacientes obteve classificação FOIS 5, seguida de FOIS 7. Além disso, observou-se correlação entre o valor DHI total e a classificação FOIS, de modo que aquele é capaz de prever em 16% este. Por fim, constatou-se diferença nas médias dos DHI totais para as disfagias leve e grave. **Conclusão:** Para a população estudada, identificamos engasgo como sintoma mais frequente, escape oral posterior como achado da VED mais observado e predição do DHI para a FOIS em 16%.

Palavras-chaves: disfagia; hospital terciário; qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: Oropharyngeal dysphagia is a clinical condition with high prevalence and impact on the quality of life of the population, therefore, the present study aimed to elaborate the profile of this patient treated at the outpatient clinic of the Hospital Universitário Onofre Lopes. **Methodology:** The study evaluated fifty-nine patients through anamnesis and application of the Dysphagia Handicap Index (DHI), associated with video swallowing endoscopy (VED) in order to determine the degree of dysphagia in these individuals and classify them according to the criteria de Macedo e Filho, Yale scale for the presence of food residues, Souza parameter for posterior oral leakage and FOIS scale. **Results:** It was found that choking, coughing and choking were the signs and symptoms most present in the subjects. Posterior oral leakage, presence of residues in valleculae and pyriform recesses were the most frequent findings in VED. Most patients obtained FOIS classification 5, followed by FOIS 7. Furthermore, a correlation was observed between the total DHI value and the FOIS classification, so that the former is capable of predicting this in 16%. Finally, a difference was found in the total DHI averages for mild and severe dysphagia. **Conclusion:** For the studied population, we identified choking as the most frequent symptom, posterior oral leakage as the most observed VED finding and DHI prediction for FOIS in 16%.

Keywords: dysphagia; tertiary hospital; quality of life.

INTRODUÇÃO

A disfagia refere-se à alteração do processo de deglutição da cavidade oral até o estômago e perda, em certo grau, da habilidade de engolir os alimentos, o que ocasiona, não raramente, em complicações nutricionais, psicológicas ou mesmo no trato respiratório do paciente. Tal sintoma clínico se origina de disfunções anatômicas ou neuromusculares, sendo relatado junto a queixas como “dificuldade para mastigar, dificuldade para empurrar o alimento, sensação de alimento parado, presença de tosse e engasgos antes, durante ou após a alimentação”⁵, além de refluxo nasal, escape de alimento pelos lábios, pigarro e histórico de infecções pulmonares.

Apesar da disfagia poder acometer em qualquer faixa etária, dados epidemiológicos atuais revelam prevalência de quase 50% diante de pacientes geriátricos⁶. Ademais, esse número passa a ser entre 20% a 40% nas populações de pacientes neurológicos, vítimas de acidente vascular encefálico (AVE), trauma cranioencefálico (TCE), doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica (ELA), doença de Alzheimer, dentre outras⁷. Exemplifiquem-se aqueles com disfagia pós-AVE, em que a prevalência descrita na literatura é entre 28% a 65%, já a prevalência dos acometidos pelo Alzheimer alcança 84% e dos pacientes com doença de Parkinson, 90% referem transtornos de deglutição^{1,3,8}.

Diante do exposto, a elevada incidência e gravidade da disfagia na população ressaltam a urgência da atenção dedicada a esses pacientes. A fundamentação desta justificativa repousa na imperatividade da identificação precoce do distúrbio da

deglutição, associada a um adequado manejo e tratamento, com vistas a preservar não apenas a qualidade de vida, mas também as dimensões prazerosas e sociais relacionadas à alimentação desses indivíduos.

Neste contexto, a pesquisa propôs a elaboração do perfil do paciente disfágico atendido no ambulatório de disfagia do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL). O escopo do estudo abrange a definição de diretrizes preventivas para potenciais agravos e complicações, bem como a concepção de medidas educativas em saúde, direcionadas tanto aos pacientes quanto aos seus familiares. Esta abordagem visa aprimorar a assistência, contribuindo para uma visão holística do cuidado e, conseqüentemente, para a otimização da qualidade de vida desses indivíduos

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com pacientes atendidos no ambulatório de disfagia do HUOL, no período de agosto de 2021 a maio de 2022. A amostragem foi por conveniência. Tais pacientes foram avaliados por equipe multidisciplinar, envolvendo otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, enfermeiros e nutricionistas.

Na avaliação clínica procurou-se investigar a natureza do quadro disfágico por meio de anamnese e da aplicação do questionário de Índice de Desvantagem da Disfagia (DHI) e da Videoendoscopia da Deglutição (VED), realizada de acordo com os critérios de Langmore de forma a determinar a localização, etiologia e gravidade do problema, a partir dos critérios de Macedo Filho, além das escalas de Yale para formação de resíduos alimentares e de Souza para escape oral posterior^{10,11,13,14}. Por fim, propor condutas a serem tomadas, através da classificação de FOIS e em discussão conjunta com a nutrição e fonoaudiologia⁴.

Crítérios de inclusão

O estudo considerou como critérios de inclusão na pesquisa pacientes que se queixavam de dificuldade para mastigar, de tempo prolongado para engolir ou que necessitavam de múltiplas deglutições para a ingestão definitiva do alimento, de restos de comida na cavidade oral após engolir, de dor ao engolir, de sensação de alimento parado na garganta, de escape de alimento pelo nariz durante a alimentação ou escape pelos lábios, de tosse ou de pigarro constantes durante a alimentação, de engasgos frequentes durante as refeições, de perda de peso e de necessidade de mudanças na consistência dos alimentos.

Critérios de exclusão

O estudo considerou como critérios de exclusão na pesquisa pacientes sem condições clínicas para realização do exame de Videoendoscopia da Deglutição no momento da consulta, a exemplo de pacientes terminais, acamados os quais não conseguiam permanecer em posição sentada a fim de receber dieta, infectados com Covid-19 ou outras infecções respiratórias graves, desorientados ou que não respondiam a simples comandos.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 59 indivíduos, dos quais trinta (50,8%) eram do sexo masculino e vinte nove (49,2%) do sexo feminino. A média de idade do grupo estudado foi de 62,44 anos. Dentre a totalidade de diagnósticos dos pacientes, os mais prevalentes foram Acidente Vascular Encefálico (AVE) com dezessete indivíduos (28,8%), nove (15,2%) possuíam Doença de Parkinson e cinco tinham o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) (8,4%). Ademais, sete (11,8%) dos participantes eram disfágicos por causa idiopática. Cinquenta e dois (88,1%) indivíduos relataram fazer uso de algum tipo de medicação diária. Apenas oito (13,6%) dos pacientes eram traqueostomizados e treze (22%) relataram terem sido tabagistas. Dezesseis (27,1%) dos participantes referiram ter tido pneumonia e vinte e dois (37,3%) pacientes tinham risco de queda. Quanto às vias alternativas de alimentação, seis (10,2%) indivíduos faziam uso de sonda nasogástrica, dois (3,4%) de sonda nasoenteral e quatro (6,8%) possuíam gastrostomia. O tempo de uso dessas vias variou entre duas semanas a oito meses.

Na amostra total, quando analisados os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, exemplificados no Gráfico 1, o mais prevalente foi engasgo, seguida por tosse e entalo. Dos pacientes que se queixaram de engasgos, a maioria possuía esse problema em todas as consistências analisadas (sólido, líquido e pastoso), conforme sintetizado no Gráfico 2. Já dentre os pacientes que referiram tosse, treze (22%) participantes tinham tosse produtiva e trinta (50,8%), tosse seca.

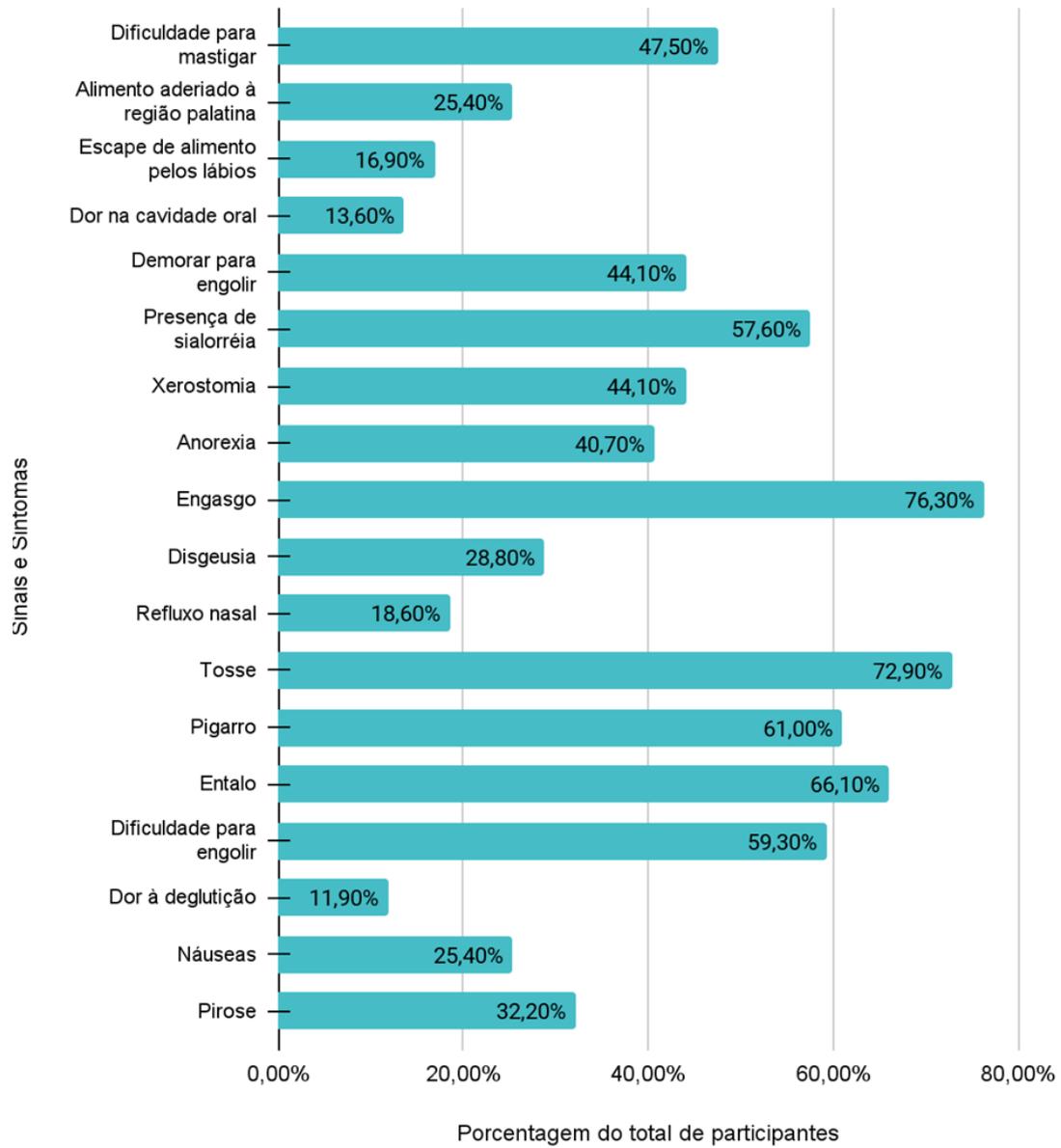


Gráfico 1 - Sinais e sintomas referidos pelos pacientes

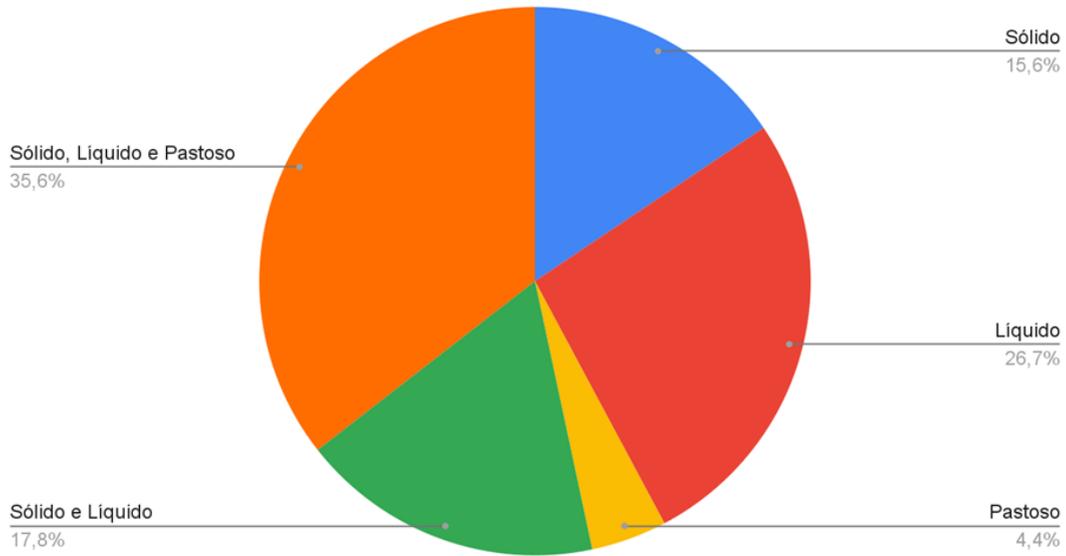


Gráfico 2. Tipos de alimentos relacionados a engasgos

Analisando-se os resultados encontrados após a Videoendoscopia da Deglutição (VED), de acordo com o Gráfico 3, verificou-se que o achado mais frequente foi presença de escape oral posterior, seguido por presença de resíduos alimentares tanto em valéculas quanto em seios piriformes.

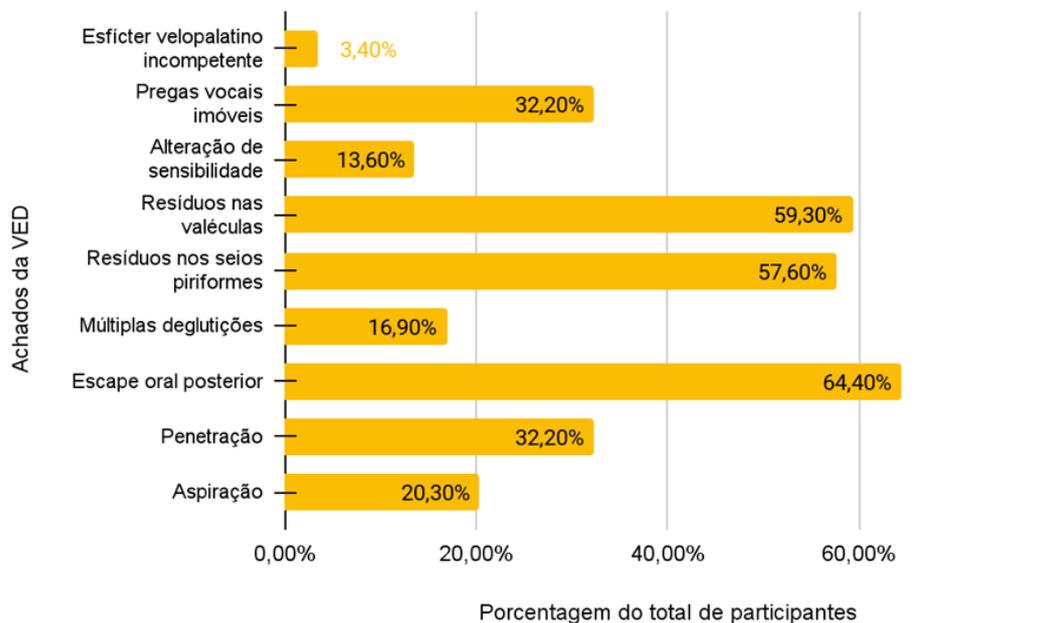


Gráfico 3. Achados da Videoendoscopia da Deglutição (VED)

A presença de resíduos nas valéculas e seios piriformes após a administração das consistências alimentares foi classificada em vestígio, leve, moderado ou grave, conforme apresentado nos Gráficos 4 e 5, sendo, em ambas as situações, mais prevalente a presença de resíduos alimentares de modo leve.

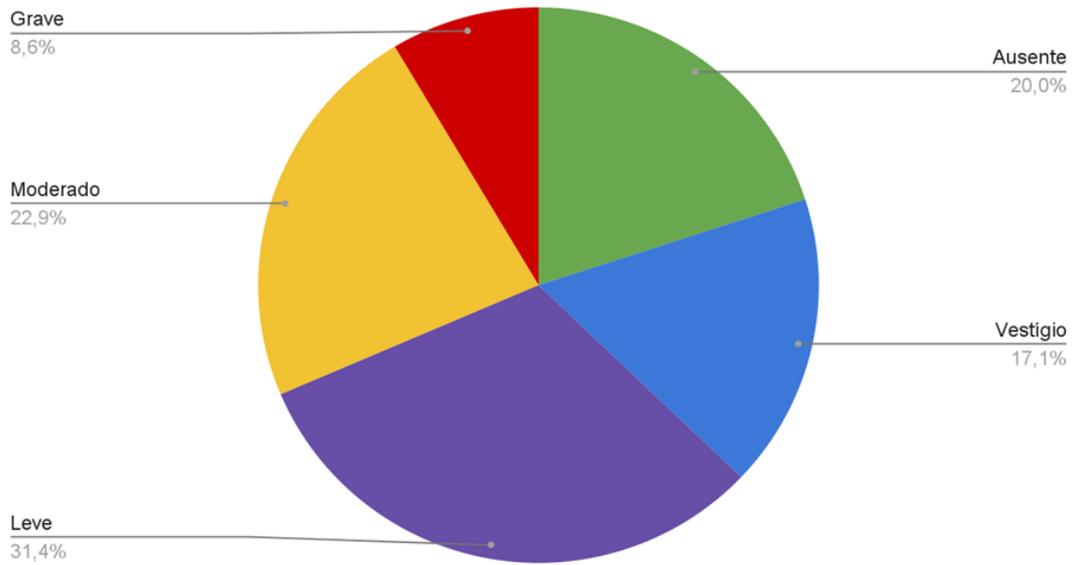


Gráfico 4. Gravidade quanto à quantidade de resíduos nas valéculas

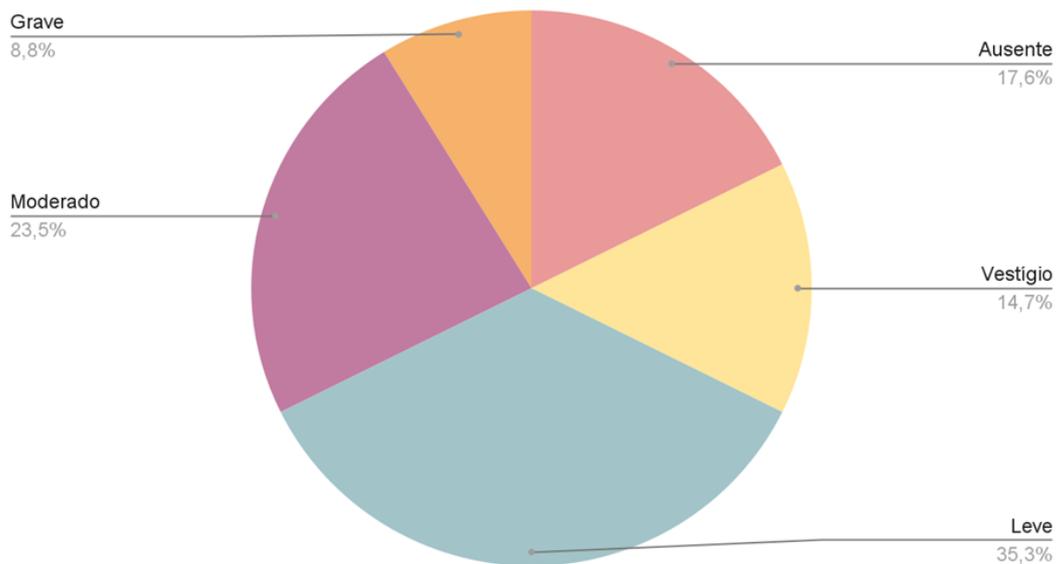


Gráfico 5. Gravidade quanto à quantidade de resíduos nos seios piriformes

Ademais, após a realização da VED, a conduta sobre o tipo de dieta a ser indicada para os pacientes foi padronizada de acordo com a classificação de FOIS, encontrando-se nos dados maior prevalência de FOIS 5 para quase metade dos pacientes, consoante exemplificação do Gráfico 6 a seguir.

Por último, os indivíduos foram categorizados quanto à gravidade da disfagia em uma escala a qual variava entre “sem disfagia” a “disfagia grave”, de acordo com o Gráfico 7.

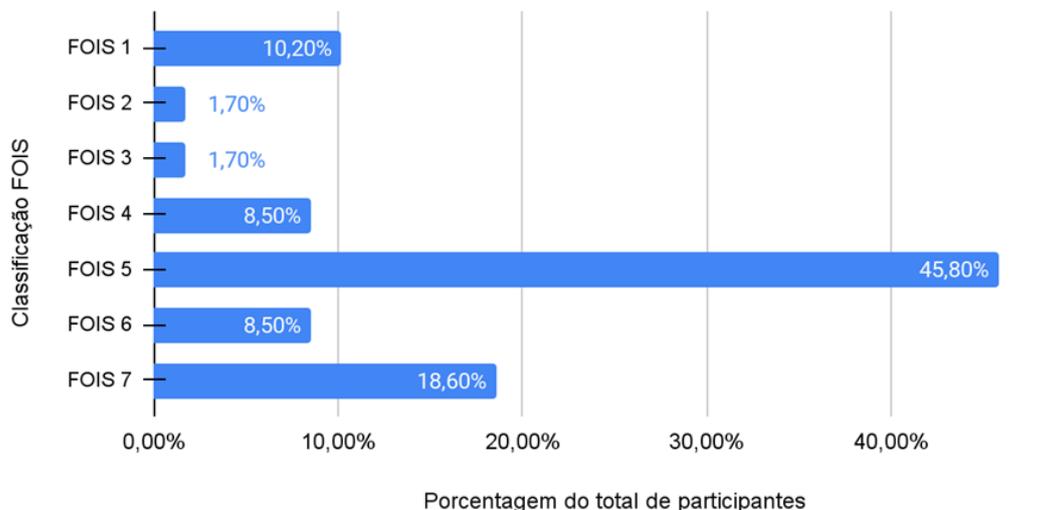


Gráfico 6. Classificação da conduta alimentar após a VED de acordo com a escala FOIS

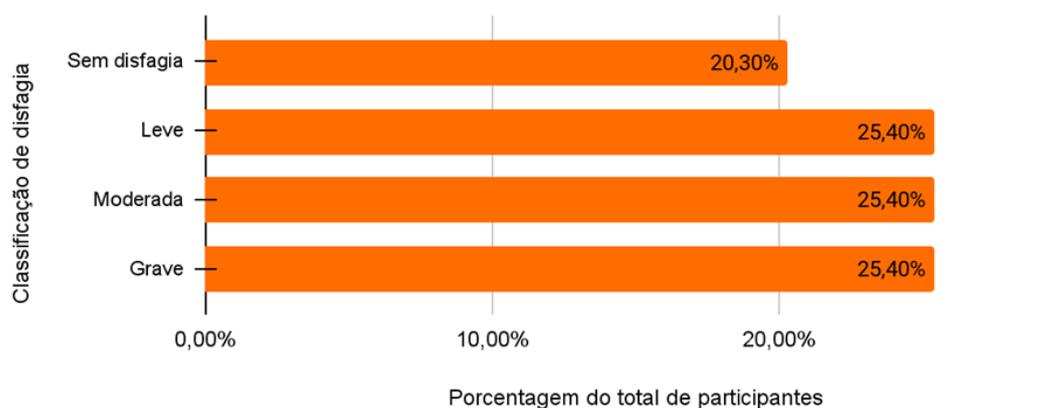


Gráfico 7. Classificação dos indivíduos quanto à gravidade da disfagia

Percebeu-se, por meio da aplicação do formulário do Índice de Desvantagem da Disfagia (DHI), muito fracas correlações entre os somatórios das variáveis emocional, funcional, físico e total desse questionário e a idade dos indivíduos, de maneira a concluir que a idade, por si só, não influencia na percepção de gravidade da disfagia. Além disso, ao final da aplicação do DHI, os próprios pacientes tiveram a oportunidade de expressar sua autopercepção quanto à gravidade de seu problema, graduando em uma escala entre 1 a 7, sendo o parâmetro 7 o mais grave. Tentou-se, portanto, obter alguma correlação entre a autopercepção dos sujeitos e suas idades, contudo as análises estatísticas mostraram ser inexistente tal correlação com índice de $-0,097$. Em contrapartida, o presente estudo identificou uma correlação moderada e inversamente proporcional entre a classificação FOIS e o somatório total do DHI com índice de $-0,423$. Desse modo, aplicou-se método de regressão logística a fim de estabelecer o quanto o somatório total do DHI seria capaz de influenciar e predizer a classificação FOIS do indivíduo, tendo por base uma equação matemática. Encontrou-se, por consequência,

que essa variável prediz a FOIS do paciente em 16% das vezes, a partir da equação “FOIS = -0,033*DHI + 6,34”.

Outros dados relevantes apontados pelo estudo foram as correlações entre o somatório total do DHI e os achados da VED, mostrados no Quadro 1. De acordo com esses dados, observa-se uma diferença nos valores de DHI para os achados de aspiração (média do DHI de 51,60) e penetração do alimento (média do DHI de 47,41), assim como para aqueles classificados com disfagias leve (média de 25,73) e grave (média de 51,07)

Tabela 1 – Correlações entre o DHI total e os achados da VED.

	Valor de <i>p</i> para DHI total
Achados na VED	
Escape Oral Posterior	0,163
Deglutições Múltiplas	0,112
Resíduos em valéculas	0,968
Resíduos em seios piriformes	0,981
Penetração	0,046*
Aspiração	0,030*
Classificação da disfagia	
Leve	0,000*
Moderada	0,287
Grave	0,022*

*: *p* estatisticamente significativo (teste t de Student)

DISCUSSÃO

A partir da média de idade dos voluntários participantes (62,44 anos), sendo a média das idades dos homens igual a 62,33 anos e a média das idades das mulheres igual a 62,55 anos, o estudo corroborou com os dados epidemiológicos os quais mostraram maior prevalência de disfagia na população idosa, consoante Doan et al., 2022⁶. Ainda, tal estudo confirmou o fato desse sinal clínico ter maior prevalência entre pacientes neurológicos, predito por Filho e Gomes, 2018⁷.

A prevalência dos achados da videoendoscopia da deglutição deste trabalho, em ordem decrescente, presença de escape oral posterior, resíduos alimentares nas valéculas e recessos piriformes, penetração e aspiração estiveram em consonância com os estudos de Gozzer et al., 2020, no qual se obteve semelhança total quanto ao predomínio na sequência de achados⁹.

Baseando-se no DHI é possível inferir que quanto maiores os valores das variáveis do questionário, maior será a chance de gravidade da disfagia do paciente. Sendo assim, quando o estudo analisou, por meio do teste de t de *Student*, as médias totais do DHI em pacientes com disfagia grave (51,07) e pacientes normais (37,02), o

estudo encontrou como resultado que os grupos eram diferentes ($p = 0,022$), apurado coerente com a realidade, uma vez que os valores do DHI tendem a ser divergentes para esses grupos, obtendo valores numericamente maiores para indivíduos disfágicos. Por outro lado, quando o presente trabalho avaliou as médias totais do DHI em pacientes com disfagia leve, o critério de análise foi possuir ou não disfagia leve, adquirindo-se média de 25,73 para os indivíduos disfágicos leve e média de 45,60 para os não disfágicos leve e obtendo-se, segundo teste t de *Student*, também que os grupos eram diferentes ($p = 0,000$). Tal resultado foi encontrado pelo fato de terem sido incluídos na categoria de pacientes sem disfagia leve, todos os pacientes normais, bem como aqueles com disfagia moderada e com disfagia grave, elevando, por consequência, a média do DHI desse grupo.

Quanto às correlações entre a média do DHI e os achados penetração ($p = 0,046$) e aspiração ($p = 0,030$), em ambos os casos, as médias do DHI total foram maiores para os indivíduos que apresentaram tais complicações, 47,41 e 51,60, respectivamente, em detrimento dos que não manifestaram esses achados, 36,05 e 36,90, respectivamente.

Esses achados enfatizam que quanto mais grave a disfagia e que os achados de penetração e aspiração, que são encontrados em pacientes com disfagia moderada a grave, maior o índice de desvantagem observado pelo paciente, ou seja, pior é sua qualidade de vida. Tais dados corroboram com a literatura que demonstra que as alterações dinâmicas na deglutição determinam respostas psicossociais como ansiedade, medo, insegurança e redução da autoestima, bem como modificação social relacionada às atividades de comer e beber (COOK, 2009)².

A alteração da qualidade de vida do paciente com disfagia se relaciona aos diversos ajustes que são necessários para a continuidade de uma alimentação segura e eficaz. O paciente disfágico muitas vezes necessita de mudança na consistência dos alimentos, alteração da frequência alimentar e dieta, entre outras alterações. Essa nova forma de se alimentar pode levar a constrangimentos, desânimos, frustrações e até isolamento social, uma vez que esses pacientes passam a realizar as refeições isolados, evitando a presença de pessoas ou locais coletivos (MARTINS, 2016)¹². Desta forma, a indicação da consistência alimentar pelo profissional médico, nutricionista ou fonoaudiólogo envolve todo um contexto social e psicológico que deve ser levado em consideração.

A escala FOIS, amplamente utilizada, tem o papel de auxiliar essa tomada de decisão, e deve ser sugerida ao paciente levando em consideração sua vontade aliada aos achados de segurança e eficiência alimentar, obtidos através da avaliação médica. Daí a importância de se realizar o DHI em todo paciente disfágico, visto que quanto maior a percepção de desvantagem identificada pelo próprio paciente, possivelmente menor será sua FOIS e os ajustes alimentares e psicológicos deverão ser realizados numa visão multidisciplinar. Nosso estudo apontou essa correlação entre DHI elevado e FOIS

baixo, numa predição de 16%, o que ajuda o profissional a entender a dinâmica alimentar do seu paciente e indicar os ajustes de consistência da melhor forma possível.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que a queixa mais comum em pacientes com disfagia é o engasgo, o achado mais frequente na VED é o escape oral posterior e para a maioria dos pacientes foi indicada FOIS 5. Demonstrou-se que a idade dos indivíduos em nada influencia na gravidade dos problemas de deglutição, bem como na percepção sobre isso e no modo como se lida com tal adversidade. Por outro lado, foi possível o estabelecimento de uma correlação, mesmo que fraca, entre a classificação FOIS e a variável do somatório total do DHI de forma a predizer em 16% aquele por meio deste. Por fim, verificou-se que há diferença nos valores DHI para pacientes com Disfagias Grave e Leve.

REFERÊNCIAS

1. ANDRÉS, SandraMamolar; RABANAL, María LilianaSantamarina; MEMBIELA, Carla MaríaGranda; GUTIÉRREZ, María José Fernández; RODRÍGUEZ, Paloma Sirgo; MARCOS, César Álvarez. Trastornos de la deglución en la enfermedad de Parkinson. *Acta Otorrinolaringológica Española*, [s. l.], v. 68, ed. 1, p. 15-22, 2017. DOI 10.1016/j.otorri.2016.02.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001651916300103?via%3Dihub>. Acesso em: 17 jun. 2022.
2. COOK, Ian J. Oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterol Clin North Am*. 2009;38(3):411-31.
3. COHEN, David L et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, [s. l.], v. 11, p. 399–411, 2016. DOI 10.1177/1747493016639057. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493016639057>. Acesso em: 17 jun. 2022.
4. Crary MA, Mann GDC, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehab*. 2005; 86(8): 1516-20.
5. CRESPO, Agricio; MOURÃO, Lucia; LUCHESI, Karen Fontes. Disfagias neurológicas (centrais e periféricas). In: PILTCHER, Otavio B; COSTA, Sady Selaimen da; MAAHS, Gerson Schulz; KUHL, Gabriel. *Rotinas em Otorrinolaringologia*. Porto Alegre: Artmed, 2015. cap. 6.9, p. 338-342. ISBN 978-85-8271-097-5.
6. DOAN, Thanh-Nhan; HO, Wen Chao; WANG, Liang Hui; CHANG, Fei Chun; NHU, Nguyen Thanh; CHOU, Li-Wei. Prevalence and Methods for Assessment of Oropharyngeal Dysphagia in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, [s. l.], 6 de maio de 2022. DOI 10.3390/jcm11092605. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/9/2605/htm>. Acesso em: 17 jun. 2022.

7. FILHO, Evaldo Dacheux de Macedo; GOMES, Guilherme Francisco. Disfagia Oorofaríngea. In: PIGNATARI, Shirley Shizue Nagata; ANSELMO-LIMA, Wilma Terezinha. Tratado de Otorrinolaringologia. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. cap. 125, ISBN 978-85-352-8902-2.
8. GONZÁLEZ, Marta Baena; MOLINA-RECIO, Guillermo. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. *Nutricion Hospitalaria*, [s. l.], 30 jun. 2016. DOI 10.20960/nh.286. Disponível em: <https://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/00286/show>. Acesso em: 17 jun. 2022.
9. GOZZER, Marina Mendes et al. Achados videoendoscópicos da deglutição em diferentes consistências de alimento na Esclerose Lateral Amiotrófica. *CoDAS*, [s. l.], v. 32, ed. 1, 2020. DOI 10.1590/2317-1782/20192018216. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018216>. Acesso em: 27 jul. 2022.
10. LANGMORE, SE; SCHATZ, K; OLSEN, N. Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. *Dysphagia*. 1988; 2(4): 216-9
11. MACEDO FILHO, ED. Avaliação Endoscópica da Deglutição (VED) na abordagem da disfagia orofaríngea. In: JACOBI, Juliana da Silva; LEVY, Débora Salle; CORREA, Luciano. *Disfagia: Avaliação e Tratamento*. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003, p. 332-342.
12. MARTINS, KPH; LIMA, MCP; SIMÃO, GM; SOUZA, AR. Privação do alimento e incidências na constituição psí-quica: um estudo sobre o estabelecimento da demanda em crianças diagnosticadas com desnutrição a partir da aplicação da avaliação psicanalítica aos três anos. *Estilos clin*. 2016; 21(3): 618-21.
13. NEUBAUER, PD; RADEMAKER, AW; LEDER SB. The Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale: An Anatomically Defined and Image-Based Tool. *Dysphagia*. 2015; 30: 521-528
14. SOUZA, G. A. D. et al. Desempenho longitudinal da deglutição orofaríngea na distrofia miotônica tipo 1. *Audiology Communication Research*, v. 24, 2019.