



## **Comunicação breve**

### **Disfagia em idosos e o papel da fonoaudiologia**

#### ***Dysphagia in the older people and the role of speech therapy***

Manuella Arantes de Carvalho<sup>1</sup>, Lillian Christina Oliveira e Silva<sup>2</sup>

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](mailto: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 comer<sup>1</sup>.

A população idosa apresenta um risco elevado de desenvolver disfagia comparada a outros grupos etários<sup>2</sup>. Sabe-se que o fenômeno de envelhecimento populacional é crescente em diversos países no mundo<sup>3</sup>. Apesar do aumento da expectativa de vida representar uma importante conquista social, ela vem acompanhada e inúmeros desafios, especialmente, na área da saúde<sup>4</sup>. Com o aumento da idade ocorrem significativas alterações fisiológicas que podem levar à diminuição da capacidade funcional e afetar o mecanismo de deglutição<sup>5-7</sup>.

Assim, a disfagia é encontrada com maior frequência em idosos em comparação aos demais grupos etários<sup>2</sup>. Nos Estados Unidos, a prevalência de disfagia em adultos chega a 6%, enquanto em idosos é estimada entre 15% e



22%<sup>8</sup>. Estudos realizados em idosos institucionalizados mostraram que a prevalência de disfagia pode atingir até 40% a 60% dos idosos<sup>9</sup>. No Brasil foi observada uma prevalência em 27% de idosos residentes da comunidade e chegando até 47,5% em idosos hospitalizados<sup>10</sup>.

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)<sup>11</sup> 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 idosos<sup>12</sup>. Portanto, o diagnóstico precoce da disfagia é essencial para evitar e /ou minimizar os desfechos negativos em saúde associados<sup>2,9</sup>.

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 inferior<sup>2</sup>.

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 movimentos<sup>13</sup>. 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<sup>14,15</sup>.

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 idosos<sup>16</sup>. 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<sup>2,14</sup>.

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<sup>17,18</sup>. 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 terapêutico<sup>13</sup>.

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 melhoradas<sup>2</sup>.

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 paciente<sup>2</sup>.

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<sup>2,13,14</sup>.

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 ajuda<sup>14</sup>.

As modificações na consistência da dieta (alteração de alimentos sólidos e líquidos) tem papel central nas ações de intervenção compensatórias para pacientes com disfagia<sup>19</sup>. 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 líquidos<sup>20</sup>.

O objetivo principal da reabilitação da deglutição em idosos é melhorar a sua fisiologia. Assim, as abordagens terapêuticas incorporaram diferentes formas de exercícios<sup>1</sup>. 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 prejudicada<sup>21-24</sup>.

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>