

13

Avaliação da Disfagia Infantil

Karina Elena Bernardis Bühler
Fabíola Custódio Flabiano-Almeida

Este capítulo aborda os fundamentos da avaliação clínica da disfagia na população infantil, bem como os testes objetivos, com especial enfoque na avaliação video-fluoroscópica da deglutição.

DEFINIÇÃO

A disfagia infantil ou pediátrica é um termo utilizado para descrever qualquer alteração ou dificuldade em uma ou mais etapas do processo de deglutição em crianças. As desordens de deglutição ou alimentação em Pediatria podem manifestar-se por meio de comportamentos atípicos durante a situação de alimentação, como recusa alimentar ou aceitação de uma quantidade restrita de alimentos e líquidos ou ainda a presença de padrões inadequados para a idade, podendo haver atraso na introdução de novas consistências, tempo de alimentação aumentado, dificuldade no uso de utensílios apropriados e dificuldade em se alimentar de forma independente.¹ Como consequência, a disfagia infantil pode levar ao desenvolvimento de doenças pulmonares crônicas induzidas pela aspiração, desnutrição, problemas do desenvolvimento neurológico e prejuízos na qualidade da interação socioemocional entre a criança e seus pais ou cuidadores.²

A disfagia infantil também apresenta impactos econômicos e sociais relacionados com o setor de saúde, como, aumento do número de internações hospitalares e piora na qualidade de vida de pacientes e cuidadores.

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

A incidência refere-se ao número de casos novos de disfagia pediátrica identificados em um determinado período. A prevalência refere-se ao número de crianças disfágicas em um determinado período de tempo.¹

A incidência específica da disfagia pediátrica ainda não está bem estabelecida, porém, é notório o aumento dessa incidência ao longo dos anos.³ Observa-se também que a incidência de disfagia na população infantil é maior em algumas épocas do ano, especialmente durante o outono e inverno, em função do aumento considerável de doenças respiratórias, causadas por vírus sincicial respiratório.⁴⁻⁶

De acordo com a literatura, 25 a 45% das crianças com desenvolvimento típico apresentam algum problema de alimentação ou deglutição.^{2,3,7} Quando consi-

NS 2881824 (autow) 23/04/15

deradas as crianças com alterações de desenvolvimento, a prevalência da disfagia é estimada entre 30 e 80%.^{2,3,8}

O aumento da prevalência da disfagia pediátrica também tem sido observado ao longo dos anos, provavelmente em função dos avanços tecnológicos na área médica e consequente aumento das taxas de sobrevida de crianças nascidas prematuras, com muito baixo peso e condições médicas complexas.^{2,3,9,10}

◆ SINAIS E SINTOMAS DA DISFAGIA INFANTIL

A disfagia infantil pode acometer uma ou mais fases da deglutição, e seus sinais e sintomas podem variar de acordo com a idade da criança.¹¹

Na criança pequena, a disfagia pode estar associada à dificuldade de sucção, movimentação incoordenada de língua, fluxo aumentado, postura corporal inadequada, incoordenação entre sucção-deglutição-respiração (S-D-R) com ausência de pausas para respirar entre as sequências de sucção-deglutição.

Nas crianças maiores, a disfagia pode estar associada a dificuldades de controle motor oral, alterações ou dificuldades de mastigação, atraso na introdução de sólidos e semissólidos, elevação reduzida do complexo hiolaríngeo durante a deglutição, sendo os sinais clínicos sugestivos de penetração/aspiração mais frequentes para a consistência líquida, em especial a água, por conter propriedades de menor percepção intraoral (incolor, inodora, insípida).

Sinais e Sintomas nas Fases Preparatória e Oral

- Náusea decorrente da sensibilidade intraoral aumentada ou da não posteriorização do reflexo nauseoso.
- Escape extraoral de alimentos durante a sucção ou mastigação.
- Dificuldade de aceitar ou mastigar alimentos sólidos ou semissólidos adequados à faixa etária.
- Dificuldade de iniciar a deglutição.
- Sialorreia ou sialoestase.
- Tempo de alimentação aumentado (superior a 30-40 min).
- Desidratação.
- Perda de peso ou ganho de peso insuficiente para a faixa etária.

Sinais e Sintomas de Fase Faríngea

- Sinais de desconforto ou dificuldade respiratória durante ou logo após a alimentação (taquipneia, apneia, taquicardia, bradicardia, cianose, palidez, desaturação de O₂, tiragem intercostal, retração de fúrcula, estridor laríngeo, batimento de asa de nariz).
- Tosse e/ou engasgo durante ou depois da deglutição.
- Regurgitação nasal do alimento.

- Necessidade de faringoesofágica.
- Dificuldade e/ou obstrução da via aérea.
- Qualidade vocal.
- Quadros pulmonares.
- Desidratação.
- Perda de peso.

Sinais e Sintomas de Fase Gástrica

- Choro ou grande fome.
- Recusa alimentar.
- Vômitos frequentes.
- Desidratação.
- Perda de peso.

◆ CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A DISFAGIA II

Os seguintes aspectos devem ser considerados com suspeita:

- Existem diferentes tipos fisiológicos da disfagia em crianças e adolescentes, que devem estar em constante avaliação neurofuncional.
- A avaliação deve levar em consideração o ambiente familiar e social, hábitos religiosos, interação entre parente e criança, bem como questões comportamentais que contribuem para a disfagia.
- Apesar de grande parte das disfagias serem de origem médica ou neurológica, a disfagia pode ser causada por fatores psicológicos, emocionais ou ambientais.
- É importante a realização de exames padronizados, para a detecção precoce e tratamento da disfagia.

a prevalência da disfagia também tem sido observada em níveis tecnológicos na área de crianças nascidas prematuras complexas.^{2,3,9,10}

ANTIL

deglutição, e seus sinais clínicos.¹¹

à dificuldade de sucção oral, postura corporal inapropriada (S-D-R) com ausência de deglutição.

da a dificuldades de congelamento, atraso na introdução do hiolaríngeo durante a sucção/aspiração mais frequente por conter propriedades adstringentes.

e Oral

ada ou da não posteriorização.

astigação. ou semissólidos adequados.

min).

faixa etária.

rante ou logo após a alimentação, cianose, palidez, desmaio, estridor laríngeo, batimento cardíaco.

- Necessidade de deglutições múltiplas para a movimentação do bolo no trajeto faringoesofágico.
- Dificuldade em manejá as secreções (tosse fraca, ineficiente para oclareamento da via aérea).
- Qualidade vocal molhada ou ruidosa durante ou após a alimentação.
- Quadros pulmonares de repetição.
- Desidratação.
- Perda de peso ou ganho de peso insuficiente para a faixa etária.

Sinais e Sintomas de Fase Esofágica

- Choro ou grande irritabilidade durante alimentação.
- Recusa alimentar.
- Vômitos frequentes.
- Desidratação.
- Perda de peso ou ganho de peso insuficiente para a faixa etária.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS PARA A AVALIAÇÃO DA DISFAGIA INFANTIL

Os seguintes aspectos devem ser considerados durante a avaliação de bebês e crianças com suspeita de disfagia:

- Existem diferenças na relação entre as estruturas anatômicas e nos mecanismos fisiológicos da deglutição entre bebês e crianças pequenas e entre esses e crianças maiores e indivíduos adultos. Assim, os mecanismos envolvidos na deglutição estão em constante adaptação frente às mudanças que ocorrem com o desenvolvimento neuropsicomotor e anatomo-fisiológico do sistema estomatognático.¹¹
- A avaliação de bebês e crianças com distúrbios de deglutição requer a compreensão do ambiente familiar (dinâmica e rotina de alimentação da família, crenças e hábitos relacionados com a situação de alimentação), da qualidade da interação entre pais e criança e das queixas e preocupação dos pais. Tal conhecimento faz-se necessário para um maior entendimento de hábitos deletérios e questões comportamentais que possam estar interferindo na alimentação da criança e contribuindo para a disfagia.
- Apesar de grande parte dos casos de disfagia estar associada a diferentes condições médicas ou de desenvolvimento, a ocorrência isolada de disfagia, com a presença inclusive de aspiração silente, tem sido documentada em crianças neurologicamente normais, sem causas identificáveis no momento da apresentação.¹²⁻¹⁴
- É importante a utilização pelo fonoaudiólogo de protocolos de avaliação padronizados, para que sejam obtidos parâmetros objetivos, visando ao estabele-

lecionamento de um diagnóstico mais preciso e, consequentemente, de condutas mais acertadas e efetivas.¹⁵

● AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DISFAGIA INFANTIL

Os objetivos da avaliação clínica fonoaudiológica da disfagia infantil são:

- Identificar as alterações na dinâmica da deglutição em crianças.
- Caracterizar os sinais clínicos sugestivos de penetração/aspiração.
- Indicar a necessidade de exames complementares.
- Avaliar o impacto da disfagia na funcionalidade da alimentação.
- Estabelecer a conduta mais acertada e plano terapêutico individualizado de acordo com as necessidades de cada paciente, tendo como principal objetivo promover a deglutição segura e manutenção da nutrição e hidratação adequadas.

A avaliação clínica da disfagia infantil compreende os seguintes aspectos:

- Anamnese detalhada com os pais ou cuidadores do paciente, incluindo dados do nascimento, doenças prévias, histórico cirúrgico e nutricional e uso atual de medicamentos.
- Observação do nível de alerta da criança e capacidade de interação.
- Observação das condições motoras e cognitivas globais do paciente.
- Avaliação estrutural da face, mandíbula, lábios, língua, palatos duro e mole, orofaringe e mucosa oral.
- Avaliação funcional dos músculos e estruturas usadas na deglutição, incluindo simetria, sensibilidade, força, tônus, mobilidade e coordenação dos movimentos.
- Avaliação da deglutição de saliva e manejo de secreções: presença de deglutição espontânea ou necessidade de estímulo/manobra para desencadear o reflexo de deglutição, frequência de deglutições por minuto, presença de sialoestase ou sialorreia.
- Avaliação da qualidade vocal.
- Avaliação da biomecânica da deglutição com alimentos, utilizando-se diferentes consistências e volumes de acordo com a idade da criança e consistências já introduzidas em sua alimentação, condições motoras orais e condições clínicas do paciente.
- Observação da quantidade de alimento ingerido.
- Realização da auscultação cervical durante toda a avaliação com alimento (antes, durante e depois da oferta) com o objetivo de identificar-se com maior clareza a relação entre succções, deglutições e pausas, bem como observar alterações na respiração sugestivas de penetração/aspiração.
- Observação da forma como o cuidador posiciona a criança durante a situação de alimentação ou como é a postura corporal da criança durante a alimentação (caso já se alimente sozinha), atentando-se principalmente para as condições de ali-

nhamento entre cabe
da presença de reflexo
desempenho das fun

● AVALIAÇÃO IN:

Avaliações instrumentais e fisiopatologia da disfagia, desenvolvimento de plásticos são a videoendoscopia, vantagens e desvantagens

Videoendoscopia

A videoendoscopia da deglutição é realizada antes e depois da deglutição, é flexível pelo nariz. É útil para bebês prematuros internados, aponta que a videoendoscopia é uma avaliação da dinâmica da deglutição.

Os alimentos testados devem ser macios, conforme são deglutidos. A deglutição completa da fase faringeana pode não detectar microfistulas. Por outro lado, é possível realizar uma avaliação direta da proteção da traqueia, nem o uso de contraste, que pode ser repetido frequentemente.

Videofluoroscopia

A videofluoroscopia da deglutição é realizada com a deglutição que permite a visualização simultânea da deglutição e da coordenação entre essas fases. Além disso, a VFI permite a avaliação das estruturas ósseas da deglutição, bem como a gravidade da disfagia.

Portanto, ao avaliar-se a deglutição, deve-se ter como objetivo não só a deglutição, mas principalmente ir além da deglutição.³

uentemente, de condutas

FANTIL

sfagia infantil são:

em crianças.
ão/aspiração.

limentação.

o individualizado de acordo com o principal objetivo promovendo hidratação adequadas.

os seguintes aspectos:

paciente, incluindo dados nutricional e uso atual de

de de interação.

ais do paciente.

qua, palatos duro e mole

s na deglutição, incluindo coordenação dos movimentos es: presença de deglutição a desencadear o reflexo de presença de sialoestase ou

tos, utilizando-se diferentes técnicas de avaliação da criança e consistências de alimento orais e condições clínicas

ação com alimento (antes de engolir) para se ter maior clareza e no observar alterações na deglutição.

ança durante a situação de deglutição durante a alimentação (caso para as condições de al-

nhamento entre cabeça, cintura escapular e cintura pélvica, além da verificação da presença de reflexos orais e/ou posturais patológicos que possam interferir no desempenho das funções estomatognáticas durante a alimentação.

■ AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL DA DEGLUTIÇÃO

Avaliações instrumentais são indicadas para uma melhor compreensão da natureza e fisiopatologia da disfagia, além de fornecerem informações importantes para o desenvolvimento de planos terapêuticos adequados. Os principais exames utilizados são a videoendoscopia e a videofluoroscopia. Esta seção descreve brevemente as vantagens e desvantagens de cada método com ênfase na videofluoroscopia.

Videoendoscopia da Deglutição

A videoendoscopia da deglutição permite a visualização direta das estruturas envolvidas antes e depois da deglutição por meio da passagem de um endoscópio pequeno e flexível pelo nariz. É um exame seguro para a população infantil, inclusive para bebês prematuros internados em unidade de terapia intensiva.¹⁶ Estudo recente aponta que a videoendoscopia da deglutição é o único exame objetivo que permite a avaliação da dinâmica de deglutição durante o aleitamento materno.¹⁷

Os alimentos testados podem ser corados para permitir uma melhor visualização, conforme são deglutidos. Entretanto, este exame não permite uma avaliação completa da fase faríngea da deglutição, não avalia as fases oral e esofágica, pode não detectar microaspirações e também depende da experiência de quem o realiza. Por outro lado, inclui as seguintes vantagens: visão direta da anatomia, avaliação direta da proteção de via aérea, não necessita de exposição à radiação nem o uso de contraste, pode ser realizado à beira de leito, avalia a deglutição de saliva e o manejo das secreções, não apresenta limitação de tempo e pode ser repetido frequentemente.^{3,14,18}

Videofluoroscopia

A videofluoroscopia da deglutição (VFD) infantil é um método objetivo e sistemático que permite a visualização de alterações anatômicas e estruturais, bem como a avaliação simultânea das fases oral, faríngea e esofágica da deglutição e a coordenação entre essas fases durante a passagem do bolo pelo trato digestório.^{2,3,9,19,20} Além disso, a VFD possibilita a avaliação da eficácia de estratégias compensatórias. Dessa forma, propicia ao profissional de saúde determinar a natureza e a gravidade da disfagia.

Portanto, ao avaliar-se a fase faríngea da deglutição por meio da VFD, deve-se ter como objetivo não apenas determinar a presença ou ausência de aspiração, mas principalmente investigar a causa da aspiração, na vigência de sua ocorrência.³

As principais desvantagens desse exame são: exposição à radiação, tempo limitado de escopia, necessidade de transporte do paciente até a unidade radiológica e dependência da colaboração do paciente.^{14,20}

O exame de VFD é realizado por uma equipe multidisciplinar formada por um médico radiologista, um técnico de radiologia e um técnico de enfermagem, além de um fonoaudiólogo com *expertise* na área.

Considerações sobre a realização da VFD na população infantil:

- É essencial que a criança, antes de ser submetida à VFD, passe por uma avaliação clínica detalhada da deglutição, em que serão estabelecidos o posicionamento ideal no momento do exame, a sequência de alimentos que serão testados, os utensílios utilizados e o grau de colaboração da criança.
- Contraindicações para a realização do exame:
 - Instabilidade clínica.
 - Recusa alimentar.
 - Agitação excessiva.

Em alguns casos, pode ser necessário um período de terapia fonoaudiológica antes da realização do exame, seja em caso de baixa ingestão pelo paciente, seja pela presença de quadros de muita agitação e irritabilidade por conta da situação do exame. Uma criança nunca deverá ser alimentada quando estiver chorando, pois a fisiologia da deglutição poderá estar alterada, elevando o risco de aspiração e invalidando os resultados da avaliação videofluoroscópica da deglutição.³

A utilização de recursos lúdicos tecnológicos pode ser extremamente útil durante a realização do exame, com o propósito de garantir a colaboração do paciente (por exemplo: brinquedos de interesse da criança e *tablet* entre outros).

Os procedimentos da VFD envolvem:

- Jejum de 3 a 4 horas.
- Explicações verbais e por escrito aos cuidadores da criança sobre o procedimento do exame.
- Checagem do material de segurança da sala (carrinho de parada, oxímetro de pulso, oxigênio).
- Posicionamento do paciente em visão laterolateral (a visão anteroposterior é usada apenas em algumas situações, particularmente quando alguma assimetria é notada).
- O paciente deverá permanecer suavemente contido em posição estática (Figs 13-1 e 13-2).
- A oferta de alimento deverá ser realizada por pessoa familiarizada com a criança (Fig. 13-3).
- O tempo de exposição à radiação não deverá ultrapassar dois minutos.



Fig. 13-1. Posição do paciente para a avaliação videofluoroscópica da deglutição.



Fig. 13-2. Cadeira para a avaliação videofluoroscópica da deglutição.

- Sulfato de bário devendo ser dado para a manutenção da deglutição.
- Na prática clínica, é comum usar o sulfato de bário para a avaliação da deglutição.
- O exame deverá ser realizado em uma sala com visão direta da deglutição oral, faríngea e esofágica.

ação à radiação, tempo e até a unidade radioló-

disciplinar formada por técnico de enfermagem.

ão infantil:

, passe por uma avaliação feita pelos profissionais que participaram dos posicionamentos que serão testados na criança.

terapia fonoaudiológica deve ser realizada pelo paciente, seja pela mãe ou pelo profissional de saúde de acordo com a situação da criança (se estiver chorando, pois pode haver risco de aspiração e invasão da traqueia durante a deglutição).³

ser extremamente útil para garantir a colaboração da criança (televisão, tablet entre outros).

iança sobre o procedimento.

de parada, oxímetro de pulso, etc.

o anteroposterior é usado com alguma assimetria para avaliar a deglutição.

na posição estática (Figs. 13-1 e 13-2).

niliarizada com a criança por dois minutos.



Fig. 13-1. Posicionamento de neonato durante a realização do exame de videofluoroscopia da deglutição.



Fig. 13-2. Cadeira adaptada para posicionamento de bebês acima de 4 meses.

- Sulfato de bário deverá ser adicionado aos alimentos testados, com especial cuidado para a manutenção da consistência a ser testada.
- Na prática clínica, a proporção de 30% de sulfato de bário tem sido utilizada para a avaliação de alimentos líquidos, sem alteração da viscosidade.
- O exame deverá ser gravado em DVD para posterior análise e investigação detalhada da presença de alterações estruturais ou de motilidade das cavidades oral, faríngea e esofágica.

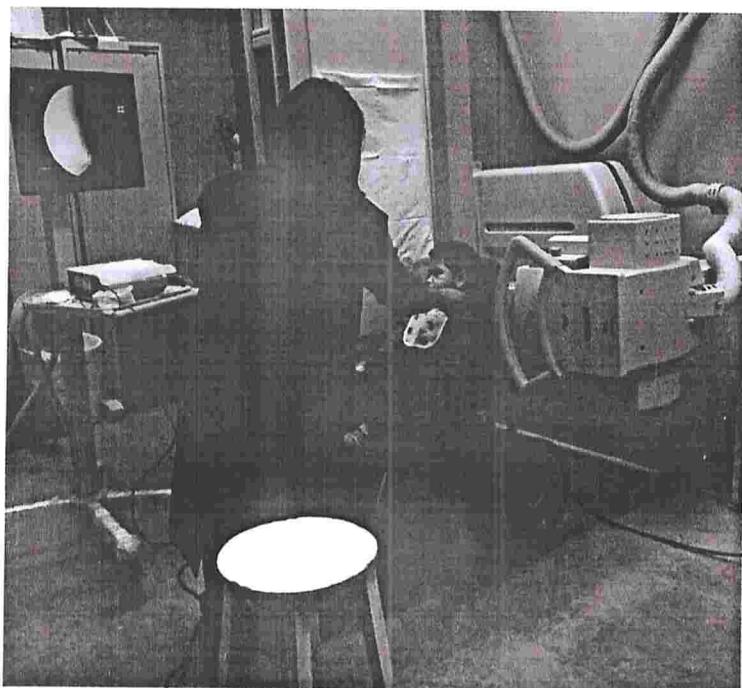


Fig. 13-3. Cuidadora oferecendo alimento para a criança durante a realização do exame de videofluoroscopia da deglutição.

Interpretação dos Resultados

A interpretação dos achados radiológicos exige que o profissional faça a distinção entre os achados que representam a variabilidade normal e aqueles que são indicadores de distúrbios da deglutição. Infelizmente, são escassas as informações sobre os parâmetros de normalidade da deglutição na população infantil, principalmente em lactentes.²¹

De modo geral, o exame permitirá a:

- Análise das diversas consistências testadas para a definição da consistência mais segura.
- Avaliação da proteção de vias aéreas durante a deglutição.
- Investigação de deterioração da função de deglutição associada à fadiga.
- Análise precisa da ocorrência de aspiração silente.

Os principais achados radiológicos na população infantil são:

- Penetração supraglótica (Fig. 13-4).
- Refluxo para a nasofaringe (Fig. 13-5).
- Aspiração silente, principalmente de líquidos finos (Fig. 13-6).



Fig. 13-4. Imagem radiográfica de penetração supraglótica durante a deglutição.



Fig. 13-5. Imagem radiográfica de refluxo para a nasofaringe durante a deglutição.



Fig. 13-4. Imagem videofluoroscópica evidenciando presença de refluxo para a rinofaringe (seta) durante a fase faríngea da deglutição de neonato.

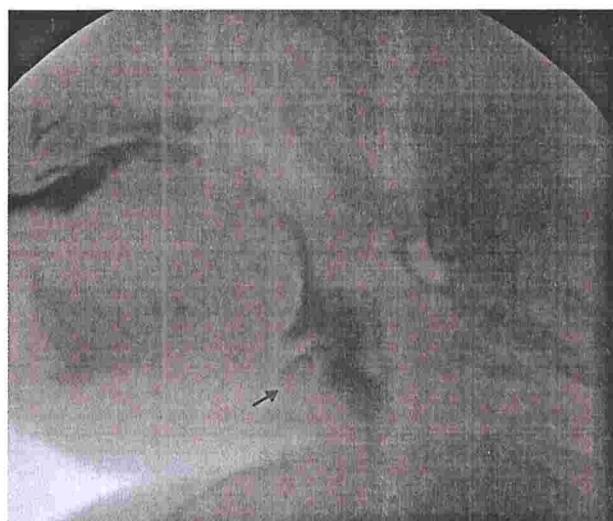


Fig. 13-5. Imagem videofluoroscópica evidenciando presença de penetração supraglótica (seta) durante a fase faríngea da deglutição de neonato.

irante a realização

fissional faça a distinção entre aqueles que são indicadas as informações sobre a deglutição infantil, principalmente:

definição da consistência

ção.

associada à fadiga.

antil são:

g. 13-6).

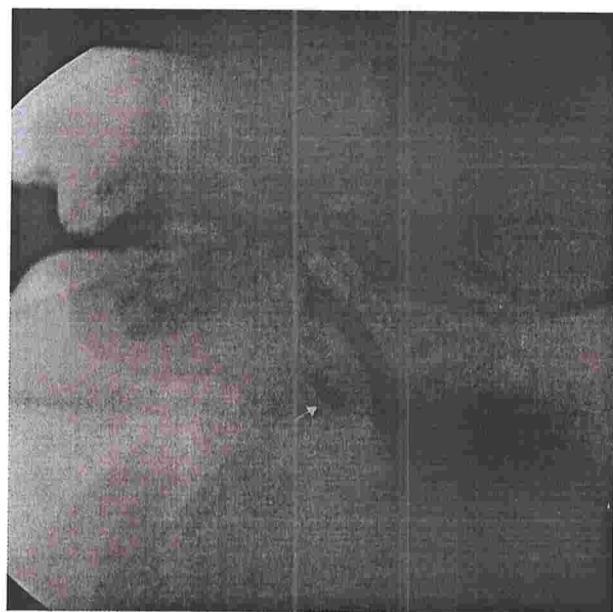
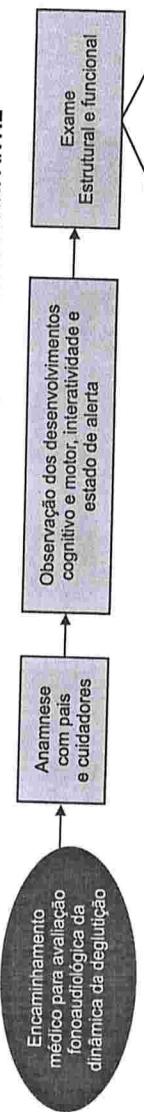


Fig. 13-6. Imagem videofluoroscópica evidenciando presença de aspiração (seta) de líquido fino durante a fase faríngea da deglutição de lactente de 2 meses.

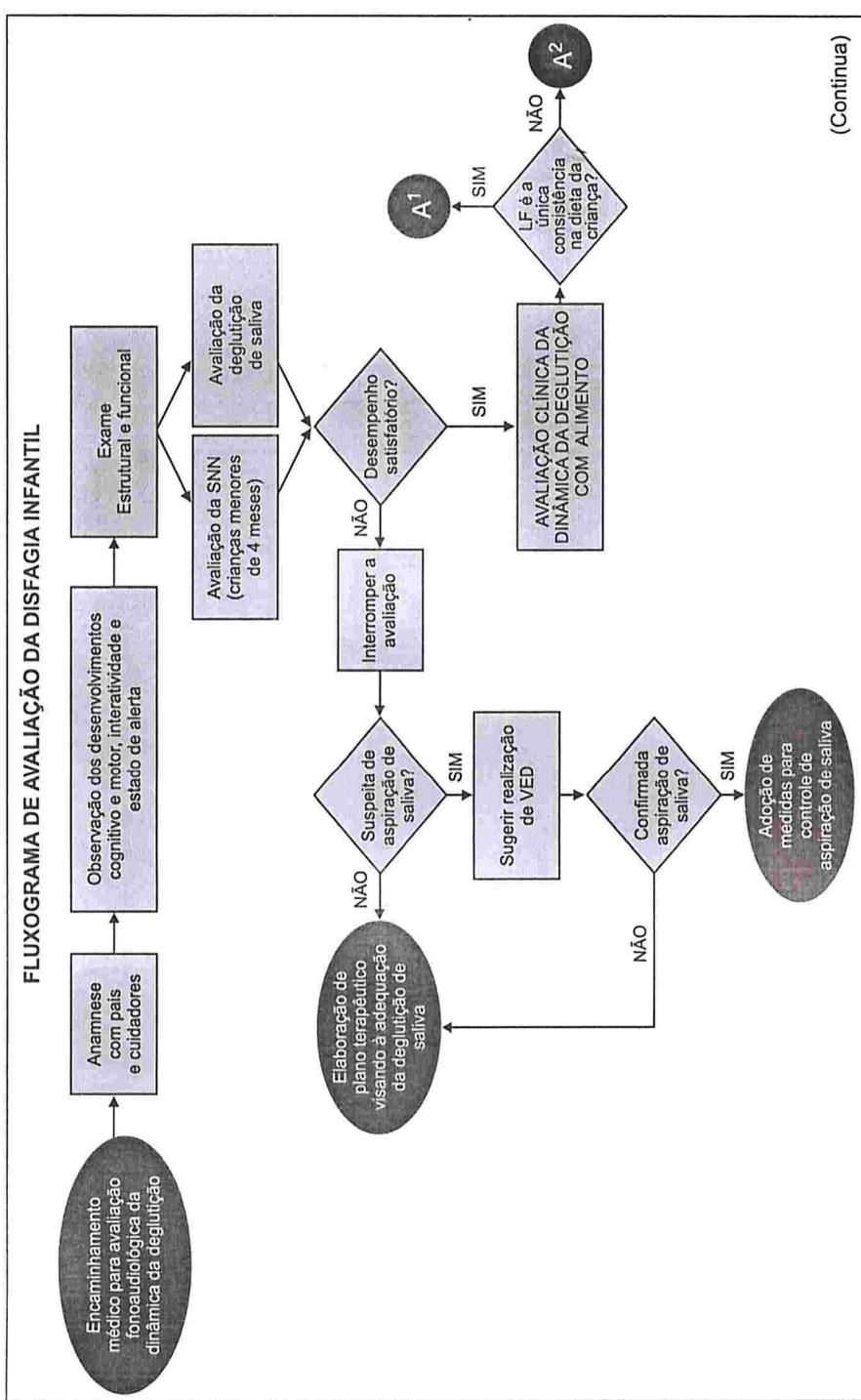
Atualmente, não existem escalas padronizadas para a classificação da gravidade da disfagia infantil.²⁰ Os achados devem ser interpretados em conjunto com as informações obtidas na anamnese, na avaliação clínica e nos outros testes diagnósticos para que a conduta mais assertiva possa ser proposta para o paciente e família.

Outros exames diagnósticos podem ser necessários para que a causa da disfagia seja determinada, como: exames de imagem, testes de função pulmonar, broncoscopia, endoscopia e pHmetria.²²

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DA DISFAGIA INFANTIL



(Continua)

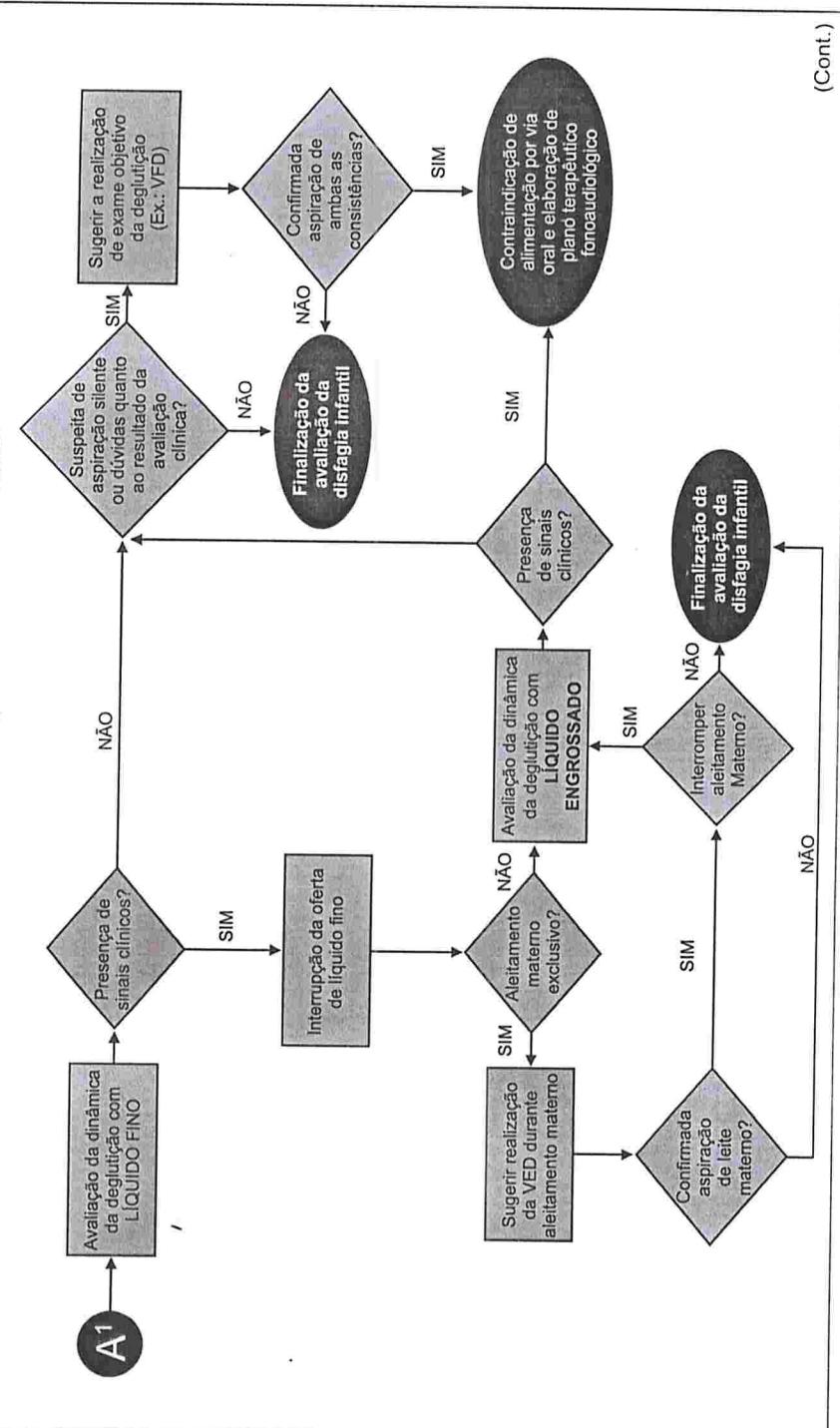


o presença
aríngea da

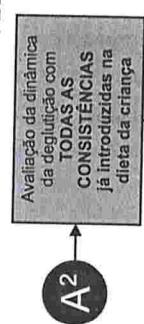
a classificação da gravi-
etados em conjunto com:
e nos outros testes diag-
osta para o paciente e fa-

para que a causa da disfa-
es de função pulmonar

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DA DISFAGIA INFANTIL



FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DA DISFAGIA INFANTIL



fonoaudiológico

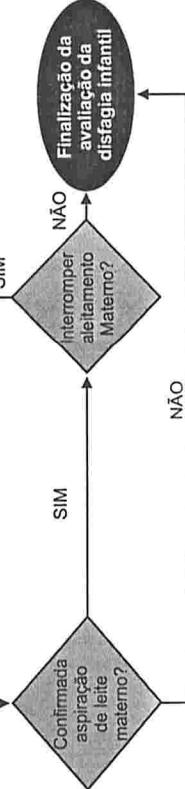
engrossado

dissociação

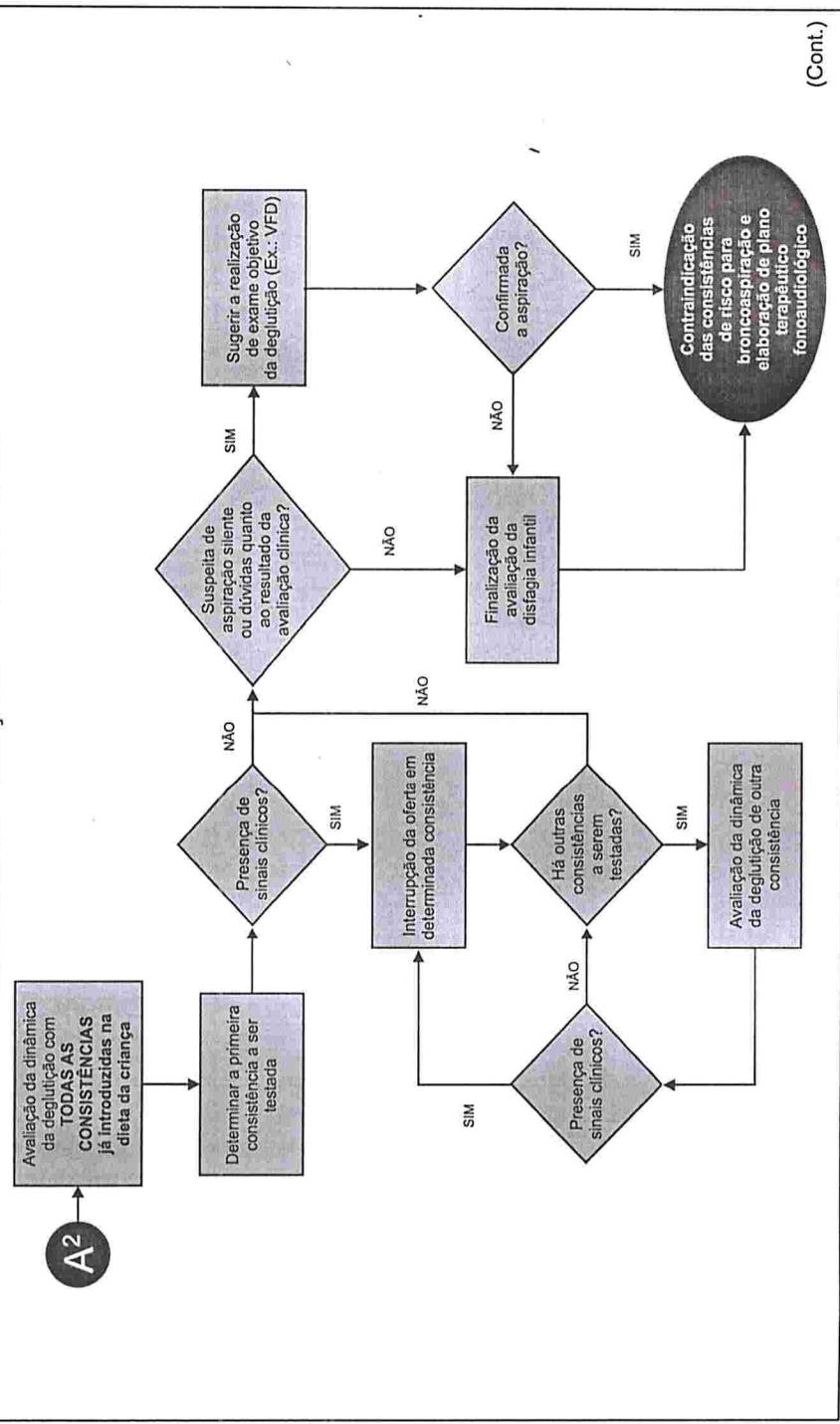
aspiração

disfagia

(Cont.)



FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DA DISFAGIA INFANTIL



(Cont.)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto a avaliação clínica, quanto a avaliação por meio de exames objetivos são avaliações pontuais que refletem o desempenho do indivíduo no momento específico em que estão sendo realizados e não necessariamente simulam as reais condições de alimentação da criança. Portanto, para o estabelecimento de diagnóstico mais preciso e fidedigno da disfagia, é importante considerar os dados da anamnese, avaliações clínica e objetiva de forma relacionada. Além disso, a discussão do caso com outros profissionais envolvidos (pediatra, otorrinolaringologista, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo entre outros), sempre que possível, contribui para a compreensão mais ampla do caso e possibilita a proposição de estratégias de forma integrada.

A utilização de protocolos de avaliação e escalas específicos para a população infantil que considerem as especificidades de cada fase de desenvolvimento da criança relacionadas com a alimentação, é essencial para que o fonoaudiólogo possa atuar de forma adequada e segura.²³

Após o diagnóstico fonoaudiológico preciso da disfagia orofaríngea, deve-se escolher o plano de alimentação mais apropriado, considerando como prioridades a manutenção da nutrição, ganho de peso adequado e a saúde pulmonar.

As condutas podem ser modificadas de acordo com a evolução do caso (progressos ou regressões no desempenho), bem como o programa terapêutico pode ser customizado para atender uma necessidade específica do paciente de acordo com as dificuldades que este apresente.

O sucesso da alimentação por via oral depende da qualidade das experiências durante as situações de alimentação, da presença de habilidades sensório-motoras orais adequadas e da segurança da deglutição, sem prejuízo da relação entre a criança e seus pais ou de sua condição nutricional. Assim, cabe aos profissionais envolvidos no tratamento da criança com distúrbios de deglutição ou alimentação estar atentos a esses aspectos.

A avaliação fonoaudiológica da disfagia infantil, realizada de forma padronizada e fundamentada, com base em evidências científicas, garante o estabelecimento de um diagnóstico preciso e, consequentemente, a proposição de um plano terapêutico pautado em estratégias mais acertadas e efetivas. Para tanto, é importante que o fonoaudiólogo possua experiência e conhecimento suficientes. Isto é, *expertise* na área da disfagia infantil, dada a complexidade e potenciais consequências do gerenciamento inadequado da disfagia, que podem ser até mesmo fatais.

- Para a avaliação de c oxímetro de pulso, ur aumentar a colabora
- Muitas vezes, são nec bebês ou crianças, vis miliar do consultório
- Em vez de fornecer o dores que trazem os a ança da forma mais pectos como utensílio oferta dos alimentos, tros que podem estar
- Recomenda-se ter no e sucos), caso a famili cessária a avaliação d
- É interessante ter tam res, copos e canudos p siliços trazidos pelos p
- Durante a avaliação d e sintomas clínicos suç alteração da qualidad
- Na suspeita de aspiraç dados da avaliação clír ção, como a VED e a

REFERÊNCIAS |

1. American Speech-Language-Hearing Association [Internet]. [Accessed 2013 Jun 1]. Available from: <http://www.asha.org/policy/SP000001.html>
2. (Practice Portal). [Accessed 2013 Jun 1]. Available from: <http://www.asha.org/policy/SP000002.html>
3. Lefton-Greif MA. Pediatric dysphagia: A review. *J Speech Lang Hear Res*. 2002;45:103-116.
4. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia: An instrumental approach. *Am J Speech Lang Pathol*. 2002;11:219-227.
5. Khoshoo V, Edell D. Pediatric respiratory syncytial virus-associated aspiration and deteriorating bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:111-115.
6. Hernandez E, Khoshoo V. Pediatric respiratory syncytial virus-associated aspiration and deteriorating bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:111-115.
7. Barbosa LR, Gomes E, et al. Pediatric respiratory syncytial virus-associated aspiration and deteriorating bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:111-115.
8. Bernard-Bonnin AC. Fonoaudiologia pediátrica: aspectos gerais. *Rev Paul Otorrinolaringol Head Neck*. 2006;52:1247-51.
9. Newman LA, Keckley C. Pediatric respiratory syncytial virus-associated aspiration and deteriorating bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:111-115.
10. Miller CK, Willging JP. Pediatric respiratory syncytial virus-associated aspiration and deteriorating bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:111-115.
11. Prasse JE, Kikano GE. Pediatric respiratory syncytial virus-associated aspiration and deteriorating bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:111-115.

de exames objetivos são o víduo no momento espetente simulam as reais condições de diagnóstico e considerar os dados da anamnese. Além disso, a discussão do otorrinolaringologista, nutricionista entre outros), sempre de acordo com a realidade do caso e possibilita a

específicos para a população e de desenvolvimento da fonoaudiologia

fagia orofaríngea, deve-se considerando como prioridade a saúde pulmonar. Na evolução do caso (programa terapêutico pode ser individualizado do paciente de acordo

qualidade das experiências e habilidades sensório-motoras que fazem parte da relação entre a criança e os profissionais envolvidos na avaliação ou alimentação estar

alizada de forma padronizadas, garantindo o estabelecimento de propostas efetivas. Para tanto, é necessário ter conhecimento suficiente sobre a fisiologia e potenciais condicionantes que podem ser até mesmo

DICAS PARA LEVAR AO CONSULTÓRIO

- Para a avaliação de crianças com disfagia, é importante ter disponível no consultório um oxímetro de pulso, um estetoscópio pediátrico, brinquedos e outros recursos lúdicos para aumentar a colaboração da criança durante a avaliação
- Muitas vezes, são necessárias várias sessões para finalizar a avaliação clínica da disfagia em bebês ou crianças, visto que são mais sensíveis a mudanças de rotina, ao ambiente não familiar do consultório e à situação de avaliação
- Em vez de fornecer os alimentos para a avaliação, é preferível solicitar aos pais ou cuidadores que tragam os alimentos e utensílios utilizados em casa e solicitar que ofereçam à criança da forma mais próxima possível à realizada em casa. Assim, é possível identificar aspectos como utensílios inadequados ou adulterados, formas inadequadas de preparo e/ou oferta dos alimentos, postura corporal do cuidador e da criança durante a oferta, entre outros que podem estar interferindo no desempenho adequado da função de deglutição
- Recomenda-se ter no consultório alguns alimentos (por exemplo: papas de fruta, bolachas e sucos), caso a família esqueça-se de levar, além de espessantes alimentares, caso seja necessária a avaliação de consistências de maior viscosidade
- É interessante ter também no consultório diferentes tipos de bicos de mamadeira, colheres, copos e canudos para a avaliação e comparação do desempenho entre estes e os utensílios trazidos pelos pais (caso estes sejam inadequados)
- Durante a avaliação da deglutição, o fonoaudiólogo deve estar atento aos principais sinais e sintomas clínicos sugestivos de aspiração: engasgo, tosse, alteração na ausculta cervical, alteração da qualidade vocal e alteração do padrão respiratório pós-deglutição
- Na suspeita de aspiração silente ou sempre que houver a necessidade de confirmação dos dados da avaliação clínica, esta deve ser complementada por exames objetivos da deglutição, como a VED e a VFD

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Speech-Language-Hearing Association (n.d). *Pediatric Dysphagia*.
2. (Practice Portal). [Acesso em 01 de abril de 2016]. Disponível em: <http://www.asha.org/public/speech/swallowing/Feeding-and-Swallowing-Disorders-in-Children/>. <http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Pediatric-Dysphagia>.
3. Lefton-Greif MA. Pediatric Dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2008;19:837-51.
4. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Dev Disabil Res Rev* 2008;14:118-27.
5. Khoshoo V, Edell D. Previously healthy infants may have increased risk of aspiration during respiratory syncytial viral bronchiolitis. *Pediatrics* 1999;104:1389-90.
6. Hernandez E, Khoshoo V, Thoppil D, Edell D, Ross G. Aspiration: a factor in rapidly deteriorating bronchiolitis in previously healthy infants? *Pediatr Pulmonol* 2002;33:30-1.
7. Barbosa LR, Gomes E, Fischer GB. Clinical signs of dysphagia in infants with acute viral bronchiolitis. *Rev Paul Pediatr* 2014;32:157-63.
8. Bernard-Bonnin AC. Feeding problems of infants and toddlers. *Can Fam Physician* 2006;52:1247-51.
9. Newman LA, Keckley C, Petersen MC, Hamner A. Swallowing function and medical diagnoses in infants suspected of dysphagia. *Pediatrics* 2001;108:E106.
10. Miller CK, Willging JP. Advances in the evaluation of pediatric dysphagia. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;11:442-6.
11. Prasse JE, Kikano GE. An Overview of pediatric dysphagia. *Clin Pediatr (Phila)* 2009;48:247.

12. Arvedson J, Brodsky L. *Pediatric swallowing and feeding assessment and management*. Clifton Park, NY: Singular Thomson Learning, 2nd ed.; 2002.
13. Lefton-Greif MA, Carroll JL, Loughlin GM. Long-term follow-up of oropharyngeal dysphagia in children without apparent risk factors. *Pediatr Pulmonol* 2006;41:1040-8.
14. Richter GT. Management of oropharyngeal dysphagia in the neurologically intact and developmentally normal child. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;18:554-63.
15. Venkata SPB, Durvasula MD, O'Neill ACO, Richter GT. Oropharyngeal dysphagia in children mechanism, source, and management. *Otolaryngol Clin N Am* 2014;47:691-720.
16. Bühler KEB; Flabiano-Almeida FC. Avaliação Clínica da Disfagia Orofaríngea Infantil à Beira de Leito. In: Marquesan IQ, Justino HS, Tomé MC (orgs). *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca; 2014. p. 39-45.
17. Reynolds J, Carroll S, Sturdivant C, Sturdivant OT. Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing: A multidisciplinary alternative for assessment of infants with dysphagia in the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care* 2016;16:37-43.
18. Willette S, Molinaro LH, Thompson DM, Schroder JW. Fiberoptic examination of swallowing in the breastfeeding infant. *Laryngoscope* 2015 Sept. 15; [Epub ahead of print] DOI: 10.1002/lary.25641.
19. Leder SB, Karas DE. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in the pediatric population. *Laryngoscope* 2000;110:1132-6.
20. Newman LA, Petersen M. Clinical evaluation of swallowing disorders: the pediatric perspective. In: Murry T, Carrau RL (ed). *Comprehensive management of swallowing disorders*. San Diego: Singular; 2006.
21. Ryan M, Hiorns M. Videofluoroscopy swallow study. In: Roig-Quillis M, Pennington L (org). *Oromotor disorders in childhood*. Barcelona: Viguera; 2011.
22. Weckmueller J, Easterling C, Arvedson J. Preliminary temporal measurement analysis of normal oropharyngeal swallowing in infants and young children. *Dysphagia* 2011;26:135-43.
23. Kakodkar K, Schroeder JW. Pediatr Dysphagia. *Pediatr Clin N Am* 2013;60:969-77.
24. Flabiano-Almeida FC, Bühler KEB, Limongi SCO. Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED). Editores Científicos: Claudia Regina Furquim de Andrade e Suelly Cecilia Olivan Limongi. Barueri: Pró-Fono. 2014. 33p. (Série Fonoaudiologia na Prática Hospitalar, v. 1).

Ne

INTRODUÇÃO

Com o avanço técnico as foram desenvolvidas a capacidade das disfagias

Uma avaliação clínica fundamental para um diagnóstico permitindo melhor de forma, promovendo uma

Neste capítulo vai contribuir para a avaliação de pulso, eletromiografia, Doppler e alguns aplicativos.

ELETROMIOGRAFIA

Conceito

A eletromiografia é um método da unidade motora: fibra muscular.¹ É um sinal muscular no momento de contração desses potenciais de feedback para o acomodamento (EMGS) provê ainda informações sobre a contração muscular durante a contração.

Os princípios da eletromiografia são baseados no princípio de que a membrana celular é capaz de gerar um sinal elétrico ao exterior. A diferença entre o interior e o exterior da célula é denominada potencial de membrana. Quando a membrana se torna mais negativa do que o interior, é dito que há um potencial de repolarização. Esse potencial é criado por mecanismos de geração de energia que propagam-se igualmente ao longo da membrana. Os potenciais de ação são captados por eletrodos e interpretados como ondas elétricas.



MANUAL PRÁTICO de DISFAGIA

Diagnóstico e Tratamento

Rogério A. Dedivitis
Patricia P. Santoro
Lica Arakawa-Sugueno



ISBN 978-85-372-0694-2

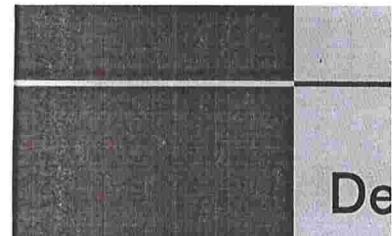
Todos os direitos reservados.
É expressamente proibida a reprodução
deste livro, no seu todo ou em parte,
por quaisquer meios, sem o consentimento,
por escrito, da Editora.

Contato com os autores:

ROGÉRIO A. DEDIVITIS
dedivitis@usp.br

PATRICIA P. SANTORO
psantoro@interotos.com.br

LICA ARAKAWA-SUGUENO
lica.sugueno@gmail.com



Ao meu marido, M
melhor.

Às minhas filhas,]
expandido sem me

Aos meus pais, Ka
Emiri, por serem n
pios que me nortei;

Aos meus pacientes:
sempre vale a pena

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

D354m

Dedivitis, Rogério A.
Manual prático de disfagia: diagnóstico e tratamento/ Rogério A. Dedivitis, Patricia P. Santoro, Lica Arakawa-Sugueno. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Revinter, 2017.
380 p. : il.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-85-372-0694-2

1. Distúrbios da voz. 2. Distúrbios da fala. 3. Distúrbios da deglutição. 4. Fonoaudiologia – Prática. I. Santoro, Patricia P. II. Arakawa-Sugueno, Lica. III. Título.

16-37458

CDD: 616.855
CDU: 616.89-008.434

Ao meu filho, Luca
amor incondiciona

Ao meu marido, (]
desafios e angústias

Aos meus pais, Ione
de e altruísmo.

Aos meus pacientes
do meu trabalho.

A precisão das indicações, as reações adversas e as relações de dosagem para as drogas citadas nesta obra podem sofrer alterações.
Solicitamos que o leitor reveja a farmacologia dos medicamentos aqui mencionados.

A responsabilidade civil e criminal, perante terceiros e perante a Editora Revinter, sobre o conteúdo total desta obra, incluindo as ilustrações e autorizações/créditos correspondentes, é do(s) autor(es) da mesma.

Aos meus amados
do-me.

Aos nossos pacientes

Aos profissionais de
fascinante e desafia

Livraria e Editora REVINTER Ltda.
Rua do Matoso, 170 – Tijuca
20270-135 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 2563-9700 – Fax: (21) 2563-9701
livraria@revinter.com.br – www.revinter.com.br