

**COMPARANDO AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA,
NASOLARINGOSCOPIA E VIDEOFLUOROSCOPIA
EM IDOSOS SEM QUEIXA DE DEGLUTIÇÃO**

*Heloisa Suzuki, André Duprat, Henrique M. Lederman,
Tereza Bilton, Luciana Patricia Vagione Tega**

Introdução

A velhice, além de ser considerada externa à pessoa, não tem uma data de início definida e, por não ser bem-vinda, não é comemorada como se faz com a infância, adolescência e idade adulta. Sem se dar conta, o tempo voa, os cabelos embranquecem, a pele enruga, e, de repente, o adulto se torna um velho.

* Seguindo a mesma ordem de apresentação dos autores neste artigo, indicamos seus vínculos institucionais: fonoaudióloga, especializanda em motricidade oral; mestre e doutorando em ORL pela FCMSCMSP; prof. titular e chefe do Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP-EPM e responsável pelo serviço de imagem do Centro de Diagnóstico do Laboratório Fleury; professora assistente – mestre da faculdade de fonoaudiologia da PUC-SP e doutoranda do Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP-EPM, Especialista em Gerontologia; fonoaudióloga clínica, especialização em Gerontologia na UNIFESP-EPM.

A melhoria na qualidade de vida vem aumentando a expectativa da mesma. Nos EUA, a expectativa de vida, que no início do século era de 47 anos, atualmente é de 74 anos. 12% da população é composta por pessoas de mais de 65 anos. Só no estado da Flórida, esta população equivale a 18%. No Brasil, essa população ocupa a fatia de 4,9% e, no estado de São Paulo, equivale a 5% (SEADE 1992).

Apesar de esta população se tornar a cada dia mais significativa, o velho sente que perde seu lugar na sociedade, na família, no trabalho. Por outro lado, a sociedade também não sabe como acolhê-lo. Como uma tentativa de se redimir, o sistema formulou algumas leis consideradas protetoras e serviços de cunho curativo foram instalados. Percebe-se que a sociedade, no momento, só tem condições de apresentar soluções paliativas visto que ainda confunde velhice com doença.

Sendo e tendendo a se tornar uma demanda das mais importantes para o mercado fonoaudiológico, sentiu-se a necessidade de conhecer um pouco mais sobre a fisiologia da deglutição do indivíduo idoso normal.

No levantamento bibliográfico, artigos referentes a mudanças fisiológicas da deglutição pelo envelhecimento apareceram em menor número do que os artigos referentes a alterações de deglutição provocadas por patologias que ocorrem em idade mais avançada como Parkinson, Alzheimer, demência por múltiplos infartos e acidentes vasculares cerebrais.

A deglutição é compreendida por: fase antecipatória, oral, faríngea e esofágica. A antecipatória é anterior à entrada do alimento na boca; é quando se decide o tipo, a velocidade e o volume de alimento a se colocar na boca. A oral é voluntária e dividida em dois momentos: fase preparatória, quando o alimento é manipulado ou mastigado se necessário e fase de transporte, quando é propelido posteriormente pela língua. Faríngea: quando o bolo passa pelos arcos fauciais e é transportado até o esfíncter esofágico superior (cricofaríngeo). Esofágica: quando, através de movimentos peristálticos, o bolo é levado até o estômago pela abertura do esfíncter esofágico inferior. Como esse processo ocorre no idoso?

Este estudo visou pesquisar mediante comparação da avaliação fonoaudiológica, nasolaringoscopia e videofluoroscopia se:

1. Existem modificações na fisiologia da deglutição decorrentes do envelhecimento?
2. Existem diferenças nas três fases da deglutição comparando-se mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos com as de 70 a 80 anos?

Aspectos funcionais da deglutição do idoso

Nos idosos, a literatura mostra algumas modificações estruturais, morfológicas e bioquímicas. Há uma mudança na composição do músculo com decréscimo do número de unidades motoras, alargando e tendo menos fibras de rápida contração remanescentes. Isto significa que estas unidades motoras mantêm a massa mesmo com diminuição da força muscular ((Douglas, 1994; Eckberg e Feinberg, 1991; Nilsson e cols., 1996). Com a sensação gustativa ocorre fato semelhante. Por volta dos 40 anos, os botões gustativos localizados na língua começam a diminuir por falência de alguns, e isto se torna significativo aos 70 ou 80 anos. O limiar dos remanescentes, para serem ativados, é maior. Por isso, têm o paladar diminuído. A salivação, por ser estimulada pelo paladar, também tem seu fluxo diminuído (Bradley, 1981). Há uma redução de massa protéica, particularmente dos músculos esqueléticos. O encolhimento das estruturas ósseas associado à redução de fluxo salivar dificulta a retenção de próteses dentárias e afeta, por conseguinte, a função preparatória dificultando a homogeneização do bolo alimentar.

Na deglutição do indivíduo idoso, as características encontradas nas fases antecipatória, oral, faríngea e esofágica são:

Fase antecipatória

Para Logeman (apud Cherney, 1994), parece não haver grandes modificações nesta etapa. Já Eckberg e Feinberg (1991) observaram indivíduos na faixa

de 80 anos que apresentavam incoordenação tanto na forma da introdução do alimento na boca, quanto no volume de alimento, isto é, maior que a capacidade da estrutura oral, além de ingestões muito mais rápidas.

Fase oral preparatória

No indivíduo idoso, Eckberg e Feinberg (1991) analisam algumas características encontradas na fase oral, considerada preparatória: há uma incoordenação sensorio-motora, isto é, por diminuição de força muscular e da parte sensorial, o indivíduo não consegue preparar o bolo adequadamente para a deglutição. O movimento da língua, o percurso do bolo na cavidade oral assim como a velocidade deste trânsito estão modificados. Preconizam que o idoso não se diferencia do jovem na forma de processar um movimento complexo e, sim, na velocidade; é mais lento. Logeman (1983) preconiza que, se não houver modificações na arcada dentária, existirá pouca mudança na fisiologia da deglutição até os 80 anos. Feldman e cols. (apud Cherney, 1994) completam o raciocínio acrescentando que há aumento no número de mastigação e que ela é feita em “golpes” (*chewing strokes*) para preparar o alimento para deglutição e isto se dá devido ao avanço da idade e a condição da arcada dentária.

Feinberg (1996) observou que o indivíduo idoso apresenta algumas mudanças no mecanismo de deglutição tais como múltiplas deglutições para limpar a cavidade oral, o que reflete muito mais uma alteração do padrão de deglutição por causa do avanço da idade do que uma alteração na morfodinâmica (38% dos indivíduos apresentaram este padrão). Essa alteração pode ser explicada como uma compensação para manter a eficiência da deglutição ou como um hábito adquirido para aumentar a sensação da cavidade oral.

Nilsson, Eckberg e cols. (1996) observaram intervalos reduzidos entre as refeições e diminuição da capacidade de deglutição quando o sistema está sob estresse. O fato é que, em condições normais, os idosos trabalham com sua capacidade máxima; por isso, apresentam fadiga nas refeições. Há outros estudos que afirmam que, com o avançar da idade, as pressões da base da língua

e faringe tendem a ser superiores que a dos jovens adultos. Ocorre primeiro um declínio de massa muscular, além das mudanças morfodinâmica e na bioquímica, que é a alteração na composição da fibra muscular com decréscimo em número de fibras de rápida contração.

O avançar da idade faz com que a programação das respostas seja mais lenta, principalmente em movimentos mais complexos. O intervalo de ingestão no idoso é maior que no adulto jovem, mas o tempo para deglutição é igual. O tempo para sucção mais curto, e a capacidade de deglutição menor.

Fase faríngea

A fase faríngea é involuntária e se inicia com o disparo do reflexo da deglutição até o bolo alcançar o esfíncter cricofaríngeo (ou esfíncter esofágico superior). Jones e Donner (1994) explicam que os ligamentos de sustentação da orofaringe ficam relaxados provocando um escorrimento de alimento prematuro, osso hióide rebaixado, mudança na conformação da valécula e expansão da cavidade faríngea. A perda da flexibilidade pode resultar numa inversão incompleta da epiglote e fechamento ineficiente da laringe. Em estudo sobre fechamento deficiente do vestíbulo laríngeo, encontrou-se penetração (em valéculas e/ ou seios piriformes) em 70 dos 101 casos avaliados, sendo que todos tinham mais de 80 anos. O epitélio laríngeo parece se tornar menos sensível a matérias aspiradas com o avançar da idade, o que pode explicar a razão da ocorrência da aspiração silenciosa. Ekberg, Feinberg (1991), Robbin e cols. (1992) ressaltam algumas características dessa fase tais como: atraso no disparo e na duração da deglutição faríngea, diminuição da amplitude peristáltica e da velocidade, aumento no tempo para elevação máxima da laringe, lentidão no abaixamento da laringe, diminuição no período de abertura do esfíncter esofágico superior, pressão de repouso do esfíncter esofágico superior diminuída.

As opiniões de Logeman, Ekberg, Feinberg, Robbins, Hamilton e outros são coincidentes ao afirmarem que o trajeto do bolo se lentifica na fase faríngea. A lentidão se justifica, na opinião de Logeman, por causa da diminuição da força

do peristaltismo. Por outro lado, Jones e Donner (1994), num estudo feito com indivíduos de 40 a 75 anos, verificaram não haver mudança significativa na velocidade da peristalse com o avançar da idade. Nos mais idosos, observou-se, contudo, uma falha na sincronia das fases oral e faríngea, resultando num atraso do início da contração faríngea e um fechamento precoce do cricofaríngeo. Há um decréscimo do tempo de abertura do segmento faringo-esofágico para a passagem do bolo alimentar.

Para Nilsson e cols. (1996), a primeira anormalidade relacionada às múltiplas deglutições faríngeas é o volume maior de bolo alimentar que o idoso consegue deglutir de uma só vez; isto pode refletir uma percepção oral alterada. Ren e cols. (1993), e Shaker e cols. (1994), pesquisando sobre o efeito do volume para desencadear a deglutição faríngea, também são coincidentes nessa conclusão. É um dado clínico extremamente importante, uma vez que com o avanço da idade não só a função motora, mas também a função sensitiva torna-se prejudicada fazendo com que o idoso possa chegar a apresentar o fenômeno da aspiração silenciosa.

Robbins e cols. (1992) observaram um aumento no tempo de transição da fase faríngea para esofágica e no tempo de abertura do esfíncter esofágico superior.

Normalmente, a deglutição é acompanhada por expiração. Nos resultados de Nilsson e cols. (1996), 30% dos idosos fizeram inspiração após a deglutição. Dentre eles, 28% apresentaram respiração durante deglutições repetidas, o que pode ter causado tosse imediatamente após a deglutição em 9%. Há, portanto, uma mudança na sincronização nos padrões alimentação versus respiração.

Fase esofágica

A fase esofágica começa a partir do esfíncter esofágico superior até a junção gastroesofágica, no esfíncter esofágico inferior ou cárdia. Acredita-se que os movimentos peristálticos ocorridos na faringe são propagados no esôfago com velocidade abrandada (Douglas, 1994). É esperado, portanto, que haja a

redução do peristaltismo esofágico com aumento do tempo do trânsito do bolo no esôfago (Logeman, 1983).

Grishaw e cols. (1996) afirmam que a prevalência de anormalidades funcionais do esôfago aumenta com a idade; que os idosos podem apresentar escape proximal com ou sem atividade terciária e que podem vir sem sintomas ou com sintomas, e que isto não tem relação com o estado de mobilidade do esôfago.

Casuística e método

Para tentar responder a estas questões, selecionaram-se 12 mulheres de uma unidade da PMSP, cujas idades variavam de 60 a 80 anos, sem queixa ou dificuldade de deglutição. Foram submetidas a:

1. Entrevista com respostas abertas objetivando conhecer preferências, restrições, alergias, postura, hábitos e rotina alimentar; se faz uso de droga, cigarro, e/ou consumo de bebidas alcoólicas. (ver Anexo).

2. Avaliação através de observação das estruturas estomatognáticas envolvidas no processo da deglutição e avaliação da deglutição funcional nas consistências sólida (salsicha), pastosa (bolacha Salclit embebida em iogurte de beber), líquido grosso (iogurte de beber) e líquido fino (200ml de água).

3. Avaliação da deglutição funcional por videofluoroscopia usando as mesmas consistências a 90 graus, a 30 graus e a zero grau do solo, seguindo o protocolo de tese de doutorado da fonoaudióloga Tereza Bilton, sob orientação do Dr. Henrique Lederman (Lederman e Bilton, 1998).

4. Nasolaringoscopia: quando se avaliou a mobilidade do palato, as estruturas laríngeas em relação à mobilidade, coaptação das pregas vocais durante a fonação e a tosse. Testou-se a sensibilidade da face laríngea da epiglote, da prega vestibular e da comissura posterior, através do estímulo com endoscópio (usando o equipamento ENT 30 PII, câmera CCD color camera – Starmed, fonte de luz 250w Ferrari com gravação de imagem e som sem anestesia tópica).

Apresentação dos casos

Na avaliação fonoaudiológica constatou-se que todas as idosas usavam algum tipo de prótese dentária; cinco totais superiores, duas parciais superiores, seis completas (superior e inferior). Não apresentaram desvios anatômicos ou funcionais em lábios, língua, mandíbula e laringe, e não apresentavam alteração na sensibilidade de lábios, língua, bochechas e palatos. Apresentaram fluxo salivar normal. Introduziram alimento em volume compatível a sua cavidade oral. Sete (60, 62, 65, 67, 67, 70, 76) apresentaram fase preparatória bastante lenta. Dez deglutiram, aparentemente, sem dificuldade, sendo que uma (61 anos) delas usou movimento compensatório de anteriorização de cabeça, e uma (67 anos) apresentou tosse e engasgo após a deglutição. Duas (67, 67 anos) apresentaram fadiga para o volume oferecido durante a avaliação. Apresentaram múltiplas deglutições.

Na nasolaringoscopia, todas apresentaram esfíncter velofaríngeo eficiente, boa mobilidade de palato à fala e boa coaptação das pregas vocais. Três (60, 67 e 80 anos) apresentaram sensibilidade preservada sem alteração na região aritenóidea, uma (67 anos) apresentou sensibilidade diminuída sem alteração na região aritenóidea, duas (61, 62 anos) apresentaram hipersensibilidade laríngea sem alteração na região aritenóidea, duas (65, 70 anos) com sensibilidade diminuída e edema na região aritenóidea, e três (67, 70, 76 anos) sensibilidade preservada com edema em região interaritenóidea ou em comissura posterior.

Na videofluoroscopia observou-se ausência de selamento glossopalatal e escorrimento precoce para valéculas e seios piriformes em 11 mulheres, permanência de contraste por mais de duas deglutições em todas; propulsão do alimento feito com dorso médio da língua em 10. Esvaziamento esofágico rápido em posição ortostática em três (60, 61, 62 anos). Esvaziamento esofágico lento em nove (65, 67, 67, 67, 70, 70, 74, 76, 80 anos). A 30 graus, esvaziamento esofágico mais lento em todas. A zero grau, ausência de refluxo gastro-esofágico em cinco (60, 61, 62, 65, 67 anos), uma (76 anos) apresentou refluxo gastro-esofágico e seis (67, 67, 70, 70, 74, 80 anos) não foram colocadas a zero graus por não ter tido esvaziamento esofágico durante o exame.

Considerações sobre os casos

Não foi possível detectar diferenças visíveis nas fases antecipatória, oral (preparatória e transporte) e faríngea entre os dois grupos. Logeman (1983) afirma que se não houver mudanças na arcada dentária, existirá poucas mudanças na deglutição até os 80 anos. Por todas usarem próteses dentárias, observaram-se diferenças individuais tanto na velocidade de preparação como na habilidade para homogeneização do alimento. Sete mulheres apresentaram fase preparatória bastante lenta, que é interpretado por Eckberg e Feinberg (1991) como incoordenação sensorio-motora, isto é, diminuição da força muscular e da parte sensorial. Considerou-se importante ressaltar outros aspectos, detectados pela videofluoroscopia, comuns à maioria dessas mulheres, por se diferenciar do padrão normal descrito pela literatura. São eles: ausência de selamento glossopalatal durante a mastigação, escorrimento precoce de alimento para valéculas e seios piriformes, múltiplas deglutições e propulsão do alimento sendo feito com o dorso médio da língua. A falta do selamento e o escorrimento podem ocorrer, segundo Jones e Donner (1994), por relaxamento dos ligamentos de sustentação da faringe, fraqueza da língua, perda dentária ou dentaduras mal fixadas, ou por uma falta de sincronia entre fase oral e faríngea. Arévalo e cols. (1996), em suas pesquisas, concluíram que a maioria dos adultos normais eliminam os resíduos com duas deglutições. Essas mulheres, por apresentarem sensibilidade supra-glótica preservada (analisada pela nasolarinoscopia), deglutiram várias vezes, limpando valéculas e seios piriformes evitando a aspiração. Feinberg (1996) esclarece que essa mudança do mecanismo de deglutição é como uma compensação para manter a eficiência da deglutição ou para aumentar a sensação da cavidade oral. Talvez, a ineficiência da deglutição tenha como agente coadjuvante a participação do dorso médio da língua, pois, como explicam Nilson, Eckberg e cols. (1996), com o avançar da idade a pressão da base da língua tende a ser superior que a dos jovens.

Pareceu que todas essas características ditas inadequadas para os adultos jovens não o são para essas mulheres idosas, ou seja, o idoso pode ter um padrão de normalidade na deglutição divergente do padrão esperado para o adulto.

Observou-se nessas senhoras que, com o envelhecimento, houve uma mudança importante na fase esofágica da deglutição. As mais jovens (60, 61 e 62 anos) apresentaram esvaziamento esofágico bem mais rápido para todas as consistências. As com mais de 65 anos, neste estudo, mostraram visíveis mudanças no trato esofágico, esvaziamento lento com presença de ondas terciárias. Apresentaram esvaziamento melhor para as consistências pastosa e líquida. Com o esôfago posicionado a 30 graus do solo (sentadas mais inclinadas para trás), chegaram a apresentar permanência do alimento no esôfago não permitindo, conseqüentemente, que as colocasse a zero grau (deitadas) para verificar a presença de refluxo. Vale ressaltar que a 30 graus todas tiveram esvaziamento mais lento, confirmando o auxílio da força da gravidade sobre os movimentos peristálticos do esôfago e a importância de mantê-lo na posição vertical, ou seja: tomar as refeições sentado com as costas eretas posicionando o esôfago a 90 graus do solo. Com o avançar da idade, aumenta a necessidade de mantê-lo por mais tempo na posição vertical para esvaziá-lo.

As doze mulheres afirmaram possuir pelo menos duas modificações alimentares advindas do avanço da idade, dentre elas a mudança para a consistência sólida macia, sólida umedecida ou pastosa, uso compulsório de líquido nas refeições para facilitar a descida do bolo alimentar, fracionamento e, conseqüentemente, acréscimo do número das refeições, substituição da última refeição do dia por ingestão de líquido (leite). Outros hábitos citados por elas foram: ingerir remédio sob forma de comprimido com auxílio de líquido logo antes de se deitar à noite, tomar as refeições sentadas no sofá assistindo TV (por estarem sós) e tirar soneca deitada após as refeições. Nas mulheres acima de 70 anos a ocorrência desses hábitos foi maior que nas de 60 anos.

Pôde-se concluir que as modificações nos hábitos alimentares surgiram gradativamente, como formas de adaptação às situações de perdas com que essas mulheres se depararam: perda da saúde orgânica, da integridade do sistema estomatognático em seu aspecto morfológico e funcional.

Percebeu-se, em algumas mulheres, uma sincronia harmônica entre o alimento e o sistema estomatognático. O alimento ingressou no organismo na

quantidade, consistência e forma que este o determinou. O corpo, comandando o meio, traduz as modificações nos hábitos alimentares como facilitações.

Cinco idosas apresentaram edema ou sinal de refluxo em região aritenóidea averiguadas pela nasolaringoscopia. Interessantemente foram as mais velhas, com trânsito esofágico mais lento e que tomavam suas refeições sentadas em posição mais inclinada (sofá ou cama). O hábito, neste caso, reforçou a dificuldade do organismo. Pode ser traduzido como sendo dificultador, chegando até a agredi-lo (refluxo gastroesofágico).

Considerações finais

As perdas dentárias e as próteses mal adaptadas prejudicaram visivelmente a fase preparatória.

A fase da deglutição na qual observou-se visível diferença entre as mulheres mais jovens e as mais velhas foi a esofágica. A força da gravidade exerceu um papel importante no desempenho do esôfago, principalmente nas mais velhas, daí a necessidade de mantê-lo na posição vertical.

As cinco mulheres que apresentaram edema em região aritenóidea foram as mais idosas, tiveram trânsito esofágico mais lento, adquiriram novos hábitos de rotina alimentar que tiraram o esôfago da posição vertical antes que o mesmo esvaziasse.

Os três exames, dentro de suas especificidades, mostraram-se imprescindíveis e complementares na compreensão das modificações ocorridas na fisiologia da deglutição das mulheres desta pesquisa.

A nasolaringoscopia, sem anestesia tópica mostrou-se de extrema importância pela capacidade em testar a sensibilidade da região supra-glótica, que nos idosos, em geral, apresenta-se mais rebaixada, e é fator contribuinte para o desenvolvimento da disfagia e aspiração silenciosa.

A videofluoroscopia, além da imagem dinâmica da mastigação e deglutição, mostrou que a fisiologia do esôfago se modificou, notoriamente, nessa faixa etária.

Através da entrevista e avaliação fonoaudiológica, pôde-se investigar sobre as modificações dos hábitos da rotina alimentar e, por demandar mais tempo, complementar os outros exames com a observação da fadiga durante o processo de alimentação, fato freqüente e importante de se detectar entre os idosos.

Através deles pode-se, principalmente, compreender a causa e se detectar o efeito da modificação de um hábito alimentar.

Pôde-se confirmar que, com o envelhecimento, o corpo, naturalmente, faz suas adaptações e acomodações confirmando Eckberg e Feinberg (1991, p. 1181) que fazem a seguinte afirmação: “O que tem sido descrito como uma disfunção na deglutição para pessoas jovens pode não ser anormal nas pessoas bem idosas. É difícil distinguir o efeito do avanço da idade dos efeitos de doenças específicas ou mudanças degenerativas graduais”.

Resumo

Este estudo teve como objetivo; comparando avaliação fonoaudiológica, nasolaringoscopia e videofluoroscopia, analisar se ocorrem modificações na deglutição do idoso. Selecionamos 12 mulheres cujas idades variavam de 60 a 80 anos, sem queixa ou dificuldades na deglutição. Observamos que, pelo envelhecimento surgiram modificações e adaptações e que as mais idosas apresentaram movimento esofágico muito mais lento que as mais jovens. Concluímos que os exames foram importantíssimos, pelas suas especificidades, na compreensão das modificações da deglutição.

Abstract

This study had the objective of, comparing speech therapy evaluation, nasolaringoscopy and videofluoroscopy, analysing whether modifications occurred in the swallowing of elderly people. 12 women between 60 and 80 years

old without swallowing difficulties were selected. We observed that aging is the cause of certain modifications and adaptations in the swallowing pattern. The elder had much lower esophageal motility than the younger. We concluded that the exams were, in fact, very important because of each particularity in order to understand the swallowing modifications occurred in elderly patients.

Referências bibliográficas

- ARÉVALO, R. T. e cols. (1996). "Avaliação da deglutição por meio da nasofibroscopia". In: *Tópicos em Fonoaudiologia*. v. 3, cap. 17. São Paulo. Lovise.
- BRADLEY, R.M. (1981). *Fisiologia oral básica*. Chicago, Médica Panamericana.
- CHERNEY, L.R. (1994). *Clinical management of dysphasia in adults and children*. Maryland, Aspen Publishers, Inc.
- DOUGLAS, C.R. (1994). *Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde*. São Paulo, Robe.
- EKBERG, O. e FEINBERG, M. J. (1991). Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases. *American Journal of Roentgenology*, v. 156, n. 6, pp. 1181-1184. Baltimore, William & Wilkins.
- FEINBERG, M.J. (1996). Perspective on age – related changes of the swallowing mechanism and their clinical significance, *Dysphagia*, n. 11, pp. 185-6, New York, Springer Verlag.
- GRISHAW, E.K. e cols. (1996). Functional abnormalities of the esophagus: A prospective analysis of radiographic findings relative to age and symptoms. *American Journal of Roentgenology*, v. 167, n. 3, pp. 719-23. Reston, A.R.R.S.
- JONES, B.; DONNER, M.W. (1994). Abnormalities of pharyngeal function. *Textbook of Gastrointestinal Radiology*, v. 16, n. 1. Philadelphia, Saunders.
- LEDERMAN, H. M. e BILTON, T. (1998). Videodeglutiosofagograma: principais aspectos por imagem. *Revista da Imagem*, vol. 20, n. 1 (jan.-mar.), p. 27.

- LOGEMAN, J.A. (1983). *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Austin-Texas, Pro-ed.
- NILSSON, H. e cols. (1996). Quantitative aspects of swallowing in an elderly nondysphagic population. *Dysphagia*, n. 11, pp. 180-84. New York, Springer-Verlag, New York Inc.
- REN, J. e cols. (1993). Effect of age and bolus variables on the coordination of the glottis and upper esophageal sphincter during swallowing. *American Journal of Gastroenterology*, v. 88, n. 5, pp. 665-9. Baltimore, William & Wilkins.
- ROBBINS, J. e cols. (1992). Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages. *Gastroenterology*, v. 103, n. 3, pp. 823-9. Orlando, Saunders.
- SHAKER, R. e cols. (1994). Effect of aging, position, and temperature on the threshold volume triggering pharyngeal swallows. *Gastroenterology*, v. 107, n. 2, pp. 392-402. Orlando, Saunders.

Recebido em abr/98; aprovado em jun/98

ANEXO

*Roteiro adaptado da UNIFESP – EPM –
Centro de Estudos do Envelhecimento
(Este roteiro foi baseado no roteiro adaptado pelas fonoaudiólogas
Tereza Bilton, Luciana Tega e Luciane T. Soares)*

Anamnese

Nome:.....

Idade: D.N.:/...../..... Data:/...../.....

Estado civil:.....

Doenças:.....

.....

Medicamentos:

.....

.....

É ou foi tabagista? () sim () não

Faz ou fez uso de álcool? () sim () não

Faz ou fez uso de drogas? () sim () não

Alergia a comida? () sim () não

Qual?

Restrições? () sal () açúcar () outros

Tipos de alimentos mais ingeridos.....

() sólida () pastosa () líquida () líq. engrossada

Porquê?.....

Como come?

Sente que precisa temperar mais a comida para sentir o sabor?

.....

Horário das refeições:

Postura durante as refeições:

Apresenta engasgos? () sim () não

Com o que?

Tosse durante as refeições? () sim () não () às vezes

Tosse após as refeições? () sim () não () às vezes

Apresenta fadiga durante a refeição?.....

A comida fica parada na garganta?.....

Após as refeições apresenta algum hábito? () sim () não

Qual? (Caminhar, dormir, ler deitado, assistir TV deitado, etc.).....

.....

Sente-se empanzinado (cheio)? () sim () não () às vezes

Em que situação?

Tem queimação no estômago? () sim () não

Sente azia? () sim () não

Apresenta pigarro? () sim () não

Tem a sensação de “bolo” na garganta? () sim () não

Sente ardor na garganta? () sim () não

Percebe se arrota com frequência? () sim () não

Faz lanche, ceia, toma leite ou algum remédio antes de dormir?

() sim () não () às vezes

- Quantas horas antes de dormir?.....
- Ao acordar sente incômodo na garganta?.....
- Sente mudança no sabor da comida? () sim () não
- Sente dificuldade para engolir? () sim () não
- Como?.....
- Avaliação da deglutição:
- Dentes presentes:
- 3M 2M 1M 2PM 1PM C IL IC/ IC IL C 1PM 2PM 1M 2M 3M
- 3M 2M 1M 2PM 1PM C IL IC/ IC IL C 1PM 2PM 1M 2M 3M
- Estado de conservação:.....
- Prótese dentária: () não usa () total superior
- () total inferior () parcial superior
- () parcial inferior () bem adaptada
- () mal adaptada
- Ulcerações na cavidade oral?.....
- Saliva; () pouca () excessiva () normal
- Exame estrutural:
- Lábios:
- Desvios anatômicos:.....
- Desvios funcionais: retrair / protruir (i-u).....
- comprimir (ma - pa).....
- Tônus: () normal () aumentado () diminuído
- Sensibilidade: () normal () alterada
- Língua:
- Desvios anatômicos:.....
- Desvios funcionais: protruir, retrair, elevar (dentro e fora) lateralizar (dentro e fora) Em cima em baixo, lambe os lábios, lambe palato
-
- Tônus: () normal () aumentado () diminuído
- Sensibilidade: () normal () alterada

Mandíbula

Desvios anatômicos:

Desvios funcionais: abrir, fechar, resistência para abrir e fechar, lateralizar, mastigação rotatória:

Tônus: () normal () aumentado () diminuído

Palato:

Desvios anatômicos:

Desvios funcionais: Véu (repouso, a ã nasalidade)

Palato duro:

Tônus: () normal () aumentado () diminuído

Sensibilidade: () normal () alterada

Laringe:

Desvios anatômicos:

.....

Desvios funcionais: Qualidade e extensão vocal, /z/, /s/, vontade de tossir, movimento durante a deglutição, tempo máximo de fonação

Deglutição Funcional:

Consistências observadas:

() Sólido (salsicha)

() Pastoso (bolacha Salclis molhada no iogurte de beber)

() Líquido engrossado (iogurte de beber)

() Líquido fino (água)

Vedamento labial adequado? () sim () não

Movimento mastigatório: () unilateral

() bilateral

() bilateral com predomínio de um dos lados

Velocidade de mastigação: () normal

() lenta

() rápida

Apresenta movimento compensatório ao deglutir? () sim () não

Que tipo de movimentação?

Fica resíduo na cavidade oral? () sim () não

Em que lugar

Apresentou engasgo? () sim () não

Quando?

Apresentou tosse? () sim () não

Quando?

Apresentou fadiga? () sim () não

Observações gerais:

.....

.....