



Guia Prático de Prevenção e Manejo das Alterações da Deglutição

Semana de Conscientização da Disfagia - 2026



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Apresentação

Engolir é tão essencial para a vida quanto respirar.

A deglutição parece um ato simples. No entanto, trata-se de um dos processos mais complexos do corpo humano, envolvendo a coordenação de vários músculos, nervos e do sistema nervoso central.

A deglutição eficaz garante segurança, nutrição adequada, hidratação e qualidade de vida. Um adulto saudável engole em média 500 a 700 vezes por dia não apenas para se alimentar, mas também para manejo de saliva e secreções.

Este guia foi desenvolvido para aumentar a conscientização sobre as alterações da deglutição e seus impactos clínicos.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Direitos autorais

O **Guia Prático de Prevenção e Manejo das Alterações da Deglutição** é uma publicação digital elaborada pela **Comissão de Disfagia da Academia Brasileira de Laringologia e Voz (ABLV)**, pertencente à **Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF)**.

Todo o conteúdo desta publicação é protegido por direitos autorais. Todos os direitos são reservados à ABLV. A reprodução total ou parcial do material é permitida apenas para fins educativos e não comerciais, desde que a fonte seja devidamente citada. Qualquer outra forma de utilização, reprodução, distribuição ou adaptação do conteúdo depende de autorização prévia da entidade.

O guia foi desenvolvido pelos integrantes da Comissão de Disfagia da ABLV, reunindo especialistas dedicados ao estudo e ao manejo das alterações da deglutição.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL



Coordenação

- Thaís Gonçalves Pinheiro

Integrantes da Comissão de Disfagia

- Caio José de Araujo Simas
- Dayse Manrique
- Eliezia Helena de Lima Alvarenga
- Evaldo Dacheux de Macedo Filho
- Geraldo Pereira Jotz
- Gisele Vieira Hennemann Koury
- Karine Valeria Gonçalves de Oliveira
- Leandro Castro Velasco
- Luciana Fernandes da Costa
- Mayara Celentano Laporta
- Raquel Aguiar Tavares
- Roberta Ismael Dias Garcia
- Thaís Gonçalves Pinheiro

Presidente ABLV 2026

- Luciana Miwa Watanabe





ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Sumário

1. O que é deglutição - P.1
2. O que é disfagia? - P.3
3. É normal ter alterações na deglutição com o envelhecimento? - P.4
4. Principais causas e fatores de risco - P.6
5. Avaliação de disfagia: dois pilares fundamentais - P.9
6. Sinais de alerta: quando suspeitar? - P.12
7. Avaliação clínica da disfagia: Limitações - P.14
8. Exames instrumentais para avaliação da deglutição - P.16
9. VED/FEES x Videodeglutograma - escolha racional - P. 18
10. Questionários e testes padronizados para avaliação da deglutição - P. 21
11. Instrumento de Avaliação da Alimentação - EAT-10 - P. 22
12. Sinais clínicos adicionais (para Profissionais de Saúde) - P. 25
13. Outras ferramentas para triagem sistemática - P.26
14. Orientações Práticas para o Dia a Dia - P.27
15. Manejo nutricional e texturas (IDDSI) - P.32
16. Referências bibliográficas - P.37



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



O que é deglutição?

Deglutição é o processo fisiológico complexo que permite o transporte de alimentos, líquidos, medicamentos, saliva ou outras secreções da cavidade oral até o estômago, por meio de uma sequência coordenada de contrações musculares voluntárias e involuntárias envolvendo a boca, faringe, laringe e esôfago.

Este processo ocorre em fases coordenadas:

1. **Fase preparatória:** mastigação, mistura do alimento com saliva e formação do bolo alimentar,
2. **Fase oral:** propulsão voluntária do bolo alimentar ou saliva para a orofaringe (garganta),
3. **Fase faríngea:** passagem pela faringe com proteção das vias aéreas,
4. **Fase esofágica:** movimento peristáltico até o estômago.



ABORL
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Existe também uma etapa anterior à colocação do alimento na boca (fase pré-oral), quando há um estímulo dos nossos sentidos, como a visão e o olfato principalmente, desencadeando a salivação e a deglutição da própria saliva. É importante ressaltar a importância dessa fase e as alterações que podem acontecer com o envelhecimento, algumas doenças e demências.

Qualquer falha nesse mecanismo pode permitir que alimento, líquido ou saliva entre na laringe e alcance as vias respiratórias, aumentando o risco de:

- Aspiração
- Pneumonia aspirativa
- Desnutrição
- Desidratação
- Internações recorrentes
- Asfixia



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



O que é disfagia?

A disfagia é definida como qualquer **dificuldade ou distúrbio no processo de deglutição (ato de engolir)** que comprometa:

- **Segurança** (proteção das vias aéreas)
- **Eficiência** (capacidade de se nutrir e hidratar adequadamente)

Não se trata apenas de "engasgar com a comida". A disfagia pode ocorrer mesmo na ausência de alimentação oral, devido a aspiração de saliva e secreções. A disfagia pode ser classificada em:

- **Disfagia oral** (dificuldade na fase inicial da deglutição, na preparação e propulsão para a garganta).
- **Disfagia faríngea** (dificuldade na passagem pela garganta -faringe - até entrar no esôfago).
- **Disfagia esofágica** (dificuldade no transporte pelo esôfago).

Algumas referências unem as fases oral e faríngea, classificando a disfagia em duas etapas: orofaríngea e esofágica.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA DE CABEÇA E CERVICOFACIAL



É normal ter alterações na deglutição com o envelhecimento?

É essencial diferenciar presbifagia de disfagia.

A **presbifagia** refere-se às mudanças fisiológicas na deglutição relacionadas ao envelhecimento, sem comprometimento funcional significativo ou sintomas evidentes de dificuldade para engolir. Trata-se de um processo compensável e adaptado, que não requer intervenção direta. Pode envolver discreta lentificação do trânsito do alimento, pequenas alterações de coordenação ou redução leve de força muscular, mantendo-se preservadas a segurança e a eficiência da deglutição e o estado nutricional.

Por outro lado, a **disfagia** representa uma condição patológica com comprometimento real da segurança ou eficiência da deglutição, exigindo avaliação e tratamento médico especializado, com potencial risco de complicações.

A **presbifagia pode evoluir para disfagia**, quando a presença de resíduo, penetração na laringe e outras alterações no processo alteram a eficiência e a segurança da deglutição.

A presença de tosse frequente, necessidade de pigarrear, sensação de corpo estranho ou incomodo em garganta, pneumonias de repetição, perda de peso ou dificuldade significativa para se alimentar não deve ser atribuída apenas à idade e exige investigação.





ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Principais fatores de risco

A disfagia pode ser causada por diversos fatores, frequentemente coexistindo, principalmente em pacientes idosos.

Doenças Neurológicas

- AVC (derrame cerebral),
- Doença de Parkinson,
- Doença de Alzheimer e demências
- Doenças neuromusculares (como Esclerose Lateral Amiotrófica e Miastenia Gravis)
- Traumatismo cranioencefálico.





ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Hospitalização

- Intubação orotraqueal por mais de 48 horas aumenta significativamente o risco de disfagia pós-extubação.
- **Qualquer internação pode ser um fator de risco para disfagia.** É necessário cuidado com a conciliação entre os medicamentos, com uso de remédios que podem aumentar o risco de disfagia e com patologias e cirurgias que podem ter relação com alterações no estado nutricional, mental e cognitivo.

Câncer Cabeça e Pescoço

- Devido ao próprio tumor ou aos efeitos do tratamento (cirurgia e radioterapia).

Medicamentos

- Antipsicóticos, benzodiazepínicos, antiparkinsonianos, antidepressivos, antiepilépticos, beta-bloqueadores, opioides e anticolinérgicos podem agravar ou induzir disfagia.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Sarcopenia, Desnutrição e Envelhecimento

- **A perda de massa e força muscular relacionada ao envelhecimento afeta não apenas braços e pernas, mas também os músculos da deglutição, língua e faringe.** Essa condição contribui para aproximadamente um terço da disfagia em idosos, que pode estar associada a algum outro fator concomitante. A desnutrição pode aumentar o risco de disfagia em 2,46 a 5,16 vezes, criando um ciclo vicioso.

Recém-nascidos

- Prematuridade, doenças neurológicas e congênitas e malformações anatômicas estão entre as causas mais relevantes.



ABORL
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Avaliação de disfagia: dois pilares fundamentais

A partir dessa conceituação, a avaliação da disfagia deve ser sistematizada em dois pilares centrais e complementares: **segurança e eficiência da deglutição.**

Tal distinção é essencial, uma vez que a deglutição pode estar preservada sob um desses aspectos e comprometida sob o outro, com consequências clínicas igualmente relevantes.

Enquanto **a análise da segurança diz respeito à capacidade do sistema de deglutição em proteger adequadamente as vias aéreas**, a **avaliação da eficiência refere-se à habilidade de transportar o bolo alimentar de forma completa e suficiente para garantir hidratação e nutrição adequadas**. Dessa forma, a identificação de falhas em qualquer um desses eixos orienta a interpretação dos achados clínicos e instrumentais e fundamenta a tomada de decisão quanto à manutenção da via oral, indicação de estratégias compensatórias, reabilitação ou necessidade de via alternativa de alimentação.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Segurança da deglutição

- Há penetração?
- Há aspiração?
- A aspiração é silenciosa?
- O pigarro ou a tosse é eficaz?
- A voz fica “molhada”?
- Há acúmulo de secreções na laringe/hipofaringe?

Eficiência da deglutição:

- O volume ingerido é suficiente?
- Há resíduos significativos?
- O tempo alimentar é excessivo?
- Há fadiga precoce?
- Há perda de peso ou desidratação?



ABORL
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Um paciente pode ser:

- Seguro, porém ineficiente.
- Eficiente, porém inseguro.

Ambas as situações configuram disfagia clinicamente relevante.

Além disso, um ponto frequentemente subestimado é que **a deglutição não se limita à ingestão alimentar**. A deglutição está diretamente envolvida no controle e manejo contínuo de secreções endógenas, incluindo: saliva, secreções nasais e traqueobrônquicas e refluxo de conteúdo gástrico.

Implicação clínica importante:

Um paciente pode não estar se alimentando por via oral e, ainda assim, aspirar secreções de forma silenciosa, mantendo risco elevado de complicações pulmonares.



Sinais de alerta: quando suspeitar?

Tanto familiares quanto profissionais devem estar atentos aos seguintes "sinais de alerta":

- **Tosse ou engasgo durante ou após as refeições ou deglutição de líquidos**
- Sensação de alimento parado na garganta ou no peito
- **Sensação de coceira na garganta ou pigarro durante as refeições ou ao ingerir líquidos**
- “Voz molhada” ou alteração no timbre da voz após engolir (sinal de resíduos na garganta)
- **Tempo muito prolongado para terminar uma refeição (mais de 30-40 minutos)**
- Pneumonias de repetição ou febre sem causa aparente
- **Perda de peso não planejada, desnutrição ou desidratação**
- Dificuldade em iniciar a deglutição ou necessidade de múltiplas tentativas para engolir
- **Recusa alimentar**
- Dificuldade para tomar medicamentos
- **Regurgitação nasal de alimentos ou líquidos**
- Queda da saturação de oxigênio (ou ficar com lábio arroxeado) durante ou após as refeições

Importante!

Na presença de qualquer um destes sinais, procure **IMEDIATAMENTE** avaliação médica especializada.

A avaliação precoce por profissional qualificado é FUNDAMENTAL para prevenir complicações graves e potencialmente fatais.

NÃO aguarde a progressão dos sintomas.





ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA DE CABEÇA E CERVICOFACIAL



Avaliação clínica da disfagia

Os principais métodos de avaliação clínica da disfagia incluem:

- Anamnese detalhada
- Exame físico focado
- Testes de triagem padronizados

Entretanto, não detecta adequadamente aspiração silenciosa e apresenta sensibilidade e especificidade variáveis. Por isso, **é recomendada a complementação com métodos instrumentais.**

A triagem clínica estruturada é feita por profissional experiente em disfagia e envolve observação direta do paciente durante ingestão de diferentes consistências, identificação de sinais como tosse, engasgo, pigarro, presença de resíduo alimentar em cavidade oral e orofaringe, alteração de voz (“voz molhada”) e deglutição fragmentada. Testes de deglutição com água e com diferentes viscosidades são amplamente utilizados.



ABORLE
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



A acurácia diagnóstica desses métodos varia: a sensibilidade dos testes de deglutição com água pode variar de 27% a 85% e a especificidade de 63% a 88%. Quando combinados com oximetria de pulso (queda de saturação $>2-3\%$), a sensibilidade pode chegar a 73–98% e a especificidade a 63–76%.

Em resumo, a avaliação clínica da disfagia é fundamental para triagem e direcionamento, mas apresenta limitações na detecção de aspiração silenciosa e na precisão diagnóstica, devendo ser complementada por exames instrumentais quando necessário.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Exames instrumentais para avaliação da deglutição:

A **Avaliação Endoscópica da Deglutição**, também conhecida como **Videoendoscopia da Deglutição - VED** ou **FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing)**, tem papel importante no diagnóstico, no acompanhamento evolutivo e na definição do plano terapêutico.

Esse exame permite visualização direta da anatomia e da função da faringe e da laringe durante a deglutição, identificando penetração laríngea (quando o alimento, líquido ou saliva vai para o "caminho errado", entrando na laringe e na via respiratória) e aspiração (quando passa as pregas vocais e entra na traqueia), aspiração salivar, resíduos faríngeos e alterações de mobilidade das pregas vocais e sensibilidade na garganta.



Além disso, possibilita excluir lesões estruturais, inflamatórias ou tumorais que podem estar associadas à disfagia. **A visualização direta da região faringolaríngea (garganta) é essencial para uma avaliação completa da segurança da via aérea superior.**

A videoendoscopia também pode orientar a indicação de adaptações alimentares e estratégias compensatórias, além de permitir acompanhamento objetivo da resposta ao tratamento.

O Videodeglutograma (videofluoroscopia da deglutição) é outro exame importante para análise dinâmica da deglutição e avalia as todas as fases da deglutição, incluindo as fases oral e esofágica.

É necessário lembrar que a visualização endoscópica da laringe, seja pelo exame de VED/FEES seja pelo exame de videolaringoscopia, é essencial para identificar alterações de mobilidade de pregas vocais, aspiração salivar ou lesões estruturais ou tumorais.



ABORL
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



VED/FEES X VIDEODEGLUTOGAMA: Escolha racional

A **Videoendoscopia da Deglutição (VED ou FEES)** é um exame realizado com um endoscópio flexível via nasal, permitindo a oferta de diferentes consistências alimentares enquanto se visualiza, em tempo real, a garganta, o trajeto do bolo alimentar, a dinâmica da deglutição, a integridade da proteção das vias aéreas, presença de resíduos, penetração laríngea ou aspiração e manejo de secreções.

É um exame bem tolerado, sem anestesia, sem exposição à radiação e que visualiza toda a faringe e a laringe, permitindo toda a análise morfológica e funcional da região faringolaríngea, quer na função deglutitória quanto fonatória.



ABORL
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



O **Videodeglutograma** é realizado em ambiente hospitalar, e o paciente ingere alimentos e líquidos de diferentes consistências misturados com contraste radiológico enquanto imagens são obtidas por radiação ionizante.

O exame permite visualizar todas as fases da deglutição (oral, faríngea e esofágica proximal), identificar alterações funcionais, detectar penetração ou aspiração e quantificar resíduos na garganta.

Ambos são considerados exames importantes na avaliação da disfagia e devem ser escolhidos de forma individualizada, conforme a história clínica e objetivo diagnóstico.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Videoendoscopia da Deglutição

- Detecta aspiração salivar, que não pode ser avaliada adequadamente pela videofluoroscopia e é um achado crítico para o prognóstico.
- Pode ser realizada à beira do leito, em consultório, em domicílio ou em diferentes ambientes clínicos.
- Por não ter exposição a radiação, pode ser usada de forma frequente para o acompanhamento.
- Permite que se faça tanto o diagnóstico quanto os testes terapêuticos, tais como a mudança de posição cervical, adequação de consistência alimentar e instituição de manobras deglutitórias.
- Não avalia as fases oral e esofagiana da deglutição. Contudo, pode fornecer dados clínicos relevantes para a compreensão dessas alterações.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Questionários e Testes Padronizados para Avaliação da Deglutição

A avaliação clínica pode ser complementada por questionários de autoavaliação, como o **Eating Assessment Tool (EAT-10)** e o **Swallowing Quality of Life Questionnaire**, para mensurar gravidade e impacto funcional.

Testes padronizados, como o **Yale Swallow Protocol**, **Gugging Swallowing Screen** e **Toronto Bedside Swallowing Screening Test**, apresentam boa acurácia em populações específicas, especialmente em pacientes com AVC, mas ainda não há consenso sobre um único teste ideal para todas as populações.

Instrumentos de triagem, como o EAT-10, podem auxiliar na identificação inicial do risco de disfagia. No entanto, questionários e testes de triagem não substituem avaliação clínica completa. **Todo paciente com suspeita de disfagia deve ser avaliado por médico especialista em deglutição, preferencialmente Otorrinolaringologista, para investigação das possíveis causas estruturais, inflamatórias, neurológicas ou tumorais.**



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Instrumento de Avaliação da Alimentação - EAT-10

Instruções:

Para cada afirmação abaixo, marque o número que melhor descreve a gravidade do problema. Use a seguinte escala:

0 = Sem problema

1 = Problema leve

2 = Problema moderado

3 = Problema grave

4 = Problema muito grave

| Questão | Pontuação (0-4) |



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



| 1. Meu problema para engolir faz com que eu perca peso |
_____ | *

| 2. Meu problema para engolir interfere na minha
capacidade de comer fora de casa | _____ | *

| 3. Engolir líquidos exige um esforço extra | _____ | *

| 4. Engolir alimentos sólidos exige um esforço extra | _____ | *

| 5. Engolir comprimidos exige um esforço extra | _____ | *

| 6. Engolir é doloroso | _____ | *

| 7. O prazer de comer é afetado pelo meu problema para
engolir | _____ | *

| 8. Quando engulo, a comida gruda na minha garganta |
_____ | *

| 9. Eu tusso quando como | _____ | *

| 10. Engolir é estressante | _____ | *

| TOTAL | _____ | *



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Interpretação:

- **Pontuação ≥ 3 : Risco de disfagia presente** - PROCURE IMEDIATAMENTE AVALIAÇÃO MÉDICA ESPECIALIZADA.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Sinais clínicos adicionais

Para profissionais de saúde

Além do EAT-10, observe:

- Tosse durante ou após deglutição
- Alteração na qualidade vocal após engolir ("voz molhada")
- Dessaturação de oxigênio $\geq 3\%$ durante alimentação
- Vedamento labial inadequado
- Deglutição fracionada (múltiplas tentativas)
- Resíduos orais ou faríngeos após deglutição

Nota: Um resultado positivo no questionário NÃO SUBSTITUI a avaliação clínica completa por médico especialista e exames instrumentais quando indicados.

A triagem é apenas o primeiro passo - a avaliação médica especializada é OBRIGATÓRIA para diagnóstico e tratamento adequados.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Outras ferramentas para triagem sistemática:

- **EAT-10:** Questionário autoaplicável de 10 itens.
- **V-VST (Volume-Viscosity Swallow Test):**
Teste à beira do leito com diferentes volumes e viscosidades.
- **Yale Swallow Protocol:** Ferramenta de alta qualidade validada para populações heterogêneas.
- **Gugging Swallowing Screen (GUSS):** Validado principalmente para pacientes pós-AVC.
- **Toronto Bedside Swallowing Screening Test.**

Orientações práticas para o dia a dia:

Para garantir uma alimentação mais segura em casa, especialmente em pacientes com risco de disfagia, siga estas recomendações baseadas em evidências:

Postura

- Manter a pessoa sentada, com o tronco ereto, em um ângulo próximo a 90 graus durante as refeições.
- Permanecer sentado por pelo menos 30 minutos após a alimentação.
- Nunca oferecer comida ou líquidos com o paciente deitado ou excessivamente reclinado.



Higiene oral

- A higiene da boca é medida importante.
- Realizar higiene oral antes e após as refeições.
- Higienizar próteses dentárias adequadamente.
- Lembrar que as bactérias da boca podem ser aspiradas junto com a saliva ou restos de comida.

Ambiente

- Evitar distrações (TV, celular, conversas paralelas) para que o foco esteja totalmente na mastigação e deglutição.
- Manter o ambiente calmo e bem iluminado.



Ritmo

- Oferecer pequenas porções de cada vez.
- Aguardar a deglutição completa antes de oferecer a próxima colherada.
- Observar sinais de fadiga (cansaço) durante a refeição.
- Interromper temporariamente a alimentação caso surja tosse persistente ou engasgos.

Utensílios

- Em alguns casos, o uso de colheres menores (tipo sobremesa) ou copos adaptados pode facilitar o controle do alimento na boca.



Hidratação

- Monitorar a ingestão de líquidos.
- Sinais de desidratação incluem urina escura, boca seca e confusão mental.

Consistência e controle oral

- Evitar misturar diferentes consistências na mesma colher.
- Verificar se há resíduos na boca ao final da refeição (principalmente em bochechas e sob a língua).





Atenção importante!

- Estas orientações não substituem avaliação médica especializada.
- Nunca iniciar modificação de consistência por conta própria.
- Nunca retirar via alternativa de alimentação sem liberação médica.
- Pacientes com histórico de pneumonia, doenças neurológicas ou perda de peso exigem avaliação formal.

A intervenção inadequada pode levar a desnutrição, desidratação ou complicações respiratórias graves. Diante de qualquer dúvida, procure avaliação com médico especialista em deglutição e equipe multiprofissional.



Manejo de Texturas (IDDSI)

A modificação da consistência dos alimentos é uma estratégia essencial baseada no princípio de que o risco de aspiração varia entre diferentes consistências.

O padrão internacional **IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative)** classifica os alimentos e bebidas em níveis de 0 a 7, proporcionando terminologia padronizada globalmente:

- Líquidos (Níveis 0-4):
 - Nível 0: Líquido fino (água, chá)
 - Nível 1: Levemente espesso
 - Nível 2: Moderadamente espesso (néctar)
 - Nível 3: Liquidificado espesso (mel)
 - Nível 4: Extremamente espesso (pudim)
- Sólidos (Níveis 3-7):
 - Nível 3: Liquidificado (sobrepõe-se aos líquidos)
 - Nível 4: Purê/pastoso
 - Nível 5: Moído e úmido
 - Nível 6: Macio e em pedaços
 - Nível 7: Dieta regular



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Importante!

A modificação de textura deve ser individualizada e baseada em avaliação profissional, preferencialmente com exames instrumentais. Embora reduza o risco de aspiração, pode aumentar resíduos faríngeos e está associada a menor aceitação alimentar e risco de desnutrição quando usada por períodos prolongados. Por isso, deve ser considerada uma intervenção que exige acompanhamento e reavaliações frequentes, enquanto se trabalha a reabilitação da deglutição.

NUNCA inicie modificação de textura sem orientação de médico especialista ou fonoaudiólogo. A prescrição inadequada pode causar desnutrição, desidratação e outros problemas potencialmente fatais. A avaliação médica especializada é OBRIGATÓRIA.

A detecção precoce de disfagia é responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar. É de extrema importância que a população toda conheça mais sobre a deglutição, essa função básica de todos os seres humanos.



ABORL-ORL
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde com conhecimento sobre disfagia podem mudar a evolução de uma doença, melhorando a qualidade de vida e até as possíveis complicações relacionadas.

O manejo da disfagia deve ser individualizado e baseado em avaliação especializada, que é indispensável para o diagnóstico definitivo e planejamento terapêutico.

A modificação de consistência alimentar pode ser indicada de acordo com protocolos padronizados, como a classificação IDDSI, sempre após avaliação clínica e, preferencialmente, instrumental. Essas adaptações devem ser periodicamente reavaliadas para evitar impacto negativo sobre ingestão nutricional e hidratação. Medidas como postura adequada durante a alimentação, ritmo adequado das refeições e higiene oral rigorosa fazem parte das recomendações respaldadas por diretrizes para reduzir o risco de complicações, especialmente pneumonia aspirativa e asfixia.

Em algumas situações específicas, podem ser necessários tratamentos medicamentosos ou procedimentos cirúrgicos para auxiliar no manejo da disfagia.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Em pacientes com excesso de saliva (sialorreia), medicamentos que reduzem a produção salivar podem ser utilizados sob orientação médica, incluindo fármacos com ação anticolinérgica ou aplicações de toxina botulínica nas glândulas salivares. Em casos selecionados, também podem ser indicados procedimentos cirúrgicos nas glândulas salivares, como exérese ou técnicas que redirecionam ou reduzem o fluxo salivar, especialmente quando o acúmulo de saliva aumenta o risco de aspiração.

Quando há alterações estruturais ou funcionais identificadas na avaliação especializada, procedimentos minimamente invasivos ou cirúrgicos podem ser indicados para tratar a causa da disfagia. Entre eles estão tratamentos para as pregas vocais ou para disfunções do esfíncter esofágico superior.

Em situações mais graves, nas quais há risco elevado de aspiração e comprometimento da proteção das vias aéreas, podem ser indicadas cirurgias de proteção da via aérea, destinadas a reduzir ou impedir a passagem de alimentos e secreções para o sistema respiratório. A indicação dessas intervenções depende sempre de investigação detalhada e deve ser realizada por equipe médica especializada.



ABORL
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



A abordagem é multidisciplinar e envolve médicos de diferentes especialidades, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e equipe de enfermagem. A investigação da causa base é essencial para definição do tratamento adequado, que pode incluir reabilitação fonoaudiológica, ajustes dietéticos e tratamento da condição de base. **Nenhuma intervenção deve ser iniciada sem avaliação profissional, especialmente em pacientes com histórico de pneumonias, doenças neurológicas ou perda de peso.**

A disfagia é uma síndrome clínica relevante, frequentemente subdiagnosticada, mas com impacto significativo na morbimortalidade. O reconhecimento precoce dos sintomas, a avaliação médica especializada, a realização de exame endoscópico da deglutição e de outros quando indicados são fundamentais para diagnóstico preciso, prevenção de complicações e definição de conduta segura.

Diante de qualquer suspeita de dificuldade para engolir, engasgos frequentes, perda de peso, sensação de alimento parado ou pneumonias de repetição, a orientação é procurar avaliação médica especializada. A disfagia tem diagnóstico e tratamento. A investigação adequada é essencial para proteger a via aérea, orientar o manejo e melhorar a qualidade de vida do paciente.



ABORL-ORL
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



Referências Bibliográficas:

1. Sensitivity and Specificity of Bedside Screening Tests for Detection of Aspiration in Patients Admitted to a Public Rehabilitation Hospital. Velasco LC, Imamura R, Rêgo APV, Alves PR, Peixoto LPS, Siqueira JO. Dysphagia. 2021;36(5):821-830. doi:10.1007/s00455-020-10198-9.
2. Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. Wilkinson JM, Codipilly DC, Wilfahrt RP. American Family Physician. 2021;103(2):97-106.
3. Swallowing Frequency in Elderly People During Daily Life. Tanaka N, Nohara K, Kotani Y, Matsumura M, Sakai T. Journal of Oral Rehabilitation. 2013;40(10):744-50. doi:10.1111/joor.12085.
4. Gastro-Esophageal Disorders of the Geriatric Population. Yadlapati RH, Shaheen NJ. The American Journal of Gastroenterology. 2025;120(Suppl 10):S34-S44. doi:10.14309/ajg.0000000000003641.05.
5. Dysphagia in Older Adults. Thiyagalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, Shindelar KL, Takahashi PY. Mayo Clinic Proceedings. 2021;96(2):488-497. doi:10.1016/j.mayocp.2020.08.001.
6. Videofluoroscopy and Oropharyngeal Manometry for Evaluation of Swallowing in Elderly Patients. Reginelli A, D'Amora M, Del Vecchio L, et al. International Journal of Surgery (London, England). 2016;33 Suppl 1:S154-8. doi:10.1016/j.ijso.2016.06.017.
7. Dysphagia in the Elderly Population: A Videofluoroscopic Study. Mehraban-Far S, Alrassi J, Patel R, et al. American Journal of Otolaryngology. 2021 Mar-Apr;42(2):102854. doi:10.1016/j.amjoto.2020.102854.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



8. Dysphagia in Neurological Disorders. El Halabi M, Arwani R, Parkman HP. *Seminars in Neurology*. 2023;43(4):530-539. doi:10.1055/s-0043-1771458.

9. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Geriatric Patients and Real-Life Associations With Diseases and Drugs. Wolf U, Eckert S, Walter G, et al. *Scientific Reports*. 2021;11(1):21955. doi:10.1038/s41598-021-99858-w.

10. Risk Factors for Oropharyngeal Dysphagia in Older Adults - Evidence From Consorci Sanitari Del Maresme and Mataró University Hospital, Catalonia, Spain. Guidotti L, Castañeda-Maldonado JI, Santiago M, Clavé P, Ortega O. *Aging and Disease*. 2025;:AD.2025.0345. doi:10.14336/AD.2025.0345.

11. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. Ortega O, Martín A, Clavé P. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017;18(7):576-582. doi:10.1016/j.jamda.2017.02.015.

12. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. *Dysphagia*. 2016;31(3):434-41. doi:10.1007/s00455-016-9695-9.

13. Identifying High-Quality Non-Instrumental Dysphagia Screening Tools for Detection of Adult Dysphagia Case in Acute-Care Settings: A Systematic Review. Chang YC, Wu MS, Siao SF, et al. *Clinical Otolaryngology : Official Journal of ENT-UK ; Official Journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*. 2024;49(6):687-698. doi:10.1111/coa.14194.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



14.Diagnostic Accuracy of the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) in Screening Dysphagia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Zhang PP, Yuan Y, Lu DZ, et al. Dysphagia. 2023;38(1):145-158. doi:10.1007/s00455-022-10486-6.

15.Eating Assessment Tool (EAT-10) Scores to Detect Self-Reported Dysphagia in Brazilians. Dantas RO, Alves LMT, Silva ACV, et al. Dysphagia. 2023;38(6):1609-1614. doi:10.1007/s00455-023-10588-9.

16.Sensitivity and Specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for Clinical Evaluation of Oropharyngeal Dysphagia. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Neurogastroenterology and Motility. 2014;26(9):1256-65. doi:10.1111/nmo.12382.

17.White Paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and Non-Instrumental Assessment for Dysphagia in Adults. Speyer R, Cordier R, Farneti D, et al. Dysphagia. 2022;37(2):333-349. doi:10.1007/s00455-021-10283-7.

18.Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Stroke. 2016;47(6):e98-e169. doi:10.1161/STR.0000000000000098.

19.Dysphagia After Stroke: Research Advances in Treatment Interventions. Labeit B, Michou E, Trapl-Grundschober M, et al. The Lancet. Neurology. 2024;23(4):418-428. doi:10.1016/S1474-4422(24)00053-X.

20.Behavioural Interventions in People With Oropharyngeal Dysphagia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Clinical Trials. Speyer R, Cordier R, Sutt AL, et al. Journal of Clinical Medicine. 2022;11(3):685. doi:10.3390/jcm11030685.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



21. Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. Cichero JA, Lam P, Steele CM, et al. *Dysphagia*. 2017;32(2):293-314. doi:10.1007/s00455-016-9758-y.

22. Multidisciplinary Assessment and Individualized Nutritional Management of Dysphagia in Older Outpatients. Jukic Peladic N, Orlandoni P, Di Rosa M, et al. *Nutrients*. 2023;15(5):1103. doi:10.3390/nu15051103.

23. Position Statement of the Union of European Phoniaticians (UEP): Fees and Phoniaticians' Role in Multidisciplinary and Multiprofessional Dysphagia Management Team. Denk-Linnert DM, Farneti D, Nawka T, et al. *Dysphagia*. 2023;38(2):711-718. doi:10.1007/s00455-022-10502-9.

24. Phoniaticians and Otorhinolaryngologists Approaching Oropharyngeal Dysphagia: An Update on FEES. Schindler A, Baijens LWJ, Geneid A, Pizzorni N. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology : Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : Affiliated With the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*. 2022;279(6):2727-2742. doi:10.1007/s00405-021-07161-1.

25. Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing Across the Age Spectrum. Miller CK, Schroeder JW, Langmore S. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2020;29(2S):967-978. doi:10.1044/2019_AJSLP-19-00072.

26. Accuracy of Endoscopic and Videofluoroscopic Evaluations of Swallowing for Oropharyngeal Dysphagia. Giraldo-Cadavid LF, Leal-Leaño LR, Leon-Basantes GA, et al. *The Laryngoscope*. 2017;127(9):2002-2010. doi:10.1002/lary.26419.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



27. In-Office Evaluation of Swallowing: FEES, Pharyngeal Squeeze Maneuver, and FEESST. Merati AL. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2013;46(1):31-9. doi:10.1016/j.otc.2012.08.015.

28. Incidental Laryngeal Findings on Bedside Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing in a Community Hospital Setting. Pazak J, Bhatt NK, Levy A, Schick S, O'Dell K. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*. 2021;130(8):881-884. doi:10.1177/0003489420987201.

29. Diagnosis and Management of Pediatric Dysphagia: A Review. Lawlor CM, Choi S. *JAMA Otolaryngology-- Head & Neck Surgery*. 2020;146(2):183-191. doi:10.1001/jamaoto.2019.3622.

30. The Anatomy and Physiology of Normal and Abnormal Swallowing in Oropharyngeal Dysphagia. Sasegbon A, Hamdy S. *Neurogastroenterology and Motility*. 2017;29(11). doi:10.1111/nmo.13100.

31. Swallow Remodeling of Respiratory Neural Networks. Davenport PW, Bolser DC, Morris KF. *Head & Neck*. 2011;33 Suppl 1:S8-13. doi:10.1002/hed.21845.

32. Swallowing Disorders. Merlo A, Cohen S. *Annual Review of Medicine*. 1988;39:17-28. doi:10.1146/annurev.me.39.020188.000313.

33. Dysphagia: Current Reality and Scope of the Problem. Clavé P, Shaker R. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2015;12(5):259-270. doi:10.1038/nrgastro.2015.49.

34. European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society White Paper: Oropharyngeal Dysphagia as a Geriatric Syndrome. Baijens LWJ, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. *Clinical Interventions in Aging*. 2016;11:1403-1428. doi:10.2147/CIA.S107750.



ABORL-CCF
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL



35.Oropharyngeal Dysphagia in Older Persons – From Pathophysiology to Adequate Intervention: A Review and Summary of an International Expert Meeting. Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, et al. Clinical Interventions in Aging. 2016;11:189-208. doi:10.2147/CIA.S97481.

36.Continuum theory: presbyphagia to dysphagia? Functional assessment of swallowing in the elderly. de Lima Alvarenga EH, Dall'Oglio GP, Murano EZ, Abrahão M. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2018 Feb;275(2):443-449. doi: 10.1007/s00405-017-4801-7. Epub 2017 Nov 9. PMID: 29124360.

37.Profile of oropharyngeal swallowing in healthy Brazilian adults and older adults. Dall'Oglio GP, De Lima Alvarenga EH, Haddad L, Aires MM, Abrahão M. Braz J Otorhinolaryngol. 2025 Jan-Feb;91(1):101494. doi: 10.1016/j.bjorl.2024.101494. Epub 2024 Aug 31. PMID: 39307053; PMCID: PMC11447311.

38.Eating Assessment Tool (EAT-10) Scores to Detect Self-Reported Dysphagia in Brazilians. Dysphagia. 2023. Dantas RO, Alves LMT, Silva ACV, et al.

39.Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI Framework. Cichero JAY, Lam P, Steele CM, Hanson B, Chen J, Dantas RO, et al. Dysphagia. 2017;32(2):293-314.



ABORL
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CERVICOFACIAL