

INFLUÊNCIA DO COMANDO VERBAL NA DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS EM ADULTOS SEM DISFAGIA

Autores: Moisés Andrade dos Santos de Queiroz, Rita de Cássia de Araújo Almeida, Renata Cavalcante Barbosa Haguette, Izabella Santos Nogueira de Andrade.

Descritores: Adulto, Deglutição, Fluoroscopia.

Introdução: O impacto dos comandos verbais no processo de deglutição ainda não é bem conhecido, visto que não se sabe até que ponto esta pode ser modificada. Contudo constatou-se, que na situação de comando verbal, a formação e a ejeção do bolo alimentar são influenciadas¹. Devido à característica dinâmica da deglutição, a variação observada nas fases preparatória oral e oral em situação com comando verbal pode influenciar no início da fase faríngea da deglutição, assim como a presença de achados na deglutição. Discute-se o momento exato em que a fase faríngea é iniciada¹⁻⁴, propõe-se que indivíduos normais podem apresentá-la após a entrada do alimento na faringe. A fase faríngea pode ser iniciada em valéculas, parede posterior da faringe, seios piriformes ou transição faringoesofágica não obrigatoriamente resultando em alterações nos indivíduos sadios, contudo pode ser influenciada pela consistência alimentar, volume do bolo e comandos verbais^{3,5}.

Objetivo: Investigar a influência do comando verbal na deglutição de líquidos em adultos sem disfagia.

Metodologia: Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, individuado e observacional, no período de janeiro a março de 2010, no Centro Avançado de Diagnóstico e Tratamento Trajano Almeida, na cidade de Fortaleza, Ceará. A população foi composta por adultos sadios, sem queixas de deglutição com idade variando entre 20 e 30 anos. Considerou-se como critérios de exclusão os indivíduos submetidos a cirurgias e/ou outros tratamentos na região de cabeça e pescoço, com exceção dos odontológicos, tórax e/ou abdominal; portadores de diabetes mellitus e/ou doenças neurológicas. A amostra foi composta por 40 adultos jovens, com idade média de 23,5 anos, sendo 87,5% (35/40) do gênero feminino e 12,5% (5/40) do gênero masculino. Para a coleta de dados, utilizou-se o Protocolo de Videofluoroscopia da Deglutição⁶, que contém aspectos referentes à ingestão de bário na consistência líquida na situação com e sem comando verbal. Utilizou-se um seriógrafo da marca

TOSHIBA, modelo KX012, acoplado a um intensificador de imagem (INTECAL) e sistema computadorizado de gravação de imagem e som, objetivando posterior análise. Todos os exames foram realizados por uma fonoaudióloga, pela pesquisadora e por um médico radiologista. Durante a realização do exame videofluoroscópico os indivíduos permaneceram sentados e as imagens foram realizadas na posição lateral, com limites, superior e inferior, da cavidade oral ao esôfago. A consistência líquida foi realizada com a adição de 15ml de água à 15ml de bário líquido. Cada indivíduo foi orientado, anteriormente à realização do exame, a deglutir 5ml da consistência líquida em duas situações: com comando verbal, onde o indivíduo posicionava uma colher próxima à boca e aguardava o comando verbal “pode tomar.” da pesquisadora; e sem comando verbal, onde o indivíduo foi orientado a ingerir outra colher logo após a deglutição com comando verbal, sem a realização de qualquer tipo de comando. Foram consideradas as seguintes variáveis para a verificação: 1 – início da fase faríngea da deglutição com e sem comando verbal em: base de língua, valéculas, epiglote, muro ariepiglótico e recessos piriformes, considerada quando observado o início do rápido movimento do osso hióide; 2 – presença de estase alimentar, após três deglutições, em base de língua, valéculas, epiglote, muro ariepiglótico, parede posterior da faringe, recessos piriformes e transição faringoesofágica em grau discreto (menor que 25% da altura da estrutura) moderado (entre 25% e 50% da altura da estrutura) e grave (maior que 50% da altura da estrutura); 3 – presença de achados, como: aumento do tempo do trânsito oral, deglutição múltipla, perda prematura e penetração laríngea. Para a análise estatística entre as variáveis da deglutição com e sem comando verbal, utilizou-se o teste de igualdade de duas proporções, adotando o nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: Apenas 15% (6/40) dos indivíduos apresentaram variação do início de fase faríngea da deglutição entre as situações com e sem comando verbal. Destes, 83.3% (5/6) foram do gênero feminino e 16.7% (1/6) do gênero masculino, onde em 50% (3/6) dos casos a deglutição com comando verbal ocorreu em estrutura superior à deglutição sem comando verbal. Quanto à localização do início de fase faríngea da deglutição em cada estrutura, observou-se: 47.5% (19/40) e 42.5% (17/40) em base de língua; 42.5% (17/40) e 47.5% (19/40) em valéculas; 5% (2/40) e 7.5% (3/40) em epiglote; 0% e 2.5% (1/40) em recessos piriformes; 2.5% (1/40) e 0% em muro ariepiglótico e transição faringoesofágica nas situações com comando verbal e sem comando verbal respectivamente. Em ambas as situações, com comando e sem comando verbal, houve ausência de estase alimentar em 70% (28/40) e 62.5% (25/40) dos indivíduos respectivamente. A estase em valéculas na situação sem comando esteve presente em 25% (10/40) dos casos, seguido de estase em mesma estrutura,

com comando verbal, em 17.5% (7/40). Nove (22,5%) indivíduos apresentaram achados na deglutição sem comando verbal, enquanto dois (5%) apresentaram alterações na deglutição sob comando verbal, diferença estatisticamente significativa ($p=0.012$). Durante a deglutição sem comando, observou-se o aumento do tempo do trânsito oral em 15% (6/40) e perda prematura de líquidos em 15% (6/40) dos indivíduos. A deglutição sob comando verbal apresentou: perda prematura de líquido em 2,5% (1/40) e penetração laríngea em 2,5% (1/40) dos indivíduos. Houve diminuição, estatisticamente significativa, da incidência do aumento do tempo do trânsito oral ($p=0.011$) e da perda prematura ($p=0.048$) na deglutição com comando verbal em relação à sem comando. Os demais achados são apresentados, detalhadamente, na Tabela I.

Conclusão: A deglutição com comando verbal não influenciou o início de fase faríngea da deglutição em adultos saudáveis sem disfagia. Esta pode ocorrer em epiglote, muro ariepiglótico ou recessos piriformes, porém está mais relacionada à base de língua e valéculas. Não se observou influência da deglutição com comando verbal na presença de estase alimentar, podendo ocorrer em ambas as situações, principalmente em valéculas. Porém, a dinâmica da deglutição foi alterada pela presença de comandos verbais para deglutir, sendo este responsável por uma deglutição mais eficaz, com a redução da perda prematura do alimento e do aumento do tempo do trânsito oral de líquidos em adultos jovens sem queixa de disfagia. Ressalta-se que demais estudos nesta temática devem ser realizados, principalmente em pacientes disfágicos, para a verificação da eficácia do comando verbal na terapia fonoaudiológica da disfagia orofaríngea.

Tabela I: Aspectos da deglutição de líquidos (5ml) com comando e sem comando.

| Aspectos da Deglutição | | Com | | Sem | | p-valor |
|---------------------------------------|---------------------|---------|-------|---------|-------|---------|
| | | comando | | Comando | | |
| | | N | % | N | % | |
| Início da fase faríngea da deglutição | Base de língua | 19 | 47,5% | 17 | 42,5% | 0,653 |
| | Epiglote | 2 | 5,0% | 3 | 7,5% | 0,644 |
| | Muro ariepiglótico | 1 | 2,5% | 0 | 0,0% | 0,314 |
| | Recessos piriformes | 0 | 0,0% | 1 | 2,5% | 0,314 |

| | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|----|-------|----|-------|--------------|
| Presença de Estase | Transição faringo esofágica | 1 | 2,5% | 0 | 0,0% | 0,314 |
| | Valéculas | 17 | 42,5% | 19 | 47,5% | 0,653 |
| | Ausente | 28 | 70,0% | 25 | 62,5% | 0,478 |
| | Base de língua | 3 | 7,5% | 4 | 10,0% | 0,692 |
| | Epiglote | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | - x - |
| | Muro ariepiglótico | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | - x - |
| | Parede posterior da faringe | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | - x - |
| | Recessos piriformes | 1 | 2,5% | 1 | 2,5% | 1,000 |
| | Transição faringo esofágica | 2 | 5,0% | 1 | 2,5% | 0,556 |
| | Valéculas | 7 | 17,5% | 10 | 25,0% | 0,412 |
| Achados | Ausente | 38 | 95,0% | 30 | 75,0% | 0,012 |
| | Aumento do tempo do trânsito oral | 0 | 0,0% | 6 | 15,0% | 0,011 |
| | Deglutição múltipla | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | - x - |
| | Perda prematura | 1 | 2,5% | 6 | 15,0% | 0,048 |
| | Penetração | 1 | 2,5% | 0 | 0,0% | 0,314 |

Referências Bibliográficas

1. Matsuo K, Palmer JB. Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19:691-707.
2. Daniels SK, Foundas AL. Swallowing physiology of sequential straw drinking. *Dysphagia*. 2001;16(3):176-82.
3. Palmer JB, Hiemae KM, Matsuo K, Haishima H. Volitional Control of Food Transport and Bolus Formation during Feeding. *Physiol Behav*. 2007;91(1):66-70.

4. Martin-Harris B, Brodsky MB, Michel Y, et al. Delayed initiation of the pharyngeal swallow: normal variability in adult swallows. *J Speech Lang Hear Res.* 2007;50(3):585–94.
5. Saitoh E, Shibata S, Matsuo K, et al. Chewing and food consistency: effects on bolus transport and swallow initiation. *Dysphagia.* 2007;22(2):100–7.
6. Barros APB, Silva SAC, Carrara E. Videofluoroscopia da deglutição orofaríngea. In: Jotz GP, Carrara E, Barros APB. *Tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança.* São Paulo: Revinter; 2009. p. 84-7.