

A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea**

Efficacy of rehabilitation in oropharyngeal dysphagia

Roberta Gonçalves da Silva*

* Fonoaudióloga. Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica - Área de Metabolismo e Nutrição pela Faculdade de Medicina de Botucatu Universidade Estadual Paulista - SP. Professora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual Paulista - Campus de Marília. Endereço para correspondência: Av Hygino Muzzi Filho, 737 - Marília - São Paulo - SP - CEP 17525-900 (rgsilva@marilia.unesp.br).

**Trabalho Realizado na Universidade Estadual Paulista - Campus de Marília - Departamento de Fonoaudiologia.

Artigo de Revisão de Literatura

Artigo Submetido a Avaliação por Pares

Conflito de Interesse: não

Recebido em 05.12.2005
Revisado em 29.03.2005; 18.05.2006;
21.09.2006; 16.02.2007.
Aceito para Publicação em 16.02.2007.

Abstract

Background: efficacy of rehabilitation in oropharyngeal dysphagia. In our country the practice of speech-language pathology in oropharyngeal dysphagia has increased significantly and, at this moment, deserves attention since practice needs to be based on scientific evidence. Therapeutic techniques and the outcome of rehabilitation in oropharyngeal dysphagia have been studied since the 70s, reaching its high point during the 80s and 90s. Few studies have investigated the efficacy of therapy in the rehabilitation of oropharyngeal dysphagia, the vast majority have tried to prove the effects of therapy on the dynamics of swallowing. In Brazil, the studies about oropharyngeal dysphagia have, in great part, investigated assessment procedures, and only a few have worried about rehabilitation. Aim: to present a critical analysis about the efficacy of rehabilitation in oropharyngeal dysphagia. Conclusion: this review of the literature indicates that non-randomized studies have compromised the results, once the casuistic of the researches are very heterogeneous - they include neurogenic and mechanical oropharyngeal dysphagia caused by different etiologies. Besides that, therapeutic programs which are used are not sufficiently described, compromising the reproduction of the methodology by other researchers. These results suggest the need for more randomized studies, which can be initially developed as case studies in order to exclude the control variables of therapy efficacy. Another suggestion is, as proposed by present researches, to use scales that can measure the impact of swallowing training in the nutritional and pulmonary condition of dysphagic patients. An important research area, related to the control of therapeutic efficacy and efficiency, are the studies that aim to establish the decrease in hospital and home care costs as a consequence of speech-language intervention with patients with oropharyngeal dysphagia.

Key Words: Oropharyngeal Dysphagia; Outcome; Rehabilitation; Swallow Maneuvers.

Resumo

Tema: eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. A atuação fonoaudiológica com disfagia orofaríngea em nosso País alcançou proporções significativas e merece neste momento atenção para que esta atuação esteja baseada em evidências científicas. As técnicas terapêuticas e a eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea têm sido estudadas desde a década de 70, alcançando seu ápice na década de 80 e 90. Poucos estudos têm relatado a eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea, sendo mais freqüente aqueles que têm se preocupado em provar os efeitos da técnica terapêutica na dinâmica da deglutição. No Brasil, as pesquisas em disfagia orofaríngea têm valorizado os procedimentos de avaliação, sendo poucos os trabalhos que tratam da reabilitação. Objetivo: apresentar uma análise crítica sobre a eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. Conclusão: este artigo de revisão aponta que estudos não randomizados têm comprometido os resultados, uma vez que a casuística das pesquisas têm utilizado amostras muito heterogêneas, que incluem disfagias orofaríngeas mecânicas e neurogênicas ocasionadas por distintas etiologias. Além disto, os programas terapêuticos empregados são pouco descritivos comprometendo a reprodução por parte de outros pesquisadores. Tais achados sugerem a necessidade de estudos mais randomizados, talvez inicialmente por meio de estudos de casos que possam excluir as variáveis do controle da eficácia terapêutica. Outra sugestão seria empregar, assim como as pesquisas atuais têm proposto, escalas que possam medir o impacto do treinamento de deglutição nas condições nutricionais e pulmonares do indivíduo disfágico. Uma importante área da pesquisa, relacionada ao controle da eficiência e eficácia terapêutica, está nos estudos que objetivam estabelecer o grau de redução de custos hospitalares e em empresas de home care, mediante a atuação do fonoaudiólogo com a disfagia orofaríngea.

Palavras-Chave: Disfagia Orofaríngea; Eficácia; Reabilitação; Técnicas Terapêuticas.

Referenciar este material como:



SILVA R. G. da. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri (SP), v. 19, n. 1, p.123-130, jan.-abr. 2007.

Introdução

Atuar na área da reabilitação é deparar-se diariamente com questionamentos sobre a eficiência e a eficácia dos procedimentos que norteiam esta prática. Como nesta área a intervenção não tem a pretensão de alcançar a normalidade, é natural que pacientes e familiares não compreendam, inicialmente, os reais objetivos desse processo: a melhoria da qualidade de vida do indivíduo por meio da maximização do potencial funcional ou compensatório (Karhilas et al., 1992). No decorrer de sua evolução enquanto instrumento da Ciência, a reabilitação vem discutindo e aprimorando métodos que controlem sua eficácia. Não tem sido diferente na reabilitação das disfagias orofaríngeas.

Para compreendermos melhor os reais objetivos do processo de reabilitação em disfagia orofaríngea, e conseqüentemente o que deve ser considerado eficaz, é fundamental a diferenciação entre os seguintes conceitos: reabilitação, tratamento, eficiência e eficácia (Silva, 1998a; Silva, 1998b; Silva, 2000).

Reabilitar o quadro disfágico significa trabalhar para a conquista de uma deglutição sem riscos de complicações. Segundo DePippo et al. (1994) o objetivo da reabilitação em disfagia orofaríngea é estabilizar o aspecto nutricional e eliminar os riscos de aspiração laringotraqueal e conseqüentes complicações associadas. Por outro lado, quando nos propomos ao tratamento, segundo o Dicionário de Língua Portuguesa, estamos objetivando a "cura". A transposição deste conceito genérico para a atuação com disfagia orofaríngea, faz com que pacientes e familiares queiram que a reabilitação conquiste a deglutição normal.

A utilização do conceito de eficiência em disfagia orofaríngea deve ser compreendida como a capacidade que um procedimento terapêutico possui para produzir efeitos benéficos na dinâmica da deglutição (Lazzarus et al., 1993a; Lazzarus et al., 1993b). A eficácia, no entanto, está relacionada às melhoras no quadro geral do indivíduo, independente da permanência do distúrbio, desde que os procedimentos garantam ingestão oral segura, manutenção da condição nutricional e estabilização de comprometimentos pulmonares (Langmore, 1994; Langmore, 1995; Silva, 1999; Prosiegel et al., 2005).

Atualmente as pesquisas sobre a reabilitação em disfagia orofaríngea dividem-se em dois distintos blocos: em sua maioria encontram-se os estudos que tentam provar a eficiência de um procedimento terapêutico em especial e outros que estão discutindo os critérios para o controle da

eficácia da reabilitação. Portanto, este trabalho tem por objetivo apresentar uma análise crítica sobre a eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea.

Para a elaboração deste artigo foi realizada extensa pesquisa bibliográfica em diferentes bases de dados, como Medline, Cochrane Library, Scielo Brasil, Chile e Espanha e Lilacs. Esta pesquisa utilizou os seguintes descritores: disfagia, disfagia orofaríngea, reabilitação e terapia de deglutição. No Medline estes descritores geram, quando associados, mais de 700 artigos, sendo que a grande maioria não trata especificamente da terapia fonoaudiológica. A Cochrane Library possui três importantes artigos específicos de revisão, sendo estes sobre a eficácia da reabilitação fonoaudiológica para disfagia em acidente vascular encefálico, Parkinson e doenças musculares progressivas. No Scielo Brasil, Chile e Espanha, respectivamente, foram encontrados, 75, 5 e 10 artigos sobre o assunto. Desses, respectivamente, somente três no Brasil e dois na Espanha tratavam de pesquisas em reabilitação. No Lilacs, embora apareçam 400 artigos quando se pesquisa o descritor disfagia, quando associado ao descritor orofaríngea esses se restringem a oito, e desses somente um trata da eficácia da reabilitação. Em suma, as pesquisas em disfagia orofaríngea concentram-se na avaliação e somente a partir da década de 90 é que a eficiência e mais recentemente a eficácia da reabilitação vem sendo discutida.

Revisão de literatura

A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea pode ser comprovada quando o paciente alimentar-se eficientemente por via oral ou ganhar peso, ou com a redução na ocorrência de pneumonia aspirativa.

Kasprisin et al. (1989) referiram que os critérios de eficácia utilizados na reabilitação da disfagia ainda não foram satisfatoriamente delineados.

Bartolome et al. (1993) relataram sobre os resultados da terapia de deglutição em 28 pacientes com disfunção cricofaríngea após distúrbios neurológicos. Os pacientes foram monitorados por cineradiografia antes, durante e após a terapia. A eficácia da reabilitação foi definida pelo progresso no tipo de alimentação a ser deglutida sem risco. Constataram que 19% dos pacientes com disfunção de cricofaríngeo melhoraram com terapia de deglutição, sendo que 65% por critérios objetivos e 25% por critérios subjetivos. Concluíram que em pacientes neurológicos com disfunção de cricofaríngeo a disfunção pode ser tratada com

terapia de deglutição e que condutas cirúrgicas para disfunção de cricofaríngeo devem ser secundárias a procedimentos terapêuticos de deglutição.

Gisel (1994) determinou a eficácia das técnicas sensório-motoras orais na reabilitação de crianças com paralisia cerebral com comprometimento de grau moderado e examinou os efeitos da reabilitação nas medidas de crescimento. Foram avaliadas 35 crianças que receberam 20 semanas de reabilitação sensório-motor oral, cinco a sete minutos por dia, cinco dias na semana. Observou limitada eficácia neste procedimento, pois as crianças mantiveram o mesmo percentil de peso-idade apresentados antes do programa de reabilitação. Concluiu que para favorecer o crescimento dessa população, a terapia sensório-motora oral deve ser combinada com suplementação nutricional.

Miller et al. (1994) apresentaram uma coletânea bibliográfica sobre a eficácia da terapia na disfagia orofaríngea. Referem que os autores pesquisados descreveram a aplicação de técnicas específicas em determinadas populações não discutindo assim a eficácia da reabilitação, mas a eficiência de uma técnica. Os autores relatam que muitas técnicas descritas na literatura não comprovaram ainda sua eficiência sobre a dinâmica da deglutição. Por fim, os autores referem que os exames diagnósticos são de fundamental importância para a verificação da eficácia da reabilitação.

Logemann et al. (1995) estudaram o efeito do bolo alimentar azedo (50% suco de limão e 50% bário) nas medidas de deglutição faríngea de dois grupos de pacientes com disfagia neurogênica. Constataram que houve mudanças mensuráveis na duração da abertura do esfíncter cricofaríngeo e na resposta faríngea dependendo do volume. Observaram que houve melhora no trânsito oral com ingestão de bolo alimentar azedo. No Grupo 2, embora tenham sido constatadas mudanças mensuráveis, não houve eliminação da aspiração. Ressaltaram a importância de medidas mensuráveis não serem mais importantes que a análise funcional da deglutição.

Rosenbeck et al. (1996) estudaram a variação mensurável e os efeitos destas sobre a eficiência da deglutição após estimulação da deglutição faríngea em pacientes após acidente vascular encefálico. Observaram que a aplicação térmica fria, em 22 pacientes pós-acidente vascular encefálico, apresentou alta variação quanto às mudanças na duração da deglutição.

Crary (1995) estudou a eficácia da reabilitação utilizando um programa de terapia com *biofeedback*. Participaram desta pesquisa 42 pacientes com disfagia neurogênica e 28 com disfagia mecânica.

Utilizou a *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) para avaliar a eficácia da reabilitação. Observou que 93% dos pacientes com disfagia neurogênica e 79% dos pacientes com disfagia mecânica avançaram na escala funcional. Além disto, 100% dos pacientes ao término da terapia estavam aptos a ingerir algum tipo de alimento via oral.

Bath et al. (1999) publicaram um artigo de revisão sobre a eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico (AVE), selecionando os estudos que apresentavam critérios de inclusão da amostra. Concluíram que poucos estudos foram realizados e estes envolviam poucos pacientes. Apontaram que a gastrostomia endoscópica percutânea seria responsável por melhoras na reabilitação e no quadro nutricional, quando comparada com a utilização de sonda nasogástrica. Sugerem que mais pesquisas são necessárias para que possamos afirmar como e quais pacientes podem melhorar, bem como quais seriam os efeitos da terapia de deglutição ou do tratamento com medicação para indivíduos pós-AVE com disfagia orofaríngea.

Deane et al. (2001) compararam a eficácia da terapia da deglutição com a aplicação de placebo e a ausência de tratamento na disfagia orofaríngea na Doença de Parkinson. Neste artigo de revisão selecionaram somente estudos randomizados. Concluíram que não há evidências suficientes para afirmar ou negar a eficácia da reabilitação da disfagia orofaríngea, por meio de terapia de deglutição na Doença de Parkinson.

Hill et al. (2004) publicaram um artigo de revisão sobre o tratamento da disfagia orofaríngea em doenças musculares progressivas. Os autores não identificaram estudos randomizados, sendo que os estudos selecionados incluíram adultos e crianças. O tipo de tratamento estudado incluiu modificação de consistência alimentar, técnicas de deglutição voluntária, intervenções cirúrgicas e indicação de alimentação enteral. Concluíram que não há evidências suficientes sobre a eficácia do tratamento da disfagia nestas doenças.

Crary et al. (2005) validaram em seu estudo o uso da FOIS para avaliar a eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea em pacientes pós AVE, referindo que a escala é capaz de documentar as mudanças na transição alimentar nas habilidades de alimentação.

Easterling et al. (2005) avaliaram o efeito do exercício de Shaker em indivíduos idosos sem disfagia orofaríngea. Observaram que a execução do exercício está associada com algum desconforto, que se resolve espontaneamente em algumas semanas. Os autores referiram que a elevação laríngea e a abertura do esfíncter esofágico superior

estão na dependência do completo seguimento do programa.

Nguyen et al. (2005) estudaram 12 pacientes com câncer de cabeça e pescoço e disfagia orofaríngea crônica após terapia. A gravidade da disfagia foi monitorada por videofluoroscopia mediante escala que variou de um a sete. Nenhum paciente conseguiu alcançar deglutição normal. Em uma média de 29 meses após o tratamento, a disfagia havia melhorado em oito pacientes (67%), não foram encontradas mudanças em três pacientes (25%) e em um paciente (8%) a disfagia piorou.

Prosiegel et al (2005) estudaram a eficácia da terapia com deglutição funcional em 208 pacientes com disfagia orofaríngea neurogênica. Os pacientes foram divididos em 3 grupos segundo diferentes etiologias neurológicas (Grupo 1: tumor de fossa posterior (TFP), Grupo 2: síndrome de Wallenberg (SW) e Grupo 3: acidente vascular encefálico (AVE). A eficácia da reabilitação foi significativamente pior

no Grupo 1 quando comparado com o 2 e no Grupo 2 quando comparado com o 3. Após a terapia funcional de deglutição 50% dos pacientes do grupo 1 e 30% dos pacientes do grupo 2 ainda necessitavam de via alternativa de alimentação, sendo que 100% dos pacientes do Grupo 3 voltaram a se alimentar totalmente por via oral.

Nguyen et al (2006) estudaram a eficácia da reabilitação em pacientes com câncer de cabeça e pescoço que desenvolveram disfagia após a cirurgia. Os autores selecionaram 42 pacientes não randomizados e estabeleceram uma classificação para o grau de comprometimento da disfagia, com uma escala que variou de um a sete, antes e após a terapia da deglutição. Concluíram que a fonoterapia é eficaz para reduzir o grau de comprometimento da disfagia orofaríngea nesta população, bem como o uso de sonda nasogátrica. O Quadro abaixo descreve, para cada técnica terapêutica encontrada na literatura, o efeito e a eficácia baseados em evidências.

QUADRO 1. Eficiência e eficácia na reabilitação em disfagia orofaríngea.

Tipo de Procedimento	Eficiência / Efeito	Eficácia
manipulação de consistência e volume do alimento.	modula o desempenho sensório-motor oral e faríngeo da deglutição orofaríngea (Groher, 1987; Ekberg et al., 1988; Dantas et al., 1990; Perlman et al., 1993; Stachler et al., 1994; Preiksaitis et al., 1996; Power et al., 1997).	as mudanças na consistência e volume do bolo alimentar possuem efeito direto no trânsito orofaríngeo e são eficientes para o controle oral e para o controle da aspiração. Modificações de grande porte necessitarão de acompanhamento nutricional para serem eficazes no quadro geral (Bisch et al., 1994).
manobras posturais de cabeça.	protegem a via aérea inferior, facilitam o trânsito do alimento quando há paralisia e paresia unilateral e auxilia a propulsão oral (Ekberg, 1986; Logemann et al., 1989a; Rasley et al., 1993; Shanahan et al., 1993; Welch et al., 1993; Logemann et al., 1994; Logemann et al., 1997).	os efeitos causados pelas mudanças posturais facilitam o trânsito orofaríngeo e podem provocar eficácia ao serem capazes de minimizar a aspiração (Castell et al., 1990; 1993).
estimulação sensório-motora oral e treino de controle oral.	facilita a manipulação, controle e propulsão oral.	determina significativas mudanças no controle oral e facilita a ingesta oral. Esta melhora no controle oral, maximizando a ingesta oral, para alguns casos, ainda não é eficaz em estabilizar a condição nutricional em casos graves de desnutrição, sendo necessária a suplementação nutricional (Gisel, 1994).
estimulação térmica fria.	aumenta o limiar de excitabilidade do reflexo de deglutição (Lazzara et al., 1986; Rosenbek et al., 1991).	aplicações sistemáticas produzem melhoras significativas na deglutição de volumes específicos. A estimulação, no entanto, não deve atingir somente os receptores do pilar das fauces e como procedimento isolado não garante eficácia (Ali et al., 1996).
deglutição múltipla.	retira restos alimentares de cavidade oral e recessos faríngeos.	minimiza resíduos orais e faríngeos, contribuindo indiretamente para a conquista da deglutição funcional. Isoladamente não é eficaz (Dziadziola et al., 1992).

CONTINUAÇÃO DO QUADRO 1.

Tipo de Procedimento	Eficiência / Efeito	Eficácia
manobra de Mendelsohn.	favorece a elevação da laringe durante a deglutição.	os efeitos provocados maximizam a deglutição funcional, principalmente quando associada a <i>biofeedback</i> . Crary (1995a) relata casos onde a alimentação era enteral antes da reabilitação e após passou para oral e sem riscos.
deglutição supraglótica.	protege a via aérea inferior, maximizando o fechamento das pregas vocais.	até o momento as pesquisas relatam à aplicação em disfagia mecânica. Os resultados foram melhores com a manobra de mendelsohn associada (Lazarus, 1993a). A casuística contava com apenas um paciente e, portanto não é conclusiva.
deglutição super-supraglótica.	intensifica a proteção da via aérea inferior, acionando o fechamento glótico e das pregas ariepiglóticas (Logemann et al., 1996).	até o momento as pesquisas relatam à aplicação em disfagia mecânica. Embora eficiente ao que se propõe, prolongar o fechamento glótico, não foi eficaz em eliminar a aspiração em todos os casos. Os diferentes tipos de tumores, estágio e tempo de radiação não foram considerados na discussão.
manobra de Masako.	proporciona movimentação da parede faríngea (Fujiu et al., 1995).	Fujiu et al. (1996) apresentaram estudos com indivíduos normais provando que há movimentação das paredes faríngeas com tal procedimento. Estudos para verificar a eficácia na reabilitação de pacientes ainda não foram realizados.
deglutição de esforço.	intensifica a propulsão oral.	maximiza a deglutição funcional.
aplicação de Botox no cricofaríngeo.	age sobre as disfunções de cricofaríngeo (Schneider et al., 1994; Manrique, 2005).	embora haja efeito imediato sobre a resposta do músculo cricofaríngeo, os estudos não relatam se há melhora funcional da deglutição (Crary et al., 1995b; Blitzer et al., 1997).
sonda de Hurst.	aumenta o limiar de excitabilidade do reflexo de deglutição e dilata o esfíncter cricofaríngeo.	não tem eficácia sobre a fase oral da deglutição. Caso a disfagia orofaríngea tenha alteração do reflexo de deglutição e esfíncter cricofaríngeo pode maximizar a deglutição funcional.
miotomia de cricofaríngeo.	dilatação mecânica do esfíncter cricofaríngeo (Hirano, 1974; Lebo et al., 1976; Ross et al., 1982; Lindgren et al., 1990; Halvorson et al., 1994; Poirier, 1997).	utilizado sem considerar os efeitos na dinâmica da deglutição (Bonavina et al., 1985). Segundo Bucchholz (1995) para ser eficaz depende da análise do desempenho da fase oral e faríngea.
uso de <i>biofeedback</i> : indireto e direto.	monitora a dinâmica da deglutição e facilita o auto-ajuste (Haynes, 1976; Park et al., 1997).	para casos específicos o procedimento direto, em questão de semanas, pode ser eficaz para a melhora da deglutição funcional (Logemann et al., 1990; Freed et al., 1996; Denk et al., 1997).
próteses intra-orais.	compensam estruturas ausentes (Wheeler et al., 1980; Logemann et al., 1989; Pauloski et al., 1996).	em disfagia mecânica a eficácia depende do tipo de ressecção e do tempo de radioterapia. Em disfagia neurogênica os trabalhos encontrados não evidenciam melhora funcional, porém também não correlacionam tempo de lesão ou quais os pacientes da amostra melhoraram (Selley et al., 1995).
cirurgias aspirativas.	impedem a aspiração laringotraqueal (Montgomey, 1975; Eisele, 1991; Manrique et al., 2000).	somente indicadas em casos de aspiração intratável. A eficácia deve também ser discutida no âmbito da qualidade de vida
exercício de Shaker.	influencia a abertura do esfíncter cricofaríngeo (Shaker et al., 1997).	na disfagia orofaríngea refere eficácia com o uso do procedimento (Shaker et al., 2002).

Conclusão

A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea depende da elaboração de um programa terapêutico que eleja um grupo de procedimentos capazes de causar efeitos benéficos

na dinâmica da deglutição, refletindo-se de maneira satisfatória no quadro geral do indivíduo.

Os trabalhos científicos aqui estudados apontaram a necessidade de prestarmos mais

atenção a algumas questões envolvidas na pesquisa da disfagia orofaríngea. Uma dessas questões diz respeito aos critérios utilizados para definição da casuística e do método. Os trabalhos atuais têm utilizado amostras heterogêneas e que, portanto, dificultam a compreensão uma vez que são geradas diferentes manifestações e grau de comprometimento nas distintas amostras. Esta questão é fundamental uma vez que para controlar a eficiência de um determinado procedimento é necessário que a casuística seja homogênea para que as manifestações e grau de comprometimento a serem trabalhados sejam semelhantes. Este tipo de crítica é frequentemente encontrada nos trabalhos que tentam controlar a eficácia da reabilitação em disfagia neurogênica. Na disfagia neurogênica, na grande maioria dos trabalhos, existe diversidade de doenças e tempo de lesão. Em disfagia mecânica também é freqüente a ausência de controle sobre o tipo de cirurgia e o tempo de radioterapia.

Outra questão a ser levantada nos trabalhos aqui analisados é a ausência de descrição detalhada do procedimento terapêutico aplicado e a freqüência. Este tipo de falha inviabiliza a replicação do procedimento com a mesma eficiência e não há, portanto, como comparar.

Além das questões acima descritas, devemos lembrar que a eficácia da reabilitação em disfagia deve utilizar como critério a deglutição funcional. Os trabalhos atuais raramente valorizam o impacto dos achados na deglutição funcional. Este é para mim o item que mais compromete as pesquisas sobre eficácia

de reabilitação. Todos os achados, principalmente os mensurados, não tem validade se não forem discutidos enfatizando os efeitos sobre a deglutição funcional. Além disto, muitas vezes, na ausência de mudanças mensuráveis podem-se observar resultados que permitem uma deglutição funcional embora não sejam encontradas medidas estatísticas significantes. Para melhor controlar a eficácia da reabilitação as pesquisas atuais têm se dedicado a estabelecer escalas de controle funcional da deglutição. Normalmente estas escalas usam os seguintes critérios para medir a eficácia da reabilitação: tempo de reabilitação comparado a seus efeitos funcionais, tipo de via de alimentação que o paciente iniciou a reabilitação e quais as mudanças observadas durante o processo, aumento de volume ou mudança da consistência na ingesta oral, manutenção da condição nutricional, ausência de complicações broncopulmonares e grau de manutenção do prazer alimentar.

Toda ação terapêutica possui limites e a nós pesquisadores cabe reconhecê-los. No entanto, o ceticismo também não combina com a Ciência. O controle da eficácia na reabilitação da disfagia orofaríngea tem apresentado progressos e embora ainda necessite de estudos, tem se mostrado responsável pela melhora da qualidade de vida de muitos pacientes com quadro disfágico. Portanto, todo procedimento terapêutico exige seu controle de eficácia e para isto, o momento atual das pesquisas exige que nossos estudos elejam muito mais critérios para definir a casuística e a metodologia.

Referências Bibliográficas

- ALI, G. N. et al. Influence of cold stimulation on the normal pharyngeal swallow response. *Dysphagia*, New York, v. 11, n. 1, p. 2-8, 1996.
- BARTOLOME, G.; NEUMANN, S. Swallowing therapy in patients with neurological disorders causing cricopharyngeal dysfunction. *Dysphagia*, New York, v. 8, n. 3, p. 146-149, 1993.
- BATH, P. M. W.; BATH-HEXTALL, F. J.; SMITHARD, D. G. Interventions for dysphagia in acute stroke: cochrane review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. São Paulo, 1999. Issue 4, Art. n. CD000323, DOI: 10.1002/14651858. CD000323.
- BISCH, E. M. et al. Pharyngeal effects of bolus volume, viscosity, and temperature in patients with dysphagia resulting from neurologic impairment and in normal subjects. *J. Speech Res.*, Washington, v. 37, n. 5, p. 1041-1059, oct. 1994.
- BLITZER, A.; BRIN, M. F. Use of botulinum toxin for diagnosis and management of cricopharyngeal achalasia. *Otolaryng. Head Neck Surg.*, Rochester, v. 116, n. 3, p. 328-330, 1997.
- BONAVINA, L.; KHAN, N. A.; DEMEESTER, T. R. Pharyngoesophageal dysfunctions: the role of cricopharyngeal myotomy. *Arch. Surg.*, Chicago, v. 120, n. 5, p. 541-549, 1985.
- BRYANT, M. Biofeedback in the treatment of a selected dysphagic patient. *Dysphagia*, New York, v. 6, n. 3, p. 140-144, 1991.
- BUCHHOLZ, D. W. Cricopharyngeal myotomy may be effective treatment for selected patients with neurogenic oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*, New York, v. 10, n. 4, p. 255-258, 1995.
- CASTELL, J. A.; DALTON, C. B.; CASTELL, D. O. Effects of body position and bolus consistency on the manometric parameters and coordination of the upper esophageal sphincter and pharynx. *Dysphagia*, New York, v. 5, n. 4, p. 179-186, 1990.
- CASTELL, J. A. et al. Effect of head position on the dynamics of the upper esophageal sphincter and pharynx. *Dysphagia*, New York, v. 8, n. 1, p. 1-6, 1993.
- CRARY, M. A. A direct intervention program for chronic neurogenic dysphagia secondary to brainstem stroke. *Dysphagia*, New York, v. 10, n. 1, p. 6-18, 1995.

- CRARY, M. A.; GLOWASKY, A. L. Using botulinum A to improve speech and swallowing function following total laryngectomy. *Otolaryng. Head Neck Surg.*, Rochester, v. 112, p. 760-763, 1995.
- CRARY, M. A.; MAN, E.; GROHER, M. E. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch. Phys. Med. Rehab.*, Chicago, v. 8, p. 1516-1520, 2005.
- DANTAS, R. O. et al. Effect of swallowed bolus variables on oral and pharyngeal phases of swallowing. *Am. J. Physiol.*, Baltimore, v. 258, n. 5, pt. 1, p. g675-g681, 1990.
- DEANE, K. H. O. et al. Non-pharmacological therapies for dysphagia in Parkinson's disease: cochrane review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. São Paulo, 2001. Issue 1, Art. n. CD002816, DOI: 10.1002/14651858. CD002816.
- DENK, D. M.; KAIDER, A. Videoendoscopic biofeedback: a simple method to improve the efficacy of swallowing rehabilitation of patients after head and neck surgery. *J. oto-rhino-laryngol.*, Toronto, v. 59, n. 2, p. 100-105, 1997.
- DE PIPPO, K. L. et al. Dysphagia therapy following stroke: a controlled trial. *Neurol.*, Minneapolis, v. 44, n. 9, p. 1655-1660, 1994.
- DZIADZIOLA, J. et al. Multiple swallows and piecemeal deglutition: observations from normal adults and patients with head and neck cancer. *Dysphagia*, New York, v. 7, n. 1, p. 8-11, 1992.
- EASTERLING, C. et al. Attaining and mainting isometric and isokinetic goals ofm the shaker exercise. *Dysphagia*, New York, v. 20, n. 2, p. 133-138, 2005.
- EISELE, D. W. Surgical approaches to aspiration. *Dysphagia*, New York, v. 6, n. 2, p. 71-78, 1991.
- EKBERG, O. Posture of the head and pharyngeal swallowing. *Acta Radiol. Diag.*, Stockholm, v. 27, n. 6, p. 691-696, nov.-dec. 1986.
- EKBERG, O.; OLSSON, R.; SUNDGREN-BORGSTROM, P. Relation of bolus size and pharyngeal swallow. *Dysphagia*, New York, v. 3, n. 2, p. 69-72, 1988.
- FREED, M. et al. Electrical stimulation of the neck: a new effective treatment for dysphagia. *Dysphagia*, New York, v. 11, p. a159, 1996.
- FUJIU, M.; LOGEMANN, J. A.; PAULOSKI, B. R. Increased postoperative posterior pharyngeal wall movement in patients with anterior oral cancer: preliminary findings and possible implications for treatment. *Am. J. Speech Lang. Pathol.*, Rockville, v. 4, n. 2, p. 24-30, 1995.
- FUJIU, M.; LOGEMANN, J. A. Effects of a tongue-holding maneuver on posterior pharyngeal wall movement during deglutition. *Am. J. Speech Lang. Pathol.*, Rockville, v. 5, n. 1, p. 23-30, 1996.
- GROHER, M. E. Bolus management and aspiration pneumonia in patients with pseudobulbar dysphagia. *Dysphagia*, New York, v. 1, n. 2, p. 215-216, 1987.
- GISEL, E. G. Oral-motor skills following sensorimotor intervention in the moderately eting impaired child with cerebral palsy. *Dysphagia*, New York, v. 3, p. 180-192, 1994.
- HALVORSON, D. J.; KUHN, F. A. Transmucosal cricopharyngeal myotomy with the potassium-titanyl-phosphate laser in the treatment of cricopharyngeal dysmotility. *Ann. Otol.*, Saint Louis, v. 103, n. 3, p. 173-177, mar. 1994.
- HAYNES, S. N. Electromyographic biofeedback treatment of a woman with chronic dysphagia. *Biofeedback Self Regulat.*, New York, v. 1, n. 1, p. 121-126, mar. 1976.
- HILL, M.; HUGHES, T.; MILFORD, C. Treatment for swallowing difficulties (dysphagia) in chronic muscle disease: cochrane review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. São Paulo, 2004. Issue 2, art. n. CD004303, DOI: 10.1002/14651858. CD004303.
- HIRANO, M. Cricopharyngeal myotomy for paralytic dysphagia. *J. Fran. Otorhinolaryngol. Audiophonol.Chir. Maxillofac.*, Villeurbanne, v. 23, n. 8, p. 732-734, oct. 1974.
- HORNER, J. et al. Dysphagia following brain-stem stroke. *Arch. Neurol.*, Chicago, v. 48, n. 11, p. 1170-1173, nov. 1991.
- KAHRILAS, P. J.; LOGEMANN, J. A.; GIBBONS, P. Food intake by maneuver: an extreme compensation for impaired swallowing. *Dysphagia*, New York, v. 7, n. 3, p. 155-159, 1992.
- KASPRISIN, A. T.; CLUMECK, H.; NINO-MURCIA, M. The efficacy of rehabilitative management of dysphagia. *Dysphagia*, New York, v. 4, n. 1, p. 48-52, 1989.
- LANGMORE, S. A.; MILLER, R. M. Behavioral treatment for adults with oropharyngeal dysphagia. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, Chicago, v. 75, n. 10, p. 1154-1160, oct. 1994.
- LANGMORE, S. E. Efficacy of behavioral treatment for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*, New York, v. 10, n. 4, p. 259-262, 1995.
- LAZZARA, G. L.; LAZARUS, C.; LOGEMANN, J. A. Impact of thermal stimulation on the triggering of the swallowing reflex. *Dysphagia*, New York, v. 1, n. 1, p. 73-77, 1986.
- LAZARUS, C. L.; LOGEMANN, J. A.; GIBBONS, P. Effects of maneuvers on swallowing function in a dysphagic oral cancer patient. *Head Neck*, New York, v. 15, n. 5, p. 419-424, sept.-oct. 1993a.
- LAZARUS, C. L. et al. Effects of bolus volume, viscosity, and repeated swallows in nonstroke subjects and stroke patients. *Arch. Phys. Med. Rehab.*, Chicago, v. 74, n. 10, p. 1066-1070, oct. 1993b.
- LEBO, C. P.; SANG, U. K.; NORRIS JR, F. H. Cricopharyngeal myotomy in amyotrophic lateral sclerosis. *Laryngoscope*, Saint Louis, v. 86, n. 6, p. 862-868, jun. 1976.
- LINDGREN, S.; EKBERG, O. Cricopharyngeal myotomy in the treatment of dysphagia. *Clin. Otolaryngol.*, Oxford, v. 15, n. 3, p. 221-227, jun. 1990.
- LOGEMANN, J. A. et al. The benefits of head rotation on pharyngoesophageal dysphagia. *Arch. Phys. Med. Rehab.*, Chicago, v. 70, n. 10, p. 767-771, oct. 1989a.
- LOGEMANN, J. A. et al. Effects of intraoral prosthetics on swallowing in patients with oral cancer. *Dysphagia*, New York, v. 4, n. 2, p. 118-120, 1989b.
- LOGEMANN, J. A.; KAHRILAS, P. J. Relearning to swallow after stroke - application of maneuvers and indirect biofeedback: case study. *Neurol*, Minneapolis, v. 40, n. 7, p. 1136-1138, jul. 1990.
- LOGEMANN, J. A.; RADEMAKER, A. W.; PAULOSKI, B. Effects of postural change on aspiration in head and neck surgical patients. *Otol. Head Neck Surg.*, Rochester, v. 110, n. 2, p. 222-227, feb. 1994.
- LOGEMANN, J. A. et al. Effects of sour bolus on pharyngeal swallowing measures in patients with neurogenic dysphagia. *J. Speech Res.*, Washington, v. 38, n. 3, p. 556-563, jun. 1995.

- LOGEMANN, J. A. et al. Effects of two breath-holding maneuvers on oropharyngeal swallow. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, Saint Louis, v. 105, n. 2, p. 123-131, feb. 1996.
- LOGEMANN, J. A. et al. Super-supraglottic swallow in irradiated head and neck cancer patients. *Head Neck*, New York, v. 19, n. 6, p. 535-540, sept. 1997.
- MANRIQUE, D. Aplicação de toxina botulínica tipo A para reduzir a saliva em pacientes com esclerose lateral amiotrófica. *R. Bras. Otorrinolaringol.*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 5, p. 566-569, out. 2005.
- MANRIQUE, D.; BUHLER, R. B.; MELO, E. C. Tratamento cirúrgico para aspiração. *R. Bras. Otorrinolaringol.*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 5, p. 695-700, set. 2001.
- MILLER, R. M.; LANGMORE, S. E. Treatment efficacy for adults with oropharyngeal dysphagia. *Arch. Phys. Med. Rehab.*, Chicago, v. 75, n. 11, p. 1256-1262, nov. 1994.
- MONTGOMERY, W. W. Surgery to prevent aspiration. *Arch. Otolaryngol.*, Chicago, v. 101, n. 11, p. 679-682, nov. 1975.
- NGUYEN, N. P. et al. Impact of swallowing therapy on aspiration rate following treatment for locally advanced head and neck cancer. *Oral Oncol.*, Oxford, aug. 2006. in press.
- NGUYEN, N. P. et al. Severity and duration of chronic dysphagia following treatment for head and neck cancer. *Anticancer Res.*, Kapandriti, v. 25, n. 4, p. 2929-2934, 2005.
- PARK, C. L.; O'NEILL, P. A.; MARTIN, D. F. A pilot exploratory study of oral electrical stimulation on swallow function following stroke: an innovative technique. *Dysphagia*, New York, v. 12, n. 3, p. 161-166, 1997.
- PAULOSKI, B. R. et al. Effect of intraoral prostheses on swallowing function in postsurgical oral and oropharyngeal cancer patients. *Am. J. Speech Lang. Pathol.*, Rockville, v. 5, n. 3, p. 31-46, 1996.
- PERLMAN, A. L.; SCHULTZ, J. G.; VANDAELE, D. J. Effects of age, gender, bolus volume, and bolus viscosity on oropharyngeal pressure during swallowing. *J. Appl. Physiol.*, Bethesda, v. 75, n. 1, p. 33-37, jul. 1993.
- POIRIER, N. C. et al. Cricopharyngeal myotomy for neurogenic oropharyngeal dysphagia. *J. Thor. Cardiovasc. Surg.*, Saint Louis, v. 113, n. 2, p. 233-240, feb. 1997.
- POWER, M. et al. Effects of liquid consistency on pharyngeal efficiency in stroke patients with and without dysphagia. *Dysphagia*, New York, v. 12, n. 2, p. a108, 1997.
- PREIKSAITIS, H. G.; MILLS, C. A. Coordination of breathing and swallowing: effects of bolus consistency and presentation in normal adults. *J. Appl. Physiol.*, Bethesda, v. 81, n. 4, p. 1707-1714, oct. 1996.
- PROSIEGEL, M. et al. Swallowing therapy: a prospective study on patients with neurogenic dysphagia due to unilateral paresis of the vagal nerve, Avellis' syndrome, Wallenberg's syndrome, posterior fossa tumours and cerebellar hemorrhage. *Acta Neurochir. Suppl.*, Wien, v. 93, p. 35-37, 2005.
- RASLEY, A. et al. Prevention of barium aspiration during videofluoroscopic swallowing studies: value of change in posture. *Am. J. Roentgenol.*, Springfield, v. 160, n. 5, p. 1005-1009, may 1993.
- ROSENBEK, J. C. et al. Effects of thermal application on dysphagia after stroke. *J. Speech Res.*, Washington, v. 34, n. 6, p. 1257-1268, dec. 1991.
- ROSENBEK, J. C. et al. Thermal application reduces the duration of stage transition in dysphagia after stroke. *Dysphagia*, New York, v. 11, n. 4, p. 225-233, 1996.
- ROSS, E. R.; GREEN, R.; AUSLANDER, M. O. et al. Cricopharyngeal myotomy: management of cervical dysphagia. *Otol. Head Neck Surg.*, Rochester, v. 90, n. 4, p. 434-441, jul.-aug. 1982.
- SCHNEIDER, I. et al. Treatment of dysfunction of the cricopharyngeal muscle with botulinum A toxin: introduction of a new, noninvasive method. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, Saint Louis, v. 103, n. 1, p. 31-35, 1994.
- SELLEY, W. G. et al. Dysphagia following strokes: clinical observations of swallowing rehabilitation employing palatal training appliances. *Dysphagia*, New York, v. 10, n. 1, p. 32-35, 1995.
- SHAKER, R. et al. Effect of isotonic/isometric head lift exercise on hypopharyngeal intrabolus pressure. *Dysphagia*, New York, v. 12, p. a107, 1997.
- SHAKER, R. et al. Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterol.*, Bethesda, v. 122, n. 5, p. 1314-1321, 2002.
- SHANAHAN, T. K. et al. Chin-down posture effect on aspiration in dysphagic patients. *Arch. Phys. Med. Rehab.*, Chicago, v. 74, n. 7, p. 736-739, jul. 1993.
- SILVA, R. G. Disfagia Orofaringea: as relações dos achados clínicos e objetivos com a definição das técnicas terapêuticas. In: OLIVEIRA, J. A. (Org.). *Symposium na I jornada internacional de otorrinolaringoscopia e II jornada de fonoaudiologia de Ribeirão Preto*. São Paulo: Frontis Editorial, 1998a. (Collectanea symposium).
- SILVA, R. G. Reabilitação fonoaudiológica na disfagia orofaringea neurogênica em adultos: a educação continuada como princípio. In: MACEDO FILHO, E. (Org.). *Disfagia: abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Frontis Editorial, 1998b. p. 97-104.
- SILVA, R. G. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaringea. In: FELIX, N.; FURKIM, A. M.; VIEBIG, R. *Arquivos de motilidade digestiva e neurogastroenterologia*. [S.l.: s.n.], 1999. p. 3-73, v. 2.
- SILVA, R. G. Fonoaudiologia aplicada ao lesado encefálico adulto: proposta para programas de reabilitação com ênfase na formação de agentes reabilitadores. In: MARCHESAN, I.; ZORZI, J. *Anuário Cefac de Fonoaudiologia*. [S.l.: s.n.], 2000. p. 53-62.
- STACHLER, R. J. et al. Swallowing of bolus types by postsurgical head and neck cancer patients. *Head Neck*, New York, v. 16, n. 5, p. 413-419, sept.-oct. 1994.
- WELCH, M. V. et al. Changes in pharyngeal dimensions effects by chin tuck. *Arch. Phys. Med. Rehab.*, Chicago, v. 74, n. 2, p. 178-181, feb. 1993.
- WHEELER, R. L.; LOGEMANN, J. A.; ROSEN, M. S. Maxillary reshaping prostheses: effectiveness in improving speech and swallowing of postsurgical oral cancer patients. *J. Prosthet Dent.*, Saint Louis, v. 43, n. 3, p. 313-319, mar. 1980.