

Protocolo Clínico e de Regulação para Disfagia no Adulto e Idoso **67**

*Gustavo de Assis Mota
Ajith Kumar Sankarankutty
Rafael Kemp
José Sebastião dos Santos*

INTRODUÇÃO

A disfagia é um sintoma caracterizado pela dificuldade de transferência do alimento da boca para o estômago e pode ser alta (referida na base do pescoço), média (atrás do esterno) e baixa (na projeção do apêndice xifoide). O diagnóstico etiológico, com base apenas na história clínica, pode ser feito em cerca de 80% dos casos, e esse valor torna-se ainda maior com a realização do esofagograma.

A diferenciação entre disfagia esofagiana e orofaríngea, obstrução mecânica e funcional com o auxílio do esofagograma possibilita a formulação da hipótese diagnóstica mais provável, o início das medidas clínicas para sanar as necessidades imediatas do paciente e, ainda, o encaminhamento correto para os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

A caracterização clínica das condições gerais do paciente, a presença de comorbidades, as medidas clínicas para suprir as suas necessidades imediatas e a realização do exame contrastado do esôfago nos casos indicados devem ser feitas no âmbito da atenção básica. As guias de referência com o resultado dessas avaliações são enviadas da atenção básica para o Complexo Regulador (CR), que faz o encaminhamento dos casos para serviços ambulatoriais especializados, hospitais de média complexidade ou de nível terciário.

A adoção de protocolos clínicos e regulatórios para disfagia a partir dos cenários de apresentação mais frequentes permite compatibilizar as necessidades do paciente com os diferentes perfis dos serviços do Sistema Único de Saúde, garantir a investigação e o tratamento nos tempos mais adequados e, assim, prevenir as complicações nutricionais e respiratórias da disfagia.

CENÁRIOS CLÍNICOS (Fluxograma 67-1)**Cenário I****APRESENTAÇÃO CLÍNICA**

- Dificuldade de iniciar deglutição.
- Tosse, engasgo e regurgitação nasal ao se alimentar.
- Necessidade de várias tentativas para conseguir deglutir o bolo alimentar.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

Disfagia orofaríngea secundária a doenças do sistema nervoso central (SNC) (acidente vascular cerebral [AVC], doença de Parkinson, esclerose múltipla), neuromotor (esclerose lateral amiotrófica, poliomielite), junção neuromuscular (miastenia grave), musculatura estriada (poliomielite, distrofia muscular).

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- No âmbito da atenção básica, suspender a ingestão via oral (prevenção da asfixia e pneumonias secundária à aspiração).
- Passar sonda nasogástrica (SNG), preferencialmente, de fino calibre, em poliuretano e silicone, orientar a dieta e hidratação para manter os aportes calórico e líquido. O posicionamento da sonda deve ser conferido por meio de manobras clínicas e, excepcionalmente, em caso de dúvida, o paciente pode ser encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para radiografia simples de tórax ou abdome. A orientação da dieta, os cuidados, a desobstrução ou a troca da sonda de alimentação podem ser feitos no âmbito da atenção básica.
- O médico da atenção básica encaminha uma guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico ao CR para investigação eletiva do caso.
- O médico da atenção básica alerta o paciente em caso de dispneia ou febre (pneumonia aspirativa). Nessa eventualidade, o paciente é orientado a procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a UPA, ou, ainda a ligar para o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)/Regulação de Urgência no número 192.
- O médico regulador avalia a solicitação e agenda o atendimento em serviço de referência de média complexidade para avaliação gastroenterológica e fonoaudiológica no prazo de 15 dias
- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
 - por telefone pelo CR;
 - por telefone pela atenção básica;
 - pelo agente comunitário de saúde.

- Os retornos ou os tratamentos complementares relacionados com a doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contrarreferência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento passíveis de cuidado nesse nível.
- Os tratamentos complementares necessários fora do âmbito da atenção básica e do serviço especializado devem ser solicitados para o CR por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico.

Cenário II

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Disfagia baixa ou inespecífica lentamente progressiva para sólidos e líquidos.
- Emagrecimento compensado.
- Regurgitação de alimentos não digeridos.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

- Obstrução esofágica funcional secundária a megaesôfago (acalasia) ou a outro distúrbio de motilidade do esôfago.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- No âmbito da atenção básica, orientar a dieta por via oral com líquidos mornos.
- Se houver incapacidade de manter o aporte líquido e calórico por via oral, passar SNG, preferencialmente, de fino calibre, em poliuretano e silicone, e orientar a dieta e a hidratação para manter o aporte. O posicionamento da sonda deve ser conferido por meio de manobras clínicas e, excepcionalmente, em caso de dúvida, o paciente pode ser encaminhado à UPA para radiografia simples de tórax ou abdome. A orientação da dieta, cuidados, a desobstrução ou a troca da sonda de alimentação podem ser feitas no âmbito da atenção básica.
- O médico da atenção básica solicita exame contrastado de esôfago, que deve ser realizado no período de até 15 dias.
- O médico da atenção básica alerta o paciente em caso de dispnéia ou febre (pneumonia aspirativa). Nessa eventualidade, o paciente é orientado a procurar a UBS ou UPA, ou, ainda, ligar para o SAMU/192.
- O médico da atenção básica encaminha uma guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico com todas as informações clínicas e os resultados de exames laboratoriais e de imagem ao CR.

- O médico regulador, de posse do conjunto de informações, consegue discriminar o megaesôfago simples do megaesôfago avançado ou de outro distúrbio de motilidade do esôfago. O megaesôfago, na fase inicial, exibe dilatação esofágica com ondas terciárias e afilamento distal, e, em fase mais avançada, grande dilatação com acúmulo de alimentos e tortuosidade (dólico) (Figura 67-1). Os outros distúrbios de motilidade apresentam um exame normal ou algumas imagens características.
- O médico regulador avalia a solicitação e agenda o atendimento em serviço de referência no prazo de 15 dias.
- O médico regulador deve agendar os casos com acalasia simples e classificação de risco anestésico cirúrgico baixo, segundo a Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA I e II), para serviço especializado de cirurgia digestiva de média complexidade. Os pacientes com megaesôfago avançado ou de risco cirúrgico elevado (ASA III e IV) deverão ser encaminhados para avaliação em hospital terciário. Aqueles com outros distúrbios de motilidade do esôfago deverão ser encaminhados a serviço de gastroenterologia clínica de média complexidade.
- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
 - por telefone pelo CR;
 - por telefone pela atenção básica;
 - pelo agente comunitário de saúde.

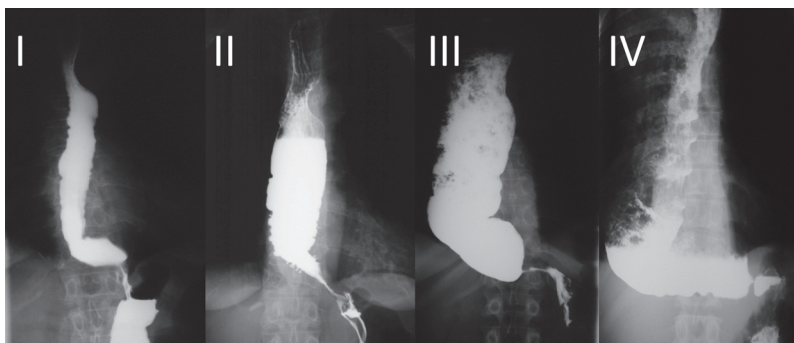


Figura 67-1 Megaesôfago: dilatação do órgão com afilamento distal tipo “bico de pássaro” ou “rabo de rato”. O tamanho da dilatação é variável de acordo com a evolução da doença e o órgão tende a dobrar sobre o diafragma direito nos estágios avançados (dólico). Pode ser classificado em graus segundo exame contrastado padronizado (Esôfago Técnica Padrão) que evidencia retardo no esvaziamento e o tamanho do órgão semelhante ao encontrado *in vivo*. I – Megaesôfago grau I até 4 cm; II – megaesôfago grau II de 4 a 7 cm; III - megaesôfago grau III de 7 a 10 cm e IV – megaesôfago grau IV (com dólico) maior que 10 cm.

- Os retornos ou os tratamentos complementares relacionados com a doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contrarreferência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento passíveis de cuidado nesse nível.
- Os tratamentos complementares necessários fora do âmbito da atenção básica e do serviço especializado devem ser solicitados para o CR por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico.

Cenário III

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Disfagia alta, média ou baixa lentamente progressiva para sólidos.
- Emagrecimento compensado.
- Regurgitação de alimentos não digeridos.
- Pirose e regurgitação crônicas.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

- Obstrução esofágiana mecânica secundária a estenose péptica, divertículo de Zenker, outros divertículos, anel de Shatzki, teias ou membranas esofágicas.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- No âmbito da atenção básica, orientar dieta por via oral com líquidos e pastosos.
- Se houver incapacidade de manter aportes líquido e calórico por via oral, passar SNG, preferencialmente de fino calibre, em poliuretano e silicone, e orientar a dieta e a hidratação para manter o aporte. O posicionamento da sonda deve ser conferido por meio de manobras clínicas e, em caso de dúvida, o paciente pode ser encaminhado à UPA para radiografia simples de tórax ou abdome. A orientação da dieta, os cuidados, a desobstrução ou a troca da sonda de alimentação podem ser feitos no âmbito da atenção básica.
- O médico da atenção básica solicita a realização de exame contrastado de esôfago, que deve ser realizado no período de até 15 dias.
- O médico da atenção básica alerta o paciente em caso de dispnéia ou febre (pneumonia aspirativa). Nessa eventualidade o paciente é orientado a procurar a UBS ou a UPA, ou, ainda, ligar para o SAMU/192.
- O médico da atenção básica encaminha uma guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico com todas as informações clínicas e os resultados de exames laboratoriais e de imagem ao CR.

- O médico regulador, de posse do conjunto de informações, consegue discriminar a causa da obstrução mecânica. A estenose péptica benigna se caracteriza por estreitamento simétrico, com afilamento proximal e distal e contornos lisos (Figura 67-2A). As formações diverticulares (Figura 67-2B) e a estenose em anel ou membrana são bem evidentes ao exame contrastado do esôfago. O médico regulador avalia a solicitação e agenda o atendimento em serviço de referência no prazo de 15 dias.
- O médico regulador deve agendar os casos com divertículos, anéis, teias ou membranas esofágicas e classificação de risco anestésico cirúrgico baixo (ASA I e II) para serviço especializado de cirurgia digestiva de média complexidade. Os pacientes com risco anestésico cirúrgico elevado (ASA III e IV) ou portadores de estenose péptica esofágica deverão ser encaminhados para avaliação em hospital terciário.
- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
 - por telefone pelo CR;
 - por telefone pela atenção básica;
 - pelo agente comunitário de saúde.
- Os retornos ou os tratamentos complementares relacionados com a doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contrarreferência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento passíveis de cuidado nesse nível.
- Os tratamentos complementares necessários fora do âmbito da atenção básica e do serviço especializado devem ser solicitados para o CR por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico.

Cenário IV

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Disfagia alta, média ou baixa rapidamente progressiva de sólidos a líquidos.
- Sinais de alarme (perda de peso, anemia, sangramento, odinofagia, massas palpáveis).
- Fatores de risco (tabagismo, etilismo).

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

- Obstrução esofágica mecânica secundária a neoplasia maligna.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- No âmbito da atenção básica, orientar dieta via oral com líquidos e pastosos.
- Se houver incapacidade de manter aporte líquido e calórico por via oral, passar SNG, preferencialmente de fino calibre, em poliuretano e silicone, orientar a dieta e a hidratação para manter o aporte. O posicionamento da sonda deve ser conferido por meio de manobras clínicas e, em caso de dúvida, o paciente pode ser encaminhado à UPA para radiografia simples de tórax ou abdome. A orientação da dieta, os cuidados, a desobstrução ou a troca da sonda de alimentação podem ser feitos no âmbito da atenção básica.
- O médico da atenção básica solicita a realização de exame contrastado de esôfago, que deve ser realizado no período de até 15 dias.
- O médico da atenção básica alerta o paciente em caso de dispnéia ou febre (pneumonia aspirativa). Nessa eventualidade o paciente é orientado a procurar a UBS ou a UPA, ou, ainda, ligar para o SAMU/192.
- O médico da atenção básica encaminha uma guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico com todas as informações clínicas e os resultados de exames laboratoriais e de imagem ao CR.
- O médico regulador, de posse do conjunto de informações, consegue discriminar a neoplasia maligna do esôfago caracterizado por falha de enchimento no esôfago no exame contrastado (imagem de maçã mordida) (Figura 67-2C). O médico regulador avalia a solicitação e agenda o atendimento em serviço de referência no prazo de 15 dias.
- O médico regulador deve agendar os casos de neoplasia maligna do esôfago para avaliação em hospital terciário.
- O paciente pode ser avisado acerca do dia, local e hora do atendimento da seguinte forma:
 - por telefone pelo CR;
 - por telefone pela atenção básica;
 - pelo agente comunitário de saúde.
- Os retornos ou os tratamentos complementares relacionados com a doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contrarreferência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento passíveis de cuidado nesse nível.
- Os tratamentos complementares necessários fora do âmbito da atenção básica e do serviço especializado devem ser solicitados para o CR por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico.

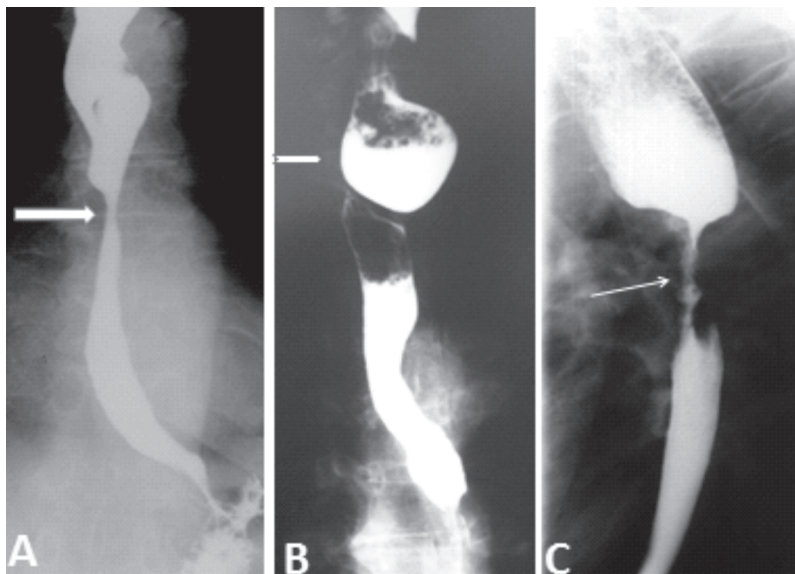


Figura 67-2 As estenoses pépticas são estreitamentos mais suaves com bordas regulares, mantendo também dilatação do órgão acima da estenose (A). Os divertículos são saculações bem visíveis ao exame contrastado do esôfago. O divertículo de Zenker é visualizado como saculação na altura do pescoço, com nível hidroaéreo normalmente localizado à esquerda da linha média (B). A neoplasia maligna do esôfago (C) se apresenta como uma falha de enchimento grosseira do tipo maçã mordida, com dilatação do órgão a montante e calibre e mucosa normais abaixo.

Cenário V

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Incapacidade de ingerir líquidos ou sólidos.
- Incapacidade de posicionamento de sonda de alimentação em paciente com disfagia que não consegue manter o aporte calórico ou líquido por via oral.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

- Disfagia total secundária a ingestão de corpo estranho ou agravamento de doença obstrutiva prévia.

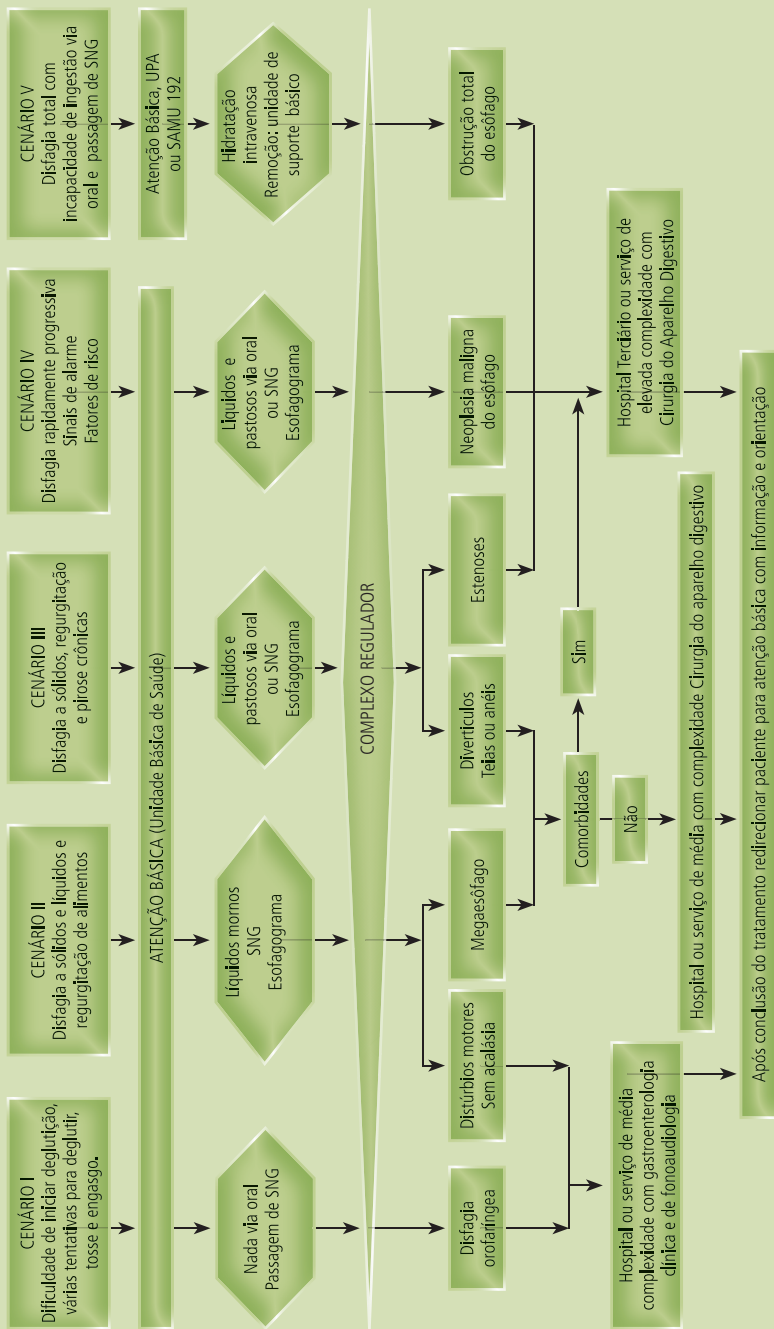
MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- Jejum e acesso venoso periférico para hidratação.
- Acionar o SAMU/192.

- Remoção por meio de uma unidade de suporte básico.
- Encaminhar o paciente para um hospital terciário.
- Após tratamento, a equipe do hospital terciário deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contrarreferência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto.
- A atenção básica continua a cuidar de outras comorbidades ou eventuais problemas advindos do tratamento, passíveis de cuidado nesse nível.
- Os tratamentos complementares necessários fora do âmbito da atenção básica e do serviço especializado devem ser solicitados para o CR por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico.

BIBLIOGRAFIA

- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF; 2004. (Série E. Legislação de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559 de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, agosto de 2008.
- Ferreira JBF, Mishima SM, Santos JS, Forster AC, Ferraz CA. The regulatory complex for health-care from the perspective of its operational players. *Interface (Botucatu)*. 2010;14:345-58.
- Lind CD. Dysphagia: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am*. 2003;32(2):553-75.
- Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen van Zanten SJ, et al. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol*. 2006 Jun;20(6):411-23.
- Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Salgado-Júnior W, Souza FF, Teixeira AC, et al. Clinical and regulatory protocol for the treatment of jaundice in adults and elderly subjects: A support for the health care regulatory system. *Acta Cirur Bras*. 2008;23(1):133-42.
- Saud BM, Szyjkowski RD. A diagnostic approach to dysphagia. *Clin Fam Pract*. 2004;6:525-46.



Fluxograma 67-1 Manejo da disfagia a partir da atenção básica. SNG: Sonda Nasogástrica; UPA: Unidade de Pronto Atendimento; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SEED: Seriógrafia de Esôfago, Estômago e Duodeno.