

Protocolo Clínico e de Regulação para Disfagia no Adulto e Idoso

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 xifóide). 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⁽¹⁾.

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 medidas clínicas para sanar as

^{*} Médico Assistente do Hospital das Clínicas junto à Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRP-USP). gustavomota@usp.br. Av. Bandeirantes, 3900 – 9º andar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP – Brasil – CEP: 14049-900 FONE: (16) 3602-2593/2508 – FAX: (16) 3633-0836.

^{**} Professor Doutor de Cirurgia da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade São Paulo. ajith@fmrp.usp.br. Av. Bandeirantes, 3900 – 9º andar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP – Brasil – CEP: 14049-900 FONE: (16) 3602-2593/2508 – FAX: (16) 3633-0836.

^{***} Professor Doutor de Cirurgia da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade São Paulo. rafaelkemp@terra.com.br. Av. Bandeirantes, 3900 – 9º andar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP – Brasil – CEP: 14049-900 FONE: (16) 3602-2593/2508 – FAX: (16) 3633-0836.

^{****} Professor Associado de Cirurgia da Divisão de Cirurgia Digestiva do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. jsdsanto@fmrp.usp.br. Av. Bandeirantes, 3900 – 9º andar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – SP – Brasil – CEP: 14049-900 FONE: (16) 3602-2593/2508 – FAX: (16) 3633-0836.

necessidades imediatas do paciente e ainda encaminhamento correto para os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde^(1, 2).

A caracterização clínica das condições gerais do paciente, a presença de comorbidades, as medidas clínicas para suprir a 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 contendo 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 hospitais de nível terciário^(3,4,5).

A adoção de protocolos clínicos e regulatórios⁽⁶⁾ 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

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 (acidente vascular cerebral, Doença de Parkinson, esclerose múltipla), neurônio motor (esclerose lateral amiotrófica, poliomielite), junção neuromuscular (miastenia gravis), 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 o aporte 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, cuidados, desobstrução ou troca da sonda de alimentação podem ser feitas 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 dispnéia ou febre (pneumonia aspirativa). Nessa eventualidade, o paciente é orientado a procurar a unidade básica de saúde 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⁽⁷⁾.
- 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 à doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contra-referência 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 mega esôfago (acalasia) ou a outro distúrbio de motilidade do esôfago.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS

- No âmbito da atenção básica, orientar a dieta 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, 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, desobstrução ou troca da sonda de alimentação podem ser feitas no âmbito da atenção básica.
- O médico da atenção básica solicita exame contratado de esôfago que deve ser realizado no período de até 15 dias⁽⁷⁾.
- 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 unidade básica de saúde ou UPA, ou ainda a 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 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⁽⁷⁾
- 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. O pacientes com megaesôfago avançado ou de risco cirúrgico elevado (ASA III e IV) deverão ser encaminhados para avaliação em hospital terciário. Os pacientes com outros distúrbios de motilidade do esôfago deverão ser encaminhados a serviço de gastroentelgia 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.
- Os retornos ou os tratamentos complementares relacionados à doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contra-referência 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 esofagiana mecânica secundária a estenose péptica, divertículo de Zenker, outros divertículos, anel Shatzki, teias ou membranas esofagianas.

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 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, cuidados, desobstrução ou troca da sonda de alimentação podem ser feitas no âmbito da atenção básica.
- O médico da atenção básica solicita a realização de exame contratado de esôfago que deve ser realizada no período de até 15 dias⁽⁷⁾.
- 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 unidade básica de saúde ou PA, ou ainda a 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 com de contornos lisos (Figura 2A). As formações diverticulares

(Figura 2B) e estenose em anel ou membrana são bem evidentes ao exame contratado do esôfago. O médico regulador avalia a solicitação e agenda o atendimento em serviço de referência no prazo de 15 dias⁽⁷⁾.

- 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 à doença são agendados pelo próprio serviço especializado.
- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contra-referência 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 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, cuidados, desobstrução ou troca da sonda de alimentação pode ser feita no âmbito da atenção básica.

- O médico da atenção básica solicita a realização de exame contrastado de esôfago que deve ser realizada no período de até 15 dias⁽⁷⁾.
- 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 unidade básica de saúde ou a UPA, ou ainda a 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 2 C). O médico regulador avalia a solicitação e agenda o atendimento em serviço de referência no prazo de 15 dias⁽⁷⁾.
- 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 à doença são agendados pelo próprio serviço especializado.

- A equipe do serviço especializado deve redirecionar o paciente para a atenção básica por meio de contra-referência com a descrição do tratamento realizado e o complementar eventualmente proposto. A atenção básica continua a cuidar de outras co-morbidades 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 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 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 contra-referência 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.

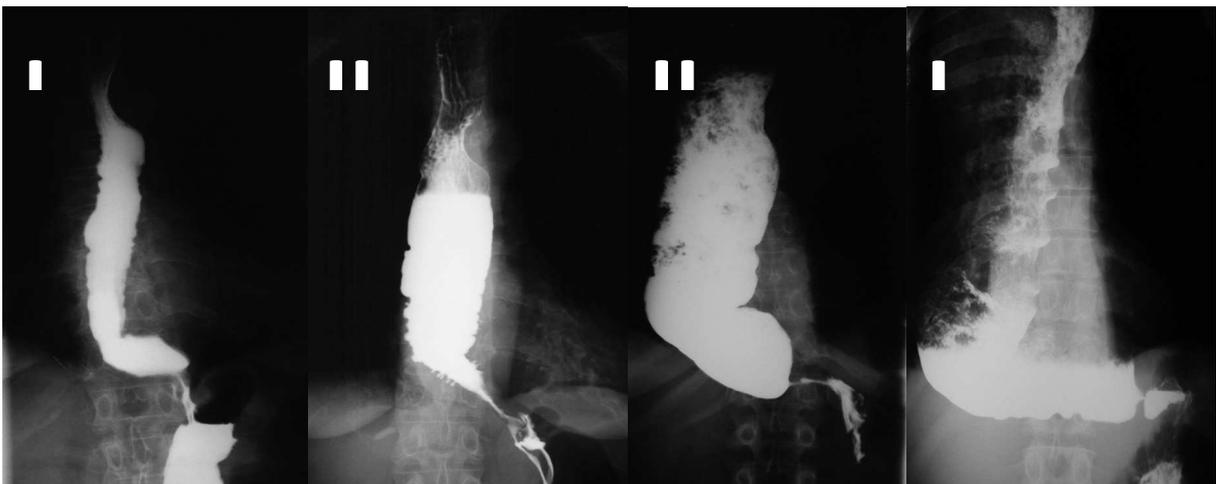


Figura 1- Megaesôfago: dilatação do órgão com afilamento distal tipo “bico de pássaro” ou “rabo de rato” . O tamanho da dilatação é variável de acordo com a evolução da doença e o órgão tende a dobrar sobre o diafragma direito nos estágios avançados (dólico). Pode ser classificado em graus segundo exame contratado 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 7cm; III- Megaesôfago Grau III de 7 a 10cm e Megaesôfago Grau IV(com dólico) maior que 10cm.

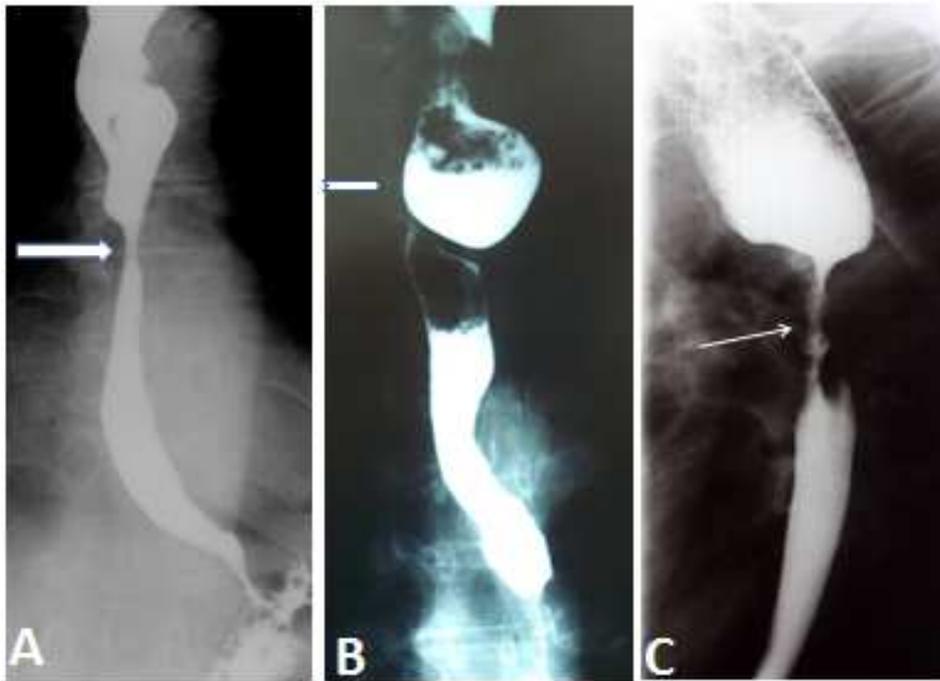
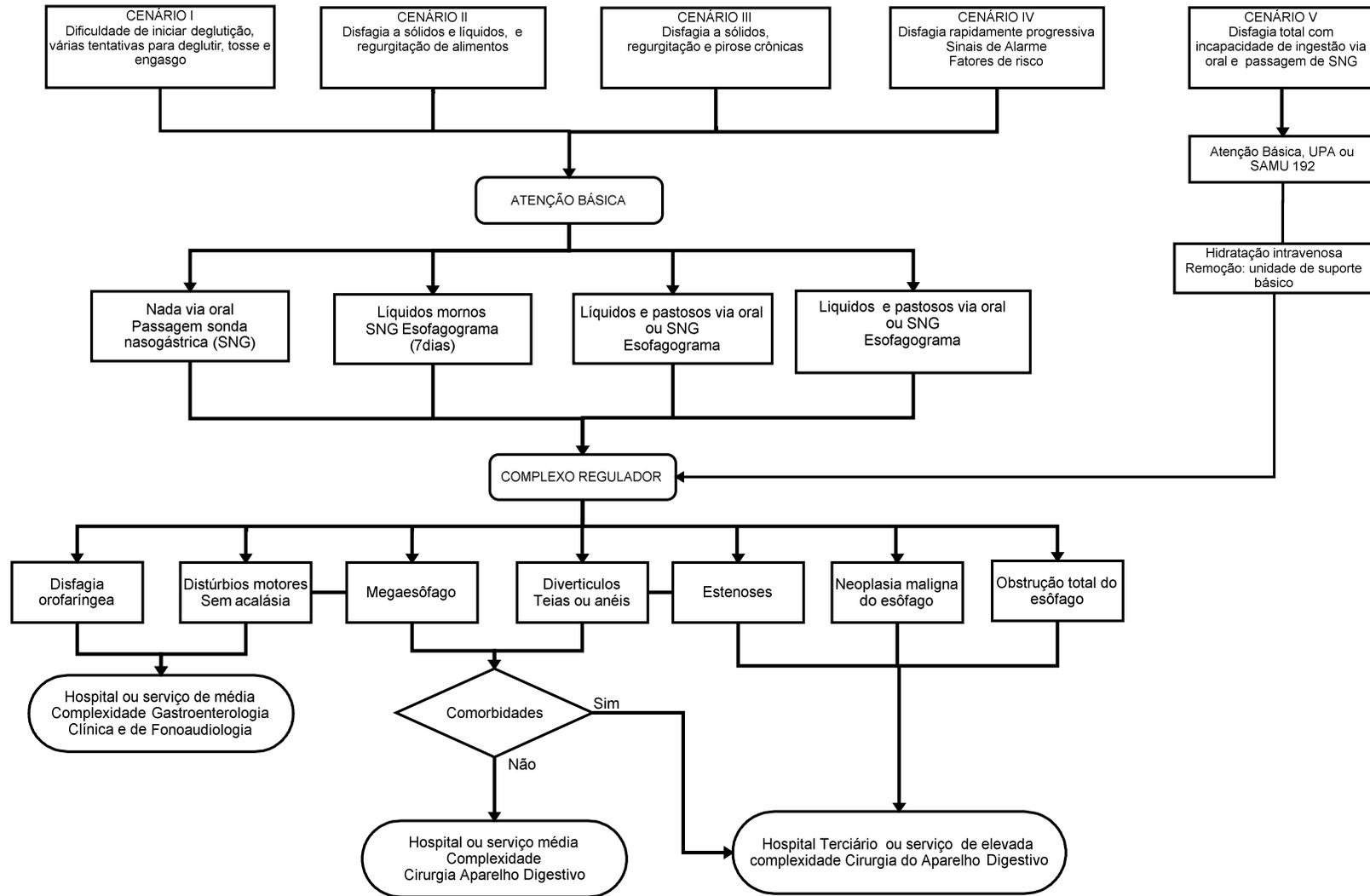


Figura 2- As estenoses pépticas são estreitamentos mais suaves com bordas regulares mantendo também dilatação do órgão acima da estenose (A). Os divertículos são saculações bem visíveis ao exame de contrastado do esôfago. O divertículo de Zenker é visualizado como saculação na altura do pescoço, com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



BIBLIOGRAFIA

1. Lind CD. Dysphagia: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003 Jun;32(2):553-75.
2. Saud BM, Szykowski RD. A diagnostic approach to dysphagia. *Clin Fam Pract* 2004; 6: 525–46.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências – Brasília /MS, 2004. 236p;il.-(série E. Legislação de Saúde)
4. 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.*
5. Ferreira JBF, Mishima SM, Santos JS, Forster AC, Ferraz CA. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. *Interface (Botucatu. Impresso)* 2010; 14: 345-358.
6. Santos JS 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 Cirurgica Brasileira* 2008;23(1);133-142.
7. Paterson WG, Depew WT, Paré P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen van Zanten SJ, Daniels S; Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol.* 2006 Jun;20(6):411-23.