

Aula 44 – Casos Clínicos Interativos (Parte 1)

Seja bem-vindo à Aula 44. Até agora, navegamos por águas teóricas profundas: anatomia, fisiologia, avaliação e técnicas terapêuticas. Mas todo fonoaudiólogo sabe que o verdadeiro aprendizado, aquele que acelera o coração e firma o conhecimento, acontece quando um paciente real está à nossa frente. É nesse momento que os conceitos precisam sair dos livros e se transformar em ação clínica, em tomada de decisão.

Esta aula é o seu primeiro "round" nesse ringue prático. Projetamos este módulo não como um teste de memorização, mas como um exercício de *raciocínio clínico*. Você está cansado após um dia de trabalho ou estudo? Ótimo. É exatamente nesse estado que muitas das nossas decisões mais críticas são tomadas. Queremos treinar sua capacidade de conectar os pontos sob pressão, com empatia e método.

Ao final desta aula, você será capaz de:

- Integrar dados de anamnese e avaliação de um paciente neurológico
- Formular hipóteses diagnósticas com base em sinais clínicos e instrumentais
- Esboçar um plano terapêutico inicial que considere as diretrizes atuais, como a **IDDSI** e a **CIF**

Vamos dissecar um caso do início ao fim, mostrando como um fonoaudiólogo experiente pensa. Prepare-se para aplicar tudo o que aprendeu.

Conhecendo o Paciente (O Contexto)

Caso Clínico: "Sr. M.A.S., 68 anos, sexo masculino, deu entrada na emergência há 72 horas com quadro súbito de hemiparesia à direita e afasia de expressão. Tomografia computadorizada de crânio confirmou **Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico** em território de artéria cerebral média esquerda."

Antes mesmo de ver o paciente, seu cérebro clínico já deve estar trabalhando. Um AVC nessa região é como um terremoto em uma área crítica da cidade. A artéria cerebral média (ACM) irriga áreas vitais para a linguagem (levando à afasia) e para o controle motor da face e membros (levando à paresia). A disfagia pós-AVC é extremamente comum, e a localização na ACM esquerda nos deixa em alerta máximo para o controle motor e sensorial da deglutição, especialmente na fase oral e faríngea.

Status Clínico

Paciente clinicamente estável

Alerta da Enfermagem

"Tossiu muito" durante oferta de água

Observação Adicional

Parece "cansado para comer" a dieta pastosa

O paciente está clinicamente estável, mas a equipe de enfermagem relata que ele "tossiu muito" durante a tentativa de oferta de água e parece "cansado para comer" a dieta pastosa que foi liberada pela equipe médica sem avaliação fonoaudiológica prévia. Esse é o nosso ponto de partida. Não estamos apenas olhando para um diagnóstico médico (AVC); estamos olhando para as *consequências funcionais* desse diagnóstico, que é onde a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) nos orienta a focar.

O Problema Imediato (Os Sinais de Alerta)

Você entra no quarto. Sr. M.A.S. está semialertado, mas responde a comandos simples. A hemiparesia à direita é visível, com assimetria facial (sulco nasolabial direito apagado) e dificuldade em manter o selamento labial. A afasia de expressão limita sua comunicação verbal, mas ele demonstra compreensão. O "alerta" da enfermagem sobre a tosse é o nosso primeiro e mais óbvio *senal de alerta*.

A Tosse como Alarme

A tosse durante ou após a deglutição é um mecanismo de defesa vital. Pense nela como o alarme de incêndio do sistema respiratório. Quando algo (alimento, saliva, líquido) "pega o caminho errado" e entra na via aérea (penetração laríngea ou aspiração traqueal), o corpo reage com uma tosse reflexa para expulsar o invasor.

O Perigo Silencioso

No entanto, em pacientes neurológicos como o Sr. M.A.S., esse alarme pode estar "defeituoso". Ele pode aspirar *sem* tossir, o que chamamos de **aspiração silenciosa**.

Sinais de Alerta Identificados

- **Tosse durante deglutição:** Mecanismo de defesa ativado
- **Fadiga ao comer:** Possível ineficiência na ejeção oral ou estase faríngea
- **Assimetria facial:** Comprometimento do vedamento labial
- **Afasia de expressão:** Limitação na comunicação verbal

A observação da enfermagem de que ele está "cansado para comer" é outra pista crucial. A deglutição é um ato motor complexo que exige esforço. O cansaço pode indicar ineficiência na ejeção oral, estase em recessos faríngeos (o alimento "para" no caminho) ou até mesmo um quadro respiratório comprometido que torna a coordenação deglutição-respiração exaustiva. Nossa missão agora é investigar: esse alarme (tosse) está funcionando? Quão grande é o risco? E o que a fadiga nos diz sobre a eficiência do processo?

A Avaliação Clínica Beira-Leito

Com as hipóteses em mente (risco de aspiração, provável comprometimento de fase oral e faríngea), iniciamos a **Avaliação Clínica Beira-Leito** (Bedside Swallow Assessment - BSA). Este não é um momento para adivinhações; é um momento de coleta sistemática de dados. Começamos sem comida, avaliando as estruturas orofaríngeas em repouso e em movimento.

01

Avaliação Estrutural

Pedimos ao Sr. M.A.S. para abrir a boca, lateralizar a língua, protruir os lábios. Observamos a paresia facial direita limitando o vedamento labial e uma dificuldade na lateralização da língua para o lado direito.

02

Teste de Tosse Voluntária

Testamos o reflexo de tosse voluntária (pedindo que ele tussa "de propósito"), e ele apresenta uma tosse fraca, "fofa", indicando dificuldade no fechamento glótico e na pressão expiratória.

03

Teste com Alimentos

Iniciamos os testes com oferta de alimentos, seguindo um protocolo de volume e consistência. Começamos com um volume pequeno de consistência pastosa (pudim).

Achados da Avaliação

Força Motora Oral

✘ Comprometida

- Paresia facial direita
- Vedamento labial limitado
- Lateralização de língua prejudicada

Reflexo de Tosse

⚠ Fraco

- Tosse "fofa"
- Fechamento glótico deficiente
- Pressão expiratória reduzida

Deglutição de Pastoso

🔍 Alterada

- Preparo oral lento
- Escape pelo canto direito
- Múltiplas deglutições

Observamos um preparo oral lento, com escape de alimento pelo canto direito da boca e necessidade de várias deglutições para limpar a cavidade oral (sugestivo de estase). O mais importante: após a deglutição, ouvimos sua voz.

Decifrando os Sinais: A Voz Molhada

Ao pedir para o Sr. M.A.S. dizer "Ah" após deglutir o pastoso, ouvimos uma mudança clara na qualidade vocal. A voz soa "borbulhante" ou "gorgolejante". Esse sinal clínico é conhecido como **voz molhada** (ou *wet voice*).

Analogia Clínica: Pense na voz molhada como o som de alguém tentando falar com água na boca. No contexto da disfagia, essa "água" não está na boca; ela está parada *em cima* das pregas vocais, no vestíbulo laríngeo.

Quando o ar passa pelas pregas vocais para produzir som, ele borbulha através desse resíduo de alimento ou saliva, criando a qualidade vocal alterada. Este é um dos sinais clínicos mais fortes de penetração laríngea (o alimento entrou na "porta" da via aérea, mas ainda não passou para a traqueia) ou até mesmo de aspiração.

Juntando as Peças do Quebra-Cabeça

1

Escape Oral

Fraqueza de lábios (paresia facial)

2

Preparo Lento

Fraqueza de língua e provável estase em valécula ou seios piriformes

3

Tosse Fraca

Incompetência laríngea e/ou fraqueza expiratória

4

Voz Molhada

Acúmulo de resíduo em região laríngea (penetração)



💡 Limitação da Avaliação Clínica

A avaliação clínica foi rica, mas ela tem um limite. Ela é como olhar para a ponta de um iceberg. Vemos os sinais externos (escape, voz molhada), mas não vemos o que está acontecendo *durante* o momento exato da deglutição. Ele está aspirando silenciosamente? Quão grave é a estase?

A Necessidade da Avaliação Instrumental

A avaliação beira-leito nos deu fortes indícios, mas não certezas absolutas. A combinação de fatores de risco (AVC recente, parestia facial, tosse fraca) com os sinais clínicos (voz molhada, deglutições múltiplas) coloca o Sr. M.A.S. em alto risco. As diretrizes de associações como a **ASHA (American Speech-Language-Hearing Association)** e a **DRS (Dysphagia Research Society)** são claras: quando a avaliação clínica é inconclusiva ou sugere alto risco de aspiração (especialmente silenciosa), a avaliação instrumental é o padrão-ouro.

Analogia Médica: Não indicar um exame instrumental neste momento seria como um cardiologista tentar diagnosticar um infarto apenas ouvindo o peito do paciente, sem pedir um eletrocardiograma.

Por Que a Avaliação Instrumental é Essencial?

Limitações da Avaliação Clínica

Sensibilidade e especificidade limitadas. Não podemos *ver* a fisiologia faríngea. Estamos apenas *inferindo* com base em sinais indiretos.

Definição de Segurança

Para definir a segurança da dieta (ele pode comer? o quê?) e guiar a reabilitação (quais exercícios?), precisamos de imagens.

Opções de Avaliação Instrumental

VFS (Videofluoroscopia)

Também conhecida como: Videodeglutograma

Vantagens:


- Visão lateral de todas as fases
- Inclui fase esofágica inicial
- Excelente para ver dinâmica do movimento

FEES (Videoendoscopia)

Nome completo: Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing

Vantagens:

- Visão superior direta da laringe
- Antes e depois da deglutição
- Excelente para visualizar resíduos e sensibilidade

 **Decisão Clínica:** Dada a suspeita de comprometimento de fase faríngea e a necessidade de ver a dinâmica completa, optamos pela **VFS**.

A Lente da Videofluoroscopia (VFS)

Levamos o Sr. M.A.S. à sala de radiologia para a VFS. O objetivo é testar diferentes volumes e consistências (contrastados com bário) para observar a fisiologia e identificar o ponto exato da falha. Usamos o protocolo **MBSImP (Modified Barium Swallow Impairment Profile)** como guia para analisar os componentes.

Achados da Videofluoroscopia

Fase Oral

O exame confirma a dificuldade na lateralização da língua e o escape labial à direita. O trânsito oral está lentificado.

Fase Faríngea (Líquido Fino) ⚠

Aqui está o problema central. Ao deglutir 5ml de líquido fino, observamos:

- **Atraso no disparo do reflexo faríngeo:** O líquido "cai" antes que a laringe se feche
- **Penetração Laríngea (Score 3 na PAS):** O líquido entra no vestíbulo laríngeo, toca as pregas vocais, mas *não* é ejetado
- **Aspiração Traqueal (Score 7 na PAS):** O líquido ultrapassa as pregas vocais e entra na traqueia
- **Ausência de Tosse:** O mais grave. Ele aspirou, e o "alarme" não tocou. Temos uma **aspiração silente**

Fase Faríngea (Pastoso)

Com a consistência pudim, a situação melhora. O trânsito é mais lento, dando tempo para a laringe se proteger. No entanto, observamos **estase significativa em valécula** (o espaço entre a base da língua e a epiglote), devido à fraqueza de ejeção da língua.

📄 🎯 Escala PAS (Penetration-Aspiration Scale)

A escala PAS vai de 1 (material não entra na via aérea) a 8 (aspiração com resíduo na traqueia, sem resposta). Score 3 = penetração até pregas vocais. Score 7 = aspiração com tosse ausente ou ineficaz.

Integrando os Achados: O Diagnóstico Funcional

Agora temos o quadro completo. A avaliação clínica (BSA) levantou a bandeira vermelha, e a avaliação instrumental (VFS) nos mostrou exatamente onde está o "incêndio". É hora de sintetizar tudo isso em um diagnóstico fonoaudiológico funcional, usando as classificações modernas.



Diagnóstico Nosológico

**Disfagia Orofaríngea
Neurogênica Pós-AVC**



Funcionalidade (CIF)

Comprometimento nas *Funções do Corpo* (b310 - funções da voz, b510 - funções da ingestão) e limitação severa na *Atividade* de "Beber" (d560) e moderada na de "Comer" (d550).



Gravidade e Dieta (IDDSI)

Aspirou líquido fino (Nível 0) e teve estase significativa com pastoso (Nível 4). Melhor desempenho com Nível 4 - Extremamente Espesso (Pudim), mas aspiração de líquido foi clara.

Diagnóstico Fonoaudiológico Completo

Disfagia Orofaríngea Neurogênica Moderada a Severa, caracterizada por comprometimento em fase oral (escape labial, ejeção lingual ineficiente) e faríngea (atraso no disparo, redução de elevação laríngea, aspiração silente para líquidos finos e estase em valécua para pastosos).



Recomendação Imediata

- **Suspensão da via oral (VO) para líquidos**
- **Alimentação por Sonda Nasoenteral (SNE)** para hidratação e nutrição
- Início imediato de fonoterapia

Traçando o Plano Terapêutico (Os Objetivos)

Com o diagnóstico firmado, passamos da *Explicação* para a *Solução*. Não podemos simplesmente dizer "não coma". Precisamos de um plano de reabilitação ativo. O objetivo da terapia de disfagia não é apenas manter o paciente sem pneumonias; é, sempre que possível, reabilitar a função e devolver o prazer e a segurança da alimentação.


Analogia: Pense no plano terapêutico como um mapa de GPS. Precisamos de um destino final (a longo prazo) e das curvas imediatas (a curto prazo).

Objetivos de Curto Prazo (Foco na Segurança)

1. Eliminar a aspiração silente e proteger a via aérea
2. Melhorar a higiene oral e o gerenciamento de saliva (para evitar aspiração de secreções)
3. Educar o paciente (dentro de suas limitações de afasia) e a família sobre os riscos e o plano

Objetivos de Longo Prazo (Foco na Função)

1. Restaurar a deglutição segura e eficiente para, no mínimo, consistências pastosas (IDDSI 4)
2. Fortalecer a musculatura orofaríngea (lábios, língua, elevação laríngea) para melhorar a eficiência e proteção
3. Reintroduzir a via oral de forma segura, visando a retirada da SNE

 **Abordagem Terapêutica:** Para atingir esses objetivos, vamos usar uma abordagem mista: estratégias que **compensam** o problema imediatamente e estratégias que **reabilitam** a função ao longo do tempo.

O Plano de Ação (Parte 1): Estratégias Compensatórias

As estratégias compensatórias são como usar uma muleta quando se quebra a perna. Elas não "curam" o problema subjacente (a fraqueza muscular), mas permitem que o paciente funcione com mais segurança *enquanto* a reabilitação acontece. Para o Sr. M.A.S., elas são vitais.



Via Alternativa de Alimentação

A primeira compensação, infelizmente, é a **via alternativa de alimentação (SNE)**. Isso garante que ele não desidrate ou desnutra enquanto trabalhamos. Mas a terapia não para aí.



Estimulação Oral e Gerenciamento de Secreções

Vamos iniciar um programa de **estimulação oral e gerenciamento de secreções**. Isso envolve higiene oral rigorosa (fundamental para prevenir pneumonia aspirativa caso ele aspire a própria saliva) e estimulação sensorial (térmica, tátil) na cavidade oral para "acordar" o sistema e melhorar a prontidão para a deglutição.



Manobras Posturais

Além disso, introduzimos **manobras posturais**. A VFS nos permite testar isso em tempo real. Por exemplo, poderíamos testar a **manobra de queixo para baixo (chin-tuck)**.

Como Funciona a Manobra Chin-Tuck?

Pense nisso como "fechar um pouco o portão" da via aérea. Ao abaixar o queixo, o espaço da valécula aumenta (ajudando na estase) e a entrada da laringe fica mais protegida, o que pode prevenir a aspiração de líquidos.

Protocolo de Teste: Se a VFS mostrar que essa manobra é eficaz, podemos começar a treinar pequenos volumes de consistências seguras (como o espessado) usando-a.

O Plano de Ação (Parte 2): Estratégias Reabilitadoras

As "muletas" (compensações) são importantes, mas queremos que o Sr. M.A.S. volte a andar. É aqui que entram as estratégias reabilitadoras (ou ativas). Elas são os exercícios de fisioterapia para os músculos da deglutição. O objetivo é gerar **neuroplasticidade** – fazer o cérebro encontrar novos caminhos para executar a função perdida após o AVC.

Com base nos achados da VFS (estase em valécula, redução da elevação laríngea), o plano de reabilitação deve focar em:



Força de Base de Língua

A estase em valécula ocorre porque a língua não tem força suficiente para "empurrar" o alimento para baixo.

Exercícios:

- **Manobra de Masako:**
Deglutir com a língua entre os dentes
- **Exercícios de pressão:**
Língua contra o palato (usando espátula ou dispositivo de biofeedback)



Elevação Laríngea

A VFS mostrou que a laringe não subia e fechava rápido o suficiente.

Exercícios:

- **Manobra de Shaker:**
Elevação da cabeça em decúbito dorsal
- **CTAR:** Chin Tuck Against Resistance - fortalecem os músculos supra-hioideos



Fechamento Glótico

A tosse fraca e a aspiração indicam um fechamento ruim das pregas vocais.

Exercícios:

- **Exercícios de "empuxo":**
Puxar uma cadeira ou empurrar as mãos uma contra a outra enquanto faz fonação
- **Objetivo:** Melhorar a adução glótica



Princípio da Neuroplasticidade

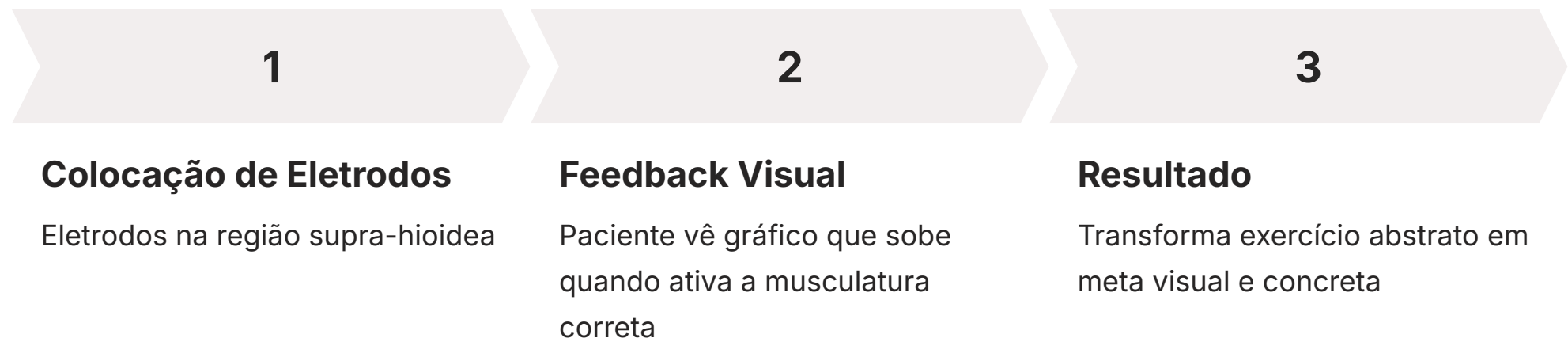
Esses exercícios não apenas fortalecem músculos; eles "retreinam" o cérebro a coordenar a deglutição de forma mais eficiente, criando novos circuitos neurais para compensar as áreas lesionadas pelo AVC.

Integrando Inovações (Tecnologia e Telessaúde)

Estamos em 2025, e nossa prática deve refletir as ferramentas disponíveis. O plano de reabilitação do Sr. M.A.S. pode ser imensamente potencializado pela tecnologia, uma das tendências que destacamos no início do curso.

Biofeedback com Eletromiografia de Superfície (sEMG)

Pense nos exercícios de fortalecimento, como o Shaker ou a pressão de língua. Como o paciente sabe se está fazendo certo, especialmente com afasia e déficits motores? Aqui entra a **Eletromiografia de Superfície (sEMG)**.



Analogia: É como ter um espelho para o músculo. Isso transforma um exercício abstrato ("engula forte") em uma meta visual e concreta, acelerando a neuroplasticidade.

Telessaúde (Telefonaudiologia)

E o que acontece quando o Sr. M.A.S. tiver alta? Ele precisará continuar os exercícios em casa. A **Telessaúde (Telefonaudiologia)**, que explodiu em necessidade e regulamentação (como as resoluções do CFFa), é a resposta.



Sessões por Vídeo

Acompanhamento remoto para garantir adesão aos exercícios



Monitoramento de Segurança

Acompanhar a segurança com a dieta que será reintroduzida aos poucos



Ajuste do Plano

Modificar estratégias sem necessidade de deslocamento do paciente

A Força da Abordagem **Multidisciplinar**

Nenhum fonoaudiólogo reabilita um paciente como o Sr. M.A.S. sozinho. A disfagia é um problema complexo que exige uma orquestra afinada, não um solista. A abordagem multidisciplinar, uma diretriz central da prática moderna (endossada pela SBFa e outras entidades), é a única forma de garantir um desfecho positivo.

Analogia Musical: Pense no fonoaudiólogo como o maestro da deglutição, mas ele precisa de outros músicos.



Nutrição

Papel: Parceiro mais próximo

Nós definimos a *textura* segura (Nível IDDSI 4, Nível IDDSI 3, etc.), e a nutricionista garante que essa textura forneça a *caloria* e os *nutrientes* necessários. Elas monitoram o peso e garantem que a SNE esteja adequada, evitando a desnutrição que pode sabotar toda a reabilitação.



Equipe Médica

Papel: Estabilidade clínica

Neurologista/Clinico monitoram a estabilidade clínica. Uma infecção, uma mudança na medicação (alguns remédios podem piorar a disfagia) ou uma piora do nível de consciência impactam diretamente nossa terapia.



Fisioterapia

Papel: Base postural

O Sr. M.A.S. tem hemiparesia. A fisioterapia trabalha o controle de tronco e cervical. De que adianta planejar uma manobra postural (chin-tuck) se o paciente não tem sustentação para ficar sentado? O controle postural é a *base* para uma deglutição segura.



Enfermagem

Papel: Vigilância 24h

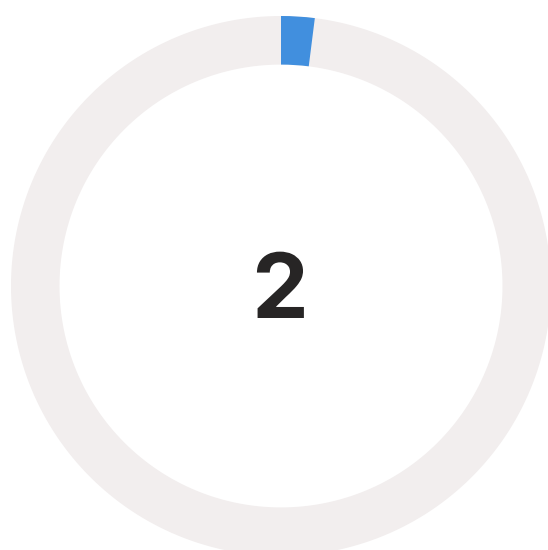
São nossos olhos e ouvidos 24 horas por dia. Eles administram a SNE, realizam a higiene oral que prescrevemos e são os primeiros a notar sinais de broncoaspiração (como febre ou tosse) fora da terapia.



Importante: Sem essa colaboração, nosso plano terapêutico, por melhor que seja, falhará.

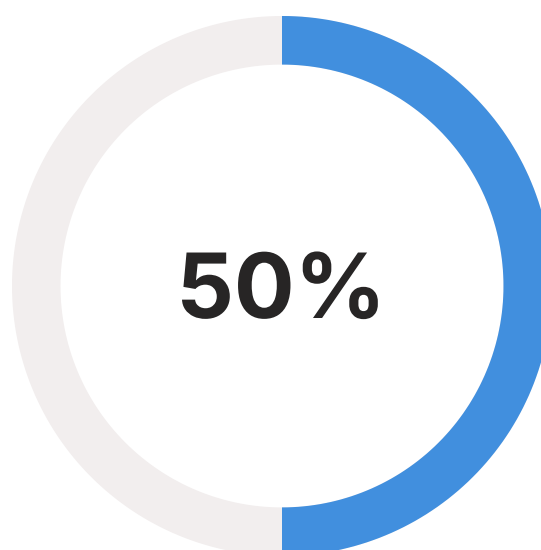
Evolução, Prognóstico e Reavaliação

O plano está traçado e a equipe está alinhada. Começamos a terapia intensiva com o Sr. M.A.S., 5 vezes por semana. Após duas semanas de exercícios focados (Shaker, Masako, exercícios com biofeedback sEMG) e treinamento de manobras compensatórias, observamos uma melhora clínica.



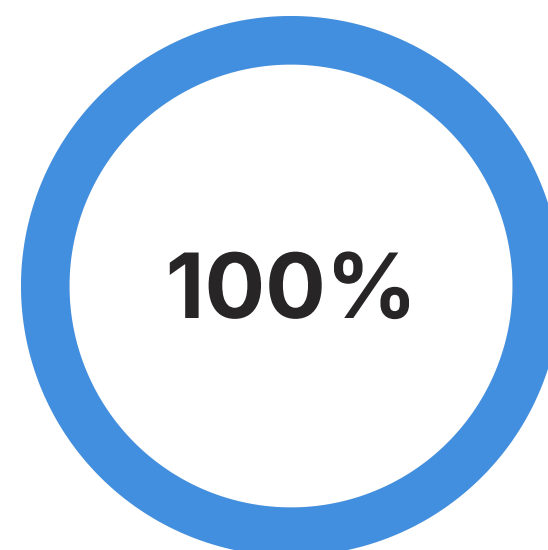
Semanas de Terapia Intensiva

5 sessões por semana



Redução da Estase

Em valécula com pastoso



Segurança com Chin-Tuck

Para líquido espessado

Sinais de Melhora Clínica

✓ Alerta

Ele está mais alerta

✓ Escape Oral

O escape oral diminuiu

✓ Voz Molhada

Não é mais tão frequente após deglutição de saliva

Isso é um bom sinal. Mas "achar" não é o suficiente na fonoaudiologia baseada em evidências. Precisamos *provar* a melhora e decidir o próximo passo. Como saber quando é seguro reintroduzir a via oral?

📄 🧐 Necessidade de Reavaliação Instrumental

É hora de uma **reavaliação instrumental**. Repetimos a VFS (ou, desta vez, uma FEES, para avaliar melhor a estase e a sensibilidade).

Resultados da Reavaliação

O novo exame mostra que, com a manobra de chin-tuck, ele agora deglute líquido espessado (IDDSI Nível 3 - Moderadamente Espesso) **sem aspiração**. A estase em valécula com pastoso diminuiu em 50%.

01

Sinal Verde para Progressão

Iniciamos a liberação da dieta via oral para consistência IDDSI Nível 4 (Pudim) sob supervisão

02

Manutenção da SNE

Mantendo a SNE para complementar a hidratação (com os líquidos espessados)

03

Processo Dinâmico

A reabilitação não é um evento único; é um processo dinâmico de avaliar, intervir, reavaliar e progredir

Consolidação e Próximos Passos

Nesta aula, dissecamos um caso de disfagia neurogênica pós-AVC, indo do prontuário ao plano de alta. Vimos como os sinais clínicos (tosse, voz molhada) são a ponta do iceberg, e como a avaliação instrumental (VFS) é essencial para iluminar o que está submerso. Usamos classificações modernas (CIF, IDDSI) e integramos tecnologias (sEMG, Telessaúde) e a abordagem multidisciplinar para construir um plano de reabilitação robusto.

Em Prática

1

Desconfie dos Sinais

Sempre desconfie de um paciente neurológico com tosse ou voz molhada após a deglutição.

2

Aspiração Silente

A aspiração silente é comum; a avaliação clínica *não* é suficiente para descartá-la.

3

Use a IDDSI

Use a IDDSI como linguagem universal para comunicar consistências com a equipe de nutrição.

4

Plano Duplo

Seu plano terapêutico deve ter estratégias compensatórias (segurança imediata) e reabilitadoras (função a longo prazo).

5

Trabalho em Equipe

A reabilitação da disfagia é um esporte de equipe. Comunique-se diariamente com nutrição, fisio e enfermagem.

Autoavaliação

1. (Nível Fácil) Qual dos seguintes achados da avaliação clínica beira-leito é o indicador mais forte de penetração/aspiração laríngea?

- A) Escape labial à direita.
- B) Múltiplas deglutições.
- C) Voz molhada pós-deglutição.
- D) Assimetria facial em repouso.

2. (Nível Médio) No caso do Sr. M.A.S., a VFS revelou aspiração silente para líquidos finos. Isso significa que:

- A) O paciente aspirou, mas tossiu vigorosamente para limpar a via aérea.
- B) O paciente aspirou (o alimento passou das pregas vocais), mas não apresentou reflexo de tosse.
- C) O paciente teve penetração (o alimento tocou as pregas vocais), mas não aspirou.
- D) O paciente deglutiou o líquido fino com segurança.

3. (Nível Difícil - Estilo Concurso) A equipe de fonoaudiologia identificou estase em valécula na VFS do Sr. M.A.S. e prescreveu a Manobra de Masako e exercícios com biofeedback sEMG. O objetivo fisiológico principal dessa combinação terapêutica é:

- A) Aumentar a adução glótica e prevenir a aspiração.
- B) Melhorar o vedamento labial e o controle oral.
- C) Fortalecer a musculatura supra-hioidea para melhorar a elevação laríngea.
- D) Aumentar a força de ejeção da base da língua e reduzir resíduos faríngeos.

4. (Nível Especialista) Ao prescrever a dieta, o fonoaudiólogo recomendou "Nível 4" da IDDSI. Isso se refere a uma consistência:

- A) Líquido fino (como água).
- B) Líquido levemente espesso (como néctar).
- C) Pastoso/Pudim (extremamente espesso, liso, não requer mastigação).
- D) Alimentos macios e em pedaços (requer mastigação).

5. (Questão Discursiva) Explique resumidamente por que a abordagem multidisciplinar foi essencial no caso do Sr. M.A.S., citando a principal contribuição da Nutrição e da Fisioterapia.

Gabarito e Recursos Adicionais

Gabarito

Questão 1

Resposta: C

A voz molhada indica resíduo na entrada da via aérea.

Questão 2

Resposta: B

"Silente" refere-se à ausência do reflexo protetivo da tosse durante a aspiração.

Questão 3

Resposta: D

A estase em valécula é causada por fraqueza na base da língua. Masako e sEMG (nos músculos corretos) visam fortalecer essa ejeção.

Questão 4

Resposta: C

O Nível 4 da IDDSI é "Extremamente Espesso" (Pureed).

Resposta Esperada (Questão Discursiva)

A **Nutrição** foi vital para garantir a hidratação e aporte calórico via SNE (evitando desnutrição) enquanto a via oral estava suspensa, e para adequar a dieta (Nível 4) quando liberada. A **Fisioterapia** foi essencial para trabalhar o controle de tronco e cervical, fornecendo a base postural necessária para o Sr. M.A.S. realizar as manobras de deglutição com segurança.

Próxima Aula

- Na **Aula 45 – Casos Clínicos Interativos (Parte 2)**, vamos mudar o cenário. Analisaremos um caso de disfagia em um paciente com doença neurodegenerativa (como Parkinson ou ELA), onde o desafio não é a recuperação pós-lesão aguda, mas o manejo de uma condição progressiva.

Recursos Adicionais

1

IDDSI.org

Explore o framework completo, com vídeos e testes de consistência. (Essencial para prática clínica).

2

Artigo Sugerido

"Dysphagia management in acute stroke: current evidence" (Pesquise no PubMed/SciELO). Para aprofundar nas evidências do que vimos hoje.