

DISFAGIA OROFARÍNGEA EM INDIVÍDUOS PORTADORES DE HANSENÍASE

Oropharyngeal dysphagia in individuals with hansen's disease

Verginia Mara Villar ⁽¹⁾, Cristina Lemos Barbosa Furia ⁽²⁾, Edgard José Franco Mello Junior ⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: identificar e classificar o grau da disfagia orofaríngea em indivíduos portadores de hanseníase virchowiana. **Métodos:** 43 pacientes moradores do Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru-SP, 12 do sexo feminino e 31 do sexo masculino, na faixa etária entre 42 a 88 anos (média: 67 anos). Foi aplicado um questionário contendo perguntas relacionadas a alimentação e um protocolo de avaliação da disfagia. **Resultados:** 9 (21%) disfagia leve, 2 (4,6%) disfagia moderada e 1 (2,4%) disfagia severa. **Conclusão:** dos 43 pacientes avaliados, 31 (72%) apresentaram uma deglutição eficiente. Não é possível afirmar que todo o paciente com hanseníase é disfágico, tendo em vista fatores iatrogênicos, idade avançada e diagnóstico, e intervenção precoce da hanseníase.

DESCRITORES: Disfagia; Hanseníase; Idoso

■ INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma moléstia infecciosa crônica, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* ¹. A hanseníase pode ser classificada de acordo com o aspecto, sinais e sintomas, contágio, tratamento e prognóstico, sendo descritas a seguir:

Hanseníase indeterminada (HI) é a forma inicial não contagiante, evoluindo espontaneamente para a cura na maioria dos casos. As lesões iniciais da doença são planas, esbranquiçadas ou avermelhadas e com diminuição da sensibilidade. Na Hanseníase tuberculóide (HT) as lesões são manchas avermelhadas bem delimitadas e benignas. Não se encontram bacilos nesta lesão. Geralmente são poucas ou única, e com ausência de sensibilidade. Ocorrem alterações nos nervos próximos à lesão, podendo causar dor, fraqueza e atrofia muscular. A Hanseníase virchowiana (HV),

apresenta-se com manchas vermelho-vinhasas ou acastanhadas, mal delimitadas. A pele tem nódulos e caroços. Sempre se encontram bacilos nas lesões. Nestes casos a resposta a imunidade celular é nula e o bacilo se multiplica muito, levando a um quadro mais grave e de forma contagiante. Os órgãos internos também são acometidos pela doença. E por último, na hanseníase dimorfa (HD), as lesões ora se assemelham a virchowiana ora à tuberculóide. Pode ser ou não contagiante. O número de lesões é maior, o acometimento dos nervos é mais extenso e forma-se manchas que podem envolver partes da pele sadia ¹.

Segundo dados do governo, em 2001 a taxa de prevalência era de 4,33/ 10.000 e em 1985 era 17/ 10.000 habitantes. Apesar da redução significativa, o Brasil é o segundo país do mundo em número de casos, permanecendo a Índia o local de maior incidência ².

A transmissão acontece no contato íntimo e prolongado com o doente através das vias aéreas (respiração, espirro, tosse e fala). Há também a possibilidade via cutânea, quando existem lesões na pele.

A hanseníase não é apenas uma doença de pele, mas também, uma doença dos nervos periféricos. Os nervos envolvidos com maior frequência são Ó nervo facial (VII par craniano), nervo trigêmeo (V par craniano), nervo ulnar, nervo mediano, nervo radial, nervo fibular comum e nervo tibial ³.

Um estudo com 10 pacientes, 4 apresentaram diminuição do reflexo de tosse. A resposta de tosse ausente foi prejudicada devido envolvimento de re-

⁽¹⁾ Fonoaudióloga, Especialista em Motricidade Oral, Fonoaudióloga da Clínica FONOAUD Bauru - SP

⁽²⁾ Fonoaudióloga, Mestre em Fisiopatologia Experimental pela Faculdade de Medicina USP - SP, Fonoaudióloga colaboradora do Serviço de Fonoaudiologia da Clínica de Otorrinolaringologia - Disfagia - Faculdade de Medicina USP - SP

⁽³⁾ Médico, Mestre em Cirurgia pela Faculdade de Medicina UNESP - Botucatu, Médico do Instituto Lauro de Souza Lima

ceptores aferentes do nervo vago (X par craniano). Eles também citaram outros casos de envolvimento dos nervos trigêmio (V par craniano), vago (X par craniano) e o hipoglosso (XII par craniano), no qual o paciente apresentou paralisia de prega vocal e disfagia, possivelmente como resultado de infecção através do *Mycobacterium leprae* ⁴.

As lesões de orofaringe são, na maioria das vezes, secundárias às lesões nasais. As regiões de cavidade oral mais comumente envolvidas são: lábios, palato mole, palato duro, úvula, gengivas, língua e pilares anteriores. As lesões podem estender-se à parede posterior da faringe, nasofaringe e amígdalas palatinas. Sinéquias e atresias residuais da faringe poderão ocasionar dificuldades da deglutição e regurgitação nasal ⁵.

Encontramos também descrição de um maior número de alterações na deglutição e na mastigação. Apresenta também, alterações de mobilidade e motricidade de língua, sendo mais acometido pelas formas HV, HT e HD, e redução da sensibilidade extra-oral e intra-oral ⁶.

O acometimento da laringe inicia-se pela extremidade livre da epiglote e, depois PPVV. Este envolvimento é progressivo e pode levar à estenose completa da laringe ⁷.

As alterações gustativas também são encontradas em indivíduos portadores de hanseníase, interferindo assim em sua alimentação ⁶.

Pode-se definir basicamente a deglutição como o ato de engolir, isto é, o transporte do bolo alimentar ou de líquidos da cavidade oral até o estômago ⁸.

A disfagia pode ser definida como um sintoma de uma doença de base que pode afetar qualquer parte do trato da deglutição, resultando assim, a interrupção do prazer de se alimentar ou da capacidade de manutenção das condições nutricionais e de hidratação.

Para que o ato da deglutição seja eficiente, este depende de complexa ação neuromuscular, que envolve sensibilidade, paladar, propriocepção, mobilidade, tônus e tensão muscular, além da intenção de se alimentar ⁹.

A deglutição envolve duas fases distintas: uma voluntária, envolvendo região cortical e outra reflexa, envolvendo tronco cerebral e pares cranianos – (V) trigêmio, (VII) facial, (IX) glossofaríngeo, (X) vago, (XI) acessório e (XII) hipoglosso.

Nas funções motoras o ramo mandibular do V e o VII pares cranianos têm importância na mastigação. O XII par craniano tem participação em toda a movimentação lingual. O IX par craniano participa principalmente nas estruturas velofaríngeas e o X par craniano tem importância na inervação motora de toda a laringe. Na função sensitiva o V e VII pares cranianos tem participação nas funções gustativas e sensitivas da cavidade oral, enquanto

ao IX par craniano corresponde a inervação sensitiva de orofaringe e estruturas velofaríngeas e o X par craniano toda a inervação sensitiva de hipofaringe e laringe ¹⁰.

Aa fases da deglutição dividem-se didaticamente em oral preparatória, oral, faríngea e esofágica ¹¹.

As disfagias orofaríngeas apresentam sintomatologia como engasgos, tosse, regurgitação nasal, aspiração, espirros, dor, sensação de obstrução, mudança na voz, histórias de pneumonia e perda de peso.

Na disfagia com comprometimento na fase oral, o paciente engasga, tosse e pode broncoaspirar, antes da deglutição. Isto ocorre devido as alterações na sensibilidade e mobilidade oral. As alterações mais encontradas na fase oral são falta de vedamento labial; mobilidade de língua não funcional; incompetência velo – faríngea, interferência dos reflexos orais exacerbados e alteração da sensibilidade oral. Quando a dificuldade está na fase faríngea, o paciente engasga, tosse e também broncoaspira, só que durante a deglutição. Alterações mais encontradas na fase faríngea são atraso ou ausência do reflexo de deglutição; mobilidade ineficiente na elevação da laringe; cooptação de pregas vocais inadequadas; descoordenação da abertura do esfíncter esofágico superior e alteração da sensibilidade da câmara faríngea ¹⁰.

Como na evolução da hanseníase, observa-se comprometimento dos pares cranianos (V, VII, X), responsáveis pelo processo da deglutição.

O objetivo do presente trabalho foi identificar e classificar o grau da disfagia orofaríngea em indivíduos portadores de hanseníase virchowiana.

■ MÉTODOS

Participaram desta pesquisa 43 pacientes moradores do Instituto Lauro de Souza Lima Bauru-SP, hospital especializado em doenças dermatológicas. O estudo incluiu pacientes de ambos os sexos, na faixa etária entre 42 a 88 anos (média de 67 anos), classificados na manifestação clínica de hanseníase virchowiana (HV), no período de Julho a Outubro de 2003.

Primeiramente, realizou-se levantamento de alguns dados dos prontuários, a fim de selecionar os casos que apresentavam sinais sugestivos de dificuldades alimentares.

Posteriormente, foi aplicado um questionário ao paciente e/ou equipe de enfermagem, contendo perguntas relacionadas à alimentação, sendo em seguida, aplicado um protocolo de avaliação, ambos elaborados por Furkin e Silva ⁹.

A avaliação clínica fundamentou-se na investigação do funcionamento da deglutição enfocando as fases oral e faríngea, a partir de três

tipos de consistência: pastosa (água e espessante), líquida (água) e sólida (bolacha passa-tempo). A disfagia orofaríngea foi classificada utilizando os critérios propostos por Furkin & Silva ⁹.

1) Disfagia Leve

-Dificuldade do indivíduo está concentrada no transporte oral do bolo;

-Ocorrência de pequena quantidade de estase em recessos faríngeais, sem penetração laríngea.

2) Disfagia Moderada

-Dificuldade no transporte oral do bolo;

-Ocorrência de estase em recessos faríngeais com sinais sugestivos de penetração laríngea e pequena quantidade de material aspirado.

3) Disfagia Severa

-Grande quantidade de estase em recessos faríngeais, sinais sugestivos de penetração laríngea e grande quantidade de material aspirado.

As entrevistas e avaliações clínicas foram realizadas nas dependências do Setor de Reabilitação do próprio Instituto, em salas de atendimento e em leito no setor de Geriatria, após o consentimento dos pacientes.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética e de Pesquisa do próprio Instituto, tendo sido considerada como sem risco, com necessidade de consentimento pós-informado (nº 14/02).

Após a coleta de dados das avaliações, alguns resultados foram categorizados e apresentados em tabelas. A pesquisa fundamenta-se na descrição da frequência dos eventos (%), englobando o aspecto qualitativo quanto à investigação e classificação da disfagia.

Entrevista

I- Identificação

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Data de entrevista: _____

II- Topo de dieta

() via oral () oral + sonda () sonda

III- Perguntas

* Como foi, e há quanto tempo ocorreu a doença?

* Houve alguma intercorrência com a alimentação?

* Quando iniciou?

* Apresenta tosse ou engasgo durante ou depois de comer?

* Quanto tempo leva normalmente para comer uma refeição?

* Apresenta rouquidão, pigarro ou voz presa durante ou depois de comer?

* Sente queimação ou indigestão freqüente?

* A comida volta pelo nariz?

* Há perda de peso?

* Apresenta baba ou não?

* Há muita ou pouca quantidade de saliva?

* Apresenta refluxo gastro-esofágico?

* Apresenta alterações respiratórias?

* Apresentou episódios de broncopneumonia?

* Quais alimentos melhora a deglutição?

* Qual a medicação utilizada atualmente?

* Apresenta outro problema de saúde?

Observações: _____

Protocolo de avaliação

* Aspectos Complementares

1- Prazer alimentar

() eficiente () ineficiente () ausente

2- Independência Alimentar

() eficiente () ineficiente () ausente

3- Cognição

() eficiente () ineficiente () ausente

* Avaliação sem dieta

1- Mobilidade

· Vedamento labial () alterado () não alterado

· Língua Lateralização

D () alterado () não alterado

E () alterado () não alterado

Protrusão () alterado () não alterado

Retrusão () alterado () não alterado

· Palato

D () alterado () não alterado

E () alterado () não alterado

· Elevação da laringe na deglutição de saliva

() alterado () não alterado

· Prega Vocal

Agudo /i/ () alterado () não alterado

Qualidade () alterado () não alterado

2- Sensibilidade

· Facial Testa () alterado () não alterado

Bochecha () alterado () não alterado

Queixo () alterado () não alterado

· Intra-oral Hemilíngua

D () alterado () não alterado

E () alterado () não alterado

Ponta () alterado () não alterado

Meio () alterado () não alterado

Parte Superior () alterado () não alterado

· Faringe

D () alterado () não alterado

E () alterado () não alterado

3- Sensibilidade Específica

Doce () alterado () não alterado

Salgado () alterado () não alterado

Azedo () alterado () não alterado

Amargo () alterado () não alterado

4- Reflexos Oraís

· Normal

Gag () alterado () não alterado

Tosse () alterado () não alterado

Palatal () alterado () não alterado

· Patológicos

Mordida () alterado () não alterado

Mastigação () alterado () não alterado

*** AVALIAÇÃO FUNCIONAL COM DIETA**

Eficiente / ineficiente / ausente

* ausente / presente

1- Fase Oral

	Pastoso	Líquido	Sólido
· Captação do bolo	()	()	()
· Vedamento	()	()	()
· Preparo do bolo	()	()	()

2- Fase Faríngea

	Pastoso	Líquido	Sólido
· Elevação de laringe	()	()	()
· Refluxo nasal *	()	()	()
· Sinais Clínicos de aspiração *	()	()	()

3- Postura

	Pastoso	Líquido	Sólido
· Controle cervical *	()	()	()
· Controle de tronco *	()	()	()

4- Qualidade Vocal**5- Elevação de Laringe**

() normal () reduzida () não eleva () trepidação

*** AUSCULTA CEVICAL**

Alterado

Pastoso	Líquido	Sólido
()	()	()

■ RESULTADOS

Com base na metodologia aplicada, dos 43 pacientes avaliados, 12 pacientes apresentaram-se disfágicos, 9 (21%) disfagia leve, 2 (4,6%) disfagia moderada e 1 (2,4%) disfagia severa.

Durante a entrevista, somente cinco pacientes não referiram prazer alimentar e três apresentaram queixas na alimentação, fato este referido pela equipe de enfermagem e constatado posteriormente pela avaliação fonoaudiológica (disfagia moderada e severa).

Com relação aos achados clínicos, é importante mencionar que em alguns indivíduos não foi possível a obtenção dos resultados referentes à avaliação sem dieta, tendo em vista a alteração de cognição apresentada.

Assim, dentre os achados complementares relacionados à cognição, foi observado na disfagia leve que 3 de 9 pacientes apresentavam cognição levemente prejudicada. Na disfagia moderada e grave os pacientes apresentaram cognição ineficiente não permitindo a realização da avaliação.

A seguir, são descritos na Tabela 1, os resultados referentes à avaliação clínica indireta.

Nas tabelas 2, 3 e 4, encontram-se as alterações quanto aos achados clínicos referentes a avaliação funcional com dieta, enfocando as fases oral e faríngea, nas consistências pastosa (P), líquida (L) e sólida (S), classificando-se nos três graus da disfagia, mencionados anteriormente.

■ DISCUSSÃO

Dos 43 pacientes avaliados, 31 (72%) apresentaram uma deglutição eficiente. A deglutição eficiente é aquela em que, mesmo existindo alterações nos mecanismos da fase orofaríngea, há possibilidades de introdução de dieta oral, sem que haja riscos de aspiração¹², tendo a finalidade de satisfazer os requisitos nutricionais e de prazer alimentar do indivíduo⁹.

Com relação a dados de entrevista pode-se observar que somente nos casos de disfagia moderada e severa apresentaram queixas quanto a alimentação, fato este mencionado em literatura⁶.

No que se refere aos achados clínicos referente à mobilidade de língua, foi possível observar em pequeno número de amostra, incoordenação e imprecisão do movimento. Vale ressaltar, a possibilidade de envolvimento do hipoglosso (XII)¹³, nervo este responsável por toda movimentação lingual.

Encontramos tanto na deglutição eficiente como na disfagia leve, porém mais significativo, diminuição na mobilidade de palato e hipoatividade do reflexo de gag. Sugerindo ser em decorrência de invasão do bacilo nos ramos terminais dos nervos glossofaríngeo (IX) e vago (X)¹³.

Pode-se observar na disfagia leve, uma maior evidência de alteração na sensibilidade extra-oral,

Tabela 1. Achados clínicos da avaliação estrutural sem dieta de 40 pacientes

Achados Clínicos / Grau da Disfagia	Deglutição Eficiente n (31)		Disfagia leve n (9)	
	N	%	n	%
Comprometimento em mobilidade de palato	1	3,2	5	55,5
Comprometimento em mobilidade lingue	0	-	3	33,3
Hipoatividade do reflexo de gag	1	3,2	5	55,5
Alteração da sensibilidade extra-oral	3	9,7	5	55,5
Redução da gustação	2	6,4	1	11,1
Alteração do olfato	4	13	5	55,5

Tabela 2. Achados clínicos da Fase Oral da Deglutição (avaliação com a dieta)

Fase Oral Grau da Disfagia	Captação do bolo						Vedamento						Preparo do bolo					
	P		L		S		P		L		S		P		L		S	
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Disfagia leve	1	2,32	1	2,32	3	7	0	-	0	-	0	-	7	16,3	0	-	9	21
Disfagia moderada	1	2,32	1	2,32	1	2,32	0	-	0	-	0	-	2	4,65	2	4,65	2	4,65
Disfagia severa	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32

P = pastoso L = líquido S = sólido N = número absoluto

Tabela 3. Achados clínicos da Fase Faríngea da Deglutição (avaliação com dieta)

Fase Faríngea Grau da Disfagia	Elevação de laringe ineficiente						Refluxo nasal						Sinais clínicos de aspiração					
	P		L		S		P		L		S		P		L		S	
	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Disfagia leve	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Disfagia moderada	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	2,32	2	4,65	2	4,65
Disfagia severa	1	2,32	1	2,32	1	2,32	0	-	0	-	0	-	1	2,32	1	2,32	1	2,32

P = pastoso L = líquido S = sólido N = número absoluto

Tabela 4. Achados clínicos da Ausculta Cervical (avaliação com dieta)

Ausculta Cervical / Grau da Disfagia	Pastoso		Líquido		Sólido	
	N	%	N	%	n	%
Disfagia leve	6	14	1	2,32	8	18,6
Disfagia moderada	2	4,65	2	4,65	2	4,65
Disfagia severa	1	2,32	1	2,32	1	2,32

N = número absoluto

fato este relacionado em literatura no qual mencionam o nervo trigêmeo (V) um dos pares cranianos mais comprometido¹³.

Quanto a redução da gustação encontramos uma amostra pequena compatível com os observados em literatura⁶. Associam as alterações gustativas aos envoltórios neurais ou à atrofia de corpúsculo¹⁴. Já na prova de olfato, o número de alterações foi maior principalmente na disfagia leve, fato esse associado aos comprometimentos nasais comuns na hanseníase¹⁵.

No que diz respeito aos achados clínicos referentes à fase oral (Tabela 2), pode-se observar nas disfagias leve e moderada, acometimento somente nos aspectos de captação e preparo do bolo alimentar e na disfagia severa o comprometimento inclui também vedamento labial. A alteração do esfíncter labial na avaliação pouco compromete a deglutição ou determina risco de aspiração. Supomos no entanto, que a associação desta desordem com ou-

tros comprometimentos da fase oral, contribuem para prejudicar a onda pressórica necessária para um bom desempenho da ejeção oral na deglutição¹². Com relação ao preparo do bolo alimentar, a cavidade oral funciona como um órgão sensorial e motor para preparar o alimento para que ele seja deglutido de forma segura. Nesta fase o bolo se mistura com a saliva e se isto não ocorrer de maneira adequada comprometerá a fase seguinte¹¹.

Quanto aos achados clínicos referentes à fase faríngea (Tabela 3), observou-se sinais clínicos de aspiração como tosse, engasgo e dispnéia⁹ nas disfagias moderada e severa. Com relação a elevação de laringe ineficiente, somente houve comprometimento na disfagia severa acarretando problemas na ação esfíncterica da laringe, movimentos este de elevação e adução da laringe, essenciais para proteção das vias aéreas¹⁶.

Dentre os 9 pacientes classificados na disfagia leve, somente um não apresentou ausculta cervical

alterada para sólido (Tabela 4), consistência esta considerada mais susceptível a problemas de deglutição¹⁷. A ausculta cervical é um importante instrumento clínico para identificar ruídos em virtudes de presença de retenção de alimentos ou de penetração laríngea¹⁸. Para compensar a ocorrência de estase em recessos faríngeos os pacientes realizam deglutições múltiplas, manobra esta que constitui de uma forma compensatória para retirar alimentos acumulados na valécula ou retidos na parede faríngea¹⁸.

É importante salientar a interferência de medicamentos na deglutição, efeitos esses que causam não só a xerostomia como também problemas de mobilidade e coordenação da musculatura oral.

Muitos dos pacientes institucionalizados fazem uso de medicamentos como antidepressivos, antiespasmódicos, anti-hipertensivos, broncodilatores, e sedativos¹⁹, que provocam efeitos colaterais descompensando assim o mecanismo de deglutição, o que está coerente com o descrito na literatura²⁰.

Outro fator significativo, é o processo de envelhecimento normal, no qual vão ocorrendo alterações funcionais e estruturais que estão diretamente ligadas com o mecanismo da deglutição. Geralmente, o processo de envelhecimento não causa episódios de disfagia, entretanto, há evidências de que o desempenho da deglutição em pessoas idosas saudáveis é diferente do desempenho da deglutição de seus pares mais jovens²¹.

Enfocando o estágio oral, a língua está sujeita a mudanças hipertróficas, levando à redução da mobilidade da língua e de sua força de movimentação. A perda de dentição natural, combinada com a perda da força mastigatória da mordida, afeta a preparação do bolo alimentar. Quanto a fase faríngea, a diminuição do tecido conectivo na musculatura supra e infra-hióidea que sustenta a laringe resulta em uma redução da elevação anterior da laringe²⁰.

Os pacientes avaliados nesta pesquisa e que apresentaram sinais e sintomas de alterações no processo de deglutição, principalmente os classificados na disfagia leve, desenvolvem estratégias facilitadoras, compensando assim, suas dificuldades decorrentes dessas alterações.

As adaptações espontâneas para a disfagia nessa população são mudanças de consistências e volume, auxiliando com líquidos a ingestão de alimentos sólidos e secos e preferência por alimentos pastoso grosso. Outra estratégia de alimentação seria as manobras de deglutições múltiplas e jogar a cabeça para trás auxiliando a propulsão do bolo, manobra esta observada em três indivíduos.

Os pacientes com disfagia moderada e severa apresentaram alteração cognitiva proveniente de patologias associadas de acidente vascular encefálico e doenças mentais, apesar dos achados mencionados a ingesta oral ainda era exclusiva, fato discutido com a equipe médica da Instituição, justificando a intervenção fonoaudiológica.

Não é possível afirmar que todos os pacientes portadores de hanseníase são disfágicos, o que condiz com a literatura que relata que casos de disfagia não são comuns na hanseníase¹³. Vale ressaltar também que os tratamentos antileproso impedem a evolução da mesma²², sendo que quanto mais cedo for diagnosticada a doença, menores serão as seqüelas. Provavelmente, esse fato justifique a pequena amostra de indivíduos com disfagia.

O acréscimo de um exame mais objetivo, como por exemplo, a nasofibrosopia e/ou videodeglutograma, seria muito importante, possibilitando uma investigação mais completa e uma visão mais dinâmica da deglutição, oferecendo maior precisão no diagnóstico.

■ CONCLUSÃO

Diante do estudo realizado, pode-se concluir que:

- A maioria dos pacientes estudados apresentou deglutição eficiente.

- Dos 12 pacientes que apresentaram sinais e sintomas de alterações no processo de deglutição, a maioria, desenvolveu estratégias facilitadoras durante a ingestão por via oral, compensando assim, suas dificuldades decorrentes de alterações que interferem diretamente na deglutição.

- Não é possível afirmar que todo o paciente com hanseníase é disfágico, tendo em vista fatores iatrogênicos, idade avançada, diagnóstico e intervenção precoce no tratamento da hanseníase.

ABSTRACT

Porpuse: identify and classify the grade of oropharyngea dysphagia in individuals who have virchowiana hansen's disease. **Methods:** 43 patients residents in Lauro de Souza Lima Institute in Bauru - SP, both gender, age between 42 and 88 years (on average: 67 years). It was applied a questionnaire with questions linking to alimentation and a protocol of evaluation of dysphagia. **Results:** 9 (21%) mild dysphagia, 2 (4,6%) moderate dysphagia and 1 (2,4%) severe dysphagia. **Conclusion:** in the total of 43 evaluated patients, 312 (7%) had efficient swallowing. It is not possible to affirm that all patients with hanseniasis are dysphagics, in view of iatrogenics factors, advanced age and diagnosis and intervention precocious of hansen's disease.

KEYWORDS : Dysphagia, Hansen's disease, Aging

■ REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Guia para controle da hanseníase. Brasília: Centro de Documentação; 1983. 83 p.
- 2- Matos HJ. Modelagem de dados epidemiológicos de contatos de hanseníase em uma coorte acompanhada na Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, entre 1987 e 1998 [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 99p.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Prevenção de Incapacidades. Brasília – DF, 1997.
- 4- Paul JT, North-Withelm GA, Chesser RS, Hayden DL. Multiple cranial neuropathies associated with leprosy. *South Med J.* 1994;87(9):937-40.
- 5- Silva LO. Tratamento das localizações leprosas nas vias aéreas superiores e na boca. *Rev Med.* 1938;6(1):9-21.
- 6- Neme TA. Distúrbio da comunicação em pacientes portadores de hanseníase [monografia]. Bauru: USC.;1999.
- 7- Souza RT, Talhari S. Manifestações otorrinolaringológicas. In: Talhari S, Neves RG, org. *Hanseníase.* Manaus: Dermatologia Tropical; 1997. p. 63-5.
- 8- Douglas CR. Tratado e fisiologia aplicada às ciências da saúde. São Paulo: Robe; 1994.
- 9- Furkin AM, Silva RG. Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frôntis; 1999.
- 10- Juliane BE. Exercícios e manobras facilitadoras no tratamento das disfagias [monografia]. São Paulo: CEFAC; 1998.
- 11- Marchesan IQ. Deglutição normalidade. In: Furkin AM, Santini CS, organizadores. *Disfagias orofaríngeas.* Carapicuíba: Pró - Fono; 1999. p.3-17.
- 12- Silva RG. Disfagia neurogênica em adultos pós AVE: identificação e classificação [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo;1997.
- 13- Pessoa KVO. Fonoaudiologia e hanseníase: uma nova perspectiva de atuação [monografia]. São Paulo: CEFAC; 2001.
- 14- Maffeis ER, Silva Netto CR. Fatores que alteram a percepção gustativa. *Rev Odontol USP.* 1990;3(2):21.
- 15- Pollack JD. Leprosy of the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1987;97(1):93-6.
- 16- Costa MMB. Mecanismos de proteção das vias aéreas durante a deglutição: avaliação videofluoroscópica [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro;1992.
- 17- Matos RCCF, Araújo ML, Arfinengo A. A atuação dos cuidadores frente às dificuldades de deglutição dos idosos. *Rev CEFAC* 2001;3(2):149-55.
- 18- Silva RG. Disfagia neurogênica em adultos: uma proposta para avaliação clínica. In: Furkin AM, Santini CS, organizadores. *Disfagias orofaríngeas.* Carapicuíba: Pró – Fono; 1999. p. 35- 48.
- 19- Buchholz DW. Oropharyngeal dysphagia due to iatrogenic neurological dysfunction. *Dysphagia.* 1995;10(2):248-54.
- 20- Groher ME. Distúrbios de deglutição em idosos. In: Furkin AM, Santini CS, organizadores. *Disfagias orofaríngeas.* Carapicuíba: Pró – Fono; 1999. p. 97-107.
- 21- Silva CRN. Deglutição na criança, no adulto e no idoso. Fundamentos para odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Lovise; 2003. 176 p.
- 22- Sacheri RF. Manifestaciones otorrinolaringológicas. In: Balinã LM, Gatti JC, Cardana JE, Wilkinson FF, organizadores. *Manual de leprologia* 1963. Buenos Aires-AG:El Ateneo; 1963. p.77-84.

RECEBIDO EM: 23/03/04

ACEITO EM: 02/06/04

Endereço para correspondência:

Rua: Dr. José Ranieri, 13-38

Bauru - SP

Cep: 17030-370

Tel. / Fax: (14) 3203-3820

e-mail: vmvillar@click21.com.br