


**O PAPEL DA FONOAUDIOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: A COMPLEXA
CORRELAÇÃO ENTRE A DEMÊNCIA E A DISFAGIA EM ADULTOS DE MEIA-IDADE**

**THE ROLE OF EVIDENCE-BASED SPEECH THERAPY: THE COMPLEX
CORRELATION BETWEEN DEMENTIA AND DYSPHAGIA IN MIDDLE-AGED ADULTS**

**EL PAPEL DE LA TERAPIA DEL LENGUAJE BASADA EN LA EVIDENCIA: LA
COMPLEJA CORRELACIÓN ENTRE LA DEMENCIA Y LA DISFAGIA EN ADULTOS DE
MEDIANA EDAD**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-313>

Data de submissão: 25/10/2025

Data de publicação: 25/11/2025

Wanessa Conceição de Oliveira Barcelos

Mestre em Gestão de Cuidados em Saúde

Instituição: Must University - Florida

E-mail: wanessaobarcelos@gmail.com

ORCID: 0009-0005-6202-8492

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8131233594064607>

Luiz Miguel Picelli Sanches

Mestrado e Doutorado em Enfermagem

Instituição: Must University - Florida

E-mail: luiz.sanches@mustedu.com

ORCID: 0000-0001-8660-5606

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5335858117403492>

RESUMO

A demência frontotemporal (DFT) é uma condição de início precoce que afeta adultos entre 45 e 65 anos, ainda em sua fase de maior produtividade. Uma de suas complicações mais sérias é a disfagia, que atinge cerca de 90% desses pacientes. Apesar da sua alta prevalência e do risco fatal, a correlação entre disfagia e DFT ainda é pouco explorada na literatura mundial. A pergunta que norteou este estudo foi: "Qual a inter-relação e os impactos da demência frontotemporal na disfagia em adultos de meia-idade e qual a eficácia das abordagens fonoaudiológicas para a reabilitação desta condição?" O objetivo foi descrever e discutir as manifestações e os impactos da disfagia nessa faixa etária com DFT. A metodologia consistiu em uma revisão narrativa, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, que analisou artigos publicados em bases de dados científicas. A principal conclusão do trabalho aponta para a falta de dados robustos sobre o sucesso a longo prazo das intervenções. Isso ocorre porque não existem protocolos específicos para avaliar, tratar e medir a efetividade das estratégias atualmente usadas para a disfagia em pacientes com DFT, o que indica uma lacuna significativa na pesquisa.

Palavras-chave: Fonoaudiologia. Disfagia. Demência Frontotemporal. Adulto de Meia-Idade.

ABSTRACT

Frontotemporal dementia (FTD) is an early-onset condition that affects adults between 45 and 65 years of age, still in their prime. One of its most serious complications is dysphagia, which affects approximately 90% of these patients. Despite its high prevalence and fatal risk, the correlation between dysphagia and FTD remains little explored in international literature. The guiding question for this

study was: "What is the interrelationship and impact of frontotemporal dementia on dysphagia in middle-aged adults, and how effective are speech-language pathology approaches for rehabilitation?" The objective was to describe and discuss the manifestations and impacts of dysphagia in this age group with FTD. The methodology consisted of a narrative review, with a qualitative approach and descriptive character, which analyzed articles published in scientific databases. The main conclusion of the study points to the lack of robust data on the long-term success of interventions. This is because there are no specific protocols to assess, treat, and measure the effectiveness of strategies currently used for dysphagia in patients with FTD, which indicates a significant gap in research.

Keywords: Speech-Language Pathology. Dysphagia. Frontotemporal Dementia. Middle-Aged Adult.

RESUMEN

La demencia frontotemporal (DFT) es una enfermedad de inicio temprano que afecta a adultos de entre 45 y 65 años, aún en la plenitud de su vida. Una de sus complicaciones más graves es la disfagia, que afecta aproximadamente al 90% de estos pacientes. A pesar de su alta prevalencia y riesgo de muerte, la correlación entre la disfagia y la DFT sigue siendo poco explorada en la literatura internacional. La pregunta guía de este estudio fue: "¿Cuál es la interrelación y el impacto de la demencia frontotemporal en la disfagia en adultos de mediana edad, y cuán efectivas son las estrategias de logopedia para la rehabilitación?". El objetivo fue describir y discutir las manifestaciones y el impacto de la disfagia en este grupo de edad con DFT. La metodología consistió en una revisión narrativa, con un enfoque cualitativo y de carácter descriptivo, que analizó artículos publicados en bases de datos científicas. La principal conclusión del estudio apunta a la falta de datos sólidos sobre el éxito a largo plazo de las intervenciones. Esto se debe a que no existen protocolos específicos para evaluar, tratar y medir la efectividad de las estrategias que se utilizan actualmente para la disfagia en pacientes con DFT, lo que indica una brecha significativa en la investigación.

Palabras clave: Patología del Habla y el Lenguaje. Disfagia. Demencia Frontotemporal. Adulto de Mediana Edad.

1 INTRODUÇÃO

A senescência, ou envelhecimento, é uma transformação natural e inerente ao ser humano. Graças às melhorias globais no modelo de vida, as populações estão vivendo progressivamente mais, impulsionadas por fatores como estilo de vida saudável, avanços no nível de bem-estar social, nutrição balanceada e a introdução de práticas de exercícios. Ao longo desse percurso, é natural que surjam algumas condições adversas, como acidentes domésticos, transtornos de memória, Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) e, notavelmente, demências (Pagnota, Miranda, 2024).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como idosa a pessoa a partir da sexta década de vida (Machado, 2019). A partir dessa idade, constata-se, mais frequentemente, o início de agravos demenciais devido à degeneração primária do Sistema Nervoso Central (SNC). Contudo, publicações especializadas já reconhecem que condições neurodegenerativas podem se manifestar precocemente, ou seja, em idade abaixo de 65 anos (Loi et al., 2023).

A chamada “meia-idade” costuma ser considerada o período compreendido entre 40 e 65 anos, apesar de algumas divergências na literatura (com certas fontes indicando o período dos 45 a 59 anos) (Rodrigues et al., 2021). O consenso é que, durante essa etapa, ocorrem mudanças cerebrais relevantes, capazes de predispor os primeiros sinais de processos que resultam na demência. O termo “demência” a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), passou-se a ser identificado como Transtorno Neurocognitivo Maior, porém ainda continua sendo utilizado largamente na literatura médica (Mourão et al., 2025, p. 4).

Conforme Caramelli e Barbosa (2002), entre os quatro tipos mais predominantes de demência, as Demências Frontotemporais (DFT) destacam-se por seu início precoce, em muitos casos no adulto de meia-idade. As DFT frequentemente se manifestam nessa fase, com início abaixo de 65 anos (Loi et al., 2023).

Essas demências caracterizam-se por mudanças significativas nos traços psicológicos e no comportamento, além de disfunções na comunicação verbal e problemas de fala. Nesse contexto, são relevantes a doença de Pick, a Degeneração dos lobos frontais, as Demências associadas à Doença do Neurônio Motor (DNM) como a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e a Demência semântica. Pacientes com DFT podem apresentar respostas motoras primitivas, como reflexos palmares e sucção, hiperprotusão labial e perseveração motora, além de uma exploração descontrolada de objetos. Déficits cognitivos, somados às alterações motoras, podem impactar negativamente a deglutição (Payne, Morley, 2018).

Com isto, o surgimento da demência precoce torna-se um agente predisponente para o surgimento ou agravamento da disfagia. Quando ocorre em pessoas no grupo etário deste estudo (45

a 65 anos), os problemas de deglutição se intensificam, demandando uma abordagem altamente especializada e colaborativa no âmbito da saúde (Payne, Morley, 2018).

Nesse cenário, a Fonoaudiologia Baseada em Evidências (FBE) exerce uma influência fundamental, orientando as decisões clínicas e garantindo que a avaliação e reabilitação da deglutição sejam as mais efetivas e seguras disponíveis (Miranda et al., 2019). A demência e a disfagia em adultos de meia-idade representam um desafio clínico e de pesquisa significativo. Apesar da crescente prevalência de DIP, a literatura atual sobre a relação entre demência e disfagia foca majoritariamente em idosos (acima de 65 anos), criando uma notável lacuna de conhecimento especificamente na faixa da meia-idade. Isso é crucial, pois a população brasileira tem mantido sua taxa de envelhecimento gradual e as DFTs, que se caracterizam por um início precoce, muitas vezes acometem indivíduos ainda em sua fase ativa laboral. Dessa forma, torna-se essencial discutir e entender como a disfagia pode agravar o quadro clínico desses pacientes, impactando diretamente sua qualidade de vida e produtividade (Payne, Morley, 2018).

Este estudo é crucial pela alta morbidade da DFT de início precoce combinada com a disfagia, que leva a complicações severas como desnutrição e pneumonia aspirativa. Essa interação cria um ciclo de vulnerabilidade que afeta a expectativa de vida, autonomia e produtividade de indivíduos em meia-idade. Dada a lacuna de conhecimento sobre o manejo da disfagia nessa população, esta pesquisa é vital para a compreensão do quadro e o avanço das abordagens fonoaudiológicas baseadas em evidências.

Diante da urgência em explorar essa área clínica subestudada, este trabalho visa investigar a complexa inter-relação e os impactos da concomitância da DFT na disfagia em adultos de meia-idade. Adicionalmente, busca-se analisar a eficácia das abordagens fonoaudiológicas baseadas em evidências para a reabilitação dessa condição. Para isso, o estudo caracterizará as manifestações clínicas e a prevalência da disfagia em adultos de 45 a 65 anos com DFT, e compilará e analisará criticamente as evidências científicas sobre a segurança e o sucesso das estratégias fonoaudiológicas para a reabilitação da disfagia em adultos de meia-idade com DFT.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEMÊNCIA EM ADULTOS DE MEIA-IDADE

À medida que nosso corpo envelhece, isto é, a partir dos 40 anos, aumenta a incidência de doenças correlacionadas à idade, incluindo as demências (Pinheiro, 2017). Se antes as mudanças na capacidade mental eram vistas como algo exclusivo da velhice, estudos mais recentes mostram que as escolhas que fazemos em nosso estilo de vida estão contribuindo para um aumento substancial nos

diagnósticos de demência em pessoas de meia-idade, com uma correlação significativa em regiões com menos desenvolvimento econômico. Fatores como diabetes, pressão alta, tabagismo, excesso de peso, baixo nível de escolaridade, problemas de audição, depressão, falta de atividade física, isolamento social, consumo excessivo de álcool, lesões cerebrais e exposição à poluição do ar são os principais influenciadores que podem ser alterados. Lidar com esses fatores por meio de ações de saúde pública é vital para prevenir a doença (Livingston et al., 2020).

O impacto desses elementos é tão significativo que a previsão é que o número de pessoas com demência no mundo salte de 57 milhões em 2019 para 153 milhões em 2050 (Livingston et al., 2020, p. 413). Por isso, é fundamental que as estratégias governamentais e os cuidados pessoais se concentrem no controle desses riscos, buscando atrasar ou impedir o aparecimento da doença. É na faixa etária entre 45 e 65 anos que mudanças quanto ao modo de viver e a busca pelo desenvolvimento das funções cognitivas ainda são possíveis para minimizar os agravos e riscos para esta doença (Mari et al., 2016).

O comprometimento gradual das funções mentais, levando o paciente à perda de sua independência para suas tarefas diárias, é o que marca a demência. O diagnóstico abrange desde a avaliação clínica e neurológica detalhada, que inclui entender o histórico do paciente e como a diminuição das funções mentais está afetando suas atividades do dia a dia. Concomitantemente, são solicitados exames de sangue (para verificar funções da tireoide, fígado, rins, vitaminas e infecções) e exames de imagem, como tomografia ou ressonância magnética do cérebro. Esses exames ajudam a identificar problemas nos vasos sanguíneos (Custodio et al., 2018). Em casos de demências que degeneram os tecidos, como a DFT ou a Doença de Parkinson por Corpos de Lewy, os resultados dos exames de sangue geralmente não apresentam alterações, mas as imagens do cérebro podem mostrar um encolhimento de certas áreas (Caramelli, Barbosa, 2002; Pinheiro, 2017).

As demências avançam em diferentes níveis de comprometimento, sendo divididas em três fases: leve, moderada e grave. Na fase leve, a pessoa ainda consegue realizar tarefas mais complexas sozinha, como tomar seus próprios remédios ou preparar suas refeições. Na fase moderada, ela já precisa de ajuda para essas tarefas e para as atividades básicas do dia a dia. Já na fase grave, a pessoa encontra-se acamada, necessitando de assistência total para sua subsistência (Pinheiro, 2017). Entende-se, desta forma, que normalmente existe um comprometimento funcional das atividades instrumentais e, posteriormente, das atividades básicas chegando a comprometimentos mnemônicos semânticos (Caramelli, Barbosa, 2002).

Conforme o indivíduo afetado perde a aptidão para correlacionar itens à sua função (por exemplo, esquecendo a utilidade de um copo ou colher), a dinâmica de alimentação é impactada, afetando o cotidiano de pessoas em sua faixa de produtividade, entre 45 e 65 anos (Paiva et al., 2019).

2.2 TIPOS ESPECÍFICOS DE DEMÊNCIA DE INÍCIO PRECOCE

A Demência de Início Precoce (DIP) refere-se a quadros demenciais em que os sintomas aparecem antes dos 65 anos de idade (Mari et al., 2016). Dentre as diversas demências, a DFT afeta as partes temporal e frontal do cérebro, causando atrofia e manifestando-se por mudanças no comportamento, na personalidade e na linguagem (Mari et al., 2016).

Outras DIP são a Doença de Alzheimer (DA), que começa cedo, antes dos 65 anos, e frequentemente se manifesta por sintomas incomuns, como dificuldades com a linguagem, incluindo a Afasia Progressiva Primária variante Logopênica (APP-L) (Beber et al., 2015).

As DNM, que incluem condições como Esclerose Lateral Amiotrófica, também podem levar à desnutrição. Isso acontece por dificuldades em comer ou absorver nutrientes, como problemas para engolir (disfagia), mastigar, ou simplesmente não comer o suficiente, além de um metabolismo acelerado. Esses fatores aumentam o risco de morte para essas pessoas (Brandão et al., 2019).

As causas que podem explicar o aparecimento da DIP são mais amplas do que nas formas que surgem mais tarde na vida, pois abrangem desde o alcoolismo e outras doenças neurológicas (como Parkinson e esclerose múltipla) até lesões cerebrais por traumas e infecções (como HIV e sífilis), ou condições que afetam o corpo todo (como lúpus) (Loi et al., 2023).

A DFT é dividida em três categorias principais, conforme descrito por Paiva et al., (2019) e Pinheiro (2017): a variante comportamental (DFTvc), que é a mais comum, de maior incidência hereditária e início precoce (Gambogi et al., 2021), e duas variantes que afetam a linguagem. As variantes de linguagem são a afasia primária progressiva semântica (APP-S), que leva à perda do sentido das palavras, e a afasia primária progressiva não-fluente ou agramática (APP-G), que dificulta a fluência da fala. Uma terceira variante, APP- L, também é reconhecida.

Pesquisas apontam que a DFT, em 20% dos casos, surge ainda na idade produtiva do indivíduo, ou seja, de 45 a 65 anos, sendo que a média para seu aparecimento é em torno dos 58 anos (Cruzado et al., 2021). Os dados apontam que para cada 100.000 habitantes, existem de 15 a 22 casos, onde não existe prevalência entre os sexos. Os sintomas encontrados dependerão de qual área do cérebro foi afetada (Pinheiro, 2017; Paiva et al., 2019).

Diferenciar as DFT de outras condições clínicas é muito difícil, uma vez que ainda não existe um marcador específico para tal e os sintomas são muito próximos de outras doenças (Britto et al.,

2024). Porém, segundo Toloza-Ramírez et al., (2021), é possível distinguir a DFT da DA pela ausência de certas marcas no cérebro (como as placas beta-amiloide) na DFT. Atualmente, a recomendação é usar exames de imagem avançados do cérebro, biomarcadores e testes neuropsicológicos para um diagnóstico mais exato.

O diagnóstico precoce torna-se um divisor de águas para o paciente. Quando diagnosticado corretamente na fase inicial, a expectativa de vida gira em torno de 6 a 11 anos; se o diagnóstico ocorre nas fases mais avançadas, a sobrevida reduz para 3 a 4 anos. Desta forma, o objetivo principal do tratamento é aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente (Paiva et al., 2019).

As mudanças mais comuns afetam a personalidade e o comportamento, porém, devido às suas variantes, pode prejudicar a linguagem, causando dificuldades de compreensão e expressão. Desta forma, a pessoa sente-se isolada e acaba optando por reduzir a comunicação a ponto de não querer conversar mais. Com o avanço da doença, os pacientes perdem o controle de suas funções fisiológicas, apresentam comportamentos sociais inadequados, movimentos repetitivos e, de forma notável, alterações nos padrões alimentares e uma tendência a levar tudo à boca (hiperoralidade) (Paiva et al., 2019; Gambogi et al., 2021).

De maneira geral, a disfagia é encontrada nos estágios avançados das demências, porém, especificamente nas DFT, seus sinais podem aparecer precocemente, evoluindo de maneira única. O fato de o paciente levar tudo à boca e comer de forma desenfreada faz com que ele tenha uma ingestão alimentar desorganizada. Atrelado a isso, o encolhimento progressivo dos lobos frontal e temporal pode afetar as áreas do cérebro que controlam a deglutição, causando problemas nas fases inicial e faríngea da mesma. Com o avançar da doença, dificuldades motoras atreladas à redução da consciência aumentam os riscos de aspiração e desnutrição (Paiva et al., 2019). Apesar de ser muito comum, a disfagia ainda é pouco reconhecida pelos cuidadores: estudos mostram que, mesmo com 60% dos idosos com DFT apresentando o problema, apenas um terço é identificado por quem os assiste (Payne, Morley, 2018).

2.3 FONOAUDIOLOGIA NAS DEMÊNCIAS FRONTOTEMPORAL

A FBE constitui um pilar da excelência em saúde influenciando diretamente a precisão diagnóstica e a efetividade da terapia fonoaudiológica, exigindo que o profissional integre evidências científicas sólidas, experiência clínica e as preferências individuais do paciente (Rodríguez et al., 2019).

Visando alcançar a excelência no atendimento, os especialistas passaram a empregar recursos como revisões sistemáticas e meta-análises, que auxiliam na tomada de decisões ao avaliar riscos e benefícios e consolidar achados de múltiplos estudos (Miranda et al., 2019).

Para que o fonoaudiólogo atue com segurança, especialmente ao diagnosticar e elaborar planos de tratamento eficazes para cada condição, é imprescindível que existam diretrizes claras que guiem a coleta e a análise de dados de maneira consistente.

Diante da crescente incidência de doenças relacionadas ao envelhecimento, é fundamental que a Fonoaudiologia expanda seus conhecimentos e aprimore as terapias para as DFT. A literatura existente sobre as APP, ainda é limitada, com foco em variantes léxico-semânticas e priorização do treinamento da leitura oral como forma de auxiliar na fluência da fala (Beber et al., 2015).

As manifestações da DFTvc, em especial a hiperoralidade e os padrões alimentares atípicos, elevam risco de disfagia. Comportamentos como a exploração oral descontrolada de objetos, alteração dos hábitos nutricionais e a ingestão acelerada de alimentos, frequentemente impulsionada pela impulsividade, podem levar a engasgos, mastigação deficiente e aspirações. Tais condutas, somadas à perda de discernimento e à apatia inerentes tornam a intervenção fonoaudiológica um desafio complexo e indispensável desde as fases iniciais do quadro (Payne, Morley, 2018; Gambogi et al., 2021). Sendo assim, o fonoaudiólogo é o profissional de saúde capacitado para compreender a complexidade do sistema de deglutição e propor a estratégia terapêutica mais adequada para cada paciente, considerando a patologia e a dificuldade específica em cada fase da deglutição (Santos, et al., 2025).

A disfagia, classificada pela CID-11, é uma condição clínica que se manifesta como uma alteração na deglutição, comprometendo a passagem segura de líquidos ou alimentos da boca até o estômago. Pode surgir em qualquer idade e frequentemente está associada a condições médicas ou neurológicas (Suárez et al., 2018; Rabelo, Dantas, 2024; Torres, et al., 2025). Ela possui duas etiologias principais: a neuromuscular, caracterizada pelo comprometimento da placa motora dos músculos da laringe ou esôfago, e a neurogênica, causada por disfunções nos mecanismos neurológicos do SNC ou do Sistema Nervoso Periférico. A disfagia neurogênica representa uma parcela significativa dos casos globais, com estimativas variando entre 400.000 e 800.000 (Suárez-Escudero et al., 2018).

Os distúrbios da deglutição são classificados com base na sua localização: a disfagia orofaríngea, que se distingue pela dificuldade em iniciar a deglutição, e a disfagia esofágica, onde a dificuldade para engolir surge segundos após o início do processo (Suárez-Escudero et al., 2018; Torres et al., 2025).

De acordo com Suárez-Escudero et al., (2018) e os pesquisadores Rabelo e Dantas (2024), as manifestações clínicas da disfagia são diversas, e a presença de apenas um sinal já é suficiente para levantar a suspeita do quadro. Entre os sinais encontram-se:

- Dificuldade em iniciar o ato de engolir;
- Sensação de alimento parado na orofaringe;
- Voz com sonoridade úmida durante ou após a deglutição;
- Tosse, engasgos ou apneia durante as refeições;
- Necessidade de múltiplas deglutições para uma pequena porção de alimento.
- Perda de peso, desidratação e pneumonias de repetição;
- Aumento do tempo total de alimentação e restrição a certas texturas alimentares, normalmente líquido e sólido.

Qualquer um desses achados demanda uma avaliação aprofundada por um profissional de saúde, como o fonoaudiólogo, visto que a disfagia não tratada acarreta riscos graves, como desnutrição, desidratação e infecções pulmonares, que podem ser fatais (Torres et al., 2025). Embora não seja uma doença em si, é uma condição clínica que impacta diretamente a segurança e o estado nutricional do paciente. A pesquisa de Rabelo e Dantas (2024) descreve que a avaliação da disfagia pode ser feita de duas formas principais: a avaliação clínica, conduzida pelo fonoaudiólogo, e a avaliação objetiva, por meio da nasofibroscopia da deglutição. O exame clínico se divide em duas etapas:

- A fase indireta avalia as estruturas da boca, a elevação da laringe, a presença de saliva excessiva ou boca seca, tosse, alterações na voz, paralisia facial e reflexos orais, sem oferecer alimento;
- A fase direta oferece alimentos de diferentes consistências para observar aspectos como o fechamento dos lábios, o escape de alimento pela boca, modificações no reflexo de deglutição, diminuição da elevação da laringe, necessidade de múltiplas deglutições, refluxo nasal, e sinais de aspiração, tosse ou engasgo. Também são notadas alterações na voz e na respiração antes, durante ou após o ato de engolir.

Já a nasofibroscopia da deglutição é um exame objetivo que permite visualizar as estruturas e a dinâmica de diversas partes, como a cavidade nasal, oral, nasofaringe, hipofaringe e laringe, enquanto o paciente se alimenta.

O protocolo fonoaudiológico que avalia os riscos de disfagia é amplamente empregado para guiar os processos terapêuticos na população geral com disfagia. Embora não considere patologias específicas, como a demência, ele serve como base para compreender como as alterações da deglutição

afetam cada estrutura, permitindo uma correlação com os achados já descritos em alterações demenciais (Padovani, Moraes, Andrade, 2007).

Quadro 1. Critérios para avaliação da disfagia

| Parâmetro | Definição | Critérios de Avaliação |
|------------------------|---|--|
| Escape Oral Anterior | Alimento escoam pelos cantos da boca | Presente: escape pelos cantos; Ausente: inexistência de escape |
| Tempo de Trânsito Oral | Período entre captação do alimento e início do reflexo de deglutição | Adequado: até 4 segundos; Aumentado: acima de 4 segundos |
| Refluxo Nasal | Alimento ou saliva escoam para cavidade nasal | Presente: ocorre durante alimentação |
| Número de Deglutições | Quantidade de vezes que o paciente precisa engolir para limpar a garganta | Adequada: engole de uma vez; múltipla: duas ou mais vezes em até um minuto; presença de resíduos indica dificuldade |
| Elevação Laríngea | Movimento de subida e anteriorização da laringe | Adequada: sobe pelo menos dois dedos; reduzida: menos de dois dedos; Ausente: não há deglutição |
| Ausculata Cervical | Uso do estetoscópio para avaliar sons durante deglutição | Normal: dois cliques e um sopro expiratório; ruídos: indicam alimentos parados |
| Saturação de Oxigênio | Medição da oximetria | Redução até 4% aceitável; quedas abaixo disso devem ser registradas |
| Qualidade da Voz | Observação da presença ou ausência de voz molhada | Adequada: sem voz molhada, soprosidade ou rouquidão; Inadequada: afonia, rouquidão ou voz molhada |
| Tosse | Ato reflexo para proteger vias aéreas | Ausente: não ocorre; reflexa: sem solicitação; voluntária: quando solicitada; forte: mobiliza secreções; fraca: não mobiliza secreções |
| Engasgo | Impedimento da passagem do ar nas vias aéreas superiores | Ausente: não aparece; presente sem repercussão: sem cianose ou recuperação rápida; presente com difícil recuperação: cianose e recuperação lenta |

Fonte: Elaborada pela autora, adaptada de Padovani et al., (2007).

A segunda fase do protocolo do Teste de Deglutição de Alimento pastoso (Padovani et al., (2007) abrange 12 itens, destes, 11 são reavaliados do teste da água, porém neste momento é levado em consideração a presença de resíduo alimentar em cavidade oral, a outra diferença é que agora a quantidade de ml é modificada de acordo com a consistência do alimento:

- Resíduo em cavidade oral após a deglutição: é quando se percebe sobras de até 25% do alimento ingerido, em vestíbulo lateral, anterior, superfície lingual ou assoalho bucal. Resultado ausente quando não há sobras de alimento, e presente quando após a deglutição observa-se presença de resíduos alimentares;
- Tempo de trânsito oral: considerado adequado quando o alimento pastoso é deglutido em até 17,5 segundos e lento acima deste tempo.

A terceira e última fase do teste, Padovani et al. (2007) diz respeito à Classificação do Grau de Disfagia e Condutas e na Escala de Gravidade da Disfagia, uma etapa crucial para direcionar o fonoaudiólogo em suas escolhas de condutas. O raciocínio a ser seguido deve levar em conta os sinais apresentados pelo paciente. São apresentados 5 níveis de classificação e três condutas baseadas nesta escala. O paciente é considerado disfágico quando apresenta pelo menos um dos sinais de que o diferencia do nível anterior.

Quadro 2. Grau de disfagia x Condutas

| Nível | Descrição | Manobras/Intervenções | Risco de Aspiração | Alimentação Oral |
|---------------------------------|---|--|--------------------|-----------------------|
| I – Deglutição Normal | Paciente se alimenta com duas consistências sem alterações, sem manobras ou tempo adicional | Não necessita | Não | Sim |
| II – Deglutição funcional | Resultado pode ser alterado, sem riscos de aspiração ou ineficiência; pode usar manobras compensatórias espontâneas | Manobras compensatórias espontâneas, tempo adicional se necessário | Baixo | Sim |
| III – Disfagia orofaríngea leve | Necessita intervenções fonoaudiológicas, distúrbios de deglutição, modificações na dieta, introdução de tosse/pigarro | Intervenções fonoaudiológicas, alterações orais compensatórias | Presente | Sim, com modificações |

| | | | | |
|--|--|--|----------|----------------------------|
| IV – Disfagia orofaríngea leve a moderada | Risco de aspiração, fonoaudiólogo introduz manobras, restringe consistência com tosse reflexa fraca | Manobras, técnicas, supervisão, apoio nutricional | Presente | Sim, restrita |
| V – Disfagia orofaríngea moderada | Tosse reflexa fraca ou ausente, riscos elevados de aspiração, sugerida via alternativa de alimentação | Manobras específicas, via alternativa | Alto | Parcial, com restrições |
| VI – Disfagia orofaríngea | Libera-se uma consistência assistida, manobras de | Manobras de limpeza de VA | Alto | Restrita, assistida |

3 METODOLOGIA

A metodologia adotada para esta pesquisa consistiu em uma revisão narrativa, com abordagem qualitativa, de caráter descritivo. O objetivo deste estudo científico foi realizar uma análise da literatura para descrever e discutir quais foram as manifestações e os impactos da disfagia em adultos de meia-idade com demência frontotemporal, e como as intervenções fonoaudiológicas baseadas em evidências contribuíram para sua reabilitação, a fim de proporcionar uma compreensão abrangente do tema em questão.

A pergunta norteadora para o desenvolvimento do estudo foi “Qual a inter-relação e os impactos da demência frontotemporal na disfagia em adultos de meia-idade, e qual a eficácia das abordagens fonoaudiológicas baseadas em evidência para a reabilitação dessa condição?”

O período cronológico da pesquisa dos artigos científicos foi delimitado entre os anos de 2015 à 2025, conduzidos a partir da busca por artigos científicos que estavam na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), indexados nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Capes, e U. S. National Library of Medicine (PUBMED). Para complementar a busca, foram recuperados dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, utilizando os descritores com as seguintes combinações: (“fonoaudiologia” OR “fonoaudiologia baseada em evidências”) AND (“disfagia” OR “alteração da deglutição”) AND (“terapia” OR “reabilitação”) AND (“demência frontotemporal” OR “demência degenerativa”) AND

(“demência de início precoce” OR “ demência de início jovem”) AND (“demência” OR “transtorno cognitivo maior”) AND (“adulto maduro” OR “adulto de meia-idade”).

Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados em português; texto completo e com resumos disponíveis nas bases de dados citadas.

Os critérios de exclusão foram: publicações que antecederam o período cronológico estabelecido, que não estão estavam disponíveis na íntegra, ou que não correspondiam ao tema da pesquisa; artigos repetidos; publicações apenas com resumo; revisões de literatura, reflexões e resenha. Artigos relevantes ao tema, anteriores a esse período, foram considerados para uma discussão mais bem fundamentada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 IMPLICAÇÕES SOCIAIS E DIAGNÓSTICAS DA DFT DE INÍCIO PRECOCE

A análise evidencia que a DFT frequentemente acomete adultos na fase produtiva (a partir da quarta década de vida), ao contrário de outros quadros demenciais (Caramelli, Barbosa, 2002; Pinheiro, 2017). Essa ocorrência acarreta profundas implicações sociais e econômicas, uma vez que a patologia, iniciada durante a fase economicamente ativa, desencadeia o afastamento precoce do mercado de trabalho e dificuldades de acesso a políticas públicas e benefícios sociais, devido ao desconhecimento e às limitações burocráticas (Paiva et al., 2019; Payne, Morley, 2018).

As DFTs ocupam o terceiro lugar em frequência entre indivíduos com menos de 65 anos (Caixeta, 2005). Contudo, as alterações comportamentais marcantes dos pacientes levam frequentemente ao encaminhamento equivocado para serviços de saúde mental, atrasando a avaliação neurológica e o diagnóstico correto (Paiva et al., 2019). Este processo pode levar de três a cinco anos, comprometendo o prognóstico e o planejamento de condutas futuras (Cruzado et al., 2021). A carência de serviços especializados e o acesso limitado a exames complexos no contexto brasileiro ampliam ainda mais esse tempo de espera (Paiva et al., 2019).

4.2 PREVALÊNCIA DA DISFAGIA E A LACUNA NA MEIA-IDADE

Grande parte da literatura sobre demências e disfagia se concentra em populações acima de 65 anos, predominantemente com DA (Suárez-Escudero et al., 2018). Essa concentração restringe a programação de estratégias adaptadas para adultos maduros com dft, o que reforça uma lacuna relevante de conhecimento (Santos et al., 2025).

Embora a prevalência da disfagia em idosos autônomos varie de 10% a 22%, estudos dedicados à DFT demonstram uma incidência significativamente maior: 60% dos pacientes com DFT são

disfágicos (Payne, Morley, 2018). No entanto, são raros os dados que quantificam sua incidência exclusiva em adultos de meia-idade, dificultando a normatização de procedimentos clínicos. Os sintomas de impulsividade exacerbada, falhas na programação motora e hiperoralidade, característicos da DFT, tornam esses indivíduos especialmente suscetíveis a desafios alimentares e ampliam o risco de aspiração (Payne, Morley, 2018; Paiva et al., 2019).

4.3 ABORDAGENS FONOAUDIOLÓGICAS E A CRÍTICA DA EFICÁCIA

A atuação fonoaudiológica na disfagia visa proporcionar uma deglutição segura e eficiente (Rabelo, Dantas, 2024; Torres et al., 2025). Devido à escassez de dados consistentes para a DFT, a fonoaudiologia apoia-se em procedimentos extraídos de outras afecções neurológicas (Santos et al., 2025). As estratégias mais descritas, cujo planejamento deve ser individualizado e multidisciplinar (Loi et al., 2023; Britto et al., 2024; Torres et al., 2025), e segundo Payne e Morley, 2018; Torres et al., 2025 incluem:

- Modificações na consistência alimentar: medida universalmente aceita para reduzir o risco de aspiração, utilizando líquidos espessados ou sólidos adaptados;
- Práticas posturais e de segurança: técnicas como deglutição com a cabeça abaixada e a deglutição com esforço, utilizadas para maximizar o transporte do bolo alimentar;
- Treinamento muscular: exercícios orofaríngeos com foco em fortalecimento, visando prolongar a funcionalidade nos estágios iniciais da DFT;
- Apoio ao cuidador: focado em orientações sobre alimentação segura e higiene oral, com a adesão familiar sendo crucial para a segurança do paciente (Rabelo, Dantas, 2024).

Apesar da adoção frequente dessas condutas, a eficácia a longo prazo e a adaptação às particularidades comportamentais da DFT (como a impulsividade e a dificuldade de reconhecimento) representam um desafio complexo. A dificuldade em separar os sinais da disfagia dos próprios sinais da doença retarda a identificação e o início do cuidado apropriado (Santos et al., 2025). A carência de estudos amplos com número suficiente de participantes e a ausência de protocolos padronizados dificultam a aplicação dos resultados em larga escala (Torres et al., 2025).

Adicionalmente, o avanço do quadro exige a consideração de intervenções mais invasivas. Nesse contexto da FBE, o uso de sonda nasogástrica em pacientes com demência não é recomendado pela sociedade americana de nutrição clínica e metabolismo, pois não previne pneumonia aspirativa em estágios avançados (Payne, Morley, 2018). O foco, portanto, permanece na manutenção da autonomia e na segurança da via oral.

O tratamento da disfagia neurogênica continua sendo um desafio devido à complexidade da condição e seus impactos no estado nutricional, respiratório e psicossocial do paciente (Torres et al., 2025).

5 CONCLUSÃO

O estudo ressalta a complexa e grave inter-relação entre a DFT de início precoce e a disfagia em adultos de meia-idade. Manifestações clínicas da DFT, como hiperoralidade e alterações comportamentais, atuam como fortes agentes predisponentes para os distúrbios da deglutição, comprometendo significativamente a saúde e produtividade desses indivíduos. Apesar da alta morbidade, o trabalho evidencia uma lacuna de conhecimento na literatura, que prioriza pacientes idosos com outras demências. As abordagens fonoaudiológicas atuais são importantes para a segurança, mas sua eficácia a longo prazo e aplicação específica em adultos com DFT de início precoce permanecem indefinidas, demandando adaptações.

Diante dessa carência, o trabalho caracteriza a prevalência da disfagia nessa população e faz um apelo urgente para o avanço da pesquisa. É crucial a realização de futuros estudos, como ensaios clínicos, para validar e desenvolver protocolos de avaliação e reabilitação adaptados a essa realidade clínica. O objetivo final é garantir uma assistência fonoaudiológica mais assertiva e personalizada, capaz de reduzir os graves riscos de desnutrição e pneumonia aspirativa, promovendo a segurança e a dignidade do paciente com DFT de início precoce.

REFERÊNCIAS

- BEER, B. C.; BRANDÃO, L.; CHAVES, M. L. F. **Alerta à comunidade fonoaudiológica brasileira sobre a importância da atuação científica e clínica na afasia progressiva primária.** Códas, Vila Clementino, v.27, n. 5, p.505–508, Out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/6zrzJNKs9KD6dgQg9p948Ym/?lang=pt> Acessado em 19/07/2025.
- BRANDÃO, B. C. et al. **Relationship between oral transit time and functional performance in motor neuron disease.** Arquivos De Neuro-psiquiatria, Vila Clementino, v. 77, n.8, p. 542–549, Aug. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20190077> Acessado em 09/08/2025
- BRITTO, L. V. et al. **Desafios diagnósticos e abordagens terapêuticas na demência frontotemporal.** Revista Brasileira de Implantologia E Ciências Da Saúde, Macapá, v. 6, n. 8, p. 4682-4690, Aug. 2024. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/3172/3354> Acessado em 22/07/2025.
- CAIXETA, L. **Demência frontotemporal subdiagnosticada.** Arquivos De Neuro- psiquiatria, Goiás, v. 63, n. 1, p. 186–186, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/ZGNyvwqSwv9pTHNRJnN9pps/?format=pdf> Acessado em 02/08/2025.
- CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. **Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?** Brazilian Journal of Psychiatry, Vila Clementino, v. 24, p. 7–1, Abr. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000500003>. Acessado em 22/07/2025.
- CRUZADO, L. et al. **Demência frontotemporal – variante comportamental como diagnóstico diferencial de transtornos psiquiátricos primários.** Jornal de Neuropsiquiatria, Lima, v.8, n. 43, p. 183-204, Jul. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v84n3/0034-8597-rnp-84-03-183.pdf> Acessado em 06/08/2025.
- CUSTODIO, N. et al. **Nível de conhecimento sobre demência frontotemporal em uma amostra de médicos que avaliam regularmente pacientes com demência em Lima-Peru,** Santiago. Revista Chilena de Neuropsiquiatria, v.56 n.2, p. 77-88, Jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4067/s0717-92272018000200077>. Acessado em 23/07/2025.
- GAMBOGI, L. B. et al. **Tratamento da variante comportamental da demência frontotemporal: uma revisão narrativa.** Demência e Neuropsicologia, São Paulo, v.15n. 3,p. 331-338, Jul-Set. 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8485641/> Acessado em 21/07/2025.
- LIVINGSTON, G. et al. **Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission.** Lancet, 396:413–46, Aug. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30367-6/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30367-6/fulltext). Acessado em 19/07/2025.
- LOI, S. M.; CATIONS, M.; VELAKOULIS, D. **Diagnóstico, tratamento e cuidados com demência de início jovem: uma revisão narrativa.** O Jornal Médico da Austrália, v. 218, n. 4, p.182-189, Feb. 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10952480/>

MACHADO, K. **Quem é a pessoa idosa?** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Mangueiras. Set. 2019. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/quem-e-a-pessoa-idosa>. Acessado em 25/07/2025.

MARI, F. R. et al. **The aging process and health: what middle-aged people think of the issue.** Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia. Vila Clementino, v. 19, n. 1, p. 35–44, Jan-Feb. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122> Acessado em 19/07/2025.

MIRANDA, V. S. G. de. et al. **Fonoaudiologia baseada em evidências: o artigo das revisões sistemáticas.** CoDAS, Porto Alegre, v.31, n.2, Out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018167>. Acessado em 20/07/2025.

MOURÃO, A. M. R. et al. **Fatores de risco modificáveis associados à demência: revisão sistêmica integrativa.** Revista Neurociências, Araraquara v. 33, p.1-26, Set, 2025. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/20268/14050> Acessado em 05/08/2025.

PADOVANI, A. R. et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). Revista Da Sociedade Brasileira De Fonoaudiologia Vila Clementino, v.12, n. 3, p. 199–205, Set, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007> Acessado em 23/07/2025.

PAYNE, M.; MORLEY, J. E. **Editorial: Disfagia, demência e fragilidade.** O Jornal de Nutrição, Saúde e Envelhecimento, v.22, n. 5, p. 562–565. Mai, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1033-5>. Acessado em 22/07/2025.

PAGNOTA, R. M. N. F.; MIRANDA, R. de C. N. A. **Benefícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos.** Fractal: Revista De Psicologia, Niteroi, v.36, p. e8623. Out, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/mDgsjN7CnFkysfQ33GmRVvH/> Acessado em 18/07/2025.

PAIVA, G. P.; MALDONADO, F. H. R.; SPAZIANI, A. O. **Demência fronto-temporal em paciente feminina de 56 anos: relato de caso.** Arquivos de investigação em saúde, v. 8, n. 3, p. 125-129. 2019. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3243/pdf>

PINHEIRO, D. R. **Demência: aspectos da alimentação e deglutição e suas relações com a cognição e sintomas neuropsiquiátricos.** 2017. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: https://repositorio.sis.puccampinas.edu.br/bitstream/handle/123456789/14904/ccv_ppgcs_me_Deborah_RP.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acessado 19/07/2025.

RABELO, L. A. D. S.; DANTAS, R. O. **Eficácia e importância da avaliação clínica da deglutição.** Cadeia Pedagógica, Curitiba, v. 21, n.13, p. e12937. Dec, 2024. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/12937/7238> Acessado em 22/07/2025.

RODRIGUES, L. S. de A. et al. **Centralidade de vínculos familiares na experiência de mulheres de meia-idade.** Revista Da Escola De Enfermagem Da USP, Vila Clementino, v. 55, p.

e03734. Nov, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020020503734> Acessado em 25/07/2025.

RODRÍGUEZ, D. et al. **Caracterização do uso de fontes de informação para acesso a critérios diagnósticos por fonoaudiólogos no Chile**. Revista Chilena de Fonoaudiologia, v.18, p.1-7. Jun, 2019. Disponível em: <https://revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/55329/58275> Acessado em 22/07/2025.

SANTOS, B. de S. et al. **Caracterização da deglutição de idosos com demência**. Cotas, Vila Clementino, v.37, n. 3, p. e20230358. Abr, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/e20230358pt> Acessado em 24/07/2025.

SUÁREZ-ESCUADERO. J. C.; RUEDA V. Z. V.; OROZCO, A. F. **Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible?** Acta neurológica colombiana, v. 34, n.1, p. 92–100. 2018. Disponível em: <https://actaneurolologica.com/index.php/anc/article/view/901/1051e>? Acessado em 20/07/2025.

TOLOZA-RAMÍREZ, D.; MÉNDEZ-ORELLANA, C.; MARTELLA, D. **Diagnóstico neuropsicológico diferencial na doença de Alzheimer e demência frontotemporal: uma revisão sistemática qualitativa**. Perspectivas da Neurologia, v.1, n.1, p. 82-97. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neurop.2021.03.004> Acessado em 22/07/2025.

TORRES, V. S. R.; PAULA, J. A. da S. de.; NUNES, E. de L. **Estratégias terapêuticas fonoaudiológicas para reabilitação da disfagia neurogênica em pacientes adultos**. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento. v.14, n.3, p. e5614348273. Mar, 2025. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/48273/38077> Acessado em 20/07/2025.