

Gizella Malvina da Silva

Refluxo Esôfago-Esofágico em Adultos: Queixas e Classificação da Disfagia

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina,
para obtenção do Título de Bacharel em
Fonoaudiologia.

São Paulo

2021

Gizella Malvina da Silva

Refluxo Esôfago-Esofágico em Adultos: Queixas e Classificação da Disfagia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Inês Rebelo Gonçalves

Coorientadora:

Fga. Ms. Isabella Christina Oliveira Neto

São Paulo

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA

Chefe do Departamento:

Profa. Dra. Silvana Bommarito Monteiro

Coordenador(a) do Curso da Graduação:

Profa. Dra. Daniela Gil

Resumo

Introdução: As fases da deglutição são: oral, faríngea e esofágica. Um distúrbio no processo da deglutição é chamado de disfagia, podendo acarretar uma vulnerabilidade do indivíduo, como comprometimento pulmonar e hidronutritivo. O videodeglutoesofagograma permite visualizar e avaliar a segurança da alimentação por via oral. **Objetivo:** Verificar se pacientes adultos com refluxo esofago-esofágico analisados por videodeglutoesofagograma da deglutição apresentam queixas de disfagia, e classificar a disfagia quando presente. **Método:** O estudo analisou por meio de laudos de videodeglutoesofagograma pacientes com refluxo esôfago-esofágico com e sem disfagia. **Resultados:** As queixas mais apresentadas, em indivíduos disfágicos e não disfágicos foram, respectivamente: pigarro (17% e 54,7%), dificuldade de engolir (17% e 13,2%), azia (17% e 52,8%), engasgos (12,8% e 18,9%) e sensação de alimento parado/incômodo (6,4% e 9,4%). Os pacientes apresentaram disfagias orofaríngeas (95%) e faringoesofágica (4,2%), sendo que o grau da disfagia foi 37% leve, 20,8% leve para moderada, 33,3% moderado e 8,9% grave. **Conclusões:** As queixas mais apresentadas em indivíduos disfágicos foram, em ordem decrescente: pigarro, dificuldade de engolir, azia/queimação, engasgo e sensação de alimento parado/incômodo. Nos pacientes não disfágicos a ordem decrescente de queixas foi, respectivamente: pigarro, azia, engasgo, dificuldade de engolir e sensação de alimento parado/incômodo. Quanto ao local da disfagia 95% dos pacientes disfágicos apresentou disfagia orofaríngea e 4,2% disfagia faringoesofágica. Os graus de disfagia foram: leve com 37,5%, leve para moderado 20,8%, moderado 33,3% e grave 8,9%.

Descritores: Disfagia; Refluxo Esofago-esofágico; Videodeglutoesofagograma; Alteração esofágica.

Sumário

Resumo	I
Lista de tabelas	II
Lista de abreviaturas, siglas e símbolos	III
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	3
3 REVISÃO DA LITERATURA	4
3.1 Queixas de indivíduos com refluxo	4
3.2 Grau da disfagia e refluxo	5
4 MÉTODO	6
5 RESULTADOS	7
6 DISCUSSÃO	13
7 CONCLUSÕES	15
8 REFERÊNCIAS	16
Bibliografia consultada	17

Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição numérica, percentual e média de idade considerando amostra total de pacientes.	7
Tabela 2. Distribuição numérica, percentual de idade considerando amostra total de pacientes.	7
Tabela 3. Distribuição numérica e percentual em relação a sexo considerando amostra total de pacientes.	8
Tabela 4. Distribuição numérica e percentual de diagnósticos considerando a amostra total de pacientes.	8
Tabela 5. Distribuição numérica e percentual das queixas, considerando a amostra total (N=52).	9
Tabela 6. Distribuição numérica e percentual das queixas de pacientes com E-E disfágicos.	10
Tabela 7. Distribuição numérica e percentual das queixas de pacientes com E-E não disfágicos.	11
Tabela 8. Distribuição numérica e percentual das queixas esofágicas considerando amostra total de pacientes.	11
Tabela 9. Distribuição numérica e percentual dos indivíduos disfágicos em relação ao grau de disfagia e ao nível da escala DOSS.	12
Tabela 10. Distribuição numérica e percentual dos indivíduos disfágicos em relação ao local da disfagia.	12

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

AVC	Acidente Vascular Craniano
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DOSS	<i>Dysphagia Outcome and Severity Scale</i>
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
E-E	Esofago Esofágico
MAV	Malformação arteriovenosa cerebral
PO	Pós operatório
REE	Refluxo Esofago-Esofágico
SEREDE	Setor de Reabilitação Funcional das Desordens da Deglutição
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VDEG	Videodeglutoesofagograma
IEM	Ineficiência de motilidade esofágica

1 INTRODUÇÃO

A deglutição é um processo neuromuscular dinâmico, que envolve ossos e musculaturas, nervos cranianos sensitivos, motores e parassimpáticos (Furkim, 2008). Suas principais funções são: nutrição e hidratação, assim como permitir o prazer do ato de se alimentar. Essa dinâmica da deglutição pode ser dividida em três, sendo elas: fases oral, fase faríngea e a fase esofágica (Logemann, 1983; Dodds, 1990; Silva, 1999).

A fase oral é voluntária e consciente, onde ocorre o preparo do bolo alimentar junto com a saliva através da mastigação e sua ejeção da cavidade oral em direção da faringe. As fases faríngea e esofágica são involuntárias. Após a entrada do bolo alimentar na faringe, o palato mole se eleva visando vedar a rinofaringe (Falzone, Jones, Kardel, 2001), há a elevação e anteriorização do osso hióide e da laringe, assim como a eversão da epiglote e o fechamento glótico para proteção de vias aéreas. Com a constrição faríngea, o bolo alimentar é direcionado para o esfíncter esofágico superior, dando início a fase esofágica. Esta se inicia com a abertura do esfíncter esofágico superior, conduzindo o bolo alimentar até o estômago através dos movimentos peristálticos (Campos & Costa, 2002).

Um distúrbio no processo da deglutição é conhecido como disfagia. Estes distúrbios podem ser de origem mecânica, neurológica ou psicogênica e podem tornar o indivíduo vulnerável a comprometimentos pulmonares, além de ocasionar um prejuízo ou incapacidade de suporte hidronutritivo. Também devem ser considerados os comprometimentos sociais e de prazer alimentar (Furkim e Silva, 1999).

O método mais utilizado por médicos e fonoaudiólogos para avaliar a presença de resíduo é o exame de imagem, como a videodeglutoesofagograma (VDEG), também chamada de videofluoroscopia da deglutição. A videofluoroscopia é o método de referência na detecção e monitoramento da disfagia oral, faríngea e esofágica, frequentemente usada com caráter complementar à avaliação clínica e como auxílio para determinar a conduta terapêutica. (M. Alnassar, K. Oudjhane, J. Davila. 2011). É um exame radiológico dinâmico, onde alimentos de diferentes

consistências e volumes são contrastados e ofertados para o paciente com o intuito de analisar a fisiologia da deglutição nas fases oral, faríngea e esofágica. Oferece a possibilidade de uma análise posterior, mensurando objetivamente os resultados (Omari TI, Ferris L, Dejaeger E, Tack J, Vanbeckevoort D 2012). Permite verificar de forma não invasiva a presença de alterações como escape posterior do bolo alimentar, regurgitação rinofaríngea, reflexos da deglutição, aspiração, penetração, presença de resíduo oral e faríngeo assim como momento de sua ocorrência e possíveis causas, movimentos peristálticos e a presença de refluxo (J Gates, G.G.Hatnell, G,D.Gramigna.2006).

Dentre os distúrbios que podem ser encontrados na fase esofágica podemos citar: estenose, câncer de esôfago ou compressão extrínseca por exemplo, ou de origem de motilidade: refluxo esôfago esofágico, aumento de onda não-peristálticas, refluxo gastro esofágico ou ondas terciárias.

Pacientes disfágicos comumente apresentam alterações do peristaltismo esofágico, especialmente o refluxo esôfago-esofágico (REE) e tal alteração nem sempre é considerada. No entanto, a presença de REE, especialmente no terço superior do esôfago, pode contribuir para maior dificuldade de reabilitação, com maiores chances de aspiração durante esse refluxo.

Assim, é importante a análise do REE em indivíduos disfágicos; além disso, as queixas apresentadas e o grau de disfagia também poderão auxiliar na maior compreensão das alterações de deglutição nesses casos.

2 OBJETIVOS

Verificar se pacientes adultos com refluxo esofago-esofágico analisados por videodeglutoesofagograma da deglutição apresentam queixas de disfagia, e classificar a disfagia quando presente.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Queixas em indivíduos com refluxo

Na doença do refluxo gastroesofágico pode-se encontrar, como parte do quadro clínico da doença, queixas respiratórias, otorrinolaringológicas, dor torácica ou disfagia. Um estudo realizado em 2007 na UFRJ (Gustavo Cálceña Agüero, Eponina M. O. Lemme, Ângela Alvariz, Beatriz Biccás Carvalho, Rosana B. Schechter, Luiz Abrahão Jr.) que visou analisar a prevalência de manifestações supra-esofágicas e em pacientes com doenças do refluxo erosiva e não-erosiva observou que no grupo total de 280 pacientes, 31% apresentavam queixas otorrinolaringológicas com predomínio de rouquidão e pigarro e 15% queixas respiratórias, predominando a tosse crônica.

Publicado na Revista Brasileira de Otorrinolaringologia o estudo que avaliou as queixas principais dos pacientes adultos com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), pertencentes ao ambulatório de Laringologia e Voz da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, observou que as principais queixas principais foram disфонia, pigarro (em DRGE severo), azia, tosse, disfagia e engasgos. (Daniela O. Burati, André de C. Duprat, Cláudia A. Eckley, Henrique O. Costa. 2003).

IEM (ineficiência de motilidade esofágica) foi a anormalidade de motilidade mais comum em pacientes com sintomas respiratórios; como tosse crônica, asma, ou sintomas como azia, associados à DRGE. Essa coexistência de ineficiência de motilidade esofágica com o refluxo gastroesofágico pode colocar os pacientes em alto risco de sintomas respiratórios devido ao atraso na eliminação do ácido esofágico associado a essa anormalidade de motilidade (Fouad; Katz; Hatlebakk; Castell. 1999).

3.2 Grau de disfagia e refluxo

A tese de mestrado sobre a deglutição em pacientes com queixa de refluxo gastroesofageano e globus faríngeo (Costa Neves, 2011) realizada na Universidade Federal de Santa Maria, utilizou videodeglutograma para avaliar pacientes com diagnóstico de DRGE, com globus faríngeo e um terceiro grupo com ambos. No

grupo apenas com DRGE foi observado, na consistência néctar, maior número de estase em base de língua, seguido de estase valecular e em esfíncter esofágico superior. Quanto ao grau da disfagia o estudo demonstrou que pacientes com DRGE Apresentam em sua maioria disfagia de grau leve (60% do grupo), seguido de deglutição normal (43%) e, por último, apenas uma parcela de 14% apresentou disfagia de grau moderado.

Não foram encontrados estudos específicos sobre refluxo esôfago-esofágico e disfagia na literatura.

4 MÉTODO

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de São Paulo. Projeto CEP UNIFESP n:1121/2017.

O presente estudo analisou laudos de exames de videodeglutoesofagograma da deglutição realizados no Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP. Os exames fazem parte do arquivo do SEREDE (Setor de Reabilitação Funcional das Desordens da Deglutição) do Departamento de Fonoaudiologia da UNIFESP. Foi utilizado o aparelho EDR750B e as imagens foram gravadas em videocassete da marca Semp X690.

Como critérios de inclusão foram selecionados os exames dos pacientes com idade entre 18 e 60 anos e que apresentaram avaliação da fase esofágica da deglutição e disfagia caracterizada por refluxo esôfago-esofágico.

Critérios de exclusão: Indivíduos com idade menor de 18 e maior que 60 anos, exames sem avaliação da fase esofágica da deglutição, com refluxo gastroesofágico ou com os dados que foram coletados incompletos ou ilegíveis nos protocolos de anamnese do exame.

Para a realização do estudo foram levantados: idade, sexo, queixa, diagnósticos, grau de disfagia de acordo com a Escala de DOSS - *Dysphagia Outcome and Severity Scale* (leve, leve para moderado, moderado, moderado para grave e grave) e presença de refluxo esôfago-esofágico.

Os resultados serão apresentados em tabelas ou gráficos. Serão calculados média e desvio-padrão.

5 RESULTADOS

Tabela 1 - Distribuição numérica, percentual e média de idade considerando amostra total de pacientes

Disfagia	N	%	Média de Idade
Com Disfagia	24	46%	46
Sem disfagia	28	54%	48
Total	52	100%	47

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual de idade considerando amostra total de pacientes

Disfagia	N	%
Com Disfagia	24	46%
18-27	3	13%
28-37	2	8%
38-47	6	25%
48-57	9	38%
58-67	4	17%
Sem disfagia	28	54%
18-27	2	7%
28-37	1	4%
38-47	9	32%
48-57	11	39%
58-67	5	18%
Total	52	100%

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual em relação a sexo considerando amostra total de pacientes

Sexo	Com Disfagia	%	Sem disfagia	%
Masculino	12	23,1%	11	21,2%
Feminino	12	23,1%	17	32,7%
Total Geral	24	46,2%	28	53,8%

Tabela 4 - Distribuição numérica e percentual de diagnóstico considerando amostra total de pacientes

Diagnóstico de pacientes com E-E	Total	%	Com Disfagia	%	Sem disfagia	%
Sem Diagnóstico	25	48%	8	33%	17	61%
AVC	4	8%	4	17%	0	0%
Dermatosite	2	4%	1	4%	1	4%
Distonia	2	4%	1	4%	1	4%
Miastenia Gravis	2	4%	2	8%	0	0%
Abcesso Cervical	1	2%	1	4%	0	0%
Ameloblastoma	1	2%	0	0%	1	4%
Aneurisma	1	2%	1	4%	0	0%
Esclerodermia	1	2%	0	0%	1	4%
Fístula Esofágica	1	2%	0	0%	1	4%
Globos Faríngeos	1	2%	1	4%	0	0%
Hipotireoidismo	1	2%	0	0%	1	4%
Intestino Instável	1	2%	0	0%	1	4%
Laringectomia Total	1	2%	0	0%	1	4%
Mal de Huntington	1	2%	1	4%	0	0%
Massa Retrofaríngea	1	2%	1	4%	0	0%
PO ressecção MAV temporal direito	1	2%	0	0%	1	4%
Polidermatomiosite	1	2%	0	0%	1	4%
Rash cutâneo	1	2%	1	4%	0	0%
Síncope de repetição	1	2%	1	4%	0	0%
TCE/Politrauma	1	2%	1	4%	0	0%
Tumor cerebral de fossa posterior	1	2%	0	0%	1	4%
Total	52	100%	24	100%	28	100%

Tabela 5 - Distribuição numérica e percentual das queixas, considerando a amostra total (N = 52)

Queixa	N	%
Azia/queimação	20	19,0%
Pigarro	16	15,2%
Engasgo	16	15,2%
Dificuldade para engolir	15	14,3%
Sensação de alimento parado/incomodo	8	7,6%
Dificuldade com sólidos	6	5,7%
Dificuldade com líquidos	3	2,9%
Tosse	3	2,9%
Dificuldade para mastigar	2	1,9%
Dor ao deglutir	2	1,9%
Refluxo	2	1,9%
Retira da sonda	2	1,9%
Pneumonia	1	1,0%
Regurgitação oral	1	1,0%
Náuseas	1	1,0%
Vômitos	1	1,0%
Saida de alimento pela TQT	1	1,0%
Falta de ar	1	1,0%
Dificuldade disgestiva	1	1,0%
Avaliar possibilidade de progredir dieta	1	1,0%
Múltiplas deglutições	1	1,0%
Regurgitação nasal	1	1,0%
Total	105	100%

Tabela 6 - Distribuição numérica e percentual das queixas de pacientes com E-E disfágicos (N = 24)

Queixa	N	%
Pigarro	8	17,0%
Dificuldade para engolir	8	17,0%
Azia/queimação	6	12,8%
Engasgo	6	12,8%
Sensação de alimento parado/incomodo	3	6,4%
Dificuldade com sólidos	4	8,5%
Dificuldade para mastigar	2	4,3%
Dificuldade com líquidos	2	4,3%
Tosse	1	2,1%
Refluxo	1	2,1%
Retira da sonda	1	2,1%
Pneumonia	0	0,0%
Regurgitação oral	1	2,1%
Vômitos	1	2,1%
Saida de alimento pela TQT	1	2,1%
Dificuldade disgestiva	1	2,1%
Multiplas deglutições	1	2,1%
Dor ao deglutir	0	0,0%
Náuseas	0	0,0%
Falta de ar	0	0,0%
Avaliar possibilidade de progredir dieta	0	0,0%
Regurgitação nasal	0	0,0%
Total	47	100%

Tabela 7 - Distribuição numérica e percentual das queixas de pacientes com E-E não disfágicos (N = 28)

Queixa	N	%
Azia/queimação	14	24,1%
Engasgo	10	17,2%
Pigarro	8	13,8%
Dificuldade para engolir	7	12,1%
Sensação de alimento parado/incomodo	5	8,6%
Dificuldade com sólidos	2	3,4%
Tosse	2	3,4%
Dor ao deglutir	2	3,4%
Dificuldade com líquidos	1	1,7%
Refluxo	1	1,7%
Retira da sonda	1	1,7%
Pneumonia	1	1,7%
Náuseas	1	1,7%
Falta de ar	1	1,7%
Avaliar possibilidade de progredir dieta	1	1,7%
Regurgitação nasal	1	1,7%
Dificuldade para mastigar	0	0,0%
Regurgitação oral	0	0,0%
Vômitos	0	0,0%
Saida de alimento pela TQT	0	0,0%
Dificuldade disgestiva	0	0,0%
Multiplas deglutições	0	0,0%
Total	58	100%

Tabela 8 - Distribuição numérica e percentual de queixas esofágicas considerando amostra total de pacientes

Queixa Esofágica	Total de Pacientes	%	Com Disfagia	%	Sem Disfagia	%
Lentidão de Esvaziamento Esofágico	41	51%	20	51%	21	50%
Ondas Terciárias	19	23%	8	21%	11	26%
Redução de Motilidade Esofágica	7	9%	3	8%	4	10%
Hérnia de Hiato	5	6%	1	3%	4	10%
Sindesmófitos	3	4%	2	5%	1	2%
Abertura Reduzida de EES	2	2%	2	5%	0	0%
Resíduo Esofágico	1	1%	1	3%	0	0%
Dilatação de Esôfago	1	1%	1	3%	0	0%
Esôfago em Quebra Nozes	1	1%	0	0%	1	2%
Divertículo	1	1%	1	3%	0	0%
Total	81	100%	39	100%	42	100%

Tabela 9 - Distribuição numérica e percentual dos indivíduos disfágicos em relação ao grau de disfagia e ao nível da Escala DOSS

Grau de Disfagia	N	%	Escala DOSS
Leve	9	37,5%	Nível 5
Leve para moderado	5	20,8%	Nível 4
Moderado	8	33,3%	Nível 3
Moderado para grave	0	0,0%	Nível 2
Grave	2	8,3%	Nível 1
Total	24	100%	

Tabela 10 - Distribuição numérica e percentual dos indivíduos disfágicos em relação ao local da disfagia

Local	N	%
Orofaríngea	23	95,8%
Esofágica	0	0,0%
Faringoesofágica	1	4,2%
Total	24	100%

6 Discussão

A amostra inicial contava com 64 pacientes, mas 12 foram excluídos por apresentarem refluxo gastroesofágico. Os pacientes apresentaram média de idade de 47 anos, sendo média de 46 anos entre os pacientes sem diagnóstico de disfagia e de 48 anos dos pacientes já diagnosticados com disfagia. Dos 52 pacientes do estudo, 55,7% eram do sexo feminino e 44,3% do sexo masculino.

Os diagnósticos apresentados pelos pacientes foram AVC, dermatomiosite, distonia, miastenia gravis, abscesso cervical, ameloblastoma, aneurisma, esclerodermia, fístula esofágica, globus faríngeos, hipotireoidismo, Intestino irritável, laringectomia total, mal de Huntington, massa retrofaríngea, Pós operatório de ressecção e MAV temporal, polidermatomiosite, rash cutâneo, síncope de repetição, TCE/politrauma e tumor cerebral de fossa posterior. A maior porcentagem dos pacientes consistiu de pacientes sem diagnóstico específico (68% do grupo sem disfagia e 32% do grupo com disfagia), seguido de pacientes que sofreram AVC (100% do grupo com disfagia). É importante ressaltar que, além de alterações na fase esofágica, o AVC pode acarretar também em diversas alterações nas fases oral e faríngea da deglutição, as quais podem contribuir para a dificuldade de escoamento do alimento pelo esôfago, tais como dificuldade de ejeção do alimento e redução da constrição faríngea, gerando menor pressão e, conseqüentemente, favorecendo o refluxo esôfago-esofágico.

As queixas encontradas no estudo foram: azia e queimação, pigarro, engasgos, dificuldade de engolir (sólidos e líquidos), dificuldade de mastigar, sensação de alimento parado, dor ao deglutir, tosse, refluxo, retirada de sonda, pneumonia, regurgitação oral, regurgitação vômitos, náuseas, falta de ar, dificuldade digestiva, múltiplas deglutições, regurgitação nasal e avaliação da possibilidade de progredir a dieta. Podemos observar que as queixas apresentadas são de natureza diversa e podem nem sempre indicar diretamente a presença de uma alteração esofágica como o refluxo esôfago-esofágico.

Quanto às alterações esofágicas, os pacientes apresentaram, em sua maioria, lentidão do esvaziamento esofágico (51%) e ondas terciárias (23%). Outras alterações esofágicas foram redução da motilidade esofágica, hérnia de hiato,

sindesmófitos, abertura reduzida de EES, resíduo esofágico, dilatação do esôfago, esôfago em quebra nozes e divertículo.

Em sua grande maioria, os pacientes apresentaram diagnóstico de disfagia orofaríngea (95%) e 4,2% de disfagia faringoesofágica. O grau da disfagia, considerando a escala DOSS foi leve (37,5%), leve para moderado (20,8%), moderado (33,3%) e grave (8,9%). Quanto a diagnóstico patológico ou HD, 48% do total de pacientes da pesquisa não apresentava diagnóstico (grupo de disfágicos 33% e 61% do grupo sem disfagia). Entre os disfágicos, 8% tinham AVC e dos pacientes sem disfagia não houve prevalência de algum diagnóstico.

Apesar de menos estudado do que o refluxo gastroesofágico, o refluxo esôfago-esofágico deve sempre ser considerado pelo fonoaudiólogo no manejo dos pacientes disfágicos, uma vez que seu conteúdo também pode ser aspirado pelo paciente se for intenso; além disso, sua presença nos alerta sobre a necessidade de reduzir, por vezes, a velocidade da oferta dos alimentos para o paciente, para que não ocorra um aumento acumulativo de alimento no terço superior do esôfago, aumentando o risco de aspiração.

7 CONCLUSÕES

As queixas mais apresentadas em indivíduos disfágicos foram, em ordem decrescente: pigarro, dificuldade de engolir, azia/queimação, engasgo e sensação de alimento parado/incômodo. Já os pacientes não disfágicos, em ordem decrescente, as queixas foram, respectivamente: pigarro, azia, engasgo, dificuldade de engolir e sensação de alimento parado/incômodo. Quanto ao local da disfagia 95% dos pacientes disfágicos apresentou disfagia orofaríngea e 4,2% disfagia faringoesofágica. Os graus de disfagia foram: leve com 37,5%, leve para moderado 20,8%, moderado 33,3% e grave 8,9%.

8 REFERÊNCIAS

1. Daniela O. Burati, André de C. Duprat, Cláudia A. Eckley, Henrique O. Costa. Rev Bras Otorrinolaringol.V.69, n.4, 458-62, jul./ago. 2003. **Doença do refluxo gastroesofágico: análise de 157 pacientes.**
2. Fouad, Yasser M MD 1 ; Katz, Philip O MD 1 ; Hatlebakk, Jan G MD 1 ; Castell, Donald O MD. **Ineffective esophageal motility: the most common motility abnormality in patients with GERD-associated respiratory symptoms.** American Journal of Gastroenterology: Junho de 1999 - Volume 94 - Edição 6 - p 1464-1467.
3. Geruza Costa Gonzaga Anéas e Roberto Oliveira Dantas 2013. **A videofluoroscopia da deglutição na investigação da disfagia oral e faringea.** 2014.
4. Gustavo Cálcena, Agüero Eponina M. O. Lemme, Ângela Alvariz, Beatriz Biccas Carvalho, Rosana B. Schechter, Luiz Abrahão Jr. **Prevalência de queixas supra-esofágicas em pacientes com doenças do refluxo erosiva e não-erosiva.** 2007.
5. J. Gates, G.G. Hartnell, G.D. Gramigna. **Videofluoroscopy and swallowing studies for neurologic disease: A primer Radiographics**, 26 (2006), p. e22.
6. M. Alnassar, K. Oudjhane, J. Davila **Nasogastric tubes and videofluoroscopic swallowing studies in children Pediatr Radiol**, 41 (2011), pp. 317-321.
7. Murray J, Langmore SE, Ginsberg S, Dostie A. **The significance of accumulated oropharyngeal secretions and swallowing frequency in predicting aspiration. Dysphagia.** 1996;11(2):99-103.
8. Omari TI, Ferris L, Dejaeger E, Tack J, Vanbeckevoort D, Rommel N. **Upper esophageal sphincter impedance as a marker of sphincter opening diameter.** Am J Physiol. 2012;302:G909---13.
9. Ott DJ, Hodge RG, Pikna LA, Chen MY, Gelfand DW. **Modified barium swallow: clinical and radiographic correlation and relation to feeding recommendations. Dysphagia** 1996;11:187-190.

Bibliografia consultada

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 14724: Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro; 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Normas de apresentação tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1993.

Normas para teses e dissertações [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Biblioteca Antônio Rubino de Azevedo, Coordenação de Cursos; 2021 [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://www.bibliotecacsp.sites.unifesp.br/servicos/normas-teses-dissertacoes>

Patrias K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 - [updated 2011 Sep 15; cited 2021 Mar 12]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>