

Impacto da terapia fonoaudiológica na disfagia orofaríngea em pacientes com esclerose sistêmica e dermatomiosite: um estudo piloto

Impact of speech and swallowing therapy on oropharyngeal dysphagia in patients with systemic sclerosis and dermatomyositis: a pilot study

Impacto de la terapia del habla en la disfagia orofaríngea en pacientes con esclerosis sistémica y dermatomiositis: un estudio piloto

Maria Tavares da Rosa^{1*}

ORCID: 0009-0006-6111-2884

Krys Soraya Rocha Cirio Paes¹

ORCID: 0000-0003-1251-2970

Márcio José da Silva Moreira²

ORCID: 0000-0003-0072-9507

Verônica Vilela¹

ORCID: 0000-0002-8676-4268

Sueli Carneiro¹

ORCID: 0000-0001-7515-2365

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Rosa MT, Paes KSRC, Moreira MJS, Vilela V, Carneiro S. Impacto da terapia fonoaudiológica na disfagia orofaríngea em pacientes com esclerose sistêmica e dermatomiosite: um estudo piloto. Glob Acad Nurs. 2026;7(3):e553. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200553>

*Autor correspondente:

mariatavaresdarosa@gmail.com

Submissão: 25-03-2026

Aprovação: 07-05-2026

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da terapia fonoaudiológica na disfagia orofaríngea em pacientes com esclerose sistêmica (ES) e dermatomiosite (DM), comparando terapia estruturada associada ao gerenciamento fonoaudiológico versus gerenciamento fonoaudiológico isolado. Conduziu-se um estudo piloto observacional com 19 participantes (7 DM e 12 ES), entre 18 e 65 anos, com disfagia orofaríngea. Os participantes foram alocados em dois grupos: grupo A (terapia fonoaudiológica estruturada + gerenciamento fonoaudiológico) e grupo B (gerenciamento fonoaudiológico isolado). Após oito meses, foram reavaliados com os mesmos parâmetros iniciais. Nos pacientes com ES, observou-se redução dos sintomas em ambos os grupos, com maior magnitude no grupo A. Nos pacientes com DM, houve melhora discreta, sem diferença relevante entre os grupos. A terapia fonoaudiológica esteve associada à melhora de parâmetros clínicos da disfagia, especialmente em pacientes com ES. Devido à amostra reduzida, os resultados devem ser interpretados como exploratórios.

Descritores: Dermatomiosite; Polimiosite; Esclerose Sistêmica; Transtornos de Deglutição; Fonoterapia.

Abstract

This study aimed to evaluate the impact of speech-language therapy on oropharyngeal dysphagia in patients with systemic sclerosis (SSc) and dermatomyositis (DM), comparing structured therapy combined with speech-language management versus speech-language management alone. An observational pilot study was conducted with 19 participants (7 DM and 12 SSc) aged 18 to 65 years who had oropharyngeal dysphagia. Participants were assigned to two groups: Group A (structured speech-language therapy + speech-language management) and Group B (speech-language management alone). After eight months, they were re-evaluated using the same initial parameters. In patients with SSc, a reduction in symptoms was observed in both groups, with a greater magnitude in Group A. In patients with DM, there was slight improvement, with no significant difference between the groups. Speech-language therapy was associated with improvement in clinical parameters of dysphagia, especially in patients with SSc. Due to the small sample size, the results should be interpreted as exploratory.

Descriptors: Dermatomyositis; Polymyositis; Scleroderma, Systemic; Deglutition Disorders; Speech Therapy.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de la terapia del habla y el lenguaje en la disfagia orofaríngea en pacientes con esclerosis sistémica (ES) y dermatomiositis (DM), comparando la terapia estructurada combinada con la terapia del habla y el lenguaje frente a la terapia del habla y el lenguaje sola. Se realizó un estudio piloto observacional con 19 participantes (7 con DM y 12 con ES), de 18 a 65 años, con disfagia orofaríngea. Los participantes se dividieron en dos grupos: grupo A (terapia del habla y el lenguaje estructurada + terapia del habla y el lenguaje) y grupo B (terapia del habla y el lenguaje sola). Tras ocho meses, se les reevaluó utilizando los mismos parámetros iniciales. En los pacientes con ES, se observó una reducción de los síntomas en ambos grupos, con mayor magnitud en el grupo A. En los pacientes con DM, se observó una leve mejoría, sin diferencias relevantes entre los grupos. La terapia del habla y el lenguaje se asoció con una mejoría en los parámetros clínicos de la disfagia, especialmente en los pacientes con ES. Debido al pequeño tamaño de la muestra, los resultados deben interpretarse como exploratorios.

Descriptores: Dermatomiositis; Polimiositis; Esclerodermia Sistémica; Trastornos de Deglución; Logopedia.

Introdução

A disfagia, definida por qualquer alteração do processo da deglutição, pode envolver desde o comprometimento do vedamento labial, da propulsão do alimento e do reflexo deglutitório, até dificuldades no trânsito faríngeo e esofágico e na anatomia e fisiologia do esôfago¹. A disfagia não é uma doença em si, mas sim um sintoma a partir de uma doença de base, sendo uma comorbidade relevante nos pacientes com Esclerose Sistêmica (ES) e Dermatomiosite (DM), uma vez que pode comprometer os estados nutricional e hídrico do paciente e até mesmo o seu tratamento^{2,3}. A terapia fonoaudiológica tem como principal objetivo o aprimoramento da deglutição, trabalhando as funções do sistema sensorio-motor-oral (deglutição, mastigação, sucção, respiração e fala), desenvolvendo mecanismos compensatórios ou adaptativos, que melhorem a qualidade da alimentação e inibam os riscos de broncoaspiração⁴.

A ES é uma doença autoimune crônica caracterizada por fibrose vascular e tecidual. Seu achado mais frequente é a fibrose cutânea, que varia amplamente: desde placas localizadas, até doença generalizada com comprometimento sistêmico. Mais de 90% dos pacientes apresentam envolvimento esofágico, sendo mais frequente a disfagia, ainda que mais da metade dos pacientes não refira queixa⁵. A DM é uma doença sistêmica idiopática inflamatória crônica de causa desconhecida, cuja principal manifestação é a fraqueza muscular proximal, afetando a musculatura estriada, a pele e órgãos internos^{6,7}. É a mais frequente miopatia primária em adultos, podendo se relacionar com a disfunção da motilidade gastrointestinal⁵. A disfagia pode ser encontrada em 10% a 15% destes pacientes e é um sinal de gravidade^{3,6}. Atualmente, a terapêutica da disfagia nestas doenças é particularmente medicamentosa, havendo escassez de protocolos fonoaudiológicos específicos para avaliação ou tratamento, assim como de profissionais especializados nessa área⁸.

A investigação dessas duas doenças no mesmo estudo fundamenta-se no fato de ambas poderem cursar com disfagia, porém por mecanismos fisiopatológicos distintos. Na ES, predominam alterações fibróticas e dismotilidade do trato digestivo alto, ao passo que, na DM, o comprometimento inflamatório da musculatura estriada pode repercutir diretamente sobre a biomecânica da deglutição. Assim, a comparação entre essas condições é clinicamente relevante, por possibilitar a identificação de diferenças no perfil de comprometimento da deglutição e na resposta à intervenção fonoaudiológica, contribuindo para incrementar possibilidades de uma abordagem terapêutica mais direcionada.

Nesse sentido, este estudo piloto buscou avaliar o impacto da terapia fonoaudiológica estruturada, associada ao gerenciamento fonoaudiológico, na disfagia orofaríngea dos pacientes com DM e ES e comparar os resultados obtidos com aqueles do gerenciamento fonoaudiológico isolado.

Metodologia

Estudo observacional piloto que incluiu participantes de ambos os sexos, entre 18 e 65 anos, com

diagnóstico de ES e DM (12 com ES e 7 com DM) feitos pela equipe de Reumatologia, e com disfagia orofaríngea, diagnosticada por fonoaudiólogo experiente por meio de protocolos institucionais validados para motricidade oral, além de avaliação da presença de xerostomia, diminuição da força da musculatura orofaríngea, diminuição da mobilidade, diminuição da abertura de boca, refluxo gastroesofágico, disfonia e odinofagia⁹. Foram excluídos pacientes com outras doenças do tecido conjuntivo e neoplasias; diabetes mellitus, hipertensão arterial e doença da tireoide não controlados.

O acompanhamento foi realizado no ambulatório de Doenças do Tecido Conjuntivo, no setor de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os participantes foram incluídos consecutivamente, à medida que compareciam às consultas de acompanhamento no ambulatório de Doenças do Tecido Conjuntivo e preenchiam os critérios de elegibilidade. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a alocação foi realizada de forma sequencial e alternada, em razão 1:1, com estratificação segundo o diagnóstico de base (ES ou DM). Dessa forma, em cada estrato diagnóstico, o primeiro paciente elegível foi alocado no grupo A, o segundo no grupo B, e assim sucessivamente. Não houve processo de randomização. O grupo A recebeu terapia fonoaudiológica estruturada, que incluiu mioterapia para adequação das funções do sistema sensorio-motor-oral (deglutição, mastigação, sucção, respiração e fala), somada ao gerenciamento fonoaudiológico, composto por orientações e treino das manobras facilitadoras da deglutição, protetivas e de limpeza das vias aéreas, uma vez por semana, durante oito meses, totalizando 35 sessões presenciais. Em cada sessão, foram realizadas técnicas miofuncionais dirigidas à adequação das funções do sistema sensorio-motor-oral por 30 minutos, além de treino de manobras facilitadoras da deglutição, protetivas e de limpeza das vias aéreas, durante mais 30 minutos. Adicionalmente, foi prescrita prática domiciliar de exercícios mioterápicos por 40 minutos, uma vez ao dia. Os participantes do grupo B receberam também 35 sessões presenciais semanais, durante oito meses, compostas exclusivamente por gerenciamento fonoaudiológico com duração de 30 minutos, incluindo orientações e treino das mesmas manobras de deglutição e proteção de vias aéreas, pelo mesmo período de 30 minutos, porém sem a prática domiciliar dos exercícios mioterápicos.

A mioterapia foi realizada com o paciente sentado confortavelmente em frente a um espelho. Consistiu inicialmente em exercícios de relaxamento, drenagem linfática, mobilização e alongamento da face, região cervical e cintura escapular. Em seguida, foram realizados exercícios oromiofuncionais isométricos (priorizando tamanho e mobilidade da musculatura trabalhada) e isotônicos (com enfoque na força dessa musculatura), exercícios vocais e para adequação das funções do sistema sensorio-motor-oral (deglutição, mastigação, sucção, respiração e fala), e trabalho proprioceptivo dos órgãos fonoarticulatórios (estruturas que participam da fonoarticulação). Os exercícios vocais visam ao fechamento da rima glótica e à excursão da laringe, importantes na proteção da via aérea



inferior durante a fase faríngea da deglutição. O exercício das funções do sistema sensório-motor-oral foi também realizado com terapia direta de deglutição, ou seja, utilizando dieta nas consistências líquida, semilíquida e sólida. A sequência de mioterapia foi ensinada e treinada com os participantes na primeira consulta para replicação em suas residências, uma vez ao dia, todos os dias. No retorno, os mesmos foram inquiridos e avaliados quanto à execução e reprodução da técnica e foram feitas correções, se pertinentes. O gerenciamento fonoaudiológico consistiu em orientar o paciente sobre higiene oral, o uso de utensílios durante a alimentação e a adequação de dietas quanto à mudança de consistência, qualidade, volume, temperatura e viscosidade, facilitando a ingestão dos alimentos e inibindo o risco de broncoaspiração. Consistiu também no treino de manobras posturais de cabeça e/ou tronco e de manobras de facilitação da deglutição, que deveriam ser utilizadas no momento da alimentação, de forma preventiva.

Durante os atendimentos, foram seguidas normas de biossegurança: lavagem das mãos antes e após o contato com o paciente; uso de barreiras como luvas, máscaras e aventais. Foram utilizados como instrumentos de avaliação: estetoscópio marca *LITTMAN® Cardilogic III* (utilizado na ausculta cervical), lanterna oral, gaze (para limpeza da cavidade oral), espátulas de madeira, oxímetro digital e paquímetro (para medida da abertura bucal máxima). Além disso, utilizaram-se espessante alimentar *THICKEN UP CLEAR®* (para se obter a consistência desejada), líquido (suco), pão de forma e biscoito *cream cracker*, colheres de plástico (correspondendo aproximadamente a 5 ml), pratos de plástico, copos de plástico, canudos e seringas (para controle dos volumes ofertados: 5, 10 e 15 ml). Os pacientes portadores de doenças, como pneumopatias, diabetes e hipertensão, tiveram mantidas as restrições alimentares pertinentes às suas condições clínicas. Após oito meses de acompanhamento - período em que se observa, em média, êxito na reabilitação de disfagias mecânicas através da fonoterapia¹⁰, e 35 sessões presenciais, buscou-se comparar o grupo A composto por 12 participantes (7 com ES e 5 com DM) submetidos a técnicas miofuncionais associadas ao gerenciamento fonoaudiológico com o grupo B composto

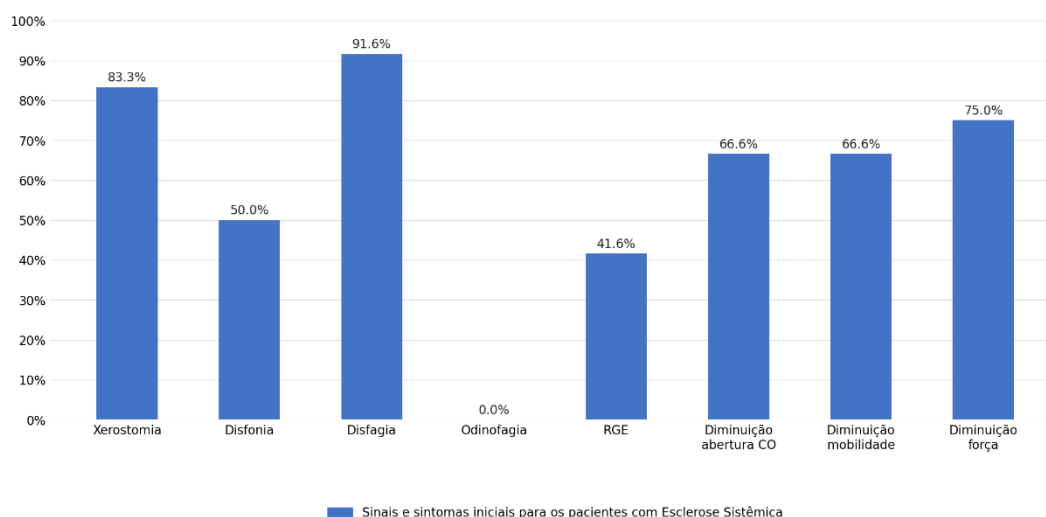
por 7 participantes (5 com ES e 2 com DM) tratados com gerenciamento fonoaudiológico exclusivo). Os participantes foram avaliados quanto à resposta terapêutica, definida como desfecho primário, utilizando-se os mesmos parâmetros clínicos da avaliação inicial: presença de disfagia, xerostomia, diminuição da força da musculatura orofaríngea, diminuição da mobilidade, diminuição da abertura de boca, refluxo gastroesofágico, disfonia e odinofagia. Os achados foram registrados na ficha de avaliação clínica fonoaudiológica inicial e final e posteriormente sistematizados para análise. Os desfechos secundários incluíram a variação desses sinais e sintomas ao longo do seguimento, a necessidade de modificação da dieta, a retirada ou manutenção de espessante alimentar e a ocorrência de broncoaspiração ou pneumonia durante o período de acompanhamento. Não foi utilizado escore padronizado validado específico para disfagia como medida primária.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sob o número 5.774.531, em 23 de novembro de 2022, e todos os participantes incluídos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Entre os 19 participantes analisados, 36,8% (7/19) tinham DM e 63,2% (12/19) tinham ES. A idade média global foi de 46,7 anos; no subgrupo DM, a média etária foi de 47,9 anos, com 71,4% mulheres (5/7) com média de 47 anos, e 28,6% homens (2/7) com média de idade de 50 anos; no subgrupo ES, todas mulheres (12/12), com média de idade de 46 anos. Dos 12 participantes com ES, 7 (grupo A) receberam terapia fonoaudiológica estruturada e gerenciamento fonoaudiológico e 5 (grupo B) receberam gerenciamento fonoaudiológico isolado. Os sinais e sintomas comuns a ambos os grupos com ES no início da abordagem fonoaudiológica foram, em ordem decrescente: disfagia (91,6%), xerostomia (83,3%), diminuição da força da musculatura orofaríngea (75%), da mobilidade (66,6%), da abertura de boca (66,6%), disfonia (50%) e RGE (41,6%). A odinofagia não foi observada nestes pacientes (Gráfico 1).

Gráfico 1. Esclerose Sistêmica: sinais e sintomas na anamnese. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023

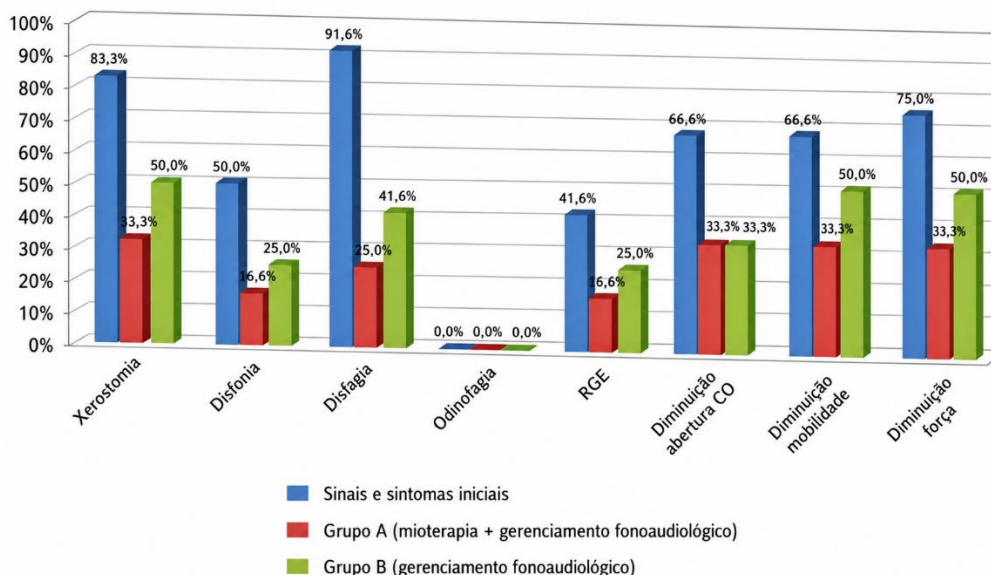


Após 35 sessões presenciais em oito meses, observou-se, no grupo A, redução dos seguintes parâmetros: disfagia de 91,6% para 25%, xerostomia de 83,3% para 33,3%, diminuição da força de 75% para 33,3%, diminuição da mobilidade de 66,6% para 33,3% e diminuição da abertura de boca de 66,6% para 33,3%. Além disso, a disфония reduziu de 50% para 16,6% e o RGE, de 41,6% para 16,6%. No grupo B, as reduções foram: disfagia de 91,6% para 41,6%; xerostomia de 83,3% para 50%; diminuição da

força de 75% para 50%; mobilidade de 66,6% para 50%; e abertura da boca de 66,6% para 33,3%.

Ademais, houve redução da disфония de 50% para 25% e do RGE de 41,6% para 25%. A odinofagia permaneceu ausente em ambos os grupos. Esses achados indicam melhora clínica com ambas as abordagens, com tendência descritiva favorável ao tratamento associado ao gerenciamento fonoaudiológico (Gráfico 2).

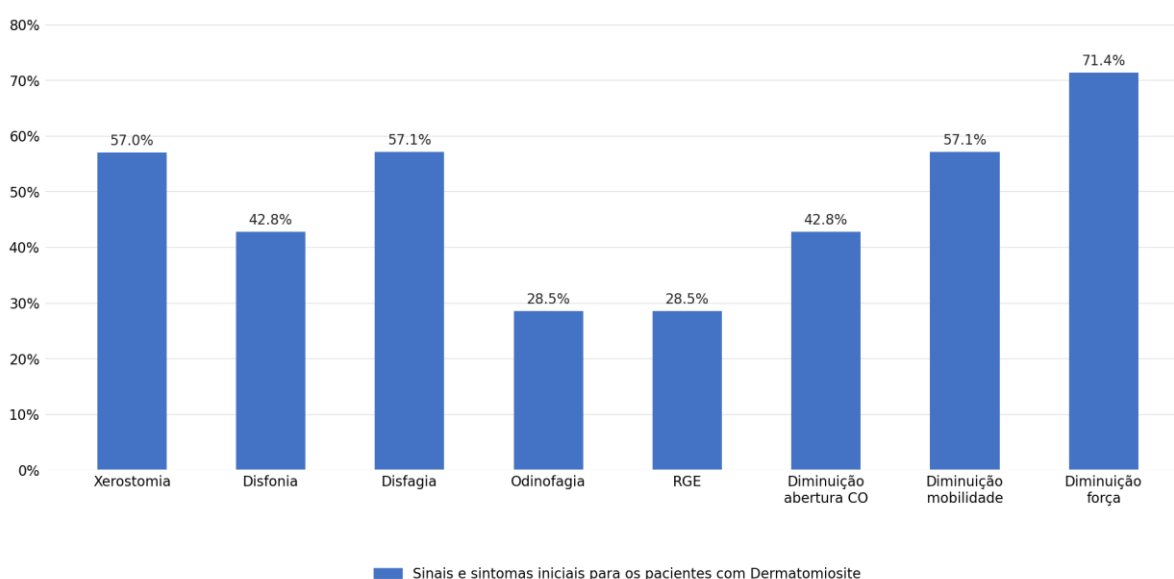
Gráfico 2. Esclerodermia: resultado das abordagens terapêuticas nos grupos A e B. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023



Dos 7 participantes com DM, 5 receberam a terapia fonoaudiológica estruturada e gerenciamento fonoaudiológico e 2 foram alocados para o gerenciamento fonoaudiológico isolado. As queixas comuns nos pacientes com DM foram, em ordem decrescente: diminuição da força

(71,4%), disfagia (57,1%), diminuição da mobilidade (57,1%), xerostomia (57%), disфония (42,8%), diminuição da abertura da boca (42,8%), RGE (28,5%) e odinofagia (28,5%), apresentadas no Gráfico 3.

Gráfico 3. Dermatomiosite: sinais e sintomas na anamnese. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023



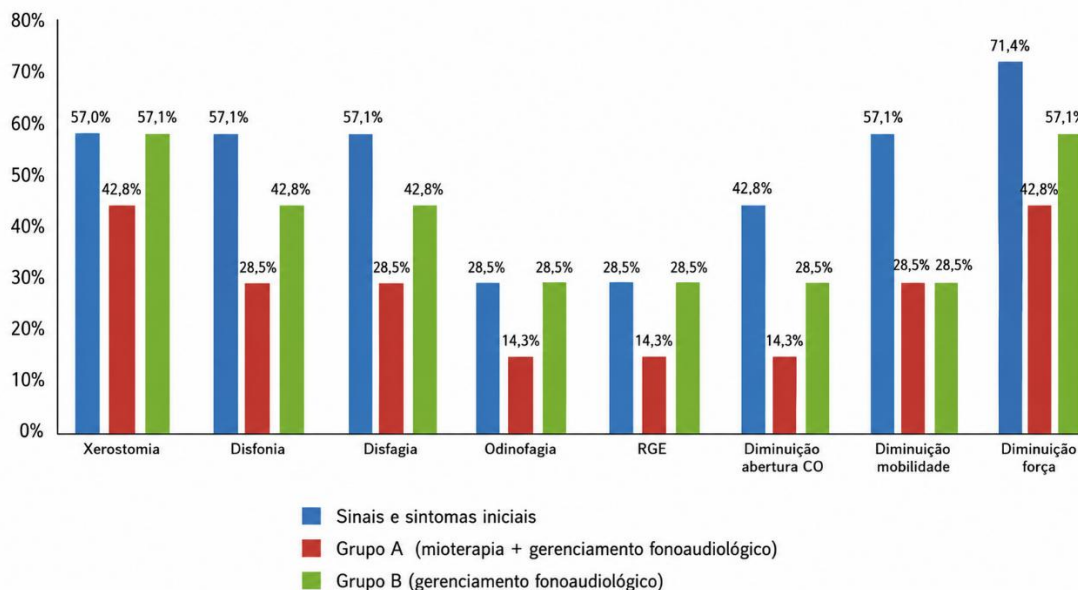
Após 35 sessões presenciais em oito meses, observou-se, no Grupo A, redução dos seguintes parâmetros: diminuição da força de 71,4% para 42,8%, da

disfagia de 57,1% para 28,5%, da mobilidade de 57,1% para 28,5%, da xerostomia de 57% para 42,8%, da disфония de 42,8% para 28,5%, da abertura da boca de 42,8% para 14,3%,

do RGE de 28,5% para 14,3%, da odinofagia de 28,5% para 14,3%. A terapia estruturada somada ao gerenciamento fonoaudiológico (Grupo A) proporcionou melhora na

deglutição, com tendência descritiva favorável, em comparação ao gerenciamento fonoaudiológico isolado (Gráfico 4).

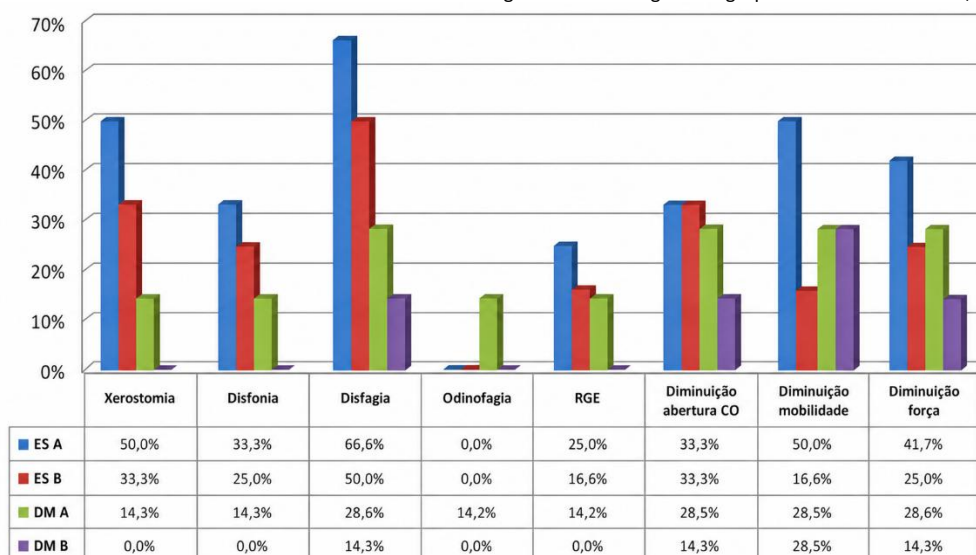
Gráfico 4. Dermatomiosite: resultado das abordagens terapêuticas nos grupos A e B. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023



No Gráfico 5, consolidam-se os dados dos Gráficos 2 e 3: A cor verde representa os participantes com DM submetidos à terapia fonoaudiológica estruturada somada ao gerenciamento fonoaudiológico e às orientações de prática domiciliar (Grupo A), comparados à cor roxa, a qual representa os participantes com DM submetidos ao gerenciamento isolado (Grupo B). Já a cor azul representa os participantes com ES submetidos à terapia fonoaudiológica

estruturada somada ao gerenciamento fonoaudiológico e às orientações de prática domiciliar (Grupo A), enquanto a cor vermelha representa os participantes com ES submetidos ao gerenciamento isolado (Grupo B). Evidenciam-se, portanto, os benefícios comparativos por sintoma da terapia fonoaudiológica estruturada em ambos os grupos (ES e DM) após a avaliação inicial com os mesmos parâmetros.

Gráfico 5. Dermatomiosite e Esclerose Sistêmica: benefícios da abordagem fonoaudiológica nos grupos A e B. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023



Discussão

A terapia fonoaudiológica da fala e da deglutição tem impacto benéfico na disfagia orofaríngea na ES e na DM⁹, embora as evidências específicas para a ES sejam escassas¹¹. O tratamento da disfagia orofaríngea deve ter a duração média de oito meses, ou 35 sessões de

fonoaudiologia, segundo a literatura e resultados de diferentes pesquisadores em outras doenças, como câncer de cabeça e pescoço¹², obtendo uma resposta terapêutica satisfatória frente à disfagia, que é a responsável por uma parcela substancial das manifestações esofágicas em pacientes com doenças do tecido conjuntivo^{2,5}. Esperava-se

que durante esse tempo, os pacientes consolidassem o aprendizado e fossem capazes de reproduzir as técnicas em suas residências.

Dos 19 participantes tratados, a maioria era de mulheres, o que está de acordo com os dados epidemiológicos das doenças do tecido conjuntivo¹³.

As alterações dos órgãos fonoarticulatórios, como diminuição da força e da mobilidade da musculatura dos órgãos fonoarticulatórios, da abertura da boca, disfagia e xerostomia foram observadas com maior frequência nos indivíduos com ES, quando comparadas às encontradas naqueles com DM. E também, a terapia fonoaudiológica estruturada somada ao gerenciamento fonoaudiológico, ou mesmo o gerenciamento fonoaudiológico isolado, sugere maior benefício nos pacientes com ES do que naqueles com DM (Gráfico 5).

Na ES, a peristalse, na maioria das vezes, é ineficiente ou ausente nos dois terços distais do esôfago por baixa pressão, e ainda há hipotonia do esfíncter esofágico inferior, levando a uma possível disfagia baixa e RGE². Especificamente nessa doença, há escassez de estudos que demonstrem fases orais detalhadas. É importante ressaltar que a deglutição inicia-se com o preparo adequado do bolo alimentar, pela mastigação, associada à umidificação feita pela saliva, ao posicionamento deste bolo sobre a língua e ao movimento de ejeção que a mesma realiza para transportá-lo para a próxima fase da deglutição¹⁴.

Os pacientes com ES tratados apresentaram, na avaliação, fraqueza muscular, limitação dos movimentos das estruturas orais e incoordenação dos movimentos da língua, interferindo no preparo adequado do bolo alimentar para a deglutição, evidenciando a presença de disfagia oral e orofaríngea. A presença do acometimento cutâneo, com diminuição da elasticidade da pele da face e do pescoço, limitação dos movimentos hiolaringeos devido às placas de fibrose na região, e diminuição dos movimentos do complexo articulatorio temporomandibular colaboram para aumentar as dificuldades na deglutição. Houve a necessidade de alternar e modificar consistências dos alimentos em substancial parcela dos casos de ES, espessando o líquido em néctar e evitando sólidos, farelos e lactose, como forma de reduzir o risco de broncoaspiração. A mioterapia trouxe maior controle, sensibilidade e flexibilidade da musculatura orofacial, interferindo diretamente na melhora da disfagia, no aumento do grau de abertura de boca, e na maior mobilidade e força dos órgãos fonoarticulatórios. Assim sendo, foi possível suspender o uso de espessante alimentar nos líquidos em cerca de 50% dos pacientes. E com a adequação da consistência dos alimentos, somada ao tratamento medicamentoso, foi possível reduzir as queixas de RGE, principalmente no grupo A em cerca de dois terços dos pacientes. Não foram relatados episódios de broncoaspiração ou pneumonia durante os oito meses de abordagem terapêutica em nenhum dos grupos.

Evidências provenientes de séries de casos sugerem que técnicas aprimoradas de deglutição podem ser eficazes para pacientes com ES e disfagia faringoesofágica. Em uma série de cinco pacientes com essa manifestação, dois

pacientes com doença de longa duração apresentaram resolução da disfagia apenas com melhora das técnicas de deglutição¹⁵.

Nos pacientes com DM, em menor grau do que verificado na ES, a dinâmica hiolaringea também estava restrita nas três consistências das dietas utilizadas, reforçando que o comprometimento cutâneo e muscular da região cervical anterior e da face dificulta mastigar, engolir e proteger as vias aéreas inferiores⁶. Na avaliação, apresentaram melhor desempenho na deglutição aqueles que estavam com a doença controlada e em tratamento medicamentoso. Observaram-se no grupo A dificuldades para a execução dos exercícios oromiofuncionais, principalmente os isotônicos, pela diminuição da força muscular, principalmente na fase aguda da doença. A presença de engasgos ao longo das fases da doença requer o uso de espessante alimentar adicionado aos líquidos ou do líquido engrossado.

A disfonia, com índice maior para DM, sugere a presença de esforço da musculatura intrínseca da laringe. No entanto, os exercícios direcionados para esta musculatura trouxeram benefícios mais relevantes para ES do que para DM. Acredita-se que a grande fraqueza muscular observada nos surtos de agudização na DM seja um empecilho significativo para a execução dos exercícios. Tais surtos demandam medicamentos com grande potência anti-inflamatória e imunodepressora, o que levaria à regressão dos sinais e sintomas orofaríngeos. A ES tende a apresentar evolução mais lenta com perda progressiva da função deglutitória, o que facilitaria a abordagem cinesioterápica e o ganho progressivo da função². Muitos relatos na literatura mostram que a terapia fonoaudiológica desempenha um papel importante de suporte no manejo da disfagia orofaríngea na DM^{16,17}. O manejo por nutricionistas e fonoaudiólogos, com orientações sobre consistência alimentar e posicionamento da cabeça, é recomendado, com escalonamento para intervenções invasivas quando as medidas conservadoras deixam de ser suficientes.

A abordagem fonoaudiológica aponta-se como mais eficaz nos pacientes com ES, em consonância com o padrão de maior acometimento esofágico, quando comparados aos pacientes com DM. A ausculta cervical sugestiva de penetração laríngea, segundo a literatura e a prática fonoaudiológica, pode ser indicativa de disfagia grave, e esse dado não foi observado em nenhum dos pacientes¹⁸.

Conclusão

A abordagem direcionada da Fonoaudiologia esteve associada à melhora da deglutição, à redução da disfonia, do RGE e da xerostomia; ao aumento da mobilidade, da flexibilidade e da força da musculatura orofacial, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e incrementando a resposta terapêutica.

O gerenciamento isolado, ainda que tenha sido menos efetivo que a terapia fonoaudiológica estruturada com a mioterapia, associou-se à melhora da deglutição, associado à vantagem de ser factível mesmo para pacientes idosos ou com comprometimento cognitivo. Além disso, pode ser ministrado por outros profissionais de saúde



previamente orientados, envolvidos no atendimento do paciente, e até mesmo cuidadores ou familiares¹⁹. A terapêutica fonoaudiológica auxilia a terapêutica medicamentosa a prevenir engasgos, a broncoaspiração, as pneumonias e infecções, o que sugere um papel relevante do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar que acompanha pacientes com doenças do tecido conjuntivo²⁰.

Devido à amostra reduzida, os resultados devem ser interpretados como exploratórios e sugere-se um estudo fonoaudiológico controlado em pacientes com ES e DM, além de outras doenças reumatológicas para detecção de problemas deglutitórios que possam comprometer o sucesso terapêutico.

Referências

1. McCarty EB, Chao TN. Dysphagia and swallowing disorders. *Med Clin North Am.* 2021;105(5):939-54. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.05.013>
2. Ahuja NK, Clarke JO. Scleroderma and the esophagus. *Gastroenterol Clin North Am.* 2021;50(4):905-18. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2021.08.005>
3. Cheng I, Wong C-M. A systematic review and meta-analysis on the prevalence and clinical characteristics of dysphagia in patients with dermatomyositis. *Neurogastroenterol Motil.* 2023;35(9):e14572. <https://doi.org/10.1111/nmo.14572>
4. Baker J, Barnett C, Cavalli L, Dietrich M, Dixon L, Duffy JR, et al. Management of functional communication, swallowing, cough and related disorders: consensus recommendations for speech and language therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2021;92(10):1112-25. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-326767>
5. Nudelmann LM, Marafon DP, Islabão AG, Staub HL. Doenças reumáticas. In: Jotz GP, Carrara-de Angelis E, Barros APB, editors. *Tratado da deglutição e disfagia.* Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p. 101-18.
6. Cheng I, Wong CSM, Chan HHL. A retrospective review of clinical characteristics and risk factors of dysphagia in patients with dermatomyositis. *Dysphagia.* 2025;40(3):626-36. <https://doi.org/10.1007/s00455-024-10763-6>
7. Fitzgerald R, Triadafilopoulos G. Esophageal manifestation of rheumatic disorders. *Semin Arthritis Rheum.* 1997;26:641-66. In: Jotz GP, Carrara-de Angelis E, Barros APB, editors. *Tratado da deglutição e disfagia.* Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p. 145-70.
8. Shaik MR, Shaik NA, Mikdashi J. Autoimmune dysphagia related to rheumatologic disorders: a focused review on diagnosis and treatment. *Cureus.* 2023;15(7):e41883. <https://doi.org/10.7759/cureus.41883>
9. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007;12(3):199-205. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007>
10. Hegland KW, Murry T. Nonsurgical treatment: swallowing rehabilitation. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013;46(6):1073-85. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.003>
11. Mendoza FA, DiMarino A, Cohen S, Adkins C, Abdelbaki S, Rattan S, et al. Treatment of severe swallowing dysfunction in systemic sclerosis with IVIG: role of antimuscarinic antibodies. *J Clin Med.* 2022;11(22):6665. <https://doi.org/10.3390/jcm11226665>
12. Netto PI, Carrara-de Angelis E, Barros B. Princípios da reabilitação das disfagias orofaríngeas. In: Jotz GP, Carrara-de Angelis E, Barros APB, editors. *Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança.* Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p. 330-41.
13. Motta F, Di Simone N, Selmi C. The impact of menopause on autoimmune and rheumatic diseases. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2025;68(1):32. <https://doi.org/10.1007/s12016-025-09031-8>
14. Kadakuntla A, Juneja A, Sattler S, Agarwal A, Panse D, Zakhary N, et al. Dysphagia, reflux and related sequelae due to altered physiology in scleroderma. *World J Gastroenterol.* 2021;27(31):5201-18. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i31.5201>
15. Rajapakse C. Pharyngoesophageal dysphagia: an under recognised, potentially fatal, but very treatable feature of systemic sclerosis. *Intern Med J.* 2016;46(11):1340-4. <https://doi.org/10.1111/imj.13243>
16. Mano T, Soyama S, Sugie K. Improvement in tongue pressure precedes improvement in dysphagia in dermatomyositis. *Clin Pract.* 2022;12(5):797-802. <https://doi.org/10.3390/clinpract12050083>
17. Sun C, Tian X, Li S, Wang G, Lu X. Tongue myositis in dermatomyositis with anti-PM-Scl 75 antibody: two case reports. *BMC Musculoskelet Disord.* 2025;26(1):868. <https://doi.org/10.1186/s12891-025-09114-9>
18. Jaghbeer M, Sutt AL, Bergström L. Dysphagia management and cervical auscultation: reliability and validity against FEES. *Dysphagia.* 2023;38(1):305-14. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10468-8>
19. Silvia A, Speyer R, Cordier R, Windsor C, Korim Ž, Tedla M, et al. Evaluating behavioural interventions for oropharyngeal dysphagia in adults: a systematic review and meta-analysis of swallowing manoeuvres, exercises, and postural techniques. *J Clin Med.* 2025;14(20):7180. <https://doi.org/10.3390/jcm14207180>
20. Speyer R, Cordier R, Sutt AL, Remijn L, Heijnen BJ, Balaguer M, et al. Behavioural interventions in people with oropharyngeal dysphagia: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *J Clin Med.* 2022;11(3):685. <https://doi.org/10.3390/jcm11030685>