

REVISÃO

Disfagia pós-extubação e reabilitação fonoaudiológica e motora no paciente crítico: Uma revisão narrativa

Post-extubation dysphagia and speech-language and motor rehabilitation in critically ill patients: A narrative review

Rafael Viana dos Santos Coutinho¹, Mônica Ferreira da Silva², Júlia Manfré Moraes Dutra², Victor Augusto Sebben³, Igor Parada Marangoni⁴

¹Médico RQE 29566 pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

²Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Mauá, SP, Brasil

³Médico CRM/RS 60034 pela Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

⁴Médico CRM/SP 239563 pela Faculdade de Medicina de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

Recebido em: 14 de Setembro de 2026; Aceito em: 17 de Setembro de 2026.

Correspondência: Rafael Viana dos Santos Coutinho, trabalhocientificomed@gmail.com

Como citar

Coutinho RVS, Silva MF, Dutra JMM, Sebben VA, Marangoni IP. Disfagia pós-extubação e reabilitação fonoaudiológica e motora no paciente crítico: Uma revisão narrativa. Fisioter Bras. 2026;27(8):5342-5353. doi: [10.62827/fb.v27i8.1283](https://doi.org/10.62827/fb.v27i8.1283).

Resumo

Introdução: A disfagia pós-extubação é frequente em pacientes críticos e pode retardar a ingestão oral, favorecer aspiração e agravar desfechos. **Objetivo:** Analisar ocorrência, fatores associados, métodos de reconhecimento e evidências sobre reabilitação fonoaudiológica e motora da disfagia pós-extubação em adultos criticamente enfermos. **Métodos:** Realizou-se revisão narrativa com buscas em agosto de 2026 no PubMed, na Scientific Electronic Library Online e na Biblioteca Cochrane, complementadas por rastreamento de referências. Foram priorizados estudos de 2021 a 2026 sobre adultos submetidos à intubação orotraqueal, reconhecimento precoce e reabilitação. Vinte e três publicações compuseram a síntese, com apreciação dos desenhos conforme as perguntas que podiam responder. **Resultados:** A estimativa agrupada mais recente foi de 35% (IC 95%: 25–46%), enquanto uma síntese anterior encontrou 41%; diferenças de população, momento e método impedem comparação direta. Aspiração

silenciosa e acurácia incompleta do exame à beira-leito apoiaram rastreo estruturado, avaliação fonoaudiológica e investigação instrumental seletiva. Intervenções fonoaudiológicas apresentaram resultados favoráveis para ingestão oral e pneumonia, mas os protocolos foram heterogêneos e as amostras, pequenas. A reabilitação motora favoreceu condições sistêmicas para alimentação, embora a evidência de efeito direto sobre a deglutição tenha permanecido escassa. **Conclusão:** A literatura sintetizada indica que prontidão clínica, rastreo, avaliação especializada e reabilitação interdisciplinar podem orientar a progressão segura da via oral. A duração da intubação aumenta a suspeita, mas não confirma disfagia; o cuidado requer reavaliação seriada. A evidência terapêutica permanece limitada e heterogênea.

Palavras-chave: Transtornos de Deglutição; Unidades de Terapia Intensiva; Fonoterapia; Terapia por Exercício; Respiração Artificial.

Abstract

Introduction: Post-extubation dysphagia is common in critically ill patients and may delay oral intake, promote aspiration, and worsen outcomes. *Objective:* To analyze the occurrence, associated factors, recognition methods, and evidence on speech-language and motor rehabilitation for post-extubation dysphagia in critically ill adults. *Methods:* A narrative review was conducted through searches in August 2026 in PubMed, the Scientific Electronic Library Online, and the Cochrane Library, complemented by reference tracking. Studies published from 2021 to 2026 on adults undergoing orotracheal intubation, early recognition, and rehabilitation were prioritized. Twenty-three publications comprised the synthesis, with study designs appraised according to the questions they could answer. *Results:* The most recent pooled estimate was 35% (95% CI: 25–46%), whereas an earlier synthesis found 41%; differences in population, timing, and assessment methods preclude direct comparison. Silent aspiration and the incomplete accuracy of bedside examination supported structured screening, speech-language assessment, and selective instrumental investigation. Speech-language interventions showed favorable results for oral intake and pneumonia, but protocols were heterogeneous and samples were small. Motor rehabilitation supported systemic conditions for eating, although evidence of a direct effect on swallowing remained scarce. *Conclusion:* The synthesized literature indicates that clinical readiness, screening, specialized assessment, and interdisciplinary rehabilitation may guide safe progression of oral intake. Intubation duration increases suspicion but does not confirm dysphagia; care requires serial reassessment. Therapeutic evidence remains limited and heterogeneous.

Keywords: Deglutition Disorders; Intensive Care Units; Speech Therapy; Exercise Therapy; Respiration.

Introdução

A retirada do tubo orotraqueal não encerra o risco relacionado à via aérea. Nas horas seguintes à extubação, a equipe precisa decidir se o paciente

pode receber água, alimentos e medicamentos por via oral, embora tosse, voz molhada e desconforto possam estar ausentes mesmo diante

de penetração laríngea ou aspiração. A disfagia pós-extubação corresponde ao comprometimento novo ou agravado da eficiência e da segurança da deglutição após a retirada da via aérea artificial. Sua expressão clínica varia de atraso discreto na progressão da dieta a aspiração silenciosa e impossibilidade de alimentação oral [1,2].

A frequência relatada depende de quem é avaliado, de quando a avaliação ocorre e de qual teste é adotado. Uma meta-análise atualizada estimou ocorrência agrupada de 35%, enquanto síntese anterior encontrou 41% e identificou aspiração silenciosa em parcela relevante dos pacientes disfágicos [2,3]. Além de retardar a alimentação, a condição associa-se a pneumonia, desnutrição, maior permanência hospitalar e mortalidade. Em uma coorte com rastreamento sistemático, a diferença de mortalidade entre pacientes com e sem disfagia permaneceu observável em 180 e 360 dias, embora a natureza observacional não permita atribuir causalidade isolada ao distúrbio [4].

A relação com intubação prolongada é biologicamente plausível, porém não linear. Trauma e edema laríngeos, redução da sensibilidade, descoordenação entre respiração e deglutição, refluxo, delirium e fraqueza neuromuscular podem coexistir [1,5]. Idade, gravidade, doença neurológica, admissão de urgência e maior duração da ventilação foram associados ao risco em diferentes estudos,

mas definições e pontos de corte variaram; uma meta-análise encontrou evidência insuficiente para transformar a duração da intubação, isoladamente, em preditor confiável [6,7]. A fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva acrescenta uma possível ligação entre perda de força global, tosse ineficaz e desempenho orofaríngeo [8].

Apesar dessas repercussões, o cuidado permanece irregular. Revisão recente relatou que 67% das unidades participantes de levantamento internacional não dispunham de protocolo de avaliação, e uma opinião multinacional de especialistas recomendou algoritmos que acionem rastreamento, avaliação especializada e tratamento em tempo oportuno [1,9]. A lacuna prática não se limita a detectar disfagia: é necessário converter o achado em decisão alimentar segura, dosagem terapêutica tolerável e articulação entre fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem, medicina e nutrição.

Diante desse problema, o objetivo desta revisão foi analisar, em adultos criticamente enfermos após extubação, a ocorrência e os fatores associados à disfagia, os critérios de prontidão, rastreamento e confirmação diagnóstica e as evidências sobre reabilitação fonoaudiológica específica e reabilitação motora como suporte sistêmico, distinguindo resultados experimentais e diagnósticos, associações observacionais, opinião de especialistas e plausibilidade fisiológica.

Métodos

Esta síntese narrativa foi construída a partir de uma busca orientada pela decisão clínica entre extubação e retomada da ingestão oral. Optou-se pelo delineamento narrativo porque a pergunta reuniu evidências sobre epidemiologia, propriedades de testes diagnósticos, ensaios de intervenção e coortes de reabilitação, heterogêneas em desenho,

população e desfecho, que não comportavam agregação quantitativa única e se beneficiavam de integração interpretativa orientada pela sequência de decisões clínicas.

Em agosto de 2026, foram consultados PubMed, com conteúdo da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Scientific

Electronic Library Online e Biblioteca Cochrane. Os termos controlados empregados correspondem a descritores DeCS e MeSH, combinados com termos livres por operadores booleanos. A sintaxe foi adaptada aos campos e operadores de cada fonte.

A estratégia do PubMed transcrita a seguir é representativa da busca executada, que também envolveu combinações complementares: PubMed: ((“Deglutition Disorders”[MeSH Terms] OR dysphagia[Title/Abstract] OR “post-extubation dysphagia”[Title/Abstract]) AND (“Intensive Care Units”[MeSH Terms] OR “critical illness”[Title/Abstract] OR “critical care”[Title/Abstract]) AND (intubat*[Title/Abstract] OR extubat*[Title/Abstract]) AND (“Speech Therapy”[MeSH Terms] OR rehabilitation[Title/Abstract] OR “Exercise Therapy”[MeSH Terms] OR screening[Title/Abstract] OR assessment[Title/Abstract] OR mobilization[Title/Abstract])); Scientific Electronic Library Online: ((disfagia OR “transtornos de deglutição”) AND (extubação OR intubação OR “terapia intensiva”) AND (fonoaudiologia OR reabilitação OR fisioterapia OR rastreamento OR avaliação)); Biblioteca Cochrane: ((dysphagia OR “post-extubation dysphagia”) AND (intubation OR extubation OR “critical care”) AND (rehabilitation OR “speech therapy” OR exercise OR screening OR assessment)). As fontes não recuperadas pela estratégia representativa do PubMed foram localizadas por buscas complementares e pelo rastreamento das listas de referências dos estudos centrais, incluindo trabalhos de validação, coortes e ensaios.

Foram priorizadas publicações entre 2021 e 2026, em português ou inglês, sobre adultos submetidos à intubação orotraqueal e ventilação invasiva. A revisão deu atenção a exposições mais longas, frequentemente operacionalizadas em alguns estudos como 48 horas ou mais, mas não adotou esse limiar como critério universal de elegibilidade;

foram incluídas durações distintas quando o estudo avaliava disfagia pós-extubação no paciente crítico. Estudos anteriores foram mantidos quando fundamentavam incidência, prognóstico, mecanismos, momento da avaliação ou propriedades de testes ainda empregados. Consideraram-se estudos primários, revisões sistemáticas, validações diagnósticas e recomendações de especialistas pertinentes ao reconhecimento ou à reabilitação. Foram afastados relatos exclusivamente pediátricos, procedimentos eletivos com intubação breve e evidências de populações neurológicas quando sua transferência para o paciente crítico não estava discutida.

As fontes recuperadas foram selecionadas pela leitura de títulos e resumos e, em seguida, dos textos completos, conforme os critérios descritos. A leitura concentrou-se em população, tempo desde a extubação, método de avaliação, componentes da intervenção, desfechos funcionais e respiratórios e limitações do desenho. Os achados foram organizados segundo as decisões sucessivas de prontidão, rastreio, confirmação diagnóstica, liberação da via oral e reabilitação. O processo de busca e rastreamento resultou em 23 publicações que compuseram a síntese narrativa. Como o processo não foi registrado prospectivamente como revisão sistemática, o número inicial de registros e os motivos individuais de exclusão não foram reconstruídos retrospectivamente. Não houve protocolo registrado, fluxo PRISMA, avaliação padronizada do risco de viés ou metanálise própria.

Na apreciação crítica, cada desenho foi interpretado segundo a pergunta que podia responder. Revisões sistemáticas e ensaios controlados subsidiaram estimativas agrupadas e efeitos terapêuticos; estudos de validação diagnóstica, o desempenho dos testes; coortes e estudos retrospectivos, associações, prognóstico e relação temporal; e

opiniões de especialistas, aspectos organizacionais e de consenso. Maior peso interpretativo foi atribuído à evidência direta e consistente, com consideração da precisão, das limitações metodológicas e da aplicabilidade. Inferências decorrentes

da integração das fontes foram apresentadas como síntese clínica, e não como efeito causal ou recomendação formal; não se realizou graduação padronizada da certeza da evidência.

Resultados

A ocorrência da disfagia pós-extubação mostrou-se elevada, mas não representável por uma taxa única. A síntese de 2026 reuniu 25 estudos e 7.219 pacientes, com estimativa agrupada de 35% (IC 95%: 25–46%) e ampla heterogeneidade; a meta-análise anterior encontrou 41% em 38 estudos e 5.798 eventos [2,3]. Em uma coorte prospectiva de 933 admissões clínicas e cirúrgicas, a positividade global do rastreio foi de 12,4%; a disfagia foi identificada em 18,3% das admissões de urgência e em 4,9% das eletivas, com incidência de 10,3% na alta da unidade de terapia intensiva [10]. Os estudos convergiram, contudo, quanto à associação com atraso alimentar, maior utilização de recursos, pneumonia e mortalidade [1,4,10].

Os mecanismos descritos compuseram uma rede, e não uma lesão única. A presença do tubo pode produzir trauma, edema e alteração sensorial da laringe; sedação, delirium e redução do estado de alerta prejudicam a resposta comportamental; ventilação prolongada, inflamação e imobilidade favorecem fraqueza; e taquipneia ou baixa reserva ventilatória estreitam a janela disponível para coordenar respiração e deglutição [1,5]. Meta-análise recente associou idade, maior gravidade, doença neurológica, admissão de urgência e diferentes medidas de duração da intubação ao risco, mas ressaltou heterogeneidade e dependência de poucos estudos para vários fatores [2]. Estudos observacionais também apontaram ventilação mais longa e terapias de substituição renal [6], enquanto outra

síntese não confirmou de modo estável a duração da intubação ou o sexo por falta de dados comparáveis [7]. Em amostra brasileira de intubação prolongada, idade, qualidade vocal alterada e grau de alteração vocal estiveram entre os fatores preditivos, reforçando a necessidade de interpretar o tempo de tubo dentro do contexto do paciente [11].

A fraqueza adquirida na unidade de terapia intensiva apareceu como marcador de vulnerabilidade adicional. Em coorte respiratória, ela ocorreu em 55% dos participantes e associou-se à disfagia pós-extubação e a desfechos clínicos adversos [8].

O reconhecimento precoce começou pela prontidão para testar, e não por um intervalo rígido após a extubação. Estabilidade respiratória, alerta suficiente, manejo de secreções e capacidade de manter postura compatível antecederam a oferta de volumes. Estudos e recomendações favoreceram rastreio estruturado assim que essas condições estivessem presentes, seguido de avaliação especializada diante de falha ou dúvida [9,12]. A adaptação da Gugging Swallowing Screen para terapia intensiva apresentou sensibilidade de 91,7% a 94,4% frente à avaliação endoscópica, porém foi validada em apenas 45 pacientes examinados a partir de 24 horas [13]. Em sobreviventes de insuficiência respiratória, a avaliação clínica à beira-leito teve acurácia variável e deixou de identificar aspiração em alguns pacientes liberados para dieta regular [14].

O momento da avaliação modificou o resultado sem justificar uma espera universal. Em 49 pacientes submetidos à avaliação endoscópica entre duas e quatro horas e novamente entre 24 e 26 horas, 69% deglutiram ao menos uma consistência com segurança na primeira medida, enquanto 79% melhoraram a proteção da via aérea em pelo menos um tipo de bolo ao longo do primeiro dia [15]. Segundo os autores do estudo, esses achados indicam que alguns pacientes podem iniciar dieta modificada precocemente, ao passo que reavaliar mais tarde pode reduzir restrições. A decisão instrumental dependeu da

pergunta clínica. A avaliação endoscópica foi realizável à beira-leito, permitiu observar secreções, sensibilidade e resposta a estratégias e pôde ser repetida. A videofluoroscopia visualizou o trânsito oral, faríngeo e a abertura do segmento faringoesofágico, mas exigiu transporte, exposição à radiação e condições clínicas compatíveis [1,12,14].

A correspondência entre a decisão assistencial e o recurso de avaliação é apresentada no Quadro 1. A sequência não representa prescrição universal; ela explicita o que cada etapa pode sustentar e onde permanecem incertezas.

Quadro 1 – Correspondência entre decisão clínica e método de avaliação após a extubação.

Momento ou decisão	Recurso	O que sustenta	Limite principal
Antes de qualquer oferta	Verificação de prontidão clínica	Define se o paciente tolera rastreo naquele momento [1,9,12]	Não avalia fisiologia nem exclui aspiração silenciosa
Primeira decisão alimentar	Rastreo estruturado com consistências graduadas	Separa baixo risco de necessidade de avaliação especializada [9,12,13]	Desempenho depende do protocolo e da população validada
Após falha ou sinais clínicos	Avaliação fonoaudiológica clínica	Integra voz, tosse, motricidade, secreções e resposta a estratégias [1,12,14]	Pode não detectar aspiração silenciosa ou localizar o mecanismo
Suspeita persistente ou decisão complexa	Avaliação endoscópica da deglutição	Mostra secreções, penetração, aspiração, resíduos e efeito imediato de estratégias [1,12,14,15]	Há período de ocultação durante a deglutição e não se observa a fase oral completa
Dúvida sobre trânsito e biomecânica	Videofluoroscopia da deglutição	Examina fases oral e faríngea e subsidia ajustes de volume, consistência e postura [1,12,14]	Requer transporte, radiação e estabilidade para o exame

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura consultada.

A evidência terapêutica foi favorável, porém limitada em escala e padronização. Ensaio brasileiro com 32 pacientes não neurológicos intubados por mais de 48 horas comparou terapia fonoaudiológica diária, por até dez dias, com tratamento simulado. A intervenção combinou exercícios orofaciais e

vocais, manobras, ajuste de consistência e orientação, e foi associada a progressão mais precoce da ingestão oral e menor permanência da alimentação por sonda; o tamanho amostral, o desequilíbrio basal e a ausência de confirmação instrumental restringiram a certeza [16]. Em ensaio aberto com

145 participantes, um programa de sete dias de exercícios oromotores, estimulação sensorial, lubrificação e educação para deglutição segura aumentou a retomada da alimentação oral no sétimo dia de 32,9% para 51,4% e reduziu pneumonia em 30 dias de 35,6% para 15,3% [17]. Como o programa foi multicomponente e aplicado por enfermagem treinada, não foi possível atribuir o efeito a um componente ou extrapolar a mesma dose para todos os cenários.

O tempo para iniciar assistência especializada também se relacionou ao prognóstico. Em coorte multicêntrica de 272 pacientes, cada dia de atraso no início da terapia fonoaudiológica associou-se a maior chance de disfagia ou morte na alta e a pneumonia aspirativa, mas confusão residual e indicação clínica impedem inferência causal [18]. Uma revisão sistemática de dez estudos e 1.031 participantes encontrou sinais de redução da gravidade da disfagia, do tempo até ingestão oral e do risco de pneumonia, sem diferença consistente em estado nutricional; a certeza foi limitada por heterogeneidade, amostras pequenas e intervenções variadas [19]. Em 2026, estudo quase experimental relatou melhora da função de deglutição e da ingestão oral após programa de 14 dias, acrescentando

evidência pragmática, porém ainda sem resolver efeitos de alocação por unidade e componentes simultâneos [20].

A reabilitação motora apresentou evidência mais indireta. A associação entre fraqueza adquirida e disfagia sustentou a avaliação conjunta [8], e um estudo piloto de 13 pacientes com ambas as condições mostrou viabilidade de treinamento de força expiratória e exercícios dirigidos à língua, faringe e musculatura supra-hióidea, sem eventos adversos; todos retornaram à dieta prévia até a alta, mas não houve grupo controle [21]. Em estudo retrospectivo com pareamento, reabilitação precoce de pacientes ventilados associou-se a menor tempo até três refeições orais por dia, possivelmente por mobilização e menor delirium, sem mensuração instrumental da deglutição [22]. Outra coorte observou associação entre menor tempo até a primeira ingestão e independência nas atividades de vida diária, relação que pode refletir recuperação global e não efeito da alimentação sobre a função motora ou o inverso [23]. Entre as fontes consultadas, não foram identificados ensaios robustos demonstrando que mobilização global, isoladamente, trate a fisiologia da disfagia pós-extubação.

Discussão

A interpretação clínica mais consistente desta revisão é a utilidade de uma barreira de segurança estruturada entre extubação e ingestão oral. Essa proposição decorre da convergência entre estudos de acurácia diagnóstica, observações sobre mudança no primeiro dia e recomendações de especialistas; portanto, constitui síntese assistencial, e não efeito demonstrado em ensaio de uma estratégia completa. A barreira não deve ser confundida com jejum automático por 24 horas nem

com liberação baseada apenas na ausência de tosse. A literatura mostrou melhora espontânea possível no primeiro dia, aspiração silenciosa e acurácia incompleta da avaliação clínica [3,14,15]. Assim, o tempo após a retirada do tubo precisa ser interpretado junto à prontidão, ao risco basal e ao resultado do rastreio.

As estimativas agrupadas de 35% e 41% foram produzidas por sínteses distintas e não representam medidas diretamente comparáveis da

mesma população nem tendência temporal [2,3]. Em conjunto com os valores inferiores observados em coortes prospectivas com rastreo sistemático, elas ilustram a variabilidade das estimativas disponíveis [10]. As diferenças refletem método de aferição, composição das amostras, momento da avaliação e inclusão ou exclusão de pacientes com doença neurológica [1-3,10]. Por isso, esses percentuais não são intercambiáveis nem devem ser transferidos diretamente para uma unidade específica.

A partir do conjunto consultado, uma aplicação razoável consiste em verificar alerta, estabilidade respiratória, postura e manejo de secreções assim que o paciente se recupere da extubação; realizar rastreo validado para a população local antes de alimentos, líquidos e medicamentos por via oral; e acionar avaliação fonoaudiológica quando houver falha, dúvida ou alto risco [9,12,13]. A aprovação no rastreo autoriza progressão cautelosa, monitorada e sujeita a reavaliação, não um certificado permanente de segurança. Falha, dessaturação inexplicada, voz alterada, tosse fraca, acúmulo de secreções, pneumonias recorrentes ou discordância entre sinais e evolução justificam exame instrumental quando disponível. Esse percurso integra estudos de validação diagnóstica e recomendações de especialistas; nenhum ensaio avaliou o algoritmo completo. Portanto, trata-se de síntese clínica que não substitui protocolo institucional nem julgamento profissional.

A avaliação endoscópica e a videofluoroscopia respondem a perguntas complementares. A primeira favorece decisão à beira-leito, exame de secreções e repetição de estratégias em pacientes com transporte difícil; a segunda amplia a visualização do trânsito e da biomecânica [1,12,14]. A escolha deve considerar condição clínica, hipótese, disponibilidade e impacto esperado sobre a conduta.

Solicitar exame sem uma decisão vinculada pode apenas atrasar a alimentação; dispensá-lo diante de suspeita de aspiração silenciosa pode manter risco oculto. Onde o acesso instrumental é limitado, critérios explícitos de prioridade e comunicação de incerteza são mais seguros do que assumir equivalência entre exame clínico e confirmação fisiológica.

A duração da intubação deve funcionar como sinal de alerta, não como diagnóstico. Estudos atualizados apoiaram associação entre maior exposição e disfagia, mas pontos de corte e magnitudes foram instáveis [2,6,7]. A própria intubação prolongada é influenciada por gravidade, sepse, doença neurológica, sedação, imobilidade e falha respiratória, fatores que também comprometem a deglutição. Tratar 48 ou 72 horas como fronteira determinística produziria dois erros: liberar sem rastreo pacientes expostos por menos tempo e restringir indevidamente aqueles com intubação longa, porém função preservada. Modelos locais podem usar duração para priorizar, desde que não encerrem a decisão.

Os estudos de intervenção apoiaram início oportuno da reabilitação fonoaudiológica quando a disfagia é reconhecida, mas não definiram uma dose universal. Exercícios oromotores e de deglutição, estímulos sensoriais, higiene e lubrificação oral, manobras compensatórias, adaptação de consistência e educação apareceram em combinações diferentes [16-20]. Resultados positivos para ingestão e pneumonia são clinicamente relevantes, sobretudo em ensaios controlados, mas protocolos multicomponentes impedem identificar o ingrediente ativo. Além disso, fadiga, delirium, hipoxemia, dor, capacidade de aprender manobras e mecanismo fisiológico variam rapidamente no paciente crítico. A prescrição deve especificar objetivo, número de repetições tolerado, sinais

para interromper e momento de reavaliar, evitando séries padronizadas apenas pela disponibilidade da técnica.

A contribuição motora precisa ser formulada com a mesma precisão. Posicionamento, controle de tronco, mobilização progressiva, treinamento de força periférica e manejo respiratório podem ampliar vigília, estabilidade postural, reserva ventilatória e eficácia da tosse, condições necessárias para comer com segurança. Isso justifica atuação fisioterapêutica coordenada e metas compartilhadas. Entretanto, força de membros ou capacidade de caminhar não informa penetração laríngea, resíduo faríngeo ou resposta sensorial. Mesmo o treinamento muscular expiratório, que se aproxima da proteção da via aérea, conta apenas com evidência piloto direta nessa população [21]. Os estudos de mobilização associaram reabilitação precoce a alimentação e independência, mas não isolaram efeito sobre a deglutição [22,23].

No modelo interdisciplinar descrito nas fontes, a fonoaudiologia tende a concentrar a avaliação funcional da deglutição e a seleção de estratégias e exercícios específicos; a fisioterapia contribui com postura, mobilidade, força, ventilação e tosse; a enfermagem observa sinais durante ofertas e executa cuidados treinados; a nutrição assegura adequação energética, proteica e de consistência; e a equipe médica trata causas reversíveis e coordena a segurança clínica [1,9,12]. Essas funções são complementares e podem variar conforme legislação, regulamentação profissional, organização institucional e contexto assistencial; o modelo não constitui delimitação normativa universal de competências. Registrar uma meta comum, como atingir determinada consistência sem sinais respiratórios e com tolerância postural, reduz mensagens contraditórias e permite que o desempenho de uma sessão informe a próxima.

A reavaliação seriada é especialmente importante porque a disfagia muda na mesma escala de tempo que sedação, delirium, edema e demanda de oxigênio. Uma recomendação de jejum ou dieta modificada deve conter condição para nova avaliação; de modo semelhante, avanço de consistência deve ser revisto diante de fadiga, piora respiratória ou infecção. Essa lógica evita tanto exposição precoce quanto manutenção desnecessária de sondas e restrições. Também desloca o desfecho de uma classificação isolada para uma trajetória que inclua segurança, eficiência, nutrição, experiência do paciente e independência.

Esta revisão tem limitações inerentes ao delineamento narrativo. A busca concentrou-se em fontes biomédicas selecionadas e em publicações em português ou inglês, sem dupla triagem, protocolo ou avaliação formal do risco de viés. A interpretação separada por desenho reduziu o risco de tratar fontes diferentes como equivalentes, mas não eliminou vieses de seleção nem permitiu graduação formal da certeza. A literatura reuniu populações, tempos, ferramentas e definições distintas, e parte da evidência terapêutica foi observacional ou multicomponente. Estudos publicados em 2026 ainda têm pouca replicação. Por isso, as estimativas não devem ser usadas como prevalência local e as propostas assistenciais representam integração crítica, não recomendação formal de diretriz.

Pesquisas futuras devem comparar estratégias de rastreio com referência instrumental, definir prontidão e tempo sem impor espera fixa e testar intervenções com descrição reproduzível de intensidade, fidelidade e eventos adversos. Ensaio pragmático interdisciplinares precisam separar o efeito de terapia específica da deglutição, treinamento expiratório e mobilização global, incluindo pneumonia, tempo até dieta plena, estado nutricional, permanência, qualidade de vida e função após a alta.

Conclusão

A literatura sintetizada indica que o reconhecimento da disfagia pós-extubação pode ser organizado em um percurso que articule verificação de prontidão, rastreo estruturado, avaliação fonoaudiológica e exame instrumental quando a incerteza puder alterar a conduta. A duração da intubação aumenta a suspeita, mas não confirma o diagnóstico nem define sozinha o momento de alimentar. A reabilitação fonoaudiológica iniciada em tempo oportuno apresenta sinais favoráveis para a retomada da via oral e a redução de pneumonia, mas a evidência ainda é limitada e heterogênea, baseada em ensaios pequenos, intervenções multicomponentes e estudos observacionais. Posicionamento, mobilização e treinamento muscular podem integrar o cuidado por favorecerem condições sistêmicas e proteção da via aérea, porém não substituem avaliação nem terapia específica da deglutição. Em conjunto, as fontes apoiam cuidado individualizado, interdisciplinar e seriado, com progressão ou restrição vinculada à resposta clínica e a critérios explícitos de reavaliação, sem constituir recomendação formal de diretriz.

Referências

1. Bertschi D, Rotondo F, Waskowski J, Venetz P, Pfortmueller CA, Schefold JC. Post-extubation dysphagia in the ICU-a narrative review: epidemiology, mechanisms and clinical management (Update 2025). *Crit Care*. 2025;29(1):244. doi:10.1186/s13054-025-05492-7.
2. He Z, Song X, Lei A, Ma Y, Hu Y, Li X, et al. Prevalence and risk factors for postextubation dysphagia in ICU patients with orotracheal intubation: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2026;13:1810274. doi:10.3389/fmed.2026.1810274.
3. McIntyre M, Doeltgen S, Dalton N, Koppa M, Chimunda T. Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care*. 2021;34(1):67-75. doi:10.1016/j.aucc.2020.05.008.
4. Zuercher P, Moser M, Waskowski J, Pfortmueller CA, Schefold JC. Dysphagia post-extubation affects long-term mortality in mixed adult ICU patients: data from a large prospective observational study with systematic dysphagia screening. *Crit Care Explor*. 2022;4(6):e0714. doi:10.1097/CCE.0000000000000714.

Declaração de uso de inteligência artificial

A ferramenta ChatGPT, da OpenAI, foi utilizada como apoio na organização da busca, na síntese preliminar das evidências, na revisão linguística e na adequação editorial do manuscrito. Não foi empregada para gerar dados de pesquisa ou referências, produzir ou alterar resultados ou atribuir autoria. A conferência foi realizada pelos autores de forma independente da ferramenta: os dados bibliográficos (autoria, título, periódico, ano e DOI) foram comparados com os registros das fontes, e os valores numéricos e as interpretações foram cotejados com o resumo ou o texto integral das publicações originais. Todas as decisões textuais permaneceram sob responsabilidade dos autores, que aprovaram o conteúdo final.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento

Este estudo não recebeu financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Silva MF, Dutra JMM, Sebben VA, Coutinho RVS, Marangoni IP; Redação do manuscrito: Silva MF, Dutra JMM, Sebben VA, Coutinho RVS, Marangoni IP; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Silva MF, Dutra JMM, Sebben VA, Coutinho RVS, Marangoni IP.

5. Brodsky MB, Nollet JL, Spronk PE, González-Fernández M. Prevalence, pathophysiology, diagnostic modalities, and treatment options for dysphagia in critically ill patients. *Am J Phys Med Rehabil*. 2020;99(12):1164-70. doi:10.1097/PHM.0000000000001440.
6. Zuercher P, Schenk NV, Moret C, Berger D, Abegglen R, Schefold JC. Risk factors for dysphagia in ICU patients after invasive mechanical ventilation. *Chest*. 2020;158(5):1983-91. doi:10.1016/j.chest.2020.05.576.
7. McIntyre M, Chimunda T, Koppa M, Dalton N, Reinders H, Doeltgen S. Risk factors for postextubation dysphagia: a systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope*. 2022;132(2):364-74. doi:10.1002/lary.29311.
8. García-Grimaldo A, Rodríguez-Moguel NC, Godínez-Victoria M, Rodríguez-Llamazares S, Ríos-Ayala MA, Cadeza-Aguilar JD, et al. Associations between intensive care unit acquired weakness with post-extubation dysphagia and other clinical outcomes-a cohort study in critically ill respiratory patients. *Clin Nutr ESPEN*. 2025;66:194-201. doi:10.1016/j.clnesp.2025.01.044.
9. Likar R, Aroyo I, Bangert K, Degen B, Dziewas R, Galvan O, et al. Management of swallowing disorders in ICU patients-a multinational expert opinion. *J Crit Care*. 2024;79:154447. doi:10.1016/j.jcrc.2023.154447.
10. Schefold JC, Berger D, Zürcher P, Lensch M, Perren A, Jakob SM, et al. Dysphagia in mechanically ventilated ICU patients (DYnAMICS): a prospective observational trial. *Crit Care Med*. 2017;45(12):2061-9. doi:10.1097/CCM.0000000000002765.
11. Oliveira ACM, Friche AAL, Salomão MS, Bougo GC, Vicente LCC. Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2018;84(6):722-8. doi:10.1016/j.bjorl.2017.08.010.
12. Perren A, Zürcher P, Schefold JC. Clinical approaches to assess post-extubation dysphagia in the critically ill. *Dysphagia*. 2019;34(4):475-86. doi:10.1007/s00455-019-09977-w.
13. Troll C, Trapl-Grundschober M, Teuschl Y, Cerrito A, Gallego Compte M, Siegemund M. A bedside swallowing screen for the identification of post-extubation dysphagia on the intensive care unit-validation of the Gugging Swallowing Screen (GUSS)-ICU. *BMC Anesthesiol*. 2023;23(1):122. doi:10.1186/s12871-023-02072-6.
14. Lynch YT, Clark BJ, Macht M, White SD, Taylor H, Wimbish T, et al. The accuracy of the bedside swallowing evaluation for detecting aspiration in survivors of acute respiratory failure. *J Crit Care*. 2017;39:143-8. doi:10.1016/j.jcrc.2017.02.013.
15. Marvin S, Thibeault S, Ehlenbach WJ. Post-extubation dysphagia: does timing of evaluation matter? *Dysphagia*. 2019;34(2):210-9. doi:10.1007/s00455-018-9926-3.
16. Turra GS, Schwartz IVD, Almeida ST, Martinez CC, Bridi M, Menna Barreto SS. Efficacy of speech therapy in post-intubation patients with oropharyngeal dysphagia: a randomized controlled trial. *CoDAS*. 2021;33(2):e20190246. doi:10.1590/2317-1782/20202019246.
17. Siao SF, Ku SC, Tseng WH, Wei YC, Chang YC, Hsiao TY, et al. Effects of a swallowing and oral-care program on resuming oral feeding and reducing pneumonia in patients following

endotracheal extubation: a randomized, open-label, controlled trial. *Crit Care*. 2023;27(1):283. doi:10.1186/s13054-023-04568-6.

18. Hongo T, Yamamoto R, Liu K, Yaguchi T, Dote H, Saito R, et al. Association between timing of speech and language therapy initiation and outcomes among post-extubation dysphagia patients: a multicenter retrospective cohort study. *Crit Care*. 2022;26(1):98. doi:10.1186/s13054-022-03974-6.
19. Chen L, Liu C, Yuan M, Yin X, Niu S, Tang J, et al. Interventions for postextubation dysphagia in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Dysphagia*. 2024;39(6):1013-24. doi:10.1007/s00455-024-10695-1.
20. Li J, Liu T, Zhang M, Tang Y, Han J, Ma J, et al. The impact of swallowing training on patients with post-extubation dysphagia after endotracheal intubation in the ICU: a quasi-experimental study. *Dysphagia*. 2026;41(4):723-34. doi:10.1007/s00455-026-10924-9.
21. Clayton NA, Ward EC, Place C, Scott A, Maitz PK, Kol MR. Early dysphagia rehabilitation in critical care: a pilot study of safety, feasibility, and effectiveness of a strength-based dysphagia treatment protocol in intensive care unit-acquired weakness. *Aust Crit Care*. 2026;39(2):101528. doi:10.1016/j.aucc.2025.101528.
22. Watanabe S, Morita Y, Suzuki S, Someya F. Association between early rehabilitation for mechanically ventilated intensive care unit patients and oral ingestion. *Prog Rehabil Med*. 2018;3:20180009. doi:10.2490/prm.20180009.
23. Watanabe S, Kanaya T, Iwasaki T, Morita Y, Suzuki S, Iida Y. Association of early oral intake after extubation and independent activities of daily living at discharge among intensive care unit patients: a single centre retrospective cohort study. *Int J Speech Lang Pathol*. 2024;26(4):584-94. doi:10.1080/17549507.2023.2221408.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.