

# Fagofobia e o Seu Impacto Familiar: Caso Clínico

## *Phagophobia and Its Family Impact: Case Report*

Sofia Sapage, Ana Rita Mourão, Ana Raquel Silva, Ana Sofia Amorim

**Autor Correspondente/Corresponding Author:**

Sofia Sapage [sofiamsapage@gmail.com]

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3602-9220>

Medicina Geral e Familiar, Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho,

Unidade de Saúde Familiar Canelas, Canelas, Portugal

Rua Dr. Carlos Costa, 61, 4410-273 Vila Nova de Gaia

**DOI:** <https://doi.org/10.29315/gm.1065>

### RESUMO

A fagofobia é uma patologia rara que pode ser incluída nas perturbações alimentares restritivas/evitativas, caracterizando-se por evicção de engolir por medo de asfixia ou engasgamento, com grande impacto na saúde física e mental do doente e na sua família.

Criança de oito anos, do sexo feminino, que desenvolveu fagofobia após vizinho ter falecido por engasgamento, passando a alimentar-se apenas de líquidos e apresentando perda de peso. Iniciou seguimento em pedopsiquiatria, retomando alimentação normal. Após episódio de engasgamento da própria, retomou a restrição alimentar, iniciando tratamento farmacológico. Relativamente ao impacto familiar, verificou-se o desenvolvimento de depressão reativa na mãe, recusa alimentar parcial do irmão e conflitos intrafamiliares pontuais.

O diagnóstico célere neste caso, contribuiu, possivelmente, para uma boa resposta da doente e da sua família. Mesmo assim, e apesar de não haver aparente disfunção familiar prévia, foi visível o impacto familiar, demonstrando a importância da intervenção na família, potenciando a recuperação do doente e da mesma.

**PALAVRAS-CHAVE:** Criança; Deglutição; Perturbações da Deglutição/psicologia; Perturbações Fóbicas/psicologia.

### ABSTRACT

Phagophobia is a rare condition that can be classified as an avoidant/restrictive food intake disorder, characterized by avoidance of swallowing due to fear of choking or suffocation, with a significant impact on the patient's physical and mental health as well as on their family.

An eight-year-old girl developed phagophobia after a neighbor's death by choking, subsequently restricting her diet to liquids only and experiencing weight loss. She began follow-up in child psychiatry and gradually resumed

Medicina Geral e Familiar, Unidade Local de Saúde Gaia-Espinho, Unidade de Saúde Familiar Canelas, Canelas, Portugal.

Recebido/Received: 2025-05-30. Aceite/Accepted: 2025-10-27. Publicado online/Published online: 2026-05-20. Publicado/Published: 2026-09-14.

© Gazeta Médica 2026. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Gazeta Médica 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial

a normal diet. After experiencing a choking episode herself, she again restricted her food intake and started pharmacological treatment. Regarding the family impact, the mother developed a reactive depression, the brother presented partial food refusal, and there were occasional intrafamilial conflicts.

In this case, an early diagnosis likely contributed to a good response from both the patient and her family. Nevertheless, despite the absence of apparent prior family dysfunction, a significant family impact was evident, highlighting the importance of family-centered intervention to promote the recovery of both the patient and the family.

**KEYWORDS:** Child; Deglutition; Deglutition Disorders/psychology; Phobic Disorders/psychology

## INTRODUÇÃO

A fagofobia ou fobia de engasgamento é uma perturbação rara que se caracteriza pela evicção de engolir por medo de asfixiar ou engasgar, na ausência de anormalias físicas ou fisiológicas, geralmente após episódio de engasgamento do próprio.<sup>1-4</sup> Segundo a DSM-V, pode incluir-se na fobia específica, perturbação de ansiedade ou perturbação alimentar restritiva/evitativa, conforme o foco principal do quadro clínico.<sup>5</sup> Devido à baixa prevalência e à ausência de *guidelines* ou consensos específicos, o diagnóstico e tratamento podem tornar-se desafiantes. Assim, todas as informações e experiências relativas a estratégias não farmacológicas e farmacológicas aplicadas nestes doentes são importantes para aumentar o conhecimento sobre esta doença e a confiança na sua abordagem.

Este distúrbio tem um grande impacto na saúde, quer física quer mental do doente, mas também impacto significativo na família do mesmo.<sup>1-3</sup> Uma boa estruturação familiar é essencial para o tratamento do doente e prevenção de doença nos seus familiares, sendo imperativa uma abordagem global à família. De referir que, do conhecimento dos autores deste artigo, este é primeiro caso clínico de fagofobia, em Portugal, que, para além de descrever o caso da doente em si, foca-se também nas implicações na sua família, mostrando a interligação entre as mesmas.

## CASO CLÍNICO

Trata-se de uma criança de oito anos, do sexo feminino, previamente saudável, que vive com os pais e irmão de seis anos (família nuclear), sem sinais de disfunção familiar. De referir antecedentes familiares de perturbação da ansiedade generalizada com perturbação de pânico (tio materno), depressão (tia-avó materna) e alcoolismo (avô materno).

Em março de 2022, a doente recorreu à consulta aberta da Unidade de Saúde Familiar, acompanhada pela tia, por restrição alimentar, com dois meses de evolução, por “medo de se engasgar”, sentindo a “garganta

colada”. O quadro ter-se-ia iniciado após um vizinho idoso se ter engasgado, acabando por falecer. Alimentava-se essencialmente à base de líquidos em pequenas quantidades. Negava náuseas, vômitos, episódios de engasgamento, disfagia, anorexia, pirose, enfartamento pós-prandial ou perda ponderal intencional. Foi excluída distorção da imagem corporal. Encontrava-se no P15-50 de IMC (anteriormente P50-85), sem outras alterações ao exame objetivo. Foi pedido estudo analítico para excluir alterações secundárias à restrição alimentar (hemograma, glicose, creatinina, TGO, TGP, TSH, ferro, ferritina, vitamina B12) revelando-se, posteriormente, normal. Foi efetuado aconselhamento alimentar e marcada consulta com a médica de família.

Após duas semanas, apresentava ligeira melhoria do quadro clínico - tolerava líquidos e pastosos preparados em condições específicas (sopa passada e coada, batidos de fruta coados, iogurte sólido muito mexido); consumia água e mastigava excessivamente para auxiliar a deglutição; deglutia saliva repetitivamente, ao ver os familiares comer. Adicionalmente, apresentava episódios de choro, aparentemente sem motivo, e insónia intermédia, associada a pesadelos, com repercussão negativa no aproveitamento escolar. Assim, foi encaminhada para a especialidade de pedopsiquiatria.

Na primeira consulta de pedopsiquiatria, em agosto, já consumia alguns alimentos sólidos, encontrando-se no P50-85 de IMC. Mantinha insónia por pesadelos frequentes, dormindo habitualmente com a mãe. Ao longo do seguimento, foram feitas psicoeducação e tentativas de introdução de alimentos que representavam maior dificuldade para a doente. Verificou-se uma evolução positiva do quadro clínico com reposição da dieta e IMC no P85-97.

No entanto, em maio de 2023, um episódio de engasgamento da própria provocou retrocesso no quadro clínico. A dieta voltou a basear-se em líquidos e pastosos, referindo “medo de voltar a engasgar-se e morrer”. Foi feita novamente psicoeducação, sem sucesso. Observou-se perda ponderal contínua pela grande restrição alimentar, pelo que iniciou sertralina 25 mg.

Duas semanas depois não apresentava sinais de melhora e verificava-se presença de humor subdepressivo e clínica de somatização - cefaleias e dor abdominal, que a própria associava à ansiedade por comer, principalmente na escola, onde, frequentemente, a obrigavam. Em junho, a família decidiu iniciar hipnoterapia mensal e, na consulta de pedopsiquiatria, foi aumentada a dose de sertralina para 50 mg. Em julho, por manter sintomatologia, foi associada risperidona 0,25 mg. Na reavaliação, verificou-se uma evolução positiva do quadro clínico - melhora da insônia e ansiedade, consumo de alimentos anteriormente não tolerados e menor exigência na preparação das refeições. Em setembro, apresentava uma alimentação praticamente normal, mantendo, ocasionalmente, medo de comer.

Em dezembro de 2023 a família decide suspender repentinamente toda a medicação, sem recidiva do quadro clínico até ao momento.

Sobre o impacto familiar, em junho de 2022, a mãe da doente foi diagnosticada com perturbação depressiva reativa (segundo a classificação ICD-11), tendo sido medicada com fluoxetina 20 mg.<sup>6</sup> Um mês depois, verificou-se melhora sintomática significativa, associada à melhora inicial da fagofobia da filha, tendo suspenso a medicação por iniciativa própria, sem recidiva. Após o agravamento da fobia da doente, o seu irmão também iniciou alterações do padrão alimentar habitual com recusa alimentar parcial. Contudo, esta situação foi rápida e totalmente ultrapassada, através de estratégias de reforço positivo e negativo. Relativamente à família alargada, as divergências na forma de atuação e compreensão da doença, assim como a logística implicada na preparação e durante as refeições, foram causa de alguns atritos intrafamiliares, com resolução.

## DISCUSSÃO

O diagnóstico de fagofobia é comumente difícil, por desconhecimento da perturbação e pelo diagnóstico diferencial existente com disfagia ou engasgamento, levando ao atraso do mesmo e, consequentemente, ao do início do tratamento.<sup>7-9</sup>

Neste caso, o diagnóstico foi facilitado pela forma concreta como a criança identificava o medo de engasgamento como motivo para a restrição alimentar. Além disso, sendo que o principal problema era restrição alimentar em si e as respetivas consequências, este insere-se melhor nas perturbações alimentares restritivas, apesar de se admitir a presença de grande ansiedade neste contexto. Pela anamnese, foi possível excluir alguns dos diagnósticos frequentemente confundidos com fagofobia - anorexia nervosa, bulimia e globus faríngeo.<sup>1,2,10</sup> Esta doente apresentava com-

portamentos típicos de fagofobia: consumo seletivo de líquidos/pastosos (casos mais graves); consumo de grandes quantidades de água e mastigação excessiva, para evitar engasgamento; sensação de “garganta fechada” causada pela ansiedade.<sup>2</sup> Assim, e tendo em conta a idade da criança, optou-se por dispensar exames complementares de diagnóstico, contribuindo para um diagnóstico mais célere.

Relativamente ao tratamento, a primeira linha nesta perturbação é a psicoterapia, sendo esta essencial neste contexto. No entanto, e apesar do sucesso da terapêutica farmacológica, esta doente teve uma abordagem inicial subótima por ausência de acompanhamento por psicologia enquanto aguardava consulta de pedopsiquiatria, devido às dificuldades de acesso.

À semelhança de outras doenças, esta patologia pode condicionar disfunção familiar ou agravamento de disfunção prévia, constituindo um fator de *stress* familiar.<sup>4,7,8,10</sup> Assim, é de ressaltar a importância de se estar alerta para possíveis fatores de risco para disfunção familiar, de forma a preveni-la, tentando fornecer estratégias de *coping*.

Neste caso, apesar de não haver indícios de disfunção familiar prévia, segundo o APGAR Familiar de Smilks-tein, foi evidente o impacto familiar da fagofobia.<sup>11</sup> Relativamente à depressão reativa da mãe da doente, este quadro teve uma resolução relativamente rápida, tendo, provavelmente, contribuído o diagnóstico atempado, uma boa rede de apoio e a melhora inicial da doente. De destacar a ausência de recidiva após o agravamento da fagofobia, o que demonstra capacidade de readaptação e aquisição de estratégias de *coping*. Este constitui um bom exemplo da importância da identificação de fatores de risco, de forma a atuar precocemente, prevenindo a doença. Sobre a recusa alimentar parcial do irmão, caso se perpetuasse, poderia condicionar alteração do padrão alimentar numa idade muito jovem, na qual é essencial manter uma boa relação com a alimentação. Apesar dos conflitos intrafamiliares, esta família demonstrou capacidade de adaptação e gestão de conflitos, visto não serem notórias situações de rutura ou disfunção familiar. Com efeito, a família demonstrou, coesão adequada, capacidade de gestão de conflitos através de mecanismos de *coping* funcionais e uma comunicação aberta e eficiente com uma boa adaptação ao agravamento da fagofobia. Isto evidencia não só a funcionalidade familiar inicial, como também a importância da intervenção médica na família e no seu acompanhamento.

Com efeito, este caso demonstra o papel central do médico de família, tanto no diagnóstico precoce e apoio da criança, como na coordenação da família e

apoio emocional da mesma, havendo um acompanhamento longitudinal que contribui para a prevenção ou diagnóstico atempado de doença ou disfunção familiar.

Relativamente a pontos fortes deste caso clínico, de referir o diagnóstico e encaminhamento célere e o acompanhamento regular da criança e da família. De pontos fracos de destacar a ausência de acompanhamento por psicologia enquanto aguardava consulta de pedopsiquiatria, o atraso na marcação da mesma e o facto de, apesar do seguimento regular, não se ter conseguido prevenir a suspensão abrupta da medicação por iniciativa dos pais, tal como já tinha acontecido com a medicação antidepressiva da mãe.

**PRÉMIOS E APRESENTAÇÕES PRÉVIAS:** Este trabalho foi apresentado como comunicação oral e premiado com o 1º prémio no congresso da Academia Médica de Aveiro de 2025.

## DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

SS, ARM, ARS e ASA - Participação na elaboração e revisão do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada

SS, ARM, ARS and ASA - Contribution to the drafting and review of the manuscript.

All authors approved the final version to be published

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**CONFLITOS DE INTERESSE:** Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

**FONTES DE FINANCIAMENTO:** Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

**CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

**PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS:** Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela

Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2024 e da Associação Médica Mundial.

**PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES:** Não comissionado; revisão externa por pares.

## ETHICAL DISCLOSURES

**CONFLICTS OF INTEREST:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**FINANCING SUPPORT:** This work has not received any contribution, grant or scholarship

**CONFIDENTIALITY OF DATA:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

**PROTECTION OF HUMAN AND ANIMAL SUBJECTS:** The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2024).

**PROVENANCE AND PEER REVIEW:** Not commissioned; externally peer-reviewed.

## REFERÊNCIAS

- Çolak Sivri R, Hizarcioğlu Gülşen H, Yılmaz A. Phagophobia Successfully Treated With Low-Dose Aripiprazole in an Adolescent: A Case Report. *Clin Neuropharmacol*. 2018;41:148-50. doi:10.1097/WNF.0000000000000288
- Reid DB. A case study of hypnosis for phagophobia: it's no choking matter. *Am J Clin Hypn*. 2016;58:357-67. doi:10.1080/00029157.2015.1048544
- Tanır C, Hergüner S. Mirtazapine for choking phobia: report of a pediatric case. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015;25:659-60. doi:10.1089/cap.2015.0145
- Sahoo S, Hazari N, Padhy SK. Choking phobia: an uncommon phobic disorder, treated with behavior therapy: A case report and review of the literature. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2016;28:349-52. doi: 10.11919/j.issn.1002-0829.216055.
- American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- World Health organization. CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e de Morbidade. [consultado Fev 2025] Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt>
- Loureiro ER, Ferreira AC, Carvalho J, Xará MJ, Pimentel I. Um caso de fagofobia: quando o medo nos consome. *Rev Port Med Geral Familiar*. 2016;32:212-6. doi: 10.32385/rpmgf.v32i3.11793.
- Lopes R, Melo R, Curral R, Coelho R, Roma-Torres A. A case of choking phobia: towards a conceptual approach. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 2014;19:125-31. doi:10.1007/s40519-013-0048-5
- Bajens LWJ, Koetsenruijter K, Pilz W. diagnosis and treatment of phagophobia: a review. *Dysphagia*. 2013;28:260-70. doi:10.1007/s00455-013-9454-0
- Suraweera C, Hanwell R, De Silva V. Phagophobia: a case report. *BMC Res Notes*. 2014;7:574. doi:10.1186/1756-0500-7-574
- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.