

TERAPIA NUTRICIONAL EM DISFAGIA: A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

DYSPHAGIA NUTRITION THERAPY: THE IMPORTANCE OF MONITORING NUTRITION

Mariana Mendonça Greghi Oliveira¹, Silmara Lucheti Teruel², Jaqueline Littieri Lima³, Christiane Maria Bergamasco³ e Rita de Cássia de Aquino⁴

¹ Nutricionista, formada pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS.

² Nutricionista, diretora do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital e Maternidade Dr. Christovão da Gama – HMCG.

³ Nutricionista do HMCG.

⁴ Nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo – USP, professora e preceptora de estágio da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS.

RESUMO

Essa revisão tem por objetivo descrever as características da terapia nutricional em pacientes que apresentam disfagia. Foi realizada uma revisão da literatura existente sobre o tema em questão, mediante consultas à base de dados de revistas científicas indexadas na área de saúde e também a livros didáticos. A disfagia é um distúrbio de deglutição caracterizada pela dificuldade de deglutir os alimentos, e pode ser causada por alterações neurológicas, funcionais e/ou estruturais. Pode ser classificada em sete níveis, de acordo com sua severidade, sendo o nível I o mais grave, necessitando da terapia enteral, e o nível 7, a condição normal de deglutição. A disfagia é uma condição de saúde que requer intervenção de uma equipe multidisciplinar, e o trabalho do fonoaudiólogo e do nutricionista merece destaque. A terapia nutricional e exercícios de motricidade oral são fundamentais para a reabilitação do paciente disfágico e para que ocorra a transição da dieta enteral para a dieta oral. Cabe à equipe estimular a adesão ao tratamento e seus benefícios na recuperação da autoestima e do bem-estar emocional e nutricional do paciente.

Palavras-chave: disfagia, equipe multidisciplinar e terapia nutricional.

ABSTRACT

This review aims to determine the parameters of the effective nutritional therapy in patients with dysphagia given a special attention to the transition of enteral to oral diet. A review of existing literature on the topic in question was carried through , by the means of consultations database of scientific journals indexed in the area of health and textbooks. The dysphagia is a swallowing disorder, characterized by difficulty in swallowing food and can be caused by neurological disorders or functional and structural. The dysphagia can be classified into seven levels according to the severity, level I is the most serious and needs an enteral therapy and the level 7 is characterized as a normal condition of swallowing. The dysphagia is a health condition that requires intervention of a multidisciplinary team where the work of Speech-languages pathologist and Nutrition deserve emphasis. The diet and speech-languages exercises are fundamental to oral rehabilitation of the patients with dysphagia and for the occurrence of a transition from enteral to an oral diet. It is necessary that the team encourage the treatment and show its benefits in the recovery of self-esteem, emotional well being and nutritional status of the patient.

Keywords: dysphagia, multidisciplinary team and nutritional therapy.

I. INTRODUÇÃO

A alimentação para o ser humano vai muito além do aspecto de manutenção do aporte calórico necessário para sua sobrevivência. Ela deve ser vista também como fonte de prazer, mediada por sabores, consistências e aparências diferentes (ESCOURA, 1998).

Certas condições podem abalar esse ato, até então natural. Na presença de uma doença, por exemplo, hábitos e preferências alimentares podem necessitar de modificações, o que torna o momento de se alimentar difícil, constrangedor e, até mesmo, doloroso (SOUZA *et al.*, 2003).

O ato de deglutir os alimentos é um processo complexo que envolve muitos músculos faciais e nervos encefálicos para um funcionamento normal. Algumas doenças e condições, como as neurológicas e as cirúrgicas, podem trazer como consequência um distúrbio de deglutição. Para nomear essa dificuldade de deglutir, é utilizado o termo disfagia (do grego *Dys*-dificuldade e *phagien*-comer), e ela pode afetar desde a introdução do alimento na boca, até sua chegada ao estômago, resultando em ingestão e absorção inadequadas de alimentos, o que leva à desnutrição e a várias deficiências nutricionais (SOUZA *et al.*, 2003; RANGEL, 1998).

A disfagia pode ser resultado de alterações neurológicas e estruturais causadas por problemas na cavidade oral, na faringe, no esôfago e/ou em junções gastroesofageanas, e traz o risco de causar engasgos, sufocamento, aspiração, problemas pulmonares e pneumonia, deficiências nutricionais, desidratação e, até mesmo, a morte (ESCOURA, 1998; MANGILLI & ANDRADE, 2007).

A literatura aponta que o profissional mais capacitado para lidar com a disfagia é o fonoaudiólogo. Ele está habilitado a avaliar, definir e/ou alterar as condutas terapêuticas na disfagia, ampliando ao máximo as possibilidades do paciente em controlar funcionalmente a fase oral e faríngea da deglutição, e é também responsável por devolver ao paciente a capacidade de se alimentar conforme suas condições (ESCOURA, 1998; MANGILLI & ANDRADE, 2007).

Além do fonoaudiólogo, o diagnóstico e o manejo da disfagia requerem intervenção de uma equipe multidisciplinar, integrada por clínicos gerais, gastroenterologistas, neurologistas, enfermeiros e nutricionistas. Com o desenvolvimento de um trabalho em equipe, torna-se possível o diagnóstico e o tratamento da doença em seu amplo aspecto. A avaliação clínica consiste na investigação da capacidade de comunicação do paciente, suas funções cognitivas e motoras, além

de sinais clínicos de distúrbios da deglutição. Os exames mais utilizados para diagnosticar a disfagia são a videoendoscopia e a videofluoroscopia (CLAVÉ *et al.*, 2004; BOTELHO & SILVA, 2003).

Trabalhar com pacientes disfágicos significa estar constantemente em contato com risco de morte. Seu quadro clínico não se caracteriza somente por alterações funcionais e/ou estruturais da dinâmica da deglutição, pois o estado nutricional, de hidratação e a função pulmonar podem estar gravemente prejudicados. A disfagia é reconhecida como um dos principais fatores de risco para a ocorrência de pneumonia aspirativa (STEIMBERG, FRAZÃO & FURKIM, 2003; SCHELP *et al.*, 2004).

A disfagia torna necessário que se avalie e personalize a dieta às necessidades do paciente, para que ela seja o mais equilibrada possível e previna a desnutrição e outras complicações. É de suma importância que o paciente seja visto de maneira integral, com a equipe sempre pensando em melhorar a cada dia os cuidados prestados a ele (MORENO *et al.*, 2006).

Essa revisão tem por objetivo descrever as características da terapia nutricional em pacientes que apresentam disfagia. O presente estudo foi desenvolvido em um hospital privado (Hospital e Maternidade Dr. Christovão da Gama), situado no Município de Santo André-SP, e consiste em uma revisão da literatura existente sobre o tema em questão, mediante consultas à base de dados de revistas científicas indexadas na área de saúde e a livros didáticos. Foi realizado durante o período de 13/09/2007 a 05/10/2007.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. TIPOS DE DISFAGIA

A disfagia pode ser classificada por diversas escalas de severidade, propostas por diferentes autores. Na escala de severidade da disfagia, denominada Doss – *Dysphagia Outcome Severity Scale*, a determinação da gravidade de disfagia pode auxiliar o profissional na indicação de uma dieta mais adequada. Essa escala se apresenta em sete níveis, sendo que o nível 1 corresponde ao mais avançado da disfagia e o nível 7, à condição normal de deglutição.

- **Nível 7:** DEGLUTIÇÃO NORMAL.
- **Nível 6:** DEGLUTIÇÃO FUNCIONAL. Retardo oral ou faríngeo leve, retenção leve de alimento em faringe, mas espontânea e independentemente compensada, sem penetração ou aspiração de nenhuma consistência de alimento.

- **Nível 5:** DISFAGIA LEVE. Pode-se verificar um ou mais dos seguintes problemas: aspiração apenas com líquidos ralos, mas com reflexo forte de tosse presente para clareamento completo do material aspirado; penetração do alimento no nível das pregas vocais, de uma ou mais consistências de alimentos, mas clareadas espontânea e completamente; retenção do alimento em faringe, mas clareada espontaneamente; disfagia oral leve com redução da mastigação e/ou retenção do bolo alimentar em cavidade oral, mas clareada espontaneamente.
- **Nível 4:** DISFAGIA LEVE MODERADA. Pode-se verificar um ou mais dos seguintes problemas: retenção de alimento em faringe, clareada após a solicitação do examinador; retenção alimentar em cavidade oral, clareada após a solução; aspiração de uma consistência de alimento, ou penetração no nível das pregas vocais, com tosse, de duas consistências, ou penetração no nível de pregas vocais, sem tosse, de uma consistência.
- **Nível 3:** DISFAGIA MODERADA. Pode-se verificar um ou mais dos seguintes problemas: retenção alimentar moderada em faringe, clareada após a solicitação do examinador; retenção alimentar moderada em cavidade oral, clareada após solicitação; penetração do alimento no nível das pregas vocais, sem tosse, de duas ou mais consistências, ou aspiração de duas consistências, com tosse fraca ou ausência de reflexo de tosse, ou aspiração de uma consistência, sem tosse, e penetração nas pregas vocais de uma consistência, sem tosse.
- **Nível 2:** DISFAGIA MODERADA GRAVE. Observa-se um ou mais dos seguintes problemas: retenção alimentar severa em faringe, com impossibilidade ou dificuldade de clareamento, ou necessitando de várias solicitações do examinador; perda ou retenção severa do bolo alimentar, com impossibilidade ou dificuldade de clareamento, ou necessitando de várias solicitações; aspiração de duas ou mais consistências alimentares, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca, ou aspiração de uma ou mais consistências, sem tosse, e penetração de uma ou mais consistências, sem tosse.
- **Nível 1:** DISFAGIA GRAVE. Verifica-se um ou mais dos seguintes problemas: retenção severa em faringe, com impossibilidade de clareamento; perda ou retenção severa do bolo alimentar em cavidade oral, com impossibilidade de clareamento; aspiração silenciosa de duas ou mais consis-

tências, ausência de tosse voluntária, ou incapacidade de alcançar a deglutição (SOUZA *et al.*, 2003).

Alguns autores propõem a classificação da disfagia em três níveis, sendo eles: leve, moderada e severa. Todavia, observa-se que essa classificação é um pouco menos específica no momento de classificar a presença ou a ausência de disfagia (ESCOURA, 1998; SOUZA *et al.*, 2003).

2.2. Etiologia da disfagia

A disfagia não é considerada uma doença, e sim o sintoma de uma doença que acometeu qualquer parte do trato digestório, desde a boca até o estômago. Pode acontecer devido a uma causa funcional (perturbação ou falta de coordenação das etapas da deglutição) ou a uma mesma causa estrutural, ou seja, um estreitamento da luz esofágica, ligado a um processo inflamatório, ou de um tumor, e pode estar acompanhada ou não de dor. Em certos casos, é a dor que pode provocar a dificuldade (RANGEL, 1998; CLAVÉ *et al.*, 2004; COSTA *et al.*, 2003).

A disfagia pode iniciar-se de um modo progressivo ou brutal, pode ser aguda ou crônica, intermitente ou constante. Sua etiologia pode ser de origem neurogênica, como acidente vascular encefálico, mal de Parkinson, mal de Alzheimer, miastenia *gravis*, distrofia muscular, nos traumas cranianos e câncer de cabeça e pescoço, tumores cerebrais, esclerose lateral amiotrófica, paralisia cerebral, síndrome de Guillain-Barret e encefalopatias anóxicas, entre outras. Caso existam traumas ou problemas neurológicos evidentes, a disfagia é vista como um problema secundário. As disfagias também podem ocorrer por próteses mal-adaptadas e pelo próprio envelhecimento do indivíduo (RANGEL, 1998; MANGILLI & ANDRADE, 2007; WAITZBERG, 2004).

2.3. A importância da textura dos alimentos

Ao se falar em disfagias, é de suma importância determinar duas características dos alimentos: sua textura e viscosidade (SOUZA *et al.*, 2003).

A textura é a soma das sensações cinestésicas derivadas da degustação dos alimentos e envolve características principais, das quais vale destacar firmeza, elasticidade, fraturabilidade, mastigabilidade/dureza, adesividade, coesão e viscosidade, sendo essa a variável mais importante no momento da deglutição (SOUZA *et al.*, 2003).

Os líquidos ralos dificultam a deglutição de pacientes que apresentam o controle oral reduzido e ainda

umentam o risco de aspiração do alimento. Para evitar que isso ocorra, deve ser determinada a viscosidade ideal do alimento, de modo que sua deglutição ocorra de maneira segura (SOUZA *et al.*, 2003).

A viscosidade é a resistência do líquido ao fluxo, ou seja, a densidade do líquido. Existem quatro tipos de viscosidade dos alimentos: ralo, néctar, mel e pudim.

Além da determinação da textura e da viscosidade da dieta, é necessário que se correlacione o tipo de disfagia à modificação que será realizada na dieta do paciente:

- **nível 7:** dieta geral;
- **nível 6:** dieta geral, com mais tempo para realizar a refeição;
- **nível 5:** dieta branda assistida;
- **nível 4:** dieta branda ou semi-sólida, assistida e com auxílio, caso seja necessário;
- **nível 3:** dieta semi-sólida ou pastosa, assistida e com utilização de estratégias especiais/manobras durante a alimentação;
- **nível 2:** uso parcial de dieta via oral, sendo mais indicada dieta pastosa, assistida, e com uso de manobras compensatórias de deglutição;
- **nível 1:** restrição total de dieta via oral.

As fases da reintrodução da alimentação são constituídas por, basicamente, quatro etapas, onde ocorre a evolução gradativa da consistência e da quantidade

de alimentos oferecidos. Estudos realizados sobre a adequação de ingestão alimentar de pacientes críticos revelaram uma inadequação calórica e protéica em grande parte desses pacientes (COSTA *et al.*, 2003).

Com a finalidade de evitar o risco de aspiração, os pacientes devem ser submetidos à reintrodução alimentar de maneira segura e de forma gradativa, obedecendo-se às fases preestabelecidas com alimentos de consistências variadas, administradas sob a supervisão de fonoaudiólogo, até que se consiga o alcance da fase 4. Estima-se que tempo médio para que os pacientes recebam a dieta via oral é de 48 dias (COSTA *et al.*, 2003; WAITZBERG, 2004).

A via de acesso nutricional ao paciente disfágico deve ser definida de acordo com sua condição básica e deve ser constantemente reavaliada (COSTA *et al.*, 2003).

2.4. Terapia nutricional e disfagia

O principal objetivo da terapia nutricional ao paciente disfágico é prevenir a aspiração e a sufocação, buscando meios de facilitar uma alimentação segura e independente, e ainda recuperar ou manter o estado nutricional e a hidratação do paciente, com a dieta adaptada às suas necessidades (RANGEL, 1998; COSTA *et al.*, 2003; WAITZBERG, 2004).

Um dos problemas enfrentados na tentativa de prover uma terapia nutricional adequada a esses indivíduos é a

Tabela 1: Níveis de severidade da disfagia x modificação dietética mais apropriada (NDD do Hospital e Maternidade Dr. Christovão da Gama), adaptado de Costa (2003)

Reintrodução da alimentação via oral	Dieta indicada	Nº de ofertas/dia	% Aceitação	Tipo de alimento	Conduta
NÍVEL 1-2	Cremosa	3 vezes/dia	50% via oral	Creme espesso (apenas para o treino da deglutição). Ex.: mingau de maisena, <i>flan</i> , pudim.	Manutenção da terapia nutricional enteral, de acordo com as necessidades calórico-protéicas individuais.
NÍVEL 2-3	Pastosa	5 vezes/dia	75% via oral	Mingau espesso, sopa creme, papa de frutas, purê de legumes, carne liquidificada. Ex.: purê de batata, creme de ervilha, sopa de macarrão com carne batida.	Diminuição da terapia nutricional enteral, se a aceitação via oral for satisfatória.
NÍVEL 4-5	Leve	5 vezes/dia	75% via oral	Leite, suco, chá, pão de leite, arroz papa, caldo de feijão, carne moída ou desfiada, legumes cozidos, frutas de textura macia. Ex.: compota de maçã, banana, seleta de legumes, arroz papa, fricassê de frango, vitamina de frutas.	Retirada da terapia nutricional enteral, se a aceitação via oral for satisfatória em todas as ofertas, se a aceitação via oral for insatisfatória, a terapia nutricional enteral no período noturno será mantida.
NÍVEL 5-6	Geral	5 vezes/dia	100% via oral	Leite, sucos, chá, pães, carnes, grãos, verduras, legumes, frutas. Ex.: todos os alimentos de acordo com a aceitação e a tolerância do paciente.	Manutenção da terapia nutricional exclusivamente por via oral, promovendo a manutenção, o ganho de peso e a hidratação.

Fonte: COSTA *et al.*, 2003.

sobrecarga de fluidos, pois, com a atividade simpática prejudicada, ocorre um retardo do esvaziamento gástrico. A retenção de fluidos também presente em pacientes críticos pode limitar a utilização da nutrição parenteral, devido à sobrecarga de fluidos na função pulmonar e nas trocas gasosas (COSTA *et al.*, 2003; FURKIM, 2007).

Outros fatores, como a diminuição da sensibilidade da laringe, diarreia, distensão abdominal, estase gástrica e vômitos, podem também contribuir com essas inadequações, uma vez que, na presença de tais complicações, o volume da dieta a ser administrado é diminuído ou, até mesmo, ela pode ser suspensa (PILLON, GONÇALVES & BIASE, 2004; PARISE JUNIOR *et al.*, 2004).

A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea pode ser comprovada quando o paciente alimentar-se eficientemente por via oral ou ganhar peso, ou com a redução na ocorrência de pneumonia aspirativa (SILVA, 2007).

2.5. Espessantes de alimentos

Atualmente, existem muitos tipos de espessantes que podem ser utilizados para engrossar líquidos, diminuindo, assim, o risco de aspiração. Os principais tipos de espessantes podem ser divididos em duas classes: as gomas e os amidos. A classe dos amidos pode ser dividida em três tipos: os amidos, os amidos naturais e os modificados. Dentre os modificados, encontram-se suplementos que são usualmente utilizados em hospitais, como o *Thick & Easy*[®] (Hormel/ HealthLabs/ Fresenius) e o *Resource Ticken Up*[®] (Novartis) e *Nutilis*[®] (Support). Esses suplementos são bem-aceitos, pois não alteram o sabor e a cor dos alimentos, e oferecem uma média de 18 calorias a cada 5g (SOUZA *et al.*, 2003).

2.6. Terapia de hidratação oral

A desidratação é um problema freqüente que acomete os indivíduos com disfagia. É necessário que ocorra monitoramento diário da hidratação por meio de registros de ingestão/diurese, exame laboratorial e físico do paciente (SOUZA *et al.*, 2003; PILLON, GONÇALVES & BIASE, 2004).

O uso de espessantes industriais (amidos modificados) em líquidos ralos oferta de alimentos com alto teor de líquido, como purês de frutas e hortaliças, mingaus de cereais, manjares e pudins, e auxiliam na prevenção da desidratação. Caso o paciente não consiga suprir sua necessidade hídrica via oral, recomenda-se o uso da sonda nasogástrica ou nasoentérica, ou por via endovenosa (SOUZA *et al.*, 2003; COSTA *et al.*, 2003).

2.7. O papel do nutricionista na disfagia

O nutricionista decide a dieta de acordo com as características do paciente, verifica se o mesmo apresenta diabetes, hipertensão e outras características importantes que devam ser consideradas no momento da decisão da dieta (SILVA, 2007; BUTT & LAM, 2005).

A comunicação entre o fonoaudiólogo e o nutricionista deve ser diária. A dieta para disfagia orientada pelo nutricionista é designada para facilitar a progressão de acordo com a tolerância individual, otimizar a ingestão nutricional e diminuir o risco de aspiração (RANGEL, 1998; KIRSTE *et al.*, 2003).

2.8. Ajudando o disfágico a se alimentar

Além do auxílio técnico dos profissionais capacitados em lidar com a disfagia, há ainda certas condutas que devem ser consideradas na prática alimentar desses pacientes, tais como: realizar a higiene bucal logo após as refeições; orientar o paciente que repouse antes das refeições para não se cansar; oferecer as refeições de forma fracionada; evitar distração para que sua atenção esteja totalmente voltada à alimentação; encorajá-lo a dar pequenas mordidas e a mastigar vagarosamente os alimentos (NURSING *et al.*, 2003; MANN, HANKEY & CAMERON, 1999).

3. CONCLUSÃO

A disfagia é uma condição de saúde que requer a intervenção de uma equipe multidisciplinar.

A terapia nutricional deve ser individualizada e monitorada constantemente, de acordo com a deficiência de deglutição, o potencial de recuperação, a função cognitiva e a adesão ao plano de tratamento, cujas estratégias devem ser baseadas em observação clínica e diagnóstica.

Não há um padrão específico de aceitação via oral para que ocorra a transição da dieta enteral para a dieta oral. O que a equipe profissional se propõe é fazer uma estimativa da necessidade energética diária do paciente (levando-se também em conta o fator injúria) e traçar um balanço de quanto a dieta via oral tem sido aceita em relação à necessidade energética do paciente, tornando-se possível avaliar a manutenção da terapia nutricional enteral.

Convencionou-se na área clínica que, em média, o paciente deve aceitar 75% da dieta via oral para que seja suspensa a terapia enteral, levando-se em conta a possibilidade de uma suplementação via oral.

Reabilitar o paciente com disfagia a se alimentar oralmente, e manter/recuperar seu estado nutricional adequado, é um trabalho complexo, que envolve muitos aspectos, exigindo tempo e dedicação da equipe multidisciplinar e de seus cuidadores.

Cabe à equipe estimular a adesão ao tratamento e seus benefícios na recuperação da auto-estima do paciente e de seu bem-estar emocional e nutricional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOTELHO, Maria Izabel M. R. & SILVA, Ariovaldo A. da. Avaliação funcional da disfagia em lactentes em UTI neonatal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol. 49(3): 278-85, Campinas, São Paulo, 2003.
- BUCHHOLZ, Andrea C. Weaning patients with dysphagia from tube feeding to oral nutrition: A proposed algorithm. *Journal of the Canadian Dietetic Association*, Canada, winter, 1998.
- BUTT, Kim & LAM, Peter. Role of registered dietitian in dysphagia assesment and treatment: A discussion paper. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, Canada, 2005.
- CLAVÉ, Pere; TERRÉ, Rosa; KRAA, Marleen de. & SERRA, M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 2004; 96: 119-131.
- COSTA, Helenice M. da; LUIZ, Mara O. R.; CARMONA, Maria José C.; CARDOSO, Elisabeth; ISOSAKI, Mitsue. & AULER JUNIOR, J.O.C. Reintrodução da alimentação oral em pacientes traqueostomizados com terapia de nutrição enteral. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 168-172, outubro-dezembro, 2003.
- ESCOURA, Juliane B. 1998.. *Exercícios e manobras facilitadoras no tratamento de disfagia*. Monografia (Especialização em Motricidade Oral – Fonoaudiologia Hospitalar) – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. São Paulo: Cefac.
- FURKIM, Ana M. Educação continuada: DSP – disfagias orofaríngeas. *Novartis Biociências S/A*, n. 3, junho, 2007.
- KIRSTE, L.; MAC GARVIE, D.; DURKIN, L. & MARTINO, Rosemary. Dysphagia diet purees and fluids: How many categories are needed? *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, Canada, 2003.
- MANGILLI, Laura D. & ANDRADE, Cláudia R. F. Botulism and dysphagia. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 215-222, abr-jun, 2007.
- MANN, Giselle; HANKEY, Graeme J. & CAMERON, David. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. *Journal of The American Heart Association*. Austrália, 1999.
- MORENO, Concha; GARCÍA, M. J.; MARTINEZ, C. & GRUPO GEAM Análisis de situación y adecuación de dietas para disfagia en un hospital provincial. *Nutrición Hospitalaria*, vol. 21, n. 1, Madrid, Enero-Febrero, 2006.
- NURSING et al. Helping patients with dysphagia eat. *Nursing, USA*, v. 33, May, 2003.
- PARISE JUNIOR, Orlando.; MIGUEL, Roberto Elias V.; GOMES, Daniela L. A.; MENON, Antonio D. & HASHIBA, Kiyoshi. Laryngeal sensitivity evaluation and dysphagia: Hospital Sírio-Libanês experience. *São Paulo Medical Journal*, 2004; 122(5): 200-3.
- PILLON, Jackeline; GONÇALVES, Maria Inês R. & BIASE, Noemi G. de. Changes in eating habits following total and frontolateral laryngectomy. *São Paulo Medical Journal*, vol. 122 n. 5. São Paulo, 2004.
- RANGEL, Flávia B. 1998. *Disfagia no adulto: o papel do fonoaudiólogo e nutricionista*. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. São Paulo: Cefac.
- SCHELP, Arthur O.; COLA, Paula C.; GATTO, Ana R.; SILVA, Roberta G. da & CARVALHO, Lídia R. de. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 62(2-b): 503-506, Botucatu-SP, 2004.
- SILVA, Roberta G. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri, São Paulo, v. 19, n. 1, p.123-130, janeiro-abril, 2007.
- SOUZA, Beatriz B. A. de; MARTINS, Cristina; CAMPOS, Denise J.; BALSINI, Isadora D. & MEYER, Luciane R. Nutrição e disfagia – guia para profissionais. *NutroClínica*, Curitiba, Paraná, 2003.
- STEMBERG, Carla; FRAZÃO, Yasmin S. & FURKIM, Ana M. Disfagia no Brasil: a construção de uma prática. *Revista Cefac*, São Paulo, v. 5, p. 117-125, 2003.
- WAITZBERG, Dan L. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. Vol. 1. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.