

Recusa de via natural de alimentação após reabilitação funcional da disfagia em contexto hospitalar: implicações biopsíquicas

Luiz Augusto de Paula Souza*
Maria José de Freitas Duarte**

Resumo

Introdução: Este artigo discute aspectos orgânicos e psíquicos em quadros disfágicos, que influenciam no processo terapêutico fonoaudiológico realizado em ambiente hospitalar. Tanto o fonoaudiólogo quanto a equipe hospitalar, conforme determinam políticas de saúde atuais, devem buscar aportes teóricos e técnicos que permitam escuta clínica atenta às questões e ao sofrimento dos pacientes, tornando-os ativos no processo terapêutico, humanizando o atendimento. Assim, deve-se tratar o sujeito e não apenas os aspectos miofuncionais da disfagia. Olhar humanizado não implica em desconsiderar questões orgânicas importantes ao prognóstico e ao tratamento da disfagia. Significa reconhecer a singularidade dos sujeitos, utilizando estratégias necessárias em cada caso, respeitando o tempo e os modos pelos quais os pacientes significam e enfrentam suas demandas. Objetivo: Responder a seguinte indagação: Por que alguns pacientes em condições para iniciar uma dieta via oral (VO) não conseguem fazê-lo ou resistem a ela? Método: O design é de um estudo de caso clínico. Foram estudados dois pacientes adultos que, entre outros agravos, tinham disfagia e que, após reabilitação funcional da alimentação por VO, seguiram recusando a via natural de alimentação. Resultados/Discussão: Com apoio da equipe do hospital, abriu-se espaço aos pacientes para falarem de suas representações e sentimentos, o que permitiu compreender a recusa alimentar, bem como constituir condições para superarem tal dificuldade de alimentação. Conclusão: O fonoaudiólogo deve articular as dimensões orgânicas e psíquicas no tratamento de pacientes disfágicos, pois a oralidade depende também de determinação simbólica: a boca é lugar de alimentação, mas também de palavras e afetos.

Palavras-chave: Disfagia, Fonoaudiologia, Assistência Hospitalar.

Abstract

Introduction: This article discusses physical and mental aspects in dysphagia which influence the therapeutic process in a hospital. Both the therapist and hospital staff, as determined in current health policies, should seek theoretical and technical devices for careful clinical listening to the questions and the suffering of patients, making them more active in the therapeutic process, and thus, humanizing care. Therefore, one should treat the subject and not only his/her myofunctional dysphagia. Humanized care does not imply in disregarding important organics issues to prognosis in treatment of dysphagia. It means recognizing the uniqueness of each subject, using strategies required in each case, respecting the

* Professor Titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP. ** Mestre em Fonoaudiologia, Especialista em Distúrbios da Comunicação – Linguagem, Chefe do Departamento de Fonoaudiologia do Hospital Santa Paula.

time and different ways in which patients face their demands. Aim: To respond to the question: Why is it that some patients are considered able to start an oral diet but can not do so or resist to it? Method: The design is a case study. We studied two adult patients who, among other illnesses, had dysphagia and, after functional rehabilitation of oral feeding, refused to follow the natural route of feeding. Results: With support from hospital staff, the opportunity appeared for patients to talk about their ideas and feelings. This enabled the understanding of the refusal to eat, and enabled patients to overcome this difficulty in feeding. Conclusion: The Speech-Language Pathologist should articulate both organic and psychological treatment for patients with dysphagia, as orality also depends on symbolical determination: the mouth is a place for food, but also of words and affections.

Keywords: Dysphagia, Speech-Language Pathology and Hospital Care.

Resumen

Introducción: Este artículo aborda aspectos físicos y mentales en la disfagia, que influyen en el proceso terapéutico realizado en un ambiente hospitalar. Tanto el fonoaudiólogo como el personal del hospital, según lo determinado en las políticas actuales de salud, deben buscar los dispositivos teóricos y técnicos que permitan una escucha clínica atenta a las preguntas y al sufrimiento de los pacientes, haciéndolos activos en el proceso terapéutico, humanizando el atendimento. Así, se debe tratar el sujeto y no solamente los aspectos miofuncionales de la disfagia. Significa reconocer la singularidad de los sujetos, utilizando las estrategias necesarias a cada caso, respetando el tiempo y los modos como los pacientes dan significado y enfrentan a sus demanda *Objetivo:* Contestar a la siguiente pregunta: ¿Por qué algunos pacientes que pueden iniciar una dieta via oral (VO) no pueden hacerlo o se oponen a ella? *Método:* El design es de estudio de caso clínico. Se estudiaron dos pacientes adultos que, entre otros problemas tenían disfagia y que, después de la rehabilitación funcional de la alimentación por VO, siguieron negando la vía natural de alimentación. *Resultados/Discusión:* Con el apoyo del personal del hospital se abrió espacio a los pacientes para hablar sobre sus representaciones y sentimientos, lo que permitió entender la negativa a alimentarse, y también construir condiciones para que superen tal dificultad de alimentación. *Conclusión:* El fonoaudiólogo debe articular las dimensiones orgánicas y psíquicas en el tratamiento de pacientes con disfagia, porque la oralidad depende también de la determinación simbólica: la boca es lugar de alimentación, pero también de palabras y afectos.

Palabras clave: Disfagia, Fonoaudiólogo y Cuidado Hospitalar.

Introdução

A partir da prática clínica fonoaudiológica desenvolvida com pacientes disfágicos adultos em contexto hospitalar, pesquisou-se, especificamente, pacientes que, embora possuísem condições funcionais relativamente satisfatórias para o restabelecimento da alimentação por via oral, não conseguiam se alimentar adequadamente por essa via.

A hipótese da pesquisa foi de que há questões de ordem psíquica que interferem nesses quadros, como o estranhamento em face de uma modificação corporal abrupta, decorrente de seqüelas de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Silva, 2006),

Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) ou Tumor Cerebral (TU); e também angústia, medo e, às vezes, depressão diante dos transtornos que esse tipo de acometimento pode trazer, tendo em vista que a presença de seqüelas é bastante frequente. Nos casos de AVCs, por exemplo, o início é súbito e a doença evolui de maneira progressiva em minutos ou horas. Sendo assim, o indivíduo e seus familiares são pegos de surpresa.

Nos casos de hemorragia putaminal, que caracteriza o AVCH (hemorrágico), geralmente o quadro clínico é indistinguível, com hemiplegia contralateral, hemianestesia, hemianopsia homônoma, afasia (se o hemisfério dominante for acometido)

e anosognosia, o que também gera estranhamento do paciente e de seus familiares em face das transformações observadas.

Tais transformações podem acarretar a necessidade de reconstruir aspectos do esquema corporal, com consequências, às vezes, significativas para a auto-imagem e para a auto-estima, demandando que essas dimensões sejam acolhidas e consideradas durante o trabalho fonoaudiológico de reabilitação oral. Nesse sentido, considera-se que o atendimento ao paciente disfágico diferencia-se pelas condições em que este se encontra: muitas vezes restrito à alimentação não-oral, sendo alimentado por via parenteral ou enteral, com questões psíquicas associadas à doença ou à lesão e à hospitalização, que também o fragiliza e abala (Aguiar, 2006).

O trabalho fonoaudiológico, desenvolvido para que esses pacientes recuperem suas condições funcionais, envolve a adequação da motricidade oral, com a recuperação do reflexo de deglutição e sensibilidade de língua, aumentando-se o número e a qualidade das deglutições, sendo que também é trabalhada a mobilidade e a elevação da laringe (Furkim e Sacco, 2008). Assim, os engasgos desaparecem ou diminuem, de forma que, quando o paciente adquire suficiente motricidade oral, com controle de saliva, e está atento para participar do processo de alimentação por VO, é o momento de iniciar os testes para tanto, sempre com segurança, de maneira que o paciente não corra risco de broncoaspirar a dieta e/ou a saliva (Furkim e Silva, 1999).

Contudo, observa-se a existência de casos em que, apesar de responderem ao tratamento de acordo com o esperado, não evoluem até a introdução de alimentos por VO. O procedimento comumente adotado nessas situações é o de estabelecer um programa de reforço e manutenção, tentando garantir ganhos da reabilitação funcional (Viude e Giannini, 2001). Os mesmos exercícios e estímulos, intra e extra-orais, são efetuados para manter a presença dos reflexos de proteção das vias aérea superiores e de deglutição, sem que outras dimensões do estado do paciente sejam (suficientemente) consideradas.

Neste sentido, é relevante refletir sobre o que pode ser feito pelo fonoaudiólogo diante da “re-

sistência”¹ do paciente em se alimentar por VO, embora possua condições funcionais para isso. É evidente que, profissionalmente, devemos tentar solucionar tal situação, inclusive fazendo a manutenção dos ganhos da reabilitação oral. Porém, somente a manutenção não é suficiente, por várias razões, como por exemplo: o aporte nutricional por via parenteral ou enteral só é viável até, no máximo, seis meses (Steenhagen e Motta, 2006). Quando devemos, então, interromper essa manutenção ou reduzi-la para pedir ao paciente que, em seu próprio interesse, aceite o procedimento, muitas vezes definitivo, da gastrostomia (sonda colocada no estômago para recebimento de nutrição por via direta), com “dose” significativa de inevitável sofrimento e ansiedade?

Diante desse contexto, o fonoaudiólogo não deveria adotar outras condutas e outros cuidados, em seu cotidiano clínico, que não só os estritamente voltados aos aspectos orgânicos para, por exemplo, ajudar na tentativa de evitar esse último recurso de alimentação?

Consideramos pertinente que a Fonoaudiologia, área que por muito tempo se ateu a parâmetros médicos estritos, possa também se articular em outras bases, levando em conta aspectos psíquicos incidentes nos quadros de transtornos alimentares e construindo possibilidades de intervenção, capazes de permitir a compreensão das articulações entre processos orgânicos e subjetivos desses pacientes, ajudando-os na elaboração e no enfrentamento de ambas as dimensões (Palladino et al, 2004).

Destaque-se que a fase de restabelecimento funcional da deglutição é de extrema importância (Bigal et al, 2007), sendo acompanhada, em âmbito hospitalar, pelo fonoaudiólogo, que dispõe de uma oportunidade única: conhecer o paciente, criando condições de ajudá-lo a compreender e equacionar os motivos de eventuais dificuldades de alimentação após o restabelecimento funcional da VO.

A presente pesquisa investigou casos nos quais tais dificuldades foram observadas. Analisamos dois pacientes disfágicos (atendidos no período da internação hospitalar), os quais possuíam condições funcionais para se alimentar por via oral segura, mas não conseguiam fazê-lo, apresentando claros

¹ Resistência entendida em sentido amplo, enquanto conjunto de forças psíquicas ligadas, por exemplo, à angústia, à depressão, ao medo, à raiva e ao rancor, que seu estado pode evocar e que se opõem, consciente e/ou inconscientemente, à reabilitação da alimentação por via oral, criando obstáculos ao tratamento.

indícios de questões de ordem psíquica interferindo nos quadros clínicos.

A partir da análise de tais casos, constituiu-se subsídios ao trabalho fonoaudiológico (em ambiente hospitalar) com esse tipo de paciente disfágico, por meio da articulação entre aspectos orgânicos e psíquicos.

Objetivo

O objetivo do artigo é discutir a resistência dos pacientes para a retomada da via natural de alimentação, mesmo quando apresentam condições orgânicas para tal, esclarecendo sentidos e significados dos sintomas disfágicos e da condição subjetiva dos pacientes durante a hospitalização e o tratamento fonoaudiológico nesse contexto.

Método

O *design* da pesquisa é o de um estudo de caso clínico, com caráter descritivo e qualitativo. Foram estudados dois pacientes², com o intuito de apresentar e analisar as características de cada um deles em suas particularidades, e de buscar esclarecer sentidos e significados dos sintomas disfágicos e da condição subjetiva dos mesmos durante a hospitalização e o tratamento fonoaudiológico em contexto hospitalar.

A escolha dos casos seguiu os seguintes critérios: são dois pacientes cujo atendimento clínico mostrou que, embora com funcionalidade para alimentação por via oral, não conseguiam se alimentar adequadamente por essa via. Ambos os casos, durante o processo de atendimento, foram discutidos pela equipe hospitalar (médicos, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e enfermeiros) e, para esta pesquisa, tiveram seus prontuários clínicos hospitalares analisados, considerando-se os dados neles presentes de maneira articulada aos registros da terapia e à memória e interpretação dos atendimentos.

Antes de passar ao relato dos casos, é necessário destacar que os dados da pesquisa foram obtidos e utilizados em conformidade com a legislação bioética vigente (Res. CNS 196/96), com consen-

timento informado dos pacientes e autorização da instituição hospitalar para uso dos prontuários dos pacientes sujeitos da pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética de Pesquisa da PUC-SP, sob o número 005/2005.

Apresentação dos casos clínicos

Carol, solteira, 26 anos de idade, foi submetida a craniotomia para extirpação de tumor cerebral. Também registrava AVCI. Diante das lesões foi possível supor alterações motoras ligadas à musculatura que participa da deglutição, além de prováveis alterações relacionadas à gustação e ao tato, entre outras sequelas, principalmente, na linguagem: alterações severas na expressão oral³. Na avaliação inicial da disfagia, observou-se musculatura direita hipotônica, travamento de mandíbula, assimetria labial, laringe com alteração em mobilidade e elevação, e Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA). A reabilitação funcional se fez por meio de exercícios indiretos e diretos. Indiretamente, foram estimulados: sensibilidade do reflexo da deglutição; sensibilidade de língua, movimentação passiva de lateralização, retração e propulsão de língua; elevação e mobilidade laríngea. Após restabelecimento da sensibilidade e com relativa movimentação das estruturas que participam da deglutição, deu-se início à terapia direta com oferta de alimentos por VO em pequenas quantidades, até sua relativa estabilização.

No caso de Carol, havia problemas ligados à alimentação anteriores à internação. A alimentação já era um lugar de encenação de suas demandas: ela referia situações ligadas à sintomas bulímicos há alguns anos. Dificuldades com a alimentação se repetem e se agravam durante a hospitalização, como forma desesperada de enunciar seu sofrimento.

Valter, mecânico de 44 anos, casado, etilista, sofreu queda com fratura de corpo vertebral D9, ruptura de ligamentos interespinhosos e luxação de raque cervical.

Na avaliação fonoaudiológica, observou-se reflexo da deglutição ausente, bem como movimentação de língua sugestiva de problemática relacionada à entubação orotraqueal, e presença de

² Para fins de sigilo, os nomes atribuídos aos pacientes estudados são fictícios.

³ As questões relacionadas às alterações de linguagem e à sua reabilitação não serão tratadas neste artigo. Isto porque fizemos a opção de recortar apenas os aspectos mais imediatamente ligados às rotinas de reabilitação hospitalar da disfagia.

traqueostomia. A terapia de reabilitação funcional foi estabelecida por meio de um trabalho direcionado à região intra e extra oral, com estimulação de sensibilidade, de motricidade de língua e de reflexo da deglutição de maneira passiva, sendo também trabalhado elevação e mobilidade laringea. Após restabelecimento de sensibilidade e de motricidade de língua, deu-se início à terapia direta e, gradativamente, a introdução da VO.

Embora a reabilitação funcional do paciente tenha gerado condições de alimentação por VO, o paciente negava-se a fazê-lo. Inconformado com sua situação, ficava raivoso e agressivo, cuspidando no fonoaudiólogo o alimento que lhe era ofertado.

Resultados

Os casos estudados, aqui sinteticamente apresentados, além dos procedimentos de reabilitação funcional da disfagia, foram abordados, em terapia, por meio de estratégias dialógicas e da escuta clínica, ambas discutidas e acompanhadas pela equipe multiprofissional responsável pelos pacientes.

No caso de Carol, perceber sua angústia e abrir espaço para que falasse sobre ela; interpretar e conversar com a paciente sobre suas demandas, ligadas à insegurança, à auto-imagem e ao medo do futuro, produziu uma zona de confiança e de serenidade na relação terapêutica, permitindo a elaboração e o enfrentamento de sua recusa em alimentar-se. Somente após a abertura dessa escuta, com o acolhimento dos medos e ansiedades da paciente, é que Carol conseguiu estabilizar consistentemente sua alimentação por VO.

No caso de Valter, a partir da escuta clínica e do diálogo com o paciente, foi possível verificar que, na verdade, a paralisia de membros inferiores gerava intenso temor de perda de virilidade, desestruturando sua condição subjetiva e fazendo com que atualizasse conteúdos psíquicos na relação com a terapeuta. A escuta a tal demanda abriu espaços de elaboração dos problemas físicos e psíquicos, criando condições de tratamento da disfagia e de aceitação da alimentação por via oral.

Discussão

A rápida síntese dos casos permite discutir, em ambos, que a recusa em alimentar-se foi determinada por variáveis psíquicas, após a reabilitação miofuncional. Tais pacientes encontravam-se

dependentes de outros, devido às limitações impostas pelas patologias e pela internação hospitalar; tinham medo do futuro (sequelas físicas e desestruturação subjetiva) e estavam muito abalados pela perda de suas condições de vida (anteriores às lesões que geraram a disfagia). Também estavam perplexos e muito angustiados.

Tal estado produziu neles necessidades intensas de expressar seus sofrimentos e de serem escutados e acolhidos nesta condição: buscavam encontrar ajuda em termos de elaboração dessas sensações, estranhamentos e representações, em face de suas frágeis condições físicas e psíquicas, simultaneamente

No caso de Carol, a resistência se efetivou no corpo por meio do travamento de mandíbula, como única maneira de comunicar suas dores e de se colocar ativamente na posição de sujeito, fazendo valer sua vontade de não comer e exigindo que a escutássemos. Foram necessárias várias pontuações, por parte da terapeuta, para que Carol se sentisse acolhida e percebesse que havia disponibilidade para suas necessidades afetivas; o que abriu possibilidades, de fato, para a reabilitação da disfagia.

No caso de Valter, sua resistência se expressou diferentemente, em parte porque podia articular melhor as palavras. Expressava indignação, ressentimento e medo, por meio de atuações agressivas, verbais e físicas (cuspir os alimentos na terapeuta, por exemplo). O sofrimento desencadeante, como referido anteriormente, foi o medo da perda de virilidade, em função de prováveis sequelas físicas, com possíveis limitações relacionadas à ereção e, por consequência, à vida sexual e à imagem de si.

Foi necessário permitir e abrir espaço para que o paciente falasse de seus temores e de seus sentimentos, o que se deu a partir da escuta clínica, que procurou ajudar no deslocamento e na ampliação das representações que o paciente tinha sobre a masculinidade e a sexualidade, permitindo que, embora com tristeza, sua cólera desse lugar à disponibilidade para enfrentar a situação, o que permitiu a retomada da alimentação por via oral, pois, como referido, funcionalmente ele se encontrava apto a fazê-lo.

Conclusão

Partindo do pressuposto de que a cura da disfagia pode não ser possível somente com o emprego técnico de exercícios de reabilitação miofuncional

oral, cabe considerar as dimensões subjetivas dos pacientes, o que foi feito nos casos pesquisados. A subjetividade não deve ser descartada numa terapêutica fonoaudiológica, tendo em vista que, de acordo com Cunha (1997), a integridade orgânica não é suficiente para o funcionamento do sujeito.

Nesse sentido, é preciso, ou mesmo essencial, pensar no sujeito acometido por esse tipo de distúrbio, durante a hospitalização e em face da dinâmica hospitalar: atendimentos intensivos e, com frequência, pontuais e breves.

Na situação hospitalar, o paciente se vê às voltas com questões de vários tipos: procedimentos invasivos, dependência da dinâmica hospitalar, limitações físicas, temores, ansiedade, angústia, entre outros. Esses fatores produzem também desdobramentos psíquicos, podendo acarretar resistências conscientes e/ou inconscientes ao processo de alimentação, uma vez que essas podem encenar transtornos que operam entre os planos simbólico e orgânico: desterritorialização⁴, simultaneamente, física e psíquica (estado de desamparo, estranhamento diante da doença e das sequelas); medo de complicações no quadro clínico (broncoaspiração) e medo do futuro, do desconhecido em face da nova condição biopsíquica.

Dessa maneira, evidencia-se a necessidade de um olhar humanizado, tal como preceitua a Política Nacional de Humanização (PNH) para todas as profissões da área da saúde, uma vez que escuta e sensibilidade clínica não é (nem deve ser) exclusividade desta ou daquela profissão de saúde. Significa dizer que tal escuta e acolhimento do sofrimento do sujeito não implica em desconsiderar questões orgânicas, nem em invadir outras especialidades profissionais. Trata-se, apenas e legitimamente, de reconhecer a singularidade do sujeito em atendimento, usando técnicas e estratégias significativas em cada caso, respeitando e entrando em contato com o tempo e os modos pelos quais os pacientes significam e enfrentam suas demandas, seu sofrimento.

Nesse sentido, no tratamento das disfagias e de outros transtornos alimentares, seria o caso de considerar o conceito de oralidade a partir da idéia de que a zona oral é espaço de falar e de comer e que ambos são integrantes do prazer oral (Golse e Guinot, 2004), no qual se assenta o desenvolvimento físico e psíquico dos sujeitos (Machado e Cunha, 2007). Significa dizer que a oralidade depende também de determinação simbólica, pois a boca é, simultaneamente, “território de alimentação, linguagem e afetos” (Palladino et al, 2007).

Enfim, o fonoaudiólogo deve realizar um trabalho pautado pela escuta ao sujeito e pela interpretação de suas questões. Lembrando, ainda uma vez, que escuta e interpretação clínica não são tarefas deste ou daquele profissional de saúde, e sim de todos aqueles cuja atividade é clínica, regida pelo processo de cuidados à saúde. Se é assim, isto exige que o fonoaudiólogo busque, sempre e mais, aportes teóricos e sensibilidade clínica, que lhe forneçam suporte frente aos problemas delicados e complexos com os quais se depara na prática clínica.

Ao adotar essa abordagem, deve estar preparado para situações como as descritas nos casos da pesquisa, pois vai trabalhar de modo a ligar a história dos pacientes à sintomatologia fonoaudiológica, devendo enfrentar clinicamente questões de várias ordens, em sua ação específica e no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Se é assim, as situações mencionadas são, portanto e necessariamente, biopsíquicas, e é nesta condição que precisam ser pensadas e manejadas pelos fonoaudiólogos.

Referências bibliográficas

- Aguiar PHP. Meningiomas: diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico: aspectos atuais. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
- Bigal A, Hárumi D, Luz M, Luccia G, et al. Disfagia do idoso: estudo videofluoroscópico de idosos com e sem doença de Parkinson. *Distúrb Comun* 2007;19(2):213-23.
- Cunha MC. Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território. São Paulo: Plexus; 1997.

⁴ O conceito de desterritorialização, tal como definido por Gilles Deleuze e Felix Guattari, está vinculado a outros dois: territorialidade e reterritorialidade. Conforme explicam Guattari e Rolnik (2005), a noção de território que dá ensejo aos mencionados conceitos é bastante ampliada, ultrapassando os usos que dela fazem a etologia e etnologia. Tal território concerne ao conjunto dos projetos e representações que produzem comportamentos e investimentos nos campos e nos espaços sociais e cognitivos. Sendo assim, esses territórios subjetivos podem se desterritorializar, em função de abalos e/ou de transformações sociais e pessoais relevantes, ou seja, os territórios subjetivos podem sair de seu curso e até mesmo se destruir, exigindo novos processos de subjetivação, tanto para re-equacionar a saúde quanto para manter possibilidades satisfatórias de circulação e de pertencimento social.



- Furkim AM, Secco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Rev CEFAC* 2008;10(4):503-12.
- Furkim AM, Silva RG. Programa de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frontis Editorial; 1999.
- Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7ed rev. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005.
- Golse B, Guinot M. La bouche et l'oralité. *Reeduc Orthophon* 2004;220:23-30.
- Machado FP, Cunha MC. Refletindo sobre o novo: la langue, organe clé des oralités. *Rev Soc Bras Fonoaudiol* 2007;12(2):158-9.
- Palladino RRR, Souza LAP, Cunha MC. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças. *Rev Psicanal* 2004;21::91-108.
- Palladino RRR, Cunha MC, Souza LAP. Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências? *Pro Fono* 2007;19(2):205-14.
- Silva LM. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2006;9(2):93-106.
- Steenhagem CHVA, Motta LB. Deglutição e envelhecimento: enfoque nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2006;9(3):89-100.
- Viude A, Giannini MLB. Tratamento fonoaudiológico da disfagia. São Paulo: Semong; 2001.

Recebido em mar/09; **aprovado em** jul/09.

Endereço para correspondência

Maria José de Freitas Duarte
Alameda Joaquim Eugenio de Lima 870, apt 141
Jardim Paulista, São Paulo
CEP: 01403-000

E-mail: mjfduarte@hotmail.com