

ATUAÇÃO DOS CUIDADORES FRENTE ÀS DIFICULDADES DE DEGLUTIÇÃO DOS IDOSOS*

PERFORMANCE OF THE HELPERS IN FACE OF THE SWALLOWING DISORDERS IN THE ELDERLY

Rosa Cláudia Craveiro Fruchi de Matos¹

Mônica de Lima Araújo¹

Angela Arfinengo¹

Vicente José Assencio-Ferreira²

RESUMO

Objetivo: conhecer as medidas preventivas adotadas pelos cuidadores nas alterações de deglutição dos idosos e sua eficácia. **Métodos:** 45 cuidadores foram submetidos a questionário com questões fechadas em sua maioria. **Resultados:** a maior parte dos entrevistados atribui ao envelhecimento as dificuldades de deglutição e adota medidas práticas na iminência de engasgo, tais como: cuidados na postura, oferta de alimentos pastosos, higienização bucal após alimentação. A maioria não observa relação entre problemas de deglutição e ocorrência de pneumonia. As medidas preventivas adotadas pelos cuidadores encontram respaldo na literatura pesquisada, justificando a resolução das possíveis alterações de deglutição com autonomia. **Conclusão:** a atitude preventiva dos cuidadores mostrou-se eficaz segundo seus critérios, mas a relação entre aspiração e doenças respiratórias necessita ser esclarecida.

Descritores: transtornos de deglutição/prevenção e controle; deglutição; cuidadores; idoso; alimentação.

■ INTRODUÇÃO

A importância dos cuidadores na vida do idoso vai além dos cuidados básicos nas atividades de vida diária. Eficiência, agilidade e perspicácia são requisitos fundamentais para identificação e intervenção oportuna nas necessidades globais do idoso. A fim de atender a demanda desse grupo etário específico, o cuidador deve ter em vista recursos que promovam melhores condições de saúde, minimizem as conseqüências das deteriorações naturais do envelhecimento resultantes do declínio das funções vitais, proporcionando, por meio desse vínculo, bem-estar emocional para enfrentar as dificuldades inerentes ao processo.

No processo natural de envelhecimento do ser humano, há redução da reserva funcional de órgãos e sistemas, levando à deterioração do sistema sensitivo e da função motora, descompensando inclusive o mecanismo de deglutição.⁽¹⁾ Por outro lado, o processo de envelhecimento por si só não leva à disfagia, mas há evidências que o desempenho da deglutição em pessoas idosas saudáveis difere do desempenho dessa função em indivíduos mais jovens.⁽²⁾

A atuação do fonoaudiólogo junto aos idosos normalmente ocorre em situações patológicas, distanciando-se da grande população de gerontes hospitalizados ou institucionalizados atendidos por cuidadores. Portanto, o aspecto preventivo fica a cargo do próprio idoso ou dos seus cuidadores.

Assim, os aspectos funcionais que norteiam a atuação dos fonoaudiólogos e dos cuidadores apresentam características distintas, porém potencialmente complementares, à medida que a prática desses últimos pode dar subsídios para a reformulação dos conceitos já existentes.

*Trabalho realizado no CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica de São José dos Campos.

¹Especialização em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC).

²Doutor em Medicina (Neurologia) pela Universidade de São Paulo (USP).

Com o objetivo de conhecer as ações práticas dos cuidadores de idosos quanto às dificuldades de deglutição, foi elaborado um questionário. A partir dele, foram analisadas tais ações à luz do atual conhecimento contido na bibliografia relativa a esse assunto, visando a identificar ações práticas específicas dos cuidadores nas situações de alimentação, que se mostram eficazes ou não na prevenção de distúrbios da deglutição.

MÉTODOS

Foram entrevistados 45 cuidadores de idosos das cidades de São José dos Campos, Socorro e Itapira, todas do Estado de São Paulo, Sudeste do Brasil, com experiência na área variando de 2 a 25 anos (média de 9,4 anos). Foram excluídos os cuidadores com menos de dois anos de experiência.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2000 e ocorreu por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas com alternativas.

RESULTADOS

Quanto à formação dos 45 entrevistados, 51,1% (23) eram auxiliares de enfermagem, 28,9% (13) atendentes de idosos, 11% (5) técnicos de enfermagem e 8,9% (4) atendentes de enfermagem (Fig. 1).

A resposta dos cuidadores, quanto à ocorrência de engasgos, tosse ou dificuldade de deglutição de alimentos dos idosos sob seus cuidados ser freqüente, foi de 57,8% (26 em 45 dos entrevistados).

Essas dificuldades de deglutição foram atribuídas a 14 diferentes causas pelos cuidadores. Os números seguintes, dispostos entre parênteses, referem-se ao número de citações constatadas para cada causa, num total de 87 citações: 36,8% (32) das citações indicaram como causa o próprio “envelhecimento”; 11,5% (10), a “pressa ou ansiedade na alimentação”; 9,2% (8) das respostas mostraram desco-

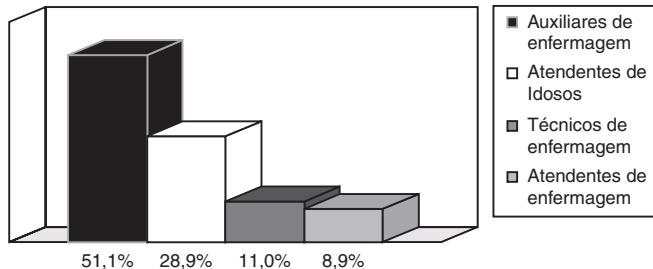


Fig. 1. Formação profissional dos cuidadores.

nhecimento a que se referiam essas dificuldades; 9,2% (8), a “consistência do alimento ministrado”; 9,2% (8), a “conseqüências do acidente vascular encefálico e de outras doenças neurológicas”. A “falta de dentes” foi citada em 6,9% (6) das respostas e “secreção em vias aéreas superiores” em 4,6% (4). A “mastigação ineficiente” como provável causa dos problemas de deglutição foi citada em 2,3% (2) das respostas, assim como, em 2,3% (2), “depressão e desmotivação”. Outras causas tais como “uso de medicação”, “falta de apetite”, “demência”, “retirada de sonda” e “câncer” também foram citadas, perfazendo um total de 8% (5) das respostas (Fig. 2).

Os procedimentos adotados para tentar corrigir a dificuldade na deglutição foram: “bater nas costas” – 23,5% (19 vezes); “mudar a posição do paciente” – 19,8% (16 vezes); “retirar o alimento da boca” – 8,6% (7 vezes); “levantar os braços do paciente” – 8,6% (7 vezes); e “pedir ajuda médica” – 8,6% (7 vezes). A “oferta de água” foi citada em 6,2% (5 vezes); “aspiração” – 6,2% (5 vezes); “aguardar a recuperação natural” – 4,9% (4 vezes); e outras observações foram feitas em 15,6% (11) das 81 citações (Fig. 3).

A postura na qual o idoso se alimenta foi aceita como fator determinante de dificuldades de deglutição por 82,2% (37) dos entrevistados; 17,8% (8) não consideraram a postura importante (Tabela 1).

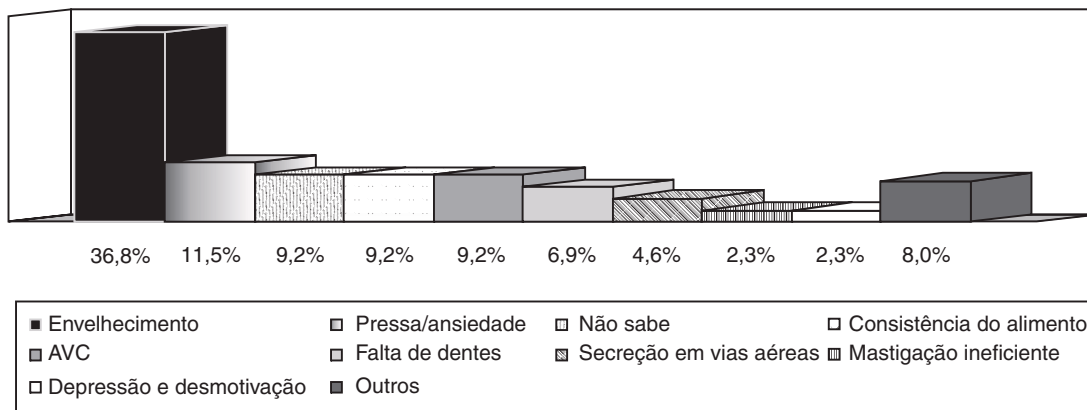


Fig. 2. Causas atribuídas como prováveis das dificuldades de deglutição.

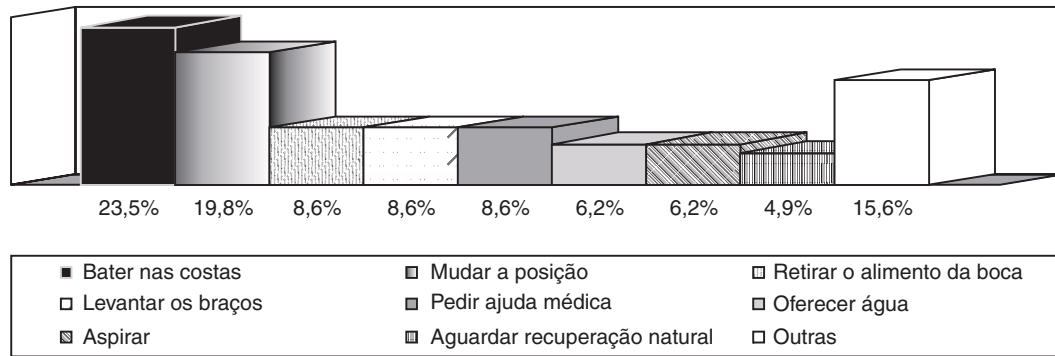


Fig. 3. Procedimentos adotados nas dificuldades de deglutição.

As alterações de deglutição dos idosos têm estreita relação com a consistência do alimento a eles ministrado, de acordo com 97,8% (44) dos cuidadores entrevistados (Tabela 1). A consistência considerada como menos sujeita a problemas de deglutição foi a pastosa fina, perfazendo um total de 44,6% (25), seguida por 41,1% (23) para a pastosa grossa e 14,3% (8) no caso de líquidos; total de 56 respostas, visto que alguns cuidadores consideraram mais de uma alternativa (Fig. 4A). A consistência considerada mais suscetível a problemas de deglutição em 59 citações feitas pelos cuidadores foi a de alimentos secos em 35,6% (21) das respostas. Sólidos foram citados 32,2% (19); líquidos em 27,1% (16) e 5,1% (3) citaram alimentos pastosos grossos (Fig. 4B).

Permanecer com resto de alimento na boca, ao final da refeição, foi admitido por 68,9% (31) dos 45 cuidadores

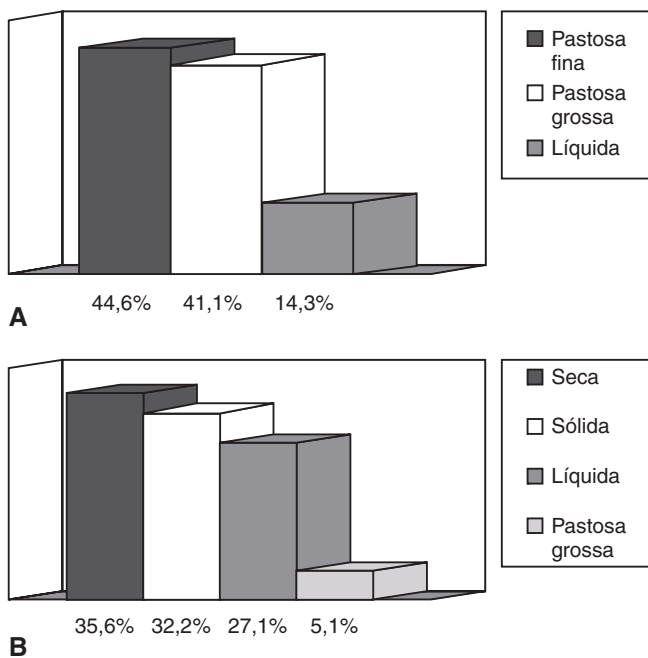


Fig. 4. (A) Consistência considerada mais favorável à deglutição. (B) Consistência considerada mais desfavorável à deglutição.

como causa provável de incidência de engasgo ou tosse (Tabela 1).

O uso de prótese dentária foi aceito como responsável por intercorrências na deglutição para 55,3% (21) dos 38 entrevistados que consideraram essa questão (Tabela 1).

A pneumonia não foi considerada como fator decorrente das alterações de deglutição por 40,9% (18) dos 44 entrevistados que responderam essa questão, contra 38,6% (17) que consideraram a existência de relação entre os dois eventos. Já 20,5% (9) não souberam responder a essa questão (Fig. 6).

A maior parte dos entrevistados, cerca de 75,5% (34 dos 45), julgou que a idade avançada e os fatores inerentes ao envelhecimento são responsáveis pelos problemas de deglutição em idosos (Tabela 1). Assim como problemas neurológicos (AVC, Parkinson, Alzheimer) foram admitidos por 73,3% (33) como motivo para distúrbios de deglutição, 20% (9) não relacionaram tais aspectos e 6,7% (3) não souberam responder a essa pergunta (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Procedendo à análise das informações coletadas por meio de perguntas abertas aos cuidadores sobre as prová-

Tabela 1. Fatores considerados pelos cuidadores como determinantes de alterações de deglutição

Fator	Nº de cuidadores	Porcentagem
Postura	37	82,2%
Consistência do alimento	44	97,8%
Permanecer com resto de alimento na boca no final da refeição	31	68,9%
Uso de prótese dentária	21	55,3%
Idade avançada/envelhecimento	34	75,5%
Problemas neurológicos	33	73,3%

Nº = Número.

veis dificuldades de deglutição dos idosos e de sua conduta, ampliamos nossa visão com os resultados obtidos nessa interação. Em seguida, foram levantadas questões fechadas com duas alternativas, sim e não, relativas às causas das alterações de deglutição em idosos que consideramos mais freqüentes. Coincidentemente muitas respostas dadas pelos cuidadores faziam parte do repertório apresentado.

Respondendo à questão aberta referente a possível origem do engasgo, a maioria dos cuidadores atribuiu as dificuldades de deglutição a conseqüências naturais do envelhecimento. Foram citadas separadamente consistência do alimento, falta de dentes e mastigação ineficiente, mas que também poderiam estar incluídas como ocorrências típicas do envelhecimento.

A pressa e a ansiedade foram a segunda causa mais mencionada como fator determinante de problemas de deglutição em idosos, embora esta não possa ser considerada como inerente ao processo de envelhecimento. Esse evento é passível de acontecer em qualquer faixa etária.

Na iminência de tosse, engasgo e dificuldade na deglutição, as atitudes dos cuidadores foram as mais variadas, não havendo prevalência de nenhuma manobra específica. A solicitação de auxílio médico e a necessidade da retirada do alimento por aspiração foram práticas pouco citadas pelos cuidadores. Esses dados demonstram a capacitação deles para resolverem eventuais alterações de deglutição com autonomia.

Parte dos recursos utilizados pelos cuidadores encontra na fisiologia explicação plausível que justifique, tais como: mudança na posição de cabeça e/ou corpo, retirada do alimento da boca e oferecimento de água. Outros recursos são discutíveis, como bater nas costas e levantar os braços.

A mudança do posicionamento do idoso durante a alimentação foi citada em 19,8% das vezes (16 em 21 citações) pelos cuidadores como recurso eficiente na iminência de engasgo ou alteração de deglutição.

Mudanças posturais potencialmente alteram as dimensões da faringe e a direção do deslizamento do alimento sem aumento do trabalho do paciente ou esforço durante a deglutição. Algumas técnicas posturais são admitidas como eficazes na eliminação da aspiração em 75% a 80% dos pacientes disfágicos. Essas modificações de postura também podem melhorar o tempo de trânsito oral e faríngeo, limpando o trato aerodigestivo.⁽³⁾

Rotação, posteriorização e inclinação da cabeça, assim como o abaixamento do queixo, são técnicas posturais descritas como eficazes na eliminação da aspiração do alimento para as vias aéreas ou do resíduo, visto que podem determinar melhor direcionamento do bolo, ampliando o trato digestivo e protegendo a entrada da via aérea.⁽³⁻⁴⁾

Além desses aspectos, a posição vertical favorece a ação da gravidade, ajudando o desempenho do esôfago, já que com a idade o esvaziamento esofágico torna-se mais lento.⁽⁵⁾

A eficácia de oferta de água aos idosos, na vigência de dificuldade de deglutição, poderia ser justificada pela pressão propulsiva da língua associada ao ajuste das paredes bucais, pelo bloqueio do escape anterior obtido com o vedamento labial, transferindo o bolo para a faringe. Aliado a esse fenômeno, o meio líquido, por seu poder de escoamento no pertuito faríngeo, incluindo pregas ariepiglóticas, valéculas e seios piriformes, auxiliaria na retirada dos restos alimentares que, porventura, estejam retidos no trato aerodigestivo.^(6,7)

Quando o envelhecimento foi abordado nas questões fechadas, 75,5% dos cuidadores (34 em 45) consideraram esse fator determinante dos problemas de deglutição.

No envelhecimento, diversas mudanças fisiológicas ocorrem na boca, tais como secreção salivar insuficiente e alterações involutivas dentárias, ósseas e gengivais, podendo assim alterar o mecanismo de deglutição. Com a xerostomia, há uma diminuição da umidade das vias aéreas superiores, levando à sensação de secura e sede, prejudicando a preparação do bolo alimentar, visto que a saliva tem função adesiva nas partículas de alimento triturado na mastigação e de deslizamento do bolo na boca, faringe e esôfago. A xerostomia pode ser agravada pela respiração bucal, por próteses dentárias mal adaptadas, bem como pela utilização de medicações xerotomizantes, tais como: diuréticos, anti-hipertensivos, estimulantes do sistema nervoso central (SNC), broncodilatadores, anti-inflamatórios e antibióticos, entre outros.^(1,8,9)

A sensibilidade gustativa também sofre declínio, principalmente por doces, em função da diminuição da quantidade de corpúsculos gustativos e perturbações no SNC, na área gustativa do córtex. Há também redução da sensibilidade olfativa, que age sinergicamente com o paladar, comprometendo as funções estomatognáticas.^(1,9,10)

A consistência do alimento oferecida aos idosos foi admitida por 97,8% dos cuidadores (44 em 45) como responsável por dificuldade de deglutição. O alimento considerado como sendo de pior consistência para a deglutição foi o seco (35,6% – 21 das 59 respostas), em razão de alterações da sensibilidade oral, diminuição da secreção salivar e do controle motor oral já citados anteriormente. Quase na mesma proporção, os alimentos sólidos foram tidos como de difícil manipulação oral pelo idoso (32,2% – 16 das 59 respostas). Vale ressaltar que a maioria dos cuidadores afirmou administrar alimentos de consistência mais mole independente da presença ou não da dificuldade de deglutição do idoso.

A ineficiência mastigatória pode ser uma das causas dessa dificuldade. Os músculos mastigatórios nos idosos sofrem diminuição da força por atrofia desses músculos ou mudanças nos seus ligamentos.⁽¹¹⁾ O uso de prótese dentária, o edentulismo e alterações periodontais ou oclusais podem acarretar prejuízos na realização da função mastigatória, levando a alteração do movimento rotatório da mandíbula, dificultando a trituração do alimento. O uso de prótese removível foi considerado por 55,3% (21 em 38) dos cuidadores como responsável por alterações deglutivas. Nos idosos portadores de prótese removível a área de oclusão fisiológica pode estar alterada por problemas de retenção e mobilidade da prótese, levando a um rendimento de 20% a 30% do normal.⁽¹²⁾

Os hábitos alimentares muitas vezes são modificados naturalmente pelo próprio idoso, sem intervenção do cuidador nos aspectos de consistência e sabor. Passam a umedecer alimentos sólidos com algum tipo de molho, a ingerir pastosos, fazer uso de outros temperos para melhorar o sabor do alimento.⁽⁵⁾

Na seleção da melhor consistência do alimento no tratamento das dificuldades de deglutição, a escolha da textura do alimento dependerá da alteração envolvida.⁽⁴⁾ Os líquidos grossos são seguramente mais tolerados que líquidos ralos em indivíduos com atraso na iniciação da deglutição faríngea, porque substâncias viscosas escoam menos rapidamente que líquidos diluídos. Um indivíduo que apresente elevação e fechamento laríngeo incompleto pode também se beneficiar de um líquido viscoso durante a deglutição, já que é menos comum que, com essa consistência, haja penetração do alimento em uma laringe incompletamente selada, em comparação com um líquido ralo.⁽¹³⁾

Vale salientar que os mesmos cuidadores citam inspeção intra-oral, higienização com água, bicarbonato, gaze ou luva, após a refeição, como cuidados básicos para a prevenção de possíveis engasgos ou até aspirações alimentares ocorridas após a alimentação.

Havendo estase oral, independente da causa, é aconselhável limpar internamente a boca do paciente ou proceder a sucção oral para que qualquer resíduo não caia na faringe futuramente, o que colocaria o paciente em risco de aspiração.⁽¹⁰⁾

Alimentos líquidos foram considerados em 27,1%⁽¹⁶⁾ das 59 respostas como uma consistência alimentar sujeita a distúrbios de deglutição. Após os 80 anos, microaspirações de líquidos são consideradas normais e as hipóteses para tais ocorrências são: ptose laríngea, controle diminuído da musculatura de língua, dessincronização entre as fases preparatória e oral da deglutição, entre outras.⁽¹¹⁾

Questionados sobre a relação entre os problemas de deglutição em idosos com ocorrência de pneumonia, 38,6% (17 em 44) fazem essa associação, 61,4% (26 em 44) não

sabem ou consideram que não existe relação entre os dois eventos.

Durante a deglutição, a proteção das vias aéreas contra a aspiração inclui elevação e anteriorização da laringe, retroversão da epiglote e fechamento glótico. No entanto, se houver aspiração, a tosse será o primeiro mecanismo de defesa eficaz.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ A ausência de tosse ou engasgo durante a alimentação não pode ser interpretada como evidência de uma deglutição segura, porque alguns pacientes podem apresentar diminuição da sensibilidade laríngea, não exibindo sinais de desconforto quando ocorre a penetração do alimento, levando à chamada aspiração silente.⁽¹⁰⁾

Deve-se levar em consideração que os pulmões também contam com mecanismos de defesa dados pelo sistema linfático, o qual se encarrega da drenagem de líquido do seu interior, em média 400 a 700 ml por dia em situação fisiológica. Outro mecanismo de defesa é realizado por células do sistema imunológico. Os alvéolos pulmonares são protegidos por macrófagos, que são células grandes com capacidade de fagocitose, englobando partículas, inclusive de alimentos. Nesses alvéolos estão presentes de um a dois macrófagos por alvéolo. Portanto, a simples aspiração não é sinônimo de infecção, que poderá ocorrer em razão do tamanho do material aspirado *versus* a integridade do sistema imunológico do indivíduo.⁽¹⁶⁾

A grande maioria dos entrevistados (73,3% – 33 em 45) admite que a existência de doenças neurológicas (AVC, Alzheimer, Parkinson) facilita a ocorrência de dificuldades de deglutição. Apenas 26,7% (12) não sabem ou não consideram que haja relação entre elas.

Nas disfunções neurológicas, o transporte do bolo alimentar da cavidade oral para o esôfago pode estar comprometido, sendo que na grande maioria das disfagias neurogênicas as alterações estão presentes em nível oral e/ou faríngeo.

Na deglutição normal é necessária a integridade do funcionamento de uma complexa cadeia neuromuscular. Sendo assim, alterações no córtex cerebral, tratos subcorticais, tronco cerebral, nervos cranianos, junções neuromusculares e músculos podem levar a um quadro de disfagia.⁽¹⁷⁾

Muitas vezes indivíduos com dificuldades de deglutição negam a presença de qualquer alteração, embora cuidadores e familiares identifiquem tais ocorrências. Essa falta de consciência prevalece particularmente em indivíduos neurologicamente comprometidos, como nos quadros de AVC – Acidente Vascular Cerebral, Parkinson e esclerose múltipla.⁽¹⁵⁾

■ CONCLUSÕES

Os cuidadores mostraram-se conscientes da importância da postura corporal, da consistência do alimento ofere-

cido e da higienização oral após a alimentação na prevenção de transtornos da deglutição. Além disso, atribuíram tais alterações, principalmente, ao próprio envelhecimento e a problemas neurológicos.

As condutas adotadas pelos cuidadores frente à dificuldade de deglutição têm eficácia comprovada pela literatura. Talvez isso justifique a resolução de problemas de deglutição com autonomia.

Todavia, alguns aspectos precisam ser relevados, tais como:

- adequação das consistências alimentares levando em consideração as habilidades do idoso em realizar as

funções estomatognáticas, não se restringindo apenas à dieta pastosa quando o mesmo possuía condições de manipular outros tipos de alimentos;

- reconhecimento dos sinais de risco de penetração laringea e/ou aspiração do alimento que podem favorecer o desenvolvimento de patologias pulmonares.

É importante ressaltar que as manobras adotadas pelos cuidadores como preventivas de problemas de deglutição foram avaliadas por eles próprios como eficazes, embora a pesquisa tenha demonstrado que a maioria deles desconheça a relação entre distúrbios de deglutição e o desenvolvimento de patologias pulmonares.

ABSTRACT

Purpose: get knowledge of preventive actions adopted by the helpers in the swallowing disorders of the aged and its effectiveness. **Methods:** 45 helpers was submitted to a specific survey using a questionnaire. **Results:** the most part of the interviewed assigned to the aging the swallowing disorders and adopt experienced practices at the eminence of suffocation, as is: posture care, offering pasty meals, oral hygiene after feeding. The most part do not observe relationship between swallowing disorders and pneumonia occurrence. The preventative actions adopted by the helpers have backrest in the researched literature, justifying the resolution of the possible swallowing disorders with self-autonomy. **Conclusion:** therefore, we could conclude that the preventive attitude of the helpers proved its effectiveness according its criteria, but the relationship between aspiration and breathing diseases needs to be enlightened.

Keywords: deglutition disorders/prevention e control; deglutition; caregivers; feed; aged.

REFERÊNCIAS

1. Macedo Filho ED, Gomes GF, Furkim AM. Conceitos e tipos de disfagia. In: Macedo Filho ED, Gomes GF, Furkim AM. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise; 2000. p. 29-31.
2. Groher ME. Distúrbios de deglutição em idosos. In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-fono; 1999. p. 97-107.
3. Logemann JA. Therapy for oropharyngeal swallowing disorders. In: Perlman AL, Schulze-Delrieu K. Deglutition and its disorders: anatomy, physiology, clinical diagnosis and management. San Diego: Singular; 1997. p. 449-61.
4. Logemann JA. Evaluation of swallowing disorders. In: Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego: College-Hill; 1983. p. 87-125.
5. Suzuki HS. Modificações nos hábitos da rotina alimentar do indivíduo idoso normal. Rev SBFa 1998;3:43-7.
6. Costa MMB. Dinâmica da deglutição: fases oral e faríngea. In: Costa MMB, Lemme EMO, Koch HA. Temas em deglutição e disfagia. Rio de Janeiro: Supraset; 1998. p. 1-11.
7. Costa MMB. Uso de bolo contrastado sólido, líquido e pastoso no estudo videofluoscópico da dinâmica da deglutição. In: Macedo Filho E, Pissani JC, Carneiro J, Gomes G. Disfagia: abordagem multidisciplinar. 2ª ed. São Paulo: Frôntis; 1998. p. 101-10.
8. Pereira FAI, Cervato AM. Recomendações nutricionais. In: Papaléo Netto M. Gerontologia : a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 248-62.
9. Douglas CR. Fisiologia da secreção salivar. In: Douglas CR. Patofisiologia oral: fisiologia oral e patologia aplicada à odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Pancast; 1998. p. 17-39.
10. Perlman AL, Lu C, Jones B. Radiographic contrast examination of the mouth, pharynx, and esophagus. In: Perlman AL, Schulze-Delrieu K. Deglutition and its disorders; anatomy, physiology, clinical diagnosis, and management. San Diego: Singular; 1997. p. 153-63.
11. Mansur LL, Viude A. Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Gerontologia – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 284-96.
12. Douglas CR. Fisiologia do ato mastigatório. In: Douglas CR. Patofisiologia oral: fisiologia oral e patologia aplicada à odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Pancast; 1998. p. 245-72.
13. Martin BJW. Treatment of dysphagia in adults. In: Cherney LR. Clinical management of dysphagia in adults and children. Maryland: Aspen; 1994. p. 153-83.
14. Isola AM. Complicações no sistema respiratório do paciente disfágico. In: Furkim AM, Santini CS, organizadores. Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-Fono; 1999. p. 157-70.

15. Logemann JA. Disorders of deglutition. In: Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego: College-Hill; 1983. p. 37-86.
16. Curtis LJ, Langmore SE. Respiratory function and complications related to deglutition. In: Perlman AL, Schulze-Delrieu K. Deglutition and its disorders; anatomy, physiology, clinical diagnosis and management. San Diego: Singular; 1997. p. 99-123.
17. Santini CS. Disfagia neurogênica. In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-Fono; 1999. p. 19-34.

Recebido para publicação em: 20/01/2001
Aceito em: 14/04/2001

Endereço para correspondência
Nome: Rosa Cláudia C. F. de Matos
Endereço: Av. São João, 1100/26 – CEP: 12242-000 – São José Campos – SP
Fone: (12) 3922-5033
e-mail: rccfmatos@yahoo.com.br