

# DISFAGIA NEUROGÊNICA INFANTIL

## *DYSPHAGIA NEUROLOGICAL IN CHILDREN*

*Rosyane Rios\**

### ■ RESUMO

Este estudo teve como objetivo enfatizar a necessidade da intervenção fonoaudiológica em crianças com problemas neurológicos que apresentam disfagia. A pesquisa procura, através da revisão bibliográfica, descrever as formas de reabilitação e suas técnicas. Pelo fato de a disfagia ser um processo complexo que envolve várias áreas médicas e terapêuticas, torna-se importante o trabalho multidisciplinar. Este trabalho auxilia muitas vezes no direcionamento da reabilitação fonoaudiológica, podendo assim aumentar a qualidade do atendimento terapêutico.

Descritores: Disfagia, Reabilitação, trabalho multidisciplinar, distúrbios da deglutição.

### ■ ABSTRACT

This study had as the objective to focus the importance and necessity of a phonological intervention among neurological children that present dysphagia. By a bibliographical review, the research tries to describe the rehabilitation methods and their techniques. A multi-disciplinary work is very important since dysphagia is a complex process which involves many medical and therapeutic areas. This work often facilitates the administration of the phonological rehabilitation, improving the quality of the therapeutic assistance.

Keywords: Swallowing disorders multidisciplinary team.

Rehabilitation

Dysphagia

---

\* Fonoaudióloga clínica com Especialização em Motricidade Oral Hospitalar pelo CEFAC.  
Orientadora: Profa. Dra. Mirian Goldenberg.

## ■ INTRODUÇÃO

A fonoaudiologia é uma ciência com área de atuação ampla. Dentro das diversas áreas de atuação fonoaudiológica, aquela que particularmente interessa neste trabalho é a disfagia em crianças neurológicas.

Observa-se uma grande preocupação, tanto por parte dos autores, que pesquisam o tema, como por parte dos familiares, quanto à dificuldade em deglutir que as crianças neurológicas apresentam e suas possíveis conseqüências.

O trabalho fonoaudiológico visa propiciar, a esta criança, meios para transpor as dificuldades alimentares de forma menos agressiva, evitando o uso de sondas (quando possível), e os processos infecciosos, como as pneumonias aspirativas.

A prática fonoaudiológica específica em disfagia tem evoluído muito de alguns anos para cá, e a realização deste trabalho necessita de profissionais cada vez mais qualificados.

É importante a terapia fonoaudiológica no processo de reabilitação para que a criança neurológica tenha uma melhor qualidade de vida.

## ■ DISCUSSÃO TEÓRICA

A disfagia (dificuldade em deglutir) pode trazer sérias conseqüências para a saúde da criança, caso esta aspire alimento ou até mesmo saliva para a via aérea respiratória.

Inicialmente será abordado o processo de deglutição normal e mais adiante será enfocada a disfagia neurológica infantil.

FURKIM E MARTINEZ (1998) afirmam que a deglutição é um processo complexo, que depende de uma série de interações neuromusculares coordenadas entre o sistema nervoso central (SNC) e os componentes musculares que envolvem o ato de deglutir.

MANRIQUE (1998) ressalta que o processo da deglutição envolve as estruturas da cavidade oral, faringe, laringe e esôfago.

## ■ FISILOGIA DA DEGLUTIÇÃO

O conhecimento da fisiologia da deglutição é de fundamental importância para a compreensão das inter-relações multifatoriais envolvidas nas disfagias neurológicas.

As fases da deglutição atuam de forma seqüenciada e têm suas especificidades, que devem ser conhecidas para se entender em qual fase o processo disfágico é mais predominante.

LOGEMANN (1983) afirma que o ato da deglutição pode ser dividido em 4 fases:

- 1ª Fase Preparatória: quando o alimento é manipulado na boca ou ainda mastigado, quando necessário.
- 2ª Fase Oral (fase voluntária da deglutição): quando a língua impulsiona o alimento para trás até o disparo do reflexo da deglutição.
- 3ª Fase Faríngea: do disparo do reflexo da deglutição carregando o bolo através da faringe.
- 4ª Fase Esofágica: quando a peristalse esofágica carrega o bolo através do esôfago cervical e torácico até o estômago.

Será visto a seguir que a disfagia ocorre quando uma ou mais fases da deglutição estiverem comprometidas.

## ■ DISFAGIA

O atendimento terapêutico das disfagias é uma prática relativamente recente.

Para FURKIM E MARTINEZ (1998), a disfagia é uma desordem da deglutição que pode acometer uma ou mais fases da deglutição (fase preparatória, fase oral, fase faríngea e/ou fase esofágica).

MARCHESAN (1995) destaca que a disfagia não é uma doença, mas sim um sintoma de uma patologia de base.

BUCHHOLZ (1994) denomina disfagia neurológica como uma desordem da deglutição em pacientes com comprometimento neurológico.

Neste trabalho, o enfoque recairá sobre a disfagia neurológica infantil. Por isso será abordada a paralisia cerebral, onde o número de crianças que apresentam disfagia é grande e bem significativo.

## ■ PARALISIA CEREBRAL

É muito comum crianças com paralisia cerebral (PC) apresentarem dificuldade para se alimentar principalmente por seus comprometimentos motores.

TABITH (1995) refere que o Little Club de Oxford, desde 1958, define paralisia cerebral como sendo seqüela de uma agressão encefálica, que se caracteriza por um transtorno persistente, mas não invariável, do tônus, postura e por fim do movimento. Aparece na primeira infância e não só é diretamente secundária a essa lesão não evolutiva do cérebro, como também devida à influência que esta lesão exerce sobre a maturação neurológica.

## ■ CLASSIFICAÇÃO DA PC

A classificação é baseada nos efeitos funcionais, ou seja, onde se localiza a lesão cerebral.

TABITH (1995) menciona 7 tipos de envolvimento neuromuscular:

- espasticidade; atetose; ataxia; tremor; rigidez; atonia; misto.

TABITH (1995) afirma ainda que os 3 primeiros são mais comuns, sendo encontrados com maior frequência na prática diária. Por isso aqui serão abordados somente estes 3 envoltimentos neuromusculares:

- Espástico*: comprometimento do sistema piramidal.

Caracteriza-se por espasticidade, hiper-reflexia e aumento do tônus muscular.

Na alimentação encontra-se:

- perda de líquido e alimento pela falta de vedamento labial e de controle de língua;
- protrusão exacerbada de língua;
- lábios retraídos;
- formação e controle do bolo diminuído;
- aumento no trânsito oral;
- dificuldade em lidar com texturas muito finas ou muito grossas;
- fechamento velofaríngeo inadequado;
- anormalidades estruturais (exemplo: palato ogival);
- inabilidade entre respiração/sucção;
- controle de mandíbula pobre;
- peristalse faríngea diminuída;
- posicionamento compensatório durante a deglutição;
- sialorréia;
- infecção respiratória devida à aspiração.

- Atetóide*: comprometimento do sistema extrapiramidal.

Caracteriza-se pela presença de movimentos involuntários patológicos (atetose) e variação do tônus muscular.

Na alimentação encontram-se:

- perda de líquido e alimento devida à falta de controle de língua;
- retração do lábio inferior;
- coordenação prejudicada no movimento de língua e lábio;
- incoordenação respiração/sucção;
- sialorréia;
- dificuldade na manipulação do bolo.

- Atáxico*: comprometimento do cerebelo e vias cerebelaes.

Caracteriza-se por transtornos do equilíbrio, hipotonia muscular e falta de coordenação em atividades musculares voluntárias.

Na alimentação encontram-se:

- incoordenação da deglutição e respiração;
- sialorréia;
- pode apresentar qualquer combinação dos padrões de alimentação do atetóide ou do espástico.

Os sinais de disfagia mais comuns encontrados em crianças portadoras de PC são:

- alteração da musculatura oral;
- comportamentos reflexos inapropriados;
- inabilidade em segurar o bolo pela incoordenação do lábio, dificultando assim o vedamento. Pode ocorrer escape de líquido ou alimento da cavidade oral;
- alteração da tonicidade e coordenação da língua dificultando a realização do movimento ondulatório do bolo da região anterior para a região posterior;
- alteração da sensibilidade intra-oral, podendo permitir que o alimento caia nos sulcos laterais.

## ■ CLASSIFICAÇÃO DA DISFAGIA

Na avaliação fonoaudiológica do paciente disfágico é importante que seja classificada a disfagia, pois assim a reabilitação terá um planejamento mais direcionado.

No REHABILITATION INSTITUTE OF CHICAGO (1994) foi padronizada uma escala funcional de níveis de disfagia onde encontra-se a seguinte classificação:

- Disfagia severa (não funcional)*

- alimentação total por métodos alternativos;
- ingestão por via oral (VO) proibida;
- testes com alimento somente por especialistas.

- Disfagia moderadamente severa*

- alimentação predominantemente não oral;
- supervisão constante;
- sucesso inconsistente com alimento por VO;
- alimento VO supervisionado pelo fonoaudiólogo e em pequena quantidade.

- Disfagia moderada*

- métodos alternativos de alimentação;
- requer total supervisão;
- envolvimento maior da família e enfermagem com supervisão fonoaudiológica;
- introdução de novos itens na dieta pelo fonoaudiólogo.

❑ *Disfagia moderadamente leve*

- maior segurança com definição de determinadas consistências;
- ainda pode ter dificuldade com líquidos finos e sólidos;
- alimento deve ser oferecido pela enfermagem sob supervisão.

❑ *Disfagia leve*

- recebe dieta comum com algumas restrições;
- pode ainda fazer uso de técnicas ou procedimentos facilitatórios;
- já não precisa de supervisão constante.

❑ *Disfagia mínima*

- recebe dieta comum sem restrições;
- não necessita de supervisão;
- episódios ocasionais de tosse com líquidos ou sólidos.

❑ *Deglutição normal*

- alimentação independente;
- competência e segurança total na deglutição.

## ■ NUTRIÇÃO EM DISFAGIA

Os profissionais que atuam com a criança disfágica devem estar atentos aos sinais de deficiência nutricional. São eles: irritabilidade, diminuição da capacidade de atenção, mudanças no hábito alimentar, fome, sede e piora na função da deglutição.

Para STANICH (1998), estado nutricional (EN) é o grau pelo qual a necessidade fisiológica de nutrientes do indivíduo está sendo atendida através do alimento que está sendo ingerido.

A avaliação nutricional é uma medida preventiva para evitar deterioração do EN. É a nutricionista quem realiza essa avaliação.

A dieta adequada é aquela composta por diversos nutrientes que o organismo necessita para os processos vitais, crescimento e desenvolvimento.

Quando o EN não está adequado, são utilizadas dietas enriquecidas ou suplementos nutricionais.

Segundo MACEDO (1999), alguns pacientes disfágicos apresentam refluxo gastroesofágico (RGE); às vezes esse refluxo é até a causa da disfagia. Nesse caso, o acompanhamento nutricional é indispensável por poder prevenir situações que agravariam em EN limítrofe.

TANAKA (1999) escreve que esses pacientes devem evitar:

- sucos cítricos (laranja, abacaxi, tomate e morango);
- alimentos gordurosos; chocolates, café, álcool; evi-

tar grandes volumes alimentares; não dormir logo após as refeições; dormir com a cabeceira da cama elevada.

Caso o indivíduo apresente grau severo de disfagia com risco de aspiração, faz-se necessária a introdução da sonda.

Para indicar a colocação da sonda, deve-se levar em conta o tempo que será necessária para a criança ficar sondada.

FURKIM E MARTINEZ (1998) ressaltam que alguns médicos indicam gastrostomia caso seja necessário mais de 1 mês com sonda; outros médicos acham que só após o terceiro mês da sonda nasoentérica é que se deve fazer gastrostomia.

Hoje em dia a gastrostomia é realizada por via endoscópica percutânea, dispensando o procedimento cirúrgico.

Pode-se concluir que a parte nutricional tem grande influência na vida das crianças disfágicas, sendo que o trabalho multidisciplinar torna-se cada vez mais necessário, visando sempre à melhora de sua saúde.

## ■ MEDICAMENTOS NA DISFAGIA

Hoje em dia existem muitas drogas que levam à disfagia.

Para a criança com alteração neurológica, o medicamento mais usado são os benzodiazepínicos (usados como anticonvulsivante). Essa droga pode interferir na deglutição, levando a um quadro de disfagia.

Segundo CAMPBELL (1997), os benzodiazepínicos podem causar efeitos na força, mobilidade e coordenação da musculatura oral e facial. Podem ainda causar xerostomia (boca seca), pois deprimem o desempenho da deglutição em virtude da atividade excessiva das sinapses mediadas pelos receptores GABA.

É importante ressaltar que a deglutição pode tornar-se seriamente comprometida pela falta de saliva, pois a mesma ajuda na formação do bolo alimentar.

Para DANTAS (1999), muitas drogas, além de reduzirem o volume de saliva, também aumentam a sua viscosidade, outro mecanismo que dificulta a deglutição.

CAMPBELL (1997) acredita que existem muitos antibióticos que promovem o RGE, aumentando o risco de aspiração do conteúdo estomacal.

A aspiração do RGE é uma das causas que levam à broncopneumonia em pacientes vulneráveis.

O conhecimento extensivo das drogas e seus efeitos na disfagia é de grande importância, pois estas interferem diretamente no apetite, nutrição e hidratação do paciente.

## ■ AVALIAÇÃO DA DISFAGIA

O objetivo fonoaudiológico na avaliação da disfagia é obter o máximo de informações para determinar as condutas necessárias para aquele paciente e elaborar sua reabilitação.

A avaliação da disfagia deve ser minuciosa para que o terapeuta saiba o que está ocorrendo no processo da deglutição da criança.

Será descrita a seguir, a avaliação fonoaudiológica da disfagia, com base nos relatos de FURKIM E MARTINEZ (1998).

### □ *Avaliação funcional*

Durante a avaliação funcional, o paciente é observado em uma refeição, onde será realizada a ausculta cervical da deglutição com bolo. São testadas 3 consistências: sólida, pastosa e líquida.

Aqui será observada a presença ou não de sinais clínicos de aspiração, controle do bolo na cavidade oral e mobilidade da laringe.

### □ *Estado nutricional*

- doenças pulmonares;
- medicações que afetam a deglutição;
- observar mudanças de apetite, boca seca, dor na garganta, regurgitação, pois são indicativos de disfagia.

### □ *Estado respiratório*

- existem sintomas respiratórios que estão ligados diretamente à disfagia. Ex.: tosse crônica, respiração encurtada, asma.

### □ *História de aspiração*

- pneumonias aspirativas são indicativas de disfagia.

### □ *Métodos de alimentação*

- verificar quantidade ingerida por VO;
- verificar se utiliza sonda nasogástrica (SNG), gastrostomia ou jejunostomia; se a via for parcial, deve-se colocar a porcentagem de via oral, consistência, volume e utensílios;
- importante saber o tempo que o indivíduo leva durante a alimentação.

### □ *Posicionamento*

- observar em qual posição o paciente se alimenta;
- posicioná-lo da melhor maneira possível durante a avaliação: inclinado, cadeira ou cadeira de roda.

### □ *Engasgos*

- questionar a mãe sobre quando e como os engasgos ocorrem e com que frequência.

### □ *Observar o funcionamento motor oral, faríngeo e laríngeo*

- observar a postura de repouso (tônus, simetria, movimentos involuntários ou não);
- tônus em ação;
- sialorréia presente ou ausente.

### □ *Tosse*

- se houver tosse, anotar, pois a presença desta fornece informações sobre o fechamento laríngeo e proteção da VA ou até mesmo resíduos em recessos faríngeos (seios piriformes e valécula).

### □ *Reflexo de Gag (vômito)*

- comparar o reflexo dos 2 lados. A ausência ou diminuição do reflexo pode indicar disfunção de nervo craniano e conseqüente desproteção da VA.

### □ *Deglutição*

- utilizar a técnica dos 4 dedos para verificar o tempo de trânsito orofaríngeo e elevação de laringe.

Posiciona-se o indicador na mandíbula, o dedo médio no osso hióideo, o anular e o mínimo nas cartilagens tireóide e cricóide. O primeiro movimento lingual é sentido pelos 2 primeiros dedos, no início da propulsão posterior do bolo.

Quando o reflexo inicia, a laringe eleva-se e o osso hióideo sobe e desce marcando o fim da fase oral.

Isso ocorre em 1 segundo. Se ultrapassar 1 segundo, não está normal.

### □ *Resposta a estimulação*

- observar respostas a toques em lábios e língua, retração, protrusão, reflexos orais e deglutição.

### □ *Indicação de possíveis aspirações*

- atenção reduzida;
- resposta a estimulação reduzida;
- ausência da deglutição voluntária;
- ausência de tosse (caso a aspiração seja silenciosa);
- excesso de secreção;
- diminuição da força dos movimentos orais, faríngeos e laríngeos.

Finalizada a avaliação, inicia-se o processo de reabilitação da deglutição.

## ■ REABILITAÇÃO NA DISFAGIA

A conduta de reabilitação na criança disfágica portadora de PC será a de melhorar o controle funcional nas fases preparatória, oral e/ou faríngea.

FURKIM E MARTINEZ (1998) descrevem que, para estabelecer qual será a reabilitação utilizada, é necessário saber o tipo de controle nutricional que aquela criança precisa, além de decidir se a terapia será direta (com introdução de alimento) ou indireta (sem alimento).

O objetivo é restabelecer alimentação VO e ao mesmo tempo manter uma nutrição adequada.

## ■ TERAPIA DIRETA

A terapia direta indica introdução do alimento VO, pois o paciente não tem alto risco para aspirar.

Se o paciente estiver aspirando mais de 10% do bolo que está na sua cavidade oral, a terapia será indireta para que não haja risco de aspiração.

Para FURKIM E MARTINEZ (1998), a reintrodução da alimentação por VO deve ser sempre orientada por um fonoaudiólogo.

No período que o paciente estiver em terapia direta, deve-se fazer um trabalho com o médico, tomando sempre cuidado para que o paciente não aspire.

## ■ TERAPIA INDIRETA

Nessa terapia não é utilizado alimento, pois o paciente tem um alto risco para aspirar.

Os exercícios descritos a seguir foram baseados nos escritos de FURKIM e MARTINEZ (1998), LIMONGI (1995) e LOGEMANN (1983).

### □ *Exercícios de Controle Motor Oral*

- lateralização da língua durante a mastigação;
- elevação da língua em direção ao palato duro;
- modelar a língua em volta do bolo para segurá-lo de uma forma coesa;
- movimentação ântero-posterior da língua no início da fase oral.

### □ *Exercícios de Resistência*

- empurrar a espátula;
- empurrar o dedo do terapeuta para aumentar a força e extensão do movimento.

### □ *Inibição dos Reflexos Patológicos*

- inibir os reflexos de: procura, mordida e vômito.

### □ *Exercícios Para Controlar o Bolo*

- deve ser oferecido ao paciente algo que ele possa controlar dentro da boca (ex.: garrote 2 cm).

### □ *Estimulação do Reflexo da Deglutição*

Um espelho laríngeo, de aproximadamente meia polegada de diâmetro e cabo longo, é utilizado porque permite ao terapeuta manipular a cabeça do espelho dentro da boca do paciente e tocar seus pilares para desencadear o reflexo da deglutição.

Para melhor estimulação, o espelho é embebido no gelo, pois a temperatura fria favorece o desencadeamento do reflexo da deglutição.

O exercício é feito com toques leves de 5 a 10 vezes. É pouco provável que, durante o exercício, ocorra o disparo do reflexo. O objetivo é aumentar a sensibilidade do reflexo.

A família pode ser orientada para realizar esse exercício de 4 a 5 vezes por dia, com duração de 5 a 10 minutos.

### □ *Técnicas Posturais*

O posicionamento para que a criança seja alimentada é de fundamental importância. Nas crianças com comportamentos motores severos, a posição adequada fará com que os reflexos sejam inibidos, facilitando assim o funcionamento motor oral, orofaríngeo, respiratório e sensorimotor.

A melhor postura para alimentar uma criança é:

- pescoço alongado sem flexão da cabeça; ombros abaixados e simétricos; alongamento simétrico de tronco; posição simétrica e estável da pélvis; estabilidade de quadril; pés simétricos e apoiados.

Porém algumas crianças assumem posturas incorretas para compensar algumas dificuldades. Essa postura necessita ser corrigida de maneira gradativa e cuidadosa através de algumas adaptações.

Para a adequação da postura, o fisioterapeuta poderá orientar a família, que desta forma auxiliará o trabalho fonoaudiológico.

Algumas manobras com rotação de cabeça podem ser utilizadas para facilitar a deglutição e evitar que o alimento se direcione para a VA e seja broncoaspirado.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática fonoaudiológica em disfagia tem sido muito estudada há alguns anos, pois é uma área que se apresenta em evolução.

Inicialmente, a disfagia era tratada apenas por médicos. Hoje, pode-se contar com uma equipe multidisciplinar (médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas).

Para a realização do diagnóstico da disfagia, qualquer profissional de áreas afins, envolvido no caso, pode solicitar exames específicos, como o videodeglutograma ou nasolaringofibrosopia, que auxiliam no fechamento do diagnóstico.

Um fator importante em pacientes disfágicos é o estado nutricional, pois a presença de disfagia torna a ingestão alimentar mais difícil.

Muitas vezes a alimentação VO não supre as necessidades nutricionais do indivíduo, sendo necessário fazer suporte nutricional por vias alternativas.

Dependendo do grau de disfagia, faz-se necessária a introdução da sonda. Para essa indicação é fundamental a equipe atuar junto, podendo discutir e tomar uma atitude visando sempre ao paciente.

Para a indicação é importante saber o tempo que a criança ficará sondada, pois esse dado corroborará a opção pelo tipo de sonda nasoentérica, por gastrostomia ou jejunostomia.

Os pacientes que apresentam aspirações desenvolvem processos inflamatórios nos brônquios.

Uma manifestação comum decorrente da aspiração é a broncopneumonia que, quando ocorre repetidas vezes, pode trazer prejuízos à saúde dessa criança, com conseqüências severas.

Este trabalho mostra o papel fundamental do fonoaudiólogo junto a seus pacientes, visto que este profissional pode propiciar a essa criança uma reabilitação das funções prejudicadas.

Na criança com sonda, o objetivo será fazer a retirada da mesma o mais rápido possível.

Este estudo foi desenvolvido em razão de interesse pessoal e profissional, além de ter sido observada uma preocupação por parte dos familiares, com relação à dificuldade em deglutir que as crianças neurológicas apresentam.

#### Endereço:

R. Serimbura, 60 – ap. 1001-D – V. Romana – Vila Ema  
12243-360 – S. José dos Campos – SP  
Tels.: (12) 322-0380

Nesta pesquisa foram enfocadas a avaliação e as técnicas terapêuticas que visam à qualidade de vida da criança, com o objetivo de evitar aspirações e, conseqüentemente, diminuir o risco das doenças infecciosas, como a broncopneumonia.

## ■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUCHHOLZ, D. W. – Dysphagia associated with neurological disorders. *Acta oto - rhino - laryng.*, **48**: 143-55, 1994.
- CAMPBELL, I. T. – Drogas, Disfagia e Nutrição. In: *Revista de Atualização Científica*. São Paulo, 1997. p. 41-56.
- DANTAS, R. O. – Disfagia induzida por drogas. In: CARNEIRO, I.; MACEDO, E.; GOMES, G. & PISSANI, J. C. – *Disfagia Abordagem Multidisciplinar*. 2. ed. São Paulo, Frôntis Editorial, 1999. p. 71-74.
- FURKIM, A. M. & MARTINEZ, S. O. – Fonoaudiologia disfagia: conceito, manifestações, avaliação e terapia. In: *Collectanea Symposium – Disfagia Orofaringea Neurogênica*. São Paulo, Frôntis Editorial, 1998. p. 17-21.
- LIMONGI, S. C. O. – Paralisia Cerebral. In: TABITH, A. – *Foniatria*. São Paulo, Cortez, 1995. p. 77-117.
- LOGEMANN, J., ed. – *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Texas, USA, 1983.
- MACEDO, E. D. – Conceitos e fisiologias aplicada da deglutição. In: \_\_\_\_\_ – *Disfagia Abordagem Multidisciplinar*. 2. ed. São Paulo, Frôntis Editorial, 1999. p. 3-8.
- MANRIQUE, D. – Disfagia orofaringea neurogênica. In: *Collectanea Symposium – Disfagia Orofaringea Neurogênica*. São Paulo, Frôntis Editorial, 1998. p. 9-11.
- MARCHESAN, I. Q. – Disfagia. In: *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo, Lovise. 1995, p. 161-66.
- REHABILITATION INSTITUTE OF CHICAGO. – *Clinical management of dysphagia in adults and children*. 2. ed., Chicago, Aspen Publishers, 1994.
- STANICH, P. – Nutrição em disfagia. In: *Collectanea Symposium – Disfagia Orofaringea Neurogênica*. São Paulo, Frôntis Editorial, 1998. p. 1-7.
- TABITH, A., ed. – *Foniatria*. São Paulo, Cortez, 1995. 207 p.
- TANAKA, S. C. – Nutrição e disfagia. In: CARNEIRO, I.; MACEDO, E.; GOMES, G. & PISSANI, J. C. – *Disfagia Abordagem Multidisciplinar*. 2. ed. São Paulo, Frôntis Editorial, 1999. p. 165-72.