

**MARINA DE SORDI PINTO**

**COMPORTAMENTO REOLÓGICO E TERMINOLOGIA DOS  
ALIMENTOS UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DE  
FONOAUDIOLOGIA E NUTRIÇÃO NAS INTERVENÇÕES EM  
DISFAGIA EM UMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR**

CAMPINAS  
UNICAMP  
2010.

MARINA DE SORDI PINTO

**COMPORTAMENTO REOLÓGICO E TERMINOLOGIA DOS  
ALIMENTOS UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DE  
FONOAUDIOLOGIA E NUTRIÇÃO NAS INTERVENÇÕES EM  
DISFAGIA EM UMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR**

Dissertação Apresentada ao Programa de Mestrado  
Profissional Saúde, Interdisciplinaridade e  
Reabilitação - Faculdade de Ciências Médicas -  
Universidade Estadual de Campinas para obtenção  
do título de Mestre.

**Orientadora:**  
Profa. Dra. Lúcia Figueiredo Mourão

CAMPINAS  
UNICAMP  
2010.

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8º / 6044

P658c Pinto, Marina de Sordi  
Comportamento reológico e terminologia dos alimentos utilizados pelos profissionais de fonoaudiologia e nutrição nas intervenções em disfagia em uma perspectiva interdisciplinar / Marina de Sordi Pinto. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador : Lúcia Figueiredo Mourão  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transtornos de deglutição. 2. Reologia. 3.  
Interdisciplinaridade. I. Mourão, Lúcia Figueiredo. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
III. Título.

**Título em inglês : Rheological behavior and terminology of texture –modified foods and thickened fluids used for dysphagia’s team in a interdisciplinary perspective**

**Keywords:** • Deglutition disorders  
• Rheology  
• Interdiscipinarity

**Titulação: Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação**  
**Área de concentração: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação**

**Banca examinadora:**

**Profa. Dra. Lúcia Figueiredo Mourão**  
**Profa. Dra. Regina Yu Shon Chun**  
**Prof. Dr. Luciano Bruno de Carvalho Silva**

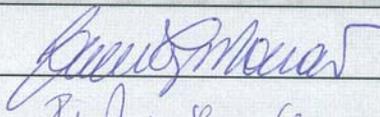
**Data da defesa: 21-10-2010**

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado  
Marina de Sordi Pinto

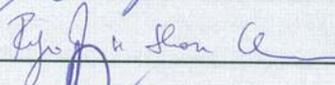
Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lucia Figueiredo Mourão

Membros:

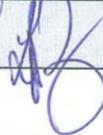
1. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lucia Figueiredo Mourão



2. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regina Yu Shon Chun



3. Prof. Dr. Luciano Bruno de Carvalho Silva



Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 21/01/2010

Aos meus pais que sempre acreditam que posso ir além.

Ao Key, meu porto seguro.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Lúcia Figueiredo Mourão pelo incentivo constante e pelas discussões e pensamentos em conjunto que permitiram a realização deste e de outros trabalhos. Por suas idéias que me fizeram entender que tudo pode ficar ainda melhor.

Às Professoras Regina Yu Shon Chun e Cristina Fúria que em muito contribuíram com suas sugestões durante o período de qualificação deste trabalho.

Aos profissionais que investiram seu tempo participando desta pesquisa e assim permitiram sua realização.

À minha família que sempre compreendeu os meus: “Tenho que ir pra escrever!”.

À Deus por estar a toda hora direcionando meus passos.

## RESUMO

**Introdução:** Na área da disfagia a interdisciplinaridade é imprescindível e defendida por pesquisadores e clínicos. Dentre as dificuldades encontradas no trabalho em equipe está a ausência de terminologia comum entre os profissionais, o que traz riscos na atenção ao paciente bem como dificuldades na reprodutibilidade de pesquisas. Considerando a ausência de terminologia comum dos diferentes alimentos utilizados nos procedimentos com pacientes disfágicos no Brasil e a importância da uniformização da terminologia utilizada por profissionais que atuam interdisciplinarmente, propõe-se este estudo.

**Objetivo:** Estudar o comportamento reológico e a terminologia dos alimentos utilizados pelos profissionais de nutrição e de fonoaudiologia de serviços de atendimento em disfagia no Estado de São Paulo. **Material e Método:** Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionários com nutricionistas e fonoaudiólogos de equipes de intervenção em disfagia. O questionário possibilitou o levantamento dos alimentos rotineiramente utilizados na prática clínica bem como de sua terminologia e abordou questões sobre a atuação interdisciplinar. O comportamento reológico dos alimentos (viscosidade) foi determinado em laboratório por meio de reômetro com spindles específicos para cada classificação de viscosidade. **Resultados:** Os profissionais colaboradores utilizam alimentos com características reológicas similares, porém os nomeiam de diferentes formas. Os fonoaudiólogos relataram 33 termos para 07 classes de alimentos, segundo a proposta australiana. Os nutricionistas relataram 13 termos. Foram analisadas 08 equipes, sendo que 04 equipes apresentaram termos em comum entre os profissionais de nutrição e de fonoaudiologia. **Conclusão:** Os resultados evidenciam dificuldades na atuação interdisciplinar, bem como que diferentes terminologias são utilizadas para descrever alimentos na mesma faixa de viscosidade pelos participantes deste estudo.

## ABSTRACT

**Introduction:** Interdisciplinarity is essential and supported by researchers and clinicians in the area of dysphagia. Among the difficulties in working in teams to dysphagia is lack of standardised labels carries risks in patient care as well as difficulties in the reproducibility of research. Considering the lack of common labels of thickened fluids and texture-modified foods used in procedures with dysphagic patients in Brazil and the importance of standardizing the labels is proposed this study. **Purpose:** Study the number of levels and labels of thickened fluids and texture-modified foods as used by teams of speech-language pathologist and nutritionists of dysphagia's services of São Paulo based on Australian standardised labels and definitions and rheological behavior. **Methods:** Data were collected from semi-structured questionnaires with speech-language pathologists and nutritionists teams of dysphagia. The questions were about foods used in clinical practice and the form of classification, included the number of levels and labels used, and about the interdisciplinary performance. The viscosities were measured in centipoise (cP) and the foods and fluids were classified according to rheological behavior. The last pass was the classified's food according to the standard proposed by Australia. **Results:** Was analyzed 18 questionnaires from speech-language pathologists and 06 from nutritionists. They reported used foods of the same rheological behavior in their practices. Speech-language pathologists were related 33 different labels to 07 levels of food textures and fluid thickness based on Australian standardised. Nutritionists were related 13 different labels. Of 08 teams examined, 04 have the same labels. **Conclusion:** The data showed difficulty of interdisciplinary performance. Different terminology used to describe foods in the same range of viscosity.

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

### Quadros

Quadro 1: Caracterização dos profissionais fonoaudiólogos e nutricionistas de acordo com tempo e local de atuação, população atendida e classificação da disfagia .....	35
Quadro 2: Características da equipe interdisciplinar de acordo com o tipo de trabalho, presença de dificuldade e caracterização dos profissionais.....	36
Quadro 3: Atribuição de orientação da dieta segundo os nutricionistas.....	37
Quadro 4: Dificuldades em encaminhamentos pela ausência de padronização da nomenclatura .....	37
Quadro 5: Análise do comportamento reológico e classificação dos alimentos segundo o padrão australiano. ....	38
Quadro 6: Terminologia utilizada pelos fonoaudiólogos para classificação de líquidos engrossados em comparação com a proposta australiana.....	39
Quadro 7: Terminologia utilizada pelos fonoaudiólogos para classificação dos alimentos em comparação com a proposta australiana.....	40
Quadro 8: Terminologia utilizada pelos nutricionistas para classificação dos alimentos em comparação com a proposta australiana.....	42
Quadro 9: Comparação da terminologia utilizada em cada equipe tendo por referência a preparação dos alimentos.....	44

## **Gráficos**

Gráfico 1: Local de atuação dos profissionais fonoaudiólogos e nutricionistas nos serviços de disfagia .....	35
--	----

## SUMÁRIO

I. RESUMO.....	vii
II. INTRODUÇÃO.....	12
III. OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivos Específicos.....	17
IV. REVISÃO DE LITERATURA.....	18
4.1. Intervenção Interdisciplinar em Disfagia.....	19
4.2. A Importância das Diferentes Viscosidades no Processo de Deglutição..	23
4.3. Reologia e Disfagia.....	26
V. MATERIAL E MÉTODOS.....	30
5.1 Constituição do <i>Corpus</i> .....	30
5.2 Procedimentos de Coleta de Dados.....	31
5.3 Procedimentos de Análise.....	33
VI. RESULTADOS .....	35
VII. DISCUSSÃO.....	46
VIII. CONCLUSÕES.....	53
IX. REFERÊNCIAS.....	58
X. APÊNDICES.....	63

## II.

### INTRODUÇÃO

A idéia inicial deste estudo surgiu na prática clínica de um ambulatório interdisciplinar de avaliação e seguimento de pacientes disfágicos. Dentre os profissionais que atuavam rotineiramente na equipe do ambulatório estavam médicos otorrinolaringologistas e neurologistas, equipe de enfermagem, fonoaudiólogos e nutricionistas. Diversos dos pacientes atendidos no ambulatório haviam realizado acompanhamento anterior com outros profissionais ou em outros serviços e, no momento de interpretar laudos e orientações referentes à dieta desses pacientes os profissionais da equipe encontravam dificuldades especialmente na interpretação de termos relacionados a viscosidade da dieta. Essa mesma dificuldade foi observada entre os diferentes profissionais da equipe, principalmente fonoaudiólogos e nutricionistas, uma vez que os termos utilizados pelos profissionais para se referir as diferentes modificações na textura da dieta e viscosidade dos líquidos variava. Tal interpretação equivocada entre profissionais gerou dificuldades no momento da orientação ao paciente na medida em que um profissional entendia, por exemplo, o termo 'pastoso' como a ingestão de vitaminas de frutas e o outro profissional como a de purê de batatas. Tais problemas geraram na equipe a necessidade de se certificar constantemente se os diferentes profissionais estavam realmente falando dos mesmos alimentos, estavam sendo compreendidos pelos colegas que também participavam da orientação ao paciente. Diante dessas dificuldades, a equipe passou a estabelecer termos em comum para designar os diferentes alimentos modificados evitando erros de interpretação de laudos entre profissionais e de orientação aos pacientes.

As dificuldades geradas pela ausência de terminologia em comum para designar as diferentes modificações na dieta durante o acompanhamento interdisciplinar de pacientes disfágicos foi o primeiro passo para a realização deste estudo.

De acordo com a resolução 356/08 do Conselho Federal de Fonoaudiologia (1) é papel do fonoaudiólogo avaliar, diagnosticar e intervir nas alterações fonoaudiológicas em pacientes com disfagia orofaríngea buscando habilitar, reabilitar, compensar, adaptar e/ou gerenciar as alterações de deglutição visando o estabelecimento de uma deglutição segura ao paciente juntamente com a equipe interdisciplinar.

A atuação interdisciplinar em disfagia é fator comum defendido por pesquisadores e clínicos (2,3,4), uma vez que o paciente disfágico apresenta prejuízos nos aspectos médicos, nutricionais, fonoaudiológicos, fisioterápicos e psicológicos, sendo necessário, dessa forma, diversos profissionais para que as demandas do paciente sejam atendidas. A literatura nacional e internacional (5,6,7) tem dado amplo destaque à atuação em equipe nas práticas de saúde abordando seus aspectos positivos bem como as dificuldades no trabalho envolvendo diversos profissionais.

Dentre as dificuldades na atuação interdisciplinar está a necessidade de conhecer a terminologia específica de cada profissão, ou seja, os “jargões” que identificam cada área. Na disfagia tal fato também ocorre uma vez que médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros profissionais, participam ativamente das intervenções com pacientes disfágicos sendo de extrema importância a identificação de uma nomenclatura comum aos diversos profissionais.

Cabe aos fonoaudiólogos e nutricionistas atuar diretamente nas orientações dietéticas aos pacientes disfágicos (25,26). O fonoaudiólogo é o profissional responsável por determinar a forma mais segura de alimentação, propondo mudanças referentes ao volume, viscosidade e forma de administração da dieta, cabendo ao nutricionista garantir a hidratação e ingestão adequada de calorias e nutrientes de acordo com as particularidades

de cada paciente. Dessa forma, pressupõe-se que os dois profissionais devem atuar de forma próxima, garantindo que a alimentação ofertada ao paciente seja segura e eficaz.

Alterações na viscosidade da dieta enquadram-se como uma das estratégias para reabilitação do paciente disfágico ao promoverem mudanças no padrão de deglutição, as quais podem proporcionar uma ingestão segura ou insegura ao paciente. Dessa forma, as prescrições relacionadas à viscosidade alimentar, que comumente ocorrem entre fonoaudiólogos e nutricionistas, são imprescindíveis na reabilitação do paciente. Interpretações errôneas de laudos e prescrições podem colocar em risco não apenas o processo de habilitação/reabilitação do paciente como também sua vida. Para que a atuação interdisciplinar seja bem sucedida é necessário que os profissionais conheçam a terminologia utilizada pelo colega para designar os diferentes alimentos, evitando erros de interpretação dos laudos os quais podem gerar intervenções/orientações conflitantes entre os profissionais, levando o paciente a não aderir ao tratamento ou a seguir um processo de reabilitação ineficaz.

Não se encontra terminologia unificada disponível na literatura nacional para classificar os diferentes alimentos utilizados nas intervenções com pacientes disfágicos. Tal ausência pode gerar além das dificuldades de ordem clínica, expostas anteriormente, dificuldade nos aspectos relacionados a estudos e pesquisas na área. A reprodutibilidade de pesquisas fica comprometida se, por exemplo, a viscosidade do alimento utilizado no procedimento descrito na pesquisa for apenas nomeada (por exemplo, alimentos pastosos), sem ser detalhadamente descrita ou exemplificada (por exemplo, alimento pastoso do tipo mel). A interpretação do instrumento utilizado pode ficar comprometida (pastoso pode ser entendido como uma vitamina de frutas ou um purê de legumes, por exemplo) impedindo

que o procedimento da pesquisa, de avaliação ou intervenção, seja analisado e/ou reproduzido.

A necessidade de nomear os alimentos de forma comum pressupõe o uso de parâmetros para a classificação dos mesmos. A viscosidade pode ser utilizada como um parâmetro de classificação dos alimentos.

A viscosidade é uma das características que determinam o comportamento reológico de um fluido, a qual pode ser medida e classificada em centipoises (gramas/centímetro/segundo). O comportamento reológico inclui ainda aspectos relacionados à elasticidade, densidade e mastigabilidade do alimento (43). A mensuração do comportamento reológico permite classificar diferentes alimentos com características similares em padrões pré determinados, sendo possível nomeá-los de forma similar (8). Suco de mamão e iogurte, por exemplo, são dois alimentos diferentes, mas com viscosidades muito próximas, logo o paciente que recebe orientação para o consumo de iogurte pode também ingerir suco de mamão, cabendo a equipe de atuação estabelecer o termo que designará os alimentos nessa faixa de viscosidade (8).

Países como Reino Unido (46), Estados Unidos (47) e Austrália (9) estabeleceram padrões de nomenclatura dos alimentos, permitindo que os diversos profissionais que atuam em disfagia utilizem os mesmos termos.

A proposta australiana de padronização (9) apresenta três níveis de classificação para líquidos engrossados e três níveis para alimentos sólidos modificados. A proposta foi constituída a partir de uma pesquisa nacional, com o apoio da Associação Dietética da Austrália e da Associação Australiana de Fonoaudiologia, por meio da participação de centenas de clínicos os quais ajudaram a formular as classificações apresentadas. A escala

foi desenvolvida em consenso entre as associações de dietética e fonoaudiologia e atualmente seu uso é recomendado pelas duas instituições em toda Austrália (9).

Uma vez que não se encontra uniformização da nomenclatura presente na literatura nacional para a realidade brasileira, o estudo australiano foi selecionado para ser utilizado como base para análise e comparação dos dados deste estudo. Esta escolha baseou-se na natureza interdisciplinar da proposta australiana, ao apresentar dados elaborados em conjunto por fonoaudiólogos e profissionais da nutrição, questão também em discussão neste estudo; além de apresentar um número de subdivisões de líquidos engrossados e alimentos modificados compatíveis aos observados nos resultados do presente estudo e utilizar uma forma de nomeação dos alimentos também compatíveis com a realidade dos participantes do estudo.

Considerando a dificuldade no uso de uma terminologia comum aos alimentos e preparações utilizadas na terapêutica de pacientes disfágicos no Brasil, bem como as dificuldades de ordem clínica e acadêmica geradas por tal dificuldade, propõe-se este estudo.

### **III. OBJETIVOS**

Estudar o comportamento reológico e a terminologia dos alimentos utilizados pelos profissionais de nutrição e de fonoaudiologia de serviços de atendimento em disfagia do Estado de São Paulo em uma perspectiva interdisciplinar.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar o comportamento reológico dos alimentos de acordo com a preparação referida pelos nutricionistas e fonoaudiólogos participantes do estudo.
- Comparar a terminologia utilizada pelos profissionais nutricionistas e fonoaudiólogos de um mesmo serviço de atendimento em disfagia.
- Comparar a terminologia utilizada pelos profissionais fonoaudiólogos de diferentes serviços com a proposta australiana de classificação.
- Comparar a terminologia utilizada pelos profissionais nutricionistas de diferentes serviços de atendimento em disfagia com a proposta australiana de classificação.

#### IV.

#### REVISÃO DE LITERATURA

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (10) a expectativa de vida ao nascer no Brasil é de 71,3 anos para ambos os sexos. Ao comparar tal dado com o de outros 192 países, o Brasil alcança apenas a 86ª posição no ranking da ONU (10). Porém, em 1980 a expectativa de vida brasileira era de 62,5 anos, indicando um aumento médio de 8,8 anos na população em apenas 23 anos.

A maior expectativa de vida, que está relacionada ao desenvolvimento tecnológico na área da saúde, a realização de diagnósticos precoces, ao aumento da infraestrutura de saneamento básico e saúde, entre outros fatores, gera maior incidência de doenças neurológicas uma vez que elas são mais frequentes a partir da quinta década de vida. A disfagia orofaríngea, alteração no processo de deglutição, é um sintoma comum em alterações neurológicas (11). Estima-se que quase 100% dos pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica apresentem sintomas disfágicos, assim como, entre 52 a 82% dos pacientes com Doença de Parkinson, além de cerca de 44% dos pacientes com Esclerose Múltipla e 84% dos pacientes com Doença de Alzheimer (12.). Além disso, a disfagia ocorre no processo normal de envelhecimento de cerca de 60% dos idosos institucionalizados, segundo dados de pesquisas internacionais (13).

A avaliação de pacientes disfágicos deve ser realizada por uma equipe interdisciplinar por meio de métodos clínicos e exames objetivos (videofluoroscopia, videoendoscopia e manometria), os quais se têm mostrado complementares (14,15). Após a avaliação inicial é possível determinar as necessidades específicas do paciente e planejar interdisciplinarmente estratégias que garantam uma ingestão segura e eficaz.

Tanto durante a avaliação clínica como na realização de exames objetivos são oferecidos alimentos com diferentes características uma vez que o padrão de deglutição se altera (16,17,18,19).

As principais complicações causadas pela disfagia orofaríngea são: desnutrição, desidratação e complicações pulmonares geradas por aspiração laringotraqueal, a qual pode levar ao desenvolvimento de pneumonias e à morte. Uma vez que o paciente disfágico apresenta prejuízos em aspectos médicos, nutricionais, respiratórios e muitas vezes emocionais e sociais, torna-se fundamental a atuação em conjunto de diversos profissionais para que todas as demandas do paciente sejam atendidas.

#### **4.1 INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DISFAGIA**

Atualmente a atuação interdisciplinar tem sido amplamente discutida no contexto das práticas em saúde. Saupe e colaboradores (20) enfatizam que a interdisciplinaridade, no contexto atual da saúde, contempla:

... o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde (20).

Observa-se na literatura que a atuação interdisciplinar está se tornando cada vez mais real no campo da saúde, através de propostas práticas realizadas pelos profissionais, as quais incluem desde reuniões de equipes para discussões de casos a alterações curriculares nas faculdades de medicina (5,6,7,21). Dessa forma, o trabalho interdisciplinar mostra-se

fundamental para melhor elaboração do planejamento terapêutico, além de permitir uma visão ampla das necessidades do sujeito, uma vez que proporciona a busca de soluções em conjunto, respeitando os núcleos de atuação específicos (22).

Garcia e colaboradores (5) realizaram 44 entrevistas com estudantes e profissionais da área da saúde a respeito do trabalho interdisciplinar. As principais dificuldades apontadas pelos entrevistados foram relativas: à fragmentação dos saberes e práticas, o desconhecimento e preconceito acerca dos campos e núcleos das profissões da saúde e à falta de integração entre cursos durante a graduação.

Em relação ao desconhecimento sobre as diferentes profissões da saúde, cabe destacar que para que o trabalho interdisciplinar obtenha sucesso é necessário conhecimento dos membros da equipe sobre os procedimentos realizados pelos demais profissionais e a linguagem específica de cada profissão, ou seja, os termos, os “jargões”, usados em cada área, como afirma Krieger (23). Quando a equipe não estabelece uma linguagem em comum o processo terapêutico do paciente pode ser prejudicado.

Na área da disfagia é consenso o trabalho interdisciplinar uma vez que o paciente disfágico apresenta prejuízos em vários aspectos. Dessa forma, para que as demandas do paciente sejam atendidas pressupõe-se o trabalho interdisciplinar, fator comum defendido na literatura nacional e internacional (2,3,4). A equipe que atua em disfagia deve ser composta por profissionais de diferentes áreas incluindo médicos de diferentes especialidades (otorrinolaringologistas, cirurgiões, neurologistas, gastroenterologistas, geriatras, radiologistas, entre outros), enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros.

Clavé e colaboradores (24) afirmam que exemplos de equipes de atuação em disfagia apontam que a formação de base dos profissionais não é tão relevante para o

sucesso da equipe quanto a capacitação do grupo como um todo para dar cobertura às necessidades terapêuticas e de diagnóstico de tais pacientes, atuando por meio de critérios comuns. Os mesmos autores sugerem quatro objetivos principais das equipes de disfagia: identificar o paciente disfágico, identificar a etiologia da disfagia propondo tratamentos específicos, caracterizar a deglutição orofaríngea e definir a melhor estratégia terapêutica. A definição de uma estratégia terapêutica interdisciplinar adequada depende, como apresentado pelo autor, de um consenso entre profissionais em relação a utilização de critérios em comum pela equipe, podendo abranger a questão da terminologia utilizada pela equipe.

Dentro da perspectiva interdisciplinar, cabe ao fonoaudiólogo o gerenciamento da comunicação e da deglutição de forma segura e eficaz, buscando a melhor qualidade de vida para o paciente (25).

De acordo com o Conselho Federal de Fonoaudiologia, em sua Resolução número 356/08 (1), na atuação relacionada ao processo de deglutição é papel do fonoaudiólogo:

- orientar a equipe na identificação de pacientes com risco para disfagia;
- avaliar, classificar e diagnosticar alterações fonoaudiológicas da deglutição;
- realizar tratamento – habilitação, reabilitação, compensação, adaptação e gerenciamento dos distúrbios de deglutição;
- prescrever a consistência alimentar, o volume, o ritmo de oferta, os utensílios, as manobras e posturas necessárias para administração da dieta via oral de forma segura;
- realizar as intervenções necessárias junto ao indivíduo com disfagia orofaríngea, mensurando a eficácia dos procedimentos, para que o mesmo possa minimizar, compensar ou adaptar-se às dificuldades de deglutição;

- colaborar, junto à equipe, na indicação de colocação e de retirada da via alternativa de alimentação, quando classificado o risco da alimentação via oral;
- elaborar e conduzir os procedimentos relativos à oferta da dieta, manobras compensatórias e técnicas posturais durante o exame de videoendoscopia da deglutição ou videofluoroscopia da deglutição, realizar análise e laudo funcional da deglutição orofaríngea;
- realizar e analisar os dados provenientes da eletromiografia de superfície, ausculta cervical, entre outros exames coadjuvantes à avaliação e ao tratamento dos distúrbios da deglutição;
- realizar, quando necessário, procedimentos de limpeza das vias aéreas superiores antes, durante e/ou após a execução de procedimentos fonoaudiológicos;
- gerenciar programas de reabilitação dos distúrbios da deglutição e definir indicadores apropriados de qualidade para controle dos resultados;
- atuar como perito e/ou como auditor em situações nas quais esteja em questão o processo de deglutição normal ou alterado;
- conduzir pesquisas relacionadas à atuação na área da disfagia orofaríngea para benefício da assistência à comunidade e do ensino profissional.

O papel do nutricionista e nutrólogos na equipe é fundamental para promover a adequação da dieta em termos calóricos e de hidratação dentro das possibilidades de ingestão segura avaliada pelo fonoaudiólogo. Segundo Cardoso (26), dietas com exclusão de alimentos trazem diversos riscos nutricionais ao sujeito pela deficiência de macro e micronutrientes. Dessa forma, a avaliação nutricional abrangendo também uma avaliação social, a fim de verificar as possibilidades de aquisição dos alimentos sugeridos além de hábitos culturais, torna-se fundamental na adequação da dieta de pacientes disfágicos.

Como relatado, na equipe interdisciplinar de disfagia os profissionais que atuam mais diretamente com as alterações na dieta e, conseqüentemente, com as diferentes viscosidades dos alimentos são o fonoaudiólogo e o nutricionista.

As dificuldades encontradas no trabalho interdisciplinar em disfagia não são diferentes das encontradas em outras áreas do conhecimento. A ausência de termos em comum entre os profissionais da equipe pode ser um fator que prejudica a atuação direta com os pacientes. Especificamente em relação as diferentes viscosidades utilizadas nas intervenções com disfágicos, não há uniformidade da nomenclatura nem mesmo entre os fonoaudiólogos no Brasil. Na prática clínica observam-se diferentes termos para designar as consistências alimentares, dentre eles: líquido, líquido grosso, líquido engrossado, pastoso, pastoso fino, pastoso grosso, mingau, mingau fino, mingau grosso, purê, sólido, entre outros.

#### **4.2 A IMPORTÂNCIA DAS DIFERENTES VISCOSIDADES NO PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO.**

A deglutição é um processo dinâmico relacionado à manutenção da vida por meio da ingestão e absorção de nutrientes adequados para o funcionamento do organismo (27).

É dividida didaticamente em quatro fases de acordo com a região em que o fenômeno se desenvolve. A fase preparatória oral é o estágio voluntário que engloba a preparação do bolo alimentar. A fase oral caracteriza-se pela propulsão do bolo, seguida pela fase faríngea descrita por uma seqüência ordenada de eventos motores que resultam no fechamento da nasofaringe (elevação do palato mole) e das vias respiratórias (elevação e anteriorização do osso hióide, abaixamento da epiglote e fechamento das cordas vocais). A quarta fase é a esofágica que tem início com a abertura do esfíncter esofágico superior e

segue com a contração da musculatura esofágica no sentido crânio-caudal direcionando o bolo alimentar ao esôfago (28).

Costa (29) apresenta a descrição do processo de deglutição por meio do conceito de bomba pressórica. O autor divide o processo de deglutição em três fases (oral, faríngea e esofágica), subdividindo a primeira fase em quatro estágios (preparo, qualificação, organização e ejeção).

O preparo é definido como a mastigação e insalivação do bolo, seguido pelo estágio de qualificação que compreende a identificação das características físico-químicas do bolo a ser deglutido (29). Em seguida, o bolo é posicionado no dorso da língua (estágio de organização) sendo iniciada sua ejeção, último estágio da fase oral, através do ajustamento das paredes bucais e projeção posterior da língua. A pressão propulsiva gerada pela ejeção conduz o bolo para a faringe dando início ao movimento de contração da musculatura constritora da faringe no sentido crânio-caudal. A diferença de pressão gerada no processo faz com que o bolo siga pela laringofaringe em direção ao esôfago (30).

Neste estudo, cabe destacar o estágio de qualificação no qual são identificadas as características físicas e químicas do bolo, incluindo seu volume e viscosidade. Uma vez que há integração e interdependência entre cada etapa do processo de deglutição, as características reológicas do bolo alimentar (viscosidade, densidade, textura) tornam-se fatores fundamentais na determinação da geração de pressão propulsória que irá promover o deslocamento do bolo durante o processo de deglutição (31,32).

Kendall e colaboradores (33,34,35) realizaram estudos que destacam a influência das características do bolo no processo de deglutição. Os autores destacam que durante o processo de deglutição normal são realizados ajustes motores que permitem acomodar o alimento de acordo com suas características de volume, viscosidade e temperatura.

A textura do bolo influencia ainda no processo e no tempo de mastigação, promovendo uma organização distinta do bolo na língua dependendo do alimento a ser ingerido (36).

Especificamente em relação à viscosidade, Corbin-Lewis e colaboradores (37) apontam um resumo dos aspectos apresentados na literatura atual. Os autores destacam a “flexibilidade” da organização dos componentes da deglutição na adaptação às características do bolo em processos de deglutição normal. O bolo sólido ou semi-sólido apresenta seu deslocamento pela faringe em uma única coluna e maior duração dos estágios de transição entre as fases da deglutição e do trânsito faríngeo, quando comparado ao líquido. Já bolos mais viscosos que o líquido apresentam aumento do número de deglutições, aumento do tempo de trânsito orofaríngeo e maior força e pressão para propulsão.

Don-Kyu e colaboradores (38) avaliaram a deglutição de líquido, banana, tofu e bolacha de 14 indivíduos saudáveis e encontraram diferenças significativas na mobilidade do osso hióide, abertura do esfíncter esofágico superior e na atividade muscular durante a deglutição de alimentos de características reológicas diferentes.

Por promoverem alterações no processo de deglutição, mudanças nas características do bolo são utilizadas como estratégias de reabilitação para pacientes disfágicos, em associação ou não com demais técnicas, como estimulações neuromusculares, alterações sensoriais, alterações posturais e manobras (39).

Quanto à mudança do volume e viscosidade do bolo, estudos apontam que, em pacientes com disfagia neurogênica, o aumento da viscosidade e a diminuição do volume reduzem os episódios de penetração e aspiração laringotraqueal. Clave e colaboradores (40) observaram maior prevalência de penetrações e aspirações com líquidos, sendo que a

mesma decaiu com o aumento da viscosidade do líquido. Mazzini e colaboradores (41) destacam a importância de modificar a viscosidade de líquidos por meio de espessantes a fim de diminuir os riscos de penetração e aspiração em pacientes com esclerose lateral amiotrófica.

É importante destacar que as estratégias de intervenção referentes a alterações nas características bolo alimentar devem ser determinadas após avaliações específicas, considerando as alterações sensoriais e musculares geradas em cada quadro pela doença de base que promovem diferentes alterações no processo de deglutição.

#### **4.3 REOLOGIA E DISFAGIA**

A reologia é a ciência que estuda as propriedades mecânicas que determinam o escoamento dos materiais quando são aplicadas forças externas (42), ou seja, quando forças são aplicadas sobre certos materiais, chamados fluidos reais, eles se deformam e escoam. O comportamento reológico dos fluidos é influenciado por sua composição e está relacionado com propriedades de concentração, temperatura, pH e maturação (42).

A viscosidade é uma das características reológicas de um fluido e é definida como a taxa de fluxo por unidade de força (43), ou seja, é a resistência, o atrito, de um fluido ao fluxo (taxa na qual uma vitamina é sugada em um canudo, por exemplo). Sua medida é apresentada em centipoises (gramas/centímetro/segundo - cP).

Ao se espalhar margarina no pão, por exemplo, aplica-se uma força inicial na mão (tensão de deformação inicial) e em seguida se permanece espalhando a margarina com determinada força (tensão de cisalhamento) para que o fluido permaneça escoando a uma certa velocidade (taxa de cisalhamento). Dessa forma, a viscosidade de um fluido está relacionada à força e a taxa de cisalhamento aplicadas (43).

Os fluidos são divididos em Newtonianos e não-Newtonianos de acordo com suas propriedades de escoamento. Os fluidos Newtonianos possuem uma única viscosidade em determinada temperatura independentemente da força aplicada, são eles óleos, leite, vinho, refrigerantes, mel, suco de uva, de maçã, entre outros. Os fluidos não-Newtonianos têm sua viscosidade dependente de fatores como tempo, temperatura e concentração de determinadas substâncias são exemplos, tintas, amido de milho em água, geléias e alimentos em geral (43).

A viscosidade não é a única característica do fluido a ser considerada na análise de seu comportamento reológico uma vez que fluidos não-newtonianos sofrem interferência de demais fatores. Cichero (8) destaca a importância de considerar, além da viscosidade, os fatores de densidade, força de deformação do alimento e elasticidade na análise do comportamento reológico.

Internacionalmente são mais frequentes que no Brasil estudos que analisam as características reológicas dos alimentos e sua influência no processo de deglutição (44,45). Ao classificar os alimentos segundo suas características reológicas é possível estabelecer um padrão uniforme de nomenclatura. Reino Unido (46), Estados Unidos (47) e Austrália (9) são países que apresentam terminologia unificada para a classificação dos alimentos, embora suas propostas sejam diferentes entre si (8).

Atherton e colaboradores (9) realizaram a uniformização da nomenclatura de líquidos engrossados e da textura de alimentos sólidos modificados na Austrália e encontraram, no momento inicial da pesquisa, 39 termos para definir líquidos engrossados. Tais dados evidenciam que as dificuldades encontradas na realidade brasileira eram comuns a outros países no momento inicial de suas discussões sobre o tema.

A proposta australiana para nomenclatura dos líquidos apresenta três níveis de classificação de líquidos engrossados: nível 150 – ligeiramente espesso, nível 400 – moderadamente espesso e nível 900 – extremamente espesso. A classificação utilizada no Reino Unido (46) faz uso de quatro estágios de classificação: líquidos naturalmente engrossados, líquidos engrossados fase 1, líquidos engrossados fase 2 e líquidos engrossados fase 3

A escala numérica proposta na classificação australiana é uma referência aos níveis de viscosidade dos alimentos que compõem aquela faixa de classificação. Os autores esclarecem que o nível de viscosidade proposto não é específico de cada alimento, mas sim uma faixa de classificação baseada em medidas de produtos comerciais (9). A escala numérica utilizada na classificação do Reino Unido indica um maior espessamento do líquido quanto maior a numeração que o descreve (46).

A proposta americana apresentada pela American Dietetic Association (47) baseia sua padronização de líquidos engrossados de acordo com a medição da viscosidade dos diferentes parâmetros alimentares. São classificados em: líquido (10 – 50cP), néctar (51-350cP), mel (350 – 1750cP) e pudim (acima de 1750cP). Diversos protocolos internacionais propõem a utilização das consistências líquida, néctar, mel e pudim, seguindo a proposta da ADA, o que permite aos profissionais que aplicarão o protocolo seguir os mesmos parâmetros (12,17,48,49,50).

As três propostas citadas acima apresentam ainda uma segunda classificação específica para sólidos, dividindo-os em categorias de acordo com o textura do alimento. Na classificação australiana (9) são consideradas três diferentes texturas (A – Alimentos Macios; B – Alimentos Picados e úmidos e C- Alimentos não modificados), na

classificação do Reino Unido (46) cinco (textura A, B, C, D, E) e na americana (47) três texturas (entre 1 e 2,5cm ; 0,6cm e purê).

A elaboração de uma terminologia unificada baseada na classificação dos alimentos segundo suas características reológicas é imprescindível para a adequação do planejamento terapêutico interdisciplinar em disfagia, bem como para o aprimoramento de pesquisas na área. Nas palavras de Benveniste (51):

A constituição de uma terminologia própria marca, em toda ciência, o advento ou o desenvolvimento de uma conceitualização nova, assinalando, assim, um momento decisivo de sua história. Poder-se-ia mesmo dizer que a história particular de uma ciência se resume na de seus termos específicos. Uma ciência só começa a existir ou consegue se impor na medida em que faz existir e em que impõe seus conceitos, através de sua denominação. Ela não tem outro meio de estabelecer sua legitimidade senão por especificar seu objeto denominando-o, podendo este constituir uma ordem de fenômenos, um domínio novo ou um modo novo de relação entre certos dados. O aparelhamento mental consiste, em primeiro lugar, de um inventário de termos que arrolam, configuram ou analisam a realidade. Denominar, isto é, criar um conceito, é, ao mesmo tempo, a primeira e última operação de uma ciência (51).

## V. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob número 236/2008.

### 5.1 CONSTITUIÇÃO DO *CORPUS*

O *corpus* deste estudo é formado por 18 profissionais de fonoaudiologia e 06 profissionais de nutrição que atuam em serviços de atendimento em disfagia no estado de São Paulo. Entende-se neste estudo por ‘serviços de atendimento em disfagia’ locais (hospitais, clínicas, empresas de home care, entre outros) que oferecem a atenção de diferentes profissionais para pacientes disfágicos, seja por meio de uma equipe multi ou interdisciplinar.

Foram convidados a participar do estudo 60 profissionais, sendo 30 fonoaudiólogos e 30 nutricionistas que atuam em conjunto, representando assim 30 serviços de atendimento de pacientes disfágicos do estado de São Paulo. Dos 60 questionários enviados, retornaram 24 respostas (40%), sendo 18 questionários de fonoaudiólogos e 06 questionários de nutricionistas. Cabe colocar que um dos nutricionistas atua juntamente com 03 diferentes equipes, portanto embora o número de nutricionistas seja 06, o número total de equipes analisadas foi de 08. Dessa forma, das 30 equipes convidadas a participar do estudo, apenas 08 equipes apresentaram participação do fonoaudiólogo e do nutricionista e as demais foram representadas apenas pelos fonoaudiólogos.

Os profissionais foram convidados pessoalmente ou via correio eletrônico a responder ao questionário da pesquisa. Após a entrega do questionário a um dos profissionais da equipe (fonoaudiólogo ou nutricionista), foi solicitado que o mesmo

enviasse o contato do colega de equipe para a responsável pelo presente estudo convidá-lo a participar.

Foram determinados como critérios de inclusão:

- ser fonoaudiólogo e atuar em um ou mais serviços de atendimento em disfagia;
- ser nutricionista e atuar em um ou mais serviços de atendimento em disfagia.

Como critério de exclusão foi determinado o não cumprimento dos critérios acima.

## **5.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionários (APÊNDICES 1 e 2) com os profissionais de fonoaudiologia e nutrição de serviços de atenção em disfagia no estado de São Paulo. Todos os profissionais participantes previamente concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3).

O primeiro passo para a elaboração do questionário consistiu na realização de uma pesquisa exploratória sobre o tema. O objetivo da pesquisa exploratória é elaborar um instrumento adequado para a população em estudo, verificando se o mesmo oferece as respostas às questões do pesquisador. Dessa forma, sua principal função é corrigir os vieses do pesquisador em relação à realidade daquela população (52).

No presente estudo, a pesquisa exploratória foi realizada com três fonoaudiólogos e um nutricionista que responderam aos questionários iniciais e levantaram dúvidas e dificuldades quanto às questões. A análise das respostas dos profissionais permitiu identificar questões que não estavam apontando para o conteúdo esperado bem como termos inadequados para os objetivos preteridos. As questões que geraram dúvidas foram reformuladas por meio da mudança de alguns termos, inserção de exemplos e alteração da

forma de apresentação (pergunta aberta X múltipla escolha). Os sujeitos que participaram do estudo piloto não fazem parte do *corpus* desse estudo.

Após as alterações iniciais os questionários foram reaplicados com outros profissionais e a análise demonstrou que os mesmos atendiam aos objetivos do estudo. As questões finais dos questionários abordam: os alimentos utilizados nos procedimentos com pacientes disfágicos e a terminologia utilizada pelas equipes para designá-los, bem como permitem verificar a percepção dos profissionais sobre a atuação interdisciplinar em sua equipe (APÊNDICES 1 e 2).

Os questionários foram, em sua maioria, enviados por correio eletrônico, juntamente com uma carta convite que esclarecia os objetivos do estudo (APÊNDICE 4), ou ainda entregues pessoalmente. As respostas foram recebidas em maior número por correio eletrônico, correio e, em menor número, via contato telefônico.

Günther (53) destaca as vantagens da realização de pesquisas via correio eletrônico (e-mail survey). O autor aponta que, para populações que têm acesso a e-mail, esse instrumento é de grande potencial, pois é rápido, de baixo custo, e permite a padronização das perguntas e sua transcrição. Graeml e Csillag (54) relatam a aplicação de um questionário de pesquisa quantitativa enviado por e-mail e concluem que a velocidade de resposta, a taxa de retorno e o custo foi significativamente melhor quando comparado com o procedimento de envio de questionários pelo correio. No presente estudo observou-se maior agilidade nas respostas enviadas por correio eletrônico e maior dificuldade nos retornos dos questionários realizados via telefone.

### 5.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

As respostas dos questionários foram organizadas e tabuladas de acordo com os objetivos de cada questão.

As preparações referidas nos questionários foram reproduzidas em laboratório e analisadas por meio de reômetro na taxa de cisalhamento de 30rpm em temperatura ambiente. A reprodução permitiu classificar os alimentos por meio da medição de suas unidades de viscosidade (centipoises – cP), estabelecendo medidas quantitativas objetivas para a análise dos dados. A classificação baseada em medidas mensuráveis permitiu uma análise criteriosa dos dados, agrupando os diferentes alimentos citados pelos participantes do estudo em faixas objetivas de padronização.

A identificação da viscosidade dos alimentos citados permitiu dividi-los em faixas de viscosidade próximas, estabelecendo níveis de classificação. Foi possível observar o número de níveis de classificação comumente utilizados pelos fonoaudiólogos e nutricionistas do estudo.

Os termos utilizados pelos profissionais para nomear cada nível de classificação dos alimentos foi especificado, sendo possível verificar o número de termos propostos para cada nível, bem como as semelhanças e diferenças entre os termos.

O último passo consistiu na divisão dos alimentos citados de acordo com a proposta australiana de classificação (9) e na comparação entre os termos observados no estudo e a proposta dos profissionais da Austrália. O estudo australiano é apresentado em diversas fases descritas detalhadamente, com participação ativa dos profissionais que atuam diretamente com a população. A proposta australiana foi elaborada e atualmente é consenso entre as organizações de classe de fonoaudiólogos e nutricionistas daquele país.

Optou-se por utilizar a classificação australiana por ser a proposta com um número de subdivisões que contempla os alimentos citados pelos profissionais participantes do estudo. A forma de nomeação de cada nível de classificação e o fato do estudo australiano ser apresentado em uma perspectiva interdisciplinar foram fatores que vieram ao encontro das necessidades deste estudo. A proposta australiana apresentou-se como ferramenta fundamental para as análises e comparações realizadas neste estudo.

## VI. RESULTADOS

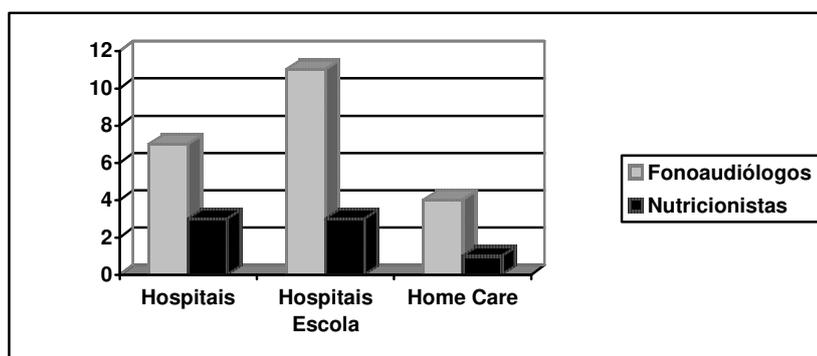
Os dados referentes à caracterização dos sujeitos encontram-se no quadro 1:

Quadro 1: Caracterização dos profissionais fonoaudiólogos e nutricionistas de acordo com tempo e local de atuação, população atendida e classificação da disfagia.

PROFISSIONAL		FONO		NUTRI		TOTAL	
NÚMERO e % DE SUJEITOS		n = 18	%	n = 06	%	n = 24	%
Tempo de Atuação	1 a 5 anos	6	33,3	4	66,6	10	41,6
	5 a 10 anos	4	22,2	1	16,6	5	20,8
	mais de 10 anos	8	44,4	1	16,6	9	37,5
Local de Atuação	Hospitais	7	38,8	3	50	10	41,6
	Hospitais Escola	11	61,1	3	50	14	58,3
	Home Care	4	22,2	1	16,6	5	20,8
Estágios de Vida	RN e crianças	7	38,8	0	0	7	29,1
	Adultos e idosos	13	72,2	6	100	19	79,1
Disfagia Atendida	Mecânica	9	50	3	50	12	50
	Neurogênica	14	77,7	3	50	17	70,8

Os valores totais e percentuais apresentados no quadro 1 são superiores ao número total de cada profissão (n), pois o mesmo profissional pode atuar em diferentes locais e com diferentes populações. Observa-se maior concentração de atuação dos profissionais em hospitais escolas, conforme aponta o gráfico 1:

Gráfico 1: Local de atuação dos profissionais fonoaudiólogos e nutricionistas nos serviços de disfagia.



No que se refere à atuação interdisciplinar nas equipes de atenção á disfagia os resultados foram os seguintes:

Quadro 2 : Características da equipe interdisciplinar de acordo com o tipo de trabalho, presença de dificuldade e caracterização dos profissionais.

<b>PROFISSIONAIS</b>		<b>FONO</b>		<b>NUTRI</b>		<b>TOTAL</b>	
<b>NÚMERO e % DE SUJEITOS</b>		<b>n = 18</b>	<b>%</b>	<b>n = 06</b>	<b>%</b>	<b>n = 24</b>	<b>%</b>
Atua em Equipe	Sim	11	61,1	5	83,3	16	66,6
	Não	5	27,7	1	16,6	6	25
	Não respondeu	2	11,1	0	0	2	8,3
Dificuldade na Equipe	Sim	14	77,7	1	16,6	15	62,5
	Não	4	22,2	5	83,3	9	37,5
	Não respondeu	0	0	0	0	0	0
Profissionais da Equipe	Médicos	18	100	6	100	24	100
	Enfermeiros	14	77,7	6	100	20	83,3
	Psicólogos	11	61,1	4	66,6	15	62,5
	Ass. Social	10	55,5	2	33,3	12	50
	Fisioterapeuta	8	44,4	1	16,6	9	37,5
	Outros	6	33,3	0	0	6	25

Observa-se que dos 24 sujeitos, 16 profissionais (66,6%) relataram atuar em equipe interdisciplinar, 06 sujeitos (25%) não identificaram atuação interdisciplinar em sua prática e 02 fonoaudiólogos não responderam à questão.

Em relação aos profissionais que atuam interdisciplinarmente, foi questionado aos participantes a rotina de atendimento de suas equipes, ou seja, por quais profissionais o paciente é atendido rotineiramente. A principal rotina citada por fonoaudiólogos (05) envolve médicos, fonoaudiólogos e nutricionistas. Na segunda rotina mais citada (03 fonoaudiólogos) participa um maior número de profissionais (médicos – enfermeiros - fisioterapeutas – fonoaudiólogos – nutricionistas – psicólogos – assistente sociais), sendo que a rotina que envolve o menor número de profissionais prevê a atuação apenas de médicos e enfermagem.

Os nutricionistas participantes desse estudo citaram que em seus locais de atuação a rotina de atendimento sempre envolve médicos e enfermeiros seguidos dos demais profissionais. A rotina mais citada por esse grupo (02 nutricionistas) envolve: médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e nutricionistas.

Foi questionado aos nutricionistas quem é o profissional responsável pela orientação da dieta aos pacientes em sua prática clínica. Os resultados apontaram:

Quadro 3 – Atribuição de orientação da dieta segundo os nutricionistas

<b>NÚMERO e % DE SUJEITOS</b>		<b>TOTAL</b>	
		<b>n = 06</b>	<b>%</b>
Orientação da Dieta	Nutricionista	3	50
	Fonoaudiólogo	1	16,6
	Nutricionista e Fonoaudiólogo	2	33,3

Aos fonoaudiólogos foi questionado se, em algum momento da prática clínica, encontraram dificuldades no encaminhamento de pacientes aos demais profissionais devido a não uniformização da nomenclatura dos alimentos. As respostas apontaram:

Quadro 4: Dificuldades em encaminhamentos pela ausência de padronização da nomenclatura

<b>NÚMERO e % DE SUJEITOS</b>		<b>TOTAL</b>	
		<b>18</b>	<b>%</b>
Dificuldades com Nomenclatura	Sim	14	77,7
	Não	4	22,2
	Não Respondeu	0	0

Dos quatro participantes que referiram não ter encontrado dificuldades, três destacaram que nos encaminhamentos realizados descrevem os alimentos utilizados para evitar interpretações equivocadas.

Os alimentos referidos pelos fonoaudiólogos e nutricionistas em seus questionários tiveram seu comportamento reológico analisado em laboratório e em seguida foram classificados no padrão australiano. Os resultados foram os seguintes:

Quadro 5 – Análise do comportamento reológico e classificação dos alimentos segundo o padrão australiano.

<b>ALIMENTO CITADO</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO AUSTRÁLIA</b>	<b>MEDIDA (Cp)</b>
Água	Líquido	2
Suco de manga	Nível 150 – Ligeiramente espesso	150
Iogurte	Nível 400 – Moderadamente espesso	800
Sobremesa tipo Danoninho	Nível 900 – Extremamente espesso	8400
Danete	Nível 900 – Extremamente espesso	13000
Mingau	Nível 900 – Extremamente espesso	2000
Sopa de legumes batida	Nível 900 – Extremamente espesso	3000
Purê	Nível 900 – Extremamente espesso	4000
Pudim	Alimento macio	4800
Sopa amassada	Alimento macio	>7000
Bolacha amolecida no leite	Alimento picado e úmido	
Arroz, feijão, pão, carne	Alimentos não modificados	

A terminologia utilizada pelos fonoaudiólogos para designar as diferentes viscosidades de líquidos e texturas dos alimentos sólidos foi comparada com a terminologia sugerida pela proposta australiana, tendo por critério de referência a preparação dos alimentos. O resultado apontou:

Quadro 6 – Terminologia utilizada pelos fonoaudiólogos para classificação de líquidos engrossados em comparação com a proposta australiana

ALIMENTO	TERMINOLOGIA		Total
	AUSTRÁLIA	FONO	
Água, Suco	líquido	Líquido	8
		Líquido Ralo	4
		Líquido Fino	2
Suco de 2 frutas,		Líquido Engrossado	6
		Líquido Pastoso	3
Suco de manga,		Líquido Pastoso	
		Homogêneo	1
Suco de mamão	ligeiramente espesso	Líquido Espessado	1
		Líquido Grosso	1
Iogurte		Líquido xarope	1
		Pastoso Fino	1
		Vitamina	1
		Bliss	1
Sopa liquefeita, Vitamina, Papa	moderadamente espesso	Líquido Engrossado	1
		Líquido Pastoso	
		Homogêneo	1
		Líquido Pastoso	2
		Pastoso Homogêneo Fino	1
		Pastoso Fino	6
		Pastoso Homogêneo	2
		Vitamina	1
Sopa batida, Mingau, Sobremesa tipo Danoninho, Purê de legumes	extremamente espesso	Cremoso	1
		Danete	1
		Pastoso	4
		Pastoso homogêneo	3
		Pastoso grosso	5
		Pastoso homogêneo grosso	1
		Pastoso engrossado	1
		Pastoso médio	1
		Pastoso Liquidificado	1
		Mingau	1
Danoninho	1		
		Semi-sólido pastoso	1

Quadro 7 – Terminologia utilizada pelos fonoaudiólogos para classificação dos alimentos em comparação com a proposta australiana

ALIMENTOS	TERMINOLOGIA			TOTAL
	AUSTRALIA	FONOS		
Sopa com pedaços, Massas	alimentos macios	Pastoso grosso		1
		Pastoso heterogêneo		3
		Pastoso engrossado		1
		Semi-sólido		2
		Sólido amassado		1
		Sólido macio		1
Sólido		1		
Carne moída, frango desfiado	alimentos úmidos	picado e	Pastoso grosso	1
			Sólido amassado	1
			Sólido macio	1
			Semi-sólido	4
			Sólido em pedaços	1
Sólido		2		
Arroz, feijão, carne	alimentos modificados	não	Sólido	8
			Sólido duro	1
			Dieta geral	1

É possível observar que a nomenclatura utilizada pelos fonoaudiólogos é mais homogênea nos dois extremos da escala (líquido e sólido) sendo que nas demais consistências apresentam-se comumente graduações de líquido e pastoso ou ainda descrições de características específicas (fino, grosso, médio, homogêneo, heterogêneo).

Os fonoaudiólogos participantes utilizaram 33 diferentes termos para designar 07 classes de alimentos, segundo a proposta australiana. Foram utilizadas 08 graduações para o termo ‘líquido’ (ralo, fino, engrossado, pastoso, pastoso homogêneo, espessado, grosso, xarope), 09 para o termo ‘pastoso’ (fino, homogêneo, homogêneo fino, grosso, homogêneo grosso, engrossado, médio, liquidificado, heterogêneo) e 06 para ‘sólido’ (semi, amassado,

macio, duro, em pedaços, grosso). Os demais 06 termos indicam descrições comparativas do alimento sugerido e não graduações de um termo, como por exemplo, ‘vitamina’, ‘cremoso’ e ‘danete’.

É possível observar uma maior diversidade de termos na referência aos líquidos engrossados. A maior dificuldade de comunicação entre profissionais estabelece-se na interpretação da nomeação dos alimentos dessas faixas de viscosidade, classificadas como ‘ligeiramente’, ‘moderadamente’ e ‘extremamente espesso’ pela proposta australiana. As diferentes viscosidades de líquidos engrossados apresentaram-se como a maior fonte de dificuldades de interpretação entre profissionais. A descrição dos alimentos sólidos (macios, picados, umidificados) parece rapidamente esclarecer a que tipo de alimentos o profissional esta se referindo, facilitando a interpretação entre profissionais e pacientes.

Os profissionais de nutrição referiram os seguintes alimentos e terminologia:

Quadro 8 – Terminologia utilizada pelos nutricionistas para classificação dos alimentos em comparação com a proposta australiana.

ALIMENTO	TERMINOLOGIA		Total	
	AUSTRALIA	NUTRI	n = 06	%
Água, Suco	líquido	Líquido	3	50
Suco de 2 frutas	ligeiramente espesso	Cremosa	1	16,6
		Néctar		
		Líquida		
Suco de mamão, Iogurte, Vitamina	moderadamente espesso	Líquido	1	16,6
		Pastoso		
		Cremosa Mel		
		Cremosa		
		Dieta Leve		
Sopa batida, Purê de legumes, Purê de frutas, Sobremesa tipo Danoninho,	extremamente espesso	Dieta Pastosa	2	33,3
		Pastoso		
		Cremosa		
		Pudim		
		Pastosa		
Sopas com pedaços	alimentos macios	Liquidificada	1	16,6
		Dieta Papa I		
Arroz pastoso, carne moída, desfiada	alimentos picados e úmidos	Dieta Branda	1	16,6
		Dieta Pastosa		
Arroz, feijão, carne, verdura, legumes	alimentos não modificados	Dieta Branda	2	33,3
		Sólido		

A classificação da dieta apresentada por 2 dos nutricionistas analisados inclui café com leite em todas as classificações sendo que um deles também inclui a preparação de mingau em todas as classificações. Podê-se notar que a dieta foi proposta com foco nas questões relacionadas à absorção de nutrientes e não especificamente nas dificuldades trazidas pela disfagia orofaríngea uma vez que, dentro da mesma classificação da dieta, apresentam-se diferentes consistências.

Conforme pode ser observado no quadro 8 não existe uma terminologia padrão entre os profissionais de nutrição para realizar a classificação da dieta, assim como foi observado anteriormente entre os profissionais de fonoaudiologia (Quadros 6 e 7).

A análise seguinte relaciona a terminologia utilizada por fonoaudiólogos e nutricionistas que atuam na mesma equipe. Cabe destacar que em um dos serviços de atenção á disfagia o mesmo nutricionista atua com três diferentes equipes, dessa forma, embora o número de nutricionistas participantes da pesquisa seja 06, 08 equipes serão analisadas.

Quadro 9 – Comparação da terminologia utilizada em cada equipe tendo por referência a preparação dos alimentos

EQUIPE 1		EQUIPE 2		EQUIPE 3		EQUIPE 4		EQUIPE 5		EQUIPE 6		EQUIPE 7		EQUIPE 8	
F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N
		DLQ	DLQ	L	L	L	L		L	L	DLQ	L	DLQ	LF	
V				LE	L	LP	LP	B	CN					L ESP	L ESP
V		LE DPPI	DPPI	PF				D	CM	PH DPP I	DPP I	LPH	DPP I	CREM	CREM
M	DP	P DPP II	D PPII	PM		P	P	DN	CP	PH DPP II	DPP II	PH	DPP II		
	DL	SS DL	DL	PG	DL						DL	S A	DL	P LQ	P LQ
	DB	SS DP	DP		DP		SS				DP	S A	DP	SS	DP
	DG	S DG	DG	S	DG	S	S			S DG	DG	S			

Legenda: DLQ Dieta Líquida  
DL Dieta Leve  
DP Dieta Pastosa  
DB Dieta Branda  
DG Dieta Geral

DPP I Dieta Papa I  
DPP II Dieta Papa II  
L Líquido  
LP Líquido Pastoso  
LE Líquido Engrossado

P Pastoso  
PF Pastoso Fino  
PM Pastoso Médio  
PG Pastoso Grosso  
M Mingau

CN Cremosa Néctar  
CM Cremosa Mel  
CP Cremosa Pudim  
V Vitamina  
B Bliss

S Sólido  
SS Semi Sólido  
S A Sólido Amassado  
D Danete  
DN

Danoninho

O quadro 9 demonstra que das oito equipes analisadas quatro equipes (equipe 2, equipe 4, equipe 6 e equipe 8) utilizam termos comuns entre fonoaudiólogos e nutricionistas para nomear os diferentes alimentos utilizados em sua prática clínica. Cabe destacar que dentre as quatro equipes que utilizam linguagem em comum não estão as três em que o mesmo nutricionista atua.

Dos 18 fonoaudiólogos participantes, 08 referiram realizar rotineiramente exames objetivos em suas avaliações. Seis fonoaudiólogos realizam em sua prática clínica avaliação videoendoscópica da deglutição e referem utilizar durante o procedimento os mesmos alimentos utilizados na avaliação clínica. A avaliação videofluoroscópica é realizada rotineiramente por 06 dos fonoaudiólogos participantes do estudo. Os profissionais referem que utilizam os mesmos alimentos oferecidos na avaliação clínica, porém embebidos em bário. Cabe destacar que a somatória do número de profissionais que referem realizar avaliação videoendoscópica e videofluoroscópica é maior que 08 porque 04 profissionais têm acesso aos dois exames rotineiramente.

## VII. DISCUSSÃO

Conforme apresentado anteriormente, os participantes do estudo foram convidados a responder ao questionário desta pesquisa com a participação do fonoaudiólogo ou nutricionista de sua equipe. Durante a fase de convite dos profissionais foi observada dificuldade de comunicação entre fonoaudiólogos e nutricionistas que atuam na mesma equipe. Frequentemente o fonoaudiólogo não conhecia ou não tinha contato com o nutricionista de sua equipe (apenas realiza encaminhamentos dentro da instituição), assim como o nutricionista nem sempre se comunicava com o fonoaudiólogo. Dessa forma, houve diferença no número de participação dos profissionais de cada área.

A dificuldade de comunicação entre fonoaudiólogos e nutricionistas observada na fase de convite deste estudo evidencia possíveis dificuldades na atuação interdisciplinar, incluindo, problemas na comunicação entre os profissionais, um dos focos de análise desse estudo.

Em relação à caracterização da amostra o tempo de atuação dos profissionais na área de disfagia variou nas três classificações propostas, apresentando maior concentração entre 1 e 5 anos e acima de 10 anos de experiência na área. O grande número de participantes com 1 a 5 anos de experiência reflete um possível crescimento da demanda em disfagia tanto para a área de Fonoaudiologia quanto para Nutrição, uma vez que tais profissionais atuam em equipe.

Quanto ao local de atuação, a maioria dos nutricionistas e fonoaudiólogos participantes atua em hospitais e hospitais escola. A grande concentração de profissionais atuantes em locais de ensino justifica-se por serem tais hospitais os principais serviços de atendimento em disfagia no estado de São Paulo, além de terem como característica um maior foco em pesquisas, o que justifica sua ampla participação.

A população atendida pelas equipes participantes mostrou-se heterogênea (quadro 1). Os resultados indicam que uma mesma equipe atua com diferentes estágios de vida (crianças, adultos e idosos) e com diferentes diagnósticos de base e tipos de disfagia (mecânica e neurogênica). Tal dado evidencia a necessidade do aumento do número de equipes especializadas de disfagia nos hospitais participantes.

Conforme apresentados nos resultados, no que se refere à atuação interdisciplinar, a maioria dos profissionais relataram atuar em equipe, e 25% dos sujeitos não identificaram atuação interdisciplinar em sua prática. Entre os profissionais que não referiram atuar em interdisciplinarmente há apenas 01 nutricionista, sendo que o fonoaudiólogo de sua equipe também respondeu negativamente a questão. Tal dado sugere que nesta equipe em especial, embora atuem diferentes profissionais, não há interdisciplinaridade na prática clínica sendo caracterizada possivelmente uma equipe multidisciplinar.

A maioria dos profissionais participantes relatou dificuldades na atuação em equipe (62,5%). Tal dado pode ser relacionado com a dificuldade de comunicação entre os profissionais observada na fase de convite do estudo, indicando problemas de comunicação entre os profissionais participantes.

Foram apontadas diferentes rotinas de atendimento. Todos os colaboradores citaram que em seus serviços atuam médicos, fonoaudiólogos e nutricionistas, com diversos profissionais envolvidos direta e indiretamente. Cada serviço de atenção à disfagia representado no estudo estabelece uma rotina diferente de atendimento de acordo com os profissionais que compõem a equipe.

Especificamente aos nutricionistas foi questionado de quem era a atribuição da orientação da dieta ao paciente. Apenas 01 nutricionista relatou que a orientação é realizada em conjunto entre fonoaudiólogo e nutricionista, porém, dos 06 nutricionistas participantes,

04 referiram atuar sem dificuldades em equipe interdisciplinar, o que sugere que os casos devem ser discutidos em diferentes contextos e atribuição de funções de cada profissional é bem estabelecida.

Aos fonoaudiólogos foi questionado especificamente sobre possíveis dificuldades geradas pela ausência de uma nomenclatura padrão das viscosidades alimentares nos encaminhamentos realizados. Catorze fonoaudiólogos (77, 7%) apontaram problemas nos encaminhamentos. Tais dados indicam que o tema em discussão no presente estudo apresenta relevância para a prática clínica em disfagia uma vez que tem trazido dificuldades durante a intervenção. Quatro fonoaudiólogos (22,2%) não referiram dificuldades nos encaminhamentos, porém três deles destacaram que descrevem os alimentos orientados para evitar mal entendidos, fator que demonstra a preocupação dos profissionais com o tema tanto na troca de informações com os demais profissionais quanto em relação a possíveis prejuízos na orientação ao paciente.

A literatura aponta que a orientação ao paciente historicamente apresenta-se com caráter normativo desconsiderando as questões pessoais e sociais o que gera resistência ao seu cumprimento (55,56,57), especialmente quando envolve alterações na alimentação. A fim de efetivar as orientações no cotidiano dos pacientes, Castro e colaboradores (58) propõem disponibilizar cardápios com receitas acessíveis e realizar oficinas de culinária as quais proporcionam experiências sobre as relações entre alimentação, cultura e saúde. Tal proposta vem ao encontro das necessidades dos pacientes disfágicos.

Em relação à nomenclatura utilizada pelos profissionais foi possível observar diferenças entre os fonoaudiólogos e nutricionistas participantes e na comparação entre fonoaudiólogos e nutricionistas de uma mesma equipe. Neste estudo, profissionais de uma

mesma categoria e de diferentes categorias que atuam em uma mesma equipe apresentaram, em sua maioria, diferentes formas de nomear os mesmos alimentos.

A maioria dos fonoaudiólogos referiu utilizar alimentos de comportamento reológico similares (sopa batida e purê de legumes, por exemplo) em suas intervenções o que indica que estes profissionais realizam as avaliações e apresentam propostas de intervenções utilizando parâmetros muito próximos, embora apresentem termos diferentes para nomeá-los, o que pode gerar mal entendidos no processo de reabilitação. Durante a intervenção é necessário esclarecer tanto aos demais profissionais da equipe quanto aos pacientes em orientação a que tipo de alimentos o profissional está se referindo. Considerando que não há uma nomenclatura padronizada, o uso de exemplos de alimentos mostra-se como uma alternativa de fácil compreensão.

Cabe destacar que os mesmos alimentos foram citados tanto na realização de avaliações clínicas quanto de exames objetivos, indicando que nesta população independentemente da forma de avaliação, os parâmetros testados são os mesmos, excluindo-se a avaliação videofluoroscópica onde os profissionais referiram utilizar os alimentos embebidos em bário.

Quando à nomenclatura dos alimentos, os fonoaudiólogos utilizaram principalmente os termos líquido, pastoso e sólido. Os demais termos são, em sua maioria, graduações dos termos principais (líquido engrossado, pastoso fino, semi-sólido) ou ainda especificações do alimento (pastoso homogêneo ou heterogêneo). Tal dado demonstra que a estratégia de nomeação utilizada pelos participantes baseia-se principalmente na descrição da espessura dos líquidos, ou seja, utilizam graduações de um termo específico que evidenciam seu grau de espessamento. Essa estratégia de nomeação é a mesma utilizada pela proposta australiana de padronização da nomenclatura (9), a qual apresenta um termo principal, no

caso ‘espesso’, seguido de graduações (ligeiramente, moderadamente, extremamente) para classificação dos líquidos engrossados.

Os fonoaudiólogos do estudo apresentaram ainda 06 termos (cremoso, danete, danoninho, vitamina, bliss e mingau) que evidenciam como estratégia de nomeação a descrição/comparação do alimento com outro alimento de conhecimento geral. Tal estratégia aproxima-se da utilizada pela proposta americana de classificação de líquidos modificados (47) a qual também se baseia na comparação/descrição ao utilizar os termos ‘néctar’, ‘mel’ e ‘pudim’, podendo ser entendido o pareamento proposto na classificação como: ‘líquidos como mel’ ou ‘líquidos parecidos com mel’, por exemplo.

A estratégia de nomeação baseada na comparação de alimentos com outros de conhecimento geral apresenta-se como uma forma de fácil compreensão no momento de orientação da dieta. A comparação da textura de um determinado alimento com outro facilita a visualização de possíveis alimentos similares o que auxilia o processo de orientação aos cuidadores, na medida em que o profissional pode se referir a alimentos do cotidiano dos mesmos.

Para nomear sete diferentes classes de alimentos, segundo a proposta australiana (9), os fonoaudiólogos participantes utilizaram 33 termos enquanto os nutricionistas fizeram uso de 13 termos. Foi possível verificar que os mesmos termos se repetem em diferentes classificações, sendo essa questão a responsável pelas dificuldades de orientação e reprodutibilidade de pesquisas. A maior diversidade de termos ocorreu para a nomeação dos líquidos engrossados os quais foram apresentados por meio de 08 graduações do termo ‘líquido’ e 09 do termo ‘pastoso’, além de 06 termos descritivos. Tais dados são semelhantes aos relatados estudos internacionais (47,59,60,61) os quais encontraram grande diversidade de termos para a nomeação de um mesmo alimento nas fases anteriores a

padronização da nomenclatura na em seus países. A maior frequência de repetição de termos ocorreu na categoria dos líquidos engrossados indicando que esses alimentos são os que trazem maior dificuldade de nomeação na prática clínica. Os líquidos engrossados constituem uma categoria ampla, em que pequenas mudanças de viscosidade provocam alterações no processo de deglutição que podem significar uma deglutição segura ou insegura ao paciente. Dessa forma, cabe ao profissional especificar detalhadamente a que tipo de líquido engrossado está se referindo e certificar-se que seu interlocutor, seja outro profissional ou cuidador, compreendeu sua orientação.

A classificação apresentada pelos nutricionistas indica diferentes viscosidades dentro da mesma prescrição de dieta. É papel do nutricionista garantir a nutrição e hidratação do paciente, porém é fundamental que tais processos sejam garantidos dentro das possibilidades de ingestão segura do paciente, cabendo ao profissional da nutrição adequar a dieta dentro dos parâmetros estabelecidos como seguros para o paciente pela equipe interdisciplinar. As classificações apresentadas indicam uma visão metabólica do processo de deglutição, com a apresentação de dietas baseadas na evolução da consistência alimentar e não na evolução clínica da disfagia do paciente.

Quatro das equipes analisadas não utilizaram terminologia em comum entre fonoaudiólogos e nutricionistas. Tal dado, somado ao fato de que a maioria dos fonoaudiólogos apontou dificuldades nos encaminhamentos para nutrição, evidencia riscos para o paciente quanto à orientação adequada da dieta. A adesão ao tratamento também pode ficar prejudicada pela possível incompatibilidade de informações fornecidas pelos diferentes profissionais da equipe.

As demais equipes participantes (04) apresentaram terminologia em comum apontando que tal tema é foco de preocupação entre fonoaudiólogos e nutricionistas. A

elaboração de um ‘padrão’ de terminologia para ser utilizado pela equipe evita mal entendidos nos encaminhamentos e orientações evitando riscos ao paciente. Cabe destacar que as quatro equipes em questão não são as que atuam com o mesmo nutricionista.

Embora o número de equipes com terminologia comum tenha sido alto no presente estudo (50%), a própria participação na pesquisa demonstra que a temática em discussão tem destaque dentro da equipe, previamente selecionando, de certa maneira, os participantes. O desconhecimento dos fonoaudiólogos participantes dos nutricionistas de sua equipe e a não participação dos profissionais de nutrição quando convidados pelos fonoaudiólogos ou pesquisadora, refletem as dificuldades interdisciplinares e demonstram que o tema necessita de discussões dentro da atuação em equipe em disfagia a fim de despertar o interesse de todos os profissionais.

Cabe destacar que, a partir do momento em que a equipe estabelece uma terminologia unificada, é necessário haver treinamentos de todos os profissionais que atuam em conjunto e não apenas do fonoaudiólogo e nutricionista. Quando a intervenção ocorrer em locais que apresentam uma equipe de cozinha, torna-se fundamental que tais profissionais sejam treinados para o preparo da dieta. Os demais profissionais também devem estar cientes do significado dos termos estabelecidos pela equipe para evitar orientações conflitantes.

Na medida em que se estabelecem termos unificados para uso no país é possível realizar parcerias com indústrias alimentícias para a produção de dietas específicas para cada faixa de viscosidade. Internacionalmente são comuns parcerias entre empresas e associações profissionais, facilitando o acesso dos pacientes a dietas específicas (8).

## VIII. CONCLUSÕES

Os dados discutidos no presente estudo permitiram observar dificuldades na atuação interdisciplinar nas equipes de atenção em disfagia participantes. Tais dificuldades foram evidenciadas pela dificuldade no contato entre profissionais, na fase inicial do estudo, e pelas diferenças observadas na nomeação de líquidos engrossados e alimentos modificados utilizados rotineiramente nas dietas de pacientes disfágicos.

Os fonoaudiólogos participantes do estudo, em sua maioria, referiram fazer uso de parâmetros alimentares similares em sua prática clínica. Foi possível observar a similaridade entre os alimentos citados devido à reprodução em laboratório dos alimentos citados. A medição da viscosidade dos líquidos engrossados possibilitou a classificação dos mesmos em faixas de viscosidade. A classificação mostrou líquidos engrossados de viscosidades próximas, indicando que os profissionais utilizam alimentos com características reológicas similares em sua prática. A medição da viscosidade em laboratório, por meio de reômetro, permitiu o estabelecimento de medidas quantitativas, objetivamente mensuráveis, sendo possível dividir os alimentos em faixas de classificação pré-determinadas o que permitiu, utilizando essas medidas como parâmetros de classificação para nomeação dos diferentes níveis de viscosidade.

Optou-se neste estudo pelo uso da proposta australiana de classificação dos alimentos para ser utilizada como base para as análises e comparações realizadas. Tal opção justifica-se por essa proposta ser interdisciplinar (consenso entre fonoaudiólogos e nutricionistas) e apresentar um número de subdivisões e estratégia de nomeação compatíveis com as apresentadas pelos profissionais participantes deste estudo. Cabe destacar que a proposta veio ao encontro das necessidades metodológicas desse estudo, porém, no momento da orientação ao paciente, a mesma parece apresentar-se pouco

didática, gerando maior dificuldade para compreensão pelos cuidadores por utilizar termos pouco usuais, sendo necessário fazer uso constante de exemplos de alimentos para garantir a compreensão de seus termos.

A diversidade de termos apresentados pelos fonoaudiólogos participantes do estudo (33 termos para descrever 07 níveis de classificações de alimentos) evidenciou a não uniformidade de uso de nomenclatura entre profissionais que atuam em diferentes serviços de atenção em disfagia. Tal dado foi também relatado em estudos internacionais (47,59,60,61) no momento inicial de suas pesquisas para estabelecimento de uma nomenclatura padronizada. Foi possível observar que a mesma preparação foi nomeada de diferentes formas por diferentes profissionais, o que pode gerar contradições no momento de orientação da dieta, pois a interpretação, o significado do termo utilizado é diferente entre profissionais o que pode levar a orientações conflitantes.

Para evitar mal entendidos na interpretação dos termos, alguns profissionais referiram fazer uso de exemplos de alimentos quando realizam encaminhamentos ou fazem registros a respeito da orientação da dieta. Tal estratégia mostra-se fundamental, pois, considerando que não há estabelecido um padrão de nomenclatura no país, o uso de exemplos de alimentos cotidianos facilita a compreensão da orientação entre os diversos profissionais e cuidadores.

As dificuldades observadas entre os fonoaudiólogos participantes do estudo também foram comuns aos profissionais da nutrição. Nutricionistas de diferentes serviços de disfagia utilizaram diferentes terminologias para designar a mesma preparação, apontando 13 diferentes termos para descrever 07 níveis de classificações de alimentos. As classificações apresentadas refletem uma visão metabólica do processo de deglutição, uma vez que, dentro de uma mesma classificação, foi comum a inclusão de alimentos de

diferentes texturas e líquidos engrossados de diferentes viscosidades. Observou-se que o foco dos profissionais estava na absorção de nutrientes e hidratação e não especificamente na evolução da disfagia do paciente.

No que se refere à análise da nomenclatura estabelecida pelas equipes de fonoaudiólogos e nutricionistas, metade dos participantes do estudo apresentaram diferentes terminologias para classificar a mesma dieta. Tal dado reflete as dificuldades encontradas na atuação interdisciplinar na fase inicial deste estudo, bem como as diferenças em relação a nomenclatura utilizada entre fonoaudiólogos e nutricionistas de diferentes serviços, expostas anteriormente. A ausência de uma uniformização de termos entre profissionais que atuam interdisciplinarmente pode provocar mal entendidos e orientações conflitantes entre profissionais no momento de orientação da dieta, colocando em risco o processo terapêutico do paciente.

Cabe destacar que metade das equipes participantes apresentou termos em comum para designar as mesmas preparações. Tal dado evidencia a relevância do tema em discussão demonstrando que o mesmo já é foco de discussão em determinadas equipes de atuação. Após o estabelecimento de uma nomenclatura uniformizada é fundamental que se realize o treinamento de toda equipe envolvida na atenção ao paciente, incluindo os profissionais que atuam nas cozinhas e preparam as dietas solicitadas, e não apenas fonoaudiólogos e nutricionistas, para que as trocas de informações sobre o paciente não sejam conflitantes.

É necessário certificar-se no momento da orientação aos cuidadores que a linguagem utilizada é clara, que a interpretação do cuidador dos termos utilizados corresponde a idéia do profissional. Nessas situações, o uso de termos específicos pode dificultar a compreensão do usuário do serviço, sendo necessário adequar a linguagem por

meio de termos cotidianos, sendo o uso de exemplos uma das estratégias mais seguras para garantir a compreensão dos cuidadores. A proposta americana de classificação dos alimentos (47) pode ser utilizada como um instrumento positivo no momento da orientação uma vez que seus diferentes níveis de classificação de líquidos engrossados podem ser facilmente demonstrados visualmente, o que a torna mais didática no momento da orientação, ao permitir que o cuidador estabeleça relações visuais entre diferentes alimentos de seu cotidiano que apresentam viscosidade ou texturas similares.

A diversidade de termos utilizados entre profissionais e as diferentes interpretações para um mesmo termo gera prejuízos nos aspectos relacionados a estudos e pesquisas, uma vez que a interpretação e reprodutibilidade dos métodos apresentados fica comprometida. A nomeação de um objeto é fundamental para o estabelecimento de uma ciência. Especificamente em relação à fonoaudiologia, no momento atual se discute sua afirmação como ciência baseada em evidências, sendo fundamental o estabelecimento de uma linguagem que a identifique. Retomando as palavras de Benveniste:

(...) Uma ciência só começa a existir ou consegue se impor na medida em que faz existir e em que impõe seus conceitos, através de sua denominação(...). O aparelhamento mental consiste, em primeiro lugar, de um inventário de termos que arrolam, configuram ou analisam a realidade. (51).

A padronização de uma nomenclatura no país permite ainda um maior desenvolvimento de empresas alimentícias para a produção de dietas específicas para cada faixa de viscosidade. Internacionalmente são comuns parcerias entre empresas e associações profissionais, facilitando o acesso dos pacientes a dietas específicas (8).

Os resultados do presente estudo indicaram que o tema em discussão é de grande relevância para a intervenção em disfagia, pois tem trazido dificuldades tanto em seus aspectos clínicos quanto acadêmicos. Reforça-se, dessa forma, a necessidade de estabelecer uma nomenclatura comum em consenso entre os diversos profissionais da equipe de intervenção, especialmente fonoaudiólogos e nutricionistas.

Internacionalmente iniciam-se discussões para o estabelecimento de padrões de nomenclatura entre países (8). Dessa forma, são necessários maiores estudos na área para que em um futuro próximo possa se estabelecer um consenso entre os profissionais no Brasil, possivelmente baseando a classificação utilizada no país em uma adaptação de propostas já existentes buscando assim futura concordância com padrões internacionais.

**X.****REFERÊNCIAS**

1. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução número 356. Brasil:2008. [acesso em abr 2009] Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/servlet/ConsultaLegislacao>
2. Martens L, Cameron T, Simonsen M. Effects of a multidisciplinary management program on neurologically impaired patients with dysphagia. *Dysphagia*. 1990; 5:147-151.
3. Borges CF. Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. *Psicol Estud*. 2003; 8 (spe): 21-29.
4. Clavé P, Almirall J, Esteve M, Verdaguer A, Berenguer J, Serra-Prat M. Oropharyngeal dysphagia. A team approach to prevent and treat complications. *Hospital Healthcare Europe 2005/2006*. London: Campden Publishing Ltd (eds).2005; N5-N8.
5. Garcia MAA, Pinto ATBCS, Odoni APC, Longhi BS, Machado LI, Linek MDS , et al. A Interdisciplinaridade Necessária à Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007; 29(1):147-155.
6. Batista SHS. A Interdisciplinaridade no Ensino Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2006; 30(1): 39-46.
7. Pombo O. Práticas Interdisciplinares. *Sociologias*. 2006; 8 (15):208-249.
8. Cichero JAY. Rheology and Dysphagia: a partnership out of Pandora’s Box. In: *Dysphagia Reseach Society: Annual Meeting , 2009, New Orleans (EUA)*. *Annals of the Dysphagia Reseach Society: Annual Meeting: 2009*. p.25.
9. Atherton M, Bellis-Smith N,Cichero JAY, Suter M. Texture-modified foods and thickened fluids as used for individuals whith dysphagia : Australian standardized labels and definitions. *Nutrition and Dietetics*. 2007; 64 (2):S53-S76.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: população /tábuas Completas de Mortalidade. Brasil: IBGE; 2003. Acesso em abr 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
11. Cook IJ, Kahrillas PJ. AGA Technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*. 1999; 116: 455-78
12. Leon AR, Clave P. Videofluoroscopia y disfagia neurogénica. *Rev esp enferm dig*. 2007; 99 (1): 3-6.
13. Agency for Health Care Policy and Research. Diagnosis and treatment of Swallowing Disorders in Acute-Care Stroke Patients. Summary, Evidence Report/Technology Assessment. March 1999.

14. Langmore SE, Schatz K, Olson N. Endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing and aspiration. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1991; 100:678-81
15. Doria S, Abreu M, Buch R. et al. Estudo comparativo da deglutição com nasofibrolaringoscopia e videodeglutograma em pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Bras Otorrinolaringologia*. 2003; 69 (05): 636-642.
16. Costa MMB. Anatomia Funcional da Fase Oral da Deglutição. In: Costa MMB. *Deglutição e Disfagia (Conceitos Básicos) - Material Instrucional*. Rio de Janeiro: ICB-UFRJ. 2005; 29-41.
17. Steele CM, Van Lieshout PHHM. Lingual-Mandibular Coordination During Liquid Swallow. *Dysphagia*. 2008; 23 (1):33-46.
18. Troche MS, Sapienza CM, Rosenbek JC. Effects of Bolus Consistency on Timing and Safety of Swallow in Patients with Parkinson's Disease. *Dysphagia*. 2008; 23 (1):26-32.
19. Saitoh E, Shibata S, Matsuo K, Baba M, Fujii W, Palmer JB. Chewing and Food Consistency: Effects on Bolus Transport and Swallow Initiation. *Dysphagia* 2007; 22 (2):100–107.
20. Saube R, Cutolo LRA, Wendhausen A, Lenita P, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9 (18): 521-36.
21. Gomes R, Deslandes SF. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. *Rev Latino-Am de Enfermagem*. 1994; 2 (2): 103-114.
22. Perini E, Paixão HH, Modena CM, Rodrigues RN. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2001; 5 (8):101-18.
23. Krieger, MG. Terminologia Revisitada. *Delta*. 2000; 16(2): 209-228.
24. Clavé P, Terré R, de Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Diag*. 2004; 96: 119-131.
25. American Speech-Language-Hearing Association. Roles of speechlanguage pathologists in swallowing and feeding disorders: technical report. *ASHA Desk Reference*. 2002; 3:181-99.
26. Cardoso AL. A participação do nutrólogo na escolha de dietas especiais. *Jornal de Pediatria*. 2004; 80 (5): 343.
27. Costa MMB, Castro LP. *Tópicos em Deglutição e Disfagia*. São Paulo: Ed. Medsi; 2003.

28. Logemann JA. Anatomy and Physiology of Normal Deglutition. In: Logemann JA. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. San Diego: College Hill; 1983. p. 11-36.
29. Costa MMB. Dinâmica da deglutição: fase oral e faríngea. In: Costa MMB, Leme E, Koch HA, editores. Colóquio multidisciplinar deglutição & disfagia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro:1998.
30. Costa MMB, Moscovi M, Koch HA, Pereira AA. Avaliação videofluoroscópica da transição faringoesofágica e esfíncter esofágico superior. Radiol Brás. 1992; 25:11-8.
31. Dantas RO, Dodds WJ , Massey BT, Kern MK. The effect of high- vs low-density barium preparations on the quantitative features of swallowing. AJR Am J. Roentgenol. 1989;153:1191-5.
32. Yamada EK, Siqueira KO, Xerez D, Koch HA, Costa MMB. A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição Arq Gastroenterol. 2004; 41 (1).
33. Kendall, KA, McKenzie, SW, Leonard, RJ, Gonçalves MI, Walker, A. Timing of events in normal swallowing : A videofluoroscopic study. Dysphagia. 2000; 15 (2): 74-83.
34. Kendall KA, Leonard RJ. Pharyngeal constriction in elderly dysphagic patients compared with young and elderl nondysphagic controls. Dyaphagia. 2001;16 (4): 272-278.
35. Kendall KA, Leonard RJ, McKenzie SW. Sequence variability during hypopharyngeal bolus transit. Dysphagia. 2003; 18 (2): 85-91.
36. Hiimeae KM, Palmer JB. Food Transport and Bolus Formation during Complete Feeding Sequences on Foods of Different Initial Consistency. Dysphagia. 1999; 14:31-42.
37. Corbin-Lewis K, Liss JM, Sciortino KL. Controle da Deglutição Normal. In: Anatomia Clínica e Fisiologia do Mecânismo de Deglutição. Tradução de Koriun Traduções. São Paulo: Cengage Learning; 2009.
38. Don-Kyu K, Matsuo K, Brodsky M, German R, Palmer J. Hyoid kinematics, muscle activity, and upper esophageal sphincter opening: association with food consistency. In: Dysphagia Reseach Society: Annual Meeting , 2009, New Orleans (EUA). Annals of the Dysphagia Reseach Society: Annual Meeting: 2009. p.56.
39. Logemann JA. Dysphagia: Evaluation and Treatment. Folia Phoniatr Logop. 1995; 47: 121-9.
40. Clavé P, Terré R, de Kraa M, Girvent, Farré R, Martínez E, et al. Therapeutic effect of increasing bolus viscosity in neurogenic dysphagia. Espen. 2003.

41. Mazzini L, Corrà T, Zaccala M, Mora G, Del Piano, M, Galante. Percutaneous endoscopic gastrostomy and enteral nutrition in amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol*. 1995; 242: 695-8.
42. Vidal-Bezerra JRM, Gasparetto CA. Comportamento reológico da polpa de manga [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1999.
43. Wright et al, 2005
44. Sopade PA, Halley PJ, Cichero JAY, Ward L. Rheological characterisation of food thickeners marketed in Australia in various media for the management of dysphagia. I: Water and cordial. *Journal of Food Engineering*. 2006; 79 (1): 69-82.
45. Sopade PA, Halley PJ, Cichero JAY, Ward L, Hui LS, Teo K. Rheological characterisation of food thickeners marketed in Australia in various media for the management of dysphagia. II: Milk as a dispersing medium. *Journal of Food Engineering*. 2008; 84 (4): 553–562.
46. British Dietetic Association. National Descriptors for Texture Modification in Adults. The British Dietetic Association and Royal College of Speech and Language Therapists. 2002; May.
47. National Dysphagia Diet Task Force. National Dysphagia Diet: Standardization for Optimal Care. Chicago (USA): American Dietetic Association; 2002.
48. Logemann JA. Manual for the videofluorographic study of swallowing. 2nd ed. Austin (USA): Pro-ed;1993.
49. Clavé P. Videofluoroscopic diagnosis of oropharyngeal dysphagia. *Nutrition Matters*. 2001; 3: 1-12.
50. Garcia JM, Iv EC, Matta Z, Clark M. Serving Temperature Viscosity Measurements of Nectar- and Honey-Thick Liquids. *Dysphagia*; 2008; 23 (1):65-75.
51. Benveniste, E. Problemas de Lingüística Geral II. Campinas: Editora Pontes; 1989. 252p.
52. Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo: Cortez; 1998. 8ªed.
53. Günther H. Como elaborar um questionário. In: Série Planejamento de Pesquisa nas Pesquisas Sociais n.01. Universidade de Brasília - Laboratório de Psicologia Ambiental. Brasília (DF): 2003.
54. Graeml AR, Csillag JM. E-Mail Survey com Formulário Anexado: Uma Alternativa para Coleta de Dados Off-Line pela Internet. *Organizações em contexto*. 2008; 4 (7), junho.
55. Vasconcelos EM. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

56. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
57. Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde ou a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.
58. Castro IRR, Souza TSN, Maldonado LA, Caniné AS, Rotenberg S, Gugelmin SA. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. Rev Nutr. 2007; 20(6):571-588.
59. Penman JP, Thomson M. A review of the textured diets developed for the management of dysphagia. J Hum Nutr Diet. 1998; 11: 51–60.
60. Cichero JAY, Jackson O, Halley PJ, Murdoch BE . Which of this is not like the others? An inter-hospital study of the viscosity of thickened fluids. J Speech Hear Res. 2000; 43: 537–47.
61. Cichero JAY, Jackson O, Halley PJ, Murdoch BE. How thick is thick? A multi-center study of the rheological and material property characteristics of meal-time fluids and videofluoroscopy fluids. Dysphagia; 2000; 15 (4):188-200.

## **XI. APÊNDICES**

### **APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO FONOAUDIÓLOGOS**

Local de atuação -

1- Tempo de atuação da equipe na área de disfagia:

( ) 1 a 5 anos                      ( ) mais de 10 anos

( ) 5 a 10 anos

2- Principal população atendida

( ) recém-nascidos e crianças

( ) adultos idosos

( ) pacientes com disfagia mecânica

( ) pacientes com disfagia neurogenica

3- Profissionais que compõem a equipe:

( ) médico otorrinolaringologista    ( ) medico neurologista

( ) médico gastroentereologista    ( ) medico pediatra

( ) nutricionistas                      ( ) enfermagem

( ) psicólogos                          ( ) assistentes sociais

Outros \_\_\_\_\_

4- Por quais profissionais o paciente passa na rotina de atendimento?

5- Quais os procedimentos de avaliação comumente utilizados? Quais as consistências utilizadas nas intervenções?

( ) avaliação clínica

<b>Termo Utilizado</b> (Ex. pudim)	<b>Preparo</b> (Ex. 2 colheres de chá de espessante X em 100 ml de água)	<b>Alimento orientado ao Paciente</b> (Ex. Sopa de legumes batida)
---------------------------------------	--	--

( ) videoendoscopia da deglutição

<b>Termo Utilizado</b> (Ex. mel)	<b>Preparo</b> (Ex. 1 1/2 colheres de chá de espessante X em 100 ml de água)	<b>Alimento orientado ao Paciente</b> (Ex. Sopa de legumes batida e peneirada)
-------------------------------------	--	--

( ) videofluoroscopia da deglutição

<b>Termo Utilizado</b> (Ex. pudim)	<b>Preparo</b> (Ex. 2 colheres de chá de espessante X em 100 ml de água + bario)	<b>Alimento orientado ao Paciente</b> (Ex. Sopa de legumes batida)
---------------------------------------	---	--

6- No que se refere às consistências utilizadas, em algum momento da prática clínica surgiram dificuldades no encaminhamento para demais profissionais que atuam em disfagia devido a não uniformização da nomenclatura?

7- Você considera que há atuação interdisciplinar em sua equipe? Caso haja, como ocorre?

## APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO NUTRICIONISTAS

Local de atuação –

1- Tempo de atuação da equipe na área de disfagia:

- 1 a 5 anos                       mais de 10 anos  
 5 a 10 anos

2- Principal população atendida

- recém-nascidos e crianças  
 adultos e idosos  
 pacientes com disfagia mecânica  
 pacientes com disfagia neurogenica

3- Profissionais que compõem a equipe:

- médico otorrinolaringologista     medico neurologista  
 médico gastroenterologista     medico pediatra  
 nutricionistas                       enfermagem  
 psicólogos                           assistentes sociais

Outros \_\_\_\_\_

4- Por quais profissionais o paciente passa na rotina do atendimento?

5 - Você considera que há atuação interdisciplinar em sua equipe? Caso haja, como ocorre?

6- Em relação as consistências como você classifica a dieta? Exemplifique. (Ex. Líquido, néctar, mel, pudim / dieta leve, branda, pastosa, líquida)

<b>Termo Utilizado</b>	<b>Preparo</b>	<b>Alimento orientado ao Paciente</b>
(Ex. pudim)	(Ex. 2 colheres de chá de espessante X em 100 ml de água)	(Ex. Sopa de legumes batida)

7 - Como o paciente é orientado em relação a consistência mais segura em sua alimentação?

### APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) da pesquisa: **Estudo das Diferentes Consistências Alimentares Utilizadas pelos Profissionais de Fonoaudiologia e Nutrição nas Intervenções com Pacientes Disfágicos**, sob responsabilidade das pesquisadoras Profa. Dra. Lúcia Mourão e da fonoaudióloga Marina Biscuola de Sordi (mestranda).

Fui esclarecido(a) e tenho ciência de que:

- Esta pesquisa *justifica-se* pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os diferentes parâmetros de consistência alimentar utilizados nos procedimentos envolvendo sujeitos disfágicos, em função dos riscos aos quais os pacientes ficam expostos quando a equipe não utiliza uma linguagem uniforme.
- O *objetivo* deste trabalho é o de estudar a terminologia e a viscosidade das consistências utilizada pelos profissionais de nutrição e fonoaudiologia de centros de atenção em disfagia.
- Os *procedimentos* adotados serão: aplicação de questionário e posterior reprodução em laboratório das consistências utilizadas a fim de analisar seu comportamento reológico.
- Dada a natureza do estudo, o método adotado e por não oferecer riscos de quaisquer natureza, não está previsto nenhum tipo de *ressarcimento* aos participantes bem como os mesmos estão *isentos de qualquer ônus financeiro*.
- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins didáticos e/ou científicos.
- Os participantes terão liberdade de interromper a participação neste estudo e solicitar esclarecimentos a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer espécie.
- Os participantes receberão, ao final da pesquisa, um resumo informativo indicando a conclusão da análise dos dados, retribuindo, dessa forma, sua participação nesta pesquisa.
- Poderão ser solicitados quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa em qualquer momento.

Os pesquisadores poderão ser contatados pelo telefone (19) 3521-8807 e o Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP pelo telefone: (19) 3521-8936.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## **APÊNDICE 4 – CARTA CONVITE**

### **ESTUDO DAS DIFERENTES CONSISTÊNCIAS ALIMENTARES UTILIZADAS PELAS EQUIPES DE FONOAUDIOLOGIA E NUTRIÇÃO NAS INTERVENÇÕES COM PACIENTES DISFÁGICOS**

Programa de Mestrado Profissional: Saúde, Interdisciplinariedade e Reabilitação.  
Faculdade de Ciências Médicas – FCM- UNICAMP

Atualmente a atuação interdisciplinar tem sido amplamente discutida no contexto das práticas em saúde. Na área da disfagia a interdisciplinaridade é imprescindível e defendida por pesquisadores e clínicos. O trabalho conjunto de fonoaudiólogos e nutricionistas é essencial nas prescrições de dietas de pacientes disfágicos.

Dentre as dificuldades encontradas no trabalho em equipe está a ausência de terminologia comum entre os profissionais, o que traz riscos na atenção ao paciente bem como dificuldades na reprodutibilidade das pesquisas. Considerando a ausência de terminologia comum das diferentes consistências utilizadas nos procedimentos com pacientes disfágicos no Brasil, propõe-se estudar a viscosidade e sua terminologia correspondente dos diversos parâmetros alimentares utilizados pelos profissionais de fonoaudiologia e nutrição que atuam na atenção a disfagia.

O levantamento da terminologia utilizada entre fonoaudiólogos e nutricionistas é relevante para os profissionais e trará benefícios ao paciente dado que evita equívocos de interpretação das prescrições de dieta que compõe a prática clínica desses profissionais.

As diversas consistências serão reproduzidas em laboratório e por meio de um viscosímetro serão medidos seus centipoises (cP - unidade de medida de viscosidade). A medição das viscosidades permitirá classificá-las de acordo com o padrão proposto pela ADA (2002). A terminologia utilizada pelos profissionais será comparada e, em seguida, proposta uma unificação de acordo com os dados obtidos na medição.

Ao final do trabalho as equipes serão informadas sobre o resultado da medição da viscosidade, em cP, de cada alimento, bem como a sua classificação na proposta de unificação.

Para a realização desse estudo é importante sua participação respondendo ao questionário destinado a sua área. Pedimos a gentileza de enviar este convite para o fonoaudiólogo ou o nutricionista de sua equipe.

Desde já agradecemos o investimento de seu tempo em nosso projeto.

Marina de Sordi

Fonoaudióloga Pesquisadora  
- marina\_fono01@yahoo.com.br  
- Av. Benedito C. de Andrade 747, bl.25 apto.35 – Jundiaí – SP. CEP 13212-070