

A percepção subjetiva do engasgo em pessoas idosas

The subjective perception about gagging in elderly

Maira Rozenfeld*
Silvia Friedman **

Resumo

Muitos estudos apontam para a alta incidência de problemas de deglutição em idosos. Este trabalho tem por objetivo conhecer os sentidos que o engasgo tem para essa população. A pesquisa foi realizada numa instituição asilar e feita em três etapas: primeira etapa – triagem com sessenta idosos com o objetivo de selecionar os que apresentavam queixa de deglutição, observando-se que vinte idosos apresentaram queixa de engasgo freqüente ou às vezes; segunda etapa – realização de uma avaliação funcional para observar as queixas referidas pelos idosos; terceira etapa – realização de uma entrevista aberta para conhecer os sentidos atribuídos a este sintoma (baseada na metodologia de Spink et al., 1999). A análise das entrevistas mostrou que os idosos sofrem com o engasgo, atribuindo-lhe “sentimentos/sensações” negativas. A categoria “causas” mostrou que os idosos se vêem impotentes diante do engasgo. A categoria “estratégias” revelou que os idosos se empenham para controlar ou evitar o aparecimento do sintoma. A categoria “soluções” mos-

trou que os idosos têm soluções ativas e passivas para lidar com o sintoma. A categoria “com o que” mostrou que os idosos não exploraram muito esse aspecto. A categoria “lembranças” foi referida por poucos entrevistados. Esses dados permitem discutir o impacto da alteração de deglutição na vida dos idosos entrevistados, bem como refletir sobre a escuta do profissional da saúde que atende idosos com esse sintoma.

Palavras-chave: engasgos, transtornos de deglutição, fonoaudiologia, serviço de saúde para idosos.

* Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Doutoranda em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e fonoaudióloga clínica.

** Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, professora do curso de Graduação e de Pós-Graduação em Fonoaudiologia PUC-SP.

Recebido em jun. 2005 e avaliado em jul. 2005

Introdução

Em idosos, a incidência de alterações de deglutição é grande e aparece como um sintoma de doenças tais como o acidente vascular cerebral (AVC), Parkinson, Alzheimer, que, freqüentemente, acometem essa população (GROHER, 1999). Além disso, há um envelhecimento das estruturas que envolvem a deglutição, porém, segundo Groher (1998), os efeitos isolados do envelhecimento não causam disfagia, apenas deixam o mecanismo da deglutição mais vulnerável a distúrbios causados por possíveis alterações de saúde.

Há um consenso entre os autores Jaradeh (1994), Shaker e Lang (1994), Groher (1999) e Shaker e Staff (2001) em relação à existência de modificações nas estruturas da deglutição em idosos, porém concordam que, apesar dessas mudanças, não há comprometimento na efetividade ou na segurança da deglutição em idosos saudáveis. Essas alterações, por si só, não ocasionam a aspiração de saliva e/ou alimento nessa população. Outros estudos apontaram, em sua maioria, para alterações anatômicas nos mecanismos de deglutição dos idosos, porém indicaram também uma adaptação a essas mudanças, não havendo alterações funcionais nesses sujeitos (TRACY et al., 1989; DEJAEGER et al., 1997; BILTON, 2000).

Em se tratando de idosos institucionalizados, os estudos apontam para maior incidência de alterações de deglutição nessa população (TRUPE et al., 1984; O'BRIEN e BARROW, 1991; GROHER, 1999; SHAKER e STAFF, 2001).

No trabalho com pacientes idosos começamos a perceber os sentidos que as alterações de deglutição tinham para eles. O

processo de identificação do sintoma, a necessidade de intervenção fonoaudiológica e a realização de certas orientações recebidas vinham carregados de um sentido particular e individual. Eram sempre relacionados a sentimentos negativos, como a morte, o envelhecimento, a impossibilidade de modificação, além de lembranças relativas a pessoas falecidas que também tinham esse sintoma. Isso nos levou a pensar na possibilidade e na necessidade de abordar não apenas o corpo marcado pelo sintoma, mas também a dimensão subjetiva do paciente, aquilo que simbolicamente está ligado ao sintoma no corpo.

Uma atuação apenas técnica por parte do fonoaudiólogo (profissional que atua nos transtornos da deglutição), pautada num enfoque normalizador das estruturas da deglutição, que visa somente adequar o funcionamento do corpo e eliminar ou controlar o sintoma, não nos pareceu suficiente. Entendemos que era preciso ultrapassá-la de tal modo que a subjetividade também entrasse na cena clínica a fim de explicitar-se e poder encontrar novos caminhos, que diminuíssem o sofrimento trazido pela condição corporal para a dimensão existencial e social do idoso com sintoma de alterações de deglutição, com engasgos.

Nesse contexto, a queixa de alteração de deglutição pode ser entendida dentro de uma ampla rede de sentidos que precisam ser não apenas escutados, mas também ressignificados, para transformar o sofrimento. Surge, assim, um espaço terapêutico que dá conta não apenas da objetividade, mas também da subjetividade atrelada à queixa de alteração de deglutição, propiciando uma abertura para que todas as demandas da pessoa possam ser trazidas e trabalhadas. Vale ressaltar que,

na ótica proposta, a técnica para o trabalho com as alterações de deglutição em idosos não é desconsiderada, pois continua sendo bastante necessária, porém não é mais vista como única.

Assim, o objetivo deste trabalho foi conhecer os sentidos que as alterações de deglutição têm para os idosos de uma instituição asilar, discutindo o impacto desse sintoma na vida dos idosos e a importância de o profissional da saúde escutar o paciente, não apenas tratar do sintoma.

Método

Como base para desenvolver o conhecimento científico numa perspectiva qualitativa, utilizamos o método de análise de práticas discursivas e produção de sentido proposto por Spink et al. (1999), como meio de atingir o sentido dado às alterações de deglutição pelos idosos por nós entrevistados.

Esse trabalho foi realizado na instituição asilar Lar Golda Meir, em São Paulo, SP. O grupo definido como objeto desta pesquisa foi de idosos que realizavam suas refeições num mesmo refeitório visto que a instituição possui vários. Todos os participantes utilizavam o refeitório do décimo andar, que se caracteriza por ser um refeitório para idosos independentes e semidependentes, com autonomia. Essa população, que totalizou setenta idosos, não necessita de auxílio para a alimentação.

A realização do trabalho, no que se refere à coleta de dados, foi dividida em três etapas conforme discriminados a seguir. As duas primeiras etapas serviram para viabilizar a realização da terceira, que foi efetivamente o foco desta pesquisa.

1ª Etapa: identificação das queixas/ realização de questionário fechado

Inicialmente foram chamados setenta idosos, mas efetivamente sessenta idosos fizeram parte desta etapa, sendo 46 mulheres e 14 homens. As queixas foram divididas em engasgar sempre, às vezes, raramente e nunca.

2ª Etapa: avaliação funcional

Dos sessenta idosos da primeira etapa, vinte apresentaram queixa: “sempre”, 8 idosos, e “às vezes,” 12 idosos. Esses vinte idosos participaram da avaliação funcional realizada durante os horários de refeição.

3ª Etapa: entrevista qualitativa

Entrevistas foram realizadas com 15 idosos, porque cinco da etapa anterior não concordaram em concedê-las. Dos que concordaram, 12 eram mulheres e 3, homens. A entrevista teve o objetivo de conhecer os sentidos que as alterações de deglutição tinham para esses idosos.

Para as entrevistas partimos do conceito de que as práticas discursivas são dados empíricos que dão acesso à compreensão do conhecimento como produção de sentido. Foram entrevistas abertas pautadas na técnica de associação de idéias, realizadas por meio da apresentação aos idosos de uma palavra eliciadora: “engasgo”.

No início de cada entrevista, foi solicitado ao entrevistado que dissesse o que lhe vinha à mente quando pensava em “engasgo”. A interferência da entrevistadora ocorreu somente para encorajar os entrevistados a explorar os diversos sentidos, ou seja, a polissemia, que pudesse estar relacionada ao “engasgo”.

Surgiram, então, os discursos que foram objeto de análise nesta pesquisa. Esses discursos, com duração média de 20 minutos, foram gravados em fita cassete e transcritos em ortografia regular. A análise dos dados referiu-se à análise dos discursos produzidos, que iniciou com a realização de uma leitura flutuante (leituras e releituras sem se prender a nenhuma particularidade), para permitir a emergência de categorias ou de temas subjacentes ao discurso (SPINK e MEDRADO, 1999).

Num segundo momento, um conjunto de categorias que englobaram todo o discurso produzido pelos idosos entrevistados foi estabelecido, dando acesso à possibilidade de compreensão dos sentidos a elas subjacentes. Por categoria entende-se um termo suficientemente abrangente para abarcar todos os sentidos pertinentes a um mesmo tema do discurso do entrevistado.

Para os efeitos de análise, os contextos discursivos semelhantes foram graficamente aproximados, permitindo a elaboração de quadros com as idéias de cada entrevistado por categoria correspondente. A leitura do quadro na vertical permite apreciar as idéias dos entrevistados dentro de uma categoria e a leitura na horizontal permite apreciar a sequência das idéias conforme foram originalmente pronunciadas.

Spink e Lima (1999) denominaram esse quadro de “mapa de associação de idéias”, os quais, por conterem os discursos dos participantes na íntegra, permitem visualizar os sentidos atribuídos pelo grupo de idosos entrevistados para suas alterações de deglutição, já distribuídos nas categorias. Nem todos os entrevistados apresentaram discurso pertinente a cada

uma das categorias. O número mínimo de categorias encontradas no discurso de um entrevistado foi de uma e o máximo de seis. As categorias que pudemos delinear por meio da análise do discurso foram:

Sentimentos/sensações

Contém discursos que se referem a aspectos emocionais e a sensações corporais vivenciados e experimentados pelos entrevistados. Esta categoria foi encontrada nos discursos de todos os entrevistados.

Causas

Contém discursos que se referem à causa do sintoma. Esta categoria foi encontrada no discurso de doze entrevistados.

Estratégias

Contém os discursos relativos a três aspectos: estratégias para evitar o engasgo; estratégias para solucioná-lo quando está ocorrendo e estratégias para ignorar o engasgo. Esta categoria foi encontrada no discurso de nove entrevistados.

Soluções

Contém discursos relativos à solução dada pelo idoso para parar com os engasgos. Dois aspectos foram encontrados: soluções utilizadas pelos idosos para eliminar a causa e não-crença na possibilidade de solução para o sintoma. Esta categoria foi encontrada no discurso de seis entrevistados.

Com o quê

Contém discursos referentes ao alimento e/ou à consistência com a qual o entrevistado se engasgou. Esta categoria foi encontrada no discurso de seis entrevistados.

Lembranças

Contém discursos referentes a lembranças que o engasgo traz para os idosos. Esta categoria foi encontrada no discurso de cinco entrevistados.

Resultados

Os sentidos produzidos sobre o engasgo por nossos entrevistados são, a seguir, apresentados a partir das categorias discursivas encontradas na análise.

Na categoria “sentimentos/sensações”, aspectos negativos foram associados ao engasgo pela maioria dos entrevistados, revelando o sofrimento que vem produzindo nessas pessoas. Associações do engasgo à morte, a algo ruim e desagradável foram encontradas em quatro discursos. Associações à falta de ar, a medo de afogar-se com ele ou a que a comida ficasse parada foram encontradas em três discursos. Associações negando que algo está ocorrendo consigo mesmo, o que nos pareceu revelar uma dificuldade para entrar em contato com o sofrimento, foram encontradas em três discursos. Associações à fúria e a nervosismo e a estar envelhecendo foram encontradas em dois discursos. Associação à sensação de garganta fechada foi encontrada num discurso.

Na categoria “causas” encontramos, na maioria, causas orgânicas, porém alguns entrevistados também referiram causas subjetivas, como nervosismo, aborrecimento e insegurança. É possível observar que a maioria dos entrevistados atribuiu ao engasgo causas não controláveis pelo ser humano, como envelhecimento, problemas de respiração e falhas orgânicas inespecíficas. Uma minoria atribuiu-o a causas supostamente controláveis, como falar durante a refeição e usar prótese dentária.

Com base nos discursos dos entrevistados nas categorias “sentimentos/sensações” e “causas”, é possível perceber que boa parte dos idosos sente sofrimento com o engasgo e entende sua causa como algo que não tem condições de remover ou controlar, o que os coloca numa posição sofrida, subjugada e vulnerável diante do sintoma.

Na categoria “estratégias”, as (estratégias) mais encontradas foram as utilizadas para evitar o engasgo antes que ocorra, como comer devagar, cuidar da consistência do alimento, não falar durante a refeição. Também encontramos estratégias para solucionar o sintoma durante a sua ocorrência, como tossir, referida por dois entrevistados, beber água e levantar os braços, referidas por um entrevistado cada uma. Para não entrar em contato com o engasgo foram referidas por três entrevistados as estratégias de levantar-se e, sair e, por um entrevistado, a de esquecer.

Esses discursos, de modo geral, mostram um empenho para controlar ou evitar o aparecimento do sintoma. Todas as estratégias vistas na categoria nos sugerem tentativas de evitar o sofrimento, o que se mostra coerente com os sentimentos negativos encontrados na maioria dos discursos das categorias “sentimentos/sensações”.

As estratégias, em geral, indicam também que os idosos não têm conhecimentos específicos sobre como lidar com o sintoma, o que se pode relacionar aos discursos encontrados na categoria “causas”, em que os idosos atribuíram o sintoma a algo inevitável e incontrolável.

Tudo isso reforça nossa percepção de que esses sujeitos se sentem sofridos e vulneráveis diante do sintoma, lutando de diversas formas para evitá-lo, e nos remete

a considerar a importância do trabalho fonoaudiológico com idosos no sentido de fornecer-lhes mais conhecimento sobre a deglutição, seus problemas e as formas eficazes de tratá-la.

Na categoria “soluções” foi possível observar uma posição passiva em relação ao sintoma, que diz respeito aos idosos que não acreditam em solução para o engasgo, e uma posição ativa, que diz respeito a idosos que acreditam, de alguma forma, poder superar o aparecimento do sintoma. Ambas as posturas são coerentes com as estratégias encontradas na categoria anterior: por não acreditar numa solução para o sintoma, os idosos utilizam estratégias para evitá-lo ou para não entrar em contato com ele e, quando acreditam em soluções para evitar o aparecimento de engasgos, as estratégias também são de controle na tentativa de evitar o sintoma. Tudo isso segue sugerindo o engasgo como algo que gera sofrimento e, por isso, deve ser de alguma forma evitado.

Os discursos que compõem a categoria “com o quê” mostram que foram poucos os entrevistados que relacionaram o engasgo ao tipo de alimento ingerido. Dos seis que o fizeram, dois referiram se engasgar só com líquidos; dois, com líquido e sólido; um, só com sólidos e um, com a saliva, o que não permite maiores considerações sobre a questão.

Na categoria “lembranças”, cinco entrevistados apresentaram discursos que associaram o engasgo a três tipos de contextos: lembranças de pessoas que também se engasgaram; lembranças de capacidades físicas que tinham no passado antes de terem tantos engasgos (que, no caso, são encarados como incapacidade física) e lembranças de momentos peculiares da

vida que surgiram a partir da idéia do engasgo, sem que soubéssemos o porquê dessa associação. Parece-nos interessante observar que, das lembranças evocadas, nenhuma se referiu ao momento do surgimento do sintoma.

A categoria “lembranças” chamou nossa atenção tanto pelo fato de ter aparecido como pelo fato de ter aparecido no discurso de tão poucos entrevistados. Considerando as lembranças evocadas, entendemos que a maioria dos idosos entrevistados não se deixou levar muito longe pelo curso dos seus pensamentos a partir da idéia do engasgo, portanto não foi possível explorar esse terreno nesta pesquisa. Entretanto, fica a indicação de que talvez esse terreno seja interessante para futuras investigações, mais profundas, sobre dimensões subjetivas ligadas ao engasgar.

Discussão

De toda a literatura pesquisada sobre as questões relativas às alterações de deglutição, podemos dizer que quase não foi encontrada referência a aspectos subjetivos ligados ao engasgo. Na literatura levantada para contextualizar este trabalho, apenas Bretan et al. (1997) e Bretan (1999) deram ênfase ao sujeito com alteração de deglutição e, portanto, ao seu sofrimento.

Com exceção desses autores, vimos que a literatura trata as alterações de deglutição como algo estritamente orgânico e isolado do sujeito. Esse, sem dúvida, é um dos caminhos para a compreensão do sintoma, porém não o único e, com base nos dados desta pesquisa, não suficiente. Por essa razão, do nosso ponto de vista, enfatizamos que é importante, na ação

clínico-terapêutica em fonoaudiologia (e também em atuação na área da saúde relacionado à deglutição), que o fonoaudiólogo (e profissionais da saúde) se relacione não apenas com o sintoma, mas também com o sujeito que o apresenta, dando-lhe voz para que possa expressar suas emoções, seu sofrimento e, desse modo, junto com o terapeuta, encontrar o caminho para superá-los.

Bretan et al., em 1997, começaram a trilhar esse caminho, seguido por outra pesquisa de Bretan em 1999, na qual demonstram que estudos que levam em conta o psíquico e o social são tão importantes quanto os estritamente orgânicos do sintoma. Segundo os autores, uma visão holística deve ser utilizada para com todos os pacientes disfágicos, mesmo com os que têm claras alterações orgânicas, pois o emocional conduz a que o quadro clínico se agrave. Ressaltam também a importância de não se atribuir os sintomas apenas às causas emocionais ou a causas orgânicas, mas, sim, dar atenção tanto para a alteração de deglutição como para o sujeito.

Passando, agora, para o ponto de vista da singularidade, chamaram-nos a atenção em nossos entrevistados certas dicotomias entre os dados da triagem, da avaliação e das entrevistas, conforme descrevemos a seguir.

As entrevistadas E4 e E10 referiram engasgos assistemáticos na triagem e na avaliação funcional, sintoma que pôde ser observado; ambas, porém, negaram o engasgo no discurso de suas entrevistas, o que nos sugeriu sua dificuldade de entrar em contato com o sintoma.

A entrevistada E7 referiu ter engasgos “às vezes” e a E13, “sempre”. Nas suas avaliações funcionais o sintoma pôde ser

visto e nos discursos de suas entrevistas associaram-no a algo “feio” e “sem solução” (E7) e à idade, merecendo estratégias para sua solução (E13). Isso nos levou a entender que ambas sofrem com o sintoma, porém, apesar de tê-lo assumido na entrevista, negaram o atendimento fonoaudiológico mesmo após terem sido chamadas diversas vezes para tal. Com os dados de que dispomos até este momento, não nos pareceu possível interpretar esse fato, o que, mais uma vez, sugere a necessidade de maior aprofundamento nas questões subjetivas ligadas ao idoso e ao engasgo.

Já com relação à entrevistada E3, vimos que ela referiu o engasgo e apresentou uma queixa consistente sobre ele, mas na avaliação não pudemos observar alterações estruturais e funcionais que o justificassem. No seu discurso a entrevistada associou o engasgo a um comportamento “errado” e também atribuiu a uma outra pessoa a responsabilidade pelo seu aparecimento.

Na mesma direção, os entrevistados E1 e E8 referiram queixa de engasgo, contudo não mostraram em suas avaliações sinais de alterações estruturais e funcionais que justificassem o sintoma. Ambos, em seus discursos, manifestaram sentimentos/sensações bastante negativos, atribuíram diversas causas ao sintoma e citaram estratégias para solucionar o problema.

A entrevistada E5, apesar de apresentar apenas um dente na arcada inferior, o que poderia acarretar uma dificuldade de mastigação, não apresentou sinais do sintoma na avaliação, mas expressou queixa e associou o sintoma a sentimentos/sensações negativos, como a morte. Esses dados nos levam a pensar sobre o quanto a subjetividade, na ausência de

alterações funcionais, pode estar relacionada ao aparecimento do sintoma.

Os dados explicitados conduzem-nos a pensar nos conceitos de “imagem corporal” e “esquema corporal”, citados por Dolto (1997). A imagem corporal é algo singular e individual, construída de acordo com a história de vida do sujeito. É o modo como o sujeito se vê; é a representação do inconsciente de cada indivíduo. Já o “esquema corporal” é geral para a espécie, não se diferencia muito de indivíduo para indivíduo (da mesma idade) e é estabelecido de acordo com um certo lugar e época.

Esses conceitos nos permitem compreender um pouco mais os discursos citados e, por isso, podem inspirar ações terapêuticas para as condições que, com base nos conceitos citados, vemos que esses discursos envolvem. Assim, os conceitos em tela permitem-nos ver uma clara divisão entre a imagem do corpo (como o entrevistado se imagina, considerando para isso suas referências ao sofrimento com o engasgo), e o esquema corporal (como realmente está o seu corpo). Esses conceitos também fazem sentido em relação aos idosos, cujos discursos mostraram a impossibilidade de assumir o sintoma, sugerindo que a imagem que têm do corpo não comporta um corpo que efetivamente sofre transformações.

Os discursos de nossos entrevistados permitem-nos considerar, ainda, com base em Spink et al. (1999), em quem tomamos apoio para o procedimento de análise discursiva, a noção de que o dizer de um sujeito no aqui e agora é sempre atravessado de outros múltiplos dizeres que se situam no tempo histórico (que compõe o imaginário social) e no tempo vivido (relativo ao processo de socialização de cada pessoa).

Nessa perspectiva, a associação com a morte, evocada pelo engasgo nas entrevistas (situação do aqui e agora), sugere-nos alguma ligação com memórias sobre a situação de enforcamento que perpassam o imaginário social tanto no tempo histórico como no tempo vivido. Ainda com relação ao tempo vivido, parece-nos razoável evocar a existência de uma imagem idealizada de corpo sem problemas, sempre jovem e saudável, que circula do imaginário social em nossa cultura e conduz os sujeitos de nossa pesquisa a um sofrimento com relação à imagem de si. Esse nos foi anunciado pelos discursos que se referiram à negação do sintoma e ao desejo de ocultar-se quando engasgado.

As considerações que fizemos, fundamentados em Dolto (1997) e Spink e col. (1999), mais uma vez sustentam o ponto de vista de que um processo clínico-terapêutico com idosos que sofrem com engasgos necessita ir além do sintoma no corpo para buscar o sentido subjetivo que o envolve e, desse modo, poder de fato acolher o sujeito em seu sofrimento.

Conclusão

Com o trabalho foi possível tirar algumas conclusões. A primeira é sobre a necessidade de a fonoaudiologia, juntamente com demais profissionais da área da saúde, procurar meios para difundir informações sobre as alterações de deglutição em idosos, suas causas e como tratá-las, para que essa população tenha acesso às maneiras de amenizar esse sintoma, melhorando, assim, a qualidade de vida do idoso. Entendemos que é necessário orientar a queixa no sentido de que os idosos e as pessoas em geral não continuem

a pensar que o engasgo é especificamente pelo envelhecimento e que não há nada a fazer para melhorar o seu bem-estar.

A segunda conclusão refere-se à necessidade de olhar para o idoso não apenas como alguém portador de um sintoma, mas como um sujeito que é afetado por esse sintoma. Para isso, é necessário modificar a escuta do profissional da saúde para que seja possível não só entender, mas também acolher e ressignificar as demandas do idoso, indicando-lhe novos caminhos e possibilidades para que ele possa passar com menos sofrimento pela velhice.

Abstract

Being known the high prevalence of swallowing disorders on the elderly, this work aim at recognizing the way those elderly perceives this symptom. Initially it was performed a selection between 60 elderly. The selection criterion was: having swallowing disorders always or often. Applying this criterion, a group of 15 elderly was formed. The gathering and analysis of data were based on the methodology of Spink et al (1999). From the interview analysis six different discursive categories were established: feelings/sensations, causes, strategies, solutions, memories, and with what (elderly gags). The category examination revealed that elderly suffer with the gag, connecting it to negative feelings/sensations like death, shortness of breath, fearfulness or lack of symptom recognition. The causes category showed that the elderly perceive themselves as powerless when facing the gag, due to a strong belief that gagging is caused by their advanced age. The strategies cate-

gory demonstrated that elderly try to control or avoid the symptom to abstain from suffering. The solutions category showed that elderly have passive and active ways of dealing with the gag. The with what category showed that few elderly tell about with what they gag and the ones that did, did not speak a lot about it. The memories category, also mentioned only by a small group of them. The data permit the discussion about swallowing disorder impact on the life of the elderly and also we can think about how the health professional treat the elderly with this symptom.

Key words: gagging, disorders deglutition, speech, language and hearing science, health service for aged.

Referências

- BILTON, T. L. Estudo da dinâmica da deglutição e das suas variações associadas ao envelhecimento, avaliadas por videodeglutinosofagograma em adultos assintomáticos. Tese (Ciências Radiológicas) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- BRETAN, O.; HENRY MACA; CORRÊA, F. K. Disfagia e alterações emocionais. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 63, n. 2, p. 185-190, 1997.
- BRETAN O. Estados emocionais e disfagia: disfagia de origem psicogênica. In: MACEDO et al. *Disfagia: abordagem multidisciplinar*. 2. ed. São Paulo: Frontis, 1999. p. 35- 41.
- DEJAEGER E. et al. Mechanism involved in postdeglutition retention in the elderly. *Dysphagia*, v. 12, p. 63-67, 1997.
- DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- GROHER, M. Measuring dysphagia outcomes. The Jap. J. *Dysphagia Rehabil*, v. 2, p. 9-12. 1998.
- GROHER, M. Distúrbios da deglutição em idosos. In: FURKIM, A. M.; SANTINI (Org.).

Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró Fono, 1999. p. 97-107.

JARADEH, S. Neurophysiology of swallowing in the age. *Dysphagia*, v. 9, p. 218-220, 1994.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas In: SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano*: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999. p. 41- 61.

TRACY, F. et al. Preliminary observations on the effects of age on oropharyngeal deglutition. *Dysphagia*, v. 4, n. 2, p. 90-94, 1989.

TRUPE, E. H.; SIEBENS, H.; SIEBENS, A. A. Prevalence of feeding and swallowing disorders in a nursing home. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 65, 1984.

SHAKER, R.; LANG, I. Effect of aging on the deglutitive oral, pharyngeal, and esophageal motor function. *Dysphagia*, v. 9, p. 221-228, 1994.

SHAKER, R.; STAFF, D. Gastrointestinal disorders in elderly. *Gastroenterology Clinics of North America*, v. 30, n. 2, p. 335-357, 2001.

Endereço

Maria Rozemfeld
Felipe de Oliveira, 263/302
CEP: 90630000
Porto Alegre - RS
(51) 33887855 / 91175920
E-mail: mairarozenfeld@hotmail.com