

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

CARLA STEINBERG

EFEITOS DA ESCUTA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO

FONOAUDIOLÓGICO DE PACIENTES DISFÁGICOS:

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

PUC-SP

2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

CARLA STEINBERG

EFEITOS DA ESCUTA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO

FONOAUDIOLÓGICO DE PACIENTES DISFÁGICOS:

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob a orientação da Profa. Doutora Maria Claudia Cunha.

PUC-SP

2007

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

**Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local e data:** \_\_\_\_\_

**DEDICO ESTA OBRA AOS MEUS PAIS:**

**LIA E ISAAC.**

**PELO AMOR INCONDICIONAL.**

## **AGRADECIMENTOS**

A EMBARAÇOSA DIFICULDADE NA ESCOLHA DE UMA ORDEM DE AGRADECIMENTOS SE JUSTIFICA PELAS PRECIOSAS CONTRIBUIÇÕES DE CADA UM QUE CITAREI A SEGUIR. OS MEUS MAIS SINCEROS AGRADECIMENTOS A TODOS QUE PARTICIPARAM DIRETA OU INDIRETAMENTE DA ELABORAÇÃO DESTA DISSERTAÇÃO.

**A ANDERSON** – meu muito obrigada por seus ensinamentos inesgotáveis, ajudando-me a trilhar esse incrível percurso de clinicar.

**À MARIA CLAUDIA CUNHA** – minha admiração pelo seu trabalho, principalmente pela sua postura enquanto orientadora, o que garantiu a execução do presente estudo e minha formação de docente.

**AO PROFESSORES DO MINTER** – em especial ao Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza (Tuto), pelos seus direcionamentos nas presenças modulares muito valiosos para a fundação e seguimento deste trabalho.

**AOS QUERIDOS DR. ANDRÉ NEY E DRA. MARIA DE FÁTIMA** – ensinamentos complementares sobre carreira e amor, determinação e equilíbrio, dedicação e união. Obrigada!

**À BANCA EXAMINADORA** – DRA. RUTH PALLADINO, DRA. TEREZA BILTON, DR. ANDRÉ NEY, DRA. MARIA CLAUDIA CUNHA – agradeço pelas leituras, comentários e sugestões.

**A DR. ADRIANO FONSECA, DRA. HERCÍLIA, ROSA DADALT, ALICE MESQUITA** – profissionais que contribuíram com suas avaliações, terapêuticas e leituras – a troca é um combustível fundamental.

**À MIRIAN SUMICA** – pela sua doce leitura e competente correção.

**AOS COMPANHEIROS DO MINTER** – pelo apoio mútuo durante esses dois anos de produção científica, pelos deliciosos almoços aos sábados regados a música ao vivo e trocas de experiências. Conheci grandes profissionais e fiz adoráveis amigos.

**AOS COLEGAS DO SENEP** – que me ensinam dia a dia que o trabalho em equipe é uma possibilidade gratificante.

**À ANA CATARINA TORRES (CATHI)** – pela descoberta de uma parceria “comercial” e uma amiga especial, por seu apoio diário.

**ÀS AMIGAS MALKA BIRKMAN E RENATA NEGRÃO** – pela nossa amizade.

**A KIKO, RÊ, VÓ, MICHEL, TIO SAMUEL, TIA SARA, PAULO E HELENINHA, TIO JAYME E TIA IARA** – família, estrutura, base, amor, confiança, porto-seguro.

**À DONA TAI** – pela sua especial atenção em me adotar. Por sua dedicação e apoio, mas principalmente por aceitar o cantinho daquele quarto, daquele jeito...

**À MINHA NOVA FAMÍLIA** – Dona Telma, Vaninha, Lorena, Valtinho, Dico, Edinho e seus respectivos – quantos domingos de estudo por ali.

**AO MEU AMOR, GIL** – que sustentou a cambaleante arte da compreensão.

**AO HOSPITAL SANTA IZABEL** – em especial ao SENEP.

**À PUC-SP.**

**À UNIME** – na pessoa de Carla Padovani, gerenciando com dedicação o MINTER SALVADOR 2005-2007.

Bebida é água  
Comida é pasto  
Você tem sede de que?  
Você tem fome de que?

A gente não quer só comida,  
A gente quer comida, diversão e arte  
A gente não quer só comida,  
A gente quer saída para qualquer parte  
A gente não quer só comida,  
A gente quer bebida, diversão, balé  
A gente não quer só comida,  
A gente quer a vida como a vida quer

A gente não quer só comer,  
A gente quer comer e quer fazer amor,  
A gente não quer só comer,  
A gente quer prazer pra aliviar a dor  
A gente não quer só dinheiro,  
A gente quer dinheiro e felicidade  
A gente não quer só dinheiro,  
A gente quer inteiro e não pela metade

(Arnaldo Antunes/Sérgio Brito/Marcelo Fromer)

**Introdução:** o presente estudo foi fruto de inquietações vividas na clínica fonoaudiológica, a partir da necessidade de compreensão da dinâmica dos fenômenos orgânicos e psíquicos envolvida nos sintomas apresentados por pacientes portadores de distúrbios de deglutição. **Objetivo:** discutir a articulação entre técnicas fonoaudiológicas específicas para o atendimento de pacientes disfágicos e a escuta terapêutica dos conteúdos psíquicos latentes aos sintomas. **Método:** pesquisa exploratória de caráter clínico-qualitativo, realizada por meio do estudo de um caso clínico emblemático em relação ao objetivo da pesquisa. Anderson, 33 anos, vítima de traumatismo cranioencefálico, apresentou um quadro de disfagia grave. Suas sessões de fonoterapia ocorreram em domicílio por um ano. O material clínico foi registrado regularmente por escrito na forma de relatos e os dados interpretados a partir dos referenciais teóricos fonoaudiológico e psicanalítico, esse último particularmente sobre o conceito de sintoma (conteúdos manifestos e latentes) e de transferência. Foram obedecidas as normas éticas para pesquisas com seres humanos. **Resultados:** a conduta fonoaudiológica assumida foi a de intervir considerando as condições bio-psíquicas do paciente, de forma a propor a aplicação de técnicas específicas para portadores de disfagia (exercícios e manobras), simultaneamente à postura de escutar os conteúdos subjetivos que emergiram em seu discurso. Tais conteúdos eram interpretados e relacionados, quando pertinente, ao distúrbio de deglutição. O processo, apesar de fragilizar-se em determinados momentos, sustentou-se pelo vínculo terapêutico estabelecido. Após ter sido reestabelecida a condição funcional da deglutição, constatou-se que a despeito da superação dos sintomas manifestos, permaneceram os conflitos latentes. Pressupondo-se os efeitos da articulação entre linguagem, corpo e psiquismo no atendimento desse paciente disfágico, a pesquisa mostrou que as faces orgânica e simbólica dos sintomas são indissociáveis. **Conclusão:** No caso estudado, o diálogo entre o material clínico e os pressupostos teóricos da psicanálise revelou que a superação de entraves orgânicos não implica a superação do sofrimento psíquico do paciente. Sugere-se, portanto, que a escuta, aliada à competência técnica do terapeuta, constituiu-se no dispositivo fundamental para a efetividade do método clínico fonoaudiológico.

**Palavras-chave:** disfagia, fonoterapia, linguagem, psicanálise.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** the present work was a result of questions raised from clinical experiences in a speech therapist office, from the necessity of understanding the dynamic of organic and psychological phenomenons related to symptoms showed in patients with swallowing disorders. **Aim:** to discuss the relation between specific speech therapeutic techniques for dysphagic patient assistance and therapeutic listening of psychological contents latent to symptoms. **Approach:** exploratory research of qualitative character, done through the study of an emblematic clinical case in relation to the research objective. Anderson, 33 years old, victim of head injury, showing a severe dysphagia, had speech therapy at his home during one year. Clinical datas were often registered on written reports and interpreted from speech therapeutic and psychoanalytic theoretical references, the late one particularly through symptom (showed and latent contents) and transference concept. Ethics laws of scientific research on human were followed. **Results:** speech therapeutic behavior assumed was to intervene taking into account the bio-psychological condition of the patient, in order to apply specific techniques to patients with dysphagia (exercises and maneuvers), simultaneously to the posture of listening to the subjective contents that emerged from their speech. While relevant, such contents were interpreted and related to the swallowing disorder. The process, although weakened at certain moments, maintained due to the established therapeutic tie. After functional swallowing condition was restored, latent conflicts remained in spite of recovery of showed symptoms. Presupposing the effects of articulation among speech, body and psychism in the treatment of dysphagic patient, the research showed that organic and symbolic faces of symptoms are indissociated. **Conclusion:** In the case studied, the dialogue between clinical material and presupposed theories of psychoanalysis showed that overcoming organic impediments does not mean overcoming psychological suffering of the patient. Thus, it is suggested that the listening, allied to the technical competence of the therapist, constitutes a fundamental device to effectiveness of clinical speech therapeutic method.

**Key words:** dysphagia, speech therapy, Language, psychoanalysis.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
MÉTODO	22
CAPÍTULO 1: Distúrbios de deglutição e organismo	26
1.1 O processo dinâmico da deglutição e seus distúrbios	27
1.1.1 Achados clínicos no paciente disfágico	29
1.2 Etiologia das disfagias	30
1.2.1 Disfagia neurogênica	31
1.2.2 Disfagia mecânica	32
1.2.3 Disfagia psicogênica	33
1.3 Complicações clínicas dos distúrbios de deglutição	34
1.3.1 Aspectos nutricionais	35
1.3.2 Aspectos do sistema respiratório	38
1.3.2.1 Intubação traqueal	40
1.3.2.2 Traqueostomias	42
1.4 Terapêutica Fonoaudiológica	43
1.4.1 Exames complementares	47
CAPÍTULO 2: Distúrbios de deglutição: oralidade e psiquismo	49
2.1 Alimentação <i>versus</i> nutrição: subjetividade e oralidade	49
2.1.1 Subjetividade	49
2.1.2 Oralidade	51
2.2 Linguagem, corpo, psiquismo e alimentação	54
2.3 Disfagias psicogênicas: articulações entre corpo e psiquismo	56
CAPÍTULO 3: Fonoaudiologia e Psicanálise: possibilidades de alianças	61
3.1 Inconsciente, sintoma e escuta	62
3.2 Transferência	65

CAPÍTULO 4: Fome do quê? Corpo e psiquismo em questão	67
4.1 O caso Anderson	67
4.2 As principais etapas do processo terapêutico	69
4.2.1 Reconhecendo o território	69
4.2.2 Avaliação fonoaudiológica	71
4.2.3 Avaliação Nutricional	73
4.2.4 Conduta otorrinolaringológica	74
4.2.5 Conduta psiquiátrica	75
4.2.6 Conduta fonoaudiológica	76
4.3. O processo terapêutico fonoaudiológico	77
4.3.1 O sintoma paralisante e a busca pela cura	77
4.3.2 O melhor exercício: a conversa	78
4.3.3 Deglute ou não deglute?	82
4.3.4 O vínculo terapêutico	83
4.4 Interdições bio-psíquicas?	86
4.4.1 O diálogo: a primeira interdição	86
4.4.2 Definição do diagnóstico: a segunda interdição	89
4.5 Do procedimento cirúrgico ao restabelecimento da deglutição	90
4.6 A possibilidade de alta	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	110

## INTRODUÇÃO

---

*“Doutora, quem indicou a senhora foi o ‘otorrino’, meu irmão está há um ano e meio sem conseguir engolir, estamos sem saber o que fazer... precisamos de sua avaliação... ele é tão jovem...”*. (irmão de um paciente ao realizar contato telefônico solicitando uma avaliação fonoaudiológica).

*“... e você acha que mamãe vai precisar fazer aquela cirurgia... aquela gastrostomia? Eu vou investir para que isso não aconteça.”* (filha de uma paciente após a primeira avaliação fonoaudiológica).

*“Alô! Bom dia. Quem está falando é a nutricionista da enfermaria. Temos um paciente com seqüela de AVE (acidente vascular encefálico) com dificuldade para deglutir, gostaríamos de sua avaliação para definir a conduta.”* (nutricionista sinalizando uma avaliação fonoaudiológica).

*“... quero dar alta hospitalar a D. Antônia, podemos mandá-la para casa sem sonda?”* (médica residente em discussão de caso de uma paciente internada).

*“Doutora, eu não perdi a consciência em nenhum momento, ando e falo sem problemas, quero fazer esse exame e se Deus quiser vou voltar a comer tudo... não me importo nem com a dieta.”* (paciente durante a fonoterapia).

*“... o melhor exercício é o exercício da conversa, que vai me dar coragem para engolir tudo!”* (paciente durante a fonoterapia).

Optei por iniciar esse texto com fragmentos dos discursos de pacientes, seus familiares e outros profissionais, pois se repetem no meu cotidiano profissional e seus conteúdos, que revelam dúvidas, questionamentos e sofrimento, afetam minha atividade clínico-terapêutica de forma significativa.

Durante a graduação em Fonoaudiologia foi notável o meu interesse pelo estudo da linguagem em sua dimensão patológica, principalmente as afasias. O quadro clínico citado, freqüente em idosos, levou-me a um envolvimento com tal população e passei a me interessar pelo estudo e tratamento dos distúrbios da deglutição, também de incidência típica nessa faixa etária (SANCHES et al., 2000; VENITES et al., 2001; CORTÉS et al., 2003). Nesse contexto, surgiu o desejo de aprofundar meus estudos, de forma a construir um embasamento teórico e técnico consistente, no que diz respeito à anátomo-fisiologia e a fisiopatologia humana.

Quer seja para a avaliação ou terapia, é crescente o reconhecimento do fonoaudiólogo como profissional capacitado na terapêutica do paciente portador de distúrbios de deglutição. Conseqüentemente, sua inserção nas equipes multidisciplinares é cada vez mais freqüente e, esse campo vem se tornando uma área significativa em termos de atuação profissional e também de desenvolvimento de pesquisas (FURKIM, 2000; SILVA, 2000; HERNANDEZ e MARCHESAN, 2001; STEINBERG et al., 2003).

A atividade clínica fez com que me deparasse com um cenário particular: hospitais e clínicas especializadas. Em tais contextos, minhas condutas foram afetadas pelo método clínico médico, gerando transformações na minha formação original, permeada por críticas e questionamentos ao paradigma médico tradicional.

Adentrando cada vez mais nesse universo, pude observar que ao mesmo tempo em que os profissionais da área de saúde creditam ao fonoaudiólogo a responsabilidade por determinadas intervenções nos casos

de distúrbios de deglutição; confiando-lhe condutas técnicas, solicitando orientações (por exemplo, quanto à retirada ou uso de vias alternativas de alimentação), os pacientes buscam uma forma de aquietar/minimizar seu sofrimento. Este é causado primariamente pelo déficit orgânico, que os impede de obter satisfação através de uma das atividades mais primitivas e naturais no ser humano: a alimentação.

Inicialmente, na minha prática, não me ative às repercussões que as marcas corporais dos distúrbios de deglutição geram no psiquismo desses pacientes. Os atendimentos privilegiavam procedimentos e programas de reabilitação focados na dimensão orgânica dos sintomas.

As técnicas fonoaudiológicas utilizadas no tratamento das disfagias, constituem-se de: estimulação sensorial térmica, tátil e/ou gustativa; exercícios para controle oral do bolo alimentar; exercícios para elevação de laringe; mudanças de postura cervical; e manobras voluntárias da deglutição, que podem ser: deglutição de esforço, deglutição múltipla ou seca, deglutição supraglótica, manobra de Mendelshon e manobra de Masako. Ainda utiliza-se alternância de consistência durante a alimentação. (GONÇALVES e VIDIGAL, 1999; MARCHESAN e FURKIM, 2003).

Emergiram, então, questionamentos com relação aos procedimentos utilizados com os pacientes disfágicos, nos casos que não evoluíam, apesar da aplicação adequada de técnicas específicas de reabilitação funcional. Dessa forma, o conceito de disfagia psicogênica ganhou dimensão relevante na minha clínica.

As disfagias podem ser classificadas, entre outras formas, de acordo com sua etiologia. Macedo-Filho et al. (2000a) citam cinco possíveis tipos de disfagia de acordo com a etiologia: neurogênica, mecânica, decorrente da idade, induzida por drogas e psicogênica.

A disfagia psicogênica é considerada de forma abrangente como manifestação de quadros ansiosos, depressivos ou conversivos. De forma geral, os distúrbios de deglutição que não envolvem alterações orgânicas são considerados como psicogênicos (BRETAN et al., 1996; BUCHHOLZ et al., 1997; McCULLOCH et al., 1997; DANTAS, 2003).

Passei a notar que em muitos casos a demanda terapêutica ia além da melhora/superação do sintoma manifesto como os engasgos, tosse, sufocamento, entre outros.

O presente projeto nasceu dessas inquietações, vividas no cotidiano da clínica. Corpo **ou** psiquismo? Corpo **e** psiquismo? Como compreender a dinâmica dos fenômenos orgânicos e mentais nos pacientes portadores de distúrbios de deglutição?

Conceitos e valores construídos desde a graduação, quando estudava mais profundamente a clínica da linguagem, começaram a retornar, apesar da trajetória profissional que tendeu a afastar-me das questões relativas ao campo da subjetividade humana em nome da ênfase na organicidade.

Assim, passo a apresentar o referencial teórico do qual me reaproximei e que ilumina essa pesquisa.

Cunha (1997) analisou o percurso do método clínico fonoaudiológico apontando os deslocamentos ocorridos no campo. Discutiu as aproximações

da Fonoaudiologia com diversas disciplinas ao longo de sua construção (mais especificamente com a Medicina e com a Lingüística) sugerindo implicações dessas interfaces para o método clínico fonoaudiológico.

Segundo a autora, no que diz respeito à clínica médica, os fonoaudiólogos permaneceram sob influência do método positivista por um longo período, marcadamente até o início dos anos 90, tomando o sintoma como uma alteração não desejável de um estado fisiológico.

O diálogo com o campo psicanalítico para que ocorra a interpretação fonoaudiológica dos sintomas manifestos pelos pacientes é sugerido pela autora. Nessa perspectiva, propõe uma relação de contigüidade entre o campo fonoaudiológico e o psicanalítico, sustentada pelas seguintes concepções teóricas: “... *linguagem como discurso, sintoma da fala como linguagem e uma escuta terapêutica que vá além da literalidade do código, reconhecendo a expressão do inconsciente na linguagem*” (CUNHA. 1997, p. 42). As articulações entre linguagem, corpo e psiquismo ganham gradativa atenção no campo fonoaudiológico.

Cunha (2004) e Souza (2004) abordam a dimensão biopsíquica do corpo, para além da dimensão orgânica estrita, enfatizando também a indissociabilidade entre corpo e linguagem.

A partir de um levantamento de pesquisas publicadas nos últimos cinco anos em algumas das principais revistas científicas brasileiras da área<sup>1</sup>, sobre os temas “alimentação”, “deglutição” e “disfagias”, apresento as

---

<sup>1</sup> Revista Pró-fono de atualização em Fonoaudiologia  
Revista Distúrbios da Comunicação  
Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

tendências atuais na abordagem do tema, as quais revelam a escassez de trabalhos na perspectiva clínica acima citada.

Chamou minha atenção o grande número de publicações fonoaudiológicas que descrevem, caracterizam e correlacionam alterações miofuncionais da deglutição e disfagias com alguma patologia (por exemplo, acidente vascular encefálico e demências) ou populações específicas de pacientes (por exemplo, idosos e neonatos). A tendência é de agrupamento de acordo com a similaridade dos sintomas manifestos, valorizando critérios patológicos universais. A seguir, destaco alguns trabalhos que ilustram tal posição.

Giglio et al. (2000) estudaram manifestações fonoaudiológicas em pacientes HIV positivo; Rodrigues e Vidigal (2000) mostraram, através de revisão de literatura, a relação entre a disfagia orofaríngea e a localização da lesão cerebral em pacientes pós-acidente vascular encefálico (AVE); Marcolino et al. (2004) avaliaram a deglutição orofaríngea de pacientes após a realização de esofagectomia; Magalhães e Bilton (2004) caracterizaram as condições anatômicas orais, além de realizar avaliação de linguagem, em pacientes adultos hospitalizados pós-AVE; e Márquez et al. (2005) verificaram a ocorrência de sinais clínicos de disfagia em pacientes portadores de amiotrofia espinhal progressiva tipo II.

As faixas etárias constituem outro foco de concentração das pesquisas na área, como mostram as referências a seguir:

Sanches et al. (2000) elencaram as principais alterações de alimentação em idosos portadores de demência; Márquez et al. (2003)

descreveram as alterações de deglutição e as características lingüísticas de pacientes com doença de Alzheimer, comparando-as com os estágios dessa patologia; e Bitar e Sousa (2003) caracterizaram a oferta de alimentos a lactentes com refluxo gastroesofágico, avaliando os efeitos do tratamento fonoaudiológico para o desenvolvimento miofuncional oral saudável.

Os trabalhos citados trazem indispensáveis contribuições para o desenvolvimento do método clínico fonoaudiológico, particularmente quanto à formulação e aprimoramento de técnicas para o tratamento dos distúrbios da deglutição, tema de estudo deste trabalho. Esses estudos partem de e sugerem procedimentos terapêuticos baseados na universalidade (etiológica e sintomática) de tais disfunções.

Entretanto, no levantamento bibliográfico realizado, também foram encontrados outros trabalhos, que mesmo focando-se na dimensão orgânica dos sintomas, abrem possibilidades de novas interpretações no que diz respeito à abordagem fonoaudiológica da deglutição/alimentação. A saber, aquelas que levam em conta a dimensão da subjetividade.

Rozenfeld (2003), em sua dissertação de mestrado, nos fala sobre uma experiência fonoaudiológica que aborda, além do corpo, a subjetividade do sujeito; trazendo à cena as redes de sentidos envolvidas nos casos de distúrbios de deglutição. Seu objetivo foi conhecer subjetivamente tais distúrbios, mais especificamente dos engasgos, para idosos de uma instituição asilar. A autora conclui que as pessoas dessa faixa etária com queixas de deglutição sofrem com tal sintoma (engasgo) o que é visto representado negativamente como relacionado à morte, “falta de ar” e medo.

É fundamental trabalhar tal sintoma buscando ressignificar a imagem corporal do idoso afetado pela disfagia.

Prosseguindo com os trabalhos que caminham em direção à não dicotomização corpo e mente, Bretan et al. (1996) relatou cinco casos nos quais havia queixa de deglutição, apesar dos exames otorrinolaringológicos apresentarem resultados normais. Além de investigações para afastar causas orgânicas, o tratamento foi baseado em conversa com os pacientes, denominação do próprio autor, com medicação ansiolítica recomendada a quatro deles. Segundo o autor, em 100% dos casos as queixas desapareceram.

No que diz respeito ao método clínico fonoaudiológico, considero como um trabalho de grande importância para área aquele realizado por Furkim e Silva (1999). As autoras descrevem criteriosamente os passos para a elaboração e execução de programas terapêuticos, defendendo o pressuposto de que a intervenção só poderá obter sucesso se for realizada por equipe interdisciplinar.

Como partes do programa estão os seguintes itens: grupo de orientação interdisciplinar para familiares e pacientes; programa de orientação individual interdisciplinar para pacientes e familiares; programa de apoio psicológico; treino para manuseio da sonda de alimentação; programa de intervenção fonoaudiológica (terapia indireta e direta).

As autoras afirmaram que:

... o objetivo da reabilitação na disfagia é contribuir, primordialmente, para melhorar as condições nutricionais e de hidratação, minimizar ou eliminar os riscos de aspiração de alimentos, saliva e secreções para a árvore

traqueobrônquica do paciente, otimizando assim o processo de alimentação. Desta forma, não basta definir técnicas terapêuticas, o programa de reabilitação precisa acima de tudo garantir abordagens para que o paciente e a família entendam, participem e cumpram o programa proposto (FURKIM e SILVA, 1999, p. 10).

Para as autoras não basta selecionar as técnicas terapêuticas e, complemento, nesta mesma perspectiva, que também não basta aplicá-las mecanicamente. O que é necessário então para que haja efeito terapêutico? O que é necessário fazer/modificar para obter maior mobilização do paciente e também de sua família no processo terapêutico? Como deve ser abordado o conteúdo psíquico intrínseco aos casos de disfagia?

Duarte (2006) buscou, através da articulação entre os aspectos orgânicos e psíquicos, a construção de subsídios ao trabalho fonoaudiológico com pacientes disfágicos em contexto hospitalar. A autora concluiu que há sobredeterminação psíquica nos casos de disfagia e sugere que o fonoaudiólogo, em sua terapêutica, necessita criar um suporte para que o paciente transite pela sua nova condição de vida.

Partindo do princípio da não-dicotomização entre corpo e psiquismo, sugere-se que todas as disfagias, independentemente de sua etiologia, afetam tal unidade – corpo e psiquismo.

A partir de tais considerações, o **objetivo** deste trabalho é discutir a articulação entre técnicas fonoaudiológicas específicas para o atendimento de pacientes disfágicos e a escuta terapêutica dos conteúdos psíquicos latentes aos sintomas.

## MÉTODO

---

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter clínico-qualitativo, na qual foram investigadas as potencializações e/ou obstaculizações de fatores relacionais (terapeuta/paciente) na aplicação das técnicas fonoaudiológicas específicas para o atendimento de pacientes disfágicos.

O interesse por um estudo exaustivo que nos permitisse verticalizar e detalhar o objeto de estudo indicou a necessidade de utilizar o procedimento de estudo de um caso clínico (NASIO, 2001; D'ALLONNES, 2004).

### **1. Material clínico**

O caso clínico selecionado foi aquele que trouxe à tona os questionamentos que fizeram emergir esta pesquisa, isto é: como articular as técnicas fonoaudiológicas específicas com a escuta terapêutica dos conteúdos psíquicos latentes aos sintomas de disfagia (como por exemplo, engasgos e/ou recusa alimentar)?

O caso estudado tem caráter emblemático em relação ao objetivo proposto para a pesquisa. Ele foi acompanhado intensamente e a partir das questões emergentes durante o atendimento, foi possível compreender os fenômenos correlacionados a outros pacientes.

Anderson, 33 anos, ex-taxista, em dezembro de 2004 foi vítima de um acidente automobilístico a partir do qual sofreu politrauma com traumatismo cranioencefálico grave. Utilizou sonda nasoenteral para alimentação e, diante da impossibilidade de reintrodução da alimentação oral a equipe assistente optou por gastrostomizá-lo. Seis meses após a alta hospitalar, Anderson apresentava um quadro de disfagia grave, com sinais de aspiração constante de saliva e alimentos. Suas sessões de fonoterapia foram realizadas em domicílio.

## 2. Procedimento

Os atendimentos foram registrados por escrito pela terapeuta, nesse caso, a própria pesquisadora, na forma de relatos incluindo descrições e possíveis interpretações do material clínico. Tal procedimento apóia-se nas formulações dos autores que seguem.

O questionamento de como selecionar o material clínico para a pesquisa fonoaudiológica, acima de tudo quando se trata de uma pesquisa clínico-qualitativa, foi discutido por Cunha (2000). Segundo a autora, ao recordar e recortar a experiência terapêutica, o pesquisador assume o lugar de intérprete e coleta o material passível de investigação. Assim, a memória do terapeuta, como sinônimo de sua escuta será *“tanto melhor quanto menor for a sua preocupação em lembrar-se”* (CUNHA, 2000, p. 97).

Na posição de narrador, a terapeuta-personagem reconstituirá cenas clínicas, atravessada por suas experiências, marcada pelas suas interpretações.

Safra (1993) afirma que relatos clínicos não descrevem o ocorrido em uma sessão, é necessário ter a clareza de que são recortes limitados pelo ponto de vista de quem o faz, e declara: *“pretender que fosse exato seria acreditar onipotentemente que captamos o absoluto”* (SAFRA, 1993, p. 124).

Segundo Nasio (2001), ao utilizar um caso clínico como material de pesquisa é preciso conceber que *“o relato de um encontro clínico nunca é o reflexo fiel de um fato concreto, mas sua reconstituição fictícia. O exemplo nunca é um acontecimento puro, mas sempre uma história reformulada”* (NASIO, 2001, p. 17).

### **3. Critérios de interpretação dos resultados**

Os dados foram interpretados a partir de referenciais teórico-psicanalíticos, particularmente sobre o conceito do sintoma e de transferência na relação terapêutica. No que se refere à avaliação e tratamento fonoaudiológico das disfagias, foram analisados os procedimentos específicos relacionados com os conteúdos anteriormente descritos.

A dimensão biopsíquica das disfagias foi abordada através de dois eixos:

1. conteúdos biopsíquicos que potencializaram a evolução do tratamento;
2. conteúdos biopsíquicos que obstaculizaram a evolução do tratamento.

#### **4. Aspectos éticos:**

Os dados pessoais do paciente e seus familiares foram mantidos em sigilo, os nomes utilizados são fictícios.

O paciente e seu responsável assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo I).

O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Programa de Estudos Pós-graduandos em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Foi aprovado em conformidade com os critérios da Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sem riscos ou danos ao ser humano do ponto de vista ético, sob o protocolo de número 057/2006 (anexo II).

## CAPÍTULO 1

### DISTÚRBIOS DE DEGLUTIÇÃO E ORGANISMO

---

Para possibilitar a discussão do tema proposto, isto é, a prática clínico-terapêutica em casos de distúrbios de deglutição, apresenta-se neste capítulo uma leitura dos aspectos relacionados às disfagias: sinais e sintomas, etiologia e complicações clínicas inerentes a esse transtorno na dinâmica da deglutição dita normal.

Os distúrbios de deglutição têm sido descritos na literatura de formas variadas. Diferentes aspectos são abordados quando se caracterizam as disfagias.

Furkim e Silva (1999) realizaram um levantamento dos conceitos de disfagia definidos por diferentes profissionais e concluíram que é consensual considerá-la como uma alteração no processo dinâmico da deglutição, ou seja, no transporte do bolo alimentar da boca ao estômago. Assim, apontam que a maioria dos autores define as disfagias apenas como uma dificuldade de deglutição.

Contudo, mesmo compreendendo a disfagia orofaríngea como um distúrbio de deglutição, as autoras ampliam o conceito considerando que há sinais e sintomas específicos associados a complicações clínicas e sociais que não podem ser excluídos da definição. Desta forma caracterizam a disfagia como:

... alterações em qualquer etapa e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, podendo ser congênita ou adquirida após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico, podendo trazer prejuízo aos

aspectos nutricionais, de hidratação, no estado pulmonar, prazer alimentar e social do indivíduo (FURKIM e SILVA, 1999, p. 5)

Diante de uma definição abrangente, serão destacados e analisados, a seguir, três aspectos específicos: a caracterização do processo dinâmico da deglutição e os prejuízos na harmonia de suas etapas, as etiologias e as complicações clínicas das disfagias.

### **1.1 O PROCESSO DINÂMICO DA DEGLUTIÇÃO E SEUS DISTÚRBIOS**

O processo de deglutição é dinâmico (LOGEMANN, 1983; COSTA, 1996; PERLMAN e CHRISTENSEN, 1997), com etapas intrinsecamente relacionadas e seqüenciais que podem ser divididas didaticamente em fases: oral, faríngea e esofágica. Podemos considerar que há interdependência funcional e morfológica das estruturas envolvidas nessas fases (FURKIM e SILVA 1999; COSTA, 2003).

Para que haja eficiência desse processo, uma complexa atividade neuromuscular é constantemente ativada. Vejamos as fases da deglutição separadamente:

**I – Fase oral:** fase na qual ocorre o preparo do alimento e organização deste para ser ejetado da cavidade oral para faringe. Estágio em que se observa a mastigação e estão envolvidas estruturas diversas (língua, lábios, bochechas, mandíbula, dentes e articulação

temporomandibular). O controle sensório motor é realizado pelos seguintes pares cranianos: nervo trigêmeo (V), nervo facial (VII), nervo glossofaríngeo (IX) e nervo hipoglosso (XII). (MARCHESAN, 1999; JUNQUEIRA, 2003).

**II – Fase faríngea:** didaticamente essa etapa inicia com a chegada do bolo alimentar à orofaringe e encerra com sua passagem pelo esfíncter esofágico superior (EES). É a etapa de transporte do bolo alimentar conseqüente ao mecanismo de propulsão da língua durante a fase oral, somado à ação constrictora da faringe. Nessa fase devem ocorrer os mecanismos que protegem as vias aéreas da entrada de conteúdos orofaríngeos – a penetração e/ou aspiração laringotraqueal. (MARCHESAN, 1999; MACEDO-FILHO, 2003).

O controle sensório-motor é realizado pelos pares cranianos: nervo trigêmeo (V), nervo facial (VII), nervo glossofaríngeo (IX), nervo vago (X) e nervo hipoglosso (XII), com contribuição dos segmentos cervicais C 1-3. (MACEDO-FILHO, 2003).

**III – Fase esofágica:** a última etapa se dá a partir da abertura do EES, com o início da atividade peristáltica esofágica. O esvaziamento esofágico dura em média de oito a dez segundos, até a passagem para o estômago através da abertura o esfíncter esofágico inferior (EEI). O controle sensório-motor nessa fase é dado pelo nervo vago (X). (MARCHESAN, 1999; HADDAD, 2003).

A fim de estabelecer a inter-relação funcional dos estágios de organização e ejeção do bolo alimentar, com a fase faríngea da deglutição, Yamada et al. (2004) avaliaram a fase oral da deglutição de 44 sujeitos (14 sadios e 30 disfágicos) através do método videofluoroscópico. Concluíram que tanto a qualidade da ejeção oral como a dinâmica da fase faríngea, sofrem interferência da organização oral do bolo alimentar.

Fiorese et al. (2004) compararam as fases oral e faríngea da deglutição, utilizando a videofluoroscopia, em dois grupos com faixas etárias distintas. Os resultados mostraram maior frequência de alterações em indivíduos acima de 60 anos de idade e com doença de base associada, o será discutido com aprofundamento no próximo tópico.

A interferência de qualquer acometimento mecânico ou neurogênico nesse processo causará o distúrbio de deglutição, e isto implicará no surgimento de sinais e sintomas específicos.

### **1.1.1 Achados clínicos no paciente disfágico**

Furkim (1999) correlacionou alguns sinais e sintomas, suas possíveis etiologias e as indicações terapêuticas para o sujeito portador de distúrbio de deglutição. Os achados citados, divididos pelas ocorrências das fases oral e faríngea foram:

**Fase oral da deglutição:** presença de resíduo em cavidade oral; escape extra-oral; deglutição de pedaços maiores (ineficiência da mastigação ou falta de atenção).

**Fase faríngea da deglutição:** ausência de tosse reflexa; alteração vocal após a deglutição e durante a fonação; alteração na ausculta cervical; alteração respiratória após a deglutição; diminuição da mobilidade da laringe; resíduos em recessos faríngeos; resíduos em valécula; resíduos em seios piriformes; resíduo acima do esfíncter esofágico superior.

## 1.2 ETIOLOGIA DAS DISFAGIAS

Um aspecto importante a ser discutido ao conceituar as disfagias, são as possibilidades de etiologia.

Cook e Kahrilas (1999) trouxeram como principais causas das disfagias orofaríngeas: iatrogenias (efeito de medicamentos, quimioterapia e radiação, pós-cirúrgico); infecções (difteria, botulismo, sífilis, mucosite); distúrbios metabólicos (amiloidose); miopatias (doenças da junção neuromuscular, miastenia gravis, distrofias); doenças neurológicas: tumores em sistema nervoso central, traumatismo cranioencefálico, acidente vascular encefálico, paralisia cerebral, doença de Parkinson, demências, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, entre outras);

e problemas estruturais (divertículo de Zencker, osteófitos cervicais, tumores orofaríngeos, fissura labiopalatina).

Observa-se então que os distúrbios de deglutição podem ser decorrentes de diferentes patologias das mais diversas etiologias. A classificação mais utilizada, de acordo com as respectivas etiologias, será descrita a seguir.

### **1.2.1 Disfagia neurogênica**

As disfunções neurológicas podem afetar a ação neuromuscular responsável pela manutenção de uma dinâmica de deglutição harmoniosa e que garanta a proteção das vias aéreas contra a aspiração de conteúdos orofaríngeos. A literatura aborda com profundidade quais doenças neurológicas debilitam o complexo orofaríngeo causando as disfagias neurogênicas e de que forma essas patologias interferem na dinâmica da deglutição (BUCHHOLZ e ROBBINS, 1997; FURKIM e SILVA, 1999; SANTINI, 1999; GONÇALVES e CÉSAR, 2006).

Buchholz e Robbins (1997) citaram as doenças neurológicas mais comuns que causam disfagia: acidente vascular encefálico; traumatismo cranioencefálico; paralisia cerebral; doença de parkinson e outras doenças do movimento; doenças neurodegenerativas; paralisia supranuclear progressiva; demências; doenças do neurônio motor superior; polineuropatias; neoplasias; esclerose múltipla; poliomielite; síndromes

infecciosas; miastenia gravis; miopatias; e iatrogenias (induzidas por medicamentos ou pós-cirúrgico).

### **1.2.2 Disfagia mecânica**

As implicações na deglutição provenientes de alterações nas estruturas orofaríngeas, assim como as disfagias neurogênicas, também são bastante exploradas pelos pesquisadores. Alterações anátomo-fisiológicas em tais estruturas geram sintomas nas funções de deglutição, fonação, fala, mastigação e respiração (GIELOW, 1999).

Segundo Groher e Gonzalez (1992), quando o controle neurológico da deglutição encontra-se intacto e percebem-se prejuízos estritamente nas estruturas orofaríngeas responsáveis pela dinâmica da deglutição, esses distúrbios podem ser classificados como de origem mecânica. As causas mais freqüentes são:

- Inflamações agudas (herpes, tonsilite lingual, epiglote, faringite aguda, inflamação fúngica, agentes químicos); traumas; macroglossia; divertículo faringo-esofágico; câncer na região de cabeça e pescoço; pós-cirúrgico (lesões orais, faríngeas, laríngeas e/ou esofágicas); irradiação; osteófitos cervicais; presença de sondas para alimentação; e uso de cânula de traqueostomia e tubo endotraqueal.

### 1.2.3 Disfagia psicogênica

Durante a revisão da literatura referente às disfagias, nota-se escassez de material que aborde com maior verticalidade o conceito de disfagia psicogênica.

São definidos como de etiologia psicogênica os distúrbios de deglutição na ausência de qualquer evidência de doenças neurológica ou estrutural, isto é, afastando-se qualquer causa orgânica e mantendo-se o quadro, o diagnóstico é sugestivo de disfagia psicogênica (BUCHHOLZ e ROBBINS, 1997; McCULLOCH et al. 1997).

Bretan et al. (1996) articularam de forma rara na literatura nacional fatores emocionais a distúrbios de deglutição. O sintoma que é foco de seus estudos é o *globus faríngeo* – sensação de conteúdo (saliva e/o alimento e/ou secreção) em região faríngea, com possibilidade de ocorrência de tosse e/ou engasgos imediatamente após a deglutição.

As experiências sugerem que os fatores emocionais podem ser primários naqueles pacientes sem causa orgânica aparente e com sintomas disfágicos. Sugerem ainda que as reações emocionais podem ser secundárias em casos nos quais há lesões orgânicas, ocasionando a piora do quadro.

É de extrema importância salientar que os autores, na qualidade de médicos, abrem espaço para a subjetividade como elemento de relevância clínica e assumem sua abordagem como “psicológica”.

Furkim (2004) relatou que, nos primórdios da atuação fonoaudiológica com disfagias, as mulheres com queixas de *globus faríngeo* eram diagnosticadas como portadoras de histeria de angústia. Com a mudança do papel da mulher na sociedade, os homens passaram a ser diagnosticados também como tal. Atualmente leva-se em consideração que pacientes submetidos a longos períodos de internamento, com história de procedimentos médicos invasivos e manipulações diversas, possam evoluir com sintomas disfágicos, principalmente por hesitação em fase oral da deglutição.

Estudos que correlacionam *globus faríngeo*, histeria e distúrbios de deglutição serão apresentados com maior profundidade no próximo capítulo.

### **1.3 COMPLICAÇÕES CLÍNICAS DOS DISTÚRBIOS DE DEGLUTIÇÃO**

Segundo Cook e Kahrilas (1999) as conseqüências das disfagias orofaríngeas podem ser graves. O sujeito disfágico pode evoluir com desidratação, desnutrição, pneumonias aspirativas e chegar à morte. Sua complexidade clínica é influenciada por diversos fatores, entre eles: (1) são pacientes que frequentemente apresentam comprometimentos neurológicos e dificuldade em falar sobre suas angústias e/ou cooperar na terapêutica; e (2) a disfagia é usualmente manifestação de uma doença sistêmica que atinge orofaringe ou conseqüência de alterações funcionais.

A seguir serão aprofundadas as principais complicações clínicas que o sujeito disfágico pode apresentar, entre elas: complicações dos aspectos nutricional e respiratório.

### **1.3.1 Aspectos nutricionais**

O indivíduo portador de distúrbio de deglutição, em diferentes graus, pode apresentar riscos nutricionais pela ineficiência da alimentação oral, podendo evoluir com desnutrição e/ou desidratação.

Segundo Moreira-Junior e Waitzberg (2000), a desnutrição protéico-energética (DPE) ou protéico-calórica (DPC) ocorre em decorrência de um baixo aporte de proteínas e combustíveis nutricionais na alimentação. É um conjunto de condições patológicas que pode estar associado com freqüência a infecções e desenvolve-se gradualmente em semanas ou meses.

Andrade e Lameu (2003) listaram as principais causas da desnutrição: incapacidade de alimentar-se; má-absorção; perdas digestivas (fístulas ou diarreias crônicas) ou perdas extra-intestinais (peritoneostomia, queimadura, empiema); e/ou consumo energético excessivo (sepse, trauma, pós-operatório).

Diante da diversidade de complicações que o paciente disfágico está susceptível a contrair, é de suma importância que seja constituída uma equipe multiprofissional para assistí-lo. O fonoaudiólogo deve estar atento

aos sinais de desnutrição e desidratação para possíveis encaminhamentos de seus pacientes para avaliação nutricional.

A DPC leva o organismo a realizar adaptações metabólicas. Podem ocorrer alterações endócrinas; hematológicas; nas funções cardiovascular, renal, respiratória, digestiva; alterações no sistema auto-imune, entre outras. Algumas observações importantes podem ser realizadas no exame físico do paciente, como: perda de brilho dos cabelos, face com seborréia nasolabial, face edemaciada ou com palidez, atrofia nas papilas linguais, alterações dentárias como manchas no esmalte, unhas quebradiças ou rugosas, hiperqueratose folicular (alterações epiteliais), e desgaste muscular (MOREIRA-JUNIOR e WAITZBERG, 2000).

Segundo Rosenfeld et al. (2003), pacientes disfágicos devem receber atenção especial da equipe multiprofissional por enquadrarem-se em um grupo de risco nutricional, podendo evoluir com perda de massa magra e tecido adiposo, sendo que, para estes autores, os idosos com doenças crônicas correm um risco maior.

Ainda analisando a disfagia em idosos, um estudo feito por Cortés et al. (2003) com objetivo de verificar a relação ente idosos desnutrição e disfagia em idosos que freqüentavam o ambulatório de geriatria da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, concluiu que, na população estudada (09 pacientes), a disfagia não foi considerada como fator de perda de peso apesar da literatura afirmar tal correlação frequentemente.

Ao analisar a história dos pacientes que não associaram a perda de peso à disfagia ou inapetência, observou-se que nenhum deles citou qualquer outra causa objetiva, ficando muitas vezes subentendido que, para estes indivíduos, a causa de sua perda de peso era desconhecida (CORTÉS et al., 2003, p. 228).

Diante da impossibilidade de alimentar-se via oral de forma que garanta o aporte nutricional requerido, em muitas situações faz-se necessário utilizar vias alternativas de alimentação para o portador de disfagia. A decisão pelo seu uso, ou pela via mais adequada deve ser realizada pela equipe: médico, nutricionista, fonoaudiólogo e enfermeiro (LAMEU e ANDRADE, 2003).

Quando a ingestão da alimentação oral não atinge de dois terços a três quartos das necessidades nutricionais diárias, indica-se a terapia nutricional enteral (TNE) para manutenção ou recuperação do estado nutricional do indivíduo. As vias de acesso e administração da alimentação enteral são (WAITZBERG et al., 2000a; WAITZBERG et al., 2000b):

**Via oral:** se o paciente tem condições de manter a alimentação oral, mesmo com restrição de consistências, essa via deverá ser mantida. Pode ser instituída a terapia com suplementos nutricionais.

**Sonda nasoenteral:** é a modalidade mais utilizada em TNE. Técnica de fácil realização. É inserida uma sonda (à beira do leito ou via endoscópica) via nasal, locando a outra extremidade em posição gástrica, duodenal ou jejunal. Tende-se a indicar tal terapia quando a previsão é de sua manutenção em curto prazo, isto é, em média seis semanas.

**Ostomia:** na intenção de realizar um TNE de longo prazo (maior que seis semanas) a equipe deve avaliar a possibilidade da confecção de uma ostomia (gástrica ou jejunal). As gastrostomias podem ser posicionadas em procedimento cirúrgico aberto ou por via percutânea.

Na impossibilidade de utilização da via digestiva para nutrição, faz-se necessário o uso de nutrição parenteral total (NPT) (WAITZBERG et al., 2000c):

**NPT:** administram-se todos os nutrientes necessários para a sobrevivência via endovenosa. Pode ser realizada nutrição parenteral central (via subclávia ou jugular interna) ou periférica.

### **1.3.2 Aspectos do sistema respiratório**

A síndrome disfágica abarca uma variedade de sinais e sintomas que podem ser consequência de anormalidade em quaisquer fases da deglutição. O mais polêmico, por ser talvez o sintoma mais preocupante e que chama a atenção do clínico, é a aspiração laringotraqueal. Esse sinal é definido como a entrada de conteúdos orais, secreções ou alimentos, através das pregas vocais (PERLMAN et al., 1997), o que pode por em risco a vida de quem o sofre (FURKIM e SILVA, 1999; COSTA, 2003; DANTAS, 2003).

A íntima relação anatômica entre as vias aérea e digestiva e a organização para excluir a via aérea durante a deglutição, evitando assim a

aspiração, foram descritas por Costa (2003). Observações e estudos realizados através da videofluoroscopia mostram uma complexa associação de ações ligadas à dinâmica da deglutição que determinam os mecanismos de proteção das vias aéreas. O autor identifica dois tipos de mecanismos:

(1) Aqueles independentes da ação pressórica da dinâmica de deglutição: sem que haja esforço na propulsão oral, o bolo escapa da cavidade oral se relacionando com estruturas anatômicas (váléculas e pregas ariepiglóticas), à disposição da força gravitacional, sem que penetrem nas vias aéreas de forma segura;

(2) Aqueles dependentes da ação pressórica da dinâmica de deglutição:

a) aqueles que ocorrem durante a deglutição (fluxo anterógrado) – como apnéia fisiológica, fechamento da rima glótica e elevação laríngea.

b) aqueles que ocorrem durante vômitos e refluxo (fluxo retrógrado) – apnéia defensiva.

Falhando um ou mais dos mecanismos citados é possível que ocorra a penetração para a via aérea. Diante dessa situação, pode-se instalar uma síndrome aspirativa. A aspiração laringotraqueal pode ser de quatro tipos, segundo Isola (1999): maciça; química; de secreções orais; e crônica de substâncias orgânicas. O autor afirma que a disfagia orofaríngea predispõe as pneumonias de repetição, mas ressalta que a simples aspiração não significa que o paciente irá desenvolver infecção.

Em outro estudo, Gomes et al. (2003) sugeriram que, em pacientes disfágicos, a relação entre aspiração de alimentos e pneumonia aspirativa

não são eventos uniformemente convincentes. Seu estudo demonstra que os pacientes que utilizam sonda nasoenteral apresentam maior frequência de pneumonia e de aspiração do que aqueles sem sonda.

O paciente disfágico, a depender de sua patologia de base e das possíveis complicações abordadas neste trabalho, pode ainda necessitar de intervenções clínicas invasivas no que diz respeito aos aspectos respiratórios. São citados a seguir o uso de tubos traqueais ou endotraqueais e as implicações fonoaudiológicas.

#### **1.3.2.1 Intubação traqueal**

O paciente pode necessitar de assistência ventilatória através de intubação traqueal por doenças que não permitem adequada troca gasosa, insuficiência respiratória aguda, rebaixamento do nível de consciência, e traumas faciais ou no pescoço que impeçam que a via aérea permaneça livre.

O doente intubado deve permanecer em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para melhor controle e monitorização do quadro clínico. Os objetivos da intubação endotraqueal são bem definidos tais como manter vias aéreas pérvias, proteger vias aéreas, permitir ventilação com pressão positiva, e facilitar a aspiração de secreções da traquéia e brônquios (FARIA, 2000).

A intubação consiste na introdução de um tubo através da glote, alojando na traquéia que pode ser por via nasal ou oral. Esse procedimento não está isento de acarretar complicações para o indivíduo. Segundo

Imbeloni (1986), as complicações podem ocorrer em quatro distintos momentos, quais sejam:

(1) durante a intubação: possíveis lesões na trajetória e ocorrência de vômitos; (2) com o tubo em posição: lesões na laringe como, edemas, inflamações ou hematoma, e lesões na traquéia como, ulceração da mucosa, fístula traqueoesofágica e laceração traqueal; (3) durante a extubação: dor e possíveis lesões em seu trajeto; e (4) após a extubação: obstrução e/ou incompetência da laringe, necessitando de reintubação e, a posteriori, a presença de estenose laríngea ou traqueal.

A intubação orotraqueal por período igual ou maior que 48 horas pode comprometer a dinâmica da deglutição, pois pode ocasionar alterações da musculatura orofaringolaríngea relacionadas com a diminuição da propriocepção e/ou atrofia muscular por desuso, incoordenação respiração/deglutição e diminuição do reflexo de proteção das vias aéreas inferiores. Após a permanência de um tubo endotraqueal é possível que ocorra a aspiração laringotraqueal de conteúdos orofaríngeos, antes, durante ou após a deglutição (PARTIK et al., 2003).

Segundo De Laminart et al. (1995); Ajemian et al. (2001) há riscos de aspiração no período pós-extubação (24 - 48 horas) com incidência de 56% de aspiração na avaliação após as 48 horas da extubação, sendo 25% de aspiração silente.

### 1.3.2.2 Traqueostomias

Registros antigos descrevem a traqueostomia como uma técnica de emergência porém, com os avanços tecnológicos e o surgimento das UTI's, o procedimento passou a ter caráter eletivo, sendo indicado nas seguintes situações segundo Netto et al. (2000): em obstruções de vias aéreas superiores; para permitir melhor acesso às secreções traqueais e brônquicas, e para suporte ventilatório em casos de falência respiratória.

As implicações do uso de cânula de traqueostomia para a clínica fonoaudiológica estão relacionadas às funções orais. O paciente está impedido de produzir som e, portanto, de falar, além das complicações na dinâmica da deglutição.

Macedo-Filho et al. (2000b) citaram os seguintes impactos da presença da traqueostomia para a deglutição:

(1) Redução do deslocamento do complexo hio-laríngeo: a elevação e anteriorização hio-laríngea, mecanismo fundamental para proteção de vias aéreas, pode não ser efetiva pela possibilidade de fixação da traquéia, dessa forma a amplitude da movimentação de tal complexo não ocorrerá satisfatoriamente, podendo levar à aspiração laringotraqueal.

(2) Possível ocorrência de obstrução esofageana nos usuários de cânulas de traqueostomia com balonete insuflado, pela relação anatômica entre traquéia e esôfago, com riscos de acúmulo de restos alimentares favorecendo a aspiração.

(3) A dessensibilização laríngea poderá ocorrer pelo desvio do fluxo aéreo pela cânula, sem passagem de ar pelas pregas vocais, assim como a diminuição da pressão subglótica; e por fim,

(4) o fechamento incoordenado da laringe apresenta-se como outro fator de risco para aspiração.

#### **1.4 TERAPÊUTICA FONOAUDIOLÓGICA**

Foram selecionados os autores nacionais de destaque e que possuem publicações para traçar um panorama geral da terapêutica fonoaudiológica com pacientes disfágicos.

Furkim e Mattanna (2006) citaram a importância de disponibilizar atenção especial às expectativas da família e do paciente frente à intervenção fonoaudiológica, a fim de não surgirem grandes frustrações durante o processo. Para as autoras é fundamental deixar claro para família e paciente os objetivos da terapêutica desde o início. É importante que o profissional tenha ciência das limitações no que diz respeito à reintrodução da alimentação total em casos de pacientes que utilizam vias alternativas de alimentação. Nem sempre será possível reverter o quadro a ponto de restabelecer a alimentação oral exclusiva.

Sobre a prática clínica as autoras destacaram a entrevista inicial como momento de grande importância. Nessa etapa coletam-se dados das condições clínicas, aspectos de comunicação, dinâmica familiar e informações prévias sobre alimentação. Além disso, avaliam-se as

atividades rotineiras a partir da observação da dinâmica entre paciente e familiar e/ou cuidadores, principalmente no que diz respeito às condições de alimentação. Um primeiro contato bem elaborado facilita a aproximação entre terapeuta e paciente e o planejamento da terapia.

As etapas de uma avaliação clínica fonoaudiológica de deglutição incluem a coleta de dados, momento em que realiza-se leitura de prontuário, anamnese/entrevista; avaliação estrutural, identificação de alterações de mobilidade, sensibilidade e tônus das região facial e orofaríngea e; avaliação funcional, etapa na qual utilizam-se alimentos de diferentes consistências e volumes para determinar as condições de deglutição e proteção de vias aéreas.

Furkim e Silva (1999) descreveram como estabelecer um programa de reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica, salientando a educação continuada como um princípio de fundamental importância para o sucesso do programa.

Essas pesquisadoras diferenciam o conceito de reabilitação do de tratamento. Do ponto de vista de alimentação, alcançar independência funcional significa torná-la eficiente, evitando as complicações clínicas advindas da disfagia. Desta forma, é preciso garantir abordagens que favoreçam a participação efetiva da família, levando-a a compreender o programa e assim efetivá-lo.

As autoras chamaram a atenção para a importância da participação da equipe e elencaram as variações dentro do programa, a saber:

- programas para pacientes com dieta exclusivamente por via alternativa de alimentação;
- programas para pacientes com dieta por via alternativa de alimentação e via oral;
- programas para pacientes com dieta por via oral;
- grupos de orientação interdisciplinar para familiares e pacientes.

As diferenças entre os programas têm relação com as condições clínicas de cada paciente, devendo assim os respectivos cuidadores e familiares serem orientados quanto às especificidades.

Furkim e Mattanna (2006) relataram que o objetivo da terapia fonoaudiológica para pacientes portadores de distúrbios de deglutição de origem neurogênica é favorecer a realização de deglutições eficientes para a reintrodução da alimentação oral, sem riscos clínicos ao paciente. Citam estratégias fonoaudiológicas e suas particularidades na terapêutica ao paciente disfágico, categorizadas em dois grupos distintos: as terapias indiretas e as diretas.

A terapia indireta é caracterizada pela intervenção fonoaudiológica com o paciente portador de distúrbio de deglutição grave. O objetivo da aplicação das técnicas, nessa modalidade terapêutica, é o preparo das estruturas orofaciais e faríngeas no que diz respeito a ganho de mobilidade, tônus e sensibilidade, sem a utilização de alimentos, pela gravidade do quadro.

Na terapia direta, utilizam-se alimentos em variados volumes e com objetivos diversos. Pode-se trabalhar com as mesmas técnicas da terapia indireta, com o uso do estímulo de gustação para satisfação/prazer, sem intenção de nutrição e/ou, realiza-se o treino de deglutição com a aplicação de outras técnicas que serão descritas a seguir, na intenção de reintrodução da alimentação pela via oral. A terapia direta subdivide-se em terapia de estimulação e de deglutição.

As manobras de deglutição são utilizadas para maximizar a proteção de vias aéreas na ocasião de alimentação oral (FURKIM, 1999; FURKIM e SILVA, 1999; MARCHESAN e FURKIM, 2003; FURKIM, 2006). Também são classificadas em grupos:

(1) manobras posturais – são modificações na postura de cabeça durante o ato de alimentação e são selecionadas a depender da anátomo-fisio-patologia de cada paciente. Alguns exemplos: cabeça abaixada (fletida), cabeça para trás, cabeça virada (para o lado comprometido ou sadio).

(2) manobras facilitadoras – são utilizadas principalmente para garantir melhor desempenho de elevação laríngea/proteção de vias aéreas e podem ser: deglutição supraglótica, deglutição super-supraglótica, e manobra de mendelsohn;

(3) manobras de limpeza – aplicam-se tais técnicas na intenção de proteger a região faríngea do acúmulo de resíduos (alimentares e/ou secreções). São exemplos de técnicas: tosse voluntária, deglutição com esforço, deglutição múltipla, deglutição com a língua entre os dentes.

Nesta área de atuação, vale ressaltar o papel do fonoaudiólogo enquanto agente reabilitador e gerenciador do processo terapêutico. Nesse sentido, a capacitação do profissional do fonoaudiólogo com formação específica é fundamental (FURKIM e SILVA, 1999; FURKIM e MATANNA, 2006).

#### **1.4.1 Exames complementares**

O profissional que atua com o perfil de paciente descrito até o momento pode encaminhá-lo para a realização de exames complementares à sua atuação a fim de melhor conduzir o caso. Esse encaminhamento pode ocorrer durante a definição do diagnóstico, ou no decorrer do processo terapêutico. Dois exames específicos serão citados abaixo por serem os procedimentos mais utilizados na área, a videofluoroscopia da deglutição e a videoendoscopia da deglutição (ALVES, 2003).

#### **Videofluoroscopia da deglutição**

A literatura considera a videofluoroscopia da deglutição como o exame padrão ouro para avaliação da deglutição. Consiste na observação do trânsito digestivo através da captação de imagens de fluoroscopia em TV, documentadas em vídeo, a partir da utilização de contraste de bário associado ou não a alimentos. É um exame realizado por radiologista (COSTA et al, 1992).

Costa e Monteiro (2003) descreveram de forma criteriosa as etapas para a realização desse procedimento. Realiza-se um exame físico dirigido e

aplica-se um protocolo que consiste em avaliar as fases oral e faríngea da deglutição, contemplando as condições de proteção de vias aéreas.

A videofluoroscopia permite compreender o processo de deglutição sem interferir na sua fisiologia.

### **Videoesndoscopia da deglutição**

O exame em questão é apresentado na literatura com diferentes nomenclaturas. Optou-se por utilizar nesta dissertação o termo “Videoesndoscopia da deglutição”, como descrito por Macedo-Filho (2003). O autor traz como sinônimo o termo “Nasofaringolaringoscopia da deglutição”. A avaliação endoscópica da deglutição é realizada por médico otorrinolaringologista e tem como função identificar aspiração, determinar a segurança para ingestão oral dos pacientes disfágicos, além de ser um momento em que é possível testar manobras terapêuticas e verificar sua eficácia. Resumidamente, o procedimento compreende as seguintes etapas: 1. avaliação endoscópica anatômica e funcional; 2. estudo da deglutição; 3. avaliação da sensibilidade laríngea; 4. graduação da gravidade dos achados endoscópicos e 5. conclusão e orientação ao paciente.

Perante um quadro clínico com possibilidades de complicações, como foi citado neste capítulo, o sujeito portador de distúrbio de deglutição apresentará questões psíquicas, sociais e relacionais. Considerando que são aspectos de grande relevância para o andamento desta dissertação, essa discussão será aberta no próximo capítulo.

## CAPÍTULO 2

### DISTÚRBIOS DE DEGLUTIÇÃO: ORALIDADE E PSQUISMO

---

A proposta para esta etapa do trabalho foi discutir aspectos psíquicos inerentes à deglutição, alimentação e seus distúrbios. A princípio parece contraditório segmentar o tema em “aspectos do organismo”, como capítulo anterior e, “psiquismo”, no presente capítulo. Cabe ressaltar ao leitor que tal divisão tem sentido didático e favorece reflexões mais específicas e aprofundamento do tema.

Para discorrer a respeito do tema da deglutição, é preciso reinterar a idéia de que a alimentação é uma função primitiva do homem e considera-la como constituinte do sujeito.

#### **2.1 ALIMENTAÇÃO *versus* NUTRIÇÃO: SUBJETIVIDADE E ORALIDADE**

##### **2.1.1 Subjetividade**

A alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a sobrevivência humana. É possível discorrer sobre inúmeros aspectos deste tema, inclusive, aproveitando referências da Antropologia quanto à migração de sentidos entre culturas e de analogias universais.

A propósito, Lévi-Strauss (1964) nos apresenta mitologias indígenas do Novo Mundo, revelando em suas análises, os mitos que fazem analogias entre o “cru”, o “cozido” e a natureza humana.

Os mitos que abordam, com variações entre as tribos, a origem dos animais, dos astros celestes e da humanidade nas relações com o “fogo de cozinha”; são interessantes para se refletir sobre a diferenciação entre o alimentar e o nutrir.

Tais mitos, marcam a distinção entre comer o alimento cru e prepará-lo no “fogo de cozinha”. Apontam que a luta pelo fogo e pelo alimento cozido ocorreu em um contexto de relações familiares complexas, trocas, intrigas, incesto, relação sexual. O cozimento, considerado como transformação cultural do cru, foi possível pela característica humana de conquistas e criação, como, por exemplo, o surgimento do arco e flecha.

Os estudos de Lévi-Strauss (1964) permitiram a compreensão da função mediadora da ação de “cozer” entre seres humanos e não-humanos, ou seja: o cru é o natural que, socializado, transforma-se no cozido.

O homem é o único animal que prepara suas refeições e tem a alimentação regrada por rituais, cenários e métodos de cocção. Mesmo quando se dispõe a comer alimentos crus, como na culinária japonesa, a apresentação do prato já é um preparo, inerente ao ser humano. Em síntese: nutrir-se é uma ação básica que transcende a fisiologia, já que é permeada pela subjetividade.

Lévi-Strauss (1964) também enfoca as articulações entre falar, comer e relacionar-se, afirmando que a oralidade, por vezes, está à disposição da alimentação, por outras, da comunicação, como percebemos na citação abaixo e, no tópico que a seguirá.

... todos os nossos mitos têm em comum uma dialética da abertura e do fechamento que opera em dois níveis: o dos orifícios superiores (boca, orelha) e o dos orifícios inferiores (ânus, uretra, vagina) e finalmente, a abertura se traduz ora por uma emissão (ruído, excreção, exsudação, exalação), ora por uma recepção (ruído) (LÉVI-STRAUSS, 1964, p. 164).

### 2.1.2 Oralidade

A chamada “fase oral” nos escritos freudianos sobre a sexualidade é a primeira do processo libidinal. Freud (1905), em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, afirma que a nutrição do bebê por sua mãe é a base da estruturação corporal do primeiro. O trato digestivo, a partir da boca, funciona como um elo entre mãe e filho, além de possuir intensa conotação sexual. O encontro dos lábios e toda a mucosa oral e peri-oral envolvidas, associado ao fluxo morno do leite, torna esse estímulo prazeroso, transformando a região oral em uma zona erógena. Dessa forma, estabelece-se a primeira associação de satisfação com nutrição.

Nesse mesmo trabalho, Freud (1905) fez uma analogia entre a libido – que em latim significa desejo, vontade – o amor e a fome no contexto da nutrição, ressaltando que o desejo sexual mantém-se próximo à pulsão nutricional, em busca da satisfação.

Recorrendo a Laplanche e Pontalis (2004), com vistas à relação entre a fase oral e nutrição:

O prazer sexual está predominantemente ligado à excitação da cavidade bucal e dos lábios que acompanha a alimentação. A atividade de nutrição fornece as significações eletivas pelas quais se exprime e se organiza a relação de objeto; por exemplo, a relação de amor com a mãe será marcada pelas significações seguintes: comer, ser comido (LAPLANCHE e PONTALIS, 2004, p. 184).

Nesta perspectiva psicanalítica, Golse e Guinot (2004) reforçam a função primeira da boca como sendo a da alimentação, porém não como função estrita: a boca é parte do fenômeno da oralidade, em suas funções de alimentação e comunicação. Argumentam que o feto já é capaz de sentir o paladar do líquido amniótico e os primeiros receptores do tato estão localizados em torno da boca.

Ainda segundo os autores, a amamentação estrutura psíquica e corporalmente o indivíduo e nutre (além do organismo) a relação mãe-bebê. Assim, para a criança, ser acalentada/acarinhada está intrinsecamente relacionado com ser alimentado física e psiquicamente.

Portanto, tomar a sucção e o choro como primeiros mecanismos (orais) de vinculação implica assumir que a boca tem função essencial na constituição das referências a um outro e, por extensão, no jogo de relações humanas. Em outras palavras, numa primeira instância o bebê suga para nutrir-se, mas rapidamente descobre que a boca é uma zona corporal erógena, por meio do prazer obtido nas situações de alimentação.

Golse e Guinot (2004) prosseguem afirmando que a boca, delimita os espaços de “dentro e fora” do corpo, ou seja o ‘eu’ e o ‘não-eu’, o mundo interno e o externo.

Nessa mesma abordagem, Thibault (2006) dissertou sobre a língua como o “órgão chave das oralidades”, o que inclui as alimentares e as verbais. Para a autora, a oralidade é constituída pelo conjunto dos

fenômenos psicológicos, biológicos e funcionais que constituem o comportamento oral da criança. Ela também destaca que as primeiras manifestações ocorrem durante a gestação iniciando o processo de auto-conhecimento corporal.

No trabalho em análise, a autora discorre sobre a esfera orofacial como sede de funções múltiplas, essenciais à sobrevivência: respiração, interação, nutrição (deglutição, mastigação) e expressão (mímica e verbal). Portanto, afirma que nessa esfera se dão o conhecimento do mundo, a educação e a aprendizagem sensorial (fonte constante de informações). Em síntese, essa região corporal é lugar de expressão, de projeção e de representação; além de propiciar o primeiro prazer (mamar) e a primeira expressão de si (o grito).

Palladino et al. (2004), em estudo sobre as relações entre os transtornos da linguagem oral e os alimentares na clínica infantil, e articulando o corpo e a linguagem também a partir de pressupostos psicanalíticos, afirmaram que:

... a condição de desamparo na qual a criança vem ao mundo é fato de excelência para mostrar que o seu corpo não se estabelece apenas enquanto uma superfície sensorial, pois a ordem simbólica, que se derrama sobre ela pela palavra do outro, irá sustentá-la (no desamparo) agora e para sempre (PALLADINO et al., 2004, p. 99).

A seguir, serão apresentados estudos que articulam corpo e psiquismo no contexto da alimentação.

## **2.2 LINGUAGEM, CORPO, PSIQUISMO E ALIMENTAÇÃO**

Na área de saúde trabalha-se intensivamente com o corpo. E na Fonoaudiologia, tradicionalmente, a sua abordagem orgânica ganha prioridade.

Contudo, ao se considerar que o sujeito que sofre de um distúrbio de deglutição vive modificações importantes nos seus hábitos até então rotineiros, supõe-se, assim, conseqüências bio-psíquicas para esses distúrbios.

Isso ocorre porque a alimentação passa, em menor ou maior grau, a ser vigiada e sofrida (MASSEY e SHAKER, 1997). O desprazer em alimentar-se de forma não-convencional (isto é, por uma via alternativa como uma sonda) associado às dificuldades e complicações já discutidas (Cap. I), geram dilemas tanto para o paciente quanto para o fonoaudiólogo. E, mais uma vez, é necessário diferenciar o alimentar-se do nutrir-se.

A saber: na impossibilidade da utilização da via oral para alimentação, faz-se necessário o uso de vias alternativas. As sondas nasoenterais e gastrostomias são os instrumentos clínicos utilizados na chamada terapia nutricional.

Pinotti (1988) abordou a relação entre procedimentos cirúrgicos e psiquismo em sujeitos com distúrbios de deglutição, destacando os impedimentos do convívio do paciente com seus familiares nas cenas alimentares, por exemplo.

Para o autor, as manifestações clínicas das afecções do aparelho digestivo comprometem a representação psíquica que o paciente tem de seu

corpo, podendo estar relacionadas com dor, sensação de sufocamento, deformação e mutilação. Nesse sentido, as mutilações cirúrgicas tais como confecções de gastrostomias e outros estomas, atingem negativamente a imagem corporal do paciente.

O artigo resgata os primórdios de tais atos cirúrgicos, representados em teatros de arenas, e cita que mesmo a evolução das técnicas não impede o impacto dessas cirurgias no aparelho digestivo. E propõe:

... acredita-se hoje que há necessidade do paciente cirúrgico ter um espaço para falar e ser ouvido pelo cirurgião e isto produz um efeito terapêutico importante em relação à forma em que o paciente irá para uma operação, como também em relação à forma em que sairá dela. (PINOTTI, 1988, p.47).

É interessante retomar aqui o trabalho de Palladino et al. (2004), que sinalizaram que a alimentação é um “lugar” privilegiado para a formação de sintomas psíquicos, justamente por mobilizar o corpo, a linguagem e o psiquismo. E, como sugerem os autores, tal abordagem inaugurada pela psicanálise contribui para o aprimoramento do método clínico fonoaudiológico.

Nessa mesma direção, Cunha (2004) e Souza (2004) discorreram sobre as articulações entre linguagem, corpo e psiquismo, alertando que essas ordens afetam-se mutuamente, e como tal devem subsidiar as intervenções fonoaudiológicas.

Duarte (2006) também buscou, por meio da articulação entre aspectos orgânicos e psíquicos, construir subsídios para o trabalho fonoaudiológico em ambiente hospitalar com pacientes disfágicos. E

concluiu que a subjetividade do paciente disfágico deve ser considerada no manejo dos procedimentos técnicos.

Na pesquisa em questão, destaca-se a análise da recusa e/ou resistência diante da alimentação oral em pacientes com condições orgânicas suficientes para o desempenho dessa função. Nos casos dos pacientes disfágicos estudados, as lesões corporais os colocaram frente às suas próprias histórias pessoais, gerando conflitos psíquicos envolvidos na manifestação dos sintomas observáveis no processo de deglutição.

As considerações apresentadas neste capítulo expandem o raciocínio clínico acerca dos distúrbios alimentares e de deglutição para além do corpo/organismo, sugerindo que o acolhimento à subjetividade do paciente potencializa os efeitos terapêuticos dos procedimentos técnicos. Tal pressuposto norteia as reflexões apresentadas no próximo capítulo.

### **2.3 DISFAGIAS PSICOGÊNICAS: articulações entre corpo e psiquismo**

No primeiro momento desta dissertação foram conceituados, brevemente, aqueles distúrbios de deglutição considerados como de origem psicogênica na literatura. Contudo, nesta seção será abordada, especificamente, a vertente de estudos que correlaciona tais disfunções com quadros psicopatológicos de histeria e fobia.

A origem dos estudos de histeria se deu no momento em que Charcot decidiu encerrar seus estudos de anatomia humana e passou a estudar as neuroses. A histeria esteve relacionada ao preconceito que vinculava

neuroses às doenças do aparelho sexual feminino e foram consideradas como simulações/exageros.

O *Globus Hystericus*, definido como uma sensação de espessamento na faringe é, considerado como um sintoma histérico.

... os sintomas de afecções orgânicas, como se sabe, refletem a anatomia do órgão central e são fontes mais fidedignas de nosso conhecimento a respeito dele. Por esta razão, temos que descartar a idéia de que na origem da histeria esteja situada alguma possível doença orgânica... por outro lado, as modificações psíquicas, que devem ser assinaladas como o fundamento do estado histérico, ocorrem inteiramente na esfera da atividade cerebral inconsciente, automática. (FREUD, 1866, p. 85)

Finkenbine et al. (2004) relataram que uma desconfortável sensação de “massa” no esôfago ou via aérea foram referidas por pacientes que, no exame físico, não apresentavam qualquer alteração anatômica nessas regiões ou mesmo qualquer outra significativa. Assim, consideraram tais sinais como *Globus Hystericus*, afirmando que foram compatíveis com uma forma específica de distúrbio de conversão<sup>2</sup>, caracterizado por sintomas depressivos, somáticos e de personalidade.

Para os autores, a literatura mostra que sintomas psíquicos (incluindo a ansiedade) são julgados como significativamente associados ao início (e à progressão) da sensação de desconforto (a “massa”) relatada pelos pacientes. E complementam, afirmando que tais sintomas também podem

---

<sup>2</sup> Numa abordagem psicanalítica, “a histeria de conversão é uma das formas sintomáticas das neuroses mais bem definidas, e se caracteriza por conflito psíquico com simbolização corporal diversa. Diferencia-se da histeria de angústia, pois nestes casos, a angústia é fixada de modo mais ou menos estável em objeto exterior na forma de fobias” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2004, p. 211).

estar associados à afonia, sensação de “bolo na garganta”, dificuldade em deglutir, sensação de engasgo, dispnéia ou sufocamento com raras referências a dor física.

Na literatura específica sobre as chamadas disfagias psicogênicas, autores como Shapiro et al (1997) e Ciyiltepe e Türkbay (2006), definem fagofobia<sup>3</sup> como temor de deglutir, e a consideram como uma forma de disfagia psicogênica, caracterizada por queixas de deglutição e exame físico com resultados normais. Utilizam-se do termo *choking phobia*, (fobia de engasgar) para referirem-se ao mesmo sintoma. Os pacientes com fagofobia foram definidos como aqueles que sentem um “bolo emperrado na garganta”, mas não precisam de manobras físicas para “mover o bolo”. Algumas vezes, os pacientes não conseguem distinguir a dificuldade em realizar a propulsão do bolo, dos sintomas de aspiração. Costumam referir sempre como engasgos, independente das sensações.

Os autores citados afirmam que, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), tal quadro poderia ser classificado como uma fobia específica, incluído na categoria “outros”.

Nesta linha de raciocínio clínico, a disfagia orgânica tem relação com aspiração e pneumonias aspirativas, já a fagofobia seria o medo de “sufocar-se” com o alimento. Outras queixas dos pacientes com fagofobia foram

---

<sup>3</sup> A propósito das fobias, encontramos a conceituação psicanalítica de HISTERIA DE ANGÚSTIA: “Termo introduzido por Freud para isolar uma neurose cujo sintoma central é a fobia, e para sublinhar a sua semelhança estrutural com a histeria de conversão” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2004. p.212).

citadas, tais como: pressão na garganta, constrição, dificuldade em iniciar a deglutição e *globus* faríngeo. Os autores afirmam que os pacientes com fagofobia não possuem distúrbios de imagem corporal. (SHAPIRO et al., 1997; CIYILTEPE e TÜRK BAY 2006).

Cada um dos estudos citados acima abordou um caso clínico de fagofobia que teve sucesso em sua reabilitação. Segue-se o material clínico.

Shapiro et al. (1997) descreveram um caso de um jovem de 19 anos, com história de um ano de sintomas fóbicos relacionados à deglutição. O paciente tinha a sensação de “algo na garganta”, apresentava dificuldade respiratória e medo de “aspirar ou entalar” sempre que iniciava as refeições. Alimentava-se somente com comidas macias e líquidas. Evoluiu com perda de 4,5 kg em 03 meses.

Segundo os pesquisadores, era um jovem com história de depressão e uso de medicação ansiolítica. O tratamento instituído foi a psicoterapia cognitivista, com técnicas de relaxamento e hipnose. Utilizavam o auto-monitoramento como instrumental, além do incentivo a experimentar os alimentos. Relatam que obtiveram resultado satisfatório na realimentação desse jovem.

Ciyiltepe e Türkbay (2006) apresentaram o caso de uma criança de 13 anos, com fagofobia há 03 meses quando da avaliação. Ela dizia que sempre que iniciava uma refeição apresentava sensação de estrangulamento, dificuldade em iniciar a deglutição, sensação de que “a comida permaneceria na garganta” e medo de aspirar; mesmo sem nunca ter aspirado qualquer alimento ou apresentado qualquer inabilidade para

deglutir. O paciente mastigava excessivamente alimentos pastosos e líquidos, os mantinha na boca, mas não deglutia. Apresentou perda de peso de 4 kg em 03 meses.

A história de vida do paciente apontava para dois episódios anteriores ao início dos sintomas de fagofobia: um chiclete que ficou “parado” em sua garganta e o fato de ter presenciado a mãe engasgar durante uma refeição. O paciente também apresentava gagueira, déficit de atenção, hiperatividade e distúrbio de leitura. Fora tratado com medicação para o déficit atencional, e fonoterapia para a gagueira. Os pesquisadores afirmaram que o caso não era compatível com um quadro de ansiedade (pânico, fobia social, distúrbio obsessivo compulsivo) ou de depressão.

A abordagem terapêutica foi de aplicação de entrevistas com o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.), seguida de terapia comportamental, aliados a um programa de intervenção quanto à disfagia, no caso para favorecer ajustes miofuncionais orais. A alta ocorreu quando o paciente esteve apto a comer todas as consistências.

As considerações feitas neste capítulo reafirmam a indissociabilidade entre corpo e psiquismo, que também se estende para a interpretação de casos clínicos de pacientes com disfagia na presença de fatores etiológicos orgânicos, como será discutido no cap. 4, no estudo do caso de Anderson. Nele serão enunciados os conceitos psicanalíticos que nortearão a análise de dados clínicos desta pesquisa: inconsciente, sintoma, escuta e transferência.

---

## CAPÍTULO 3

### FONOAUDIOLOGIA E PSICANÁLISE: POSSIBILIDADES DE ALIANÇAS

---

A fonoaudiologia conta, dentre outros, com o estudo de Cunha (1997) no que se refere à compreensão das possíveis articulações entre os campos da Fonoaudiologia e da Psicanálise, apontando para uma relação de contigüidade entre esses dois campos de conhecimento.

Nesse trabalho, a autora afirmou que o campo fonoaudiológico, via de regra, carece de uma reflexão a respeito do psiquismo, salientando a tendência de apenas associá-lo aos estados emocionais do sujeito. E sugere, portanto, que tal campo contemple a noção de sujeito psíquico a partir do diálogo com a psicanálise, de forma a não reduzir o paciente à dimensão orgânica da patologia.

Assim, enfatiza que o método psicanalítico oferece inspiração teórico-metodológica à clínica fonoaudiológica, mas que esses dois campos possuem objetos de estudo de naturezas distintas:

... teoria psicanalítica e clínica psicanalítica não são sinônimos; portanto, valer-se de conceitos psicanalíticos não equivale a atuar como psicanalista... (CUNHA, 1997, p. 37).

A autora sugere que para que ocorra esse diálogo interdisciplinar, o fonoaudiólogo necessita ouvir o que é dito, mas também escutar o que não é dito pelo paciente. Nessa perspectiva, torna-se essencial rever o conceito de

sintoma, isto é, considerá-lo para além do que se manifesta no corpo/organismo.

A partir dessas duas premissas, e para que possamos retornar a elas, faz-se necessário conceituar inconsciente, sintoma, escuta e transferência; conceitos psicanalíticos que nortearão a interpretação dos dados clínicos dessa pesquisa.

### **3.1 INCONSCIENTE, SINTOMA E ESCUTA**

De acordo com Nasio (1999), seguem-se considerações psicanalíticas sobre a dinâmica do funcionamento psíquico.

O psiquismo é dotado, e impulsionado, por tensões (denominadas como pulsões) e seu funcionamento está baseado nas tentativas de descargas totais das mesmas; o que ocorre sem pleno êxito, já que elas nunca se esgotam.

A tensão endógena é considerada como desprazer e o psiquismo busca descarregá-la de maneira a, suprimindo-a, obter prazer. Mas, o organismo não dá conta absoluta dessa descarga, de forma a manter a pulsão de vida. Conseqüentemente, o prazer absoluto nunca é obtido, e nesse “jogo de faltas” o psiquismo permanece continuamente sob tensão.

Tal dinâmica, associada às experiências vividas pelo sujeito, gera um acúmulo de energia psíquica que impede a passagem dos conteúdos inconscientes para a consciência. Isto é, os conteúdos inconscientes são reprimidos. Esse fenômeno é chamado de recalque, e opera fixando os desejos no inconsciente.

Contudo, esses conteúdos permanecem indestrutíveis (latentes) no inconsciente e, na tentativa de ascender à consciência em busca da satisfação, podem produzir sintomas. Daí a clássica conceituação psicanalítica de sintoma como sendo “o retorno do reprimido”.

Assim, pode-se afirmar que sintomas manifestos no corpo são indissociáveis dos conteúdos psíquicos inconscientes latentes, isto é, são por eles marcados (CUNHA, 1997).

A propósito, Nasio (1999) afirma que “as formações do inconsciente apresentam-se diante de nós como atos, falas ou imagens inesperados, que surgem abruptamente e transcendem nossas intenções e nosso saber consciente” (NASIO, 1999, p. 33).

Nesse sentido, Freud (1916) argumenta que os sintomas manifestos pelo indivíduo se relacionam, sempre, com as suas experiências passadas que resultaram em conflitos.

O autor refere-se ao sintoma como sendo um “hóspede indesejável” para a vida psíquica, causando sofrimento e gerando demanda para o tratamento (FREUD, 1905, 1916).

Logo, quando se levam em consideração os aspectos psíquicos latentes (inconscientes) envolvidos na formação dos sintomas manifestos (conscientes), é possível compreendê-los para além da sua dimensão corporal. Daí se efetiva a não-dicotomização entre as dimensões somática e psíquica, já abordada anteriormente nesta dissertação.

E quando tais considerações migram para o campo fonoaudiológico, impõe-se uma escuta terapêutica que, acolhendo o sujeito inconsciente, afeta o método clínico de forma a sustentar a seguinte proposição:

... a comunicação entre inconscientes, reveladora da capacidade humana de escutar os afetos para além das palavras, possibilita a emergência de demandas subjacentes às queixas enunciadas pelo cliente (BIRKMAN e CUNHA, 2005, p.399).

Nesta abordagem clínica, os sintomas manifestos devem ser “ouvidos” de forma que os seus conteúdos latentes sejam “escutados”, ou seja:

adotar uma concepção psicanalítica de sintoma, o que implica ir além de sua aparência, não nos exime de considerar a especificidade dos sintomas fonoaudiológicos ... são sintomas sempre dotados de uma, digamos, “materialidade”, que aqui passarei a chamar de corporalidade – numa perspectiva psicossomática, isto é, considerando a indissolúvel unidade corpo/mente (CUNHA, 1997, p. 118).

Assim, quando o sintoma é considerado em sua interface bio-psíquica, tornam-se possíveis intervenções terapêuticas fonoaudiológicas iluminadas pelo caráter simbólico desse sintoma, sem desconsiderar a sua expressão orgânica. E, dessa maneira, aposta-se em novas formas de utilizar as técnicas fonoaudiológicas tradicionais, já que elas são atravessadas pela escuta (CUNHA, 1997).

Essa proposta de deslocar o raciocínio clínico das relações de ensino-aprendizagem, isto é, da mera aplicação de exercícios de treinamento para o contexto da intersubjetividade revela-se na citação de Palladino (2000):

... aqui será tratada a fonoaudiologia desde uma perspectiva clínica e, nessa perspectiva, tomada no sentido de um processo de natureza terapêutica constituído no interior de um universo de palavras em dor, de um sujeito em dor. Em se tratando (d)essa fonoaudiologia, está excluída a objetividade como possibilidade, já que o processo terapêutico é, por excelência, um processo que ocorre e escorre pelos veios da subjetividade (PALLADINO, 2000, p. 62).

Neste momento interessa-nos discutir a relação terapeuta-paciente.

Para tanto, vejamos o conceito de transferência, fenômeno fundamental para o estabelecimento dessa relação.

### **3.2 TRANSFERÊNCIA**

Assume-se, na perspectiva psicanalítica, a idéia de que o homem é sujeito do inconsciente, logo o psiquismo do terapeuta é afetado pelo de seu paciente e vice-versa.

Essa dinâmica, mobilizadora de conteúdos inter e intrapsíquicos, que se dá na relação terapêutica é condição para o seguimento do processo denominado como transferência. Tal fenômeno remete-se às experiências dos primeiros anos de vida do sujeito, associadas às suas disposições inatas.

A transferência é a reedição de experiências psíquicas precoces, revividas na relação terapêutica, na qual ocorre a repetição de conflitos infantis do paciente como se fossem extremamente atuais. Segundo Freud (1905):

... são reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico (FREUD, 1905, p. 110).

Nasio (1999) refere-se à transferência como uma repetição bastante particular, em se tratando de uma atualização das fantasias dos primeiros laços afetivos: "...convém entender que a transferência não é a simples repetição de uma antiga relação concreta, mas a atualização de uma fantasia permanente" (op cit., 1999, p. 85). Vale ressaltar que o tratamento psicanalítico não cria a transferência, simplesmente a revela (FREUD, 1905).

O fenômeno da transferência pode ser considerado como um obstáculo ao contato do paciente com o material recalcado. Desta forma, tratando-se de um momento em que os conteúdos latentes/inconscientes podem ser revelados, a transferência surge e pode de fato tornar-se resistência ao tratamento. Freud (1905) reforça que se não é possível evocar tais conteúdos, o paciente afasta-se do processo.

Correlacionando tal conceito com o método clínico fonoaudiológico, Cunha (2002) reforça que o fonoaudiólogo não trabalha **a** transferência, mas **na** transferência e está susceptível à ocorrência da contra-transferência, que é o conjunto de reações inconscientes do terapeuta geradas pelos conteúdos transferenciais do cliente.

Neste capítulo, como anunciado, apresentaram-se certos conceitos psicanalíticos correlacionando-os com o campo fonoaudiológico, o que nos possibilitará discutir os conteúdos psíquicos envolvidos nos sintomas manifestos por Anderson, cujo material clínico será analisado a seguir.

## CAPÍTULO 4

### FOME DE QUÊ? CORPO E PSQUISMO EM QUESTÃO

---

Entre tantos pacientes e atendimentos, o caso de Anderson foi marcante para a elaboração desta dissertação. Sua história se destacou como aquela que fez emergirem questionamentos importantes para a minha prática clínica.

O leitor está convidado a participar desta trama. Este caso foi acompanhado e foram-se pontuando e articulando os aspectos teórico-metodológicos que culminaram na busca por respostas aos questionamentos primeiros desta dissertação: como se articulam as técnicas fonoaudiológicas específicas para o atendimento de pacientes disfágicos e a escuta terapêutica dos conteúdos psíquicos latentes desses sintomas?

#### 4.1 O CASO ANDERSON

Anderson, com 33 anos de idade na ocasião, trabalhava como taxista. Em 14 de dezembro de 2004 sofreu um acidente automobilístico e ele mesmo conta, com um sorriso intrigante, sobre o ocorrido: *“não sei o que aconteceu, sei o que contam e o que me lembro ... eu estava com meu filho, fomos à praia, eu tomei uma cervejinha e conheci uma mulher ... deixei meu filho em casa e só me lembro de ter feito ‘psiu gatinha’ entra aqui no meu carro ... e não me lembro de mais nada.”*

Sofreu politraumatismo, com traumatismo crânio-encefálico (TCE) grave, com fratura e contusão frontal e edema cerebral difuso (segundo resultados da tomografia computadorizada). Permaneceu dois meses internado em unidade de terapia intensiva (UTI), e dentre estes, um mês em ventilação mecânica via intubação orotraqueal.

Foi acometido, também, por fratura na perna esquerda. Perdeu massa óssea (05 cm do osso fêmur), evoluiu com encurtamento importante da musculatura, que o levou a permanecer acamado por um ano e meio. Foi submetido a diversas abordagens cirúrgicas, tais como: fixação do fêmur esquerdo, nova abordagem para a retirada do fixador externo, retorno ao centro cirúrgico para osteossíntese.

Durante o período em que permaneceu no hospital utilizou sonda nasoenteral (SNE) para alimentação. Após algumas tentativas para a reintrodução da alimentação oral, com presença de tosses e engasgos, foi solicitada uma avaliação fonoaudiológica, que foi realizada em conjunto com um médico otorrinolaringologista. Juntos realizaram uma videoendoscopia da deglutição, e o resultado apontou diminuição da sensibilidade laríngea, porém com deglutição funcional, isto é, normal (segundo o laudo).

Mesmo com o diagnóstico, de suposta normalidade, não foi possível a reintrodução da alimentação oral, e o paciente foi, então, submetido à colocação de uma gastrostomia em 17/05/2004. O acompanhamento fonoaudiológico foi interrompido, pois Anderson recebeu alta hospitalar, com indicação de continuar o tratamento em seu domicílio.

Passou a ser atendido por uma segunda fonoaudióloga por um mês e meio. Sem conseguir definir uma hipótese diagnóstica entre disfagia neurogênica ou psicogênica e, diante das dificuldades em lidar com o comportamento do paciente, essa fonoaudióloga interrompeu o tratamento e o encaminhou para uma avaliação psiquiátrica.

Em outubro de 2005, foi atendido por um otorrinolaringologista (ORL) especialista em distúrbios de deglutição, que o encaminhou para uma nova avaliação fonoaudiológica, para melhor definição diagnóstica e seguimento do caso. Fui solicitada a realizar a avaliação e, no primeiro contato, fui informada de que a família estava há nove meses tentando, sem sucesso, lidar com o distúrbio de deglutição de Anderson. Assim, iniciou-se o processo terapêutico em questão.

## **4.2 AS PRINCIPAIS ETAPAS DO PROCESSO TERAPÊUTICO**

### **4.2.1 Reconhecendo o território**

A primeira etapa do processo terapêutico ficou caracterizada como um momento de reconhecimento dos sintomas e da dinâmica familiar na qual Anderson estava inserido.

O ambiente domiciliar de Anderson era bastante conturbado. Havia uma rotatividade de familiares, “agregados” e amigos durante todo o dia. Nesse grupo de agregados encontravam-se também duas ex-mulheres do paciente e dois filhos.

Diante do movimento acelerado da casa foi necessário definir um *setting* terapêutico<sup>4</sup> que garantisse a privacidade dos nossos encontros. O quarto de Anderson era um espaço na sala da casa, local de trânsito freqüente com uma janela diante da rua, de onde era avistada a vizinhança. Adaptamos uma cortina que separou o ambiente do quarto. Definimos um local para as cadeiras. Aos poucos a família compreendeu a importância de não interferir no momento da sessão e nos deixavam a sós. Porém os ruídos externos não puderam ser contidos.

Anderson falava de sua vida prévia ao acidente, principalmente sobre seu envolvimento com narcóticos e a compulsão em assediar as mulheres. Sempre contou com detalhes a forma como tinha acesso às drogas, a quantidade que as utilizava, os seus efeitos e as “maravilhosas” sensações advindas do uso, principalmente a força e coragem que adquiria para as suas conquistas.

Falar sobre sua vida, principalmente sobre as mulheres, drogas e bebidas, era falar de sua virilidade. Apresentava-se como um homem com possibilidades e potência. Percebo que tal discurso revelava conteúdos fundamentais para a compreensão da demanda subjacente à queixa de problemas de deglutição: seu desejo era voltar a ser o homem de outrora.

---

<sup>4</sup> O conceito de *setting* terapêutico é originário da psicologia e psicanálise e aplica-se também ao campo fonoaudiológico. Constitui-se de um conjunto de parâmetros espaciais e temporais que distinguem a situação terapêutica da vida real, promovendo a mobilização de conteúdos inter e intrapsíquicos na relação terapeuta-paciente. (CUNHA, 2002)

Nesse primeiro momento terapêutico foi realizada também uma avaliação específica da deglutição, a qual será detalhada no próximo item.

#### **4.2.2 Avaliação fonoaudiológica**

Os itens mais relevantes da avaliação fonoaudiológica foram os seguintes:

**Aspectos motores globais:** não apresentava déficit neuromuscular em membros superiores e inferiores. Sua impossibilidade de movimentação funcional devia-se às conseqüências da fratura de fêmur. Deambulava com auxílio de muletas.

**Aspectos sensoriais:** sem déficit visual, auditivo, de olfação ou paladar.

**Aspectos respiratórios:** mantinha-se eupnéico, com tosse vigorosa e expectoração de saliva e secreção em grande quantidade. Respirador nasal. Apresentava pneumonias de repetição, de provável etiologia aspirativa, realizando antibióticoterapia freqüentemente.

**Avaliação vocal:** qualidade vocal sem alterações.

**Avaliação orofacial estrutural:** não apresentava déficit motor orofacial. Sua face foi avaliada como simétrica; movimentação de língua funcional; lábios com boa movimentação e vedamento funcionais; véu palatino sem déficit motor; sem alteração de sensibilidade em região orofacial. Excelentes condições dentárias.

**Avaliação funcional da deglutição:**

**Deglutição de saliva:** ausente. Mantinha um copo ao seu lado e cuspiu sistematicamente a saliva. Apresentava engasgos, voz molhada e relatos de sufocamento noturno.

**Fase oral:** captação do utensílio funcional; vedamento labial eficiente; organização do bolo eficiente; ejeção oral ausente. O paciente apresentava deglutições secas, mantinha o alimento ou saliva em cavidade oral, não permitia que houvesse escape posterior precoce.

**Fase faríngea:** elevação laríngea ineficiente. Sem déficit de proteção de nasofaringe, isto é, não apresentava regurgitação nasal.

**Sinais de aspiração:** tosse e engasgos, mudança de qualidade vocal e relato de dispnéia noturna. Sensação de sufocamento constante.

No início das sessões Anderson se apresentou pouco tolerante ao toque intra-oral. Contou com detalhes como lhe desagradavam os exercícios de toque na cavidade oral, o trabalho com sensibilidade e principalmente as solicitações para deglutir. Diante disso, evitou-se insistir nesses recursos até que ele tivesse disponibilidade para realizá-los.

Nesse sentido, embora “não comer” lhe gerasse angústia, nas sessões de terapia, a região oral estava, fundamentalmente, a serviço da fala.

Embora os toques e exercícios orais fossem importantes para o andamento do caso, percebi ali a unidade corpo, mente e linguagem, pontuando desta forma o ponto de partida da relação terapêutica.

O funcionamento humano gerado em um sistema de causalidade não-linear, sem considerar uma instância principal, mas sim uma rede causal com variados fatores, se declarava na prática clínica.

#### 4.2.3 Avaliação nutricional

O paciente fora encaminhado para uma avaliação nutricional, encontrava-se emagrecido e era visível a falta de informação a respeito dos cuidados com a dieta. Desta forma, segue o relatório do profissional após sua avaliação<sup>5</sup>.

“Trata-se de um paciente jovem, que após sofrer um politrauma grave perdeu sua capacidade de alimentar-se por via oral e foi submetido a uma gastrostomia, após a alta hospitalar passou a seguir parcialmente um plano alimentar que recebeu no hospital.

Apresenta um quadro de desnutrição visível, sem sinais específicos de carência de micronutrientes, nota-se pele desidratada e relatos de ritmo intestinal normal. Chama a atenção ansiedade pelo retorno a alimentação oral, sendo referido sensação de fraqueza generalizada e fome constante.

Pela avaliação nutricional realizada e exames bioquímicos analisados, constatou-se uma **desnutrição grave** onde existia **depleção severa das reservas orgânicas de tecido muscular e adiposo**. Sua resposta imune estava comprometida conforme resultado da contagem total de leucócitos.

---

<sup>5</sup> O relatório encontra-se arquivado com a família.

Havia certa desorganização familiar quanto ao preparo das refeições (horários, volume, quantidade de alimentos prescritos, responsável pelo preparo). Algumas vezes era o próprio paciente que procedia a manipulação e administração via gastrostomia. Sua maior queixa estava relacionada à falta de saciedade com o volume ofertado, 'a dieta era fraca e rala', ele queria mastigar.

Com o objetivo de recuperar o seu estado nutricional e favorecer a saciedade, procederam-se então ajustes no plano alimentar que abrangeram: aumento na oferta calórica dos macro e micronutrientes, bem como modificações nos horários e volume ofertado. Novas orientações quanto ao preparo, principalmente na quantificação dos alimentos solicitados no plano alimentar, foram fornecidas à família, sendo destacado que essa era a única maneira de ser atingido o objetivo de recuperar o estado nutricional e favorecer sua saciedade”.

#### **4.2.4 Conduta otorrinolaringológica**

Para chegarmos a uma hipótese diagnóstica mais conclusiva, encaminhei o paciente para realizar uma segunda videoendoscopia da deglutição com o otorrinolaringologista (ORL) que encaminhou o paciente para avaliação fonoaudiológica.

Mesmo obtendo a seguinte conclusão no primeiro exame: *“musculatura deglutitória funcionalmente preservada e comprometimento importante da sensibilidade laríngea”*, considerei prudente repetir o exame devido à recorrência das pneumonias.

Durante o procedimento Anderson manteve o alimento e a saliva retidos em cavidade oral, cuspidos em seguida. Após insistência dos examinadores (ORL e fonoaudióloga), tentou deglutir. Sua resposta tanto para líquido, como para pastoso foi a mesma: “desencadeamento tardio da deglutição, o alimento desceu ativamente, enchendo seio piriforme e sendo aspirado maciçamente”. A conclusão do exame foi de disfagia grave<sup>6</sup>.

O ORL propôs manter o acompanhamento fonoaudiológico como preparatório para cirurgia. Sugeriu a seguinte técnica de reabilitação cirúrgica: a elevação da laringe com miotomia do músculo cricofaríngeo.

Anderson afirmou que não engoliu porque não quis, dizendo: *“se eu pudesse andar, compraria um carro e levaria as mulheres para um bar, pediria uma cerveja, um conhaque e perguntaria o que tem para comer”*. Demonstrava a demanda, isto é, viver. Comer seria consequência. O distúrbio de deglutição compunha um transtorno maior, a perda de sua virilidade, de sua independência. Seus sintomas físicos se emaranhavam com os seus desejos.

#### **4.2.5 Conduta psiquiátrica**

Anderson já se encontrava em acompanhamento psiquiátrico quando iniciamos o processo terapêutico. O diagnóstico de “transtorno mental secundário a fator orgânico”, no caso o acidente, foi descrito pelo psiquiatra.

Permaneceu com tratamento medicamentoso para controle dos

---

<sup>6</sup> Segundo Silva (2000), a disfagia grave é caracterizada por: grande quantidade de estase em recessos faríngeais, sinais sugestivos de penetração laríngea e grande quantidade de material aspirado, pneumonias de repetição, desnutrição e alteração do prazer alimentar com impacto social.

sintomas comportamentais. Ele apresentava com freqüência euforia, agressividade e nervosismo, principalmente em relação aos familiares.

#### **4.2.6 Conduta fonoaudiológica**

Diante da avaliação clínica fonoaudiológica e do resultado do exame otorrinolaringológico, optou-se por manter a fonoterapia. A conduta assumida foi de avaliar as condições bio-psíquicas do paciente de forma a propor a aplicação de técnicas (exercícios e manobras), simultaneamente à postura de escutar os conteúdos subjetivos de seu discurso. Tais conteúdos eram interpretados e relacionados, quando pertinente, ao distúrbio de deglutição.

Percebeu-se que, naquele momento, os exercícios miofuncionais para maximizar a elevação do complexo hio-laríngeo, ejeção oral e sensibilidade orofaríngea eram muito importantes; mas o paciente ainda resistia a realizá-los. Portanto, era reforçada a necessidade em falar, assim podíamos compreender os conteúdos latentes ao sintoma de deglutição.

Não fui favorável ao processo cirúrgico, pois não considerei compatível com a avaliação clínica. Isto é, do ponto de vista fonoaudiológico, se a ejeção oral fosse deflagrada com eficiência, a elevação laríngea ocorreria, com isto também a proteção de vias aéreas, o que se encontrava ausente no momento de suas tentativas de deglutição. O procedimento cirúrgico, a meu ver, não teria um impacto positivo do ponto de vista bio-psíquico. Anderson não estava pronto para mais uma intervenção cirúrgica.

Essa primeira etapa do processo terapêutico teve duração de um mês. Desde o início do tratamento, informei-lhe que sairia de férias no mês seguinte. Propus duas alternativas: aguardar esse período, retornando no outro mês, ou encaminhá-lo para outro fonoaudiólogo, para que não houvesse interrupção do atendimento. Foi então que notei que o vínculo terapêutico estava sendo delineado, pois Anderson optou por aguardar pelo meu retorno.

### **4.3 O PROCESSO TERAPÊUTICO FONOAUDIOLÓGICO**

#### **4.3.1 O sintoma paralisante e a busca pela cura**

O discurso de Anderson sempre foi paradoxal. Insistia em dizer que “já estava bom” e “só os médicos é que não sabiam”. Repetidamente afirmava querer retirar a gastrostomia para poder “comer de tudo”. Em primeira instância era como se a sonda o paralisasse. Por outro lado, a seu ver, quando retomasse suas atividades pessoais e profissionais, voltaria a comer por consequência.

Essa questão foi retomada com insistência durante as terapias, ou seja, retornava para o paciente a relação entre usar a gastrostomia e não poder andar e/ou retomar sua vida. Estar disfágico o impossibilitava de prosseguir vivendo, como se estivesse paralisado pelo sintoma da deglutição. Ao mesmo tempo, não demonstrava ser a deglutição o seu desejo principal, como comentado anteriormente.

Mostrava sempre um ar de agressividade em seu discurso, com ironia. Comentava que retiraria a gastrostomia, o que significaria não

alimentar-se, pelo menos naquele momento. Sua postura corporal era de quem sempre estava protegendo seu abdômen, mais especificamente a sonda. Verbalmente Anderson ameaçava a si mesmo a retirada da gastrostomia, porém sua postura corporal não correspondia a esse discurso, mantinha-a protegida.

A angústia da família era intensa, o processo terapêutico encaminhava-se, mas ele não deglutia. Em discussão de caso com o ORL chegou-se a um ponto em comum: não era o momento adequado para a realização de um procedimento cirúrgico. De um lado, pelas questões psíquicas (isto é, pouco suporte emocional para enfrentar mais uma técnica invasiva); de outro pela obscuridade do diagnóstico. Concluiu-se, então, que haveria pouca probabilidade de o procedimento obter sucesso.

Nessa etapa do tratamento foi marcante a busca da família por todas as formas de “salvar” Anderson da angústia do distúrbio de deglutição. A proposta de cirurgia realizada pelo ORL foi questionada em todas as sessões fonoaudiológicas realizadas daquele momento em diante. Eu argumentava minha posição contrária ao procedimento, mas meus argumentos não eram compartilhados pelos familiares. No entanto, Anderson dizia querer “fugir de qualquer cirurgia”, concordando com minha postura, o que reforçava o vínculo terapeuta-paciente.

#### **4.3.2 O melhor exercício: a conversa**

Durante o processo terapêutico foram utilizados diferentes tipos de procedimentos. Empregaram-se técnicas para maximizar a propriocepção da

região orofaríngea, diante do acúmulo de saliva nessa região. Durante as sessões de fonoterapia trabalhávamos para que ele percebesse a saliva e pudesse deglutir. Utilizávamos estimulação térmica (gelo), tátil e motora. O fortalecimento da língua para maximizar a ejeção oral foi focado, além de manipulação laríngea para melhorar sua excursão.

Os alimentos eram utilizados em pequenas quantidades, pois Anderson engasgava sistematicamente. Nas sessões em que alimentos não eram utilizados, a saliva acumulava-se em menor volume e ele tossia menos.

Durante a realização de exercícios miofuncionais, treino de deglutição e toques orofaciais Anderson afastava-se com frequência e mantinha os olhos fechados. Em certa sessão, enquanto realizávamos estimulação na região de orofaringe, notei sua esquivas e comentei sobre sua postura corporal defensiva, e ele respondeu: *“parece que eu estou numa cadeira elétrica, você é a policial e está me punindo”*. Ao questioná-lo sobre o porquê de tanta resistência, ele dizia que não lhe agradava que outros manipulassem sua boca daquela forma. Era praticamente uma invasão de privacidade. Sua postura reforçava a hipótese de que para acessar os aspectos inerentes ao seu sofrimento, apenas exercícios não resolviam.

Muitas vezes ele confessava o medo que tinha de engolir e em outras (na maioria) dizia que estava pronto para comer e que não entendia porque os familiares escondiam os alimentos: *“é só eu comer e pronto!”*. Anderson passou a considerar que só não conseguia engolir “porque não queria”. Além da “coragem” para engolir, achava que deveria ter “coragem de pedir comida

para sua família”. Parecia ter aceitado o “rótulo” de ser portador de disfagia psicogênica.

Neste momento serão retomadas algumas questões teóricas referentes ao conceito de disfagia psicogênica e que são pertinentes à discussão do caso.

Shapiro et al. (1997), Ciyiltepe e Turkbay (2006) afirmaram que pacientes que se queixam de disfagia sem apresentarem anormalidades orgânicas possuem um fundo de disfunção psicológica. Consideraram como “fagofobia”, o medo de deglutir. Este poderia se considerado, desse modo, uma forma específica de disfagia psicogênica.

Eu não avaliava Anderson como portador de uma fagofobia, ou seja, que tivesse apenas medo de deglutir. Concluí, durante o processo, que alguma experiência ou algum fator funcional da deglutição gerou seu medo, mas não considerava essa possibilidade suficiente para explicar a situação. O diagnóstico permanecia obscuro, porém a unidade biopsíquica passou a tornar-se clara.

O maior medo relacionado à alimentação não era o de engasgar, mas sim o de passar pela sensação de sufocamento, que se aproximava da sensação de morte. Tal interpretação foi possível a partir da escuta.

“Eu não tenho medo de morrer, não tenho medo de ficar aleijado, se Deus resolvesse acabar com minha vida assim dormindo, de uma hora para outra eu não teria medo. Eu tenho medo de ficar assim sufocado, engasgado com a saliva”.

T: - Do que mais você tem medo?

A: - De nada.

Falar livremente sobre seus medos era reflexo do que a relação terapêutica poderia lhe proporcionar. Concordando com Cunha (1997), pode-se dizer que em situações como essas estava-se buscando o abandono da “surdez” em favor de uma escuta fonoaudiológica. Concebendo a linguagem como via de expressão do inconsciente, não restringia-me à literalidade do código oral.

Muitos encontros giravam em torno desse conflito – coragem *versus* medo – e de como a terapia lhe dava suporte para enfrentar a situação.

Segue um recorte de uma sessão:

T: - O que tem de diferente na maneira como você engole, comparado com antes do acidente?

A: - Nada. Antes eu engolia arroz, feijão, comida, acarajé, conhaque e não tinha nenhum problema, e que agora tenho medo de engolir.

T: - Minha presença não te dá segurança?

A: - Não.

T: - Algum exercício ou manobra modifica ou melhora sua deglutição?

A: - **O melhor exercício é o exercício da conversa**, eu tenho que perder o medo de engolir. (grifo nosso)

Nesse diálogo Anderson pôde exteriorizar os resultados do processo terapêutico. Embora não estivéssemos alcançando um objetivo, isto é, proporcionar alimentação via oral, o vínculo terapêutico oferecia suporte para seguir nessa nova condição de vida. Estava cada vez mais clara a interação das dinâmicas bio-psíquicas nos quadros de disfagia (DUARTE, 2006).

### 4.3.3 Deglute ou não deglute?

Anderson relatava que, quando “estava distraído”, deglutia. Mas, quando solicitado, colocava o alimento na boca e mastigava com insistência, e em seguida, cuspia tudo.

Nos trabalhos com propriocepção e ejeção oral (gaze para sugar, estimulação em região posterior), posicionávamos o alimento em região posterior, mas ele deglutia “seco”, mantendo o acúmulo na cavidade oral. Nas tentativas de deglutir, engasgava, tossia e cuspia, havendo mudança de qualidade vocal (indicativo de aspiração).

Ele deglute “seco”? Será que deglute a saliva parcialmente? Como ele consegue controlar a fase oral da deglutição dessa forma? Porque se mantém secreto? Os meus questionamentos eram insistentes.

Certa sessão, realizando exercícios para abaixar dorso de língua, quando apontei a presença de saliva em orofaringe ele respondeu: *“nunca engoli a saliva e não é agora que vou engolir”*.

Por sua vez, relatava seus “ataques” à mesa, vangloriando-se de ter enfrentado todos e “roubado” alimentos. Dizia que a maior dificuldade era “quando o alimento se misturava com a saliva”, e se isto não acontecesse conseguiria engolir. Essa sensação anti-fisiológica (já que para a formação do bolo alimentar e possibilitar a deglutição, é fundamental a ação da saliva) relatada pelo paciente, me inquietava.

Eu entrevistava, afirmando que compreendia o seu desejo de comer. Mas questionava: se ele conseguia comer na minha ausência, porque engasgava tanto durante a terapia? Sua justificativa sempre era a presença da saliva:

“ela atrapalha!”. Sem dúvida engasgava com a saliva. Podíamos controlar a ingestão de alimentos, mas o que fazer com a saliva?

Concluí que seu medo protegia a via respiratória, não havia manobras que funcionassem melhor do que eliminar a saliva todo o tempo. Anderson não engolia sua própria condição.

Absolutamente dependente da família, não conseguia lidar com essa situação. Seus ataques repentinos à mesa se repetiam. Por vezes ele era mais enérgico com os filhos, ex-esposas e familiares, chegando a agredi-los verbalmente, o que em tese lhe fazia sentir mais “homem”. Ele fazia questão de trazer esses conteúdos com frequência à terapia.

#### **4.3.4 O vínculo terapêutico**

O processo terapêutico, apesar de fragilizar-se em determinados momentos, sustentava-se pelo vínculo que gradativamente se fortalecia.

Em algumas ocasiões, Anderson me telefonava (no dia do atendimento) para confirmar se eu iria atendê-lo, dizendo que estava à minha espera.

Serão apresentados a seguir fragmentos de sessões que evidenciam o trânsito transferencial.

Certa vez, após aproximadamente quatro meses de processo, disse que não agüentava mais sua mãe e que até a fonoaudióloga foi alvo de suas discussões. Segundo ele, sua mãe questionou sobre o que ocorria durante os atendimentos, perguntando “se era somente colocar gaze na sua boca”. Anderson disse à mãe que “as coisas não eram como ela queria”. Interpretei

sua postura como de valorização do acolhimento que o processo terapêutico lhe proporcionava, em termos subjetivos.

Em contrapartida a contratransferência também se estabeleceu. Eu ficava tensa diante da possibilidade de lhe oferecer comida. Como se também precisasse lhe proteger e me proteger da angústia gerada por aquela situação.

Em outra sessão, encontrei-o diante de um copo cheio de comida mastigada e decidi que enfrentaríamos, juntos, a situação de alimentação via oral. “Assisti” Anderson comendo um pão, um tanto apreensiva, temendo que ele se sufocasse.

Ele mordeu um pedaço de pão e mastigou muito bem, até tornar o alimento pastoso, depois cuspiu. E com satisfação, afirmou que havia engolido, o que de fato não acontecera. Anderson mostrava desejo em comer, mas não conseguia deglutir. Sempre que mastigava os alimentos dessa forma, engasgava-se com os resíduos e a secreção aumentava em quantidade.

Dali em diante, quando me deparava com a situação de vê-lo mastigando os alimentos, reforçava os cuidados que precisava ter. Estava ciente de que poderia com isto intensificar seu medo, porém havia a necessidade de orientar tais cuidados para evitar maiores conseqüências clínicas, no caso, as pneumonias aspirativas recorrentes, que já eram realidade.

Passei a confiar na premissa de uma não funcionalidade da deglutição, piorada pelo pânico que lhe dominava. A unidade biopsíquica se

delineando a cada etapa do processo. Anderson engasgava-se dormindo, inclusive, o que reforçava a minha consideração de algum comprometimento obscuro do mecanismo da deglutição.

Nessa fase, após passamos por uma semana sem atendimento, Anderson telefonou-me nas vésperas do atendimento seguinte:

A: - Oi Carla, tudo bem? Você já voltou de viagem?

T: - Esta semana não tivemos terapia, mas 2ª feira estarei aí.

A: - Eu sei, 2ª feira, né?

T: - Aconteceu alguma coisa? Está tudo bem?

A: - Tudo bem, até 2ª feira.

T: - Tchau, até lá.

No retorno, ele disse que não agüentava mais esperar *“acho que foi sábado, ainda bem que hoje é sábado e que Carla já vem logo, não agüento mais não conversar”*. Disse que sua mulher questionou por que ele não conversava com ela. Ele respondeu que não era a mesma coisa, que comigo não tinha briga, que eu o compreendia que *“não ia contra suas palavras”*.

Para viabilizar a transferência, o terapeuta não julga, não critica, não opina normativamente. Parece-me que de fato esse vínculo estava formado de maneira bastante sólida. Foi notável, neste momento do processo terapêutico, a solicitação de Anderson de ser escutado e, desta forma, havia a possibilidade de relacionar os conteúdos do diálogo e os sintomas manifestos.

Dando seqüência à sessão questioneei:

T: - O que você tem para conversar comigo?

A: - “Nada” (parou, pensou e continuou), “tenho sim, eu estou perto de conseguir engolir, com fé em Deus / em Jesus Cristo”.

T: - O que falta para você conseguir?

A: - Coragem.

Entre dizer que não tinha nada a dizer e concluir que estava perto de engolir pode-se notar um abismo, onde é possível distinguir a queixa da demanda, já comentada nesta dissertação. Anderson precisava de coragem para seguir enfrentando a situação, que se prolongava e lhe trazia muito sofrimento, e a terapia fonoaudiológica transformou-se no lugar de suporte. O próximo item mostrará como este espaço, paradoxalmente, transformou-se em interdição.

#### **4.4 INTERDIÇÕES BIO-PSÍQUICAS?**

##### **4.4.1 O diálogo: a primeira interdição**

“Ele estava te esperando”, era comum que sua mãe me recepcionasse dessa forma. Mas, afinal, quem estava me esperando?

Alguns temas eram recorrentes em nossos encontros, como a persistência de Anderson em “roubar” alimentos, apesar de mastigar e não deglutir. Outro tema que abordava com freqüência era a questão das drogas e bebida alcoólica. Tais assuntos disparavam um discurso sobre sua sexualidade, sua relação com as mulheres da família e na sua vida.

Cunha (1997) discute com detalhes o método terapêutico fonoaudiológico. A autora afirma que a forma como concebemos o processo terapêutico guiará a relação terapêutica, além de determinar de que forma deverão ser utilizadas as técnicas terapêuticas específicas, já consolidadas pela prática.

Anderson tinha muita necessidade de falar. Diante da conduta fonoaudiológica assumida, de avaliar as condições bio-psíquicas do paciente de forma a propor a aplicação de técnicas simultaneamente à postura de escutar os conteúdos subjetivos de seu discurso. Como terapeuta, estive disposta a ouvir conteúdos manifestos e escutar conteúdos latentes do sintoma, através do diálogo.

Próximo ao período do carnaval, no primeiro semestre de terapia, Anderson passou a ficar bastante disperso e agitado durante as sessões. Em uma delas, queixou-se bastante da relação com a ex-esposa e com a atual. E contou-me um episódio em que agrediu a ex-esposa. Nesse momento, sua mãe interferiu, dizendo que “não eram assuntos a serem tratados com a fono” e que ele deixasse para contá-los para a psiquiatra. Anderson sentiu-se constrangido, mas seguimos o diálogo com o tema.

Na mesma semana Anderson me telefonou, dizendo que “estava desistindo de tudo”. Afirmava que não faria mais fonoterapia, nem fisioterapia. Solicitei que conversássemos pessoalmente.

Pela primeira vez me recebeu fora do *setting* terapêutico, no quarto de sua mãe. Não olhou para mim e permaneceu olhando para a TV.

A mãe entrevistou, novamente, dizendo que ele não tinha opção de escolha, que faria as terapias, as quais eram pagas pelos pais. Ele enfrentou a situação, dizendo que “não queria saber de mais nada”.

Nesse encontro ele me disse que não podia dizer porque tinha decidido dessa forma, contaria quando estivesse bom. Deixei claro a ele que eu não estava ali para obrigá-lo a fazer nenhum procedimento, mas sim para compreender o que estava acontecendo. Combinamos de retornar após o carnaval, porém ele desistiu do tratamento, naquele momento.

Resistência ou interdição? Podemos pensar, em caso de resistência, que entrar em contato com os conteúdos referentes aos seus relacionamentos, isto é, à sua vida amorosa, que no momento encontrava-se “detonada”. Isto o aproximou de conflitos inconscientes e ele rememorou algum material recalcado, resistindo a dar continuidade ao processo.

No segundo caso, questionando a interdição, refiro-me ao comentário da mãe quando ele me contava sobre os conflitos com a ex-esposa. Se ele não poderia falar, o que considerava de mais precioso em nossos encontros, o processo estava psiquicamente interrompido.

Após sete meses da interrupção do tratamento, recebi um telefonema da mãe dizendo que Anderson havia “conversado muito” com a psiquiatra e havia decidido continuar o tratamento fonoaudiológico. Prontamente, marcamos uma sessão.

Redefinimos o contrato terapêutico. Deixei claro para Anderson que não tinha compreendido o motivo da interrupção anterior. Ele não comentou nada a respeito do ocorrido, nem relatou nenhuma nova condição para

darmos continuidade ao processo. Insistiu nas queixas de deglutição de saliva, reafirmando o medo de deglutir.

#### **4.4.2 Definição do diagnóstico: a segunda interdição**

A família não cessou a busca pelo diagnóstico e procurou outro ORL, que disse a Anderson que ele engoliria “se quisesse”. Supus que o médico havia diagnosticado uma disfagia psicogênica. Mas, ele também solicitou uma endoscopia digestiva alta (EDA), provavelmente para afastar causas orgânicas.

O resultado foi surpreendente. Após tanto sofrimento psíquico e físico, o exame indicou a presença de uma fístula traqueoesofágica.

A fístula em questão comunicava o esôfago com a traquéia, dessa forma, qualquer conteúdo que fosse deglutido e assim direcionado para o esôfago seria aspirado para a via aérea. Então, mesmo que a deglutição orofaríngea estivesse em pleno funcionamento, as pneumonias aspirativas permaneceriam e a sensação de sufocamento seria inevitável.

Vale pontuar a intrínseca relação entre corpo e psiquismo: a recusa, o medo de deglutir parecia ter sido um dispositivo psíquico (inconsciente) acionado para proteger o organismo.

Com tal diagnóstico, a conduta foi orientar a família a procurar um cirurgião torácico e suspender, temporariamente, a terapia fonoaudiológica.

Neste momento faz-se imprescindível ressaltar a conduta fonoaudiológica, no caso avaliada como um aspecto negativo para o processo em questão. Observemos aqui a contradição teórico-metodológica;

se “o melhor exercício era conversar”, por que a conduta assumida foi suspender os atendimentos? Foi uma decisão em função exclusivamente de um dado orgânico. É certo que como terapeuta não estava presente apenas para fazê-lo deglutir, visto a demanda apresentada até o momento. Tal fato só foi compreendido após o retorno das sessões, no pós-operatório, como será discutido a seguir.

#### **4.5 DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AO RESTABELECIMENTO DA DEGLUTIÇÃO**

A intervenção cirúrgica ocorreu dois meses após o diagnóstico. O paciente foi acompanhado em fonoterapia desde o pós-operatório imediato.

Já na UTI, acordado, relatou que a única coisa que queria era “sair dali o mais rápido possível”. Ansioso pela alta hospitalar, disse aos médicos que poderia ir para casa, pois *“já tinha a fonoaudióloga para acompanhá-lo”*. Percebe-se aqui como o vínculo terapêutico havia se solidificado durante o processo, e como a conduta de tê-lo abandonado temporariamente não foi a mais acertada. Ele demonstrou que a relação terapêutica mantinha-se, independentemente da descoberta de uma lesão orgânica ou não.

A imprecisão do diagnóstico médico comprometeu a terapêutica eficiente, do ponto de vista da deglutição. O que concluímos após sua definição (do diagnóstico) foi que Anderson apresentava sintomas de disfagia orofaríngea, com aspiração alta comprovada. O conteúdo deglutido (ou as tentativas de deglutição) penetrava em via aérea antes de passarem

pelo trânsito faringo-esofágico. Dessa forma, a fístula esteve presente desde o desmame do tubo orotraqueal do período em que esteve na UTI. Como Anderson passou pela experiência de tentar deglutir, conseqüentemente evoluiu com aspirações maciças e sensação de sufocamento.

Estávamos diante de um distúrbio de deglutição de origem esofágica, mas com repercussões orofaríngeas e psíquicas importantes.

No retorno às sessões, sua expectativa após a cirurgia era “comer churrasco e feijoada”. Dizia que quando começasse a engolir “iria comprar um carro”. Quando questionado sobre a relação entre engolir e dirigir um automóvel, respondia que se tratava de retomar a própria vida.

Nas terapias usei um artifício didático / explicativo, buscando com que Anderson compreendesse a diferença entre aspirar antes (disfagia orofaríngea) ou após a deglutição (disfagia esofágica), e as respectivas conseqüências. Expliquei-lhe sobre o procedimento cirúrgico e as garantias de um trânsito esofágico seguro.

Conversamos sobre as implicações que a fístula havia gerado e de como, a meu ver, ele havia se protegido com as deglutições secas, pois se deglutisse a saliva haveria aspiração. Além disso, retomamos a questão do medo. Destaco aqui a limitação do conceito de disfagia de origem psicogênica, insistindo na unidade corpo e mente. Não se trata de definir se o sintoma é orgânico ou psíquico, mas de buscar a relação entre ambas as instâncias no funcionamento bio-psíquico de cada paciente em particular.

Anderson compreendeu os aspectos orgânicos de seus sintomas, porém, psiquicamente, os conflitos permaneciam.

A: - Eu não engulo por causa disso aqui (apontando para a gastrostomia)

T: - Não engole por causa “disso aí” ou, porque você não engole, precisa usar “isso aí”?

A: - (silêncio).

Da data da cirurgia até que ele deglutisse com alguma segurança, passaram-se aproximadamente 30 dias.

Nesse período, não aceitava alimentos líquidos além de água, que engolia em porções pequenas, sempre com ausculta cervical negativa. Quando tentávamos um volume maior, voltava a cuspir.

Passou a manifestar vontade de “comer comida” e beber bebidas alcoólicas. Quando tentava pequenos pedaços de semi-sólidos (como batata cozida), insistia: *“eu preciso me livrar da saliva”*.

Anderson passou a se interessar pelo estetoscópio com o qual eu fazia sua ausculta cervical. “Escutava” a minha respiração e deglutição. Passei a solicitar que ele escutasse a si próprio, o que o ajudou a ter mais propriocepção. Em algumas das sessões, durante o treino de deglutição, solicitava eu o auscultasse, pedindo que eu lhe indicasse se poderia prosseguir em sua tentativa. Gradativamente, passou a fazê-lo com sucesso.

Passei a apontar sua melhora, mas Anderson refutava: *“mesmo que você fosse deusa e dissesse: você não irá morrer e fizesse um milagre, eu não engoliria de medo”*.

Contudo, foi tornando-se mais seguro e passou a tentar engolir quando estava sozinho. Nas sessões, mostrava mais disposição para lidar com suas dificuldades.

Em uma sessão decisiva, recebeu-me dizendo que havia comido chocolates, sem nenhum problema. Seguiu dizendo que quando eu fosse embora ele faria o mesmo. Interpretei aquela postura como uma tentativa de mostrar suas possibilidades, o que ocorreu durante todo o processo, como vimos nos diálogos. Anderson parecia querer me mostrar seu sucesso. Perguntei, então, porque não poderíamos fazê-lo juntos. Pegou um chocolate, mordeu e engoliu.

Depois de me dizer que não havia contado a ninguém sobre sua capacidade de engolir, pois estava me aguardando e queria que eu fosse a primeira a ser comunicada, percebi o quanto o processo foi positivo para ele. Nessa mesma sessão ainda bebeu refrigerante e fizemos um brinde: “a saúde de Anderson”, ele complementou.

Dessa sessão em diante fizemos experimentações com vários alimentos, a partir de suas escolhas. Passou a insistir na retirada da gastrostomia.

#### **4.6 A POSSIBILIDADE DE ALTA**

Diante de seu progresso sugeri ao paciente que realizasse uma nova videoendoscopia da deglutição, visando a possibilidade de liberar a alimentação oral exclusiva e o desmame da gastrostomia.

O resultado foi positivo: deglutição funcional, sem sinais de penetração ou aspiração laríngea. Assim, a dieta oral foi liberada, sem restrições de consistências e sem necessidade de aplicação de manobras terapêuticas.

A possibilidade de alta fonoaudiológica não ocorreu, o exame revelou uma paralisia de prega vocal direita conseqüente ao ato cirúrgico, o que explicava sua disfonia. Houve uma lesão da inervação responsável pela motricidade da prega vocal, no caso, a direita.

Seguimos o processo terapêutico redefinindo metas. Nessa nova etapa considerei que a questão da deglutição não seria foco principal, poderíamos trabalhar os aspectos vocais, porém Anderson afirmou que, apesar da melhora, precisava voltar a “engolir como antes”.

O caso nos revela que, a despeito dos sintomas manifestos, permaneceu o conflito latente: “quero voltar a engolir como antes”, metaforizando o “quero voltar a ser como antes”. E essa é, de fato, a dimensão subjetiva do sintoma.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A presente pesquisa, impulsionada pela prática clínica, e pressupondo os efeitos da articulação entre linguagem, corpo e psiquismo no atendimento ao paciente disfágico; mostrou-nos que as faces orgânica e simbólica dos sintomas são indissociáveis.

No estudo de caso apresentado, a demanda do paciente ia além da superação do sintoma corporal manifesto, qual seja, não conseguir alimentar-se via oral.

Anderson possuía um impedimento orgânico para deglutir com proteção das vias aéreas, já que era portador de uma fístula traqueoesofágica; diagnóstico médico que permaneceu obscuro durante grande parte do processo terapêutico fonoaudiológico.

Contudo, desde o início do atendimento, o paciente sinalizava questões que mobilizaram a escuta terapêutica. Dizia que “poderia engolir” (ou seja, o distúrbio não era orofaríngeo). Mas, ao mesmo tempo, demonstrava temor de sufocar-se pela aspiração esôfago-traqueal, se o fizesse.

Gradativamente, conteúdos subjetivos envolvidos no sintoma foram emergindo no diálogo terapêutico, singularizando as representações simbólicas dos problemas orgânicos.

Realizado o diagnóstico médico e a devida correção cirúrgica, Anderson permaneceu resistindo a alimentar-se por via oral. Nesse contexto, interpretou-se que os conflitos psíquicos inconscientes que haviam sido

movimentados em terapia persistiam, promovendo a manutenção do sintoma disfágico. Assim, delineou-se a seguinte questão: afinal de que “fome” o paciente se queixava? Somente a de nutrir-se?

Nessa perspectiva, o diálogo entre o material clínico e os pressupostos teóricos da psicanálise, revelou que a superação de entraves orgânicos não implicava a superação do sofrimento psíquico do paciente.

Disso decorre que a utilização de técnicas fonoaudiológicas, específicas (e indispensáveis) para o trabalho com sujeitos disfágicos, deve contemplar a singularidade de cada paciente e permanecer ancorada na dimensão transferencial do vínculo terapêutico.

Em outras palavras: a escuta, aliada à competência técnica do terapeuta, constituem-se no dispositivo fundamental para a efetividade do método clínico fonoaudiológico.

Por fim, um outro aspecto a ser destacado refere-se ao conceito de disfagia psicogênica que, tradicionalmente utilizado na formulação de hipóteses etiológicas, promove a dicotomização das dimensões orgânica e psíquica desse quadro clínico.

O caso estudado sugere que tal dicotomia não favorece a evolução dos tratamentos fonoaudiológicos, além de apagar a possível existência (e os efeitos sintomáticos) de conflitos psíquicos anteriores à condição patológica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- ANDRADE, P. V. B.; LAMEU, E. B. Avaliação nutricional em pacientes disfágicos. In: COSTA, M. M. B.; CASTRO, L. P. (Orgs.) **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 181-99.
- AJEMIAN, M. S.; NIRMUL, G. B.; ANDERSON, M. T.; ZIRLEN, D. M.; KWASNIK, E. M. Routine fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing following prolonged intubation: implications for management. **Arch Surg.**, United States, v. 136, n. 4, p. 434-7, apr., 2001.
- ALVES, N. S. G. O fundamental da avaliação fonoaudiológica do paciente disfágico. In: COSTA, M. M. B.; CASTRO, L. P. (Orgs.) **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 9-18.
- BIRKMAN, M.; CUNHA, M. C. Fonoaudiólogo terapeuta *versus* fonoaudiólogo investigador. **Distúrbios da comunicação**, São paulo, v. 17, n. 3, p. 397-400, dez., 2005.
- BITAR, M. L.; SOUSA, L. P. Alimentação de lactentes com refluxo gastroesofágico (RGE). **Pró-Fono**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 117-124, maio-ago. 2003.
- BRETAN, O.; HENRY, M. A. C. A.; KERR-CORRÊA, F. Disfagia e alterações emocionais. **Arq Gastroenterol.**, v. 33, n. 1, p. 60-5, abr-jun. 1996.
- BUCHHOLZ, D. W.; ROBBINS, J. Neurologic diseases affecting oropharyngeal swallowing. In: PERLMAN, A. L.; SCHULZE-DELRIEU, K. **Deglutition and its disorders: anatomy, physiology, clinical diagnosis and management**. San Diego: Singular, 1997. p. 319-42.

CIYILTEPE, M.; TÜRK BAY, T. Phagofobia: a case report. *The Turkish Journal of Pediatrics*, v. 48, n. 1, p. 80-4, jan-mar. 2006.

CORTÉS, L. S.; BILTON, T. L.; SUZUKI, H.; SANCHES, E. P.; VENITES, J. P.; LUCCIA, G. Análise clínica da deglutição e dificuldade de alimentação de idosos desnutridos em acompanhamento ambulatorial. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 211-35, jun. 2003.

COSTA, M. M. B.; NOVA, J. L.; CARLOS, M. T.; PEREIRA, A. A.; KOCH, H. A. Videofluoroscopia – um novo método. **Radiol Brás**, v. 25, p. 11-18, 1992.

COSTA, M. M. B. Uso de bolo contrastado sólido, líquido e pastoso no estudo videofluoroscópico da dinâmica da deglutição. **Radiol Brás**, v. 29, n. 1, p. 35-9, 1996.

COSTA, M. M. B. Mecanismos de proteção das vias aéreas. In: COSTA, M. M. B.; CASTRO, L. P. (Orgs.) **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 163–73.

COSTA, M. M. B.; MONTEIRO, J. S. Exame videofluoroscópico das fases oral e faríngea da deglutição. In: COSTA, M. M. B.; CASTRO, L. P. (Orgs.) **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 273-284.

COOK, I.; KAHRILAS, P. J. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. **Gastroenterology**, v.116, n. 2, p. 455-78, 1999.

CUNHA, M. C. **Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território**. São Paulo: Plexus, 1997.

CUNHA, M. C. Desesquecimento: sobre a escolha de material clínico na pesquisa fonoaudiológica. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 12, n. 1, dez, p. 91-9, 2000.

CUNHA, M. C. O *setting* fonoaudiológico: a que será (e não será) que se destina? **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 13, n. 2, jun., p. 323-333, 2002.

CUNHA, M. C. Linguagem e psiquismo: considerações fonoaudiológicas estritas. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. (Orgs.) **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Rocca, 2004. p. 899-902.

DANTAS, R. O. Penetração/aspiração: fisiopatologia e terapêutica. In: COSTA, M. M. B.; CASTRO, L. P. (Orgs.) **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 175-78.

D'ALLONNES, C. R. O estudo de caso: da ilustração à convicção. In: D'ALLONNES, C. R.; ASSOULY-PIQUET, C.; SLAMA, F. B. (Orgs.) **Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004. p. 69-90.

DE LARMINAT, V.; MONTRAVERS, P.; DUREUIL, B.; DESMONTS, J. M. Alteration in swallowing reflex after extubation in intensive care unit patients. **Crit Care Med**, Paris, v. 23, n. 3, p. 486-90, mar., 1995.

DUARTE, M. J. F. Prática fonoaudiológica com pacientes disfágicos em contexto hospitalar: aspectos biopsíquicos. 2006. 102 p. Dissertação (mestrado em fonoaudiologia) – Programas de estudos pós-graduandos em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FARIA, M. D. Tubagens traqueais e brônquicas. In: POHL, F. F. (Org.) **Tubos, sondas e drenos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 76-89.

FINKENBINE, R.; MIELE, V. J. Globus hystericus: a brief review. **General Hospital Psychiatry**, Morgantown, v. 26, n. 1, p. 78-82. 2004.

FIORESE, A. C.; BILTON, T.; VENITES, J. P.; SANCHES, E. P. Estudo das alterações de maior ocorrência nas fases oral e faríngea da deglutição, entre 20 e 93 anos de idade, avaliadas pela videofluoroscopia. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 301-12, dezembro, 2004.

FREUD, S. Casos clínicos. **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980/1866, v. I.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980/1905, v. VII.

FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980/1912, v. XII.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre a psicanálise. **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980/1916, v. XVI.

FURKIM, A. M.; SILVA, R.G. **Programas de reabilitação em disfagia neurogênica**. São Paulo: Frôntis Editorial, 1999. 90 p.

FURKIM, A. M. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. (Orgs.) **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: pró-fono, 1999. p. 229-58.

FURKIM, A. M. O papel do fonoaudiólogo na avaliação e tratamento das disfagias orofaríngeas em crianças com paralisia cerebral. In: CASTRO, L. P.; SAVASSI-ROCHA, P. R.; MELO, J. R. C.; COSTA, M. M. B. **Tópicos em gastroenterologia: deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. p. 103-12.

FURKIM, A. M. Identificação da população de risco para a síndrome disfágica na UTI: Gerenciamento fonoaudiológico. In: Reunião Geral do Serviço de Terapia Intensiva do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo [on line]; 2004 Abr 7; São Paulo. Palestra eletrônica. São Paulo: Hospital do Servidor Público Estadual; 2004. Disponível em <<http://www.sti-hspe.com.br/sti.html>> Acesso em 12 out. 2005.

FURKIM, A. M.; MATTANNA, A. V. Disfagias Neurogênicas: Terapia. In: ORTIZ, K. Z. (Org.) Distúrbios neurológicos adquiridos: fala e deglutição. Barueri: Manole, 2006. P. 282-299.

GIELOW, I. Reabilitação fonoaudiológica da disfagia em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. (Orgs.) **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-fono, 1999. p. 203-27.

GIGLIO, V. P.; NAVARRETE, R. G.; ROCHA, S. D. Ocorrência de disfagia em pacientes HIV positivo. **Fono Atual**, São Paulo, v. 3, n. 13, p. 7-8, 2000.

GOLSE, B.; GUINOT, M. La bouche et l'oralité. **Rééducation Orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant.** 42<sup>ème</sup>. Anné. N<sup>o</sup> 220. Fédération Nationale dès Orthophonistes. Paris, France, Decembre 2004. p. 23-29.

GOMES, G. F.; CAMPOS, A. C. L.; PISANI, J. C.; MACEDO-FILHO, E. D.; RIBAS-FILHO, J. M.; MALAFAIA, O.; CZECZKO, N. G. Sonda nasoenteral, aspiração traqueal e pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doença cérebro-vascular complicada por disfagia orofaríngea. **ABCD Arq Brás Cir Dig.**, v. 16, n. 4, p. 189-92, out-dez 2003.

GONÇALVES, M. I. R.; VIDIGAL, M. L. N. Avaliação videofluoroscópica das disfagias. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. (Orgs.) **Disfagias orofaríngeas.** São Paulo: Pró-fono, 1999. p. 109-25.

GONÇALVES, M. I. R.; CÉSAR, S. R. Disfagias Neurogênicas: avaliação. In: ORTIZ, K. Z. (Org.) **Distúrbios neurológicos adquiridos: fala e deglutição.** Barueri: Manole, 2006. p. 258-281.

GROHER, M. E.; GONZALEZ, E. E. Mechanical Disorders of Swallowing. In: GROHER, M. E. (Org.) **Dysphagia – diagnosis and managemet.** Boston: Butterworth-Heinemann, 1992. p. 349.

HADDAD, M. T. A importância da fase esofágica nos processos disfágicos. In: COSTA, M. M. B.; CASTRO, L. P. **Tópicos em deglutição e disfagia.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 47-63.

HERNANDEZ, A. M.; MARCHESAN, I. **Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar.** Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2001.

IMBELONI, L. E. Complicações da intubação traqueal. **Rev Bras Anest.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6.p. 501-08, 1986.

ISOLA, A. M. Complicações no sistema respiratório do paciente disfágico. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. (Orgs.) **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-fono, 1999. p. 157-170.

JUNQUEIRA, P. A importância da fase oral na dinâmica da deglutição. In: COSTA, M. M. B.; CASTRO, L. P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 31-35.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2004.

LAMEU, E. B.; ANDRADE, P. V. B. Vias de acesso Nutricional no paciente disfágico. In: COSTA, M. M. B.; CASTRO, L. P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 209-22.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise – Laplanche e Pontalis**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LEDER, S. B.; SASAKI, C. T.; BURRELL, M. I. Fiberoptic endoscopic evaluation of dysphagia to identify silent aspiration. **Dysphagia**, v. 13, n. 1, p. 19–21, jan., 1998.

LÉVI-STRAUSS, C. **O cru e o cozido: Mitológicas 1**. Tradução de B. Perrone-Moisés. São Paulo: Cosac & Naify, 1964/2004.

LOGEMANN, J. **Evaluation and treatment of swallowing disorders**. Austin: Pro-ed, 1983.

MACEDO-FILHO, E. D.; GOMES, G. F.; FURKIM, A. M. Conceito e tipo de disfagia. In: \_\_\_\_\_. **Manual de cuidados do paciente com disfagia**. São Paulo: Lovise, 2000a. p. 29-31.

MACEDO-FILHO, E. D.; GOMES, G. F.; FURKIM, A. M. Cuidados do paciente traqueostomizado. In: \_\_\_\_\_. **Manual de cuidados do paciente com disfagia**. São Paulo: Lovise, 2000b. p 81-99.

MACEDO-FILHO, E. D. O papel da fase faríngea nos processos disfágicos. In: COSTA, M. M. B.; CASTRO, L. P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.37-45.

MAGALHÃES, L. A.; BILTON, T. L. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 65-81, abril, 2004.

MARCHESAN, I. Q. Deglutição – Normalidade. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. (Orgs.) **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: **Pró-fono**, 1999. p. 3-18.

MARCHESAN, I.; FURKIM, A. M. Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição. In: COSTA, M. M. C.; CASTRO, L. P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 375-84.

MARCOLINO, J. F.; VALE-PRODOMO, L. P.; CARRARA-DE-ANGELIS, E. Avaliação da deglutição orofaríngea após a esofagectomia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.9, n.1, 2004.

MARQUEZ, C. T.; BILTON, T.; SANCHES, E. P.; VENITES, J. P.  
Alterações de linguagem e deglutição na doença de Alzheimer.  
**Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 277-305, jun.,  
2003.

MARQUEZ, C. T.; VALENTE, F. P.; NARUMIA, L. C.; ASSÊNCIO-  
FERREIRA, J. Ocorrência de sinais clínicos disfágicos em pacientes com  
Amiotrofia Espinal Progressiva do Tipo II. **Distúrbios da comunicação**,  
São Paulo, v. 17, n. 1, p 27-36, abril, 2005.

MASSEY B. T.; SHAKER, R. Introduction to the field of deglutition and  
deglutition disorders. In: PERLMAN, A. L.; SCHULZE-DELRIEU, K.  
**Deglutition and its disorders: anatomy, physiology, clinical  
diagnosis and management**. San Diego: Singular, 1997. p. 1-13.

MCCULLOCH, T. M.; JAFFE, D. M.; HOFFMAN, H. T. Diseases and  
operation of head and neck structures affecting swallowing. In:  
PERLMAN, A. L.; SCHULZE-DELRIEU, K. **Deglutition and its  
disorders: anatomy, physiology, clinical diagnosis and  
management**. San Diego: Singular, 1997. p. 343-81.

MOREIRA-JUNIOR, J. C.; WAITZBERG, D. L. Conseqüências funcionais  
da desnutrição. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e  
parenteral na prática clínica**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 399-  
409.

NASIO, J-D. **O prazer de ler Freud**. Rio de janeiro: Jorge Zahar Ed,  
1999.

NASIO, J-D. Que é um caso? In: \_\_\_\_\_. **Os grandes casos de  
psicose**. Rio de janeiro: Jorge Zahar Ed, 2001. p. 9-32.

NETTO, M. X.; CAVALCANTE, J. F. Estomas Traqueais. In: POHL, F. F. **Tubos, sondas e drenos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 450-63.

PALLADINO, R. R. R. A objetividade e a subjetividade na fonoaudiologia. **Distúrbios de comunicação**, São Paulo, v. 12, n. 1, p 61-73, dez., 2000.

PALLADINO, R. R. R.; SOUZA, L. A. P.; CUNHA, M. C. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças. **Psicanálise e Universidade**, São Paulo, n. 21, p. 95-108, set. 2004.

PARTIK, B. L.; SCHARITZER, M.; SCHUELLER, G.; et al.  
Videofluoroscopy of Swallowing Abnormalities in 22 Symptomatic Patients After Cardiovascular Surgery. **Am. J. Roentgenol.**, v. 180, n. 4, p. 987-992, abr., 2003.

PERLMAN, A. L.; CHRISTENSEN, J. Topography and functional anatomy of the swallowing structures. In: PERLMAN, A. L.; SCHULZE-DELRIEU, K. **Deglutition and its disorders: anatomy, physiology, clinical diagnosis and management**. San Diego: singular; 1997 p.15-42.

PINOTTI, H. W. Psiquiatria e cirurgia. In: FORTES, J. R. A. et al. **Psiquiatria e medicina interna**. São Paulo: Astúrias, 1988. p. 46-7.

RODRIGUES, K.; VIDIGAL, M. L. N. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico: estudo preliminar sobre a relação entre os sinais e sintomas e a localização da lesão. **Fono Atual**, v. 3, n. 12, p. 8-15.

ROSENFELD, R. S.; LEITE, C. T. C.; ABRAHÃO, V. Perfil nutricional nas disfagias neurogênicas. In: COSTA, M. M. B.; CASTRO, L. P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 201-07.

ROZENFELD, M. A percepção subjetiva do engasgo em pessoas idosas. 2003. 134 p. Dissertação (mestrado em fonoaudiologia). – Programas de estudos pós-graduandos em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

SAFRA, G. O uso do material clínico na pesquisa psicanalítica. In: SILVA, M. E. L. **Investigações e psicanálise**. São Paulo: Papirus; 1983. p 119-32.

SANCHES, E. P.; BILTON, T.; RAMOS, L. R. Análise descritiva da alimentação de idosos com demência. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 227-49, jun., 2000.

SANCHES, E. P.; BILTON T.; SUZUKI, H.; RAMOS, L. R. Estudo da alimentação e deglutição de idosos com doença de Alzheimer leve e moderada. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 15, n. 1, p 9-37, dez, 2003.

SANTINI, C. S. Disfagia neurogênica. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. (Orgs.) **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-fono; 1999. p. 19-34.

SHAPIRO, J.; FRANKO, D. L.; GAGNE, A. Phagofobia: a form of psychogenic dysphagia. A new entity. **Ann Otolrhinol Laryngol**, Boston, v. 106, n. 4, p. 286-90. 1997.

SILVA, R. G. Quais os critérios de classificação do grau de comprometimento das disfagias orofaríngeas? In: CASTRO, L. P.; SAVASSI-ROCHA, P. R.; MELO, J. R. C.; COSTA, M. M. B. **Tópicos em gastroenterologia: deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. p.113-17.

SOUZA, L. A. P. Linguagem e corpo. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. (Orgs.) **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Rocca, 2004. p. 892-98.

STEINBERG, C.; FRAZÃO, Y. S.; FURKIM, A. M. Disfagia no Brasil: a construção de uma prática. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 117-25, abr/jun., 2003.

THIBAUT, C. La langue, organe clé des oralités. **Rééducation Orthophonique – La déglutition dysfonctionnelle**. 42<sup>ème</sup>. Anné. N<sup>o</sup> 226. Fédération Nationale dês Orthophonistes. Paris, France, Juin 2006. p. 115-24.

VENITES, J. P.; RAMOS, L. R.; SUZUKI, H.; SANCHES, E. P.; LUCCIA, G.; CORTÉS, L. S.; BILTON, T. L. Prevenção da pneumonia aspirativa em enfermaria geriátrico-gerontológica: descrição das principais condutas fonoaudiológicas. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 109-43, dez., 2001.

WAITZBERG, D. L.; FADUL, R. A.; AANHOLT, D. P. J. V.; PLOPPER, C.; TERRA, R. M. Indicações e técnicas de ministração em nutrição enteral. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atheneu, 2000a. p. 561-71.

WAITZBERG, D. L.; FADUL, R. A.; AANHOLT, D. P. J. V.; TEIXEIRA, M. G.; PLOPPER, C. Técnicas de acesso ao tubo digestivo. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atheneu, 2000b. p. 573-90.

WAITZBERG, D. L., PINTO-JUNIOR, P. E.; CECCONELLO, I. Indicação, formulação e monitorização em nutrição parenteral total central e periférica. In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000c. p. 735-51.

YAMADA, E. K.; SIQUEIRA, K. O.; XEREZ, D.; KOCH, H. A.; COSTA, M. B. A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 18-23, 2004.



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**Programa de Pós Graduação em Fonoaudiologia**  
**Mestrado em Fonoaudiologia**  
**Comitê de Ética**

**Termo de consentimento livre e esclarecido**

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Pesquisador principal: Carla Steinberg

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

**1. Título do estudo:** “Efeitos da escuta terapêutica no tratamento fonoaudiológico de pacientes disfágicos – estudo de caso clínico”.

**2. Propósito do estudo:** Discutir a articulação entre as técnicas fonoaudiológicas específicas para o atendimento de pacientes disfágicos e a escuta terapêutica dos conteúdos psíquicos latentes aos sintomas.

**3. Procedimento:** Não será solicitada a realização de nenhum procedimento. O pesquisador, no caso a própria terapeuta, fará anotações das sessões realizadas, já acordadas entre as partes.

**4. Riscos e desconfortos:** Não existem riscos médicos ou desconfortos associados a este projeto.

**5. Benefícios:** Não existem benefícios médicos diretos para o participante deste estudo. Entretanto os resultados podem ajudar os pesquisadores a compreender melhor a terapêutica do paciente portador de distúrbio de deglutição, o que poderá trazer auxílio ao seu próprio processo terapêutico e a possíveis processos que terão início posteriormente a esta pesquisa.

**6. Direitos do participante:** Pode retirar-se a qualquer momento deste estudo.

**7. Compensação financeira:** Não será reembolsado pela sua participação.

**8. Confidencialidade:** De forma a garantir a confidencialidade da identidade do paciente e sua família, os registros de terapia serão lidos apenas pela pesquisadora e pelos membros autorizados do grupo de pesquisa. Os nomes utilizados na dissertação serão nomes fictícios, serão preservados todos os dados que possam identificar os participantes deste estudo. Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais profissionais ou apresentados em congressos, mas a identidade será mantida em sigilo, a menos que a lei requisite.

**9.** Em caso de dúvidas telefonar para Carla Steinberg no numero (xx) xxxx-xxxx a qualquer momento.

**Eu compreendo meus direitos como sujeito da pesquisa, e voluntariamente consinto em participar deste estudo. Compreendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo feito. Receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**Programa de Pós Graduação em Fonoaudiologia**  
**Mestrado em Fonoaudiologia**  
**Comitê de Ética**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**AO PARTICIPANTE DESTE ESTUDO**

O Sr. está sendo convidado a participar da pesquisa que se intitula “Efeitos da escuta terapêutica no tratamento fonoaudiológico de pacientes disfágicos – estudo de caso clínico”.

O objetivo deste trabalho é estudar a articulação entre técnicas fonoaudiológicas específicas para o atendimento de pacientes com distúrbios de deglutição e a escuta terapêutica durante os atendimentos.

Caso aceite participar como sujeito da pesquisa, o Sr. Não terá necessidade de realizar de nenhum procedimento específico. Deverá apenas autorizar que as sessões já realizadas sejam registradas de acordo com a memória da pesquisadora e depois analisadas na pesquisa.

Não existem benefícios médicos diretos para o participante deste estudo. Entretanto os resultados podem ajudar os pesquisadores a compreender melhor a terapêutica do paciente portador de distúrbio de deglutição, o que poderá trazer auxílio ao seu próprio processo terapêutico e a possíveis processos que terão início posteriormente a esta pesquisa.

Não existem riscos médicos ou desconfortos associados a este projeto. Fica claro que a sua participação é voluntária. Se desejar poderá retirar seu consentimento a qualquer momento e isto não trará nenhum prejuízo ao seu atendimento.

A pesquisadora não pagará nenhum valor em dinheiro ou qualquer outro bem pela sua participação, assim como o Sr. não terá nenhum custo adicional.

Os seus dados serão mantidos em sigilo. Serão analisados e não serão divulgados. O Sr. poderá esclarecer suas dúvidas durante toda a pesquisa com a fonoaudióloga Carla Steinberg pelo telefone (xx) xxxx-xxxx.

Eu, como pesquisador responsável, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa. Compreendi as informações que li descrevendo o estudo “Efeitos da escuta terapêutica no tratamento fonoaudiológico de pacientes disfágicos – estudo de caso clínico”.

Eu discuti com a fonoaudióloga Carla Steinberg sobre minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, a ausência de desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o desenvolvimento do mesmo, sem penalidades ou prejuízos, ou ainda perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido em meu atendimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento livre e esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia

## Comitê de Ética em Pesquisa – PUC-SP

Faculdade de Fonoaudiologia da PUC/SP

Orientadora: Profa. Dra. Maria Claudia Cunha

Aluna: Carla Steinberg

Protocolo nº: 057/2006

Parecer sobre o Projeto de Mestrado intitulado “Efeitos da escuta terapêutica no tratamento fonoaudiológico de pacientes disfágicos: estudo de casos clínicos”.

Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

O projeto é pertinente, tem valor científico e a metodologia atende aos objetivos propostos.

No nosso entendimento, o projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Assim, o parecer do comitê é favorável à aprovação do projeto.

São Paulo, 28 de novembro de 2006.

MARTA AMORADA E SILVA  
 Profa. Dra. Marta Assumpção de Andrada e Silva  
 Comissão de Ética  
 PEPG em Fonoaudiologia