

LIVIA ANDRESSA LIMA PEDRONI

PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS ADULTOS PERANTE MODIFICAÇÃO NA
CONSISTÊNCIA DA DIETA NO MANEJO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA

MARÍLIA
2023

LIVIA ANDRESSA LIMA PEDRONI

PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS ADULTOS PERANTE MODIFICAÇÃO NA
CONSISTÊNCIA DA DIETA NO MANEJO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Fonoaudiologia, Área de
Concentração Distúrbios da Comunicação Humana,
da Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP.

Orientador: Profa. Dra. Roberta Gonçalves da Silva
Co-orientador: Dra. Cláudia Rucco P. Detregiachi

MARÍLIA
2023

P372p Pedroni, Livia Andressa Lima
Percepção de indivíduos adultos perante modificação na
consistência da dieta no manejo da disfagia orofaríngea / Livia
Andressa Lima Pedroni. -- Marília, 2023
63 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
(Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília
Orientadora: Roberta Gonçalves da Silva
Coorientadora: Cláudia Rucco Penteado Detregiachi

1. Distúrbios da deglutição. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da
Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

LIVIA ANDRESSA LIMA PEDRONI

PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS ADULTOS PERANTE MODIFICAÇÃO NA
CONSISTÊNCIA DA DIETA NO MANEJO DA DISFAGIA OROFARÍNGEA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, Área de
Concentração Distúrbios da Comunicação Humana, da Faculdade de Filosofia e Ciências –
UNESP para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: _____

Profa. Dra. Roberta Gonçalves da Silva. Professor Livre Docente do Departamento de
Fonoaudiologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP- Marília,
SP.

2º Examinador: _____

Dra. Camila Maria de Arruda. Professor Doutor do Departamento de Nutrição da
Universidade de Marília, UNIMAR- Marília, SP.

3º Examinador: _____

Dra. Paula Cristina Cola. Professor Doutor do Departamento de Medicina da
Universidade de Marília- SP.

Marília, 23 de Março de 2023

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, **Eliana e Vicente**, que sempre me apoiaram incondicionalmente.*

*Ao meu marido, **Fernando**, que vibrou e celebrou comigo a cada etapa deste sonho.
Sem o seu total apoio, esta conquista não seria possível.*

AGRADECIMENTOS

À Dra. Roberta Gonçalves da Silva, Muito Obrigada por me acolher e por despertar o melhor em mim. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos e pelo privilégio de poder caminhar ao seu lado, um exemplo de ser humano e uma profissional excepcional.

À Dra. Cláudia Rucco P. Detregiachi, por sua co-orientação e disponibilidade em ajudar no que fosse preciso. Obrigada por seus ensinamentos e pela oportunidade. Minha admiração.

Ao Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia da UNESP-Marília, pelo suporte em cada etapa deste trabalho.

À Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior (CAPES), o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior – Brasil (CAPES) – código de financiamento 001.

Aos membros do grupo de pesquisa do Laboratório de Disfagia do Departamento de Fonoaudiologia da UNESP-Marília.

RESUMO

Introdução: A disfagia orofaríngea (DO) é um sintoma presente em distintas patologias e acomete aproximadamente 8% da população mundial. A DO resulta em risco potencial para a condição pulmonar e nutricional, e algumas das recomendações comumente utilizadas no manejo da DO, como a modificação na consistência da dieta, pode impactar aspectos biopsicossociais do indivíduo com piora na qualidade de vida do mesmo. **Objetivo:** Este estudo teve por objetivo descrever o impacto da modificação da consistência da dieta no âmbito biopsicossocial do indivíduo adulto com disfagia orofaríngea. **Método:** Realizado estudo de revisão integrativa. Foram utilizadas definições operacionais e realizada pesquisa bibliográfica em distintas bases de dados como Pubmed, Psycinfo e Cochrane. Dois avaliadores independentes e cegos realizaram a seleção dos estudos utilizando a plataforma Rayan e as divergências foram definidas por um terceiro avaliador. Também cego aos resultados entre avaliadores. A extração de dados foi realizada somente por um avaliador. **Resultados:** A busca resultou em 1.017 resumos selecionados para a leitura. Foram retirados 59 resumos duplicados, totalizando então 958 resumos. Dos 958 resumos lidos, o avaliador 1 (LAL) excluiu 687 e incluiu 271 e o avaliador 2 (JS) excluiu 753 e incluiu 205 resultando em 158 conflitos, sendo que o terceiro avaliador (RGS) incluiu 25 e excluiu 133. Assim, 184 resumos foram selecionados para a leitura do artigo na íntegra. Destes, foram excluídos 176 e incluídos oito artigos para este estudo. Foram encontrados negativos aspectos biopsicossociais como isolamento social e perda do prazer em comer. **Conclusão:** Nos indivíduos adultos com disfagia orofaríngea deste estudo a modificação de consistência da dieta ocasionou impacto negativo em distintos aspectos biopsicossociais.

Descritores: Disfagia, Comportamento Alimentar, Dieta com textura modificada

ABSTRACT

Introduction: Oropharyngeal dysphagia (OD) is a symptom present in different pathologies and affects approximately 8% of the world population. OD results in potential risk for the pulmonary and nutritional condition, and some of the recommendations commonly used in the management of OD, such as changing the consistency of the diet, can impact on the biopsychosocial aspects of the individual, which may result in a worsening of the quality of life. **Objective:** This study aimed to describe and analyze the effect of modifying the consistency of the diet in the biopsychosocial context of the adult individual with oropharyngeal dysphagia. **Method:** An integrative review study was carried out. Operational definitions were used and bibliographic research was carried out in different databases such as Pubmed, Psycinfo and Cochrane. Two independent and blind evaluators carried out the selection of studies using the Rayan platform and the divergences were defined by a third evaluator. Also blind to results between raters. Data extraction was performed by only one evaluator. **Results:** The search resulted in 1,017 abstracts selected for reading. 59 duplicate abstracts were removed, thus totaling 958 abstracts. Of the 958 abstracts read, reviewer 1 (LAL) excluded 687 and included 271 and reviewer 2 (JS) excluded 753 and included 205 resulting in 158 conflicts, and the third reviewer (RGS) included 25 and excluded 133. Thus, 184 abstracts were selected for reading the article in full. Of these, 176 were excluded and eight articles were included for this study. Negative biopsychosocial aspects were found, such as social isolation and loss of pleasure in eating **Conclusion:** In adults with oropharyngeal dysphagia, in this study, the change in diet consistency caused a negative impact on different biopsychosocial aspects.

Keywords: *Dysphagia, Food behavior, modified-texture diet*

Lista de abreviaturas e siglas

AVE - Acidente Vascular encefálico

DO - Disfagia orofaríngea

DM1 - Distrofia miotônica tipo 1

DP- Doença de Parkinson

ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica

PC - Paralisia Cerebral

CLD - Cuidados de Longa Duração

EM – Esclerose múltipla

QV – Qualidade de vida

CCP – Câncer de cabeça e pescoço

IDDSI – *International dysphagia diet standardization initiative*

Lista de quadros e figuras

Quadro 1: Aspectos referentes ao desenho de estudo, objetivo e método dos estudos.

Quadro 2: Aspectos referentes aos desfechos nutricional, da biomecânica da deglutição e psicossocial e conclusão dos estudos.

Quadro 2A: Aspectos referentes aos desfechos nutricional, da biomecânica da deglutição e psicossocial e conclusão dos estudos.

Quadro 2B: Aspectos referentes aos desfechos nutricional, da biomecânica da deglutição e psicossocial e conclusão dos estudos.

Figura 1: Diagrama de fluxo da busca dos artigos científicos.

Figura 2: Países dos oito estudos incluídos nesta revisão.

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
LISTA DE QUADROS E FIGURAS	12
INTRODUÇÃO	13
HIPÓTESE DE PESQUISA	18
OBJETIVO	19
REVISÃO DE LITERATURA	20
MÉTODO	36
RESULTADOS	41
DISCUSSÃO	48
CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	5

1 INTRODUÇÃO

A disfagia orofaríngea (DO) é uma condição clínica que afeta a deglutição (HADDE et al., 2019), podendo ser crônica ou aguda (SWAN et al., 2015), em aproximadamente 8% da população mundial e acomete crianças, jovens, adultos e idosos (SURA et al., 2012, STEELE et al., 2015; NAMASIVAYAM, STEELE, 2015). Além disto, está presente como sintoma em grande parte das doenças neurológicas no adulto como no Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doença de Alzheimer, tumores de cabeça e pescoço, Doença de Parkinson (DP), Esclerose Múltipla, Distrofia Muscular, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) dentre outras (YI et al., 2019; GRECCO et al., 2018; UMEMOTO, FURUYA 2019; D'AMICO et al., 2019; TARLARINI et al., 2019; GONZÁLEZ-FERNÁNDEZ et al., 2008; HELLIESEN et al., 2023).

A DO resulta em risco potencial para pneumonia aspirativa, ingestão oral reduzida, desnutrição, desidratação, morbidade, mortalidade e isolamento social. A DO também contribui para a redução da qualidade de vida, aumento do risco de hospitalização, aumento do tempo de internação e aumento dos custos com saúde (BECK et al., 2018). Algumas doenças e complicações da idade avançada possuem alta prevalência de DO, e como reflexo está associada a déficits nutricionais (SURA et al., 2012). Embora seja difícil determinar a prevalência exata da desnutrição na população disfágica, alguns estudos indicaram a influência da disfagia tanto no *status* nutricional quanto no estado de fragilidade desta população (NAMASIVAYAM; STEELE, 2015; NISHIDA et al., 2021).

Dentre as práticas de reabilitação em DO, principalmente quando não existe segurança e/ou eficiência na alimentação via oral, modificar a consistência dos alimentos e líquidos sob a forma de líquidos espessados e comida pastosa é uma prática consolidada na literatura (STEELE et al., 2014). Este manejo está diretamente associado aos inúmeros fatores

fisiopatológicos presentes na DO e que podem comprometer os mecanismos de proteção da via aérea inferior ocasionando diferentes graus de comprometimento de aspiração laringotraqueal. Deste modo, líquidos muito finos podem ser aspirados com frequência, dentre outras consistências de alimento, podendo causar pneumonia aspirativa. As modificações de consistência dos alimentos variam de acordo com a gravidade da DO e podem ser desde simples ajustes como o amolecimento dos alimentos sólidos e espessamento de líquidos à consistência de néctar e mel ou incluir recomendações como evitar alimentos de difícil mastigação, inclusão de líquidos carbonatados (PRICE et al., 2023) até ajustes mais significativos que modifiquem o sabor e a aparência do alimento ou do líquido (SWAN et al., 2015). No entanto, embora esta seja uma prática clínica consolidada, esta recomendação ainda se depara com a necessidade de evidências científicas mais robustas acerca da redução do risco de aspiração e da limpeza dos resíduos faríngeos de acordo com cada etiologia evitando a generalização, bem como sobre a necessidade de um consenso quanto à padronização destas consistências (CICHERO et al., 2017; TRČEK KAVČIČ, OGRIN, VIDMAR, 2020).

Por outro lado, além do aumento do risco de doenças respiratórias, complicações pulmonares, comprometimento da função imunológica e óbito, são frequentes a desnutrição e a desidratação, associados à DO. No contexto da nutrição, dentro da equipe interdisciplinar na atuação com DO, sabe-se que conviver com a DO e com as modificações alimentares intrínsecas à esta condição podem levar por si só ao comprometimento do quadro nutricional, já que as modificações de consistência do alimento podem resultar muitas vezes em alimentos menos atrativos, menos saborosos, menos aceitos e de aporte nutricional inferior, podendo contribuir para a desnutrição (BURGER et al., 2019). Estudos anteriores observaram que o consumo de energia e proteínas por parte de indivíduos que estão restritos à alimentos com consistência modificada é consideravelmente menor quando comparada à indivíduos

hospitalizados e que recebem dieta geral (RODRIGUES REJÓN et al., 2017; SWAN et al., 2015).

Além disso, deve-se considerar que há redução na ingestão alimentar durante uma refeição por parte do indivíduo disfágico (BECK et al., 2018) o que acontece mesmo quando a literatura sugere que a redução da quantidade de texturas percebidas durante uma refeição pode diminuir a saciedade e resultar em um consumo maior de alimentos (LARSEN et al., 2016). Esta informação corrobora com evidências que demonstraram que além dos impactos fisiológicos e metabólicos causados pela modificação dos alimentos na dieta desta população, existem também outros prejuízos que levariam o indivíduo à redução da ingestão alimentar como os impactos psicossociais e na qualidade de vida, que vão desde a ansiedade durante as refeições, depressão, sobrecarga financeira e dos cuidadores, constrangimento durante refeições, isolamento social, até a perda do prazer e do interesse na alimentação e na vida (IGARASHI et al., 2019; TIBBLING et al., 1991; NUND et al., 2014; CHECKLIN, PIZZARI, 2018; SWAN et al., 2015). Neste mesmo contexto, a prática de modificação da consistência dos alimentos no manejo da DO tem sido investigada prioritariamente considerando os desfechos sobre a biomecânica da deglutição, e até no ponto de vista da reologia e no desenvolvimento de novas tecnologias (De VILLIERS et al., 2020; WANG et al., 2023), porém raramente encontram-se discussões sobre os impactos psíquicos e sociais, ou a forma à qual o paciente e o cuidador podem lidar com eles (MOLONEY, WALSH, 2019).

Embora a prática atual de modificação da consistência dos alimentos no manejo dos indivíduos com DO procure promover a segurança e a eficiência da deglutição, esta conduta inclui desafios raramente discutidos nesta abordagem e que não inclui a cultura e a individualidade alimentar do indivíduo. O comportamento alimentar trata dessa individualidade alimentar e engloba várias decisões sobre o que, onde e quando comer. Além disso, embora o objetivo principal da alimentação seja satisfazer as necessidades biológicas, os tipos de

alimentos e a quantidade são moldados por distintos fatores, incluindo a fisiologia, e o contexto ambiental, cultural, emocional, social, condições financeiras e acesso, o que demonstra que basear o peso de um indivíduo simplesmente na entrada e gasto de energia mascara uma relação complexa e mal compreendida do ser humano e o alimento (EMILIEN, HOLLIS, 2017). O comer e o beber são ações sociais que promovem experiências prazerosas para pessoas saudáveis e as quais devem ser refletidas, e mantidas durante a atuação com DO, mesmo que minimamente, com o objetivo de garantir aspectos da qualidade de vida do indivíduo disfágico, sobretudo quando falamos sobre uma condição debilitante inesperada. A DO por si só pode afastar oportunidades de socialização, afetar a dignidade e a autoestima, o prazer durante as refeições e comprometer as relações dos pacientes com seus cuidadores e familiares (EKBERG et al., 2002).

A forma como um indivíduo se alimenta é construída e modelada em suas próprias experiências e na convivência com outros seres humanos, portanto, comer sofre influência de fatores internos (biológicos e psicológicos) e externos (geográficos, socioeconômicos e culturais), o que não resume a comida unicamente à sua importância fisiológica para o ser humano, mas também a um ato cultural, sendo essencial para a constituição do indivíduo, para a preservação de sua identidade, de sua cultura e de sua história (ZUIN et al., 2009; CRUWYS et al., 2015; GRZYMISTAWSKA et al., 2020; SHEN et al., 2020). Assim, a tomada de decisão clínica dos profissionais que atuam na reabilitação da DO, referente a inclusão da modificação de consistências de alimentos, deve ampliar a reflexão para além da biomecânica da deglutição e incluir o paciente e sua história como o centro do processo, visando contribuir para a aderência do paciente ao programa de reabilitação da DO (HILL et al., 2022).

Assim, embora a população adulta com DO receba frequentemente em seu planejamento terapêutico a recomendação de incluírem em sua rotina alimentos com consistência modificada, os estudos atuais ainda não permitem o reconhecimento sobre os desafios encontrados e as

experiências destes indivíduos de forma mais ampla. Portanto, este estudo teve por objetivo descrever o impacto da modificação da consistência da dieta no âmbito biopsicossocial do indivíduo adulto com disfagia orofaríngea.

1.1 HIPÓTESE DE PESQUISA

As modificações de consistência da dieta praticadas no manejo da DO podem contribuir negativamente no comportamento alimentar, na saúde mental, na aderência à reabilitação ou nas relações sociais de indivíduos adultos com DO.

1.2 OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo descrever o impacto da modificação da consistência da dieta no âmbito biopsicossocial do indivíduo adulto com disfagia orofaríngea.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Disfagia orofaríngea e modificação na consistência dos alimentos

Sura et al. (2012) descreveram as alterações relacionadas à idade na deglutição orofaríngea e discutiram a relação da disfagia em pacientes com demência e idosos, ambos após Acidente Vascular Cerebral, da comunidade. Revisaram as abordagens básicas para a intervenção em DO, incluindo abordagens compensatórias e de reabilitação. Concluíram que a disfagia pode impactar em ingestão reduzida ou alterada de alimentos/líquidos podendo desencadear ou promover um processo de fragilidade em idosos. No campo das modificações de consistência dos alimentos e líquidos, os autores relataram sobre prática amplamente utilizada no manejo da disfagia com o objetivo de manter a ingestão oral segura e adequada. Os pesquisadores alertaram para a baixa aceitabilidade e baixa adesão dos pacientes para estas modificações, podendo contribuir para o aumento do risco de desnutrição em pacientes disfágicos idosos e, destacaram ainda, o fato da inexistência de diretrizes clínicas fortes para descrever a modificação mais apropriada dos alimentos. Na modificação da consistência em sólidos mais especificamente, relataram sobre o impacto nutricional, onde estas preparações foram identificadas como sendo mais pobres em energia e proteínas o que implica na necessidade de suplementação desta população maior quando comparado à pacientes com dieta geral. Outra evidência discutida resultou em pacientes que tiveram ganho de peso significativo consumindo dieta com textura modificada, no entanto este grupo teve acesso à liberdade das escolhas alimentares contra o grupo controle que consumiu uma dieta padrão. Sobre os líquidos espessados, afirmaram que esta adaptação controla a velocidade, direção, duração e depuração

do bolus, no entanto, no mesmo estudo é discutido sobre como apenas poucas evidências sugerem que esta adaptação resulta em desfechos positivos para o estado nutricional ou pneumonia e que a adesão é frequentemente reduzida, mas que mesmo assim esta estratégia continua sendo amplamente utilizada no manejo da disfagia. Neste estudo, evidências sugeriram que a reabilitação bem-sucedida da deglutição pode reduzir a frequência da desnutrição e pneumonia em pacientes idosos com disfagia quando comparados à grupos que receberam modificações e compensações na dieta ou aqueles que não receberam intervenção.

Steele et al. (2014) em estudo de revisão sistemática identificaram evidências empíricas que descrevem o impacto da consistência do líquido e da textura do alimento no comportamento da deglutição como sendo os primeiros passos de uma taxonomia comum para espessamento de líquidos e modificação de textura de alimentos. Os autores verificaram duas tendências principais no que diz respeito ao impacto dos líquidos espessados na deglutição: líquidos mais espessos reduzem o risco de penetração-aspiração, mas também aumentam o risco de resíduos pós-deglutição na faringe. Segundo os autores a literatura foi insuficiente para apoiar o delineamento de limites de viscosidade específicos ou outras propriedades quantificáveis do material relacionadas a esses resultados clínicos. Com relação à textura dos alimentos, a literatura aponta as propriedades de dureza, coesividade e escorregabilidade como sendo relevantes tanto para comportamentos fisiológicos quanto para padrões de fluxo de bolo alimentar. A literatura sugere a necessidade de classificar o comportamento dos alimentos e dos fluidos no contexto dos processos fisiológicos envolvidos no transporte oral e na iniciação do fluxo.

Namasivayam et al. (2015) em estudo de revisão sistemática investigaram o impacto da disfagia na desnutrição em Cuidados de Longa Duração (CLD). Analisaram sete bancos de dados eletrônicos para pesquisar publicações em inglês relatando desnutrição e disfagia em instalações CLD de 1946 a 2013. Verificaram que 14 estudos foram elegíveis para inclusão. No

geral, a literatura sobre a co-ocorrência de desnutrição e disfagia em CLD mostra escassez de evidências de alta qualidade. Os artigos revisados careciam de definições consistentes para ambas as condições. Os métodos utilizados para confirmar cada diagnóstico também diferiram e foram de validade questionável. A frequência relatada de participantes em CLD com disfagia variou de 7% a 40%, enquanto a porcentagem daqueles que estavam desnutridos variou de 12% a 54%, tudo isso sem a prevalência exata de cada condição separadamente ou em combinação. Nesta revisão e compilação de dados não foi possível conclusões objetivas sobre a prevalência de ambas as condições separadamente ou em conjunto. Para os pesquisadores, ficou evidente que o impacto da disfagia na desnutrição é comprovadamente pouco estudado e precisa de mais investigações. Esta revisão revelou que uma variedade de diferentes definições e sugeriram que os residentes frequentemente permanecem nessas dietas além do ponto em que são realmente necessárias, e que essa definição de Desnutrição e Disfagia em Cuidados de Longo Prazo não é uma indicação válida de um comprometimento subjacente da deglutição.

D'Amico et al. (2019) analisaram o reconhecimento clínico e as estratégias terapêuticas na identificação e gerenciamento da disfagia em pessoas com Esclerose Múltipla (EM). Nesta pesquisa relataram sobre a necessidade de a anamnese incluir perguntas sobre sintomas de disfagia como tosse e /ou asfixia após ou durante as refeições, sensação de comida presa na garganta, dispnéia, perda de peso ou qualquer episódio de febre inexplicável ou pneumonia. Refletem sobre a importância do ponto de vista do paciente e que o manejo da disfagia requer uma equipe multidisciplinar formada pelo neurologista, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro e farmacêutico trabalhando juntos para otimizar a ingestão nutricional. Relataram que o objetivo da reabilitação é melhorar a biomecânica da deglutição e orientar pacientes e familiares sobre a consistência dos alimentos mais adequados e mudanças na dieta. Neste contexto, o nutricionista deve garantir a adequação nutricional da dieta com textura modificada para otimizar a ingestão nutricional e a hidratação.

Eles recordam a ausência de um sistema padrão para classificação, utilização e nomenclatura de dietas modificadas, mas reforçam a necessidade de individualizar o perfil de dieta modificada mais segura que, sem os cuidados adequados, pode ser sem graça e chata, podendo resultar em perda de peso. Neste estudo concluíram que mais pesquisas são necessárias para melhor organizar o manejo personalizado e de longo prazo da disfagia, por meio dos diferentes subtipos da EM. Concluíram que diferentes intervenções devem ser adaptadas a cada paciente, sendo a avaliação multidisciplinar obrigatória no tratamento da EM.

Rodd et al. (2022) realizaram estudo de revisão narrativa da literatura no Reino Unido e analisaram informações sobre a disponibilidade de micronutrientes em refeições com textura modificada, as quais são usualmente recomendadas no manejo para a população disfágica e como o processamento dos alimentos pode alterar o conteúdo de micronutrientes nestas refeições. Relataram sobre a ausência de uma definição universal para modificação de textura, citaram o *International dysphagia diet standardization initiative* (IDDSI) e toda estrutura de padronização desenvolvida por eles, o qual define vários níveis de modificações de textura destinados à esta população. O Serviço nacional de saúde do Reino Unido tem adotado a proposta do IDDSI nos hospitais. Modificação de textura envolve a alteração das propriedades estruturais dos alimentos a fim de produzir uma textura diferente, os alimentos podem ser aumentados ou diminuídos de espessura e podem ter o tamanho de partícula diminuído para ajudar na mastigação e deglutição. Os micronutrientes podem ser afetados pela modificação de textura. Alimentos com consistência modificada frequentemente requerem cozimento mais longo e muitos micronutrientes como a vitamina B12, C, D e folato podem ser degradados por exposição excessiva ao calor e possivelmente ao ar durante o processamento, embora o processamento térmico não pareça afetar os minerais. Dependendo do tipo de processamento pode haver influência na atividade bioquímica das vitaminas e minerais podendo comprometer a biodisponibilidade dos mesmos. Concluíram que a pesquisa limitada disponível sobre esta

população específica e área de assunto justifica uma investigação mais aprofundada, particularmente porque o *status* de micronutrientes suporta a função fisiológica correta, que é de importância crescente à medida que as pessoas envelhecem. A deficiência torna-se mais prevalente em relação a muitos micronutrientes na população idosa em geral, enquanto aqueles com condições subjacentes (incluindo disfagia como sintoma) correm maior risco de deficiência e dos vários riscos à saúde associados à diminuição dos micronutrientes. Concluíram também que as refeições com textura modificada foram melhoradas e refinadas para aumentar o consumo para aqueles que as necessitam, com muita atenção dada ao estado dos macronutrientes, no entanto, pode-se sugerir que mais pesquisas são necessárias em relação aos micronutrientes. Os autores sugeriram que pesquisas adicionais possam incluir a avaliação de parâmetros de processamento para garantir que os micronutrientes sejam mantidos ou sua biodisponibilidade seja aprimorada durante o processo de produção.

Kamal S et al. (2022) revisaram a literatura buscando explorar os desafios enfrentados por indivíduos com PC e seus cuidadores ao preparar alimentos com textura modificada e as recomendações para texturas alimentares modificadas utilizadas no manejo nutricional. 14 artigos foram selecionados e sobre os desafios enfrentados por indivíduos com PC e seus cuidadores durante o convívio com a mudança de textura dos alimentos são o medo de engasgos tanto por parte dos pacientes quanto dos cuidadores, tempo prolongado de alimentação, necessidade de apoio financeiro e de profissionais da área da saúde e segurança. Quando jovens adultos com PC compartilharam a auto percepção do comer e beber e o engasgo com a alimentação foi relatado com frequência, o processo de alimentação mais demorado, a necessidade de utensílios especiais para se alimentar, desafios do convívio com a comunidade como quando comem fora de casa. Eles relataram sentir medo e preocupação, medo quando apresentaram tosse e pânico ao engasgar e preocupação com o tratamento que as instituições de saúde podem oferecer e com a eficiência alimentar que é complicado pela dificuldade de

deglutir e afetam a ingestão calórica e as necessidades nutricionais. Este estudo destacou fatores e desafios nas modificações da textura dos alimentos entre indivíduos com PC. O primeiro plano está relacionado a questões relacionadas à alimentação, incluindo problemas gastrointestinais, engasgos, aspiração, alimentação por sonda e modificação da textura dos alimentos. No entanto, os tipos de modificação da textura dos alimentos, como a terminologia com características da textura dos alimentos e técnicas de preparo, como método de corte, estilo de cozimento ou método de teste para obter o nível desejado de textura dos alimentos que seja seguro para indivíduos com PC com problemas de deglutição não foram explicados em detalhes na literatura. Atualmente, não há diretrizes padrão e, com práticas variadas, os pais acham difícil sustentar ou progredir nutricionalmente com as necessidades de seus filhos. As consequências são que os pais podem seguir conselhos nutricionais comuns e continuar praticando as recomendações sugeridas há vários anos, pois não houve priorização no acompanhamento da ingestão alimentar. Confirmado o nível de segurança, o preparo de acordo com a modificação da textura dos alimentos pode melhorar a qualidade de vida dos cuidadores e o estado nutricional de seus filhos. A modificação da textura dos alimentos envolve exame clínico por profissionais de saúde para preparo de alimentos em casa. Reforçam que várias abordagens são essenciais para tratar esta questão. Portanto, oferecer principalmente soluções relacionadas ao preparo de alimentos com base em um nível de textura seguro é crucial e alcançável para os cuidadores.

2.2 Disfagia orofaríngea e o impacto biopsicossocial

Tibbling et al. (1991) estudaram em que medida a disfagia em idosos é acompanhada por outros sintomas torácicos e leva à redução do peso corporal e da qualidade de vida. A

amostra foi composta por 796 pessoas escolhidas aleatoriamente em um registro populacional e estas responderam anonimamente à primeira e única carta, das quais 46% eram homens. Sessenta por cento desses indivíduos tinham 60-69 anos, 29% tinham 70-79 anos e 7% tinham 80 anos ou mais. Verificaram que os problemas psicossociais em pessoas com disfagia foram caracterizados como ansiedade na hora das refeições e vontade de comer sozinho. Daqueles com disfagia, 40% haviam consultado um médico, mas, apesar disso, esses pacientes tinham tantos problemas quanto aqueles que não haviam consultado um médico. Percebeu-se que a dificuldade de engolir em idosos acarreta problemas físicos e psicossociais que podem reduzir sua qualidade de vida.

Ekberg et al. (2002) relacionaram as desvantagens psicológicas da disfagia orofaríngea e a frequência de diagnóstico e tratamento, por meio de um questionário qualitativo. Foram entrevistados 360 pacientes com queixas de dificuldades de deglutição, sendo estes provenientes de clínicas e casas de repouso da Alemanha, França, Espanha e Reino Unido. A amostra foi composta por 67% de mulheres e com média de idade de 71,6 anos. Dos pacientes entrevistados, mais de 50% relataram estar comendo menos, com 44% relatando perda de peso durante os últimos 12 meses. Dos pacientes entrevistados, 36% receberam o diagnóstico para disfagia orofaríngea, apenas 32% reconheceu ter recebido tratamento profissional e somente 39% dos pacientes acreditavam que suas dificuldades de deglutição poderiam ser tratadas. Além disto, 84% dos pacientes acreditavam que comer deveria ser uma experiência agradável, mas apenas 45% achavam agradável; 41% afirmaram sentir ansiedade ou pânico durante as refeições; 36% evitavam comer na presença de outras pessoas por causa da disfagia e mais de 1/3 da amostra respondeu que a disfagia tornou a vida deles menos prazerosa.

Colodny et al. (2005) examinaram por meio de entrevistas as várias maneiras pelas quais os pacientes com alimentação independente e disfagia justificavam a não adesão às recomendações fonoaudiológicas. Participaram 63 pacientes, lúcidos, diagnosticados com

disfagia orofaríngea por meio de avaliação clínica e videoendoscópica, residentes em casa de repouso em Nova Iorque, composto por 68,3% de mulheres com idades entre 65 a 100 anos. Os dados foram coletados de 1997 a 2002 e os resultados sugeriram que o manejo da DO precisa considerar o impacto psicológico que a disfagia proporciona em seus pacientes. A pesquisa sugere que a disfagia e o diagnóstico primário que a acompanha não são apenas uma ameaça ao corpo, mas também uma ameaça ao autoconhecimento dos pacientes e às suas relações com o mundo. A pesquisa concluiu que a não adesão ao tratamento é principalmente uma tentativa de lidar com a agressão a si mesmo e obter controle sobre uma função corporal importante que até então era tida como certa. A pesquisa resultou também que o comprometimento da deglutição não apenas priva os indivíduos dos prazeres do comer, mas também perturba a alimentação normal e torna problemático o processo ritual de comer. As consistências alimentares modificadas são estigmatizantes pois representam um declínio no funcionamento corporal que pode ser percebido como infantilizante e se torna um indicador para os idosos de que estão se aproximando da morte.

Swan et al. (2015) em estudo de revisão sistemática examinaram o impacto da modificação da consistência do alimento na qualidade de vida do indivíduo que convive com a disfagia orofaríngea, e concluíram que embora o grau de disfagia possa ter sido um fator de confusão, a modificação de consistência da alimentação traz impactos negativos na qualidade de vida do indivíduo.

Rodríguez Rejón et al. (2017) mensuraram a qualidade das refeições e do serviço de alimentação, bem como o valor nutricional dos cardápios oferecidos em três instituições de longa permanência localizadas na região metropolitana de Granada (Espanha), visto que a prevalência de desnutrição varia de 3-5% na população idosa residente na comunidade e aparece em mais de 60% na população institucionalizada da mesma faixa etária, sendo considerado as maiores causas a baixa ingestão de energia e/ou deficiências nutricionais. No

estudo, de corte transversal, foi aplicado um conjunto de indicadores validado e “qualidade das refeições e serviço de refeições”. Os cardápios foram avaliados por meio de registros alimentares pesados em 14 dias consecutivos e os resultados comparados com as ingestões dietéticas de referência (DRIs) e o número recomendado de porções. Como resultado, identificaram deficiências importantes na qualidade das refeições e no serviço de refeições. A energia média varia de 1.788 a 2.124 kcal / dia nos cardápios regulares, de 1.687 a 1.924 kcal / dia nos cardápios para diabéticos e de 1.518 a 1.639 kcal / dia nos cardápios de purê. A proteína média variou de 71,4 a 75,4 g / dia, de 72,6 a 76,1 g / dia e de 50,5 a 54,7 g / dia, respectivamente. Nenhum dos cardápios atendeu às recomendações de fibras, potássio, magnésio, iodo, vitamina D, vitamina E, folato, nem para vegetais, frutas, laticínios, azeite, legumes ou nozes. Concluíram ser necessário garantir a implementação de rotinas regulares de controle da qualidade das refeições e do serviço de refeições e do valor nutricional dos cardápios oferecidos nas residências de longa permanência.

Cichero et al. (2017) desenvolveram terminologias e definições internacionais para dieta com textura modificada e líquidos espessados utilizados no manejo da disfagia. Este artigo descreve a estrutura do *International dysphagia standardization initiative* (IDDSI), o qual é aplicável a indivíduos com disfagia de todas as idades, em todos os ambientes e em todas as culturas. Um comitê voluntário multiprofissional desenvolveu uma estrutura de dieta para disfagia por meio de revisão sistemática realizada e consulta às partes interessadas. Inicialmente, em 2012, um levantamento foi realizado com as terminologias para modificação de consistência da dieta existentes e as práticas atuais referentes à modificação de consistência, em 2013, e receberam 2.050 respostas de 33 países. Foram entrevistados os pacientes disfágicos e seus cuidadores, profissionais da saúde, organizações de apoio a indivíduos com disfagia, fornecedores de serviços de alimentação, pesquisadores e a indústria. Os resultados revelaram o uso comum de 3 – 4 diferentes níveis de textura de dieta com 54 nomes diferentes, ≥ 3 níveis

de líquidos com 27 nomes diferentes. Em seguida, revisaram sistematicamente a literatura (2014-2015) sobre o impacto da textura dos alimentos e da consistência líquida na deglutição. Uma reunião foi então convocada para revisar os dados das fases anteriores e desenvolver um projeto de estrutura. Uma outra pesquisa internacional com partes interessadas buscou feedback afim de trazer refinamento para a pesquisa. Nesta etapa, 2016, foram recebidas 3.190 respostas de 57 países. Eles concluíram que a estrutura do IDDSI, lançado em novembro de 2015 e que envolve a padronização de 8 níveis de consistências, identificados por números, rótulos de texto, código de cores e definição de métodos de medição, é recomendado para implementação em todo mundo.

Krekeler et al. (2018) estudaram a adesão de pacientes adultos diagnosticados com disfagia ou em tratamento para deficiências relacionadas à deglutição. Foram pesquisadas cinco bases de dados (Pubmed, Scopus, CINAHL, CENTRAL e *Web of Science*) e encontrados 2034 artigos baseados no uso de termos desenvolvidos afim de capturar todos os artigos relacionados a “*adherence, dysphagia, swallowing, or deglutition*”. Após a retirada das duplicatas, apenas 12 foram incluídos. Nesta revisão, nove dos 12 artigos incluíram pacientes com câncer de pescoço com disfagia e os outros três eram com indivíduos disfágicos de etiologias variadas e faixa etária coletiva desta revisão foi de 21 – 94, com média de 60,4 anos. Nesta pesquisa foi encontrada uma taxa média de adesão variando entre 21,9% a 51,9%. A adesão às recomendações de tratamento para pacientes com Câncer de cabeça e pescoço foi o foco em 9/12 estudos. Os achados identificaram uma grande lacuna no conhecimento a respeito da adesão ao tratamento da disfagia e sugeriram que os investigadores incluam informações sobre a adesão de pacientes em pesquisas futuras como uma forma de auxílio para interpretação de resultados com maior precisão.

Talarini et al. (2018) avaliaram as possíveis alterações de paladar em uma coorte de pacientes em Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) com diagnóstico de disfagia, com enfoque

em eventuais implicações psicológicas e na qualidade de vida. O segundo objetivo do estudo foi avaliar as alterações da qualidade de vida após o uso de um dispositivo específico que fornecia sabor aos alimentos, por 20 segundos aplicados diretamente na língua, de refeições naturais obtidos por meio da cozinha molecular e que eram selecionados previamente por cada paciente. Foram avaliados 32 pacientes com ELA, divididos em dois grupos, sendo que o primeiro se alimentava exclusivamente por nutrição enteral e o segundo por via oral. As possíveis alterações no paladar, e os impactos no estado psicológicos e na qualidade de vida foram investigados por meio de um conjunto de questionários adaptados. Verificaram que há redução do paladar em pacientes com ELA, em particular no grupo em nutrição enteral. Todos os pacientes demonstraram grande interesse na preservação do paladar, sendo sua perda relacionada negativamente à sua qualidade de vida. O uso do dispositivo de sabor impactou positivamente a qualidade de vida percebida sem efeitos colaterais, mesmo no grupo com nutrição enteral. Pela primeira vez foram identificadas mudanças na percepção do paladar em uma coorte de pacientes com ELA e as consequências negativas que essas mudanças têm no estado psicológico e na qualidade de vida. Além disso, os efeitos positivos do dispositivo utilizado para fornecer sabores sugerem um possível efeito reabilitador, que deve ser mensurado em estudos posteriores.

Greco et al (2018) realizaram estudo de revisão sistemática para analisar o benefício da terapia com exercícios na fisiologia da deglutição, função e qualidade de vida (QV) em pacientes com ou sem quimioterapia para câncer de cabeça e pescoço (CCP). Foram pesquisados sete bases de dados eletrônicos para todos os estudos primários de qualquer língua ou desenho de estudo que incluíssem intervenções comportamentais de deglutição para pacientes com CCP tratados com ou sem radioterapia curativa, um grupo comparação e resultados relacionados à fisiologia e/ou qualidade da deglutição. Foram identificados 1937 artigos e foram incluídos 20 ensaios clínicos randomizados. Neste estudo foi abordado sobre

como os pacientes com CCP tratados com radioterapia frequentemente desenvolvem disfagia, como resultado os resultados medidos variaram, todos artigos tinham riscos de viés e faltavam relatórios de cálculos de tamanho de amostra, tempo de interação médico-participante e detalhes do tratamento. A meta-análise revelou benefícios fisiológicos e funcionais, mas não de QV, após intervenções com início precoce e tardio. Foi concluído que o benefício foi identificado com as intervenções precoces e tardias, estudos futuros são necessários para esclarecer o tempo, o tipo e a intensidade mais eficazes das intervenções de disfagia comportamental para esses pacientes com CCP.

Chiang et al. (2018) descreveram a percepção de 16 auxiliares de enfermagem, todas mulheres e com idade média de 44,7 anos, sobre suas experiências de alimentação para residentes com disfagia em Taiwan. Um desenho de estudo descritivo qualitativo foi usado para obter maior compreensão sobre como os auxiliares de enfermagem percebiam a alimentação dos residentes disfagia. Os dados foram coletados por meio de entrevistas face a face e em profundidade com auxiliares de enfermagem. Verificaram que os auxiliares de enfermagem aprenderam a alimentar com os residentes com disfagia com base em suas próprias experiências e que residentes disfágicos não gostam de algumas texturas. Os auxiliares referiram que alimentar um paciente disfágico é exaustivo e consome muito tempo, e que possuem dificuldade em concluir suas tarefas, além do que sentem falta de capacitação e de confiança na alimentação de residentes com disfagia. Este estudo concluiu que os enfermeiros devem estar mais atentos às dificuldades alimentares dos residentes com disfagia e mais próximos aos auxiliares de enfermagem, orientando-os.

Moloney et al. (2019) realizaram estudo com 148 fonoaudiólogos do Reino Unido, Irlanda e África do Sul com o objetivo de determinar as práticas ao abordar questões de qualidade de vida em indivíduos com disfagia, as crenças dos fonoaudiólogos sobre o impacto da disfagia na qualidade de vida, as tendências atuais na avaliação e gerenciamento da qualidade

de vida na disfagia e se as variações nas crenças e práticas nesta área existem. Verificaram que 90% dos Fonoaudiólogos que completaram a pesquisa acreditam que a disfagia tem impacto negativo na qualidade de vida, e 25% estão atualmente satisfeitos com a quantidade de tempo clínico que podem dedicar à esta área. Pessoal, recursos, falta de diretrizes e ferramentas de avaliação de qualidade de vida específicas da doença são fatores descritos como barreiras para melhores condutas o que poderia resultar em melhora na qualidade de vida desta população. Concluíram que a atuação fonoaudiológica têm um papel importante a desempenhar no apoio às questões de qualidade de vida na disfagia. No entanto, é relatado que a área está subdesenvolvida, com poucos recursos e com suporte insuficiente nestes países. Para os autores, o aumento da conscientização sobre o papel do Fonoaudiólogo, juntamente com o desenvolvimento de diretrizes de melhores práticas e ferramentas de avaliação de qualidade de vida específicas para doenças, aumentará a qualidade do atendimento que pode ser oferecido nesta área.

Trček Kavčič et al. (2020) avaliaram a adequação de dietas com textura modificada usadas em um hospital de reabilitação de acordo com as diretrizes da *International Dysphagia Diet Standardization Initiative* (IDDSI). Verificaram que a maioria das amostras de alimentos purificados e picados não se adequava aos níveis comparáveis da *International Dysphagia Diet Standardization Initiative*. Os resultados indicaram a necessidade de implementar as diretrizes da *International Dysphagia Diet Standardization Initiative*, a fim de fornecer uma dieta com textura modificada apropriada para pacientes com disfagia orofaríngea neurogênica e apoiar o manejo na reabilitação de pacientes internados.

Ko D et al. (2022) buscaram compreender, na Coreia do Sul, hábitos alimentares, atributos de seleção de alimentos, estado nutricional e depressão em indivíduos com mais de 50 anos, tudo de acordo com a presença ou ausência de disfagia. Foram entrevistadas. Foram recrutadas 304 pessoas e após exclusão de respostas não confiáveis ou não legíveis restaram

296 indivíduos sendo 141 indivíduos disfágicos e 155 indivíduos não disfágicos. A Média de idade do grupo com disfagia foi de 73,79 anos e de 70,15 anos no grupo não disfágico. De toda amostra, 63,5% eram mulheres, 68,2% eram casados, 66,9% não exerciam atividade econômica, 38,5% haviam terminado o ensino médio, 85,1% viviam em casa própria e 20% relataram receber menos de U\$1.000,00 ao mês. A disfagia foi determinada através do EAT-10. Eles concluíram que a disfagia apresenta correlação significativa com a depressão e o estado nutricional, sendo que a depressão em idosos com disfagia foi influenciada pelo aumento do grau de necessidade de ajuda nas refeições e diminuição do tamanho da refeição e sugerem no estudo o desenvolvimento de produtos dietéticos que melhorem as experiências alimentares desconfortáveis entre pacientes com disfagia. Eles sugerem que se o desconforto for reduzido, a ingestão nutricional pode ser aumentada e o prazer nas refeições pode ser restaurado para diminuir a depressão em pacientes com disfagia.

2.3 Comportamento alimentar

Cruwys et al. (2015) em sua revisão estudaram a influência da modelagem social no comportamento alimentar. Foram pesquisados dois bancos de dados eletrônicos, Pubmed e Google Scholar e 69 estudos publicados entre 1994 e 2014 foram elegíveis com mais de 5.800 participantes. Verificaram que 64 destes estudos encontraram o efeito de modelagem estatisticamente significativo, apesar da diversidade substancial na metodologia, tipo de alimento, contexto social e demografia dos participantes. O estudo concluiu que há evidências limitadas de um efeito moderador da fome, personalidade, idade, peso ou presença de outras pessoas. Os efeitos com evidências substanciais concluíram que a modelagem é aumentada quando os indivíduos desejam se afiliar ao modelo, ou se percebem semelhantes ao modelo que

a modelagem é atenuada (mas ainda significativa) para lanches e refeições saudáveis, sendo menos parcialmente mediada por mimetismo comportamental, que ocorre sem percepção consciente.

Emilien et al (2017) estudaram o comportamento alimentar de adultos em uma revisão narrativa trouxe e verificaram que o comportamento alimentar é influenciado por fatores internos e externos e que embora tenhamos como objetivo principal na alimentação a manutenção biológica do corpo, fatores fisiológicos, ambientais, culturais, emocionais, sociais, auto-realização, econômicos, de acesso e até mesmo políticos possuem profundo efeito nas escolhas alimentares e nas quantidades ingeridas. Neste estudo foi discutido os mecanismos de respostas fisiológicas para saciedade e fome, influencias ambientais no comportamento alimentar e sobre os impulsos os quais induzem o ser humano a iniciar uma refeição. Concluíram que esta é uma vasta área de estudo onde há muitas oportunidades de pesquisa no intuito de solucionar muitos problemas relacionados à alimentação.

Grzymistawska et al. (2020) pesquisaram sobre as diferenças entre os sexos no comportamento alimentar, escolha alimentar e estratégia nutricional condicionadas pela evolução e por fatores intraindividuais (biológicos ou psicológicos) e extraindividuais (socioeconômicos e culturais). Esta pesquisa evidenciou que as mulheres manifestaram confiança mais pronunciada na alimentação saudável, maior envolvimento no controle do peso corporal, maior tendência a comer em grupo e em situações estressantes, e frequentemente experimentam frustração devido a seus próprios comportamentos nutricionais, o que reflete maior pressão social e suas tentativas para reduzir o prazer relacionado à alimentação. Por outro lado, os homens preferem refeições gordurosas e de sabor forte, e são direcionados principalmente pelo prazer do consumo; eles comem com mais frequência alimentos doces furtivamente enquanto assistem à televisão, usam mais suplementos alimentares e visitam com mais frequência restaurantes de *fast food*. O comportamento nutricional, os estilos de nutrição,

os perfis alimentares, a abordagem da alimentação, a abordagem do local de consumo das refeições e as fontes de conhecimento nutricional demonstraram associações com o sexo. As interações recíprocas entre gênero e dieta são condicionadas por fatores fisiológicos, psicológicos e socioculturais. Nesta revisão, portanto, foi justificada a afirmação de que o comportamento alimentar, estilos de alimentação, o perfil alimentar, a abordagem da alimentação e do local do consumo das refeições e as fontes de conhecimento sobre nutrição demonstram associações de gênero e que os homens devem ser estimulados e educados em uma dieta alimentar saudável.

3 MÉTODO

3.1 – Definições Operacionais

Inicialmente, um painel com três especialistas (dois fonoaudiólogos e um nutricionista) foi elaborado e a pergunta de pesquisa foi definida com a construção da PICO (*Problem/Population, Intervention, Comparison, Outcome*) direcionadora da pesquisa.

Para este estudo de revisão foram utilizadas as seguintes definições operacionais: “*oropharyngeal dysphagia*” ou “*dysphagia*” ou “*swallowing disorders*” foram definidos como qualquer anormalidade na fisiologia da deglutição do trato aerodigestivo superior, dos lábios ao esôfago superior; “*food texture*” ou “*texture*” ou “*consistency*” definidos como sendo um atributo sensorial dos alimentos e que pode ser identificado com os dedos, língua, palato ou dentes; “*intake*” foi definido como sendo a ingestão de alimentos; “*thickener*” ou “*thickeners*” foram definidos como espessantes alimentares ou aditivos alimentares utilizados para alterar a consistência dos alimentos, deixando-os mais espessos; “*food preparation*” foi definido como qualquer preparação da alimentação direcionada ao cuidado da disfagia; “*diet therapy*” foi definida como as estratégias nutricionais utilizadas no tratamento da disfagia (Dietoterapia); “*mashed*” definido pelas preparações alimentares do tipo purê; “*liquid consistency*” definido como sendo a consistência dos alimentos líquidos, quando adicionados de espessantes alimentares; “*texture modification*” ou “*modified texture*” definido como qualquer alimento apresentado ao paciente com a consistência adaptada à disfagia, geralmente apresentados na forma de líquido espessados e comida pastosa; “*quality of life*” definido como a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações; “*noncompliance*” definido como a não adesão dos pacientes às recomendações de modificação de

textura/consistência da dieta; “*depression*” definido como um transtorno que interfere na vida diária, na capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e é causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos; “*autoperception*” definido como a forma a qual a pessoa vem a compreender as suas próprias atitudes e suas crenças; “*social isolation*” ou “*isolation*” definido como sendo um ato voluntário de um indivíduo em se isolar do convívio da família ou da sociedade por fatores sociais ou psicológicos; “*shared decision making*” definido como as decisões tomadas por equipe multidisciplinar; “*eating preferences*” definido pelas preferências alimentares dos indivíduos; “*eating experience*” definido como a experiência completa da refeição e envolve não somente a qualidade da comida em si mas também a qualidade da experiência do comer; “*eating behavior*” definido como o conjunto de todas as ações que envolvem a comida e o comer antes da deglutição; “*culture*” definido como o conjunto de comportamentos, tradições, conhecimentos e valores de um grupo ou sociedade; “*anxiety*” definido como um estado psíquico de apreensão ou medo provocado pela antecipação de uma situação desagradável ou perigosa; “*dissatisfaction*” definido como qualquer insatisfação referente aos alimentos; “*eating habits*” definido como a rotina alimentar habitual e alimentos habituais de um indivíduo assim como a forma a qual são preparados; “*psychosocial*” definido como fatores que envolvem conjuntamente aspectos psicológicos e sociais de um indivíduo; “*nutritional status*” definido como o grau com o qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo supridas; “*health related quality of life*” definida como a percepção do indivíduo sobre a condição de sua vida diante da enfermidade e as conseqüências ou os tratamentos referentes a ela, ou seja, como a doença afeta sua condição de vida.

3.2 Estratégia de Busca

Em 13/09/2021 uma busca estruturada foi conduzida nas seguintes bases de dados: Pubmed e em 14/09/2021 a busca foi conduzida nas seguintes bases de dados: Psycinfo e Cochrane. Os descritores incluídos foram: “*dysphagia*”, “*oropharyngeal dysphagia*”, “*swallowing disorders*”, “*swallowing*”, “*food texture*”, “*intake*”, “*consistency*”, “*food preparation*”, “*thickener*”, “*thickeners*”, “*texture*”, “*diet therapy*”, “*mashed*”, “*liquid consistency*”, “*texture modification*”, “*modified texture*”, “*quality of life*”, “*noncompliance*”, “*depression*”, “*autoperception*”, “*social isolation*”, “*isolation*”, “*shared decision making*”, “*eating preferences*”, “*eating experience*”, “*eating behavior*”, “*culture*”, “*anxiety*”, “*dissatisfaction*”, “*eating habits*”, “*psychosocial*”, “*nutritional status*”, “*health related quality of life*”.

Deglutition e Deglutition disorders: com estes *mesh terms* visávamos selecionar artigos que trouxessem o tema disfagia.

Food, viscosity, Diet therapy, Dietary services: nossa intenção com estes dois *mesh terms* foi selecionar artigos que trouxessem a dietoterapia utilizada na disfagia, normalmente sendo representada pelas modificações de consistência dos alimentos e bebidas.

Perception, Food preferences e Quality of life: Estes *mesh terms* foram definidos para que artigos que trouxessem possíveis impactos em preferências alimentares e qualidade de vida e modificações na percepção perante a comida desencadeadas em decorrência da dietoterapia na disfagia fossem incluídos.

Na construção da estratégia de busca, outras palavras-chave foram definidas e combinadas dentro de cada grupo a fim de ampliar a pesquisa, sendo elas: “*dysphagia*”, “*oropharyngeal dysphagia*”, “*swallowing disorders*”, “*swallowing*”, “*food texture*”, “*intake*”, “*consistency*”, “*food preparation*”, “*thickener*”, “*thickeners*”, “*texture*”, “*diet therapy*”, “*mashed*”, “*liquid consistency*”, “*texture modification*”, “*modified texture*”, “*quality of life*”, “*noncompliance*”,

“depression”, “autoperception”, “social isolation”, “isolation”, “shared decision making”, “eating preferences”, “eating experience”, “eating behavior”, “culture”, “anxiety”, “dissatisfaction”, “eating habits”, “psychosocial”, “nutritional status”, “health related quality of life”.

As estratégias de busca, uma para cada base de dado, foram definidas simultaneamente à definição dos descritores e preparadas com apoio de uma bibliotecária e da especialista com formação pela Cochrane.

A estratégia de busca está detalhada no apêndice I.

3.3 Seleção dos estudos

Todos os artigos inicialmente foram revisados por dois avaliadores independentes e foram excluídos todos aqueles os quais atendiam aos critérios de exclusão previamente definidos. Os avaliadores são de diferentes áreas da saúde, sendo LP pertencente à área da Nutrição e GS da Fonoaudiologia. Os *disagreements* foram solucionados por um terceiro avaliador independente (RG). A plataforma Rayyan foi utilizada durante toda a fase de leitura de resumos, incluindo para as soluções dos *disagreements*.

Os avaliadores LP e GS consideraram os 11 critérios de exclusão a seguir: Estudos com ausência de resumo, estudos sobre mastigação ou problemas odontológicos, Anais, Estudos que analisavam população não disfágica, (Tutoriais, capítulos de livro, teses, dissertações e editorial), estudos com animais, estudos com população infantil, estudos onde a casuística fosse menor que 10, estudos sobre transtornos alimentares, estudos sobre problemas gastrointestinais (estreitamento esofágico, refluxo gastroesofágico, esofagite de refluxo, hérnia de hiato, fibrose esofágica, infamação crônica de esôfago, atresia de esôfago, motilidade intestinal e etc) e estudos que falassem sobre os impactos relacionados à via enteral de alimentação. Todos os

outros artigos foram aceitos e selecionados para a etapa de leitura completa do artigo. A leitura completa dos artigos incluídos foi realizada somente pelo pesquisador LP.

3.4 Extração de dados

A extração de dados foi realizada por apenas um juiz LP e foram extraídos o título do artigo, autores, ano de publicação e País, desenho de estudo, casuística composta por sexo, idade e patologia, objetivo do estudo, consistência alimentar descrita no estudo, desfechos para biomecânica da deglutição, desfechos psicossociais, desfechos de diagnóstico nutricional e de pneumonia e /ou aspiração e conclusão. Esses dados foram armazenados em um arquivo excell.

5. RESULTADOS

O fluxo de seleção dos estudos está apresentado no diagrama (Figura 1).

Etapa Identificação: Após buscas detalhadas em distintas bases de dados, este estudo apresentou um total de 1.017 resumos selecionados para a leitura. Foram retirados 59 resumos duplicados, totalizando então 958 resumos de artigos para leitura.

Etapa Triagem: Dos 958 resumos lidos, o avaliador 1 (LAL) excluiu 687 e incluiu 271 e o avaliador 2 (JS) excluiu 753 e incluiu 205. Em relação aos conflitos, dos 1.017 resumos lidos 158 conflitaram, sendo que o terceiro avaliador (RGS) incluiu 25 e excluiu 133. Assim, foram incluídos 159 resumos para leitura do texto na íntegra pelos avaliadores 1 e 2 (LAL e JS) e 25 incluídos pelo terceiro avaliador (RGS), totalizando 184 resumos selecionados para a leitura do artigo na íntegra. Destes 184 resumos selecionados para a leitura do artigo completo, o avaliador 1 (LAL) excluiu 176 e incluiu 8 artigos para a versão final.

Etapa Artigos Incluídos: Assim, o número de artigos incluídos nesta revisão de escopo foi de 8 publicações sobre modificação da consistência dos alimentos na disfagia orofaríngea em adultos e a origem dos mesmos está disposta na Figura 2.

A busca resultou um total de 1.017 artigos conforme mostra a Figura 1 descrita a seguir.

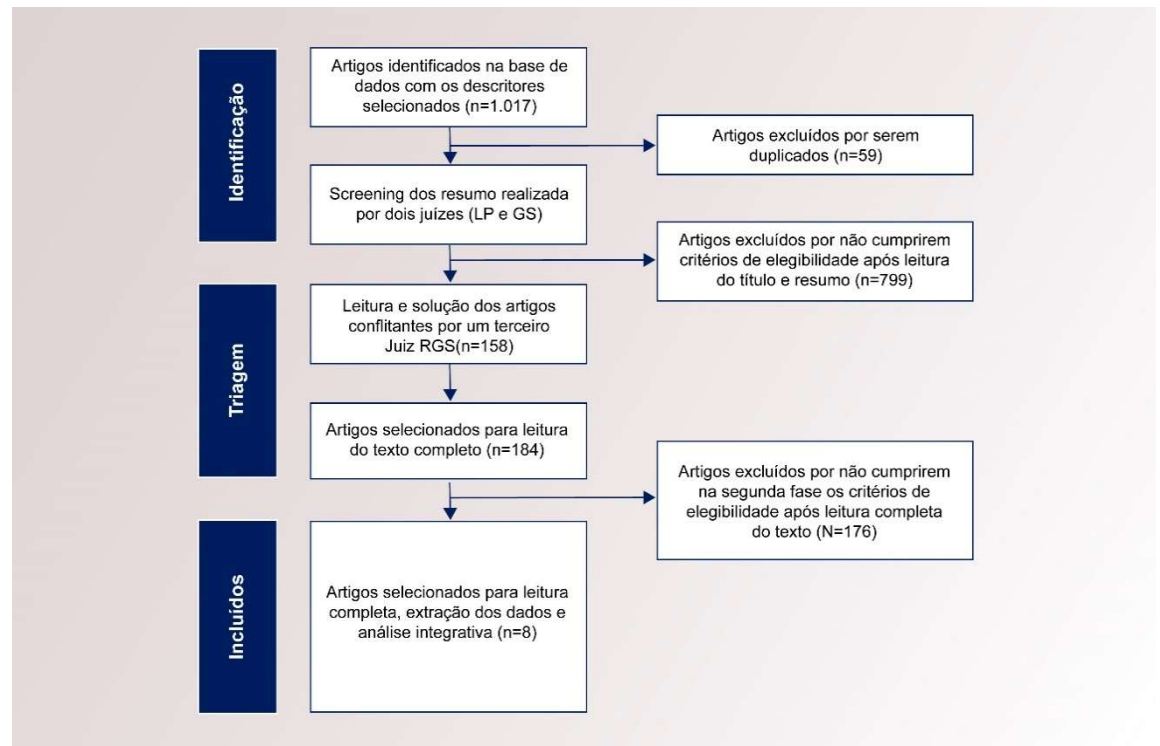


Fig. 1 – Diagrama de fluxo da busca dos artigos científicos.

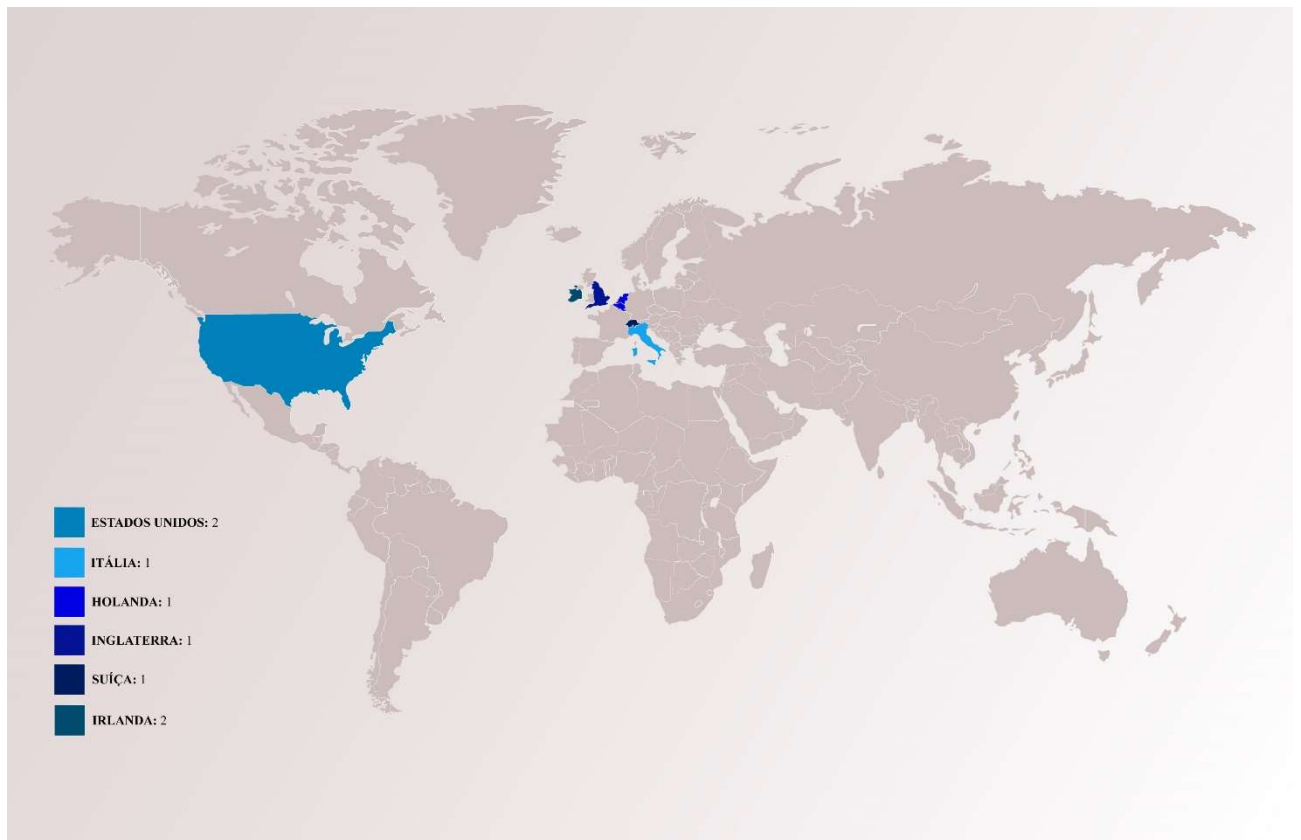


Figura 2- Países dos oito estudos incluídos nesta revisão.

Quadro 1: Aspectos referentes ao desenho de estudo, objetivo e método dos estudos.

Autor, ano, País	Desenho de estudo	Objetivo	Casuística	Método avaliação da DO
Colodny et al., 2005. Estados Unidos	Estudo clínico transversal retrospectivo.	Examinar a ausência de adesão às recomendações de adaptação da consistência da dieta por pacientes com disfagia orofaríngea grave, em via oral total ou dieta enteral.	65 pacientes com disfagia orofaríngea grave, resistentes às recomendações de adaptação da dieta recomendada pelo fonoaudiólogo. Faixa etária: 65 – 100 anos	Avaliação clínica e videouendoscópica da deglutição.
Farri et al., 2007 Itália	Estudo clínico qualitativo, descritivo	Detectar as consequências sociais e as implicações emocionais que levam o paciente disfágico a avaliar a piora da qualidade de vida após o início do transtorno e como a terapia fonoaudiológica pode melhorá-la.	73 pacientes que foram submetidos, nos últimos dois a cinco anos, a operações cirúrgicas nos departamentos de cirurgia maxilo-facial do Hospital San Giovanni Battista, Turim submetidos a uma das seguintes operações: otorrinolaringologista, maxilo-facial, neurológico, presbifágico. 20 dos 73 pacientes eram idosos residentes em casa de repouso. Faixa etária: 40-80 anos	Não consta.
Van den Berg et al., 2014 Holanda	Estudo clínico transversal	Avaliar o estado nutricional, ingestão alimentar e disfagia em sobreviventes de câncer de cabeça e pescoço a longo prazo.	32 pacientes (23 homens e 9 mulheres) com câncer de cabeça e pescoço estágios 3 e 4. Faixa etária: média de 58 anos	Videofluoroscopia de deglutição e pelo questionário <i>Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)</i> .
Patterson et al., 2015 Inglaterra	Estudo exploratório	Descrever as experiências dos pacientes de dificuldades de deglutição após (quimio)radioterapia para câncer de cabeça e pescoço e explorar quaisquer mudanças ao longo do tempo	Pacientes com câncer de cabeça e pescoço Fase 1: 12 pacientes (2 mulheres e 10 homens) Fase 2: 9 pacientes (1 mulher e 8 homens) Faixa etária Fase 1: 45 – 77 anos /Fase 2: 50 – 72 anos	Instrumento de Autopercepção em relação à disfagia.
Swan K et al 2015 Suíça	Revisão sistemática	Revisar sistematicamente sobre os efeitos da modificação da dieta na qualidade de vida entre indivíduos com disfagia orofaríngea.	8 artigos incluídos 1.379 participantes	Não consta
McCurtin A et al., 2018 Irlanda	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	Explorar as experiências e aceitabilidade de pessoas com distúrbios de deglutição pós-AVC quanto ao tratamento de modificação de consistência de líquidos	14 adultos - 6 homens e 8 mulheres Pacientes disfágicos pós –AVC Faixa etária: 50 – 81 anos	Não consta
Seshadri S et al. 2018 Estados Unidos	Estudo descritivo interpretativo	Explorar as perspectivas de idosos da comunidade enquanto lutavam para equilibrar os sintomas de disfagia e as modificações recomendadas na dieta com seus estilos de vida preferidos.	20 indivíduos: 13 homens e 7 mulheres Indivíduos disfágicos / morando sozinhos - pós AVC / doença neurodegenerativa, doença respiratória, câncer, outras Faixa etária: média de 80 anos	Não consta

Lisiecka D et al. 2021 Irlanda	Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica interpretativa	Investigar as experiências da disfagia na doença do neurônio motor na perspectiva de pessoas diagnosticadas com doença do neurônio motor.	10 participantes (5 homens e 5 mulheres) com Doença do neurônio motor Faixa Etária: 55 a 85 anos	Avaliação clínica da DO.
-----------------------------------	--	---	---	--------------------------

Quadro 2: Aspectos referentes aos desfechos nutricional, da biomecânica da deglutição e psicossocial e conclusão dos estudos.

Autor, ano, local	Consistência Alimentar	Desfecho Biomecânica da deglutição	Desfecho Psicossocial	Conclusão
Colodny et al., 2005 Estados Unidos	Foram feitas recomendações para alimentos e líquido com mudança de consistência ou "Nada por boca"	Não Consta	A negação foi a resposta mais comum, os participantes negaram ter qualquer problema de deglutição. A segunda resposta mais comum foi a insatisfação com a comida (líquidos espessados e comida pastosa / semi- sólida ou abrandada). Muitos participantes relatam não gostarem de líquidos espessados, atribuem adjetivos como porcaria, lixo e horrível à alimentação modificada e compararam-na com comida de bebê. 1 em cada 5 participantes relataram entender as consequências da não adesão às recomendações, porém estavam dispostos a correr o risco. Um participante relatou preferir morrer de pneumonia do que não tomar líquido.	Os motivos da não adesão foram discutidos à luz da teoria e das pesquisas sobre negação, mecanismos de enfrentamento e modelo de transição sociocognitiva. Implicações foram desenhadas para a prática de fonoaudiologia ao lidar com pacientes com disfagia não aderentes à alimentação independente.
Farri A et al. 2007 Itália	Não especifica - sugere cortar os alimentos em pedaços pequenos, ou misturá-los melhor, tornando-os mais compactos	Não há	100% dos pacientes receberam mudanças de consistência. Todos os pacientes entrevistados concordaram que, por terem se tornado disfágicos, suas vidas eram menos agradáveis: porque as refeições eram vivenciadas como um problema, a deglutição era problemática e eles não sentiam mais prazer em comer. os pacientes que responderam ao questionário admitiram que evitavam comer na companhia de outras pessoas, além de familiares próximos, por isso deixaram de comer fora em restaurantes, pizzarias, jantar na casa de amigos, pois estavam envergonhados e/ou particularmente ansiosos e em pânico.	Após a cirurgia, mostraram-se mais frágeis, sem autoconfiança, com relações sociais limitadas e, conseqüentemente, com tendência ao isolamento. A maioria dos pacientes, que antes considerava a hora das refeições uma oportunidade de conhecer outras pessoas e uma confraternização, já não as considerava um aspecto agradável de seu dia devido à dificuldade de deglutição. Como resultado, a consistência dos alimentos teve que ser alterada e estratégias tiveram que ser inventadas para tornar a refeição menos constrangedora. Todos os pacientes concordam que receberam, inicialmente, poucas informações sobre a disfagia. Afirmam que se beneficiaram da reeducação fonoaudiológica e depositaram sua confiança nos médicos que os atendem. A disfagia é um transtorno que influencia negativamente a vida do paciente, agravando-a qualitativamente do ponto de vista social e emocional. O paciente tende a se isolar, experimenta uma sensação de desconforto e diversidade em relação aos seus semelhantes, levando a uma diminuição da autoestima.

Quadro 2A: Aspectos referentes aos desfechos nutricional, da biomecânica da deglutição e psicossocial e conclusão dos estudos.

Autor, ano, local	Consistência Alimentar	Desfecho Biomecânica da deglutição	Desfecho Psicossocial	Conclusão
Van den Berg et al., 2014 Holanda	Consistência não especificada	A avaliação clínica feita por um fonoaudiólogo identificou a disfagia em 75% da amostra. Quando analisado via videofluoroscopia, 57% da amostra demonstrou prejuízo na deglutição.	11 dos 32 pacientes tiveram problemas de comer em público. Um questionário foi aplicado à amostra, afim de medir a qualidade de vida global (emocional, funcional e físico) e foi encontrado como resultado que indivíduos com resultados baixos neste questionário apresentaram uma correlação significativa com os scores de modificação da consistência alimentar.	Concluíram que o aconselhamento nutricional para os pacientes com câncer de cabeça e pescoço ainda é necessário por muito tempo após a quimioterapia e deve ter foco no risco de desnutrição e perda de peso, ingestão de alimentos com consistência alimentar normal sem suplementos nutricionais/alimentação por sonda e grupos alimentares recomendados.
Patterson et al., 2015 Inglaterra	Comida macia ou em forma de purê. Líquidos espessados.	Deterioração do comer e do beber. Dor, engasgos.	Perda pelo desejo pela comida Vida social inexistente Problemas de relacionamento com o parceiro. Comer se torna excruciante, “um inferno”. Alimento sendo escolhido apenas pelos atributos nutricionais, perda do prazer em comer.	A relação dos pacientes com a comida é altamente individual e sofrem alterações significativas após o tratamento. Os problemas de deglutição são multidimensionais, ocorrendo em vários níveis diferentes: físico, funcional, social e emocional. Os pacientes veem a disfagia como parte integrante de outros problemas gerais, esperam uma recuperação mais rápida e atribuem diferentes significados à disfagia.
Swan K et al 2015 Suíça	Dieta adaptada: alimentos macios e em forma de purê e líquidos espessados.	Não há	Comprometimento na qualidade de vida.	No geral, embora a gravidade da disfagia possa ter sido um fator de confusão, o impacto da modificação da dieta na qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com disfagia orofaríngea parece ser negativo, com o aumento da modificação de alimentos e líquidos frequentemente correlacionados a uma diminuição da qualidade da vida. Além disso, fatores associados a doenças, como diminuição da expectativa de vida, também podem ter afetado a qualidade de vida relacionada à saúde. Mais pesquisas são necessárias.

Quadro 2B: Aspectos referentes aos desfechos nutricional, da biomecânica da deglutição e psicossocial e conclusão dos estudos.

Autor, ano, local	Consistência Alimentar	Desfecho Biomecânica da deglutição	Desfecho Psicossocial	Conclusão
McCurtin A et al., 2018 Irlanda	Líquidos espessados	Não há	13 dos 14 pacientes relataram a mudança de consistência como sendo algo arbitrário, 5 entenderam como um tratamento de rotina e 14 relataram como sendo uma prescrição e simplesmente receberam a modificação. Todos os 14 participantes demonstraram insatisfação com o espessamento de líquido. Relataram em relação ao sabor: revoltante, parece veneno, não gosto. Em relação à alteração de consistência: parece ovas de sapo, parece cola de papel de parede (a aparência e o sabor), me sinto doente, me faz estremecer. Um grande número de pacientes não gosta mas entende e reconhece a importância da intervenção, enquanto outros relatam não adesão e parada precoce da intervenção.	O espessamento de líquidos pode ser considerado um tratamento oneroso de várias perspectivas, incluindo palatabilidade do produto, incerteza do tratamento e questões de adesão ao tratamento. Apesar de não gostarem intensamente desse tratamento, alguns pacientes acabam entendendo por que o tratamento é prescrito. Melhorias na palatabilidade do produto são necessárias para melhorar a adesão e a qualidade de vida do paciente.
Seshadri S et al. 2018 Estados Unidos	Sólidos: purê, alterado mecanicamente, abrandado e regular. Líquidos: espesso, mel, néctar e fino	Não há	A auto-identidade dos pacientes foi ainda mais fragilizada pela necessidade de comer uma dieta com textura modificada de alimentos em purê e/ou líquidos engrossados. Eles foram forçados a fazer sacrifícios e compromissos. Pacientes relataram que sacrificaram atividades que antes julgavam extremamente necessárias como viajar, se reunir com amigos e frequentar restaurantes devido à limitação que a modificação da dieta impunha em suas rotinas. Participantes relataram tristeza, choque, pesar e dificuldade em equilibrar o que desejavam e o que lhes restavam, gerando a muitas vezes a não adesão.	Os participantes enfrentaram uma escolha assustadora entre comer e respirar. Esconder os sintomas de disfagia dos olhos do público foi importante para preservar a auto-identidade. Seguir a dieta recomendada criava uma sensação de que a vida estava "desmoronando". Também descobrimos que aderir à dieta não era um fenômeno do tipo "tudo ou nada".
Lisiecka D et al. 2021 Irlanda	Consistência não especificada	Não há	grande medo de engasgar / perda do prazer em comer à medida que a disfagia progredia e a deglutição se tornava mais difícil/ diminuição do prazer em comer levou à diminuição da ingestão oral e consequências psicológicas significativas em alguns participantes como estresse e medo perante a inevitável progressão da doença.	Este estudo fornece uma contribuição única para o avanço da nossa compreensão da disfagia na doença do neurônio motor. Os profissionais precisam ver a disfagia dentro da doença como um todo e reconhecer os valores pessoais, preferências e estratégias de enfrentamento das pessoas com Doença do Neurônio Motor, no manejo da disfagia. Os serviços profissionais para disfagia devem considerar a experiência geral de viver com a doença do neurônio motor, em vez de se concentrar apenas na disfagia. Algumas pessoas com doença do neurônio motor desejam controlar a disfagia sozinhas. A pesquisa e a intervenção devem se concentrar em como apoiar as pessoas com doença do neurônio motor. Embora a disfagia cause múltiplas consequências na doença do neurônio motor, ela pode não ser percebida como um problema constante por pessoas com doença do neurônio motor. O comprometimento da comunicação pode ser uma preocupação maior do que a disfagia para algumas pessoas com Doença do Neurônio Motor.

6. DISCUSSÃO

São poucos os estudos que trazem luz à questão da saúde emocional e social do indivíduo que convive com a disfagia. Os impactos relacionados com as mudanças de consistência da dieta nesta população, muitas vezes de forma súbita, inesperada e arbitrária, transpõem os aspectos de segurança na deglutição e de proteção contra a desidratação e desnutrição. Esta revisão da literatura evidenciou os impactos sociais e emocionais em adultos que convivem com as adaptações alimentares intrínsecas ao manejo da disfagia orofaríngea.

Enquanto a estratégia de busca deste estudo resultou inicialmente em mais de 1000 artigos que tratavam em síntese da modificação de dieta no manejo da DO, somente oito artigos trouxeram respostas à pergunta de pesquisa formulada. A questão que envolve a consistência da dieta em disfagia tem sido amplamente abordada no contexto da biomecânica da deglutição e da padronização dessas consistências (CICHERO et al., 2017; MATSUO et al., 2020), e raramente abordam em conjunto os possíveis impactos biopsicossociais assim como sugerido por outros autores (IGARASHI et al., 2019; NUND et al., 2014; CHECKLIN, PIZZARI, 2018; SWAN et al., 2015). Além disto, e embora o impacto dessa modificação na consistência da dieta para a alimentação do indivíduo com DO contenha robustas evidências sobre seu poder de minimizar riscos de aspiração laringotraqueal em distintas populações (CICHERO ET AL., 2017), estuda-se muito menos o impacto desta prática no estado nutricional do indivíduo e muito raramente sobre sua saúde mental e emocional. Esta dissociação de análise no manejo da DO contribuiu ao longo das décadas para que houvesse uma hipervalorização sobre um único aspecto presente no contexto do indivíduo que carrega a disfagia, caracterizada pela segurança da deglutição advinda da proteção da via área inferior.

Por outro lado, as dietas com consistência modificada desempenham um papel importante no manejo da DO e são recomendadas pelas principais diretrizes do mundo, visando garantir a segurança da deglutição e prevenir as complicações intrínsecas da DO. A padronização das terminologias e consistências tem sido discutidas por muitos pesquisadores ao redor do mundo, e podemos observar iniciativas que visam esta padronização expandindo seus campos de atuação com estudos sofisticados no campo da reologia. (CICHERO et al., 2017; ICHT et al., 2018; MATSUO et al., 2020; PEMATILLEKE et al., 2022; HADDE et al., 2022). Além disso, no campo de estudos da reologia o uso generalista de um tipo e dosagem de espessante pode não ser o ideal e ainda há muita inconsistência em relação à níveis objetivos de viscosidade que possam assegurar a deglutição, eles mostram que a combinação entre alguns tipos de espessante podem resultar em melhores características de viscosidade e elasticidade nos alimentos. No entanto, estes mesmos artigos sugerem que as recomendações sejam personalizadas, respeitando a individualidade do indivíduo e com clara explicação sobre as diferenças entre os agentes espessantes ao paciente (DE O S SCHMIDT et al., 2021; GALLEGOS et al., 2021). Por outro lado, o acesso a este tipo de informação e à ampla variedade de tipos e usos de espessantes ainda é muito distante na prática clínica. Quando o assunto é modificação de consistência da dieta, ainda há muita subjetividade e dificuldade no controle e padronização das consistências (HANSON, 2016) o que pode dificultar ainda mais a rotina do paciente que convive com a DO.

Abordando nesta parte da discussão os tipos de população presentes nos estudos selecionados, os artigos desta revisão eram compostos, em sua maioria, por pacientes pós AVE, e pacientes de Câncer de cabeça e pescoço na faixa etária acima de 40 anos. Embora sejam populações diferentes, a coleta sobre os aspectos biopsicossociais foi possível pois todos foram avaliados e considerados cognitivamente aptos a discorrer sobre suas experiências no convívio com as dietas de textura modificada. O resultado deste aspecto da revisão mostrou que em uma

grande variedade de diferentes experiências, mesmo que todas convergissem no mesmo ponto, o da insatisfação com a dieta. Outros autores corroboram com estes achados, revelando o quanto as dietas com textura modificada estão associadas à redução do apetite e pela insatisfação com as refeições (SHIMIZU et al., 2021; WU XS et al., 2021). Dos oito artigos, a maioria tinha como objetivo avaliar as experiências no convívio com a DO e com as dietas com consistência modificada, e apenas um tinha como objetivo detectar as consequências sociais e as implicações emocionais, enquanto outros dois tinham o objetivo de avaliar a adesão e o estado nutricional dos indivíduos.

Os achados desta revisão demonstraram que trazer o paciente para o centro do tratamento é urgente. Os pacientes relataram sentir medo, tristeza, choque e pesar ao se referirem à comida, relataram perda do prazer em comer, dificuldades no convívio com a família, se sentiram privados do convívio social como ir a restaurantes e viagens e, por último, demonstraram estar dispostos a correr o risco da não adesão ao tratamento.

A longa jornada de reabilitação na disfagia orofaríngea e o processo de reajuste psicossocial causam um sofrimento de natureza longa e incerta e demonstram a necessidade e a importância de uma rede de apoio para o paciente que precisa lidar a longo prazo com a disfagia e as adaptações alimentares. Comer envolve muito mais que a questão biológica, e esta função está intimamente relacionada ao contexto cultural e social, desta forma, a privação do comer na forma a qual conhecemos pode trazer impacto na qualidade de vida de forma bastante ampla, podendo resultar em isolamento social, depressão, problemas de relacionamento com a família, assim como foi encontrado nesta revisão. Portanto, as preocupações em relação às modificações das dietas devem ir além dos seus benéficos efeitos para a segurança da deglutição, da padronização e da questão nutricional, detalhes como o ambiente onde este indivíduo faz as refeições, a companhia deste indivíduo durante as refeições, a preparação desta refeição, o quanto restaurantes e hotéis estão preparados para receber esta população podem ser

tão importantes quanto e auxiliar na reabilitação e aderência ao tratamento (HIGGS et al., 2016; NUND et al., 2014).

Este estudo é de grande contribuição para futuras reflexões da equipe interdisciplinar no manejo do indivíduo disfágico, possibilitando que a utilização desta estratégia compensatória de modificar a consistência dos alimentos possa ser incluída nos programas de reabilitação desta população com uma ampliação nas atitudes práticas que possam potencializar inclusive a aderência dos pacientes ao tratamento. Além disto, e embora este estudo tenha limitações acerca da análise unilateral dos artigos selecionados, a força metodológica de sua pergunta de pesquisa e estratégia de busca certamente contribuirão para decisões futuras por parte dos profissionais.

7. CONCLUSÃO

Nos indivíduos adultos com disfagia orofaríngea deste estudo a modificação de consistência da dieta ocasionou impacto negativo em distintos aspectos biopsicossociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECK, Anne Marie et al. Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia—An updated clinical guideline. **Clinical Nutrition**, v. 37, n. 6, p. 1980-1991, 2018.
- BURGER, Carina et al. Texture modified diet in German nursing homes: Availability, best practices and association with nursing home characteristics. **BMC geriatrics**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2019.
- CHIANG, Ching-Kuei; HWU, Yueh-Juen. Feeding experiences of nursing aides for residents with dysphagia. **Geriatric Nursing**, v. 39, n. 4, p. 436-442, 2018.
- CICHERO, Julie AY et al. Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: the IDDSI framework. **Dysphagia**, v. 32, n. 2, p. 293-314, 2017.
- CHECKLIN, Martin; PIZZARI, Tania. Impaired tongue function as an indicator of laryngeal aspiration in adults with acquired oropharyngeal dysphagia: a systematic review. **Dysphagia**, v. 33, n. 6, p. 778-788, 2018.
- COLODNY, Nancy. Dysphagic independent feeders' justifications for noncompliance with recommendations by a speech-language pathologist. 2005.
- CRUWYS, Tegan; BEVELANDER, Kirsten E.; HERMANS, Roel CJ. Social modeling of eating: A review of when and why social influence affects food intake and choice. **Appetite**, v. 86, p. 3-18, 2015.

D'AMICO, Emanuele et al. Management of dysphagia in multiple sclerosis: current best practice. **Expert Review of Gastroenterology & Hepatology**, v. 13, n. 1, p. 47-54, 2019.

DE O S SCHMIDT, H.; KOMEROSKI, MR.; STEEMBURGO, T.; DE OLIVEIRA, VR. Influence of thickening agents on rheological properties and sensory attributes of dysphagic diet. **Journal of texture studies**, v.51, p. 587-602, 2021.

DE VILLIERS, Marilize et al. The impact of modification techniques on the rheological properties of dysphagia foods and liquids. **Journal of texture studies**, v. 51, n. 1, p. 154-168, 2020.

FARRI, A.; ACCORNERO, A.; BURDESE, C., Social Importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. **ACTA otorhinolaryngologica italica: organo ufficiale della società italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale**, v. 27, n.2, p. 83, 2007.

EMILIEN, Christine; HOLLIS, James H. A brief review of salient factors influencing adult eating behaviour. *Nutrition Society Reviews*, v.30, n.2, p. 233 – 246, 2017.

EKBERG, Olle et al. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. **Dysphagia**, v. 17, n. 2, p. 139, 2002.

GALLEGOS, Crispulo et al. Rheological issues on oropharyngeal dysphagia. **Dysphagia**, p. 1-28, 2021.

GONZÁLEZ-FERNÁNDEZ, Marlís; DANIELS, Stephanie K. Dysphagia in stroke and neurologic disease. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics**, v. 19, n. 4, p. 867-888, 2008.

GRECO, Elissa et al. Dysphagia treatment for patients with head and neck cancer undergoing radiation therapy: a meta-analysis review. **International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics**, v. 101, n. 2, p. 421-444, 2018.

GRZYMISŁAWSKA, Małgorzata et al. Do nutritional behaviors depend on biological sex and cultural gender? **Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University**, v. 29, n. 1, p. 165-172, 2020.

HADDE, E. K.; NICHOLSON, T. M.; CICHERO, J. A. Y. Evaluation of thickened fluids used in dysphagia management using extensional rheology. **Dysphagia**, v. 35, p. 242-252, 2020.

HADDE, EK.; PRAKASH, S.; CHEN, W.; CHEN, J. Instrumental texture assessment of IDDSI texture levels for dysphagia management. Part 2: Texture modified foods. **Journal of texture studies**. V.53, n.5, p.617-628, 2022.

HANSON, Ben. A review of diet standardization and bolus rheology in the management of dysphagia. **Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery**, v. 24, n. 3, p. 183-190, 2016.

HELLIESEN, J.S.; KRISTIANSEN, I.; BREKKE, H.K.; STROKKET, R.S.; BYE, A. Nutrition impact symptoms and the risk of malnutrition in people with Parkinson's disease: A cross-sectional study. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 36, p. 40-50, 2023.

HIGGS, S.; THOMAS, J. Social influences on eating. **Behavioral Sciences**, v.9, p.1-6, 2016.

HILL, C. et al. Assessing adherence and exploring barriers to provision of prescribed texture modifications for dysphagia in a residential aged care facility in rural Australia. **International Journal of Speech-Language Pathology**, v. 24, n. 1, p. 67-76, 2022.

ICHT, M.; BERGERZON-BITTON, O.; KACHAL, J.; GOLDSMITH, R.; HERZBERG, O.; ENDEVELT, R. Texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia: Israeli standardised terminology and definitions **Journal of human nutrition and dietetics: the official jornal of the British dietetic Association**, v.31, n.6, p.742-746, 2018.

IGARASHI, Kumi; KIKUTANI, Takeshi; TAMURA, Fumiyo. Survey of suspected dysphagia prevalence in home-dwelling older people using the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10). **PLo One**, v. 14, n. 1, p. e0211040, 2019.

KAMAL, Sakinah et al. A Review of Food Texture Modification among Individuals with Cerebral Palsy: The Challenges among Cerebral Palsy Families. **Nutrients**, v. 14, n. 24, p. 5241, 2022.

KO, Dahyeon et al. Dietary Habits, Food Product Selection Attributes, Nutritional Status, and Depression in Middle-Aged and Older Adults with Dysphagia. **Nutrients**, v. 14, n. 19, p. 4045, 2022.

KREKELER, Brittany N. et al. Patient adherence to dysphagia recommendations: a systematic review. **Dysphagia**, v. 33, p. 173-184, 2018.

LARSEN, Danaé S. et al. Increased textural complexity in food enhances satiation. **Appetite**, v. 105, p. 189-194, 2016.

LISIECKA, D.; KELLY, H.; JACKSON, J., How people with motor neurone disease experience dysphagia? A qualitative investigation of personal experiences. **Disability and rehabilitation**, v. 43, n. 4, p. 479 – 488, 2021.

MATSUO, K.; FUJISHIMA, I. Textural Changes by Mastication and Proper Food Texture for Patients with Oropharyngeal Dysphagia. **Nutrients**, v.12, n.6, p.1613, 2020.

MOLONEY, Jennifer; WALSH, Margaret. Managing and supporting quality-of-life issues in dysphagia: A survey of clinical practice patterns and perspectives in the UK, Ireland and South Africa. **International journal of language & communication disorders**, v. 54, n. 1, p. 41-49, 2019.

MCCURTIN, A.; HEALY, C.; KELLY, L.; MURPHY, F.; RYAN, J.; WALSH, J., Plugging the patient evidence gap: what patients with swallowing disorders post-stroke say about thickened liquids. **International Journal of language & communication disorders**, v. 53, n.1, p. 30-39, 2018.

NAMASIVAYAM, Ashwini M.; STEELE, Catriona M. Malnutrition and dysphagia in long-term care: a systematic review. **Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics**, v. 34, n. 1, p. 1-21, 2015.

NISHIDA, Takahiro; YAMABE, Kazumi; HONDA, Sumihisa. The influence of dysphagia on nutritional and frailty status among community-dwelling older adults. **Nutrients**, v. 13, n. 2, p. 512, 2021.

NUND, Rebecca L. et al. The lived experience of dysphagia following non-surgical treatment for head and neck cancer. **International journal of speech-language pathology**, v. 16, n. 3, p. 282-289, 2014.

PATTERSON, J.M.; MCCOLL, E.; WILSON, J.; CARDING, P.; RAPLEY, T., Head and neck cancer patients' perceptions of swallowing following chemoradiotherapy, **Supportive care in cancer: official journal of the multinational association of supportive care in cancer**, v. 23, n. 12, p. 3531, 2015.

PEMATILLEKE, N.; KAUR, M.; ADHIKARI, B.; TORLEY, PJ. Meat texture modification for dysphagia management and application of hydrocolloids: A review. **Critical reviews in food Science and nutrition**, p. 1-16, 2022.

PRICE, K.; ISBISTER, G.; LONG,S.; MIRAMS, J.; SMITHARD, D.; Are Bubbles the future of dysphagia rehabilitation: A systematic review analysing evidence on the use of carbonated liquids in dysphagia rehabilitation. **Geriatrics**, v. 1, n.1, p. 6, 2023.

RODD, Bradley G.; TAS, A. A.; TAYLOR, K. D. A. Dysphagia, texture modification, the elderly and micronutrient deficiency: a review. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 62, n. 26, p. 7354-7369, 2022.

RODRÍGUEZ-REJÓN, Ana Isabel et al. Menus offered in long-term care homes: quality of meal service and nutritional analysis. **Nutrición Hospitalaria**, v. 34, n. 3, p. 584-592, 2017.

SESHADRI, S.; SELLERS, C.R.; KEARNEY, M.H., Balancing eating with breathing: Community-dwelling older adults' experiences of dysphagia and texture-modified diets. **Gerontologist**, v. 58, n.4, p. 749-758, 2018.

SURA, Livia et al. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. **Clinical interventions in aging**, p. 287-298, 2012. **One**, v. 14, n. 1, p. e0211040, 2012.

SHEN, Wan et al. A humanities-based explanation for the effects of emotional eating and perceived stress on food choice motives during the COVID-19 pandemic. **Nutrients**, v. 12, n. 9, p. 2712, 2012.

SHIMIZU, A.; FUJISHIMA, I.; MAEDA, K.; MUROTANI, K.; KAYASHITA, J.; OHNO, T.; NOMOTO, A.; UESHIMA, J.; ISHIDA, Y.; INOUE, T.; MORI, N. Texture-Modified Diets are Associated with Poor Appetite in Older Adults who are Admitted to a Post-Acute Rehabilitation Hospital. **Journal of the american medical directors association**, v.22, n.9, p. 1960-1965, 2021.

STEELE, Catriona M. et al. The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. **Dysphagia**, v. 30, p. 2-26, 2015.

SWAN, Katina et al. Living with oropharyngeal dysphagia: effects of bolus modification on health-related quality of life—a systematic review. **Quality of Life Research**, v. 24, p. 2447-2456, 2015.

TARLARINI, Claudia et al. Taste changes in amyotrophic lateral sclerosis and effects on quality of life. **Neurological Sciences**, v. 40, n. 2, p. 399-404, 2019.

TIBBLING, Lita; GUSTAFSSON, Barbro. Dysphagia and its consequences in the elderly. **Dysphagia**, v. 6, p. 200-202, 1991.

TRČEK KAVČIČ, Marjeta; OGRIN, Maja; VIDMAR, Gaj. Suitability of food in a rehabilitation hospital for patients with neurologic dysphagia. **International Journal of Rehabilitation Research**, v. 43, n. 3, p. 276-279, 2020.

TRICCO, Andrea C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

UMEMOTO, George; FURUYA, Hirokazu. Management of dysphagia in patients with Parkinson's disease and related disorders. **Internal Medicine**, v. 59, n. 1, p. 7-14, 2020.

VAN DEN BERG, M.G.; RUTTEN, H.; RASMUSSEN-CONRAD, E.L.; KNUIJT, S., TAKES, R.P., VAN HERPEN, C.M; WANTEN, G.J.; KAANDERS, J.H., MERKX, M.A.; Nutritional status, food intake, and dysphagia in long-term survivors with head and neck cancer treated with chemoradiotherapy: a cross-sectional study. **New York Head and neck Society**, v. 36, n. 1, p. 60, 2014.

YI, You Gyoung et al. Dysphagia-related quality of life in adults with cerebral palsy on full oral diet without enteral nutrition. **Dysphagia**, v. 34, n. 2, p. 201-209, 2019.

WANG, X.; ZHANG, M., MUJUMDAR, A.S.; LI, J.; Easy-to-swallow mooncake using 3D printing: Effect of oil and Hydrocolloid addition. **Food Research International Canada**, v. 164, n. 1, p. 124, 2023.

Wu, X.S.; Miles, A.; Braakhuis, A.J. Texture-Modified Diets, Nutritional Status and Mealtime Satisfaction: A Systematic Review. **Healthcare**, v.9, n.6, p.624, 2021.

ZUIN, L. F. S. et al. Food is culture-historical and cultural aspects involving food and the act of feeding. **Nutrire-Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, v. 34, n. 1, p. 225-241, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Database	Estratégia de Busca
PUBMED (13/09/2021)	(“Deglutition Disorders”[Mesh:NoExp] OR “deglutition disorders”[All Fields] OR “oropharyngeal dysphagia”[All Fields] OR (“deglutition”[MeSH Terms] OR “deglutition”[All Fields] OR “dysphagia”[All Fields] OR “swallowing disorders”[All Fields] OR “swallowing disorder”[All Fields] OR “swallowing”[All Fields])) AND (((“food”[MeSH Terms] OR “food”[All Fields] OR “food texture”[All Fields]) AND (intake[All Fields] OR consistency[All Fields] OR food preparation[All Fields] OR thickener[All Fields] OR thickeners[All Fields])) OR “viscosity”[MeSH Terms] OR “viscosity”[All Fields] OR “texture”[All Fields] OR “dysphagia diet”[All Fields] OR “pureed texture”[All Fields] OR “pureed diet”[All Fields] OR “pureed food”[All Fields] OR “TMD”[All Fields] OR “pureed”[All Fields] OR “diet therapy”[MeSH Terms] OR “liquid consistency”[All Fields] OR “dietary services”[MeSH Terms] OR mashed[all fields] OR “texture modification”[all fields] OR “texture modification food”[all fields] OR “modified texture”[all fields]) AND (“Quality of Life”[Mesh] OR “Quality of Life”[all fields] OR “noncompliance”[all fields] OR “depression”[all fields] OR “autoperception”[all fields]

	OR “social isolation”[all fields] OR “isolation”[all fields] OR “shared decision making”[all fields] OR “perception”[MeSH Terms] OR “food preferences”[MeSH Terms] OR “eating experience” [all fields] OR “eating behavior” [all fields] OR “culture” [all fields] OR “anxiety” [all fields] OR “dissatisfaction” [all fields] OR “eating habits” [all fields] OR “psychosocial effects”[all fields] OR “nutrition status”[all fields] OR “health related quality of life”[all fields] OR HRQL[All Fields] OR HRQoL[All Fields] OR QoL[all fields])
PSYCINFO (14/09/2021)	‘swallowing’/exp OR ‘oropharyngeal swallow’ OR ‘deglutition’ OR ‘dysphagia’ OR ‘swallow function’ OR ‘deglutition disorder’ AND ‘food texture’ OR ‘food’ AND ‘food intake’ OR ‘food preparation’ OR ‘thickener’ OR ‘thickeners’ OR ‘viscosity’ OR ‘dysphagia diet’ OR ‘pureed texture’ OR ‘pureed diet’ OR ‘pureed food’ OR ‘pureed’ OR ‘diet therapy’ OR ‘liquid consistency’ OR ‘dietary services’ OR ‘mashed’ OR ‘texture modification’ OR ‘texture modification food’ OR ‘modified texture’ AND ‘texture perception’ OR ‘Quality of Life’ OR ‘noncompliance’ OR ‘depression’ OR ‘autoperception’ OR ‘social isolation’ OR ‘isolation’ OR ‘decision making’ OR ‘perception’ OR ‘food preferences’ OR ‘eating experience’ OR ‘eating behavior’ OR ‘culture’ OR ‘anxiety’ OR

‘dissatisfaction’ OR ‘eating habits’ OR ‘psychosocial effects’ OR ‘nutrition status’ OR ‘health related quality of life’ OR ‘HRQL’ OR ‘HRQoL’ OR ‘QoL’

COCHRANE
(14/09/2021)

Deglutition Disorders OR (oropharyngeal dysphagia) OR (Disorders, Deglutition) OR deglutition OR (dysphagia) OR (Dysphagia, Oropharyngeal) OR (swallowing disorders) OR (swallowing disorder) OR (swallowing) AND food OR (food texture) AND viscosity OR (intake) OR (food intake) OR (consistency) OR (food preparation) OR (thickener) OR (thickeners) OR (texture) OR (dysphagia diet) OR (pureed texture) OR (pureed diet) OR (pureed food) OR (TMD) OR (pureed) OR diet therapy OR (liquid consistency) OR dietary services OR (mashed) OR (texture modification) OR (texture modification food) OR (modified texture) AND Quality of Life OR (noncompliance) OR (depression) OR (autoperception) OR (social isolation) OR (isolation) OR (shared decision making) OR perception OR food preferences OR (eating experience) OR (eating behavior) OR (culture) OR (anxiety) OR (dissatisfaction) OR (eating habits) OR (psychosocial effects) OR (nutrition status) OR (health related quality of life) OR (HRQL) OR (HRQoL) OR QoL
