

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA
EM SAÚDE – PPGITS

CLARA SANDES DAMASCENO

PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO PARA
DISFAGIA

Aracaju/SE

2026

CLARA SANDES DAMASCENO

**PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO PARA
DISFAGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação Tecnológica em Saúde, da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como requisito à obtenção do título de Mestre em Gestão e Inovação Tecnológica em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Silvia de Magalhães Simões

Coorientadora: Prof. Dra. Brenda Carla Lima Araújo

Aracaju/SE

2026

*“(..) a fim de que saibam à evidência,
e pela observação compreendam,
que foi a mão do Senhor que fez essas coisas,
e o Santo de Israel quem as realizou.”*

(Isaías 41:20)

AGRADECIMENTOS

Toda Honra e Glória ao Senhor meu Deus que preparou o caminho para que eu chegasse até aqui. Por muitas vezes roguei: “*Dá-me ombros fortes, Senhor*”; hoje compreendo que o caminho de pedras que atravessei foi, na verdade, o direcionamento de que eu precisava. Creio que Deus não escolhe os capacitados, mas capacita os escolhidos. Sou profundamente grata por Seu cuidado constante, por ter preparado cada passo e por ter colocado as pessoas certas em minha vida ao longo dessa caminhada.

À minha família, minha mãe Marleide, minha irmã Cecília, nosso amor *pet* Luke, minha gratidão eterna. O acolhimento, o apoio incondicional e a confiança que sempre depositaram em mim foram fundamentais para que eu não desistisse. Vocês são as pessoas que mais acreditam em mim, e desejo, de coração, ser para vocês, ao menos, uma parte do que representam para mim.

Às minhas orientadoras, Prof.^a Silvia, Prof.^a Brenda agradeço pela confiança desde o início, pelo incentivo constante e pela condução segura ao longo do processo de construção desta dissertação. Do mesmo modo, minha eterna preceptora, Fga. Ms. Patricia Sales, minha gratidão pelos conhecimentos compartilhados, direcionamentos precisos e pelo apoio desde quando este trabalho ainda era apenas um projeto submetido ao processo seletivo do PPGITS.

Aos meus poucos, porém verdadeiros amigos, agradeço por caminharem ao meu lado, por presenciarem de perto os desafios dessa trajetória e por serem fonte de carinho, escuta e acolhimento nos momentos em que mais precisei.

Ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação Tecnológica em Saúde (PPGITS) e à Universidade Federal de Sergipe (UFS), agradeço pela oportunidade de crescimento acadêmico, pela estrutura oferecida e pelo compromisso com a formação científica de qualidade.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE – BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Damasceno, Clara Sandes

D155p

Proposta de instrumento de avaliação da alimentação para disfagia / Clara Sandes Damasceno ; orientadora: Silvia de Magalhães Simões. – Aracaju, 2026.

70 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Inovação Tecnológica em Saúde, Universidade Federal de Sergipe), 2026.

1. Saúde pública. 2. Transtornos de Deglutição. 3. Disfagia. 4. Avaliação de Processos e Resultados na Área da Saúde. 5. Comportamento Alimentar. I. Santos, Márcio Bezerra. (orient.) II. Título.

CDU 616.32-008.1

CLARA SANDES DAMASCENO

**PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO PARA
DISFAGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação Tecnológica em Saúde, da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como requisito à obtenção do título de Mestre em Gestão e Inovação Tecnológica em Saúde.

Aprovada em: 19/01/2026



Documento assinado digitalmente

SILVIA DE MAGALHAES SIMOES

Data: 02/07/2026 12:03:38-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientadora: Prof.^a. Dra. Silvia de Magalhães Simões

Documento assinado digitalmente



BRENDA CARLA LIMA ARAUJO

Data: 02/07/2026 11:54:11-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Coorientadora e Presidente da Banca Examinadora: Prof.^a. Dra. Brenda Carla Lima Araújo

1º Examinador: Prof. Dr. Marcus Valerius da Silva Peixoto

Documento assinado digitalmente



DANIELLE RAMOS DOMENIS

Data: 03/07/2026 16:29:01-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

2ª Examinadora: Prof.^a Dra. Danielle Ramos Domenis

PARECER

“Encerrada a apresentação, a candidata retirou-se da sala, para avaliação da banca examinadora. Após discussão, a banca decidiu considerar a candidata APROVADA. Foram atendidas as exigências da Resolução 04/2021/CONEPE que regula a apresentação e defesa do Trabalho Final na UFS.”

RESUMO

Introdução: A alimentação é uma atividade funcional complexa que envolve componentes motores, sensoriais, cognitivos, comportamentais e contextuais, sendo a deglutição apenas um de seus elementos. Na prática clínica da disfagia, a avaliação fonoaudiológica permanece majoritariamente centrada na segurança e na eficiência do ato de deglutir, com limitada sistematização dos demais aspectos que interferem no desempenho alimentar ao longo da refeição. **Objetivo:** Propor um instrumento estruturado para a avaliação funcional da alimentação em pacientes adultos em processo de diagnóstico de disfagia. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em duas etapas. Na primeira etapa, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com buscas nas bases *PubMed*, *Scopus*, *Web of Science*, *Embase* e literatura cinzenta, incluindo estudos observacionais e metodológicos que abordassem instrumentos de avaliação da alimentação em adultos com disfagia. Na segunda etapa, procedeu-se à análise comparativa dos instrumentos identificados, busca na literatura e sistematização dos critérios avaliativos e desenvolvimento do protótipo do instrumento proposto. **Resultados:** A revisão integrativa resultou na inclusão de quatro instrumentos clínicos validados: *Minimal Eating Observation Form* (MEOF), *Dysphagia Disorder Survey* (DDS), *Kuchi-Kara Taberu Index* (KT Index) e *Dysphagia Assessment Package* (DAP). A análise comparativa evidenciou que, embora esses instrumentos contemplem domínios relevantes do processo alimentar, os critérios encontram-se distribuídos de forma fragmentada e heterogênea, sem integração operacional voltada à observação funcional da alimentação durante a refeição. A partir dessas evidências e estudos complementares, foi desenvolvido o protótipo do Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono), estruturado como uma ferramenta abrangendo critérios relacionados à condição funcional geral, segurança respiratória, postura, manejo dietético, manuseio de utensílios, autonomia, comportamento alimentar e ingestão alimentar. **Conclusão:** O protótipo IAAD-Fono constitui uma proposta alinhada às lacunas identificadas na literatura, ao organizar de forma sistematizada os principais domínios envolvidos na avaliação funcional da alimentação em pacientes em processo de diagnóstico de disfagia. O instrumento apresenta potencial para ampliar a avaliação fonoaudiológica da alimentação enquanto atividade funcional contínua e subsidiar a tomada de decisão terapêutica. Estudos futuros deverão contemplar a validação de conteúdo, a confiabilidade e a aplicabilidade clínica do instrumento.

Palavras-chave: Transtornos de Deglutição; Disfagia; Avaliação de Resultados e Processos em Saúde; Comportamento Alimentar.

ABSTRACT

Introduction: Feeding is a complex functional activity involving motor, sensory, cognitive, behavioral, and contextual components, with swallowing representing only one of its elements. In clinical dysphagia practice, speech-language pathology assessment remains predominantly focused on the safety and efficiency of swallowing, with limited systematization of the other aspects that influence feeding performance throughout the meal. **Objective:** To propose a structured instrument for the functional assessment of feeding in adult patients at risk of dysphagia. **Methods:** This is a methodological study developed in two stages. In the first stage, an integrative literature review was conducted through searches in the PubMed, Scopus, Web of Science, Embase, and gray literature databases, including observational and methodological studies addressing feeding assessment instruments for adults with dysphagia. In the second stage, the identified instruments were comparatively analyzed, followed by a literature search, systematization of the assessment criteria, and development of the prototype of the proposed instrument. **Results:** The integrative review resulted in the inclusion of four validated clinical instruments: Minimal Eating Observation Form (MEOF), Dysphagia Disorder Survey (DDS), Kuchi-Kara Taberu Index (KT Index), and Dysphagia Assessment Package (DAP). The comparative analysis showed that, although these instruments encompass relevant domains of the feeding process, their assessment criteria are distributed in a fragmented and heterogeneous manner, without operational integration aimed at the functional observation of feeding during the meal. Based on this evidence and complementary studies, the prototype of the Feeding Assessment Instrument for Dysphagia (IAAD-Fono) was developed as a comprehensive tool encompassing criteria related to overall functional status, respiratory safety, posture, dietary management, utensil handling, autonomy, feeding behavior, and food intake. **Conclusion:** The IAAD-Fono prototype represents a proposal aligned with the gaps identified in the literature by systematically organizing the main domains involved in the functional assessment of feeding in patients undergoing the diagnostic process for dysphagia. The instrument has the potential to broaden the speech-language pathology assessment of feeding as a continuous functional activity and to support therapeutic decision-making. Future studies should include content validation, reliability, and clinical applicability of the instrument.

Keywords: Deglutition Disorders; Dysphagia; Outcome and Process Assessment, Health Care; Feeding Behavior.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados descritivos do registro encontrado.....	23
Tabela 2. Descrição da formulação de pesquisa.....	26
Tabela 3. Dados descritivos dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	30
Tabela 4. Critérios avaliativos correlacionados das ferramentas MEOF, DDS, KT Index e DAP.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estratégias de busca.....	27
Quadro 2. Dados descritivos das ferramentas apontadas pelos estudos.....	34
Quadro 3. Protótipo “Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono)”	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do processo de busca dos estudos nas bases de dados (PAGE <i>et al.</i> , 2022).....	29
Figura 2. Fluxograma do processo de aplicabilidade do protótipo IAAD-Fono.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASHA NOMS – *American Speech-Language-Hearing Association National Outcome Measurement System*

AVE – Acidente Vascular Encefálico

AVD – Atividades de Vida Diária

CFFA – Conselho Federal de Fonoaudiologia

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DAP – *Dysphagia Assessment Package*

DDS – *Dysphagia Disorder Survey*

DOSS – *Dysphagia Outcome and Severity Scale*

EAT-10 – *Eating Assessment Tool – 10*

FOIS – *Functional Oral Intake Scale*

IAAD-Fono – Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia

IMC - Índice de Massa Corporal

KT Index – *Kuchi-Kara Taberu Index*

MEOF – *Minimal Eating Observation Form*

MIF – Medida de Independência Funcional

MeSH – *Medical Subject Headings*

OMPI – Organização Mundial da Propriedade Intelectual

OMS – Organização Mundial da Saúde

PARD – Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia

PCT – *Patent Cooperation Treaty*

PNPS – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RaDID-QC – *Questionário de Rastreamento de Disfagia Aplicado ao Cuidador*

ROGS – *Rosenbek Oral and Pharyngeal Dysphagia Severity Scale*

SBFA – Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

SWAL-QOL – *Quality of Life in Swallowing Disorders*

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

VED – Videoendoscopia da Deglutição

VFD – Videofluoroscopia da Deglutição

V-VST – *Volume-Viscosity Swallow Test*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
REVISÃO DE LITERATURA	18
Alimentação e deglutição.....	18
Distúrbio da deglutição	19
Métodos de avaliação da disfagia	20
Atuação interprofissional na avaliação da alimentação e deglutição.....	22
Métodos de avaliação da alimentação.....	23
Prospecção tecnológica.....	24
Justificativa	25
OBJETIVOS	26
Objetivo I	26
Objetivo II.....	26
ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	27
CAPÍTULO I: Avaliação da alimentação em pacientes com disfagia: uma revisão integrativa	28
Objetivo	28
Metodologia	28
Estratégia de busca	29
Seleção dos estudos.....	30
Resultados	31
Busca e seleção dos estudos	31
Características dos estudos incluídos	32
Discussão	40
Conclusão.....	43
CAPÍTULO II: Proposta de instrumento de avaliação da alimentação para pacientes com disfagia.....	44
Objetivo	44
Metodologia	44
Resultados	46
Conclusão.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	64

INTRODUÇÃO

A nutrição e a hidratação constituem pilares essenciais da saúde humana, sendo sustentadas pelo ato de se alimentar. Tal ato, longe de representar apenas o transporte mecânico de alimentos, envolve uma complexa interação de fatores sensoriais, motores, cognitivos, sociais e ambientais que moldam a experiência alimentar como um todo (TURRINI *et al.*, 2022; PALAZZO, 2023). Entre esses elementos, a deglutição destaca-se como o mecanismo fisiológico responsável por garantir a passagem segura do bolo alimentar até o estômago. Embora intimamente relacionada à alimentação, a deglutição representa apenas uma parte do processo, que é muito mais amplo e multifacetado. Reconhecer essa distinção é fundamental para compreender que avaliar a alimentação em sua plenitude exige uma abordagem além da análise da fisiologia da deglutição (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2022; BAYNE; SHUNE, 2022).

O comprometimento desse mecanismo fisiológico, clinicamente denominado disfagia, é uma condição secundária de elevada prevalência, atingindo até 60% de idosos institucionalizados e populações pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou com demências (SANTOS *et al.*, 2025; MONTI *et al.*, 2025). Para além do risco de aspiração, a disfagia associa-se a desnutrição, desidratação e aumento da morbidade, gerando um impacto econômico substancial que pode elevar os custos hospitalares em até 60% por paciente (ALLEN *et al.*, 2020; THONG *et al.*, 2025). Esse cenário reforça a relevância epidemiológica da condição e torna indispensáveis estratégias avaliativas e terapêuticas de elevada precisão para amenizar o declínio da qualidade de vida e aprimorar os sistemas de saúde (CORDIER *et al.*, 2023; DUNCAN *et al.*, 2025).

Evidências científicas demonstram que, quando a disfagia está presente, o comprometimento frequentemente extrapola a deglutição e afeta de forma significativa a alimentação enquanto atividade funcional contínua. Uma revisão sistemática com meta-análises conduzida por Speyer *et al.* (2019) identificou elevada prevalência de alterações associadas à alimentação em indivíduos com paralisia cerebral, com estimativas agrupadas de 44,0% para sialorreia, 50,4% para problemas de deglutição e 53,5% para dificuldades de alimentação, evidenciando o impacto funcional dessas alterações ao longo da refeição. De forma semelhante, a revisão sistemática realizada por Sherman *et al.* (2018), envolvendo crianças com acidente vascular cerebral e paralisia cerebral unilateral, revelou ampla variação na frequência da disfagia, entre 24,2% e 88,6%, bem como a coexistência frequente de alterações de alimentação

e deglutição, frequentemente avaliadas por métodos heterogêneos e pouco padronizados. Esses achados reforçam que a alimentação, enquanto atividade funcional complexa, é frequentemente comprometida em indivíduos com disfagia, evidenciando a magnitude do problema e a necessidade de abordagens avaliativas que considerem seus múltiplos domínios.

Do mesmo modo, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), oferece um referencial teórico que amplia a compreensão dos impactos da disfagia ao integrar funções e estruturas do corpo, atividades, participação e fatores contextuais. Diferentemente de modelos centrados exclusivamente no diagnóstico ou na fisiopatologia, a CIF permite compreender a alimentação como uma atividade funcional complexa, influenciada por aspectos motores, sensoriais, cognitivos, comportamentais e ambientais, bem como por barreiras e facilitadores do contexto. Sob essa perspectiva, a avaliação da alimentação em indivíduos com disfagia deve ultrapassar a análise isolada da deglutição e contemplar o desempenho do paciente durante a refeição, sua autonomia, tolerância, segurança e participação, alinhando-se a uma abordagem centrada no indivíduo e orientada para a funcionalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Nesse contexto, o fonoaudiólogo desempenha um papel central no manejo clínico da disfagia, utilizando instrumentos amplamente validados para a avaliação da segurança e da eficiência da deglutição. Ferramentas como *Eating Assessment Tool-10* - EAT-10 (GONÇALVES *et al.*, 2013), *Dysphagia Outcome and Severity Scale* - DOSS (O'NEIL *et al.*, 1999) e *Functional Oral Intake Scale* - FOIS (SILVA *et al.*, 2010) tornaram-se indispensáveis para a caracterização da gravidade dos quadros e para a definição da consistência alimentar mais adequada. Apesar de sua relevância clínica, tais instrumentos apresentam limitações importantes, uma vez que se concentram predominantemente no componente fisiológico da deglutição, deixando à margem outros fatores determinantes do desempenho alimentar (BAYNE; SHUNE, 2022).

De fato, a avaliação do processo alimentar em sua dimensão funcional, comportamental e contextual permanece fragmentada na prática clínica. Embora escalas de Atividades de Vida Diária (AVD), como a Medida de Independência Funcional - MIF (RIBERTO *et al.*, 2004) e a Escala de Barthel (MINOSSO *et al.*, 2010), sejam frequentemente utilizadas, estas fornecem apenas uma visão parcial do desempenho alimentar, restringindo-se à análise da autonomia e ignorando aspectos como qualidade da ingestão, esforço envolvido, estratégias compensatórias ou comportamento alimentar (PASSOS *et al.*, 2017). Do mesmo modo, instrumentos como o

Quality of Life Swallowing Disorders - SWAL-QOL (PORTAS, 2009) contribuem para a compreensão do impacto subjetivo da disfagia, mas não oferecem dados objetivos suficientes para subsidiar decisões clínicas.

A inexistência de um instrumento que articule fatores fisiológicos, funcionais, ambientais e comportamentais pode comprometer a capacidade do fonoaudiólogo de elaborar planos terapêuticos adequadamente fundamentados, além de dificultar a comunicação interprofissional e a implementação de uma abordagem centrada no paciente (RAMA *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2021). Assim, torna-se notória a necessidade de desenvolver uma ferramenta abrangente, capaz de avaliar não apenas a eficiência biomecânica da deglutição, mas toda a experiência alimentar.

Um fator importante para o presente estudo, é o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria MS nº 529/2013, que orienta a adoção de práticas assistenciais seguras e padronizadas. O PNSP enfatiza que processos críticos, como a alimentação de pacientes disfágicos, devem ser sistematizados para reduzir a ocorrência de eventos adversos, especialmente aspiração e instabilidade clínica. Assim, o uso de instrumentos estruturados de avaliação da alimentação contribui para a identificação precoce de riscos e para a tomada de decisão mais segura e alinhada às recomendações de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Dessa forma, a convergência entre a necessidade de uma avaliação fonoaudiológica multidimensional e as exigências de segurança do paciente estabelece um novo paradigma para o manejo da disfagia. A sistematização de instrumentos que contemplem a alimentação em sua totalidade, para além da biomecânica, apresenta-se não apenas como um avanço técnico, mas como uma evolução ética e clínica para a promoção de uma assistência segura, centrada no indivíduo e com o intuito de diminuir os riscos inerentes aos distúrbios da deglutição.

REVISÃO DE LITERATURA

Alimentação e deglutição

A alimentação é um processo complexo que envolve percepção, seleção, preparação e ingestão de alimentos e líquidos, com o objetivo de atender às necessidades nutricionais, energéticas e fisiológicas do organismo. Esse processo inicia-se antes mesmo do contato físico com o alimento, através do reconhecimento visual, olfativo e tátil, que permite ao indivíduo avaliar aparência, aroma e textura, preparando o sistema nervoso para as respostas motoras e sensoriais que serão exigidas durante a ingestão (CHAE; LEE, 2023; ZHU *et al.*, 2025).

O processo alimentar inicia-se com a fase antecipatória, na qual a seleção, a captação e o transporte do alimento até a boca dependem diretamente da integração entre o posicionamento postural e as coordenações motoras grossa e fina. Tais elementos são determinantes para assegurar a independência e a segurança durante a refeição. Ao introduzir o alimento na cavidade oral, estabelece-se uma complexa interação entre a percepção sensorial e a resposta motora: estruturas como língua, lábios e músculos mastigatórios atuam na preparação do bolo alimentar, avaliando suas propriedades físicas, como volume, consistência e forma, enquanto promovem a salivação e a lubrificação necessárias para uma deglutição eficiente (PARK *et al.*, 2020; PEDRONI, 2023).

Já a deglutição é um processo motor e neurológico complexo responsável pelo transporte seguro de alimentos e líquidos da cavidade oral ao estômago. Para ocorrer de forma eficiente, exige integração entre mecanismos sensório-motores e coordenação neuromuscular precisa, garantindo o fechamento adequado das vias aéreas e prevenindo a entrada de conteúdo na laringe. Trata-se de uma função essencial para a manutenção da nutrição, hidratação, segurança respiratória e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos indivíduos (OLIVEIRA *et al.*, 2023; SILVA *et al.*, 2025).

Tradicionalmente, o processo de deglutir é descrito em quatro fases consecutivas. A fase preparatória oral compreende identificação, apreensão e manipulação inicial do alimento na cavidade oral. Em seguida, a fase oral envolve a preparação e a propulsão voluntária do bolo alimentar em direção à faringe, por meio da coordenação entre lábios, língua, mandíbula e músculos mastigatórios. A fase faríngea inclui o fechamento das vias aéreas, a elevação laríngea e a contração faríngea, que promovem o transporte seguro do bolo. Por fim, a fase esofágica

refere-se ao deslocamento do bolo em direção ao estômago mediante ondas peristálticas e funcionamento adequado dos esfíncteres esofágicos superior e inferior (GASPARIM EL GHARIB; DANTAS, 2021).

Dessa forma, alimentação e deglutição são conceitos distintos, porém complementares: a alimentação abrange a experiência completa de nutrição, ingestão e participação social, enquanto a deglutição assegura que o alimento seja conduzido de maneira eficiente e segura. A compreensão da alimentação como um processo mais amplo que a deglutição justifica a necessidade de um instrumento que avalie não apenas o ato de deglutir, mas a experiência alimentar completa, incluindo fatores ambientais e comportamentais (MIRANDA, 2021; VICENTE, 2025).

Distúrbio da deglutição

Como citado anteriormente, a deglutição pode ser dividida em fases, e alterações em qualquer uma delas podem comprometer a segurança respiratória ou a eficiência do transporte do bolo alimentar, caracterizando a disfagia. Essa condição, secundária a uma alteração clínica prévia, pode ser classificada de forma ampla em disfagia neurogênica e disfagia mecânica (ou estrutural), conforme sua etiologia predominante. A disfagia neurogênica resulta de comprometimentos do sistema nervoso central ou periférico que afetam o controle sensório-motor da deglutição, sendo comum em condições como Acidente Vascular Encefálico, demências, Doença de Parkinson e Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), enquanto a disfagia mecânica decorre de alterações estruturais ou anatômicas, como tumores de cabeça e pescoço, estenoses ou sequelas cirúrgicas, comprometendo principalmente a eficiência do transporte do bolo alimentar (RIVELSRUD *et al.*, 2023).

Alterações na deglutição, podem comprometer a alimentação, exigindo adaptações na consistência, textura e ritmo das refeições para preservar a nutrição, a hidratação e a segurança do indivíduo. É fundamental reconhecer que a disfagia impacta não apenas na segurança fisiológica, mas também na qualidade da alimentação e na participação social do paciente. Estratégias adaptativas, como ajuste da consistência e viscosidade dos alimentos, controle do ritmo de ingestão, posicionamento postural adequado e uso de utensílios específicos, são recomendadas para otimizar a segurança, a eficiência e a autonomia durante a alimentação,

especialmente em indivíduos com alterações neurológicas ou disfunções orofaríngeas (SONG, 2024; CHU; CHAO, 2025)

Nesse contexto, o estudo de Takizawa *et al.* (2016), apresenta uma revisão sistemática sobre a prevalência de disfagia em diferentes condições clínicas, indicando taxas variando entre 8,1–80% em pacientes com Acidente Vascular Encefálico, 11–60% em doença de Parkinson, 91% em idosos com pneumonia adquirida e aproximadamente 30% em indivíduos com lesões cerebrais traumáticas. Os autores destacam que a disfagia está associada a desfechos adversos como complicações respiratórias, desnutrição, desidratação, prolongamento da hospitalização e aumento dos custos em saúde.

Estudos mais recentes, como o de Rajati *et al.* (2022), estimaram a prevalência global da disfagia orofaríngea em torno de 43,8%, com maior incidência no continente africano (64,2%). O estudo também identificou prevalências específicas por volta de: 72,4% em demências; 55,4% em pacientes pós-AVE; 48,1% em idosos; 72,3% em crianças; e 13,4% na população geral. Esses achados demonstram a heterogeneidade da disfagia entre comorbidades e regiões geográficas. Outro estudo, avaliou a prevalência da disfagia em diferentes contextos assistenciais, identificando cerca de 42,5% pacientes em unidades de reabilitação, 36,5% em hospitais e 50,2% em instituições de longa permanência, reforçando a necessidade de protocolos estruturados de triagem e manejo em diversos cenários clínicos (RIVELSRUD *et al.*, 2023).

Métodos de avaliação da disfagia

Considerando a elevada prevalência da disfagia em diferentes populações e contextos assistenciais, bem como suas repercussões clínicas, nutricionais e sociais, a avaliação da biomecânica da deglutição constitui um processo complexo, integrando métodos clínicos e instrumentais com o objetivo de identificar alterações na deglutição, estabelecer diagnóstico funcional, definir prognóstico, nortear a conduta terapêutica e monitorar a evolução clínica (ZICA; GONÇALVES, 2025).

No âmbito clínico, a avaliação realizada pelo fonoaudiólogo contempla anamnese detalhada, inspeção estrutural e análise funcional dos órgãos fonoarticulatórios, observação das fases da deglutição por meio da oferta de diferentes consistências, além da análise postural, do

nível de alerta e das condições respiratórias do paciente. Sinais clínicos indiretos de penetração ou aspiração também são investigados, como tosse, engasgos, voz “molhada”, necessidade de múltiplas deglutições, queda de saturação, esforço respiratório ou alterações vocais após a deglutição (CORDIER *et al.*, 2023).

No Brasil, o Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFA propõe uma cartilha para atuação do fonoaudiólogo na disfagia. A avaliação fonoaudiológica na disfagia pode ser realizada por meio de triagem, avaliação clínica e avaliação instrumental (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2024). Primeiramente, são recomendados dois questionários para aplicação com o paciente: o *Eating Assessment Tool-10* (EAT-10), utilizado como ferramenta de triagem para disfagia e acompanhamento do quadro clínico (GONÇALVES *et al.*, 2013); e o *Quality of Life Swallowing Disorders* - SWAL-QOL, para a funcionalidade e a qualidade de vida para os pacientes com dificuldades de deglutição (PORTAS, 2009).

Como guia para a avaliação clínica, o CFFA propõe o Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD) para avaliação funcional da deglutição, o qual possibilita classificar o grau de disfagia relacionando-o com a conduta terapêutica (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2024; PADOVANI *et al.*, 2007). Dentre as escalas para mensurar o nível de gravidade da disfagia, exemplifica o uso da classificação pela FOIS, a qual auxilia a determinar a necessidade de via alternativa de alimentação e quais as consistências que o paciente pode comer (SILVA *et al.*, 2010).

Além disso, a cartilha (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2024) exemplifica outras ferramentas de gravidade da disfagia, como a *American Speech-Language-Hearing Association National Outcome Measurement System* - ASHA NOMS (AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION, 2003), a *Rosenbek Oral and Pharyngeal Dysphagia Severity Scale* (ROGS) (ROSENBEEK *et al.*, 1996) e a DOSS (O'NEIL *et al.*, 1999). Como principais avaliações instrumentais, cita a videofluoroscopia da deglutição (VFD) e a videoendoscopia da deglutição (VED), os quais são exames objetivos e atuam de forma complementar à avaliação clínica (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2024).

Atuação interprofissional na avaliação da alimentação e deglutição

O manejo da disfagia e a otimização do processo de alimentação exigem uma abordagem interprofissional, envolvendo diferentes especialistas cujas áreas de atuação se complementam. A clareza sobre o papel de cada profissional é fundamental para justificar o público-alvo do instrumento proposto (SARAIVA, 2012; DENG *et al.*, 2024)

O fonoaudiólogo é o profissional primário responsável pela avaliação, diagnóstico e reabilitação da deglutição. Sua atuação se concentra na análise da fisiologia orofaríngea, na identificação do risco de penetração/aspiração e na determinação das consistências alimentares mais seguras. O foco, portanto, são a segurança e a eficiência do transporte do bolo alimentar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA, 2024).

Já o nutricionista atua na avaliação do estado nutricional do paciente, no cálculo das necessidades energéticas e na adequação da dieta, garantindo que as modificações de consistência (determinadas pelo fonoaudiólogo) atendam aos requisitos nutricionais e de hidratação, dessa forma, o seu foco torna-se a adequação nutricional e a composição da dieta (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS, 2018).

E o profissional da terapia ocupacional concentra-se na avaliação da funcionalidade e da autonomia do paciente durante a alimentação, tratando o ato de comer como uma Atividade de Vida Diária. Sua intervenção contempla posicionamento corporal, adaptação de utensílios, modificação do ambiente para promover a independência, sendo o foco a participação e a independência funcional (CARDOSO, 2019).

Embora o processo de alimentação seja compartilhado, instrumentos que buscam integrar a avaliação da deglutição com aspectos funcionais e ambientais da alimentação é primariamente destinado ao fonoaudiólogo. Isso se justifica porque o fonoaudiólogo é o profissional que detém o conhecimento aprofundado sobre a fisiologia da deglutição e é quem, na prática clínica, precisa tomar decisões imediatas sobre a via e a consistência da alimentação (BAYER *et al.*, 2023).

Métodos de avaliação da alimentação

A avaliação do processo de alimentação, em contraste com a avaliação da deglutição, abrange uma perspectiva mais ampla, com foco na funcionalidade, na independência e nos fatores ambientais e comportamentais que permeiam o ato de comer. Embora a disfagia seja um componente central, a análise da alimentação deve ir além da fisiologia da deglutição para captar a experiência completa do paciente (MELO *et al.*, 2022).

Nesse sentido, a literatura demonstra que os instrumentos que abordam a alimentação em um contexto mais amplo se organizam em categorias que, de forma isolada, mostram-se insuficientes para a abordagem clínica da disfagia. Entre essas categorias, destacam-se os instrumentos voltados à avaliação da funcionalidade, como a MIF (RIBERTO *et al.*, 2001) a Escala de *Barthel* (MINOSSO *et al.*, 2010), o Índice de *Katz* para Atividades de Vida Diária (LINO *et al.*, 2008) e a escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de *Lawton e Brody* (DOS SANTOS; JÚNIOR, 2008).

Esses instrumentos são amplamente utilizados para mensurar a capacidade do indivíduo de realizar atividades cotidianas, incluindo a alimentação, a qual é avaliada predominantemente em termos de independência funcional, como o uso de utensílios, levar o alimento à boca e manter segurança durante a ingestão. Contudo, a limitação dessas escalas reside em sua natureza genérica, uma vez que não fornecem informações específicas sobre a qualidade da ingestão, o esforço envolvido, as estratégias compensatórias utilizadas ou os fatores ambientais que influenciam o desempenho alimentar (PASSOS *et al.*, 2017; MACHADO, 2023).

Desse modo, a consideração de fatores ambientais e comportamentais assume papel relevante na avaliação da alimentação. Aspectos como ambiente calmo, postura adequada e interação com o cuidador são reconhecidos como elementos associados à segurança e ao sucesso da alimentação em indivíduos com disfagia (PAIXÃO, 2009; GARRIDO, 2021). Estudos apontam ainda que déficits físicos, cognitivos e comportamentais estão relacionados à dificuldade alimentar (XAVIER, 2020; CAPELARI, 2017). Entretanto, a literatura aponta uma heterogeneidade quanto às formas de avaliação desses aspectos, que nem sempre são contemplados de maneira padronizada nos instrumentos disponíveis, o que pode dificultar a comparação entre estudos e a aplicação sistemática na prática clínica.

Prospecção tecnológica

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram realizadas pesquisas em bases de patentes em busca de registros de programas de computador e/ou patentes que contemplassem a avaliação da alimentação em pacientes disfágicos. Foram elencadas as seguintes bases: WIPO, INPI e Espacenet. Os critérios de seleção contemplaram estudos com disponibilidade completa, sem restrição de idioma, que trouxessem ferramentas de avaliação da alimentação em pacientes disfágicos. Como critério de exclusão, não foram elencados os estudos que propuseram procedimentos terapêuticos sobre o tema. As buscas foram realizadas entre janeiro e fevereiro de 2024 e atualizadas em julho de 2025. Desse modo, a estratégia de busca ficou da seguinte forma: (“assessment”) AND (“alimentation”) AND (“dysphagia”).

Na base WIPO foi encontrado apenas um resultado, o qual se tratava de um boletim informativo publicado pela Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) contendo informações acerca de pedidos internacionais de patentes no âmbito do Tratado de Cooperação em Matéria de Patentes (PCT). No INPI não foram encontrados resultados.

Na última base de patentes analisada, Espacenet, foram encontrados 32 resultados, dentre os quais apenas um atendeu aos critérios de inclusão. A patente FR3129583A1 descreve um método automatizado para análise do processo alimentar, por meio da combinação de diferentes sensores corporais, como acelerômetros, giroscópios, captadores de som/vibração e sensores respiratórios. O sistema identifica movimentos característicos do ato de comer, como levar o alimento à boca, mastigar e engolir, e utiliza algoritmos para reconhecer, de forma automatizada, etapas do ciclo alimentar. Dessa forma, possibilita a identificação da ocorrência da deglutição, distinguindo-a de outros movimentos, além de registrar métricas como frequência de deglutições, ritmo alimentar e duração da refeição (PERRIN *et al.*, 2023).

A patente FR3129583A1 (PERRIN *et al.*, 2023) representa um avanço tecnológico ao propor a análise automatizada do processo alimentar por meio de sensores e algoritmos. No entanto, seu propósito não se alinha aos objetivos deste estudo. A patente tem foco primário no monitoramento instrumental e automatizado do comportamento alimentar, priorizando a detecção de deglutições, a contagem de eventos e a análise de padrões biomecânicos durante a refeição. Contudo, não se configura como uma ferramenta clínica de avaliação, não contemplando aspectos fundamentais da alimentação em suas dimensões funcional, comportamental, ambiental e de autonomia. Dessa forma, apesar de contribuir para a vigilância

tecnológica na área, a patente não atende à proposta desta pesquisa, que busca desenvolver um instrumento clínico abrangente, de uso fonoaudiológico, capaz de integrar a avaliação da segurança da deglutição ao processo completo de alimentação. Os dados descritivos do único registro encontrado estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Dados descritivos do registro encontrado

Estratégia de busca	Base de dado	Título	Autor	Ano de publicação e País	Público-alvo	Descrição
("assessment") AND ("alimentation") AND ("dysphagia")	Espacenet	<i>Procédé d'analyse automatique de prise de repas</i>	Perrin Nicolas; Neveu Fabrice; Le Coz Maxime; Nicolini Linda	2023, França	Profissionais de saúde, pesquisadores, empresas de tecnologia médica, instituições geriátricas e clínicas que monitoram disfagia	A patente descreve um método automatizado, baseado em sensores corporais e algoritmos, para analisar refeições em tempo real

Fonte: Elaborado pela autora

Justificativa

Embora exista uma variedade de instrumentos e protocolos destinados à avaliação da deglutição, identifica-se uma lacuna na literatura quanto à oferta de ferramentas capazes de contemplar o processo de alimentação em sua totalidade. Os instrumentos citados, embora utilizados para o diagnóstico da disfagia, não capturam de forma abrangente os fatores contextuais, comportamentais, ambientais e de autonomia que compõem a experiência alimentar do paciente (AYRES *et al.*, 2017; OLIVEIRA, 2023).

Ao incorporar aspectos funcionais e ambientais em um único instrumento de uso fonoaudiológico, busca-se fornecer uma ferramenta mais completa que auxilie o profissional a ter uma visão abrangente do paciente, facilitando a comunicação e o encaminhamento para os demais membros da equipe (RAMA, 2020; BARBOSA *et al.*, 2021). A carência de um instrumento que integre a avaliação da segurança fisiológica da deglutição com a avaliação funcional, comportamental e ambiental do processo de alimentação em um único protocolo de uso clínico justifica a presente proposta. O instrumento a ser desenvolvido visa preencher essa lacuna, oferecendo uma ferramenta mais completa para o manejo clínico de pacientes adultos em processo de diagnóstico de disfagia.

OBJETIVOS

Objetivo I

Realizar uma revisão integrativa acerca das evidências científicas disponíveis sobre a avaliação da alimentação em pacientes disfágicos.

Objetivo II

Propor um instrumento de avaliação da alimentação para pacientes adultos em processo de diagnóstico de disfagia, desenvolvido com base na revisão integrativa realizada previamente.

ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação está dividida em dois capítulos com o intuito de especificar a metodologia, os resultados, a discussão e a conclusão de cada objetivo, tendo em vista que são objetivos distintos que demandam metodologias diferentes.

O primeiro objetivo deu origem à primeira etapa da pesquisa, a revisão integrativa da literatura, o que resultou no Capítulo I “Avaliação da alimentação em pacientes com disfagia: uma revisão integrativa”.

E o segundo objetivo sucedeu a construção do Capítulo II “Proposta de instrumento de avaliação da alimentação para disfagia”. O instrumento, de caráter inovador em saúde, será oferecido ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação Tecnológica em Saúde (PPGITS) para conclusão do mestrado profissional e obtenção do título de mestre.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO EM PACIENTES COM DISFAGIA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Objetivo

Realizar uma revisão integrativa da literatura acerca da avaliação da alimentação em pacientes com disfagia.

Metodologia

A revisão integrativa da literatura possibilita mensurar o conhecimento científico disponível sobre determinado tema, viabilizando análises críticas do que já foi publicado e levantamento de lacunas para novas pesquisas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Assim, foi realizada a revisão integrativa, em busca das evidências científicas disponíveis na literatura sobre a avaliação da alimentação em pacientes com 18 anos ou mais e diagnóstico de disfagia.

A primeira etapa, foi a definição da pergunta de pesquisa a partir da estratégia PPOT, a qual é composta por população-alvo, fatores preditores, desfechos e tipo de estudos (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição da formulação de pesquisa

Estratégia de busca	Definição	Descrição
P	População	Pessoas com 18 anos ou mais independente do sexo
P	Preditor	Disfagia
O	Desfecho	Avaliação da alimentação
T	Tipo de estudo	Estudos observacionais e estudos de validação de instrumentos

Fonte: Elaborado pela autora

Como população-alvo, foram eleitas as pessoas com 18 anos ou mais, independentemente do sexo. O diagnóstico de disfagia foi estabelecido como preditor. E o desfecho refere-se aos instrumentos, métodos e/ou condutas avaliativas da alimentação para os

indivíduos disfágicos. Dessa forma, a pergunta norteadora ficou da seguinte forma: “Quais as evidências disponíveis sobre avaliação da alimentação em pacientes com disfagia?”

Foram elencados como critérios de elegibilidade os estudos observacionais (caso-controle, transversal) e os estudos de validação de instrumentos. E elegidos como critérios de exclusão, nesta revisão integrativa, os estudos que não responderem à proposta da pesquisa, os artigos de reflexão, projetos e relatórios técnicos, editoriais, comentários, opiniões e artigos de revisão.

Estratégia de busca

O período de busca foi realizado entre os meses de março a dezembro de 2024, sendo atualizado no mês de janeiro de 2026. Foram selecionados os bancos de dados, *PubMed*, *Web of Science*, *Scopus* e *Embase*. Para a busca na literatura cinzenta, foram elencados os primeiros 100 artigos do *Google Scholar*. Em todas as buscas, não foram aplicados filtros, a fim de detectar o maior número de artigos compatíveis com a pesquisa.

A estratégia de busca nas bases de dados foi elaborada utilizando descritores do *Medical Subject Headings* (MeSH): ("dysphagia" OR "swallowing difficulties" OR "swallowing disorders" OR “deglutition disorders” OR “oropharyngeal dysphagia” OR “esophageal dysphagia “) AND ("assessment tools" OR "evaluation instruments" OR "assessment measures" OR "screening tools") AND ("nutrition" OR "food intake" OR "dietary assessment" OR "eating"). Todas as adaptações da estratégia de busca foram descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégias de busca

Base de Dados	Estratégia de busca
Pubmed	("dysphagia" OR "swallowing difficulties" OR "swallowing disorders") AND ("assessment tools" OR "evaluation instruments" OR "assessment measures") AND ("nutrition" OR "food intake" OR "dietary assessment" OR "eating")
Web of Science	("dysphagia" OR "swallowing difficulties" OR "swallowing disorders") AND ("assessment tools" OR "evaluation instruments" OR "assessment measures") AND ("nutrition" OR "food intake" OR "dietary assessment" OR "eating")
Embase	("dysphagia" OR "swallowing difficulties" OR "swallowing disorders") AND ("assessment tools" OR "evaluation instruments" OR "assessment measures") AND ("nutrition" OR "food intake" OR "dietary assessment" OR "eating")

Scopus	("dysphagia" OR "swallowing difficulties" OR "swallowing disorders") AND ("assessment tools" OR "evaluation instruments" OR "assessment measures") AND ("nutrition" OR "food intake" OR "dietary assessment" OR "eating")
Google Scholar	("dysphagia" OR "swallowing difficulties" OR "swallowing disorders") AND ("assessment tools" OR "evaluation instruments" OR "assessment measures") AND ("nutrition" OR "food intake" OR "dietary assessment" OR "eating")

Fonte: Elaborado pela autora

Seleção dos estudos

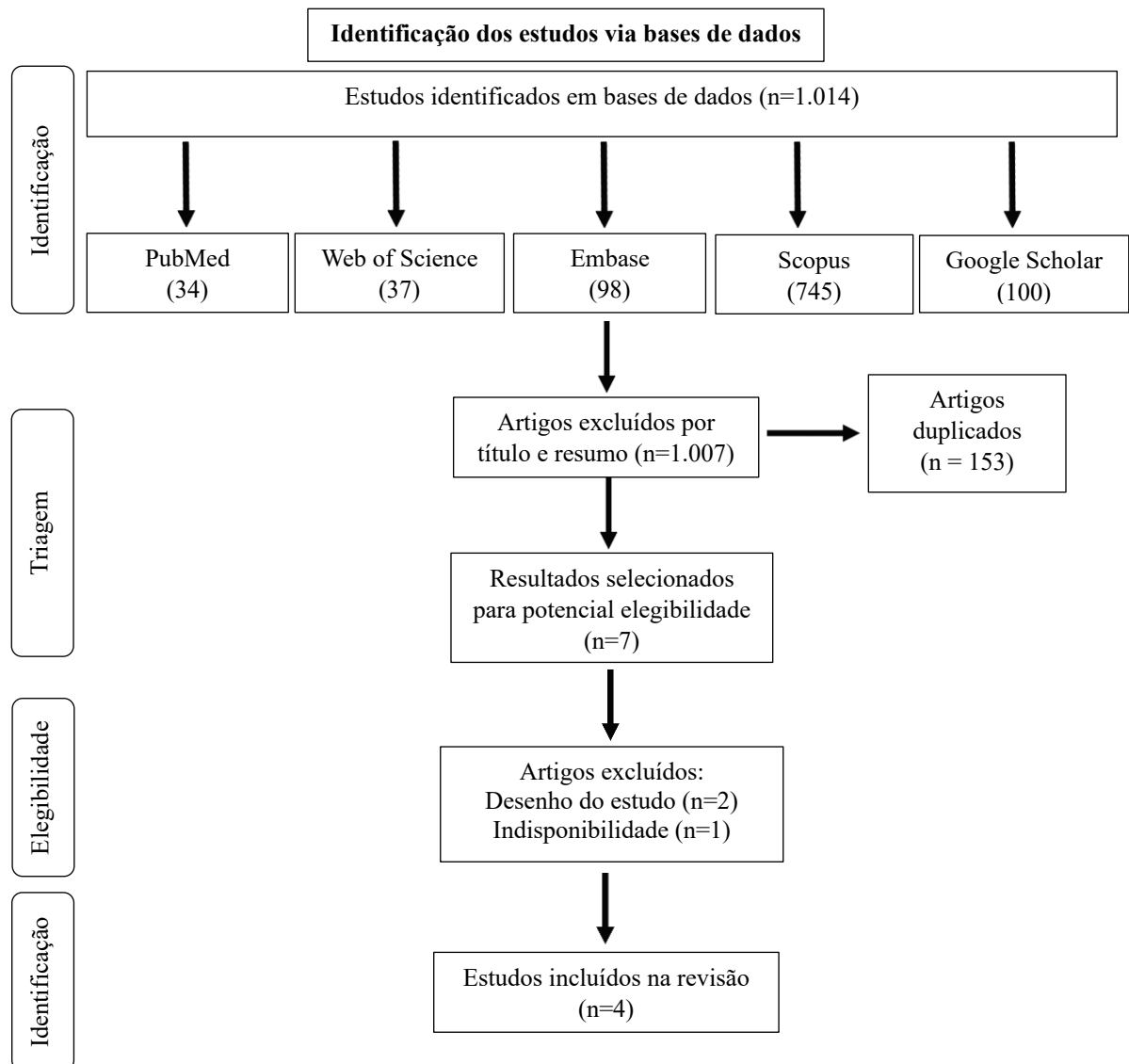
A partir da estratégia de busca utilizada, foram analisados os títulos e resumos dos artigos pela revisora C.S.D, a fim de selecionar os que seriam lidos na íntegra. Após a leitura na íntegra dos estudos potencialmente relevantes, foram incluídos na revisão integrativa os que atenderam aos critérios de inclusão. Para a análise dos estudos incluídos, propôs-se a extração dos dados, categorização temática e análise crítica descritiva dos estudos selecionados nesta revisão integrativa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Resultados

Busca e seleção dos estudos

A partir da estratégia de busca utilizada, foram encontrados 914 estudos nas bases de dados, aos quais foram somados os 100 primeiros resultados da literatura cinzenta, totalizando 1.014 resultados. Foi realizada a análise dos títulos e resumos dos resultados, dentre os quais, foram considerados sete artigos para leitura na íntegra. Destes, quatro atenderam aos critérios de elegibilidade e foram incluídos nesta revisão integrativa. A Figura 1 ilustra o fluxograma de cada etapa da seleção dos estudos com base na declaração PRISMA (PAGE *et al.*, 2022).

Figura 1. Fluxograma do processo de busca dos estudos nas bases de dados (PAGE *et al.*, 2022).



Fonte: Elaborado pela autora

Dos estudos encontrados, três realizaram a validação de ferramentas e o quarto estudou propôs a tradução, a adaptação transcultural e a validação do instrumento, todos para o contexto de avaliação da alimentação em pacientes disfágicos. Foram encontradas as seguintes evidências: um formulário de observação para os profissionais da saúde, o *Minimal Eating Observation Form* – MEOF (WESTERGREN *et al.*, 2009); um questionário de aplicação para o cuidador, o *Dysphagia Disorder Survey* – DDS (SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014); e duas ferramentas avaliativas, uma para os profissionais da saúde, o *Kuchi-Kara Taberu Index* – KT-Index (MAEDA *et al.* 2016) e outra específica para fonoaudiólogos, o *Dysphagia Assessment Package* – DAP (ALEX; LINDH.; PALMCRANTZ, 2023).

Características dos estudos incluídos

Na presente revisão integrativa, quatro estudos contemplaram os critérios de elegibilidade e foram incluídos para análise e discussão (WESTERGREN *et al.*, 2009; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.* 2016; ALEX; LINDH.; PALMCRANTZ, 2023). Os principais dados de cada artigo foram descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Dados descritivos dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Estudo	País	Desenho do estudo	Amostra	Ferramenta de avaliação da alimentação	Descrição da ferramenta de avaliação
Westergren <i>et al.</i> , 2009	Suécia	Validação de instrumento	Duas amostras diferentes: 50 pacientes com AVC para avaliação da alimentação; e 2600 pessoas para o levantamento da correlação entre alimentação e nutrição	<i>Minimal Eating Observation Form</i> (MEOF)	Formulário de observação direta pelo profissional de saúde. São medidos 9 itens de problemas na ingestão, deglutição e apetite para rastrear rapidamente a presença de dificuldades durante uma refeição

Sheppard; Hochman; Baer, 2014	EUA	Validação de instrumento	654 indivíduos entre 8 e 82 anos com deficiência do desenvolvimento	<i>Dysphagia Disorder Survey</i> (DDS)	Questionário de relato para o cuidador principal. Triagem e avaliação da alimentação e da deglutição através de 15 itens específicos e dados contextuais
Maeda <i>et al.</i> , 2016	Japão	Validação de instrumento	Amostra de 115 participantes com 65 anos ou mais	<i>Kuchi-Kara Taberu Index</i> (KT Index)	Avaliação multifatorial para profissional da saúde, medindo, através de 13 itens, a capacidade funcional e a viabilidade geral do paciente para alimentação por via oral
Alex; Lindh; Palmcrantz, 2023	Suécia	Tradução, adaptação transcultural e validação de instrumento	Foram seleccionados 10 adultos com deficiência intelectual e motora	<i>Dysphagia Assessment Package</i> (DAP)	Protocolo de avaliação clínica para fonoaudiólogos que engloba a avaliação das refeições, função e segurança de deglutição, por intermédio de anamnese, exame orofacial e testes de deglutição com alimentos

Fonte: Elaborado pela autora

Westergren *et al.* (2009) propuseram um estudo para validação e confiabilidade da ferramenta de observação *Minimal Eating Form* (MEOF). Desenvolvida na Suécia, foram utilizadas duas amostras de participantes distintas: a primeira, refere-se a 50 pacientes com AVE para avaliações padronizadas da alimentação; e a segunda amostra foram 2600 participantes que concordaram em participar do levantamento sobre alimentação e deglutição, destes, 874 indivíduos estavam hospitalizados, com idade média de 69 anos e os outros 1726 participantes, com idade média de 85 anos, em locais de cuidados especiais.

O MEOF apresentou validade e confiabilidade satisfatórias, trata-se de um formulário padronizado e validado que possibilita aos profissionais de saúde a identificação rápida e eficaz das dificuldades alimentares. É composto por nove itens, os quais estão divididos em três componentes principais, sendo eles: ingestão, deglutição e energia/apetite. O formulário também contempla exemplos de medidas a serem tomadas pelos profissionais de acordo com os itens detectados como alterados, sendo um complemento para a intervenção nos pacientes com dificuldades de alimentação e deglutição (WESTERGREN *et al.*, 2009).

O segundo estudo incluído nesta revisão integrativa foi proposto por Sheppard, Hochman e Baer (2014) e trata da validação da ferramenta de avaliação e triagem *Dysphagia Disorder Survey* (DDS). A amostra da pesquisa, desenvolvida nos Estados Unidos da América, englobou dois ambientes residenciais distintos, com indivíduos entre 8 e 82 anos de idade e deficiência do desenvolvimento. Após análise estatística, as duas amostras de pesquisa mostraram estruturas fatoriais semelhantes, sendo indicativos de robustez e aplicabilidade da ferramenta em diferentes contextos, além disso, deve ser aplicada com o principal cuidador do paciente avaliado.

A ferramenta DDS, composta por 15 itens, contempla fatores correlacionados com a alimentação e a deglutição e itens propriamente ditos de avaliação do processo alimentar e de deglutição. Define a escala ordinária para presença ou ausência da dificuldade e propõe a classificação do nível de comprometimento da alimentação e da deglutição (SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014).

O terceiro estudo verificou a confiabilidade e a validade da versão em inglês do instrumento *Kuchi-Kara Taberu Index* (KT Index). Desenvolvido no Japão, utilizou como amostra 115 participantes idosos e residentes em instituições de longa permanência. O estudo forneceu evidências da confiabilidade e da validade do KT Index, sendo um instrumento multidisciplinar, que requer treinamento prévio, possibilitando a avaliação e a intervenção com idosos que apresentam dificuldades de alimentação e de deglutição (MAEDA *et al.*, 2016).

O Kuchi-Kara Taberu Index (KT Index) contempla 13 itens que avaliam diferentes dimensões relacionadas ao suporte alimentar, incluindo aspectos físicos, cognitivos e ambientais envolvidos no ato de comer, como nível de alerta, postura, função oral, necessidade de assistência e condições do ambiente da refeição. Os resultados podem ser dispostos em formato de gráfico de radar, possibilitando a interpretação do desempenho por meio da identificação de pontos fortes e fragilidades, da definição de aspectos prioritários para intervenção e da comparação dos resultados antes e após a intervenção terapêutica (MAEDA *et al.*, 2016).

O quarto estudo incluído foi desenvolvido pelos autores Alex, Lindh e Palmcrantz (2023), abordando a tradução, a adaptação transcultural da versão em inglês para o sueco e a testagem de validade de conteúdo do *Dysphagia Assessment Package* (DAP). Os autores realizaram, na Suécia, a testagem de conteúdo com um grupo de cinco fonoaudiólogos especialistas, que avaliaram as refeições de 10 participantes com diagnóstico de deficiência

intelectual e motora. Mesmo com a amostra pequena e a necessidade de novos estudos, tornou-se possível visualizar as primeiras indicações de validade científica da ferramenta.

Trata-se de um protocolo clínico abrangente, destinado para fonoaudiólogos, a fim de avaliarem o momento da refeição, a função e a segurança da deglutição em adultos diagnosticados com deficiência intelectual e motora. Contempla 12 tópicos com itens detalhados, desde as informações pessoais até a avaliação da oferta de alimento propriamente dita. Ao final, devem ser elencados planos de ações para as dificuldades encontradas (ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023).

O Quadro 2 detalha os critérios de avaliação e de pontuação de cada uma das ferramentas apontadas pelos estudos.

Quadro 2. Dados descritivos das ferramentas apontadas pelos estudos

Ferramenta	Critérios de avaliação	Critérios de pontuação e conduta
<i>Minimal Eating Form</i> (Westergren <i>et al.</i> , 2009)	Formulário de observação dividido em três componentes: 1. Ingestão (aspectos mecânicos e posturais): -Posição sentada e sem apoio -Manipulação do alimento no prato (não derrama, utiliza ambas as mãos, sem dispositivos de assistência) -Transporte de alimentos para a boca (sem derramar, facilidade para encontrar a boca, sem dispositivos de assistência) 2. Deglutição: -Manipulação dos alimentos na boca (mastigação, consistência regular, sem acúmulo na cavidade oral) -Deglutição (sem presença de tosse, sem esforço, apenas pequenos resíduos em cavidade oral após deglutição) -Dificuldades para mastigar devido problemas dentários/prótese ou na cavidade oral 3.Energia/apetite (estado geral e interesse pela refeição): -Porcentagem que o paciente comeu da refeição -Energia (se o paciente completa uma refeição inteira sem declínio no desempenho, para de comer quando está saciado) -Comparação do apetite atual com o anterior à dificuldade de deglutição	A resposta aos itens descritos anteriormente foi dicotomizada em formato de pontuação, sendo “1” ponto para a presença da dificuldade e “0” para a ausência de problemas na alimentação. Caso sejam detectadas alterações no paciente, o MEOF apresenta exemplos de medidas a serem tomadas de acordo com cada componente, como, por exemplo, a adaptação de talheres, copos e canecas para alterações visualizadas na ingestão, isto é, na manipulação do alimento do prato e no transporte do alimento para a boca.

<i>Dysphagia Disorder Survey</i> (SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014)	Questionário de autoaplicação detalhado e dividido em duas partes: 1.Itens correlacionados com a deglutição e a alimentação: -Índice de massa corporal (relação peso/altura) -Independência para se alimentar -Controle postural corporal (capacidade de estabilizar cabeça-pescoço e tórax para se sentar durante a refeição) -Consistência da dieta (se há presença de restrições) -Utensílios para facilitar a alimentação -Técnicas especiais/compensatórias -Suporte/alinhamento de assento para manter a posição vertical/reclinada na hora de refeição 2.Itens de alimentação e deglutição -Orientação (alerta e ajuste postural para receber o alimento ou líquido) -Recepção (captação do conteúdo do utensílio) -Contenção (capacidade de manter o alimento ou líquido dentro da cavidade oral durante o processo de mastigação e de deglutição) -Transporte oral (movimentação do conteúdo durante o processamento oral e para deglutir) -Mastigação (força, duração adequadas para preparar o bolo alimentar) -Deglutição orofaríngea (processo imediato à mastigação, deve ocorrer sem sinais clínicos de distúrbio) -Pós-deglutição (sem presença de sinais clínicos de distúrbio) -Deglutição esofágica (transporte efetivo e seguro do bolo alimentar ao estômago)	Para pontuar o desempenho dos pacientes, foi proposta uma escala ordinal para mensurar presença ou ausência. Também sugere a classificação do distúrbio de deglutição e alimentação em cinco níveis: -Nível 1 sem alteração, ausência de sinais ou sintomas de distúrbios da deglutição e da alimentação -Nível 2 transtorno leve, sugere uma adaptação entre utensílios/estratégias/assentos adaptáveis, restrições alimentares, medicamentos -Nível 3 transtorno moderado, sugere duas ou mais adaptações entre utensílios/estratégias/assentos adaptáveis, restrições alimentares, medicamentos -Nível 4 transtorno grave, sugere duas ou mais adaptações entre utensílios/estratégias/assentos adaptáveis, restrições alimentares, medicamentos, além da presença de problemas nutricionais, de hidratação ou de respiração -Nível 5 desordem de alimentação e deglutição profunda, sugere vias de alimentação alternativas e reforça presença de problemas nutricionais, de hidratação ou de respiração
---	--	--

<i>Kuchi-Kara Taberu Index</i> (MAEDA <i>et al.</i>, 2016)	Índice que contempla 13 itens: 1.Vontade de comer 2.Condição geral 3.Condição respiratória 4.Condição oral 5.Função cognitiva durante a alimentação 6.Fase oral preparatória e propulsiva 7.Gravidade da disfagia 8.Posição e resistência durante a alimentação 9.Comportamento alimentar 10.Atividades da vida diária 11.Nível de ingestão alimentar 12.Modificação alimentar 13.Nutrição	Cada um destes 13 itens pode ser pontuado de “1” a “5” pontos, sendo um para pior condição e cinco para melhores condições Os resultados foram exemplificados em formato de gráfico de radar, possibilitando interpretar os resultados de três maneiras distintas: 1.Reconhecimento dos itens fortes e fracos 2.Determinação de quais aspectos merecem foco 3.Comparação entre antes e depois da intervenção terapêutica
---	---	--

<i>Dysphagia Assessment Package</i> (ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023)	Protocolo que avalia:	1. Informações pessoais 2. Consentimento 3. Uso de medicações 4. Aspectos sociais das refeições 5. Resumo da alimentação atual (quantidade, utensílios, plano alimentar, uso de via alternativa de alimentação) 6. Questionário de saúde geral 7. Aspectos respiratórios pré-refeição 8. Higiene bucal 9. Avaliação das estruturas orofaciais (lábios, língua, palato, mandíbula, bochechas) 10. Observação pré-refeição (posição cabeça-pescoço e tronco, cuidador, ambiente) 11. Observação da refeição (estágio oral – horário de início, oxímetro, tamanho do bolo alimentar, fechamento labial, movimento lateral de língua, controle motor oral, propulsão do bolo, tempo de trânsito oral - e estágio faríngeo – capacidade de desencadear a deglutição, elevação e retração laríngea, qualidade vocal, tosse, engasgo, dificuldade respiratória, refluxo, regurgitação nasal, resíduo em cavidade oral, horário de término, variação de oxigenação) 12. Aspectos respiratórios comparativos com o antes, durante e após a refeição	Ao final da aplicação do protocolo, deve-se elencar as dificuldades encontradas e estabelecer os planos de ações, ressalta-se que não foram elencados sistemas de pontuação
--	------------------------------	---	--

Fonte: Elaborado pela autora

Discussão

A presente revisão integrativa teve como objetivo identificar e analisar as evidências científicas disponíveis sobre a avaliação da alimentação em pacientes adultos com disfagia. A busca criteriosa resultou na inclusão de quatro estudos que validaram instrumentos específicos para essa finalidade: o *Minimal Eating Observation Form* (MEOF), o *Dysphagia Disorder Survey* (DDS), o *Kuchi-Kara Taberu Index* (KT Index) e o *Dysphagia Assessment Package* (DAP) (WESTERGREN *et al.*, 2009; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.* 2016; ALEX; LINDH.; PALMCRAANTZ, 2023). A análise dos itens que compõem esses instrumentos evidencia a multiplicidade de domínios envolvidos no processo alimentar, incluindo aspectos fisiológicos, funcionais, comportamentais, ambientais e sistêmicos.

A análise dos quatro instrumentos revela diferentes níveis de profundidade e etapas do processo alimentar, configurando uma progressão em termos de complexidade e detalhamento. O MEOF (WESTERGREN *et al.*, 2009) apresenta a abordagem mais concisa dentre os instrumentos, funcionando como um protocolo de rastreio baseado em três componentes centrais: ingestão, deglutição e energia/apetite. Essa estrutura simplificada, associada ao sistema de pontuação dicotômico, favorece sua aplicação em contextos de alta demanda assistencial, permitindo a identificação inicial de riscos alimentares e sinais sugestivos de dificuldades na alimentação e deglutição (ETGES *et al.*, 2014; ZHANG *et al.*, 2025). Entretanto, por sua natureza breve e pela limitação de categorias de resposta, o MEOF apresenta menor sensibilidade para detectar mudanças clínicas ao longo do tempo, restringindo sua aplicabilidade para monitoramento longitudinal e planejamento terapêutico detalhado (JUNIOR *et al.*, 2018).

O DDS (SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014) amplia a avaliação ao contemplar 15 itens relacionados a aspectos funcionais e comportamentais da alimentação, incluindo independência para a alimentação e controle postural. Esses domínios representam uma potencialidade do instrumento, ao incorporarem a funcionalidade do ato alimentar no cotidiano do paciente, aspecto reconhecido como essencial na avaliação contemporânea da disfagia (MIRANDA, 2021; VICENTE, 2025). Contudo, o DDS apresenta limitações relacionadas à dependência de informações autorreferidas em alguns itens, o que pode impactar a fidedignidade dos dados em indivíduos com comprometimentos cognitivos ou comunicativos. Além disso, embora mais detalhado que o MEOF, o instrumento ainda apresenta menor aprofundamento em aspectos psicossociais e motivacionais da alimentação.

O KT Index (MAEDA *et al.*, 2016) distingue-se por seu caráter multidimensional, contemplando aspectos clínicos, cognitivos, comportamentais, motivacionais e sistêmicos relacionados ao processo alimentar. A utilização de uma escala de cinco pontos constitui uma potencialidade ao permitir maior sensibilidade para detectar variações no desempenho alimentar e acompanhar a evolução ao longo do tratamento. Evidências recentes reforçam a relevância dessa abordagem ampliada, considerando a associação entre desempenho alimentar, condições cognitivas, respiratórias e sistêmicas, como sarcopenia e fragilidade (SANTOS, 2024). Entretanto, a dependência do julgamento clínico do avaliador em determinados itens pode gerar variabilidade interavaliador, o que demanda treinamento adequado e padronização na aplicação.

O DAP (ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023), por sua vez, caracteriza-se por uma avaliação abrangente que inclui desde a análise de estruturas orofaciais e higiene bucal até a observação das fases oral e faríngea da deglutição, além de considerar aspectos do contexto social da refeição. Essa abordagem contribui para uma compreensão ampliada da alimentação como atividade funcional e contextualizada (AYRES *et al.*, 2017; OLIVEIRA, 2023). Em contrapartida, o tempo prolongado de aplicação e a ausência de um sistema de pontuação padronizado limitam sua aplicabilidade clínica e dificultam a mensuração objetiva da evolução terapêutica.

Ao comparar os instrumentos analisados, observa-se que as diferenças entre eles não se restringem ao número de itens ou à forma de aplicação, mas refletem distintas concepções sobre o processo alimentar na disfagia. O MEOF concentra-se na identificação inicial de riscos alimentares, privilegiando a triagem em contextos assistenciais de alta demanda, enquanto o DDS e o DAP ampliam a avaliação ao incorporar aspectos funcionais, posturais e biomecânicos, ainda que com diferenças quanto à extensão da avaliação, ao tempo de aplicação e à padronização dos resultados. O KT Index, por sua vez, destaca-se pela integração de dimensões clínicas, cognitivas e sistêmicas, oferecendo maior sensibilidade para o acompanhamento longitudinal do desempenho alimentar, embora demande maior julgamento clínico do avaliador. Em conjunto, esses instrumentos evidenciam abordagens complementares da avaliação da alimentação em adultos com disfagia, ao mesmo tempo em que ressaltam a inexistência de uma ferramenta clínica que integre, de forma operacional e equilibrada, os múltiplos domínios envolvidos no processo alimentar (WESTERGREN *et al.*, 2009; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.* 2016; ALEX; LINDH.; PALMCRANTZ, 2023).

Apesar de reconhecerem a alimentação como um fenômeno multidimensional, os instrumentos analisados apresentam limitações quanto à incorporação sistemática de aspectos relacionados à experiência subjetiva, ao engajamento e à organização comportamental do ato alimentar. Elementos como a expressão de prazer ou desconforto durante a refeição, sinais de ansiedade, estresse ou aversão, bem como dificuldades na iniciativa, na sequência e no ritmo das ações alimentares, embora discutidos na literatura como fatores determinantes do desempenho alimentar, não são operacionalizados de forma clara nas ferramentas existentes. Estudos apontam que a alimentação envolve processos cognitivos e comportamentais complexos, incluindo planejamento, autorregulação, adaptação e interação com o ambiente e o cuidador, os quais impactam diretamente a eficiência, a autonomia e a adesão às orientações terapêuticas, especialmente em populações com comprometimentos neurológicos, cognitivos ou funcionais (PAIXÃO, 2009; CAPELARI, 2017; XAVIER, 2020; GARRIDO, 2021).

Adicionalmente, observa-se que fatores sistêmicos que interferem no desempenho alimentar, como o impacto funcional de medicações (sedação, xerostomia, náuseas), a fadiga ao longo da refeição e a tolerância global ao processo alimentar, permanecem diluídos entre diferentes domínios ou restritos à coleta de informações descritivas, sem integração direta à observação clínica sistematizada da alimentação. A literatura destaca que a capacidade de sustentar a refeição até seu desfecho, com segurança e conforto, constitui um marcador funcional relevante, que vai além da execução isolada da deglutição e envolve resistência, coordenação respiratória, engajamento e eficiência global da ingestão (SPEYER *et al.*, 2010; CICHERO *et al.*, 2017). A ausência de critérios observacionais específicos que contemplem esses elementos limita a compreensão da alimentação como uma atividade funcional contínua, reforçando a necessidade de instrumentos que organizem, de forma estruturada e operacional, dimensões ainda pouco sistematizadas na avaliação clínica da alimentação em adultos com disfagia.

Conclusão

Os estudos incluídos nesta revisão integrativa demonstram que a avaliação da alimentação em adultos com disfagia tem sido realizada por meio de instrumentos clínicos validados, com diferentes propósitos e níveis de aprofundamento. As evidências disponíveis indicam a existência de ferramentas direcionadas tanto ao rastreio inicial de riscos alimentares quanto à avaliação de aspectos funcionais, posturais, contextuais e biomecânicos relacionados ao processo alimentar. No entanto, esses instrumentos contemplam recortes específicos da alimentação, apresentando variações importantes quanto aos domínios avaliados, à forma de operacionalização clínica e à articulação entre os critérios observados.

Nesse contexto, a análise integrada das evidências revela que a principal lacuna na avaliação da alimentação em pacientes com disfagia não reside na ausência de critérios clínicos descritos na literatura, mas na inexistência de um instrumento que organize, de forma estruturada e operacional, os diferentes domínios envolvidos na avaliação funcional da alimentação. Aspectos relacionados à organização comportamental, ao engajamento, à tolerância ao processo alimentar e à experiência funcional durante a refeição, embora reconhecidos como relevantes, permanecem pouco sistematizados de maneira integrada. Esses achados fundamentam a necessidade de desenvolvimento de instrumentos que ampliem a compreensão da alimentação para além da deglutição isolada, alinhados às demandas da prática clínica fonoaudiológica.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: PROPOSTA DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO PARA PACIENTES COM DISFAGIA

Objetivo

Propor um instrumento estruturado de avaliação da alimentação destinado a pacientes adultos em processo de diagnóstico de disfagia, elaborado a partir das evidências identificadas na revisão integrativa.

Metodologia

A elaboração do instrumento proposto seguiu um processo metodológico estruturado, fundamentado nas evidências identificadas na revisão integrativa apresentada no Capítulo I e na análise crítica de instrumentos clínicos previamente validados para avaliação da alimentação e da disfagia. Inicialmente, foram analisados os instrumentos *Minimal Eating Observation Form* (MEOF), *Dysphagia Disorder Survey* (DDS), *Kuchi-Kara Taberu Index* (KT Index) e *Dysphagia Assessment Package* (DAP), com o objetivo de identificar os critérios avaliativos contemplados, sua organização conceitual, forma de aplicação e natureza das informações geradas (observacionais, autorreferidas ou clínicas).

Essa análise permitiu mapear convergências e divergências entre os instrumentos, bem como identificar lacunas relacionadas à avaliação da alimentação enquanto atividade funcional contínua, especialmente no que se refere à observação direta do desempenho do paciente durante a refeição habitual e à integração de aspectos motores, respiratórios, comportamentais e contextuais relevantes para a prática fonoaudiológica.

A partir desse mapeamento, os critérios avaliativos foram organizados em domínios conceituais relacionados à alimentação funcional, considerando três parâmetros metodológicos principais: (1) relevância clínica para a avaliação funcional da alimentação em pacientes com disfagia; (2) possibilidade de observação direta durante o momento da refeição; e (3) potencial de subsidiar a tomada de decisão terapêutica pelo fonoaudiólogo. Esses parâmetros orientaram

tanto a seleção de critérios já descritos nos instrumentos analisados quanto a inclusão de novos domínios considerados relevantes, mas não operacionalizados de forma sistemática nas ferramentas existentes, conforme apontado pela literatura sobre avaliação funcional da alimentação em disfagia.

A definição dos domínios ocorreu a partir da operacionalização dos critérios mais frequentemente descritos nos instrumentos analisados, considerando sua relevância clínica para a avaliação da alimentação na disfagia. Para cada critério, foram selecionados, por meio da análise crítica das ferramentas identificadas e da literatura especializada, elementos observáveis durante a refeição que representassem alterações funcionais relevantes, permitindo a identificação de impactos na segurança, eficiência, autonomia e tolerância ao processo alimentar. Dessa forma, os subcritérios foram concebidos como indicadores clínicos observáveis, passíveis de registro sistemático pelo fonoaudiólogo durante a alimentação em contexto real.

O instrumento resultante, denominado Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono), foi estruturado como uma ferramenta sem sistema de pontuação nesta etapa de desenvolvimento, contemplando critérios e subcritérios organizados de forma integrada para a avaliação funcional da alimentação em pacientes adultos com disfagia.

Resultados

Com base no objetivo do presente estudo, foram analisados os critérios avaliativos presentes nos instrumentos MEOF, DDS, KT Index e DAP, selecionados a partir da revisão integrativa da literatura. Essa análise teve como finalidade identificar os domínios da alimentação contemplados por cada ferramenta, bem como os elementos utilizados para a avaliação do desempenho alimentar em pacientes com disfagia.

Tabela 4. Critérios avaliativos correlacionados das ferramentas MEOF, DDS, KT Index e DAP

Critério de avaliação	MEOF	DDS	KT-Index	DAP
Condição geral de saúde e fatores contextuais		X	X	
Condições orofaciais e capacidade mastigatória	X			X
Condição e higiene oral			X	X
Condição e segurança respiratória			X	X
Postura e posicionamento durante a avaliação	X	X	X	X
Manejo dietético e estratégias de alimentação		X	X	X
Manuseio dos utensílios		X		X
Autonomia e comportamento alimentar	X	X	X	X
Fase oral da alimentação	X	X	X	X
Deglutição e segurança do bolo alimentar	X	X	X	X
Ingestão alimentar	X		X	

Fonte: Elaborado pela autora

A Tabela 4 apresenta a descrição dos critérios avaliativos contemplados nos instrumentos analisados e possibilita a visualização objetiva dos domínios abordados por cada ferramenta, incluindo condição geral de saúde, postura e posicionamento, manejo dietético, manuseio de utensílios, autonomia e comportamento alimentar, condição e segurança respiratória, fases da alimentação e ingestão alimentar.

A partir da análise dos instrumentos e da sistematização dos critérios identificados, foi desenvolvido o protótipo do Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono), estruturado como uma ferramenta para aplicação durante a refeição habitual. Foram incluídos, no instrumento, critérios não operacionalizados nos instrumentos analisados, mas descritos na literatura como relevantes para a avaliação funcional da alimentação e passíveis de

observação durante o momento da refeição. Além disso, foram excluídos critérios que não atendiam aos parâmetros observacionais definidos para o instrumento, como indicadores antropométricos, itens relacionados às atividades de vida diária, avaliação estrutural das estruturas orofaciais e informações clínicas gerais não observáveis durante a refeição. O instrumento foi organizado em sete critérios avaliativos, dispostos de forma sequencial, conforme a lógica do processo alimentar.

O primeiro critério selecionado, denominado condição funcional geral durante a alimentação, não foi identificado de forma operacionalizada nos instrumentos analisados, sendo incorporado ao protótipo com base em evidências da literatura que apontam a influência do estado de alerta, da fadiga e dos efeitos de medicações no desempenho alimentar e na tolerância ao processo de ingestão em pacientes com disfagia (FURKIM; SILVA, 1999; PADOVANI *et al.*, 2007; SANTANA *et al.*, 2014; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.*, 2016; BAYNE; SHUNE, 2022; TURRINI *et al.*, 2022). Os subcritérios desse domínio foram definidos como manifestações clínicas observáveis durante a refeição, incluindo nível de alerta inadequado, presença de fadiga com prejuízo na manutenção da alimentação e impacto funcional de medicações, operacionalizados como itens passíveis de registro por observação direta.

O critério postura e posicionamento durante a alimentação apresentou correspondência direta com domínios identificados em todos os instrumentos analisados. A partir da sistematização desses conteúdos, foram definidos subcritérios relacionados ao alinhamento de cabeça e pescoço, estabilidade de tronco, necessidade de suporte externo e capacidade de manter posicionamento funcional ao longo da refeição, conforme descrito nos instrumentos MEOF, DDS, KT Index e DAP. Esses elementos foram organizados no protótipo IAAD-Fono como itens observáveis durante o momento da alimentação (REDSTONE; WEST, 2004; TELLES; MACEDO, 2008; PAIXÃO, 2009; WESTERGREN *et al.*, 2009; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.* 2016; ALGHADIR *et al.*, 2017; STEENHAGEN; MOTTA, 2019; GARRIDO, 2021; ALEX; LINDH.; PALMCRANTZ, 2023).

O terceiro critério, manuseio funcional dos utensílios durante a alimentação, não foi identificado de forma estruturada nos instrumentos analisados, embora aspectos relacionados à funcionalidade manual apareçam de maneira indireta em escalas de atividades de vida diária (RIBERTO *et al.*, 2001; DOS SANTOS; JÚNIOR, 2008; LINO *et al.*, 2008; MINOSSO *et al.*, 2010). Esse critério foi incorporado com base na literatura sobre desempenho alimentar e alimentação funcional, que descreve a influência da coordenação motora, do controle manual e

da destreza no processo de ingestão (CARRUTH; SKINNER, 2002; GENARO *et al.*, 2009; CARDOSO, 2010; FELIPPE, 2013; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; PASSOS *et al.*, 2017; REMIJIN *et al.*, 2019; RAMA *et al.*, 2020; ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023). Os subcritérios foram definidos como manifestações observáveis, incluindo dificuldade para segurar ou conduzir utensílios, uso inadequado de talheres e recipientes, derramamento de alimentos ou líquidos, lentidão excessiva e presença de tremor ou incoordenação durante a alimentação.

O quarto critério, autonomia e comportamento alimentar, apresentou correspondência com domínios identificados nos instrumentos analisados, especialmente no que se refere à necessidade de assistência durante a alimentação. Entretanto, aspectos relacionados ao comportamento alimentar, à organização da sequência das ações, ao ritmo da refeição, à atenção e ao engajamento não se encontravam operacionalizados de forma sistemática. Esses subcritérios foram incorporados ao protótipo com base em evidências da literatura que reconhecem a alimentação como uma atividade funcional, comportamental e contextual, frequentemente abordada em estudos sobre alimentação, desempenho funcional e qualidade de vida (WESTERGREN *et al.*, 2009; HANSON *et al.*, 2011; LIU; CHEON; THOMAS, 2014; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MORAES, 2014; MAEDA *et al.*, 2016; CAPELARI, 2017; XAVIER, 2020; ANDRADE; DE ANDRADE, 2022; BAYNE; SHUNE, 2022; ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023; CORDIER *et al.*, 2023). Os itens desse critério foram definidos como elementos observáveis na refeição habitual, permitindo o registro da presença ou ausência de alterações funcionais nesses domínios.

O quinto, manejo dietético e estratégias de alimentação, apresentou correspondência parcial com conteúdo identificado nos instrumentos analisados, especialmente no que se refere à adequação da consistência alimentar, ajustes de volume, presença de tosse ou engasgos e uso de estratégias compensatórias durante a ingestão. Esses subcritérios foram sistematizados a partir dos instrumentos DDS, KT Index e DAP e organizados no protótipo IAAD-Fono como itens observáveis durante a refeição habitual (SPEYER *et al.*, 2010; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.*, 2016; MALHI, 2016; CICHERO *et al.*, 2017; WU; MILES; BRAAKHUIS, 2021; ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023).

O critério condição e segurança respiratória apresentou correspondência com domínios identificados em dois instrumentos analisados, contemplando subcritérios relacionados a alterações do padrão respiratório, necessidade de pausas durante a refeição, queda de saturação periférica e presença de dispositivos de suporte respiratório. Esses itens foram organizados

como indicadores observáveis da segurança do processo alimentar durante a ingestão (MARTIN *et al.*, 1994; CLAVÉ; SHAKER, 2015; MAEDA *et al.*, 2016; POULSEN *et al.*, 2021; ALEX; LINDH; PALMCRAANTZ, 2023; XU *et al.*, 2024).

Por fim, o critério ingestão alimentar foi estruturado a partir de subcritérios presentes nos instrumentos analisados, incluindo volume ingerido, capacidade de completar a refeição, tempo despendido para a alimentação e ocorrência de recusa alimentar. Esses elementos foram organizados como indicadores observáveis do desempenho alimentar global ao longo da refeição (WESTERGREN *et al.*, 2001; WESTERGREN *et al.*, 2009; ABBOTT *et al.*, 2013; MAEDA *et al.*, 2016; CHOU *et al.*, 2023).

Como resultado desse processo, definiu-se como público-alvo do instrumento pacientes adultos em processo de diagnóstico da disfagia, em diferentes cenários de cuidado, hospitalar, ambulatorial, institucional ou domiciliar, que se encontrem em alimentação por via oral total ou parcial, bem como situações clínicas nas quais se faça necessária a avaliação funcional da alimentação em contexto real.

Considerando a natureza do instrumento e a complexidade clínica envolvida na interpretação dos comportamentos alimentares, estabeleceu-se que a aplicação do protótipo IAAD-Fono deve ser realizada por fonoaudiólogos, preferencialmente com experiência no manejo clínico da disfagia, uma vez que os critérios avaliativos demandam julgamento técnico especializado e integração de conhecimentos sobre segurança, eficiência e funcionalidade da alimentação.

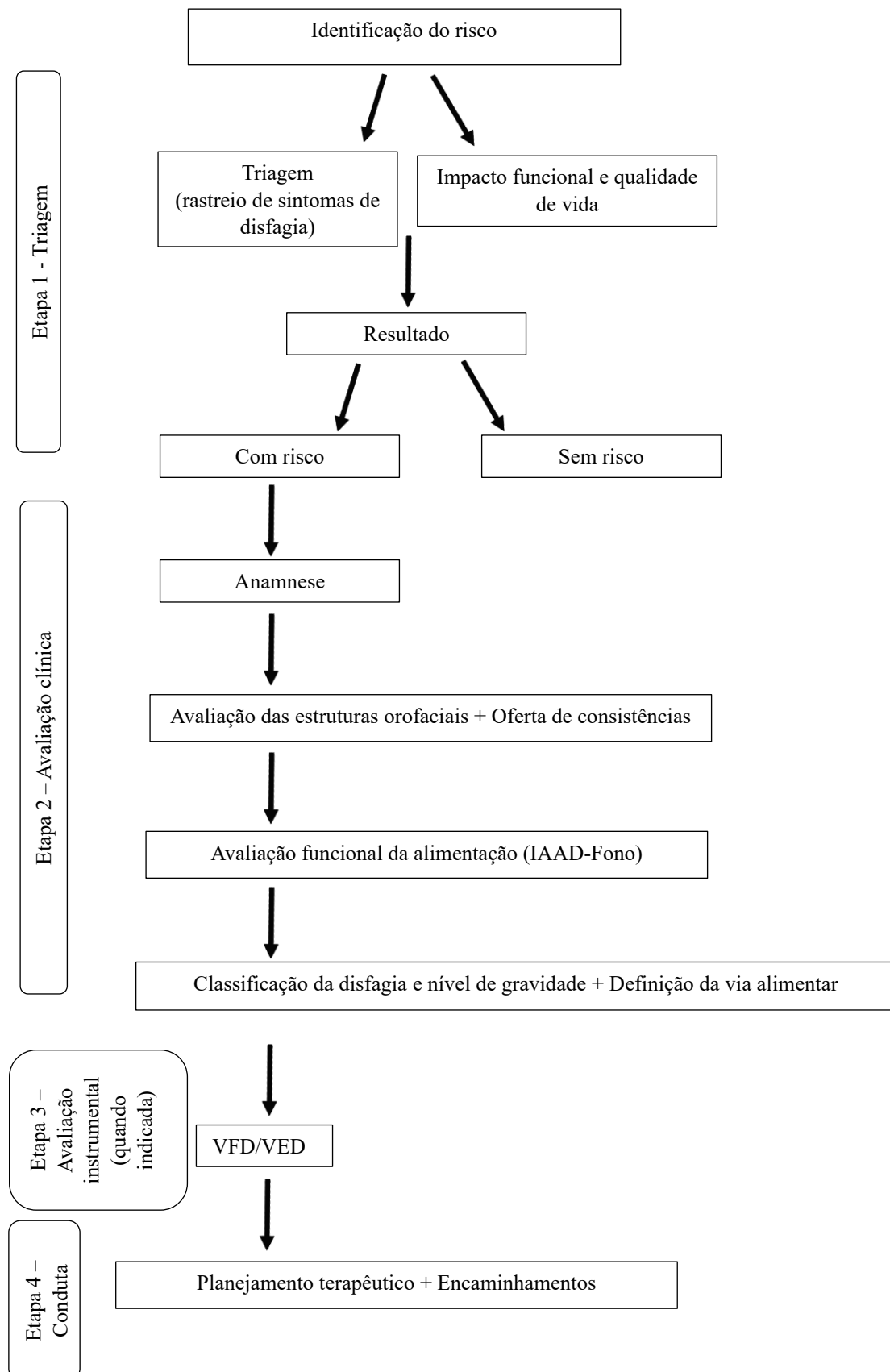
Em consonância com a cartilha de atuação fonoaudiológica na disfagia proposta pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, o protótipo IAAD-Fono posiciona-se como um instrumento complementar à avaliação clínica da deglutição, sendo aplicado após a etapa de triagem e da avaliação das estruturas orofaciais, como proposto na Figura 2 (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2024).

Ademais, o protótipo do IAAD-Fono foi estruturado sem a definição de sistema de pontuação ou classificação nesta etapa do estudo. O instrumento reúne critérios organizados de forma sistemática com o objetivo de apoiar a análise integrada da alimentação em adultos com disfagia, conforme apresentado no Quadro 3.

Os elementos constitutivos de cada critério são avaliados a partir da observação direta durante a refeição, sendo registrados quanto à presença ou ausência de alterações funcionais. A

aplicação do instrumento resulta, portanto, em uma análise descritiva do desempenho alimentar do paciente, considerando de forma integrada aspectos relacionados à segurança, eficiência, autonomia e tolerância funcional ao processo alimentar.

Figura 2. Fluxograma do processo de aplicabilidade do protótipo IAAD-Fono



Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3. Protótipo “Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono)”

<u>Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono)</u>		
IDENTIFICAÇÃO		 IAAD-Fono Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia
Nome: _____		
Data de nascimento: ____/____/____ Data de aplicação: ____/____/____		
Diagnóstico Médico: _____		
Diagnóstico Fonoaudiológico: _____		
Consistência(s) do plano alimentar atual: _____		
INSTRUÇÕES GERAIS DE APLICAÇÃO		
O IAAD-Fono é um instrumento destinado à avaliação funcional da alimentação de adultos, processo de diagnóstico ou reavaliação da disfagia. A aplicação deve ser realizada por fonoaudiólogo, durante uma refeição habitual, considerando aspectos motores, respiratórios, cognitivos e comportamentais relacionados à ingestão de alimentos e líquidos. Antes da aplicação, recomenda-se: - Confirmar estabilidade clínica do paciente, especialmente respiratória (uso de oxímetro); - Observar a alimentação com utensílios, consistências e ambiente de rotina; - Evitar a aplicação em situações de dor intensa, sonolência excessiva ou fadiga extrema; - Quando o paciente se alimenta de forma independente, orientar o cuidador a não interferir, salvo quando necessário. Quanto à forma de registro, cada item deve ser assinalado conforme a observação clínica: () NÃO para critério observado sem alterações funcionais () SIM para critério observado com alterações funcionais		
AValiação da Alimentação para Disfagia		
CRITÉRIO	ITENS	RESULTADO
1º critério. Condição funcional geral durante a alimentação	1.1 Estado de alerta inadequado para iniciar e manter a refeição	☐ Não ☐ Sim
	1.2 Presença de fadiga durante a alimentação, com prejuízo na manutenção da refeição	☐ Não ☐ Sim
	1.3 Impacto negativo de medicações no desempenho alimentar (ex.: sedação, xerostomia, náusea)	☐ Não ☐ Sim

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3. Protótipo “Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono)”

<u>Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono)</u>		
AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO PARA DISFAGIA		
CRITÉRIO	ITENS	RESULTADO
2º critério. Postura e posicionamento durante a avaliação	2.1 Alinhamento inadequado de cabeça e pescoço durante a refeição	() Não () Sim
	2.2 Instabilidade de tronco durante a alimentação	() Não () Sim
	2.3 Necessidade de suporte externo para manter postura adequada	() Não () Sim
	2.4 Dificuldade em manter posicionamento funcional ao longo da refeição	() Não () Sim
3º critério. Manuseio funcional dos utensílios durante a alimentação	3.1 Dificuldade para segurar ou conduzir utensílios até a boca	() Não () Sim
	3.2 Uso inadequado de talheres, copos, canudos ou recipientes	() Não () Sim
	3.3 Derramamento frequente de alimentos ou líquidos	() Não () Sim
	3.4 Lentidão excessiva no manuseio dos utensílios	() Não () Sim
	3.5 Tremor ou incoordenação interferindo na alimentação	() Não () Sim
4º critério. Autonomia e comportamento alimentar	4.1 Necessidade de assistência ou supervisão constante para se alimentar	() Não () Sim
	4.2 Dificuldade em organizar a sequência das ações durante a refeição	() Não () Sim
	4.3 Ritmo alimentar inadequado (acelerado ou irregular)	() Não () Sim
	4.4 Desatenção durante o processo alimentar	() Não () Sim
	4.5 Necessidade frequente de pistas, comandos ou lembretes	() Não () Sim
	4.6 Expressão de desconforto, ansiedade ou estresse relacionados ao ato de se alimentar	() Não () Sim
	4.7 Demonstração reduzida de prazer ou engajamento durante a refeição	() Não () Sim

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3. Protótipo “Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono)”

<u>Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono)</u>		
AValiação da Alimentação para Disfagia		
CRITÉRIO	ITENS	RESULTADO
5º critério. Manejo dietético e estratégias de alimentação	5.1 Dificuldade com a aceitação da consistência alimentar prescrita ou adotada	() Não () Sim
	5.2 Presença de engasgos ou tosse com a consistência ofertada	() Não () Sim
	5.3 Necessidade frequente de ajuste de volume durante a refeição	() Não () Sim
	5.4 Modificação espontânea da consistência ou volume pelo paciente	() Não () Sim
	5.5 Presença de tosse ou pigarro antes, durante ou após a alimentação	() Não () Sim
6º critério. Condição e segurança respiratória	6.1 Queda de saturação periférica durante a ingestão	() Não () Sim
	6.2 Alterações observáveis do padrão respiratório durante a refeição	() Não () Sim
	6.3 Necessidade de pausas frequentes para recuperar o fôlego	() Não () Sim
	6.4 Presença de dispositivos de suporte respiratório (IOT, TQT, CNAF)	() Não () Sim
7º critério. Ingestão alimentar	7.1 Volume ingerido reduzido em relação ao esperado ou prescrito	() Não () Sim
	7.2 Dificuldade em completar a refeição	() Não () Sim
	7.3 Tempo excessivamente prolongado de alimentação	() Não () Sim
	7.4 Recusa parcial ou total da alimentação durante a refeição	() Não () Sim

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3. Protótipo “Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono)”

Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono)

AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO PARA DISFAGIA

Síntese da avaliação e encaminhamentos clínicos:

- A conclusão da avaliação realizada por meio do IAAD-Fono deve basear-se na análise integrada dos critérios observados, considerando a presença ou ausência de alterações funcionais nos diferentes domínios avaliados durante a refeição;
- A partir dos critérios nos quais foram identificadas alterações funcionais, o fonoaudiólogo deverá descrever o perfil funcional da alimentação do paciente, destacando os domínios mais comprometidos e sua repercussão na segurança, eficiência, autonomia e experiência alimentar;
- Essa síntese clínica subsidia a definição de condutas terapêuticas, orientações ao paciente e ao cuidador, necessidade de ajustes no manejo da alimentação, bem como a indicação de avaliações complementares e encaminhamentos multiprofissionais, quando pertinentes;
- O IAAD-Fono não estabelece sistema de pontuação ou classificação de gravidade nesta etapa, devendo os achados serem interpretados de forma clínica e integrada. A definição de parâmetros classificatórios e a validação de sistemas de pontuação constituem etapas posteriores do desenvolvimento do instrumento.

Síntese clínica da avaliação:

Fonoaudiólogo(a):

CRFa:

Discussão

O desenvolvimento do protótipo do Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono) resultou de um processo analítico fundamentado nas evidências científicas identificadas na revisão integrativa e na análise crítica dos instrumentos existentes. Diferentemente dos instrumentos disponíveis, que se concentram na avaliação de componentes específicos da alimentação ou da deglutição de forma isolada, a ferramenta propõe a observação sistemática da alimentação enquanto atividade funcional contínua, realizada no contexto real da refeição e orientada pela integração clínica dos achados (WESTERGREN *et al.*, 2009; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.*, 2016; ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023).

Do mesmo modo, o protótipo IAAD-Fono não se limita à adaptação ou à ampliação direta de ferramentas previamente validadas, tendo sido concebido a partir da identificação de critérios recorrentes, lacunas conceituais e limitações operacionais observadas nos MEOF, DDS, KT Index e DAP. Esse processo permitiu não apenas mapear os domínios abordados, mas compreender como cada instrumento concebe a alimentação e quais são suas finalidades clínicas (WESTERGREN *et al.*, 2009; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.*, 2016; ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023).

A partir dessa análise, o protótipo IAAD-Fono foi elaborado com o propósito de estar alinhado às evidências que demonstram que a segurança e a eficiência da alimentação não dependem exclusivamente da integridade das fases da deglutição, mas também de fatores funcionais, comportamentais e contextuais que se manifestam durante a refeição (CRARY; MANN; GROHER, 2005; SURA *et al.*, 2012). A definição dos sete critérios que compõem o instrumento fundamentou-se, portanto, em sua relevância clínica, na possibilidade de observação direta durante a refeição e em seu impacto na tomada de decisão terapêutica, compondo um conjunto integrado de domínios essenciais para a avaliação funcional da alimentação em pacientes com disfagia (WESTERGREN *et al.*, 2009; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.*, 2016; ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023).

A condição funcional geral exerce papel transversal no desempenho alimentar, influenciando diretamente a segurança, a eficiência e a tolerância do paciente ao longo da refeição. A alimentação por via oral exige níveis adequados de alerta, resistência funcional e integração entre sistemas motores, sensoriais e respiratórios, de modo que alterações nesses

aspectos podem comprometer a coordenação entre mastigação, respiração e deglutição, mesmo na ausência de déficits estruturais ou biomecânicos significativos (FURKIM; SILVA, 1999). Evidências indicam que pacientes com redução do nível de alerta, fadiga precoce ou instabilidade clínica apresentam maior risco de eventos adversos durante a alimentação, o que reforça a necessidade de que esses elementos sejam sistematicamente considerados na avaliação funcional da alimentação (SANTANA *et al.*, 2014).

No protótipo IAAD-Fono, essa dimensão é contemplada por meio de indicadores observáveis durante a refeição, como estado de alerta inadequado para iniciar e manter a alimentação, presença de fadiga com prejuízo na continuidade da refeição e impacto negativo de medicações no desempenho alimentar, incluindo sedação, xerostomia e náusea. A observação desses aspectos permite ao fonoaudiólogo identificar situações em que a dificuldade alimentar não decorre exclusivamente da fisiologia da deglutição, mas da baixa prontidão funcional do paciente para sustentar o ato alimentar. Esse olhar integrado favorece decisões clínicas mais seguras quanto ao momento adequado para oferta alimentar, à necessidade de pausas, ajustes no ritmo da refeição ou, quando indicado, à reavaliação da via oral (PADOVANI *et al.*, 2007; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.*, 2016).

A postura e o posicionamento durante a alimentação configuram-se como elementos estruturantes da avaliação funcional, com impacto direto sobre a estabilidade corporal, o controle oral do bolo alimentar e a proteção das vias aéreas. O alinhamento adequado de cabeça, pescoço e tronco favorece a organização motora do ato alimentar, reduz o esforço envolvido na mastigação e na deglutição e contribui para uma coordenação mais eficiente entre respiração e ingestão. Em contrapartida, desalinhamentos posturais e instabilidade de tronco estão associados a maior risco de engasgos, penetração e aspiração, além de interferirem negativamente no ritmo e na tolerância à refeição, podendo mascarar ou potencializar dificuldades alimentares (REDSTONE; WEST, 2004; PAIXÃO, 2009; ALGHADIR *et al.*, 2017; GARRIDO, 2021).

Esses aspectos são observados, no contexto do IAAD-Fono, por meio de indicadores como alinhamento inadequado de cabeça e pescoço, instabilidade de tronco, necessidade de suporte externo para manutenção da postura e dificuldade em sustentar posicionamento funcional ao longo da refeição. A análise sistemática desses elementos permite identificar barreiras posturais que comprometem a segurança e a eficiência da alimentação, orientando intervenções imediatas, como ajustes de posicionamento, uso de suportes ou modificação do ambiente da refeição, além de sinalizar a necessidade de articulação com outros profissionais

da equipe (TELLES; MACEDO, 2008; WESTERGREN *et al.*, 2009; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.*, 2016; STEENHAGEN; MOTTA, 2019; ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023).

O manuseio funcional dos utensílios representa um componente essencial da eficiência e da segurança do ato alimentar, uma vez que a alimentação por via oral pressupõe habilidades motoras finas, coordenação visomotora e controle postural suficientes para conduzir o alimento do recipiente até a boca de forma funcional. Alterações nesse domínio podem comprometer a continuidade da refeição, aumentar o tempo de alimentação e gerar perdas frequentes de alimentos ou líquidos, impactando negativamente a ingestão efetiva, mesmo quando a fisiologia da deglutição se encontra relativamente preservada (CARRUTH; SKINNER, 2002; CARDOSO, 2010; REMIJIN *et al.*, 2019).

No instrumento proposto, essa dimensão é observada a partir de indicadores como dificuldade para segurar ou conduzir utensílios até a boca, uso inadequado de talheres, copos, canudos ou recipientes, derramamento frequente de alimentos ou líquidos, lentidão excessiva no manuseio dos utensílios e presença de tremor ou incoordenação interferindo na alimentação. A identificação desses sinais subsidia decisões quanto à adaptação de utensílios, ajustes no ambiente da refeição ou encaminhamentos complementares, além de contribuir para diferenciar limitações primariamente motoras de alterações relacionadas à deglutição, qualificando o raciocínio clínico e a condução terapêutica (GENARO *et al.*, 2009; FELIPPE, 2013; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023).

A alimentação também se configura como uma atividade funcional complexa do ponto de vista cognitivo, comportamental e emocional. Aspectos relacionados à autonomia e ao comportamento alimentar envolvem planejamento da ação, regulação do ritmo, atenção sustentada, engajamento e resposta emocional ao contexto da refeição. Alterações nesses domínios podem comprometer a segurança e a eficiência alimentar, mesmo quando a execução isolada das fases da deglutição se encontra preservada, estando associadas a maior dependência funcional, menor adesão às orientações terapêuticas e aumento do risco de eventos adversos (MORAES, 2014; CAPELARI, 2017; XAVIER, 2020; ANDRADE; DE ANDRADE, 2022).

No protótipo IAAD-Fono, esses aspectos são contemplados por meio da observação de indicadores como necessidade de assistência ou supervisão constante, dificuldade em organizar a sequência das ações, ritmo alimentar inadequado, desatenção durante o processo alimentar, necessidade frequente de pistas ou lembretes, além de manifestações de desconforto, ansiedade

ou redução do engajamento durante a refeição. A análise desses indicadores permite identificar barreiras comportamentais e funcionais que interferem na segurança, na eficiência e na tolerância ao processo alimentar, ampliando a compreensão da alimentação como experiência funcional e subjetiva, para além da análise estritamente biomecânica da deglutição (WESTERGREN *et al.*, 2009; HANSON *et al.*, 2011; LIU; CHEON; THOMAS, 2014; SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.*, 2016; ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023).

O manejo dietético e o uso de estratégias de alimentação constituem pilares centrais do cuidado clínico à disfagia, com impacto direto sobre a segurança e a eficiência da alimentação por via oral. A adequação da consistência, do volume e das estratégias compensatórias influencia a organização do bolo alimentar, a coordenação entre mastigação e deglutição e a proteção das vias aéreas, estando associada à redução de engasgos, penetração e aspiração, além de favorecer maior conforto durante a refeição (SPEYER *et al.*, 2010; CICHERO *et al.*, 2017).

Esses elementos são observados no IAAD-Fono por meio de indicadores como dificuldade na aceitação da consistência prescrita ou adotada, presença de engasgos ou tosse com a consistência ofertada, necessidade frequente de ajuste de volume, modificação espontânea da consistência ou do volume pelo paciente e presença de tosse ou pigarro antes, durante ou após a alimentação. A observação sistemática desses indicadores permite avaliar a efetividade prática das orientações dietéticas e realizar ajustes imediatos no manejo da alimentação, contribuindo para refeições mais seguras, eficientes e individualizadas (SHEPPARD; HOCHMAN; BAER, 2014; MAEDA *et al.*, 2016; MALHI, 2016; WU; MILES; BRAAKHUIS, 2021; ALEX; LINDH; PALMCRANTZ, 2023).

A condição e a segurança respiratória constituem marcadores clínicos centrais de risco durante a alimentação por via oral. A coordenação eficiente entre respiração e deglutição é essencial para a proteção das vias aéreas, e alterações nesse equilíbrio estão fortemente associadas à ocorrência de aspiração e complicações pulmonares. A observação sistemática desse domínio possibilita a identificação de comprometimentos funcionais relevantes durante a refeição, mesmo na ausência de sinais evidentes de engasgo (CLAVÉ; SHAKER, 2015; XU *et al.*, 2024).

No instrumento proposto, essa dimensão é avaliada por meio de indicadores como queda de saturação periférica de oxigênio durante a ingestão, alterações do padrão respiratório, necessidade de pausas frequentes para recuperação do fôlego e presença de dispositivos de

suporte respiratório. A análise integrada desses sinais subsidia decisões clínicas imediatas quanto à continuidade da via oral, ajustes no ritmo ou interrupção da refeição, reforçando a interface entre segurança alimentar e estabilidade clínica (MARTIN *et al.*, 1994; MAEDA *et al.*, 2016; POULSEN *et al.*, 2021; ALEX; LINDH; PALMCRAANTZ, 2023).

Por fim, a ingestão alimentar representa o desfecho funcional do processo alimentar ao longo da refeição, refletindo a capacidade do paciente de sustentar a alimentação por via oral de forma eficiente e tolerável. A ingestão efetiva resulta da interação entre fatores funcionais, respiratórios, comportamentais e contextuais, manifestando-se progressivamente durante a refeição (WESTERGREN *et al.*, 2001; CHOU *et al.*, 2023).

Essa dimensão é observada por meio de indicadores como volume ingerido reduzido em relação ao esperado ou prescrito, dificuldade em completar a refeição, tempo excessivamente prolongado de alimentação e recusa parcial ou total da alimentação. A análise desses aspectos permite identificar limitações na tolerância funcional à alimentação e riscos nutricionais e hídricos, reforçando a importância de uma avaliação que considere não apenas a segurança imediata, mas também a sustentabilidade da via oral ao longo do tempo (WESTERGREN *et al.*, 2009; ABBOTT *et al.*, 2013; MAEDA *et al.*, 2016).

A etapa de síntese da avaliação e encaminhamentos clínicos, incorporada ao protótipo IAAD-Fono, explicita que a avaliação da alimentação deve ser interpretada de forma integrada, e não como a soma isolada de critérios. Ao preservar o raciocínio clínico do fonoaudiólogo como eixo central da tomada de decisão, o instrumento favorece a descrição do perfil funcional da alimentação, a definição de condutas terapêuticas, a orientação ao paciente e ao cuidador e a indicação de encaminhamentos multiprofissionais, quando pertinentes (MIRANDA, 2021; MELO *et al.*, 2022; VICENTE, 2025).

A opção por não estabelecer, nesta etapa, sistema de pontuação ou classificação de gravidade reforça o caráter clínico do protótipo IAAD-Fono, reconhecendo que a definição de escores pressupõe etapas subsequentes de validação psicométrica. Ao priorizar a integração dos achados e a interpretação clínica, o instrumento evita simplificações excessivas do processo alimentar e preserva sua complexidade, ao mesmo tempo em que abre perspectivas para estudos futuros de validação e refinamento (BAYER *et al.*, 2023).

No que se refere ao momento de aplicação do IAAD-Fono, o protótipo foi concebido para integrar o fluxo de avaliação fonoaudiológica da disfagia de forma complementar. O instrumento não se destina à triagem inicial nem à substituição da avaliação clínica da

deglutição ou dos exames instrumentais, mas à aplicação subsequente à definição da via e da consistência alimentar consideradas seguras. Nesse contexto, o instrumento permite aprofundar a compreensão do desempenho alimentar do paciente em situação real de refeição, oferecendo subsídios para a análise funcional da alimentação após a identificação do risco e a caracterização inicial da disfagia. Essa posição estratégica no fluxo assistencial contribui para uma avaliação mais abrangente e fechamento do diagnóstico clínico, ao deslocar o foco exclusivo da segurança da deglutição para a observação integrada de como o paciente se alimenta, sustentando decisões clínicas mais refinadas e individualizadas (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2024).

Nesse sentido, a aplicação do IAAD-Fono permite caracterizar de forma mais precisa o impacto funcional da disfagia sobre a alimentação cotidiana, favorecendo a distinção entre limitações primariamente relacionadas à biomecânica da deglutição e aquelas decorrentes de fatores funcionais, comportamentais, respiratórios ou contextuais. Essa abordagem contribui para um diagnóstico mais abrangente, alinhado à complexidade clínica da disfagia e às demandas reais do paciente no momento da refeição.

Embora o instrumento tenha sido concebido e desenvolvido para a população adulta, em consonância com os critérios de inclusão da revisão integrativa que fundamentou este estudo, seus domínios avaliativos contemplam aspectos transversais ao processo alimentar, descritos na literatura em diferentes faixas etárias. Elementos como postura, autonomia, comportamento alimentar, manejo de utensílios, segurança respiratória e tolerância funcional à refeição são igualmente relevantes em populações pediátricas, geriátricas e em indivíduos com condições neurológicas diversas, sugerindo a possibilidade de adaptação futura do instrumento para outros grupos etários.

Ademais, o protótipo IAAD-Fono favorece sua aplicação em contextos que refletem de forma mais fidedigna a alimentação real do paciente, como ambientes domiciliares e institucionais, incluindo o uso de registros em vídeo da refeição. Essa possibilidade amplia a avaliação, especialmente em situações nas quais o desempenho alimentar observado no contexto ambulatorial não reproduz adequadamente a rotina do paciente, além de abrir perspectivas para aplicações em telessaúde, monitoramento longitudinal e pesquisas futuras voltadas à adaptação e validação do instrumento em diferentes cenários assistenciais.

Conclusão

A construção do protótipo do Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono) permitiu desenvolver uma ferramenta voltada à avaliação funcional da alimentação em pacientes adultos em processo de diagnóstico de disfagia, baseada na observação sistematizada do desempenho alimentar em contexto real. A partir da revisão integrativa e da análise crítica dos instrumentos existentes, foram organizados, em um único instrumento, critérios que contemplam de forma integrada dimensões motoras, respiratórias, cognitivas, comportamentais e funcionais que influenciam a segurança, a eficiência e a tolerância da alimentação ao longo da refeição.

O protótipo IAAD-Fono configura-se como uma ferramenta prática, fundamentada em evidências e alinhada às demandas da prática clínica fonoaudiológica, ao ampliar a avaliação para além da deglutição isolada e centralizar a análise na funcionalidade da alimentação. Ao preservar o julgamento clínico e não estabelecer sistema de pontuação nesta etapa, o instrumento estabelece bases conceituais para estudos futuros de validação, refinamento dos critérios e definição de parâmetros classificatórios, com potencial de impacto na qualificação da avaliação da alimentação e no cuidado às pessoas com disfagia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação resultou no desenvolvimento do protótipo do Instrumento de Avaliação da Alimentação para Disfagia (IAAD-Fono), concebido como uma ferramenta alinhada às lacunas identificadas na literatura e às demandas da prática fonoaudiológica na avaliação funcional da alimentação em pacientes adultos em processo de diagnóstico de disfagia. Ao propor a organização sistemática de critérios clínicos observáveis durante a refeição, o estudo amplia a compreensão da alimentação para além da deglutição isolada, valorizando sua dimensão funcional, contextual e comportamental.

Reconhece-se que a incorporação do IAAD-Fono ao contexto assistencial requer etapas metodológicas subsequentes, voltadas ao refinamento e à validação do instrumento. Nesse sentido, recomenda-se a realização da validação de conteúdo por meio do método *e-Delphi* modificado, estratégia que possibilita o julgamento sistemático da clareza, pertinência e relevância clínica dos critérios avaliativos por especialistas, contribuindo para o fortalecimento da validade de conteúdo e subsidiando investigações posteriores relacionadas à confiabilidade e à aplicabilidade clínica.

No que se refere à transferência de tecnologia, o IAAD-Fono configura-se como uma tecnologia assistencial de natureza organizacional, voltada à qualificação da prática clínica fonoaudiológica. Sua proposta fundamenta-se na sistematização do raciocínio clínico e na padronização da observação funcional da alimentação em contexto real, favorecendo sua incorporação progressiva às rotinas de avaliação e acompanhamento de pacientes com disfagia em diferentes cenários assistenciais. As etapas de validação e refinamento metodológico integram esse processo de transferência, ampliando sua aceitabilidade e potencial de disseminação nos serviços de saúde.

Espera-se que, a partir dessas etapas, o IAAD-Fono contribua para a sistematização da avaliação funcional da alimentação, apoie a tomada de decisão clínica e fortaleça a comunicação entre profissionais, qualificando o manejo clínico de pacientes com disfagia e promovendo práticas assistenciais mais integradas, seguras e centradas na pessoa.

REFERÊNCIAS

- ABBOTT, R. A. et al. Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: A systematic review and meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, v. 12, n. 4, p. 967-981, 2013.
- ALEX, A.; LINDH, M. G.; PALMCRAANTZ, S. Assessing eating and swallowing in adults born with intellectual and motor disabilities: face and content validity of a Swedish translation of the Dysphagia Assessment Package. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 67, n. 11, p. 1174–1189, 2023.
- ALGHADIR, A. H. et al. Effect of posture on swallowing. **Afr Health Sci.** vol. 17, n. 1, p. 133-137, 2017.
- ALLEN, J. et al. Economic costs of dysphagia among hospitalized patients. **The Laryngoscope**, v. 130, n. 4, p. 974-979, 2020.
- ALMEIDA, D. P. R. de et al. Evidências de validade de critério concorrente e preditiva de um instrumento de triagem de disfagia orofaríngea. **CoDAS**, v. 35, n. 3, 2024.
- ANDRADE, L. C. O. R.; DE ANDRADE, F. C. G. Estimulação de funções executivas de idosos com comprometimento cognitivo leve: uma revisão integrativa: Stimulation of executive functions in elderly individuals with mild cognitive impairment: an integrative review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 5, p. 19099-19113, 2022.
- AYRES, A.; JACINTO-SCUDEIRO, L. A.; OLCHIK, M. R. Instrumentos de avaliação clínica para disfagia orofaríngea na doença de Parkinson: revisão sistemática. **Audiology-Communication Research**, v. 22, p. e1814, 2017.
- BARBOSA, E. A. et al. **Manual Prático de Cuidados Paliativos em Fonoaudiologia**. São Paulo: Thieme Revinter, 2021.
- BAYNE, D. F.; SHUNE, S. E. A Biopsychosocial Model of Mealtime Management in Persons with Dementia, an Asset-Based Approach to Patient-Centered Care. **Geriatrics**, v. 7, n. 5, p. 112, 2022.
- BAYER, J. et al. Concordância da avaliação da via alimentar entre fonoaudiólogo e médico baseado na escala FOIS: coorte retrospectiva. **Distúrbios da Comunicação**, v. 35, n. 4, 2023.
- BELAFSKY, P. C. et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). **Annals of Otology, Rhinology & Laryngology**, v. 117, n. 12, p. 919–924, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 2013.
- CAPELARI, S. **Prevalência de disfagia e fatores associados avaliados em idosos institucionalizados de dois municípios do Sul de Brasil**. 2017. Monografia – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017.
- CARDOSO, M. C. A. F. et al. O papel da fonoaudiologia e da terapia ocupacional na reabilitação do processo de alimentação do idoso. **Atualizações em geriatria e gerontologia III: nutrição e envelhecimento**, p. 251, 2010.

CARDOSO, T. T.; LUCHESI, K. F. As dificuldades no atendimento aos indivíduos com doenças neurodegenerativas: o fonoaudiólogo e a equipe multiprofissional. **Audiology-Communication Research**, v. 24, p. e2063, 2019.

CARRUTH, B. R.; SKINNER, J. D. Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2-24 months). **J Am Coll Nutr**. v. 21, n. 2, p. 88-96, 2002.

CHAE, Y.; LEE, I. Central Regulation of Eating Behaviors in Humans: Evidence from Functional Neuroimaging Studies. **Nutrients**, v. 15, n. 13, p. 3010, 2023.

CHOU, KR et al. A comprehensive assessment of oral health, swallowing difficulty, and nutritional status in older nursing home residents. **Scientific Reports**, v. 13, n. 199914, 2023.

CHU, Y. H., et al. Effectiveness of diet modification on dietary nutrient intake, aspiration, and fluid intake in adults with dysphagia: A meta-analysis. **J Nutr Health Aging**, v. 29, n.4, 2025.

CICHERO, J. 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.

CLAVÉ, P.; SHAKER, R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, v. 12, n. 5, p. 259-270, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (Brasil). **Cartilha de atuação fonoaudiológica na disfagia**. Brasília, DF: Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2024. Disponível em: <https://crefono6.org.br/wp-content/uploads/2024/03/Cartilha-Atuacao-fonoaudiologica-na-disfagia-site-1.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa). **Diretrizes sobre a atuação fonoaudiológica nos distúrbios alimentares pediátricos**. Brasília, DF: CFFa, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições. Brasília, DF: CFN, 2018. Disponível em: http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm. Acesso em: 05 set. 2025.

CORDIER, R. et al. Reliability and Validity of Non-Instrumental Clinical Assessments for Adults with Oropharyngeal Dysphagia: A Systematic Review. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 2, 2023.

COSTA, A. L. S.; POLAK, C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 817-826, 2009.

CRARY, M. A.; MANN, G. D. C.; GROHER, M. E. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 86, n. 8, p. 1516–1520, 2005.

CRARY, M. A.; MANN, G. D. C.; GROHER, M. E. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 86, n. 8, p. 1516-1520, 2005.

- DE CARVALHO, B. A. S.; DE LIMA NUNES, E. Atuação fonoaudiológica nas disfagias neurogênicas por Doença de Alzheimer. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 1, p. e13113144860-e13113144860, 2024.
- DENG, W. et al. The Management of Sarcopenic Dysphagia: A Multidisciplinary Approach Leveraging Emerging Technologies. **Aging Dis**, v.16, n.5, p.2752-2769, 2024.
- DEWAN, K. Oral and Pharyngeal Dysphagia in Adults. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 57, n. 4, p. 541-550, 2024.
- DOS SANTOS, R. L.; JÚNIOR, J. S. V. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.
- DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L. de; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.
- DUNCAN, S. et al. How Much Does Dysphagia Cost? Understanding the Economic Burden of Stroke-Related Dysphagia. **Dysphagia**, v.59, p. 57-67, 2025.
- ETGES, C. L. et al. Instrumentos de rastreio em disfagia: uma revisão sistemática. **CoDAS**, v. 26, n. 5, p. 343.
- FELIPPE, L. A. **Funções executivas, atividades de vida diária e habilidade motora de idosos com doenças neurodegenerativas**. 2013.
- FERNANDES, H. R. et al. Avaliação da deglutição e indicadores clínicos associados em crianças com paralisia cerebral. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 1-7, 2021.
- FURKIM, A. M.; SACCO, A. B. de F. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. **Revista CEFAC**, v. 10, n. 4, p. 503–512, 2008.
- FURKIM, A. M.; SILVA, R. G. Programas de Reabilitação em Disfagia Orofaríngea. rev. **São Paulo: Frôntis Editorial**, 1999.
- GARRIDO, E. **A importância da alimentação em Paralisia Cerebral**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade do Porto, Porto, 2021.
- GASPARIM EL GHARIB, A. Z.; DANTAS, R. O. Cross-Sectional Study of Swallowing Phases in Cases of Megaesophagus Caused by Chagas Disease. **Gastroenterology Research**, v. 14, n. 5, p. 290-295, 2021.
- GENARO, K. F. et al. Avaliação miofuncional orofacial: protocolo MBGR. **Rv. CEFAC**, v. 11, n. 2, p. 237-255, 2009.
- GENEHR, S. S. et al. Estado nutricional e sinais de disfagia em idosos institucionalizados. **Revista de Nutrição Clínica e Dietética**, v. 10, n. 2, p. 45-54, 2024.
- GONÇALVES, M. I. R.; REMAILI, C. B.; BEHLAU, M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool-EAT-10. In: **Codas**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2013. p. 601-604.

- GRANGER, C. V. et al. Performance profiles of the functional independence measure. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 74, n. 1, p. 84-91, 1993.
- HANSON, L. C. et al. Opções de alimentação oral para pessoas com demência: uma revisão sistemática. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 59, n. 3, p. 463-472, 2011.
- JUNIOR H. V. M. et al. Rastreio de disfagia orofaríngea em idosos: uma revisão sistemática de questionários de autorrelato. **Gerontologia**, 2018.
- KLAKFE, J. et al. Fisiologia da mastigação e deglutição. **Ação Odonto**, v. 2, n. 2, p. 121-130, 2018.
- LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). **Cadernos de saúde publica**, v. 24, p. 103-112, 2008.
- LIU, W.; CHEON, J.; THOMAS, S. A. Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia: a systematic review. **International journal of nursing studies**, v. 51, n. 1, p. 14-27, 2014.
- LOGEMANN, J. A. *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*. 2. ed. Austin: **Pro-Ed**, 1998.
- MACHADO, M. **A relação do β -caroteno, estresse oxidativo e resposta inflamatória em adultos e idosos com disfagia orofaríngea: um estudo transversal**. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.
- MAEDA, K. et al. Reliability and validity of a simplified comprehensive assessment tool for feeding support: Kuchi-Kara Taberu Index. **Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)**, 2016.
- MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, v. 14, p. 61-65, 1965.
- MALHI, H. Dysphagia: warning signs and management. **British Journal of Nursing**, v. 25, n. 10, p. 546-549, 2016.
- MANN, G. **MASA: The Mann Assessment of Swallowing Ability**. New York, NY: Singular, 2002.
- MARTIN, B. J. et al. Coordination between respiration and swallowing: respiratory phase relationships and temporal integration. **Journal of applied physiology**, v. 76, n. 2, p. 714-723, 1994.
- MCHORNEY, C. A. et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for dysphagia researchers and clinicians. **Dysphagia**, v. 17, n. 2, p. 97-109, 2002.
- MELO, C. C. et al. Desfechos de deglutição e alimentação associados à intubação orotraqueal prolongada em crianças. **Audiology - Communication Research**, v. 27, 2022.
- MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010.

- MIRANDA, V. B. de. **Modificação da consistência alimentar, nível de aceitação, de hidratação e estado nutricional em indivíduos disfágicos após acidente vascular cerebral**. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2021.
- MONTI, C. et al. Clinical and Economic Impact in Dysphagia Management: A Preliminary Economic Evaluation for the WeanCare-Dysphageal Approach. **Nutrients**, v. 17, n. 20, p. 3259, 2025.
- MORAES, R. W. **Determinantes e construção do comportamento alimentar: uma revisão narrativa da literatura**. 2014.
- MOREIRA, M. J. S. et al. Fonoaudiologia, conflitos decisórios e pacientes disfágicos: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 29, n. 3, p. 555-565, 2021.
- NUNES, N. R. et al. Aceitação da alimentação por via oral e risco para disfagia em adultos e idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, 2024.
- O'NEIL, K. H. et al. The Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS). **Dysphagia**, v. 14, p. 139–145, 1999.
- OLIVEIRA, G. D. et al. **Elaboração e validação do questionário de rastreamento de disfagia aplicado aos cuidadores de idosos com demência (RaDID-QC)**. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.
- OLIVEIRA, G. D. et al. Screening for dysphagia in older people with dementia: evidence of validity based on internal structure and reliability of the caregiver questionnaire – RaDID-QC. **Clinics (São Paulo)**, v. 79, p. 100440, 2024.
- OLIVEIRA, L. S. et al. Oropharyngeal dysphagia and quality of life in elderly people. **Revista CEFAC**, v. 25, n. 1, 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**. Lisboa: 2004.
- PADOVANI, A. R. et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). **Revista da sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 12, p. 199-205, 2007.
- PAGE, M. J. et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **Revista panamericana de salud publica**, v. 46, p. e112, 2022.
- PAIXÃO, C. T. **Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral: contribuições do enfermeiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- PAIK, J. K. Evaluation and standardized dietary strategies for dysphagia in older adults: a narrative review. **Korean Journal of Community Nutrition**, v. 30, n. 5, p. 323–330, out. 2025.
- PALAZZO, C. C. **Sensorialidade e consciência nas experiências alimentares: um estudo de intervenção**. 2023. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.
- PARK, J.W. et al. Effects of texture properties of semi-solid food on the sensory test for pharyngeal swallowing effort in older adults. **BMC Geriatrics**, v. 20, art. 493, 2020.

PASSOS, K. O. et al. Associação entre escalas de avaliação de funcionalidade e severidade da disfagia pós-acidente vascular cerebral. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 2, p. 200-207, 2017.

PEDRONI, L. A. L. **Percepção de indivíduos adultos perante modificação na consistência da dieta no manejo da disfagia orofaríngea**. 2023. Dissertação (Mestrado) — Universidade Estadual Paulista (UNESP), São Paulo, 2023.

PERRIN, S. et al. **Dispositif de suivi de l'alimentation et de l'hydratation d'un utilisateur**. Inventores: Stéphane Perrin, et al. FR3129583A1. Depósito: 10 nov. 2021. Publicação: 19 maio 2023. Disponível em: <https://worldwide.espacenet.com/patent/search/family/081927618/publication/FR3129583A1?q=FR3129583A1>. Acesso em: 5 jul. 2025.

PORTAS, J. G. **Validação para a língua portuguesa-brasileira dos questionários: qualidade de vida em disfagia (SWAL-QOL) e satisfação do paciente e qualidade do cuidado no tratamento da disfagia (SWAL-CARE)** / Brazilian-portuguese validation of the questionnaires: quality of life in swallowing disorders (SWAL-QOL) and quality of care and patient satisfaction (SWAL-CARE). 2009. 58 p., 2009.

POULSEN, S. H. et al. Signs of dysphagia and associated outcomes regarding mortality, length of hospital stay and readmissions in acute geriatric patients: Observational prospective study. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 45, p. 412-419, 2021.

POWER, T. G. et al. Observed and self-reported assessments of caregivers' feeding styles: Variable- and person-centered approaches for examining relationships with children's eating behaviors. **Appetite**, v. 1, n. 130, p. 174-183, 2018.

RAJATI, F. et al. The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Translational Medicine**, v. 20, n. 1, p. 1-18, 2022.

RAMA, C. G. Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento Feeding/Swallowing Impact Survey (FS-IS) para a língua portuguesa do Brasil. 2020.

REDSTONE, F.; WEST, J. F. The importance of postural control for feeding. **Pediatr Nurs.** vol. 30, n. 2, p. 97-100.

REMIJIN, L. et al. Hand motor skills affect the intake of finger foods in toddlers (12–18 months). **Food Quality and Preference**, v. 74, p. 142-146, 2019.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72–76, 2001.

RIVELSRUD, M. C. et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in adults in different healthcare settings: a systematic review and meta-analyses. **Dysphagia**, v. 38, n. 1, p. 76-121, 2023.

ROCHA, A. D. F. et al. Autoavaliação do risco de disfagia e níveis de ingestão oral em pacientes oncológicos hospitalizados. **CoDAS**, v. 37, n. 1, 2025.

ROCHA-FILHO, César Ramos; CARDOSO, Thaissa Costa; DEWULF, Nathalie de Lourdes Souza. **Método e-Delphi modificado: um guia para validação de instrumentos avaliativos na área da saúde**. Curitiba: Brazil Publishing, 2019.

ROSENBEK, J. C. et al. A penetration-aspiration scale. **Dysphagia**, v. 11, n. 2, p. 93–98, 1996.

SANTANA, L. et al. Critérios para avaliação clínica fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 524-536, 2014.

SANTOS, B. N. L. **Proposta de instrumento de triagem para disfagia em idosos com a síndrome da fragilidade**. 2024. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2024.

SANTOS, B. S. et al. Caracterização da deglutição de idosos com demência. **CoDAS**, v. 37, 2025.

SANTOS, C. G. et al. Valores y Creencias Relacionados con la Alimentación Oral en Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 70, p. e-194505, 2024.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.V *Confiabilidade da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária*. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 3, p. 468–478, 2008.

SARAIVA, A. O. M. **As inter-relações: disfagia, nutrição e fonoaudiologia em idosos**. 2012. Monografia - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2012.

SHEPPARD, J. J.; HOCHMAN, R.; BAER, C. The Dysphagia Disorder Survey: validation of an assessment for swallowing and feeding function in developmental disability. **Research in Developmental Disabilities**, v. 35, p. 929–942, 2014.

SHERMAN, V. et al. **Feeding and swallowing impairment in children with stroke and unilateral cerebral palsy: a systematic review**. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 61, n. 7, p. 761–769, 2018.

SILVA, M. M. et al. Deglutição e qualidade de vida em indivíduos com síndrome Pós-Covid-19. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 17, n. 1, 2025.

SILVA, R. G. et al. Protocolo para controle de eficácia terapêutica em disfagia orofaríngea neurogênica (PROCEDON). **Revista CEFAC**, v. 12, n. 1, p. 75-81, 2010.

SILVA, R. G. et al. Estudo multicêntrico sobre escalas para grau de comprometimento da disfagia orofaríngea. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 17, n. 4, p. 385-390, 2012.

SILVA, T. O. et al. Utilização do International Dysphagia Diet Standardization Initiative (IDDSI) na avaliação de pacientes com disfagia orofaríngea: uma revisão narrativa. **Distúrbios da Comunicação**, v. 36, n. 3, e65697, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA (SBFA). **Diretriz - Atuação Fonoaudiológica em Deglutição de Pacientes Traqueostomizados**. São Paulo: SBFA, 2024. Disponível em: <https://www.sbfa.org.br/portal2017/pdf/diretriz-atuacao-fonoaudiologica-em-degluticao-de-pacientes-traqueostomizados-sbfa-cffa-amib-20240918.pdf>. Acesso em: set. 2024.

SONG, J. M. Dysphagia and quality of life: A narrative review. **Annals of Clinical Nutrition & Metabolism**, v. 16, n. 2, p. 43–48, 2024.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

SPEYER, R. et al. Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review. **Dysphagia**, v. 25, n. 1, p. 40-65, 2010.

SPEYER, R. et al **Prevalence of drooling, swallowing, and feeding problems in cerebral palsy across the lifespan: a systematic review and meta-analyses**. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 61, n. 11, p. 1249–1258, 2019.

STEENHAGEN, C. H. V. A.; MOTTA, L. B. Deglutição e envelhecimento: enfoque nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 9, p. 89-100, 2019.

SURA, L. et al. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. **Clinical Interventions in Aging**, p. 287-298, 2012.

TAKIZAWA, C. et al. A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. **Dysphagia**, v. 31, n. 3, p. 434–441, 2016.

TELLES, M.; MACEDO, C. S. Relação entre desenvolvimento motor corporal e aquisição de habilidades orais. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, p. 117-122, 2008.

THONG, T. H. et al. Cost analysis of post-stroke dysphagia during acute hospitalisation: a cross-sectional study in Vietnam. **BMJ Open**, v. 15, n. 10, 2025.

TRAPL, M. et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. **Stroke**, v. 38, n. 11, p. 2948–2952, 2007.

TURRINI, A. et al. Perspectives of Dietary Assessment in Human Health and Disease. **Nutrients**, v. 14, n. 4, p. 830, 2022.

VERGAUWEN, A. et al. Head and neck cancer survivors' assessment of mealtimes: translation and validation – assessment and rehabilitation of dysphagia in head and neck cancer patients. **Dysphagia**, 2024.

VICENTE, G. C. **Orientação Nutricional na Disfagia: Manual para o portador e cuidador**. Univassouras, 2025. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/PT/article/view/5483>. Acesso em: 21 nov. 2025.

WANG, X. et al. Rheology, texture and swallowing characteristics of a texture-modified dysphagia food prepared using common supplementary materials. **Foods**, v. 12, n. 12, p. 2287, 2023.

WESTERGREN, A. et al. Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. **J. Clin Nurs**, v. 10, n. 2, p. 57-69, 2001.

WESTERGREN, A. et al. Minimal Eating Observation Form: reliability and validity. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 13, n. 1, p. 6–8, 2009.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

WU, X. S.; MILES, A.; BRAAKHUIS, A. J. Texture-modified diets, nutritional status and mealtime satisfaction: A systematic review. In: **Healthcare**. MDPI, 2021. p. 624.

XAVIER, J. S. **Frequência de alterações clínicas da deglutição e fatores associados em idosos institucionalizados**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

XU, X. et al. Coordination between respiration and swallowing in patients with dysphagia after cervical spinal cord injury: an observational case–control study. **American Journal of Speech-Language Pathology**, v. 33, n. 5, p. 2572-2581, 2024.

ZHANG, L. et al. Evaluation of the performance of screening tools for dysphagia in older adults: A diagnostic meta-analysis. **Geriatr Nurs**. v. 61, p. 629-641.

ZHU, R. et al. From prediction of personalized metabolic responses to personalized nutrition. **Clinical Nutrition**, v. 55, p. 11-23, 2025.

ZICA, G. M.; GONÇALVES, M. I. R.. “Padrão-ouro” no estudo da disfagia: avaliação clínica da deglutição, exames instrumentais e inteligência artificial. **Revista CEFAC**, v. 27, p. e7125, 2025.