

Disfagia, Vias Alternativas de Alimentação e suas Implicações na Vida do Sujeito

Camila Maria Estanislau Duarte
Luciana Picanço Pereira
Ronara Nepomuceno da Silva

1 Introdução

A Fonoaudiologia é uma ciência que vem se expandindo e crescendo ao longo dos anos e se fortalecendo em suas diversas áreas de atuação. Definimos o Fonoaudiólogo como um profissional da saúde autônomo que promove previne e trata a saúde, por meio da avaliação e diagnóstico, aplicando as terapias, orientando os pacientes e seus familiares.

Com o avançar da ciência surge uma nova Fonoaudiologia, o profissional deixa de ser um mero técnico aplicador de exercícios que aprendeu durante a formação e passa a ser um pesquisador pensante e criativo, tornando-se necessário em diversos ambientes antes desconhecidos para a profissão, como o ambiente hospitalar, a atuação à beira do leito, pois o mercado necessitava de profissionais mais qualificados, e diante desta demanda em 1996 surge o primeiro curso de especialização em Fonoaudiologia Hospitalar oferecido pelo CEFAC (HERNANDEZ; MARCHESAN, 2001).

Podemos definir Fonoaudiologia Hospitalar segundo Luz (1999), como a área da Fonoaudiologia que atua com o paciente no leito de maneira preventiva e precoce procurando evitar ou minimizar as sequelas que a patologia base possa deixar. É entendida também como as funções atribuídas ao profissional, atuando em berçário de médio risco, alojamento conjunto, UTI, unidade de AVC e enfermarias no geral, tem como atribuições avaliar, definir juntamente com a equipe a melhor via de alimentação naquele quadro, eliminar o risco de bronco aspiração e agilizar a alta do paciente (PELEGRINI, 1999).

Segundo Tubero (2003), dentre as patologias atendidas pelo fonoaudiólogo uma das mais recorrentes é a disfagia, que é caracterizada por um sintoma relacionado com qualquer alteração no ato de engolir que dificulte ou impeça a ingestão oral segura, eficiente e confortável. A disfagia pode resultar de uma alteração anatômica ou funcional que ocorre no transporte do alimento até o estômago. O indivíduo disfágico está privado de alimentar-se como tem costume, sobretudo se o mesmo está hospitalizado, na maioria das vezes encontra-se utilizando uma via alternativa de alimentação, esta via pode ser temporária ou permanente

e o fonoaudiólogo é o profissional que reabilita essa privação alimentar. (SOUSA et al., 2000).

Esta pesquisa tem como objetivo correlacionar disfagia e a teoria das representações sociais, estabelecendo um paralelo entre a teoria e o sofrimento dos indivíduos disfágicos, que necessitam de uma via alternativa de alimentação. Trata-se de uma revisão bibliográfica, onde será utilizado como referencial teórico a teoria das representações sociais.

2 Desenvolvimento

2.1 Metodologia

Realizamos uma revisão de literatura em banco de dados da área de saúde e ciências sociais, além de livros e dissertação de mestrado com base nos descritores: deglutição, disfagia e representação social, em seguida analisamos alguns sentidos do sofrimento de estar hospitalizado, que implicava diretamente na qualidade de vida do sujeito, à luz de níveis de representações sociais, segundo Minayo (1995).

2.2 Discussão

2.2.1 Deglutição

A deglutição é um ato composto por duas fases voluntária e involuntária. Deglutir é um ato complexo e que envolve várias estruturas do nosso corpo, lábios, língua, bochechas, dentes, maxila, mandíbula faringe, laringe e esôfago, todos funcionando harmonicamente. Para o profissional da Fonoaudiologia um conhecimento a mais da anatomia e fisiologia da deglutição é de suma importância para reabilitar o sujeito com um distúrbio dessa natureza (ZEMLIN,2000).

A deglutição pode ser entendida como um conjunto de mecanismos motores, funcionando harmonicamente, objetivando a passagem do bolo alimentar da cavidade oral para o estômago, durante este processo são utilizados 31 pares de músculos esqueléticos, cuja contração é integrada por estruturas reticulares bulbares que formam o denominado centro deglutitório funcional. Durante um dia um homem saudável deglute aproximadamente 600 vezes, já um feto na vida intrauterina deglute 500 ml de líquido amniótico por dia. (DOUGLAS, 2006).

O ato de deglutir é constituído por dois tipos principais, a deglutição primária, ou associada á sucção, e a secundária que é a deglutição própria do adulto. A deglutição

primária é própria do lactante, pois o mesmo alimenta-se pelo reflexo de sucção que, quando está eficiente e eficaz do seguimento a deglutição, ou seja, durante esta fase a deglutição é uma mera consequência da sucção (DOUGLAS, 2006).

A deglutição secundária, é própria do adulto, é independente da sucção inicia-se após a erupção dos dentes ou com o início da mastigação, evidenciando assim um amadurecimento do sistema nervoso central. A deglutição se justifica pelos seguintes objetivos: alimentar, escoamento do conteúdo líquido da cavidade oral, proteção das vias aéreas cervicais intratorácicas, e vias aéreas inferiores.

De acordo com Netto (2003) existem quatro teorias que procuram explicar o processo de deglutição: teoria da propulsão constante, teoria da expulsão bucal, teoria da pressão negativa e teoria da integração funcional.

A teoria da propulsão constante é baseada em disseções implementadas por experimentos em animais e descreve a passagem de um bolo alimentar do trato digestivo superior em três fases, segundo Netto (2003) esta teoria coincide com os conhecimentos temos atualmente sobre deglutição.

A teoria da expulsão bucal afirma que o bolo é ejetado da boca sobre uma ação de pistão exercida pela língua e pela musculatura miloióidea, pensou-se que esta teoria podia ser aplicada aos alimentos líquidos e semilíquidos e a teoria anterior, se aplicaria para alimentos sólidos e pastosos, porém não foi aceita pelos estudiosos pois a tecnologia investigativa atual, não é suficiente para comprová-la.

Na teoria da pressão negativa, considera-se que a língua é elevada para frente para criar uma pressão negativa e essa pressão é intensificada pela decida da laringe, e em virtude dessa pressão o alimento é sugado pela boca. Embora esta teoria tenha sido bem aceita, foi comprovado que dentro da laringe há uma pressão positiva de ar.

A Teoria da integração funcional, considera que o ato de deglutir, é dinâmico contendo quatro fases que se fundem dentro de uma outra, pois deglutir é um processo contínuo e pode ter pequenas variações de um indivíduo para o outro é a teoria aceita atualmente (NETTO, 2003)

O mecanismo da deglutição está dividido em quatro fases: fase preparatória, oral, faríngea e esofágica. As duas primeiras fases são voluntárias, e as demais involuntárias. De acordo com Douglas (2006) durante a fase preparatória o alimento é preparado dentro da cavidade oral, onde todas as estruturas que a compõem participam, das quais as principais

são, a língua os lábios os dentes, as bochechas e a saliva. O processo consiste em reduzir o alimento a uma estrutura apropriada para ser deglutida, uma massa chamada de bolo alimentar.

Segundo Netto (2003) a fase oral adequada é caracterizada por: adequado vedamento labial, evitando assim escape anterior do alimento, um bom tônus de toda a musculatura da face, mandíbula com movimentos giratórios e laterais, facilitando assim a trituração do alimento durante a mastigação, movimentos giratórios da língua e boa mobilidade de palato mole. Inicia-se com uma projeção do ápice da língua para cima e para trás seguida de uma formação de uma concavidade formando uma espécie de colher seguindo-se de um processo ondulatório conduzindo o bolo alimentar para a faringe, formando um êmbolo lingual pressionando o bolo para trás, favorecendo a propulsão. Este mecanismo só se aplica para sólidos e pastosos.

De acordo com Douglas (2006) os líquidos passam fundamentalmente para o assoalho da boca até chegar ao canal para epiglótico, passando passivamente para a faringe por escoamento, não exigindo assim atividade fisiológica exceto a própria pressão intraoral. A fase oral é finalizada quando ocorre a abertura do esfíncter glossopalatino.

Segundo Netto (2003) a deglutição como outras atividades motoras, pode ser adaptativa, ou seja, a coordenação dos movimentos das estruturas que atuam na deglutição é variável entre os diferentes indivíduos. A fase faríngea é a fase mais complexa da deglutição durando de 0,7 a 1,0 segundo, é uma fase reflexa e involuntária e bastante coordenada. Inicia-se quando o palato mole se eleva para fechar a nasofaringe, evitando o refluxo nasal, simultaneamente a língua e o movimento da parede da faringe realizam a propulsão do bolo alimentar, seguida da elevação da laringe e do osso hióide para proteger as vias aéreas inferiores, que de acordo com Tubero (2003), a proteção das vias aéreas inferiores, ocorre inicialmente a nível das pregas vocais, seguido pelo fechamento das pregas vestibulares e para finalizar a cobertura do vestíbulo laríngeo pela epiglote.

Zemlin (2000), afirma que a peristalse faríngea realizada pela musculatura presente na faringe impulsiona o bolo alimentar em direção ao esôfago até encontrar a transição faringoesofágica, no entanto, a mesma não é a principal força a atuar no transporte alimentar, o movimento posterior da base de língua a elevação da laringe e a gravidade também contribuem. Assim como a fase faríngea, esta fase também é involuntária e inicia-se quando o bolo alimentar passa pelo esfíncter esofágico superior, e segue transportado pelos

movimentos peristálticos até o esfíncter inferior onde o mesmo irá relaxar permitindo assim a passagem do bolo alimentar para o interior do estômago, Esta fase é controlada pelo X par craniano, que corresponde ao nervo vago, nos indivíduos normais ela pode variar durando de 8 a 20 segundos (NETTO, 2003).

Conforme Netto (2003), o esfíncter esofágico superior é uma estrutura musculoesquelética complexa que forma a junção faringoesofágica e controla a passagem do material deglutido entre a faringe e o esôfago.

Douglas (2006) afirma que o sistema nervoso central pode determinar e controlar o processo deglutitório, pois existe um centro coordenador localizado na formação reticular bulbar, que é denominado centro funcional da deglutição. Sabemos que existem quatro pares de nervos cranianos que conduzem a informação pelas vias aferentes, sobre gustação, e a sensibilidade geral que estão intimamente ligadas a deglutição, esses nervos são: V, trigêmeo, VII facial, IX glossofaríngeo, e X o nervo vago, e cinco nervos cranianos que são responsáveis pelo controle eferente das duas primeiras fases da deglutição, novamente temos os pares V, VII, IX, X, juntamente com o XII par. nervo hipoglosso (ESTRELA et al, 2009)

Algumas teorias abordam o controle neural das duas primeiras fases da deglutição, dentre as teorias principais pesquisadas podemos citar duas: a primeira delas propõe que a deglutição, prossegue como uma reação de reflexos unidos em cadeia, assim cada passo estimularia o outro. Já segunda teoria afirma que existe um gerador padrão á nível central, afirmando que a deglutição não é influenciada pela sensação periférica, assim uma vez iniciada a deglutição ela segue seu curso normal independente de estímulos sensoriais (NETTO,2003).

Na fase esofágica a ação dos esfíncteres inferior e superior e da peristalse é comandada por estímulos nervosos que são enviados tronco encefálico para o esôfago através das vias eferentes, cranial e toracolombar, esses nervos são denominados nervos extrínsecos do esôfago. De acordo com Estrela et al. (2009) a inervação parassimpática do esôfago é toda provida pelo nervo vago X par craniano.

2.2.2 Disfagia

Alimentar-se é fundamental para a manutenção da homeostase do nosso corpo, o ato de comer traz prazer e proporciona lazer e interação social aos indivíduos, pois desde a antiguidade nos reunimos ao redor de uma mesa, para comer beber e comemorar as datas

festivas, porém um sujeito disfágico está momentaneamente privado desse prazer e dessa interação social (BARBOSA; FREITAS, 2005).

Conforme Tubero (2003), disfagia é definida como qualquer problema no ato de deglutir que impeça ou dificulte a alimentação. Brauer e Frame (2001) afirmam que disfagia é uma dificuldade para deglutir. Sousa *et al.* (2003) define disfagia como o resultado de uma anormalidade anatômica ou funcional, em qualquer uma das fases do processo de deglutição. A disfagia pode acometer qualquer sujeito em qualquer fase evolutiva da vida. Tubero (2003) esclarece que disfagia não é uma doença e sim um sintoma de que algo no nosso organismo não está funcionando como deveria, comprometendo assim a saúde e a qualidade de vida do indivíduo.

As disfagias classificam-se de acordo com a etiologia, com as fases da deglutição, e de acordo com os níveis (PRODOMO; ANGELIS; BARROS, 2009). Quando a alteração é causada por patologias neurológicas, a disfagia classifica-se como neurogênica, e quando as desordens acometem somente as estruturas anatômicas esta disfagia é classificada como mecânica.

As desordens encontradas durante as fases da deglutição são classificadas como: disfagia oral, quando há alterações no processo de deglutição nas fases preparatória e oral, disfagia faríngea, quando há comprometimento apenas da fase faríngea da deglutição, e disfagia orofaríngea, uma vez que essas duas fases estão intimamente ligadas (PRODOMO; ANGELIS; BARROS, 2009).

Conforme Sousa *et al.* (2003) as disfagias são classificadas em: orofaríngea, ou disfagia alta, e esofagiana, ou disfagia baixa. O mesmo classifica a disfagia orofaríngea como um problema de transferência, ou seja, uma dificuldade de levar o bolo alimentar da cavidade oral para a faringe e esôfago, tendo como característica mais comum a dificuldade de deglutir líquidos.

O paciente acometido pela disfagia esofagiana tem dificuldade de transportar o alimento até o esôfago, segundo a mesma autora os pacientes com essa alteração ralararam que o alimento para sentindo uma pressão no peito parecida com angina, pacientes acometidos com essa disfagia apresentam dificuldade para deglutir sólidos (SCHNEIDER; MACHADO, 2003).

Conforme Tubero (2003) antes de iniciarmos a deglutição temos como fatores de risco para a disfagia: rebaixamento do estado de alerta, falta de controle cervical, prótese dentária

mal adaptada ou ausência de dentes, sialorreia, ou xerostomia, paralisia facial e traqueostomia.

No decorrer da alimentação são sinais de disfagia, dificuldade para mastigar, vedamento labial inadequado, movimentos inadequados de língua e mandíbula, dificuldade para propulsionar o alimento, dor ao deglutir, elevação laríngea reduzida, atraso do disparo do reflexo de deglutição, tosse, engasgos, regurgitação nasal e múltiplas deglutições para uma pequena quantidade de bolo alimentar. Depois da alimentação um sujeito disfágico pode apresentar pigarro, voz molhada, soluço, cansaço, halitose, e febre sem causa aparente, indicando bronco aspiração.

A atuação fonoaudiológica em hospitais é recente, e possui uma crescente expansão, sobretudo no acompanhamento de pacientes a beira do leito. A avaliação a beira do leito, tem como objetivo identificar os sinais e sintomas de disfagia ou de alterações na comunicação do sujeito.

Segundo Padovani (2010), existem diferentes instrumentos para a avaliação da deglutição, clinicamente temos o teste de rastreio (passa falha), e a avaliação clínica completa, instrumentalmente temos videofluoroscopia da deglutição (VDF), e videoendoscopia da deglutição (VED), ambos são recursos utilizados para complementar uma avaliação clínica.

De acordo com Prodomo, Angelis e Barros (2009), os materiais necessários para realizarmos a avaliação á beira do leito são: Luvas, espátulas, lanterna, seringa, canudo, colheres de plástico de, 3 e 5 ml, copos descartáveis para a oferta de volumes maiores, gaze, estetoscópio, e espessantes industriais. A avaliação é composta por 3 etapas: onde a 1ª-etapa: Consiste em colher a história médica do paciente, através da leitura do prontuário, e conversa uma breve conversa com a equipe que o assiste. A 2ª etapa: Conhecer o paciente, buscando observar, seu estado de alerta, nível cognitivo, padrão vocal, sinais vitais, e explicar qual o objetivo da avaliação. Nesta etapa o Fonoaudiólogo verifica se o sujeito tem condições de ser avaliado e se avaliação trará benefícios. E a 3ª- etapa é composta pela avaliação propriamente dita, ira subdividir-se em avaliação indireta e direta, respectivamente. Ao iniciarmos e durante cada etapa sempre observamos os sinais vitais do paciente.

Avaliação indireta: É realizada sem o uso de substância alimentar, consiste em avaliar o sistema sensório-motor oral, tônus, mobilidade, sensibilidade intra e extra oral, presença e

estado dos dentes, reflexos de proteção de vias aéreas inferiores (gag e tosse), reflexos patológicos, elevação laríngea e deglutição de saliva (PADOVANI, 2010).

Avaliação direta: É feita com o uso de substância alimentar, onde são testadas as consistências, líquido pastosa, pastosa e líquida. De acordo com Prodomo, Angelis et al (2009) a consistência sólida, só é testada quando objetivamos uma transição alimentar, ou quando o indivíduo já se alimenta por via oral.

Inicialmente é oferecido ao paciente na colher 5ml de substância alimentar na consistência líquido pastosa, observa-se então: captação, preparo, propulsão e disparo do reflexo de deglutição, estando sempre atento aos sinais vitais, saturação e frequência cardíaca. Após a deglutição, é preciso estar atento aos sinais e sintomas de disfagia como tosse, estase alimentar na cavidade oral, estase alimentar penetração ou aspiração laríngea, identificada pela ausculta cervical. Padrão vocal, identificando ou não voz molhada e questiona-se o paciente sobre algum desconforto que a deglutição possa ter lhe causado. Com os parâmetros dentro da normalidade e sem sinais de disfagia o exame segue e são ofertados volumes maiores e as demais consistências, até que em algum momento da avaliação o paciente apresente um sinal de disfagia.

Diagnosticada a disfagia, é sugerido pelo Fonoaudiólogo à melhor via de alimentação e a consistência alimentar para aquele paciente, seguido de exames instrumentais se necessário, e fonoterapia (PADOVANI, 2010).

2.2.3 Vias alternativas de alimentação

Os Sujeitos diagnosticados com disfagia vão estar privados de alguns tipos e consistências de alimentos, sobretudo os que estão exclusivamente sobre o uso de vias alternativas de alimentação. As vias alternativas de alimentação estão classificadas em enterais e parenterais, na prática a nutrição enteral é considerada a alimentação por sonda, e divide-se em: nasogástrica que é introduzida no nariz e leva o alimento até o estômago, nasoentérica, introduzida no nariz, e leva o alimento até o intestino, gastrostomia, que é uma sonda introduzida diretamente no estômago do paciente através de cirurgia, e jejunostomia, que também é introduzida cirurgicamente, e leva a alimentação até o intestino (BLOCH; MUELLER, 2006). A nutrição parenteral consiste em alimentar o paciente através da corrente sanguínea intravenosamente, através de um acesso central ou periférico.

Ao indicar o uso de vias alternativas se faz necessário na rotina de cuidados e manutenção do paciente disfágico, porém esta terapia nutricional é de difícil aceitação para os pacientes, pelo fato de ser invasiva, eliminar o sabor e o aroma dos alimentos e alterar a imagem física do sujeito, contudo se faz necessário grande empenho da equipe hospitalar, sobretudo do Fonoaudiólogo, para reabilitar as funções estomatognáticas do paciente reduzindo ao máximo o tempo de uso das vias alternativas e os impactos físicos emocionais e sociais causados pela mesma.

2.2.4 Teoria das representações sociais

Toda teoria científica procura descrever e explicar fenômenos. No caso da Teoria das Representações Sociais, constitui a designação de fenômenos que se observa e se estuda em variados níveis de complexidade individuais e coletivos, psicológicos e sociais. A teoria das representações sociais foi desenvolvida por Serge Moscovici (1995), a partir da obra *La Psycanalyse: son image et son public* (1961). O estudo de Moscovici (2001) sobre as representações do público em geral e de psicanalistas sobre a Psicanálise, afirma que a absorção da ciência pelo senso comum, não vulgariza o saber científico, mas o redefine a partir de outros critérios, de outros contextos de interpretação do real.

Segundo Martini (2001), reconhecendo o homem como agente do seu próprio conhecimento do mundo, diversos modelos psicológicos têm levado em consideração a importância da imagem que o homem faz de si mesmo e de seu meio. Falar em representações sociais é referir-se a um modelo teórico, um conhecimento científico que visa compreender e explicar a construção desse conhecimento leigo, dessa teoria do senso comum.

Moscovici (1978) descreve dois processos sociocognitivos, dialeticamente relacionados, que atuam na formação das representações sociais: a objetivação e a ancoragem. Mazzotti (2000) aponta a análise da gênese das representações como o que constitui a contribuição mais original da teoria proposta por o autor.

A objetivação ocorre como o que dá forma concreta à representação, ou seja, transforma a representação em uma imagem real ou esquemas figurativos, fazendo um recorte de opiniões, atitudes e julgamentos individuais e moldando-os ao crivo do social. O processo de ancoragem, para Mazzotti (2000) diz respeito ao “enraizamento social da representação”, à integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento

preexistente e as transformações decorrentes destes. Não se trata mais, como na objetivação, da construção formal de um conhecimento, mas de sua inserção orgânica em um repertório de crenças já constituído (MAZZOTTI, 2000). A objetivação e a ancoragem explicam a interdependência entre a atividade cognitiva e suas condições sociais de exercício.

Consideramos que a marca social das representações sociais expressa-se “nos contextos em que elas emergem, nas comunicações pelas quais circulam”, na interação dos sujeitos com o mundo e com os outros (JODELET, 1985). Segundo Sá (1998) das correntes complementares à Teoria das Representações Sociais que já apresentamos, a de Abric (2000), foi a única que se chegou a se formalizar como uma teoria, a chamada teoria do núcleo central.

A observação dos elementos do núcleo central e dos elementos periféricos é um requisito para compreender a organização das representações sociais, assim como o conteúdo, o significado em termos de campo semântico, como se organizam e em que elas se diferenciam em função de algumas características dos sujeitos.

Nas sociedades modernas, somos diariamente confrontados com uma grande massa de informações. As novas questões e os eventos que surgem no horizonte social frequentemente exigem, por nos afetarem de alguma maneira, que busquemos compreendê-los, aproximando-os daquilo que já conhecemos, usando palavras que fazem parte de nosso repertório. Nas conversações diárias, em casa, no trabalho, com os amigos, somos instados a nos manifestar sobre eles procurando explicações, fazendo julgamentos e tomando posições. Estas interações sociais vão criando “universos consensuais” no âmbito dos quais as novas representações vão sendo produzidas e comunicadas, passando a fazer parte desse universo não mais como simples opiniões, mas como verdadeiras “teorias” do senso comum, construções esquemáticas que visam dar conta da complexidade do objeto, facilitar a comunicação e orientar condutas. Essas “teorias” ajudam a forjar a identidade grupal e o sentimento de pertencimento do indivíduo ao grupo.

Há muitas formas de conceber e de abordar as representações sociais, relacionando-as ou não ao imaginário social. Elas são associadas ao imaginário quando a ênfase recai sobre o caráter simbólico da atividade representativa de sujeitos que partilham uma mesma condição ou experiência social: eles exprimem em suas representações o sentido que dão a sua experiência no mundo social, servindo-se dos sistemas de códigos e interpretações fornecidos pela sociedade e projetando valores e aspirações sociais (JODELET, 1990).

As representações sociais, de acordo com os autores da área, constituem um saber: o do senso comum, o saber prático, que orienta a conduta dos indivíduos e sua comunicação. Segundo Alloufa e Madeira (1990), o senso comum seria a síntese construída na relação sujeito-objeto, num tempo e num espaço. Assim, para se constituírem como um saber, as representações não podem existir isoladamente; supõem a articulação na lógica por meio da qual o sujeito se situa, age e interage no cotidiano.

Para Jodelet (1989, p.41, “representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais, integrando ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação”. Nessa abordagem, a compreensão é de sujeito social. As representações, por serem modos de pensar compartilhados pelos diferentes grupos, medeiam a interação dos sujeitos sociais com a realidade, com os objetos e com os fatos sociais que a compõem. Portanto, ao mesmo tempo, temos construção e atitude do sujeito, articulação que integra o sujeito epistêmico ao sujeito psicológico.

Abordando a teoria das representações sociais no âmbito da fonoaudiologia, sobretudo no tema proposto para esta pesquisa, podemos imaginar a representação que cada sujeito tem de si, embora esta pesquisa se trate de caráter bibliográfico, o Fonoaudiólogo que atua á beira do leito, tem suas próprias representações sobre o impacto que a disfagia causa na vida dos pacientes, sobretudo dos que estão em hospitais da rede pública, pois iniciar uma fonoterapia para adequar as funções estomatognáticas e realizar um desmame de sonda, é um desafio uma vez que o número de profissionais não é suficiente para suprir a demanda. Na maioria dos casos a alta hospitalar acontece antes da transição alimentar ter iniciado, e o paciente retorna ao seio familiar ainda em uso das vias alternativas, acarretando para si grandes impactos psicológicos e sociais.

Quando indicado o uso de nutrição enteral ou parenteral, o profissional o faz objetivando a manutenção da vida do paciente, melhora do seu estado clinico e redução do tempo de internação hospitalar, porém mesmo sendo uma necessidade básica para a sobrevivência, a alimentação também é motivo de prazer e interação social, e o uso de vias alternativas acarreta grandes impactos na vida do sujeito.

Entendendo a teoria das representações sociais, como a forma que o indivíduo possui de interpretar a vida, através dos fatos que a compõem, diversos pesquisadores a utilizam na proposta de conhecer o sentimento e as opiniões dos sujeitos diante dos fatos que os cercam.

Barbosa e Freitas (2012) relatam que os sujeitos em uso de vias alternativas de alimentação expressam medo e incômodo, mas encaram como forma de sobreviver, uma solução de problemas, e afirmam que o uso deveria ser restrito aos hospitais, na interpretação dos sujeitos ir para casa com a sonda acarreta sinal de agravo no quadro clínico.

Durante minhas vivências acadêmicas em um hospital público de grande porte, pude perceber que o Fonoaudiólogo representa para o paciente disfágico a “solução dos problemas”, um depósito de confiança e esperança fazendo-se necessário um olhar mais humano, pois é à beira do leito que o paciente constrói e enfrenta seus medos e renova as esperanças.

Para tratar do conceito de Representações Sociais é preciso compreender a passagem do século XIX ao XX. O século XIX foi a época dos ideais revolucionários e dos movimentos operários. Foi também o tempo de novos valores, ideias e concepções de mundo. Do ponto de vista intelectual foram reconstruídas teorias e, entre estas, a da representação (BARRETO, 2005).

Etimologicamente, representação provém da forma latina *repraesentare* – “fazer presente” ou “apresentar de novo”. Fazer presente alguém ou alguma coisa ausente, mesmo uma ideia, por intermédio da presença de um objeto (FALCON, 2000).

Para Jovchelovitch (1998) a noção de “representação” era sinônimo de cópia, de espelho do mundo. Representar era copiar ou reproduzir o social. Essa idéia influenciou, por longo tempo, as ciências sociais e a psicologia, dando a ilusão da coincidência perfeita entre o psíquico e o mundo.

Na pré-história da Teoria das Representações, representação era distinguida em dois níveis de fenômenos: o *individual* e o *coletivo*, em razão da crença de que as leis que explicavam os fenômenos coletivos eram diferentes das que explicavam os fenômenos individuais (FARR, 1995).

Para Minayo (1995) os teóricos dessa fase estavam preocupados com o caráter coletivo das representações. Eram Schutz, Weber, Durkheim e Marx. Max Weber utilizou “Representação” associando-a à “ideia”, “espírito”, “concepção”, “mentalidade” para, de forma particular, elaborar sua noção de “visão de mundo”. Para Weber, a vida social – que consiste na conduta cotidiana dos indivíduos – é carregada de significação cultural. Essa significação provém da base material e das ideias, condicionando-se mutuamente (MINAYO, 1995).

Em Durkheim o conceito de Representações vinculou-se à noção de Representações Coletivas. Classificou-as como “o sistema de símbolos através do qual a sociedade se torna consciente de si mesma”. Representação significava a lei, a moral, os costumes, as instituições políticas, as práticas pedagógicas, todas as formas de vida coletiva constituindo o que ele denominou de “consciência coletiva” (MARTINI, 2001, p.167).

Na concepção de Durkheim, o indivíduo sofre pressão das representações dominantes na sociedade. É a sociedade que pensa ou exprime os sentimentos individuais. As representações não são, assim, necessariamente conscientes pelos indivíduos. Assim, de um lado, as representações conservam a marca da realidade social onde nascem, mas também possuem vida independente, reproduzem-se e se misturam, tendo como causas outras representações e não apenas a estrutura social (MOSCOVICI, 2001).

As críticas de Moscovici à concepção durkheimiana foram relevantes, pois: falta de preocupação em se buscar a origem da generalidade dos fenômenos que o conceito de Representação Coletiva engloba: a ciência, a religião, os mitos, a ideologia entre outros fenômenos sociais ou psíquicos, e, pela ausência da dinâmica das Representações Coletivas que não a torna adequada aos estudos de sociedades complexas como a nossa onde existem pluralidade de sistemas envolvidos (políticos, filosóficos, religiosos, entre outros) e uma alta rotatividade do fluxo de representação.

Já Schutz usou o termo “senso comum” para falar das Representações Sociais do cotidiano. Para Schutz, da mesma forma que o conhecimento científico, o senso comum envolve conjuntos de abstrações, formalizações e generalizações. Esses conjuntos são construídos, são fatos interpretados no dia a dia. Desse modo, a existência cotidiana é dotada de significados e portadora de estruturas de relevância para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social. Esses significados - que podem ser objeto de estudo dos cientistas sociais – são selecionados por meio de construções mentais, de “representações” do “senso comum” (MINAYO, 1995).

Minayo (1995) mostra ainda uma terceira corrente na interpretação do papel das Representações Sociais, a marxista. Aponta, na obra *A Ideologia Alemã*, a categoria chave em Marx para tratar das representações, a consciência. Para Marx as representações, as ideias e os pensamentos são os conteúdos da consciência que, por sua vez, são determinadas pela base material. Após 1970, Moscovici recorreu a Piaget, Levy-Bruhl, Freud e Vigotsky para

operacionalizar o conceito da Representação Social e a ideia de construção do saber e do valor do saber prático (ARRUDA, 2002a).

Costa (2010) afirma que na tentativa de superar a oposição entre representações coletivas defendida por Durkheim, Levy-Bruhl chamou a atenção para a coerência dos sentimentos, raciocínios e movimentos da vida mental coletiva. Os indivíduos, para Levy-Bruhl, sofriam influências da sociedade e, por isso, exprimiam sentimentos comuns, o que ele chamou de representação. De Piaget, Moscovici estudou o desenvolvimento do pensamento infantil. Buscou conhecer a construção por imagens nas crianças e, também, a elaboração de conhecimento por “corte-e-cola”, fragmentos de saberes que a criança já conhece para formar uma configuração do que ela desconhece (ARRUDA, 2002a).

Para Duveen (1995) a obra de Piaget, *O Juízo Moral na Criança (1932)* estabeleceu uma distinção fundamental entre duas formas de adquirir o conhecimento social. Por um lado, há o conhecimento que Piaget descreveu como produto da transmissão social, cuja fonte do conhecimento é a autoridade de uma figura dominante ou privilegiada. Por outro, esse conhecimento social só é apreendido pela criança mediante a sua elaboração cognitiva, ou seja, individual.

Outra fonte intelectual de Moscovici (1978) foi Freud, sobretudo os estudos sobre paralisia histérica e tratamento psíquico. Freud estava preocupado em mostrar como as representações passam do coletivo para o individual e como o social intervém na representação individual (COSTA; ALMEIDA, 1999).

Para Jovchelovitch (1998), Moscovici (1995) emprestou de Durkheim o conceito de Representações Coletivas e o mudou para Representações Sociais. De Freud, Moscovici tomou a ideia de que os processos inconscientes determinam a produção dos saberes sociais. Um dos textos decisivos para Moscovici (2004) foi “Teoria Sexual Infantil”. Este estudo de Freud mostra como a criança quer saber e como o desejo de saber se intercala com o jogo entre os que querem e os que detêm o saber. Isso leva a criança a construir teorias que se erguem na base das relações entre o universo infantil e o universo adulto. Freud mostrou como o peso da transmissão cultural com aquilo que ela prescreve, permite ou interdita o conhecimento.

Segundo Jovchelovitch (1998) Piaget e Vigotsky corroboraram o *insight* freudiano demonstrando que a construção do conhecimento na infância é, na verdade, o processo no qual o sujeito propriamente humano emerge. Nessa relação com o mundo, na ação do corpo

infantil sobre o mundo de objetos que lhe resistem que a criança desenvolve a capacidade emergente para rerepresentar tanto o mundo quanto a si própria. A criança aprende a colocar uma coisa no lugar da outra, a fazer um objeto representar o outro e, desse modo, rerepresentar a si mesma criando sentido, isto é, simbolizando (JOVCHELOVITCH, 1998).

2.2.5 Níveis de discussão

Para Rosa (1994), as Representações Sociais se distingue entre três níveis de discussão e análise: o **1º Nível fenomenológico** – as Representações Sociais são um objeto de investigação. Esses objetos são elementos da realidade social, são modos de conhecimento, saberes do senso comum que surgem e se legitimam na conversação interpessoal cotidiana e têm como objetivo compreender e controlar a realidade social. O **2º Nível Teórico** - é o conjunto de definições conceituais e metodológicas, construtos, generalizações e proposições referentes as Representações Sociais. O **3º Nível Metateórico** – é o nível das discussões sobre a teoria. Neste colocam-se os debates e as refutações críticas com respeito aos postulados e pressupostos da teoria, juntamente a uma comparação com modelos teóricos de outras teorias.

Para evitar confusões é fundamental distinguir entre os três níveis, bem como assinalar sobre qual deles se está falando. Um dos elementos fundamentais desta teoria é a interligação entre cognição, afeto e ação no processo de representação.

Concluimos que a teoria das representações sociais forma-se através da visão de mundo que o indivíduo tem de si interpretando seu cotidiano através de mitos crenças, herança histórico e cultural, tem sido amplamente estudada e utilizada por pesquisadores de diversas áreas, para interpretar e entender fatos e acontecimentos (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

3 Conclusão

Como descrito nesta pesquisa a disfagia é um sintoma que causa mudanças indesejadas na rotina de vida do sujeito, sobretudo dos que estão em uso de vias alternativas de alimentação. A teoria das representações sociais nos esclarece que cada sujeito tem uma forma de interpretar os fatos da vida, através das suas vivências e do seu contexto social, construindo e reconstruindo, e que a disfagia e o uso de vias alternativas de alimentação é interpretado de maneira dolorosa.

As representações negativas em face ao uso de vias alternativas, é intensificada, na classe mais desfavorecida da sociedade, uma vez que os mesmos utilizam hospitais da rede pública, onde o número de Fonoaudiólogos é reduzido e não cobre a demanda, resultando em um tempo maior de internação hospitalar e na maioria dos casos, voltando ao seio familiar ainda em uso da sonda.

Os profissionais da saúde, lidam diariamente com a dor e o sofrimento, encarando-os como parte da sua rotina de trabalho. Para o Fonoaudiólogo que atua á beira do leito é importante estar atento não só aos sintomas patológicos, uma vez que as emoções são refletidas no corpo físico. Durante minhas vivências acadêmicas, tive a sensibilidade de perceber tais emoções, ajudar profissionalmente era meu dever, mas vê-los com outros olhos era meu diferencial. Acredito que o mundo vive uma fase de transição, e a ciência da saúde esta procurando cada vez mais um atendimento humanizado, priorizando o sujeito, mas para alcançar tal objetivo é necessário investir em profissionais diferenciados.

Podemos concluir afirmando que, as reflexões sociais e humanistas devem fazer parte da formação acadêmica de todos os profissionais, sobretudo os que atuam na área da saúde, pois o despertar para a prática humanizada tem que ser aprendido e estimulado, ser capaz de ouvir um paciente, numa conversa fora do contexto de protocolos e avaliações é uma conduta única e fará o diferencial.

Referências

ANGELIS, C.E.; PORTAS. G.J. Doença de Parkinson. In: JOTZ. P.G.; ANGELIS,E.; BARROS. B.P.A. Tratado de deglutição e disfagia: no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. p.274-277.

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. SP; OLIVEIRA, D.C. (Org.). Estudos Interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB 2000. p.27-37.

ALLOUFA, J.M.L.; MADEIRA, C.M. Representação social e educação: que relação é essa? II Colóquio Franco Brasileiro Educação e Linguagem. GT Educação e Representação Social. 1990.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cad. Pesq. UFRJ, n.117, p.127-149, 2002a.

BARRETO, F.S. Sobre as representações Sociais e o tempo histórico. Rev Lâmina, n.1, 2005.

BARBOSA, G.A.J.; FREITAS. F.I.M. Representações sociais sobre a alimentação por sonda

obtidas de pacientes adultos hospitalizados. *Rev. Latinoam. Enferm.*v.13, n.3, 2012.

COSTA, F.M. et. al. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre a atuação fonoaudiológica em disfagia. Fernandópolis, 2010. 43f. Monografia (Graduação em Fonoaudiologia). Fundação Educacional Fernandópolis, 2010.

COSTA, W.A.; ALMEIDA, A.M.O. Teoria das Representações Sociais: uma abordagem alternativa para se compreender o comportamento cotidiano dos indivíduos e dos grupos sociais. *Rev. Educ. Pública*, v.8.n.13, p.250-280, 1999.

DOUGLAS, R.C. Fisiologia aplicada a Fonoaudiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DUVEEN, G. Crianças enquanto atores sociais: as Representações Sociais em desenvolvimento. In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). Texto em representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1995. p.261-293.

ESTRELA, F. et. al. Controle neurológico da deglutição. In: JOTZ. P.G.; ANGELIS. E.; BARROS. B.P.A. Tratado de deglutição e disfagia- no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. p.20-34.

FALCON, F.J.C História e representação. In: CARDOSO, C.F.; MALERBA, J. (Org.) Representações: contribuição a um debate transdisciplinar. Campinas: Papyrus, 2000. p.20-48.

FARR, R.M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1995.

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

JODELET, D. Représentation sociale: phénomène concept et théori. In: MOSCOVICI, C.I.S. Psychologie sociale. Paris: PUF, 1990.

JODELET, D. Les representations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. Les Representations Sociales, Paris: PUF.1985.

JOVCHELOVITCH, S. Representações Sociais: para uma fenomenologia dos saberes sociais. *Psicol. Soc.*v.10, n.1, p. 54-68, 1998.

LUZ, E. A Fonoaudiologia Hospitalar em questão. *Jornal do CFFa*, v2, n.4 1999. Disponível

MAZZOTTI, A.J.A. Representações sociais: desenvolvimentos atuais e aplicações à educação. In: CANDAU, V.M. Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender/ENDIPE. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

MARTINI, J.G. As Representações Sociais: teorias e práticas. *Ciênc. Soc. Unisinos*, v.37.n.158. p.153-185, 2001.

MINAYO, M.C.S. O conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S. Texto em representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1995. p.89-111.

MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S. Texto em representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1995. p.261-293.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais. In: JODELET, D. Representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ. 2001. p.45-66p.

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2004.

NETTO. S.R.C. Deglutição na criança e no adulto: fundamento para odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 2003.

PADOVANI, R.A. Protocolo fonoaudiológico de transição e introdução e transição da alimentação por via oral para pacientes com risco para disfagia. (PITA). 2010. 94 f Dissertação de mestrado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PELEGRINI, A.P.N. Fonoaudiologia hospitalar: reflexões além das fronteiras. Fonoaudiologia Brasil, v.2, n.2, 1999.

PRODOMO, V.P.L.; ANGELIS.C.E.D.; BARROS.P.P.A. Avaliação clínica fonoaudiológica das disfagias. In: JOTZ. P.G.; ANGELIS. E.; BARROS. B.P.A. Tratado de deglutição e disfagia- no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. p.61-67.

ROSA, A.M.S. From theory to metatheory in social representations: the lines of argument of a theoretical – methodological debate. Soc. Sci. Inform., v.33. n.2, p. 273-303, 1994,

SÁ, C.P. de. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SANTOS, M.N. et al. Perfil clínico e funcional dos pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne assistidos na Associação Brasileira de Distrofia Muscular. Revista Neurociências, v.14, n.1, 2006.

SOUSA, A. et al. Nutrição e disfagia- guia para profissionais. Paraná: Nutroclínica, 2003.

SOUZA, L. B. Fonoaudiologia fundamental. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

TUBERO, L. A. Disfagia o que é Guia informativo e orientação dos distúrbios da deglutição. São Paulo: Experimento, 2003.

UNAMUNO, D.L.D.R.M.; MARCHINI, S. J. Sonda nasogástrica nasoentérica: cuidados na



FACULDADE PITÁGORAS DE FORTALEZA

Rua Barão de Aratanha, nº 51, Bairro Centro. CEP: 60050-070. Fone: (85) 3533-7000

instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. *Medicina*, v.31, n.1, 2002.
VILLAR, M.V.; FÚRIA, B.L.C.; JUNIOR, M.F.J.E. Disfagia orofaríngea em indivíduos portadores de hanseníase. *Revista CEFAC*, v.6, n.2, 2004.