



CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO - CFN
SRTVS - Quadra 701 Bloco II, Centro Empresarial Assis Chateaubriand, Salas 301-314/316, Brasília/DF, CEP 70.340-906
Telefone: (61) 3225-6027 - www.cfn.org.br - E-mail: cfn@cfn.org.br

CFN - Nota Técnica nº 75/2025/CFN-CTN/CFN-Diretoria

Brasília, 22 de setembro de 2025.

Assunto: **Disfagia Orofaríngea - o papel do nutricionista sob a perspectiva técnica, ética e legal**

Referente: **Grupo de estudos - Disfagia. Processo SEI [099994.000256/2019-57](#)**

DISFAGIA OROFARÍNGEA - O PAPEL DO NUTRICIONISTA SOB A PERSPECTIVA TÉCNICA, ÉTICA E LEGAL.

1. Introdução e Marco Legal

O **Conselho Federal de Nutrição (CFN)** é uma autarquia federal de fiscalização profissional, dotada de personalidade jurídica de direito público, instituída pela **Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978** (DOU 24/10/1978)¹ e regulamentada pelo **Decreto nº 84.444, de 30 de janeiro de 1980** (DOU 31/01/1980)².

Conforme essas normas, compete ao CFN:

- orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício das profissões de nutricionista e de técnico em nutrição e dietética, em todo o território nacional;
- expedir atos normativos e estabelecer padrões técnicos e éticos para a prática profissional;
- zelar pela qualidade e segurança dos serviços prestados à sociedade, resguardando a saúde pública;
- deliberar sobre questões que envolvam a delimitação de atribuições, prevenindo conflitos de atuação com outras categorias profissionais;
- adotar medidas para coibir o exercício ilegal ou irregular da profissão.

O exercício da profissão de **nutricionista** é regulamentado pela **Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991**³, que define suas atividades privativas, incluindo:

- planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação de serviços de alimentação e nutrição;
- prescrição de dietas, avaliação nutricional e acompanhamento de terapia nutricional;
- participação em programas de educação alimentar e nutricional;
- realização de diagnósticos e intervenções voltadas à promoção, recuperação e manutenção do estado nutricional.

No contexto da **disfagia orofaríngea**, a atuação do nutricionista se insere diretamente no escopo legal definido pela Lei nº 8.234/1991, notadamente na prescrição dietética, na adaptação da

consistência de alimentos e líquidos, na supervisão da ingestão alimentar e no monitoramento do estado nutricional do paciente.

Ao mesmo tempo, considerando que o manejo clínico da disfagia envolve múltiplos profissionais, é essencial que a colaboração interprofissional ocorra de forma harmônica, respeitando os limites legais de cada profissão e evitando o **sombreamento de atribuições**.

Esse posicionamento técnico busca consolidar diretrizes que preservem a autonomia e a competência técnica do nutricionista, assegurando, de forma integrada, a qualidade, a segurança e a integralidade da assistência prestada ao paciente com disfagia orofaríngea.

2. Contextualização Clínica da Disfagia Orofaríngea

A disfagia orofaríngea é um sintoma clínico caracterizado pela dificuldade no transporte eficiente do bolo alimentar da cavidade oral até o esôfago⁴. Está codificada pela Organização Mundial da Saúde, na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) em 'sinais e sintomas digestivos' (código MD93)⁵.

Os dados sobre a ocorrência de disfagia pediátrica ainda são escassos, entretanto seu diagnóstico tem sido frequentemente relatado, devido as taxas crescentes de sobrevivência de crianças prematuras, com baixo peso ao nascer, doenças neurológicas e outros contextos clínicos complexos⁶.

A ocorrência de disfagia orofaríngea é cada vez mais comum na unidade hospitalar, principalmente em pessoas idosas, com maior frequência nos pacientes acima de 80 anos e com agravamento significativo naqueles em condição de fragilidade, sendo encontrado em até 47% nestes indivíduos⁷. É preciso também garantir os cuidados necessários de forma contínua e segura após a alta hospitalar promovendo a continuidade do cuidado entre o hospital e o domicílio⁸.

As implicações clínicas da disfagia são amplas e potencialmente graves, podendo resultar em deficiências nutricionais importantes, desidratação, desnutrição, pneumonia, e inclusive a morte^{4,9}. A Sociedade Europeia para Distúrbios da Deglutição recomenda o monitoramento contínuo do estado nutricional em pacientes com disfagia orofaríngea devido ao elevado risco de desnutrição¹⁰. No entanto, dados indicam que apenas 1 em cada 4 pacientes com disfagia recebem terapia nutricional e 1 em cada 3 pacientes com disfagia orofaríngea associada à desnutrição é efetivamente tratado¹¹.

A maior incidência de desnutrição encontrada nos pacientes com disfagia orofaríngea está principalmente relacionada à redução da ingestão alimentar oral. E quando a perda de peso e de massa muscular são decorrentes da baixa ingestão de proteínas e da reduzida síntese proteica, há maior desenvolvimento de sarcopenia nesses indivíduos^{12,13}. Além da diminuição do consumo alimentar, existe a menor ingestão de líquidos, ocasionando alta prevalência de desidratação, observada entre 19 e 100% dos pacientes com disfagia orofaríngea¹⁴. Apesar de seu impacto significativo na capacidade funcional, na saúde e na qualidade de vida, a disfagia orofaríngea ainda é subestimada e subdiagnosticada como causa de complicações nutricionais e respiratórias relevantes em pacientes hospitalizados¹².

3. Abordagem Interprofissional e Papel do Nutricionista

A disfagia orofaríngea se destaca pela variedade de repercussões clínicas que se impõe aos pacientes, tornando essencial que os profissionais de saúde possuam expertise no tema para uma intervenção eficaz. O domínio de conhecimentos gerais e específicos é fundamental para um diagnóstico preciso e para o manejo terapêutico adequado¹⁵. Esse sintoma requer uma abordagem interprofissional envolvendo médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, profissionais de enfermagem, entre outros, já que a atuação conjunta e interdependente desses profissionais é essencial para a melhora do paciente. A avaliação e o tratamento da disfagia incluem a identificação da causa subjacente, a adaptação da alimentação para prevenir complicações como desnutrição e desidratação, e o desenvolvimento de estratégias que favoreçam uma deglutição segura¹⁶.

Nesse contexto, uma abordagem multimodal, baseada na colaboração entre diferentes profissões, instituições e comunidades, é essencial para a reabilitação funcional de indivíduos com disfagia orofaríngea¹⁷. A assistência nutricional representa uma intervenção imprescindível para interromper o ciclo vicioso entre disfagia e desnutrição. Além disso, a cooperação ativa da família e dos cuidadores é fundamental para a adesão às condutas estabelecidas e para a efetividade do plano terapêutico¹².

Para esses pacientes com diagnóstico de disfagia orofaríngea, torna-se evidente a necessidade de alteração da dieta por via oral, em consistência segura de acordo com o grau de disfagia. Nesse sentido, é essencial compreender as especificidades que envolvem a prescrição de dieta via oral no ambiente hospitalar, especialmente no que se refere à segurança e adequação da alimentação¹⁶.

4. Padronização e Segurança na Prescrição Dietética

No ambiente hospitalar a prescrição dietética deve estar alinhada ao Manual de dietas hospitalares do Serviço de Nutrição e Dietética, utilizando uma nomenclatura padronizada, acordada entre os profissionais da equipe multiprofissional. A dieta oral hospitalar (DOH) deve assegurar o fornecimento adequado de alimentos, garantindo a oferta nutricional necessária para a manutenção e/ou recuperação do estado clínico e nutricional atual do paciente¹⁸.

Essa nomenclatura padronizada da DOH permite adaptar as dietas conforme as condições clínicas individuais. Considerando a DOH modificada em consistência, seu objetivo é ajustar a textura dos alimentos e preparações de acordo com as necessidades nutricionais individualizadas¹⁸.

Uma estratégia adotada por algumas instituições de saúde para padronizar a modificação da consistência alimentar, e que também pode ser implementada em outros locais de cuidado, é a utilização da *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI)¹⁹. Essa ferramenta é atualmente considerada o método mais seguro para descrever, de forma padronizada, os diferentes níveis de consistência de líquidos e de alimentos (Figura 1). No entanto, sua aplicação ainda não é amplamente incorporada à rotina da maioria dos serviços hospitalares, nem no acompanhamento domiciliar. A adoção da IDDSI pode favorecer a comunicação entre profissionais de saúde, pacientes, familiares e cuidadores, promovendo uma linguagem comum e eficaz, o que contribui para a redução do risco de aspiração laríngea e outras complicações associadas à disfagia^{19,20}.

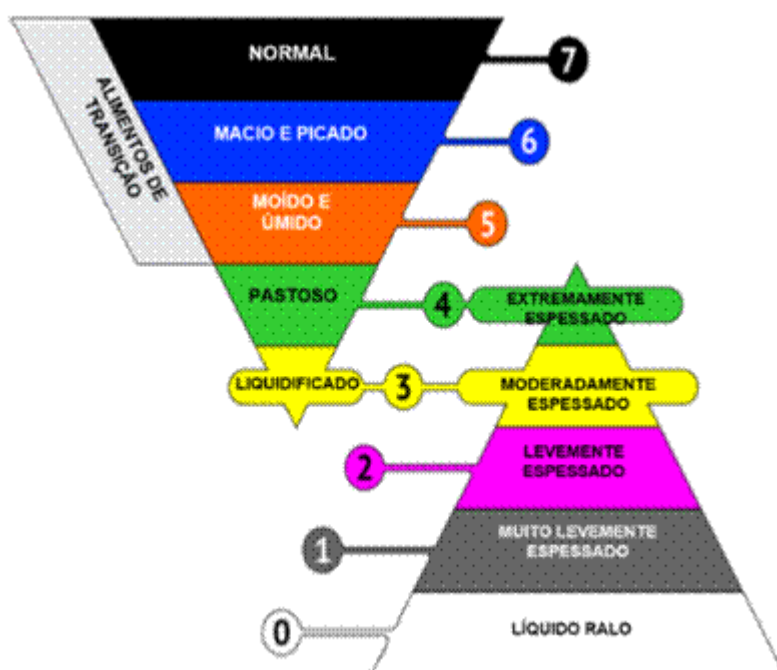


Figura 1. Terminologia comum para descrever consistência de alimentos e espessamento de bebidas para indivíduos com dificuldades de deglutição

Fonte: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative²⁰.

Ainda que a padronização proposta pela IDDSI represente um avanço importante na segurança alimentar de pacientes com disfagia, é fundamental reconhecer os desafios nutricionais associados às dietas de consistência modificada. Independentemente da nomenclatura adotada, quanto menor a consistência, menor a densidade calórica e mais inadequação a distribuição de macronutrientes quando comparadas à dieta de consistência normal devido a adição de maior quantidade de água²¹. Micronutrientes principalmente as vitaminas C, D, e E também podem apresentar inadequação acentuada devido cozimento prolongado para estarem macios o suficiente para produzir uma consistência adequada. Ao se excluir alimentos de difícil mastigação, incluindo vegetais crus ou frutas propicia-se a ingestão insuficiente de fibras, ácido linoleico, potássio, cálcio, magnésio, zinco, selênio, vitaminas D, E e K, folato, biotina e molibdênio²². Essa limitação compromete o alcance das metas nutricionais estimadas, contribuindo para o início ou agravamento do ciclo vicioso entre disfagia e desnutrição, conforme já mencionado anteriormente²³.

A ênfase deste texto é dada às atribuições e competências específicas do nutricionista no atendimento a pacientes com disfagia, sem desconsiderar a importância da atuação integrada com os demais membros da equipe. O foco recai sobre as responsabilidades desse profissional na avaliação nutricional, na prescrição dietética individualizada e segura, na adaptação da consistência alimentar às condições clínicas do paciente e no monitoramento contínuo da intervenção nutricional, em consonância com os marcos regulatórios e as diretrizes profissionais vigentes¹⁷.

Entre as atribuições do nutricionista, destacam-se:

- avaliação e diagnóstico nutricionais;
- prescrição dietética individualizada e adaptada à consistência e volume seguro por oferta
- planejamento e indicação da terapia nutricional oral suplementar, quando as metas nutricionais não forem atingidas apenas com a dieta oral ofertada;
- monitoramento da ingestão via oral (IVO), da aceitação alimentar e do estado nutricional do paciente ao longo da internação;
- orientação à equipe, ao paciente e à família quanto ao preparo dos alimentos seguros e à continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

Quando o paciente não consegue realizar a deglutição de forma segura e eficiente, ou quando a alimentação oral é contraindicada pela fonoaudiologia, deve-se avaliar a indicação de uma via alternativa de alimentação, ou seja, a terapia nutricional enteral. A implementação precoce da terapia nutricional é determinante para melhores desfechos clínicos²⁴.

Nesse contexto, o trabalho interdisciplinar torna-se fundamental para assegurar a eficácia e a segurança das intervenções nutricionais e terapêuticas. A abordagem adotada deve respeitar os limites e competências de cada profissão, mantendo o foco na integralidade do cuidado. Para tanto, a comunicação clara e contínua entre os profissionais de saúde envolvidos é indispensável para uma evolução segura e eficaz do paciente com disfagia orofaríngea.

5. Considerações Técnicas e Éticas

A atenção ao paciente com disfagia orofaríngea deve respeitar as competências previstas na Lei nº 8.234/1991 e as diretrizes éticas do Código de Ética e Conduta do Nutricionista¹⁵.

A atuação conjunta com outros profissionais deve se pautar pela comunicação clara e pelo respeito às atribuições legais, evitando sobreposição de funções e garantindo a integralidade da assistência.

6. Conclusão

O manejo nutricional na disfagia orofaríngea requer atuação qualificada e fundamentada do nutricionista, integrando ciência, técnica e ética profissional. A padronização de condutas, o respeito ao marco legal e a colaboração interprofissional, com clareza de atribuições, são fundamentais para assegurar segurança, efetividade e qualidade no cuidado prestado.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de nutricionista e determina outras providências. Diário Oficial da União. 1978 out 24
2. Brasil. Decreto nº 84.444, de 30 de janeiro de 1980. Regulamenta a Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978, que dispõe sobre a profissão de nutricionista, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1980 jan 31.
3. Brasil. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Diário Oficial da União. 1991 set 18
4. Malagelada JR, Bazzoli F, Boeckxstaens G, De Looze D, Fried M, Kahrilas P, et al. World gastroenterology organisation global guidelines: dysphagia--global guidelines and cascades update September 2014. J Clin Gastroenterol. 2015 May-Jun;49(5):370-8. doi: 10.1097/MCG.0000000000000307. PMID: 25853874.
5. Organização Mundial da Saúde. CID-11 para estatísticas de mortalidade e de morbidade [Internet]. [citado 2025 ago 11]. Disponível em: <https://icd.who.int/pt/>
6. Gigoski VS, Niedermeyer C da C, Tarnowski MS, Flach K, Flach K, Barbosa LD. Atuação multiprofissional na disfagia pediátrica. *Resid Pediatr*. 2020;10(1):48-50. DOI: 10.25060/residpediatr-2020.v10n1-6749
7. Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, Serra-Prat M, et al. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. Clin Nutr. 2015 Jun;34(3):436-42. doi: 10.1016/j.clnu.2014.04.014. Epub 2014 May 9. PMID: 24882372.
8. Belmonte MS, Pedreira LC, Gomes NP, Oliveira DV, Souza e Souza ACF, Pinto IS. Estratégias de cuidadores domiciliares para alimentação de pessoas idosas com disfagia orofaríngea após a desospitalização. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20230318. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K4DdpTxzHvz7gtfJkDdnTcQ/?format=pdf&lang=pt>
9. Viñas P, Martín-Martínez A, Cera M, Riera SA, Escobar R, Clavé P, et al. Characteristics and Therapeutic Needs of Older Patients with Oropharyngeal Dysphagia Admitted to a General Hospital. J Nutr Health Aging. 2023;27(11):996-1004. doi: 10.1007/s12603-023-1996-8. PMID: 37997721.
10. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clin Interv Aging. 2016 Oct 7;11:1403-1428. doi: 10.2147/CIA.S107750. PMID: 27785002; PMCID: PMC5063605.
11. Álvarez Hernández J, León Sanz M, Planas Vilá M, Araujo K, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized dysphagic patients: a subanalysis of the PREDyCES study. Nutr Hosp. 2015 Oct 1;32(4):1830-6. doi:10.3305/nh.2015.32.4.9700. PMID:26545558.
12. Chen KC, Jeng Y, Wu WT, Wang TG, Han DS, Özçakar L, et al. Sarcopenic Dysphagia: A Narrative Review from Diagnosis to Intervention. Nutrients. 2021 Nov 12;13(11):4043. doi: 10.3390/nu13114043. PMID: 34836299; PMCID: PMC8621579.

13. de Sire A, Ferrillo M, Lippi L, Agostini F, de Sire R, Ferrara PE, et al. Sarcopenic Dysphagia, Malnutrition, and Oral Frailty in Elderly: A Comprehensive Review. *Nutrients*. Feb 25;14(5):982. doi: 10.3390/nu14050982. PMID: 35267957; PMCID: PMC8912303.
14. Viñas P, Bolivar-Prados M, Tomsen N, Costa A, Marin S, Riera SA, et al. The Hydration Status of Adult Patients with Oropharyngeal Dysphagia and the Effect of Thickened Fluid Therapy on Fluid Intake and Hydration: Results of Two Parallel Systematic and Scoping Reviews. *Nutrients*. 2022 Jun 16;14(12):2497. doi: 10.3390/nu14122497. PMID: 35745228; PMCID: PMC9228104.
15. Conselho Federal de Nutrição (CFN). Resolução CFN nº 599/2018, de 25 de fevereiro de 2018 — Código de Ética e Conduta do Nutricionista [Internet]. Publicada no Diário Oficial da União nº 64, 4 abr 2018, Seção 1, p. 182. Disponível em: <https://www.cfn.org.br>
16. de Luis DA, Aller R, Izaola O. Menú de textura modificada y su utilidad en pacientes con situaciones de riesgo nutricional [Modified texture diet and useful in patients with nutritional risk]. *Nutr Hosp*. 2014 Jan 20;29(4):751-9. Spanish. doi: 10.3305/nh.2014.29.4.7003. PMID: 24679015.
17. Kakehi S, Isono E, Wakabayashi H, Shioya M, Ninomiya J, Aoyama Y, et al. Sarcopenic Dysphagia and Simplified Rehabilitation Nutrition Care Process: An Update. *Ann Rehabil Med*. 2023 Oct;47(5):337-347. doi: 10.5535/arm.23101. Epub 2023 Oct 31. PMID: 37907225; PMCID: PMC10620494.
18. Dock-Nascimento DB, Campos LF, Dias MCG, Fabre MES, Lopes NLA, Oliveira Junior PA, et al. Dieta oral no ambiente hospitalar: posicionamento da BRASPEN. *Braspen J*. 2022;37(3):207–227.
19. Cichero JA, Lam P, Steele CM, Hanson B, Chen J, Dantas RO, et al. Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*. 2017 Apr;32(2):293-314. doi: 10.1007/s00455-016-9758-y. Epub 2016 Dec 2. PMID: 27913916; PMCID: PMC5380696.
20. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) [Internet]. 2022 [citado 2025 ago 11]. Disponível em: <https://www.iddsi.org/>
21. Ribeiro CM, Miyake LS, Fernandes MCP, Morimoto IMI. Dietas hospitalares por via oral modificadas na consistência: avaliação da adequação da oferta de nutrientes para idosos hospitalizados. *BRASPEN J*. 2023;38(3):0. doi:10.37111/braspenj.2023.38.3.07
22. Rodd BG, Tas AA, Taylor KDA. Dysphagia, texture modification, the elderly and micronutrient deficiency: a review. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2022 Sep 12;62(26):7354–69.
23. Wright L, Cotter D, Hickson M, Frost G. Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *J Hum Nutr Diet*. 2005 Jun;18(3):213-9. doi: 10.1111/j.1365-277X.2005.00605.x. PMID: 15882384.
24. Dellis S, Papadopoulou S, Krikonis K, Zigras F. Sarcopenic Dysphagia. A Narrative Review. *J Frailty Sarcopenia Falls*. 2018 Mar 1;3(1):1-7. doi: 10.22540/JFSF-03-001. PMID: 32300688; PMCID: PMC7155347.



Documento assinado eletronicamente por **Wesley Santana Correa de Arruda, Profissional de Atividades Estratégicas - Nutricionista**, em 22/09/2025, às 10:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no §2º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Caroline Olímpio Romeiro de Meneses, Coordenadora**, em 22/09/2025, às 10:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no §2º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.cfn.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2156475** e o código CRC **941E3AB3**.

Referência: Processo nº 099994.000256/2019-57SEI nº 2156475

Criado por [wesley.arruda](#), versão 5 por [caroline](#) em 22/09/2025 10:04:56.