



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA**

**RELAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO DE DISFAGIA COM AVALIAÇÃO
FUNCIONAL DA ALIMENTAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

NATHÁLIA BUNN CHAVES

FLORIANÓPOLIS

2013

NATHÁLIA BUNN CHAVES

**RELAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO DE DISFAGIA COM AVALIAÇÃO
FUNCIONAL DA ALIMENTAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
Volume Único**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de Fonoaudiologia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Furkim

Área de concentração: Disfagia

FLORIANÓPOLIS

2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Chaves, Nathália

Relação entre fatores de risco de disfagia com avaliação funcional da alimentação em idosos institucionalizados / Nathália Chaves ; orientadora, Ana Maria Furkim - Florianópolis, SC, 2013.

91 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Fonoaudiologia.

Inclui referências

1. Fonoaudiologia. 2. Idoso . 3. Institucionalizado. 4. Disfagia. 5. Presbifagia. I. Furkim, Ana Maria. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Fonoaudiologia. III. Título.

**TERMO DE APROVAÇÃO
NATHÁLIA BUNN CHAVES**

**RELAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO DE DISFAGIA COM AVALIAÇÃO
FUNCIONAL DA ALIMENTAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

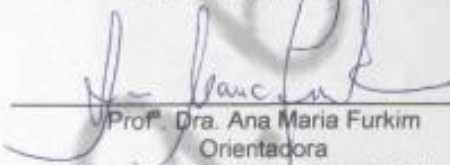
Esta monografia foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Bacharel
em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 04 novembro 2013.



Prof.^a Dra. Maria Isabel D'Ávila Freitas
Coordenadora do Curso de Fonoaudiologia
Universidade Federal de Santa Catarina

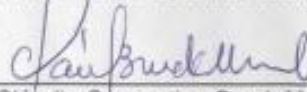
Banca Examinadora:



Prof.^a Dra. Ana Maria Furkim
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a Dra. Maria Rita Pimenta Rolim
Membro Titular
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a Me. Cláudia Cossentino Bruck Marçal
Membro Titular
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a minha mãe e a minha avó por não medirem esforços para conquistar tudo que desejasse em minha vida.

À minha família, base do que me tornei hoje e promessa de um futuro brilhante.

E aos meus amigos por andarem sempre ao meu lado em todos os momentos e pelos quais nunca pensei em desistir, por mais difícil que fosse.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, a minha mãe e a minha avó, que me criaram e sempre me apoiaram em todas as minhas decisões, dando o melhor de si para que nada me faltasse, guiando meus passos para um futuro brilhante.

Agradeço também a minha família, pelo apoio e por me mostrar que as maiores conquistas vêm do caminho mais difícil a ser traçado e que não importa quantas barreiras existam no meio do caminho, pois isso são provas pelos quais devemos passar.

À minha orientadora, Ana Maria Furkim, agradeço sua compreensão, atenção, seus conselhos e ensinamentos, a quem tenho orgulho de ser exemplo e de dizer com convicção que muito errei, aprendi e segui, e que hoje, se me sentir incapaz de realizar o impossível, dele farei o meu maior objetivo até torná-lo possível.

Aos meus mestres, que durante minha vida acadêmica, me ensinaram que com muita determinação, conhecimento e paciência, chegamos muito além daquilo que esperamos e que devemos ter o compromisso de honrar com nossa profissão, pensando sempre no bem estar ao próximo, da qual nos sentimos gratificantes.

Às instituições de longa permanência para idosos, que desde o início da minha pesquisa me receberam com muita hospitalidade e a todos os idosos que neles residem, o meu muito obrigado, por compartilhar um pouco do conhecimento de toda uma vida, dividindo seus anseios, alegrias, tristezas e principalmente seu carinho de quem tem muito a oferecer.

A todos que sempre estiveram ao meu lado: **MUITO OBRIGADA!!!**

“Se escutar uma voz dentro de você dizendo 'Você não é um pintor', então pinte sem parar, de todos os modos possíveis, e aquela voz será silenciada.”

(Vicent Van Gogh)

CHAVES, Nathália Bunn. **Relação entre Fatores de Risco de Disfagia com Avaliação Funcional da Alimentação em Idosos Institucionalizados**. 2013. 92 folhas. Monografia. Curso de Fonoaudiologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

RESUMO

Introdução: No envelhecimento ocorrem diversas modificações no organismo e estas são responsáveis pelos mais variados tipos de alterações clínicas, dentre elas podemos relatar a disfagia que acomete cada vez mais essa população. Junto a essas modificações, o idoso fica mais dependente de um cuidado especial da qual sua família está desprovida, levando esse idoso a uma instituição de longa permanência. **Objetivo:** Verificar o perfil da alimentação pelo tipo de consistência em idosos institucionalizados de Florianópolis. **Metodologia:** Estudo transversal realizado em instituições de longa permanência para idosos de Florianópolis, no qual foram entrevistados 39 idosos por meio do protocolo de Triagem para Grupo de risco para Disfagia Orofaríngea na população Idosa (GrDI), analisado de forma univariada e bivariada com os achados do *check list* da avaliação funcional da alimentação. **Resultados:** Durante a coleta de dados verificou-se que dos 39 idosos pesquisados, 64,10% eram do gênero feminino e 35,96% do gênero masculino, com média de idade de 83,49 anos. O tipo de consistência alimentar mais relatados foi a líquida (74,40%) e a sólida (69,20%). Dentre os principais fatores de risco para disfagia, o grupo de sinais para disfagia (40,00%) e uso de prótese dentária mal adaptada (18,00%) foram os mais prevalentes nesse estudo. Já a associação dos fatores de risco com os resultados da avaliação funcional da alimentação, mostrou que a utilização de prótese dentária até 10 anos, e a preferência por alimentos de consistência pudim e sólido deram resultados significativos, com sinais de aspiração e/ou sinais clínicos de disfagia positivos. **Conclusão:** O perfil alimentar da população de idosos institucionalizados nesse estudo aponta para a ingestão preferencial de líquidos e sólidos, apesar das dificuldades biomecânicas na presbifagia que essas consistências sugerem, pois os idosos referem extremo desprazer com consistências pastosas homogêneas.

Palavras – chave: Idoso Institucionalizado; Disfagia; Presbifagia; Consistência.

ABSTRACT

Introduction: In many aging changes occur in the body and these are responsible for most types of clinical changes, among them we can report dysphagia increasingly affecting this population. Along with these modifications, the elderly becomes more dependent on special care of his family which is devoid taking that old to a long-stay institution. **Objective:** To determine the profile of the type of power consistency in institutionalized elderly people in Florianópolis. **Methods:** Cross-sectional study in long- stay institutions for the elderly in Florianópolis, where 39 seniors were interviewed using the protocol of screening for risk group for Oropharyngeal Dysphagia in Elderly population (GRDI), analyzed using univariate analysis and bivariate analysis with the findings check list of functional evaluation of food. **Results:** During the data collection it was found that the 39 seniors surveyed, 64.10 % were female and 35.96 % male, with a mean age of 83.49 years. The most reported type of feed of liquid consistency (74.40 %) and solid (69.20%). Among the main risk factors for dysphagia, the group of signals for dysphagia (40.00 %) and use of ill-fitting dentures (18.00%) were the most prevalent in this study. The association of risk factors with the results of the functional assessment of feeding, showed that the use of dental prostheses up to 10 years, and prefer foods solid consistency of pudding and gave significant results, with signs of aspiration and / or clinical signs of positive dysphagia. **Conclusion:** The dietary profile of the population of institutionalized elderly in this study points to the preferential intake of liquids and solids, despite the difficulties in biomechanical presbifagia suggest that these consistencies, since the elderly relate extreme displeasure with homogeneous pasty consistency .

Keywords - Keywords: Institutionalized Elderly; Dysphagia; Presbyphagia; Consistency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DA – Doença de Alzheimer

DOF – Disfagia Orofaríngea

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRGE – Doença do Refluxo Gastroesofágico

EAT – Eating Assessment Tool

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

GRBAS – Grade Roughness Breathiness Asthenia Strain

GrDI – Triagem para o Grupo de Risco para Disfagia Orofaríngea na população Idosa

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

NMI – Neurônio Motor Inferior

NMS – Neurônio Motor Superior

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSS-HN – Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients

QV – Qualidade de Vida

SNC – Sistema Nervoso Central

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TTS – Estimulação Tátil-Térmica

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Frequência relativa da idade (anos).....	58
Figura 2 - Gênero.....	59
Figura 3 – Porcentagem de consistência alimentar ingerido pelos idosos institucionalizados	60
Figura 4 – Porcentagem dos fatores de risco para disfagia em idosos institucionalizados	62
Figura 5 – Distribuição de frequências dos idosos.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Consistência dos alimentos ingeridos pelos idosos da amostra.....	60
Tabela 2- Prótese Dentária	63
Tabela 3 – Associação das variáveis.	66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVO GERAL	14
1.1.2 Objetivos Específicos	14
1.2 JUSTIFICATIVA	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.....	16
2.2 DEGLUTIÇÃO	20
2.3 PRESBIFAGIA	21
2.3.1 Dentição, Prótese dentária e Tônus Muscular no idoso	23
2.4 O IMPACTO DA CONSISTÊNCIA ALIMENTAR NO ENVELHECIMENTO FISIOLÓGICO DA OROFARINGE	25
2.5 DISFAGIA.....	28
2.5.1 Disfagia Neurológica	30
2.5.2 Disfagia Mecânica	38
2.5.2.1 Câncer de Cabeça e Pescoço.....	38
2.6 MÉTODOS CLÍNICOS DE INVESTIGAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE DEGLUTIÇÃO	42
2.6.1 Triagem em idoso	42
2.6.2 Avaliação Funcional	44
2.6.2.1 Sinais Clínicos de Aspiração	47
2.6.2.2 Sinais Clínicos de Disfagia	52
3 METODOLOGIA	55
3.1 DELINEAMENTO	55
3.2 POPULAÇÃO ALVO	55
3.2.1 Amostra	55
3.2.2 Critérios de Inclusão	55
3.2.3 Critérios de Exclusão	55
3.3 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO.....	55
3.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	56
3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	57
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5 CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A – CHECK LIST DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL	86
APÊNDICE B – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	87

ANEXO 1 – (GRDI) TRIAGEM PARA GRUPO DE RISCO PARA DISFAGIA OROFARINGEA NA POPULAÇÃO IDOSA – (GRDI).....	88
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89

1 INTRODUÇÃO

Devido às modificações observadas na pirâmide populacional, as doenças inerentes ao envelhecimento ganharam maior expressão dentro da sociedade (COSTA; VERAS, 2003). Com o aumento gradual de idosos no Brasil, doenças crônico-degenerativas vêm-se tornando cada vez mais prevalentes e apresentam grande impacto na qualidade de vida dos doentes (FROTA, 2008). Os idosos representam uma população frágil, devido às alterações morfológicas, biomoleculares e funcionais no organismo. Essa fragilidade indica que a idade é um determinante importante para o aparecimento de doenças, agravadas pelo sedentarismo, pela má alimentação e fatores extrínsecos, principalmente em relação a doenças crônico-degenerativas e múltiplas que duram mais tempo necessitando cuidados à saúde (SILVA; SILVA 2005).

No envelhecimento ocorrem diversas modificações no organismo e estas são responsáveis pelos mais variados tipos de alterações clínicas, descritas no trato aéreo-digestivo superior pelos distúrbios de voz e de deglutição (CARDOSO, 2010). Um dos grandes sintomas que acometem essa população está a disfagia, caracterizada por ser um sintoma de uma doença de base que pode acometer qualquer parte do trato digestório, desde a boca até o estômago (FRAGA et al., 2010).

A disfagia está diretamente associada à interrupção do prazer da alimentação e além de impedir a manutenção das condições nutricionais e de hidratação do indivíduo que, frequentemente, já as tem comprometidas, pode ainda agravá-las (GROHER, 1997).

A alta incidência de disfagia nos idosos deve-se: aos problemas de mastigação (dentição péssimo estado, incompleta ou próteses inadequadas), fala inarticulada, tosse ou sufocamento enquanto come, diminuição da força mastigatória e de língua, movimento excessivo da língua causando extrusão do alimento, resíduo do alimento na cavidade oral, penetração no vestíbulo laríngeo, diminuição de reflexos protetivos, aumento de refluxo gastroesofágico, voz molhada depois de comer ou beber, degeneração senil do esôfago, doenças e medicamentos que comprometam a atividade muscular dos órgãos envolvidos na deglutição e que podem causar xerostomia. No idoso, a disfagia tem consequências desastrosas, tais

como; pneumonia aspirativa, alterações na ingestão alimentar e subnutrição, devido à relutância de consumir alguns tipos de consistências de dieta (ALMADA; MELLO, 2000; FINESTONE; FINESTONE, 2003; GROHER, 2001).

1.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o perfil da consistência alimentar em idosos institucionalizados da grande Florianópolis.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever os principais fatores de risco para a disfagia encontrados.
- b) Relacionar os fatores de risco da triagem para idosos com os dados da avaliação funcional de alimentação, dos idosos institucionalizados.

1.2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, o grande contingente de idosos, a falta de preparo à aposentadoria e a precária situação econômica têm levado indivíduos da terceira idade a recorrer às instituições fechadas, pois esses problemas inviabilizam as condições para uma vida integrada e participativa na sociedade e acarreta um aumento de abrigos de idosos nos centros urbanos. As instituições, normalmente, têm a internação do idoso voltada para questão assistencialista, não diferenciando o idoso sadio do idoso não sadio (GIACHETI; DUARTE, 1997).

O processo de envelhecimento comumente causa disfunção da voz e da deglutição, por isso, a fonoaudiologia também vem buscando ampliar sua práxis em relação ao processo de envelhecimento. Os idosos apresentam características biológicas, sociais e psicológicas peculiares. Observa-se no processo natural de envelhecimento uma redução da reserva funcional dos vários órgãos e tecidos, assim como maior ocorrência de algumas doenças, merecendo uma abordagem diagnóstica e terapêutica com especial atenção (NASI, 2003). As várias modificações anatômicas e psicológicas decorrentes do envelhecimento tendem a

transformar o mecanismo da deglutição na fase oral, faríngea e esofágica em uma deglutição menos eficiente e contribuir para o aparecimento de sintomas disfágicos (FEIJÓ; RIEDER, 2004).

Diante dos aspectos pesquisados e abordados na literatura, há a constatação de que se faz necessário ampliar as pesquisas na área da fonoaudiologia em idosos institucionalizados.

O presente estudo justifica-se por proporcionar informações importantes quanto aos fatores de risco de disfagia que acometem os idosos institucionalizados, uma vez que essa população está mais sujeita a várias modificações que afetam a anatomofisiologia da deglutição.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que, até 2050, o Brasil será o sexto do mundo com o maior número de idosos. O país deverá chegar a 2050 com cerca de 15 milhões de anciãos, dos quais 13,5 milhões com mais de 80 anos. A velocidade do envelhecimento tem superado a implementação de ações para oferecer melhores condições de vida à terceira idade. Apenas 0,8% dos idosos vivem em asilos no Brasil. Um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), divulgado em maio de 2012, mostra que o número de instituições públicas que abrigam os idosos não acompanha o crescimento da terceira idade. O Brasil tem 3.548 asilos, dos quais 218 são públicos (OMS, 2011).

Junto às modificações observadas na pirâmide populacional, as doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão dentro da sociedade. Em geral, essas doenças nos idosos são crônicas e múltiplas, e exigem um acompanhamento constante por parte de vários profissionais da área de saúde (COSTA; VERAS, 2003). O processo de envelhecimento da população possui como determinantes, as taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade. O declínio dessas desempenha papel (éis) muito importante(s) na determinação do tempo e da velocidade em que o envelhecimento ocorre (CAMARANO, 2002; JACOB, 2000).

Observa-se também mudança no modelo familiar, surgindo, dessa forma, uma limitação no tamanho da família, que antes tinha média de seis a sete filhos, reduzindo para dois ou três no máximo. Nesse sentido, as famílias se deparam com diversas dificuldades, muitas vezes não compreendidas. Embora algumas famílias se mantenham como as mais tradicionais, cuidando e acolhendo seus parentes mais velhos, outras se modificam e surge a questão de quem é responsável por cuidar do idoso (JORDÃO, 1999).

A dependência do idoso não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode ser modificada, prevenida e/ou reduzida. Tal evolução nesse processo sugere a existência de profissionais qualificados e comprometidos com a assistência ao idoso. As necessidades de cuidado requerem desenvolvimento de suas atividades básicas da vida diária, à medida que, impossibilitado para o

autocuidado, o cuidador assume o papel de provedor desses cuidados (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006).

Um estudo em uma ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos) identificou que o grau de dependência relacionado ao ato de alimentar-se, no que se refere à capacidade das pessoas idosas em levar o alimento e líquidos até a boca para satisfazer suas necessidades metabólicas por si mesmas, mostrou que 83,9% dos idosos são capazes de realizar essa atividade de forma independente (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

No preparo das refeições, 64,5% não conseguem fazê-las; em contrapartida, as refeições são preparadas pelos funcionários da ILPI. Desse modo, foi avaliada a capacidade do idoso deslocar-se até a cozinha e solicitar aos funcionários algum tipo de alimento, bem como a capacidade de pegar alguma fruta para comer (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

Nas ILPIs, são frequentes os problemas alimentares, que aumentam a responsabilidade nos cuidados com estes idosos, frequentemente acometidos por outras incapacidades, sendo a pneumonia aspirativa uma das principais causas de morbi-mortalidade nesta população, associada à internação constante e de longa estadia, tornando a assistência onerosa para a instituição (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

Estes problemas alimentares incluem os sinais disfágicos, mas não se limitam a eles, e sua prevalência foi descrita como 26,5% a 87% dos idosos institucionalizados, conforme estudos norte-americanos e europeus. Estes distúrbios incluem sinais de disfagia, dependência para alimentação, alterações de comportamento interferentes na alimentação, ingestão reduzida (por várias razões), consistência inadequada do alimento, oferta rápida do alimento pelo cuidadora, problemas relacionados à postura e posicionamento, perda dentária ou outras alterações dentárias que levem à dor (SIEBENS et al., 1986; STEELE et al., 1997; O' LOUGHLIN; SHANLEY 1998).

No Brasil, dados demográficos demonstram que a população encontra-se em um rápido processo de envelhecimento e, em conseqüência, a cada ano há um acréscimo significativo no número de anciões em nossa sociedade. Esta situação, aliada a modificações na estrutura familiar e à dinâmica da sociedade, em que há, cada vez mais, a inserção do maior número possível de integrantes da família no

mercado de trabalho, em especial a mulher, expõe a pessoa idosa ao risco de vir a ser institucionalizada (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007)

O atendimento aos idosos apresenta-se em duas modalidades: a modalidade asilar que se refere ao atendimento em regime de internato do idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social; já a modalidade não asilar compõe-se de centro de convivência, centro de cuidado diurno, hospital-dia, casa-lar e oficina abrigada de trabalho, e destina-se a atender o idoso por determinado período de tempo (AIRES; PAZ; PEROSA, 2006).

O primeiro tipo de instituição conhecido foi o asilo, que se preocupava com a alimentação e a habitação no atendimento aos idosos. Seus fundadores eram pessoas carismáticas, em sua maioria religiosas, que se alicerçavam na filosofia do fazer para os idosos, não com os idosos. Os recursos eram fornecidos pela comunidade, motivados por seus organizadores, mas sem a participação da comunidade, que não conhecia a realidade dos internos. Em sua maioria advindas de famílias carentes, algumas pessoas asiladas eram abandonadas por seus familiares ou não tinham parentes, recursos ou qualquer apoio da sociedade. Atualmente, observa-se que algumas instituições têm passado por modificações expressivas, começando a se organizar por equipes nas quais profissionais de diferentes áreas do conhecimento interagem de forma interdisciplinar, tais como médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais entre outros. No entanto, essas mudanças têm sido muito lentas, enquanto casas clandestinas, conhecidas como “depósito de velhos”, aumentam significativamente (TOMASINI; ALVES, 2007).

As atuais instituições asilares tem como proposta acolher e, cuidar de idosos e prestar diversos serviços, dentre os quais devem oferecer instalações físicas adequadas, estando regularmente constituídas, propiciando a preservação dos vínculos familiares e a participação dos idosos na comunidade, dentro ou fora da instituição às necessidades dos idosos e de seus familiares, que não têm condições de cuidá-los em seu domicílio (CAMARANO, 2002).

A qualidade do ambiente físico pode influenciar nos resultados adaptativos dos idosos nas instituições. Uma pesquisa foi realizada por Imamoglu e Kiliç (1999), envolvendo o estudo de instituições de baixa e alta qualidade na Turquia. Para diferenciar instituições de alta qualidade de instituições de baixa qualidade, os

autores basearam-se em critérios ligados a características físicas dos ambientes que proporcionam independência, autonomia e privacidade aos residentes. Os resultados da pesquisa demonstraram que em instituições de maior qualidade os idosos apresentavam maior satisfação em relação à instituição, maior satisfação de vida e maior controle pessoal, além de uma maior relocação voluntária (ou seja, um maior número de idosos afirmou ter escolhido viver na instituição por sua própria vontade).

É também necessário conhecimento específico dos profissionais envolvidos, sendo importante a capacitação profissional e a educação continuada de toda a equipe interdisciplinar que atua diretamente com os idosos institucionalizados (GERMAIN; DUSFRENE; DONALD, 2006; TANTON, 2010).

Atualmente, muitos idosos desprovidos de seus familiares procuram as instituições asilares pela certeza de estarem em um local onde serão cuidados por profissionais capacitados, garantindo sua segurança e saúde (DIAS; CARDOSO, 2009). As doenças de caráter orgânico que resultam em incapacidades, tanto motoras como cognitivas, também se constituem em um importante motivo para que a família busque uma instituição que ofereça, além de moradia, recursos humanos capacitados para atender e prestar os cuidados necessários ao idoso (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Em um estudo dentro de uma das ILPIs, na qual foram relatados os problemas de saúde mais prevalentes, mostrou que: 23,10% apresentam Hipertensão Arterial, 11,10% Acidente Vascular Encefálico e 6,80% Artrose em joelhos. A maioria dos idosos (78,60%) faz uso de medicação controlada, sendo o anti-hipertensivo a medicação mais utilizada (47,80%) e 81,20% fazem uso de até duas medicações diárias, sendo mais frequente (TORRES et al., 2009).

Considerando a família como fonte de cuidado, optar pela institucionalização de um de seus membros neste caso, o idoso, a decisão, a priori, reveste-se de uma intenção que visa proporcionar melhores condições de vida, de cuidado e de conforto, mais qualificadas que aquelas que a família pode oferecer (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007). Contudo, uma das realidades observadas em muitos lugares é a falta de qualificação dos recursos humanos, aumentando o risco da saúde da população em questão, principalmente relacionados à disfagia (CARDOSO, 2010; DIAS; CARDOSO, 2009).

2.2 DEGLUTIÇÃO

A deglutição é um ato reflexo complexo, multissináptico, com respostas motoras padronizadas e modificáveis de acordo com as características do bolo, como volume e consistência. Músculos e cartilagens da laringe recebem e enviam informações por vias aferentes e eferentes dos nervos encefálicos. Essas informações se processam no tronco encefálico e no córtex cerebral do Sistema Nervoso Central (SNC), produzindo uma resposta dos núcleos motores da deglutição (FURKIM; FILHO; GOMES, 2000; MARCHESAN, 1999).

A deglutição é um processo contínuo e para ser melhor compreendido é dividido em fases. Alguns autores dividem a deglutição em 4 fases, na qual envolvem muitas estruturas, tanto moles como duras (MARCHESAN, 1995).

Estas fases são: preparatória – fase voluntária em que é formado o bolo alimentar com a trituração dos alimentos e sua mistura à saliva; oral – fase voluntária em que o bolo alimentar é posicionado e projetado para trás através de movimentos ondulatórios da língua; faríngea – fase involuntária que se inicia com o disparo do reflexo da deglutição, seguida da elevação e anteriorização da laringe e da abertura do esfíncter esofágico superior para a passagem do bolo; esofágica – fase involuntária em que o bolo é levado por movimentos peristálticos até o estômago (CINTRA et al., 2005).

A função principal da deglutição é transportar o alimento da boca para o estômago, via faringe e esôfago, para manter o suporte nutricional e a hidratação do indivíduo. A deglutição adequada é o resultado da integridade anatômica e funcional de diversas estruturas (músculos faciais, orais, faríngeos, laríngeo, esôfago e estômago) que são controladas pelo sistema nervoso central e periférico. A integração sensório-motora que acontece por meio da conexão das vias ascendentes e descendentes e o fator mecânico que gera o jogo pressórico proporcionam e mantêm a alimentação e a vida do indivíduo (BARROS; PORTAS; QUEIJAS, 2009).

A deglutição é um processo que acontece, como outros autores relatam, em cinco diferentes fases (antecipatória, preparatória, oral, faríngea e esofágica), porém, em sua totalidade, todas as fases são interdependentes. A fase antecipatória corresponde à intenção e vontade de se alimentar, a fome, o aspecto visual, olfativo,

o ambiente, todos os fatores que podem facilitar ou não a próxima fase, que é a fase preparatória (BARROS; PORTAS; QUEIJAS, 2009).

A fase preparatória como o próprio nome refere, é o momento do preparo do bolo alimentar, desde a captação à trituração e formação de um bolo homogêneo. Esta fase pode levar tempos diferentes, de acordo com as características do bolo como, a quantidade, a viscosidade e a temperatura do alimento. Após o bolo estar homogêneo, inicia-se a fase oral, que transporta o bolo da cavidade oral para a faringe. A fase faríngea é bastante complexa e sua qualidade é fator dependente direto da qualidade das fases anteriores. A fase faríngea inicia no momento em que o bolo junto ao movimento antero posterior da língua estimula a aferência da região da orofaringe e se iniciam os movimentos sequenciais para proteger as vias aéreas do alimento, e para o bolo ser direcionado diretamente para o esôfago. Na fisiologia da deglutição, quando o bolo atinge a região da orofaringe o véu palatino eleva, a laringe fecha-se em três níveis (pregas vocais, falsas pregas vocais e aritenóides com epiglote) e eleva-se e anterioriza para concomitantemente a transição faringo esofágica relaxar e o bolo progredir da faringe para o esôfago (BARROS; PORTAS; QUEIJAS, 2009).

A fase esofágica dá-se após a passagem do bolo pela transição faringo-esofágica, quando iniciam ondas peristálticas que movimentam o bolo até o estômago (BARROS; PORTAS; QUEIJAS, 2009).

2.3 PRESBIFAGIA

Com o passar dos anos, devido às modificações anatômicas e fisiológicas decorrentes do processo do envelhecimento do indivíduo, modificações no sistema sensitivo-motor oral podem ser percebidas, observando-se inadequações nas fases oral, faríngea e esofágica da deglutição e, como consequência, uma deglutição menos eficiente no idoso, ao que se denomina presbifagia (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

Sabe-se que o processo do envelhecimento provoca mudanças fisiológicas associadas que podem interagir, descompensando o mecanismo da deglutição. Um indivíduo pode manifestar leve desconforto durante a deglutição, enquanto outro pode ser incapaz de deglutir qualquer alimento sólido, confortavelmente (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

Como as pessoas envelhecem, mecanismos compensatórios são desenvolvidos e comumente vistos em outras funções sensório-motoras. O estudo da Malandraki et al. (2011) revelou que as áreas envolvidas na deglutição mostrou atividade limitada em pessoas idosas.

É comum observar no idoso, reduções, por vezes, sutil, da acuidade sensorial, seja visual, auditiva, gustativa e/ou olfatória. As dimensões faciais podem sofrer modificações, como resultado do crescimento contínuo dos ossos do crânio e do alongamento do nariz e do pavilhão auricular. Modificações estruturais e funcionais acometem o sistema estomatoglossognático, comprometendo as funções da deglutição e, conseqüentemente, muitas vezes, a fala do indivíduo. Isto é justificado pelas modificações que ocorrem com o processo do envelhecimento, na cavidade oral, tais como atrofia dos músculos dos lábios, mudanças hipertróficas na língua, modificações na mucosa oral, diminuição do fluxo de saliva, mudanças de constituição muscular, falhas dentárias, ausência completa ou parcial dos dentes, dentre outras. Vale ressaltar que o avanço da idade, em tese, ainda nos tempos atuais, depara-se com a realidade de idosos portadores de atrofia de alvéolo dentário pela perda precoce dos dentes, conseqüentes de uma condição e história odontológica adversa (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

Estudos demonstram que no processo do envelhecimento, os idosos apresentam diminuição da pressão intra-oral, aumento de múltiplas deglutições, aumento da frequência de aspiração e tosse durante a deglutição (STEELE; LIESHOUT, 2009). O estudo de Higashijima (2010) salienta que a função da deglutição em idosos também é influenciada pelo tamanho do bolo.

Netto (2003), por exemplo, ampliou os conhecimentos sobre os efeitos fisiológicos do envelhecimento humano no sistema estomatognático, descrevendo o rebaixamento do posicionamento laríngeo, a hipossensibilidade faríngea, a diminuição de mobilidade do osso hióide pelo enrijecimento de ligamentos, entre outros, que interferem diretamente na eficiência do movimento de elevação e anteriorização laríngea, assim como na qualidade de fechamento glótico.

A laringe configura-se como órgão de ação contígua em dois sistemas do organismo humano: sistema digestivo e sistema respiratório. A refinada ação de coordenação entre deglutição e respiração constitui-se em uma integração neuromotora influenciada pelo equilíbrio postural, tônus muscular, integridade de

ligamentos da cadeia muscular que une o eixo corporal anterior ao posterior, entre outros fatores (SANTORO, 2011).

A flacidez de pregas vocais e o fechamento glótico incompleto são achados comuns em avaliação de pacientes idosos, citando presença de fechamento glótico incompleto em 67% dos homens e 58% das mulheres dentre idosos com média de idade de 75 anos (BRASOLOTTO, 2004).

O processo do envelhecimento também está relacionado com a modificação na voz e à redução da sensibilidade faríngea e supraglótica, sendo este último, considerado um dos fatores responsáveis pelo aparecimento da aspiração e pneumonia de repetição em idosos, devido à diminuição dos reflexos que protegem as vias aéreas inferiores (TIAGO, 2008).

A aspiração (inalação de conteúdo orofaríngeo ou gástrico para a laringe e o trato respiratório inferior) e a penetração nas vias aéreas (entrada de material no vestíbulo laríngeo acima das pregas vocais) são os desfechos clínicos adversos mais significativos do extravio do fluxo do bolo. Em idosos, a penetração do bolo para as vias aéreas ocorre mais frequentemente e em grau mais grave do que nos adultos jovens. Quando o mecanismo de deglutição é funcionalmente alterado, a penetração das vias aéreas pode ser ainda mais acentuada (NEY et al., 2010).

Dentre as queixas mais frequentes referidas pelos idosos durante as refeições, podem ser citados os engasgos frequentes, tosse, pigarro, sensação de “bolo” na garganta, dificuldade para deglutir comprimidos, grãos, farelo de pão, dentre outros exemplos (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

2.3.1 Dentição, Prótese dentária e Tônus Muscular no idoso

As modificações estruturais e funcionais alteram o processo de mastigação e deglutição, modificando, inclusive, os hábitos alimentares. Algumas ocorrem por orientações médicas, outras ocorrem espontaneamente como forma de adaptação. Há um aumento pela preferência de alimentos moles, úmidos, pastosos e líquidos, assim como um aumento na quantidade de sal e/ou açúcar, decorrentes da diminuição do paladar (SILVA et al., 2008).

O edentulismo é outra característica frequente na maioria dos idosos brasileiros, agravando-se ainda mais na presença de doenças associadas. A perda

parcial e/ou total dos dentes é inclusive, aceita pela sociedade em geral, como algo normal ou natural do envelhecimento. Entretanto, a perda de um dente apenas pode gerar um desequilíbrio nas relações oclusais entre os restantes, ocasionando efeitos negativos na realização das funções estomatognáticas (WHITAKER; TRINDADE; GENARO, 2009).

A diminuição dos movimentos orais, a redução da sensibilidade orofacial, as perdas dentárias e a utilização de próteses, podem causar alterações na fala, mastigação e deglutição as perdas dentárias e as próteses mal adaptadas prejudicam visivelmente a fase preparatória oral da deglutição. O uso de prótese dentária mal adaptada gera prejuízo na fase oral de deglutição. A prótese mal adaptada está relacionada com a idade uma vez que o osso alveolar atrofia cerca de um milímetro por ano em decorrência da ausência de dentes. A perda dos dentes e a grande retração dos alvéolos podem gerar a falta de alinhamento biomecânico e a instabilidade nos órgãos fonoarticulatórios. As alterações dentárias e as próteses mal adaptadas podem ocasionar mastigação lenta (RIBEIRO, 2003).

À medida que envelhecemos, a habilidade de deglutir de forma segura passa por mudanças anatômicas e fisiológicas que podem favorecer o risco de ocorrer uma deglutição incoordenada (ROY et al., 2007).

Considerando as funções estomatognáticas, as alterações de deglutição são bastante freqüentes e significativas. Estas podem gerar complicações como desidratação e má nutrição, ocasionando isolamento e depressão nos idosos. Além disso, a incoordenação da deglutição (com favorecimento da aspiração traqueal) é um dos principais fatores responsáveis por pneumonias em idosos (CABRE et al., 2010). Conseqüentemente estas alterações podem contribuir para o aumento dos índices de morbidade. Uma das justificativas para essas alterações é a ocorrência do declínio no controle do sistema neuromuscular, podendo resultar em prejuízo de qualquer uma das fases da deglutição (TANTON, 2010).

Avaliando a estrutura da língua, verificou-se em um estudo, que 46% apresentaram postura normal e 54% alterada, a tonicidade estava normal em 38% da amostra e 62% dos idosos apresentaram alteração. Na realização dos movimentos, 15% conseguiram atender aos comandos verbais ou a pista visual adequadamente, enquanto 85% apresentaram alguma dificuldade ou não conseguiram realizar os movimentos, portanto, apresentaram mobilidade alterada. Verificou-se que 85% dos idosos apresentaram padrão de normalidade e 15%

referiram queixa de dor, desconforto e ou dificuldade para realizar movimentos mastigatórios (ROCHA; LOPES; LIMA, 2010).

Sobre a condição da deglutição dos idosos pesquisados no mesmo estudo, observou-se que 62% demonstraram padrão normal e 38%, alguma alteração. Quanto a fala, em 54% dos idosos ela era compreensível, podendo ser considerada normal, enquanto 46% apresentaram algum tipo de dificuldade, comprometendo a comunicação (ROCHA; LOPES; LIMA, 2010).

O idoso está mais propenso à fadiga muscular por conta do envelhecimento e hipotonia da fibra dos músculos da mastigação, o que justifica a dor e o cansaço ao mastigar (SUZUKI, 1997).

Alterações referentes à fisiologia, estrutura e função em idosos também foram descritas, apontando redução na força mastigatória que acarreta em um preparo mais lento do bolo alimentar (SUZUKI, 1998; MAKSUD; REIS, 2003). Aspectos como dificuldade no preparo e organização do bolo, manipulação lenta deste, dificuldade de ejeção e movimento antero-posterior de língua reduzido apresentaram piora evidente ao se aumentar a consistência dos alimentos (DANIELS et al., 2004). Quando a dificuldade está na fase faríngea, o paciente engasga, tosse e também broncoaspira, só que durante a deglutição. Alterações mais encontradas na fase faríngea são: atraso ou ausência do reflexo de deglutição; mobilidade ineficiente na elevação da laringe; coaptação de pregas vocais inadequadas; incoordenação da abertura do esfíncter esofágico superior e alteração da sensibilidade da câmara faríngea (SUZUKI, 1998).

2.4 O IMPACTO DA CONSISTÊNCIA ALIMENTAR NO ENVELHECIMENTO FISIOLÓGICO DA OROFARINGE

As modificações nos hábitos alimentares surgem gradativamente, como forma de adaptação às situações de perdas com que os idosos se deparam, tais como a diminuição da saúde orgânica e a integridade do sistema estomatognático, no que se refere a sua morfologia e integridade (PERLMAN; SHULZE, 1997). Com o avanço da idade é comum acontecer a preferência por consistências mais macias e/ou pastosas a fim de facilitar o processo de alimentação (SUZUKI, 1997).

Em pesquisa realizada com idosos de duas instituições, sendo uma da rede pública e outra da rede privada de Recife, foi constatado que a maioria dos idosos deu preferência por alimentos macios em ambos os locais (QUEIROZ et al., 2008).

Em outra pesquisa, notou-se que a amostra apresentou risco para disfagia, após a avaliação fonoaudiológica, sendo 20,8% risco quando há ingestão de líquidos. Nessa mesma pesquisa, observou-se que no grupo com risco a proporção foi bem significativa (42,5%) para aqueles que consumiam uma dieta de consistência geral e passaram a consumir uma dieta pastosa e daqueles que consumiam uma dieta geral para branda (37%) (MENDES; TCHAKMAKIAN, 2009).

Uma das consequências da dificuldade mastigatória é o prejuízo da saúde, tendo em vista que tal dificuldade pode interferir na escolha dos alimentos em função de sua consistência (RAYMER; SHEIHAM, 2007), o que, por sua vez, pode comprometer o estado nutricional do indivíduo, bem como sua saúde geral com o decorrer do tempo, devido ao baixo valor nutricional desses alimentos. Ainda de acordo com a literatura, percebe-se uma relação entre a escolha dos alimentos e a habilidade mastigatória (BRENNAN; SPENCER; THOMSON, 2008), sendo que a alteração na seleção da comida está associada ao decréscimo do número de dentes. Assim, pode-se dizer que o aumento do número de dentes perdidos resulta em mudanças significantes no estado hematológico para alguns nutrientes, podendo comprometer a saúde sistêmica do indivíduo (WALLS et al., 2000).

Alguns autores investigaram a pressão faríngea e do esfíncter esofágico superior durante a deglutição de líquidos. Participaram da pesquisa 19 idosos, nove homens e dez mulheres, sem queixas de deglutição, alterações neurológicas, refluxo gastro-esofágico, queixas de disfonia e doenças otorrinolaringológicas. Para caracterizar a deglutição de líquidos dos participantes quanto à pressão, dois sensores manométricos foram posicionados na faringe e no esfíncter esofágico superior. Os autores encontraram que a pressão faríngea foi significativamente menor nos participantes que aspiraram líquidos do que os que não aspiraram (BUTLER et al., 2011).

Outros autores analisaram a deglutição de 229 homens, com mais de 66 anos de idade, com queixa de disfagia de causas variadas (acidente vascular cerebral, doenças neuromusculares, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, câncer de cabeça e pescoço e causas não definidas). O objetivo do estudo foi comparar o risco de penetração/aspiração, durante a deglutição de diferentes consistências e

volumes, por meio do videoglutograma. Foram testados 4 ml de alimento pastoso na consistência pudim; 4 e 10 ml de líquido fino (com bário); líquido no copo (deglutição livre); carne (8 g com bário); 5 ml de líquido concomitante à oferta de carne. O risco de penetração aumentou da seguinte forma: pudim; carne; 4 ml seguido por 10 ml de líquido fino; líquido concomitante à oferta de carne; e a maior evidência de penetração foi durante a deglutição livre. O risco de aspiração aumentou da seguinte forma: carne; 4 ml seguido por 10 ml de líquido fino; deglutição livre; líquido concomitante à oferta de carne. Os autores concluem que o risco de penetração/aspiração laringo-traqueal variou dependendo do tipo de alimento. O uso da mistura de múltiplas consistências deve ser usado com critério na disfagia (OZAKI et al., 2010).

Outros autores ainda compararam a deglutição de líquidos, em homens e mulheres assintomáticos, por meio do videodeglutograma. Participaram do estudo, 18 homens com média de idade de 61 anos e 12 mulheres com média de idade de 53 anos. Foi avaliada a deglutição de 10 ml de líquido e 10 ml de pastoso. Os resultados indicaram maior tempo de trânsito orofaríngeo na deglutição de mulheres do que de homens (DANTAS et al., 2009).

Pesquisadores realizaram um estudo prospectivo com o objetivo de definir a frequência e o nível de aspiração, em indivíduos com diferentes idades e gêneros, durante a deglutição de variadas consistências e volumes alimentares. Concomitantemente, foi verificada a presença de pigarro e tosse. O estudo foi realizado com 98 indivíduos saudáveis (48 mulheres e 50 homens), com idades entre 20 e 94 anos. Os autores verificaram a deglutição de 1, 3, 5 e 10 ml de líquido fino; 3 ml de semi-sólido (pudim); 1/4 de bolacha doce e uma mordida de maçã, por meio do videodeglutograma e análise dos sons da deglutição. Foram observadas maior frequência de penetrações laríngeas nos indivíduos com idade superior a 50 anos. Não foi observada relação entre gênero e frequência de penetração laríngea. Contudo, houve maior penetração para líquidos quando analisada a variável consistência (DAGGETT et al., 2006).

Existe uma prevalência relativamente alta de disfagia na população geriátrica com base na comunidade e uma qualidade significativa de comprometimento de vida relacionada à alimentação e distúrbios da alimentação (CHEN et al., 2009). Este mesmo problema é mais prevalente em lares de idosos. Até 40% das pessoas em contextos de cuidados permanentes são disfagicos, (HUMBERT; ROBBINS, 2008) e

entre 50% a 75% dos residentes do lar de idosos tem alguma dificuldade de deglutição (O'LOUGHLIN; SHANLEY, 1998). Um estudo realizado por Wilkinson e de Picciotto (1999) investigou a prevalência de problemas de deglutição subjetivamente relatados, em um grupo de moradores da vila de aposentadoria. Os resultados revelaram uma prevalência de 44% dos indivíduos que tiveram problemas de deglutição que interferiu no seu funcionamento do dia a dia. Além disso, a demência é um problema grave entre os idosos que vivem em asilos, a doença de Alzheimer também é o mais comum condição de risco, já que é a causa de uma perda da parte consciente da mastigação e da deglutição (RUMEAU; VELLAS, 2003). Em contextos de cuidados de enfermagem, indivíduos são muitas vezes vistos com asfixia enquanto eles estão comendo e bebendo. Esta situação não só impõe dificuldades para os profissionais, mas também interfere com a qualidade de vida dos indivíduos e seus familiares (KYLE, 2011). A pneumonia adquirida na comunidade é outra das principais causas de morbidade e mortalidade em idosos e é a principal causa de morte entre os residentes do lar de idosos. A aspiração é um importante fator etiológico levando a pneumonia (MARIK; KAPLAN, 2003).

2.5 DISFAGIA

Doenças comuns ao envelhecimento podem causar distúrbios de deglutição importantes, as denominadas disfagias (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

A disfagia pode ser caracterizada pela dificuldade ou sensação de dificuldade na passagem do alimento sólido e/ou líquido da cavidade oral ao estômago e não é considerada uma doença, mas sim, um sintoma, que pode caracterizar um distúrbio do transporte orofaríngeo ou esofágico (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

A disfagia orofaríngea quando não identificada e tratada corretamente, pode acarretar desnutrição, desidratação, broncopneumonia e, até mesmo, a morte. Devido ao grande impacto que as disfunções na deglutição podem desencadear, vários estudos foram realizados nos últimos 40 anos para compreender a fisiologia da deglutição e sua respectiva fisiopatologia mediante diversas doenças e situações, para que essas alterações sejam prontamente diagnosticadas e tratadas adequadamente (BARROS; PORTAS; QUEIJAS, 2009).

Alterações na função da deglutição orofaríngea têm sido observadas entre idosos. A deglutição ocorre de forma mais lenta. A duração mais longa ocorre em

grande parte, antes da fase faríngea onde a fase da deglutição é iniciada. Naqueles com mais de 65 anos de idade, o início dos eventos da laringe e da faringe, incluindo o vestíbulo laríngeo (e portanto, das vias aéreas), estão atrasadas significativamente do que em adultos com menos de 45 anos de idade (NEY et al., 2010).

Na fase preparatória temos como principais prejuízos o declínio do olfato, tendência à diminuição da capacidade para perceber o doce e o salgado, azedo e amargo (VIDIGAL; RODRIGUES; NASRI, 2001).

Na fase oral ocorre a lentificação do preparo do bolo alimentar, aumento do tecido adiposo e conjuntivo da língua, redução da massa muscular e das unidades motoras funcionais da língua, diminuição da força e da mobilidade, alteração na propulsão do bolo, diminuição da força na mordida e na mastigação (QUINTALE; PIMENTEL, 2002). Há também menor salivação e redução das papilas linguais que, juntamente com a diminuição do olfato, durante o envelhecimento, prejudicam a sensibilidade intra-oral, (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003). Próteses mal adaptadas são causa prevalente de disfagia. No estudo realizado por CORTÉS et al., 2003, constatou-se que cerca de 33% dos idosos que usavam prótese apresentaram disfagia.

Na fase faríngea ocorre diminuição da sensibilidade na laringofaringe, minimizando o poder da discriminação sensitiva da laringofaringe através do limiar de pressão necessária para o reconhecimento do bolo alimentar, diminuição da elevação anterior da laringe, aumento dos movimentos extras do osso hióide causando uma deglutição mais lenta que a dos jovens, diminuição do diâmetro de abertura do segmento faringo-esofágico (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003). Em um estudo realizado, 49% das mulheres com mais de 70 anos de idade apresentam dificuldades na fase faríngea da deglutição.

Na fase esofágica ocorre diminuição da amplitude da contração peristáltica decorrente do espessamento da musculatura involuntária, diminuição da pressão de repouso do segmento faringo-esofágico, aumento do efeito do refluxo gastro-esofágico, atraso do esvaziamento esofágico e aumento da dilatação esofágica (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003). Entre as mulheres de 60 a 69 anos de idade 25% relataram sensação de parada do bolo no esôfago; entre os homens da mesma faixa etária esse número aumenta para 40%. Quando a idade avança para além dos 70 anos, diminui o número de mulheres com essa sensação e permanece o número de homens (MARCOLINO et al., 2009; GARMENDIA, 2006).

Os sintomas da disfagia são frequentes nas pessoas mais idosas, porque os fatores casuais primários, como os acidentes vasculares encefálicos (AVEs), as doenças esofágicas, doenças neuromusculares e quadros de demência são mais frequentes nesta faixa etária (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

Às vezes, a disfagia pode ter causas iatrogênicas, por excesso de medicamentos e de uso prolongado, levando muitas vezes à desnutrição. Tubos nasogástricos, intubação das vias aéreas e efeitos de medicação podem todos predispor uma pessoa idosa com proteção das vias aéreas frágil para desenvolver aspiração. Compreender as causas iatrogênicas de disfagia pode alterar a prática médica e pode reduzir sua incidência e complicações (NEY et al., 2010).

A disfagia iatrogênica se caracteriza como efeito adverso nas alterações do processo normal de deglutição, pela utilização de grandes quantidades de medicamentos, principalmente em idosos por ser comum à presença de múltiplas doenças nessa fase. Esta foi dividida em três categorias: disfagia seguida de cirurgia e terapia radioterápica por câncer de cabeça e de pescoço; disfagia esofágica e disfagia orofaríngea causada por distúrbio neurológico iatrogênico. Existem vários mecanismos cirúrgicos e vários medicamentos que podem produzir alterações neurológicas e disfagia orofaríngea (FROTA, 2008).

A disfagia iatrogênica ocorre tanto pela quantidade quanto pelo tipo de medicamento utilizado com o avançar da idade. Dentre as alterações de deglutição causadas por medicamentos, pode-se destacar a diminuição do funcionamento da musculatura involuntária, da mobilidade esofágica e das pressões do esfíncter esofágico inferior, ressecamento excessivo da cavidade oral (xerostomia) que pode ser causada por anticolinérgicos, antidepressivos, anti-histamínicos, broncodilatadores, antiespasmódicos, anti-hipertensivos, sedativos e hipnóticos, diminuição do paladar e inibição do início da preparação do bolo alimentar e do disparo do reflexo de deglutição (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

A diminuição na salivação, causada pelo excesso e tipo de medicamento, pode prejudicar o rendimento durante a preparação do bolo alimentar, provocando dificuldades no momento da deglutição especialmente nos casos de disfagia orofaríngea neurogênica (FROTA, 2008).

2.5.1 Disfagia Neurológica

Os idosos, por serem mais predisponentes às doenças, possuem maior facilidade de desenvolverem disfagia. Além da presbifagia nos idosos são observadas doenças mais comuns como: Parkinson, Alzheimer, demência por múltiplos infartos e acidentes vasculares cerebrais. A dificuldade de deglutição está associada ao próprio mecanismo de envelhecimento, ao uso de medicamentos, disfunções anatômicas/funcionais, entre outros (JACOBI; LEVY; SILVA, 2003).

Doenças neurológicas são mais prevalentes em gerações mais velhas da população. O acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer, parkinsonismo e outras síndromes demenciais, são grandes fatores de risco de disfagia na população idosa, com suas conseqüências incipientes. Porque a função cognitiva e / ou a comunicação pode ser prejudicada, assim é importante observar os sinais de alerta associados com disfagia e risco de aspiração. Em um estudo, entre 50% e 75% dos pacientes que tiveram um acidente vascular cerebral aguda recente, desenvolveram problemas de deglutição, com o conseqüente desenvolvimento de complicações da aspiração em 50%, desnutrição em 45%, e pneumonia em 35%. Também têm sido relatados, com até 15% dos pacientes que sofreram um acidente cerebrovascular (AVC) o desenvolvimento de pneumonia dentro de 1 ano (RUMEAU; VELLAS, 2003).

Um estudo realizado por Wilkinson e Picciotto (1999) investigou a prevalência de problemas de deglutição subjetivamente relatados, em um grupo de moradores de uma casa de repouso. Os resultados revelaram uma prevalência de 44% dos indivíduos que tiveram problemas de deglutição que interferiu no seu funcionamento do dia a dia. Além disso, a demência é um problema grave entre os idosos que vivem em asilos, a doença de Alzheimer também é o mais comum condição de risco, já que é a causa de uma perda da parte consciente da mastigação e da deglutição (RUMEAU; VELLAS, 2003).

A pneumonia adquirida na comunidade é outra das principais causas de morbidade e mortalidade em idosos e é a principal causa de morte entre os residentes do lar de idosos. A aspiração é um importante fator etiológico levando a pneumonia (MARIK; KAPLAN, 2003).

Há uma grande variedade de distúrbios neurológicos que pode causar a disfagia. Do ponto de vista clínico os distúrbios neurológicos que apresentam disfagia podem ser classificados como degenerativos ou não progressivos. Estes distúrbios podem ser subclassificadas de acordo com a sua apresentação clínica. Doenças

cerebrovasculares são uma das maiores causas de disfagia entre os transtornos degenerativos. As anormalidades funcionais da deglutição incluem distúrbios nas fases de preparação, manuseio do bolo, dificuldade em iniciar a deglutição ou nos mecanismos que são disparados a partir destes ou uma combinação destes (VICTORIANO; BEVILACQUA, 2009).

De todos os pacientes com disfagia neurogênica entre 87% e 91,5% são de origem vascular. A incidência de disfagia na fase aguda do AVC (Acidente Vascular Cerebral) está entre 29-65%, dependendo da localização das lesões, diminuindo para 12% em três meses pós AVC (MURRAY; CARRAU, 2006). Doenças cerebrovasculares que afetam a medula ou o tronco cerebral são geralmente mais graves, já que afetam as estruturas envolvidas no processo que determina o controle automático da deglutição (VICTORIANO; BEVILACQUA, 2009).

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode provocar disfagia orofaríngea, com consequentes distúrbios da deglutição em pacientes idosos (ACHEM; DEVAULT, 2005). Schelp et al., 2004 refere 65% a 81% de disfagia em pacientes com AVE localizado em tronco encefálico (diencéfalo, mesencéfalo, ponte e mielencéfalo ou medula oblonga).

Existem diversos efeitos das lesões nos diferentes níveis de tronco cerebral. A lesão em bulbo apresenta como uma disfagia grave, inicialmente, com ausência do reflexo faríngeo. Depois de duas semanas, aparece o reflexo com um significativo atraso de 10 a 15 segundos ou mais, reduzida elevação laringea e paralisia da faringe unilateral ou bilateral (MURRAY; CARRAU, 2006).

Nos efeitos das lesões de nível cortical, pode-se observar no hemisfério esquerdo anterior uma apraxia da deglutição de leve a severo. Esta lesão é caracterizada pela dificuldade em iniciar via oral voluntária. Pode haver um ligeiro atraso no trânsito oral de 3 a 5 segundos, e no início do reflexo faríngeo de 2 a 3 segundos. Geralmente a deglutição faríngea é normal (MURRAY; CARRAU, 2006).

As lesões no hemisfério direito anterior determinam um leve atraso no trânsito oral de 2 a 3 segundos, e um atraso no início do reflexo da deglutição de 3-5 segundos. A elevação laringea está atrasada (MURRAY; CARRAU, 2006).

Mais da metade dos pacientes após um AVC tem entre seis e dez tipos de incapacidades, sendo a mais comum a fraqueza muscular presente em 77,4% deles, seguida dos distúrbios da comunicação e linguagem e da disfagia. Esta última responde por 44,7% das incapacidades encontradas. (LESSA, 2007).

Cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVC requerem algum tipo de auxílio para a alimentação decorrente da disfagia. A perda de autonomia para alimentação entre adultos e a sua conseqüente dependência é uma forma de expressão da gravidade desta incapacidade resultante do AVC (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Em um estudo, do total de trinta pacientes vítimas de AVC, foi confirmada a disfagia em dezessete destes definindo uma prevalência de 57%. A média de idade foi de 73,6 (\pm 9,55) com uma mediana de 75 anos e moda de 78 anos. O predomínio de pacientes com disfagia encontrou-se na faixa etária entre 60-79 anos (36,67%). A idade mínima foi de 45 anos (01 sujeito) e a máxima de 88 anos (02 sujeitos). Todos os pacientes eram hipertensos e mais da metade (58,82%) também diabéticos. Os fatores de risco prevalentes em pacientes com disfagia foram a hipertensão arterial e diabetes (75%) seguido do grupo de pacientes disfagicos portadores de hipertensão arterial, diabetes e obesidade (63%). Quanto à chance de ter disfagia, o valor mais alto encontrado foi entre pacientes vítimas de AVC portadoras de hipertensão e diabetes. Todos os pacientes com disfagia tiveram AVC isquêmico, dez (58,82%) pacientes tiveram um único episódio de AVC e sete (41,18%) pacientes tiveram dois episódios. É citado que a disfagia está clinicamente presente em 42% a 67% desses pacientes dentro dos primeiros dias após o episódio agudo. Tanto o AVC isquêmico quanto o hemorrágico podem causar disfagia (BRANDÃO; NASCIMENTO; VIANNA, 2009).

Foi calculada a prevalência da disfagia, em idosos com AVC, para alimentos líquidos, sólidos e pastosos, sendo encontrados 71%, 44% e 38% respectivamente constatando-se que a dificuldade de deglutição para alimentos líquidos foi maior do que para alimentos sólidos ou pastosos (PAIXÃO; SILVA, 2010).

A Doença de Alzheimer (DA), outra causa neurológica que pode comprometer a função de deglutição, é uma enfermidade neurodegenerativa progressiva que causa perda da memória e altera funções intelectuais superiores, levando, no curso de sua evolução, a uma situação de incapacidade e total dependência. Em virtude de sua incidência e natureza devastadoras, caracteriza um importante problema de saúde pública em todo o mundo (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006). Por ser uma doença grave e ainda sem cura, gera múltiplas demandas e altos custos financeiros, o que representa um novo desafio para o poder público, instituições, profissionais de saúde, aliás, para todos. A DA

caracteriza-se por degeneração que acomete inicialmente a formação hipocampal, o centro de memória de curto prazo. Posteriormente, atinge áreas corticais associativas, havendo relativa preservação dos córtices primários. Compromete a memória, afeta a orientação, atenção, linguagem, capacidade para resolver problemas e habilidades para desempenhar as atividades da vida diária (COELHO et al., 2009).

Em um estudo do reflexo de deglutição em idosos com e sem DA, apresentou-se alterado em 11,6% (n=5) dos idosos do grupo controle (sem DA). Entretanto, no grupo experimental (com DA), o percentual de deglutição alterada chegou a 46,5% (n=20). Aliada ao reflexo de deglutição foi encontrado o artifício de várias deglutições em 20,9% (n=9) do grupo controle e 44,2% (n=19) do experimental. A presença de engasgos esporádicos ou frequentes durante a alimentação foi observada em 41,8% (n=18) do controle; já no grupo experimental, a frequência de engasgos foi de 65,1% (n=28). A ocorrência de tosse esporádica ou frequente apareceu na seguinte proporção: 30,2% (n=13) e 60,5% (n=26) para os grupos controle e experimental, respectivamente (TAVARES; CARVALHO, 2012).

Sobre a ocorrência de resíduos na cavidade oral após a deglutição, foi encontrada, em outro estudo, em 20,9% (n=9) dos idosos do grupo controle (sem DA) ao passo que, no grupo experimental (com DA), a proporção chegou a 55,8% (n=24). A dificuldade na ingestão de cápsulas/comprimidos foi referida por 25,5% (n=11) dos idosos do grupo controle e por 53,5% (n=23) do grupo experimental (TAVARES; CARVALHO, 2012).

Diversos trabalhos relatam que as alterações da deglutição estão associadas com o grau da demência (HUMBERT et al., 2010).

Em pesquisa que avaliou 25 indivíduos com Doença de Alzheimer de grau moderado e grave por meio da videofluoroscopia, as análises estatísticas evidenciaram que as alterações da deglutição estavam associadas com o grau da demência. Foi detectada tendência a aspiração proporcional ao grau de demência (HUMBERT et al., 2010).

A Doença de Alzheimer é uma demência progressiva que acompanha em estágios mais avançados distúrbios motores, entre os quais pode-se observar dificuldade para engolir. Nesses pacientes, a deglutição mais comumente observados são : apraxia da deglutição, redução de movimentos da língua, atraso no

início do reflexo de vômito, fraqueza faríngeo bilateral, elevação laríngea reduzida e redução do movimento da base da língua (MURRAY; CARRAU, 2006).

Já os idosos com Doença de Parkinson também podem apresentar dificuldade de deglutição. As maiores alterações que podem ser observadas nestes casos são os seguintes: movimentos repetitivos do bolo de anterior a posterior (rolamento), atraso no início do reflexo de vômito de 2-3 segundos, redução da contração da faringe, levantamento e fechamento da laringe reduzida (MURRAY; CARRAU, 2006). A disfagia orofaríngea é associado com sialorréia em estágios avançados da doença, nestes casos, é aconselhável a insistir na tratamento antiparkinsonianos e fazer uma terapia da fala para diminuir risco de aspiração brônquica, bem como a utilização de toxina botulínica no glândulas salivares (FERNÁNDEZ et al., 2010).

Um estudo apresentou como objetivo comprovar se adultos com Parkinson apresentavam padrão respiratório alterado enquanto ingeriam água. A média de idade dos participantes foi de 67,8 anos, sendo que dentre eles, 29 eram homens e dez mulheres, todos com Doença de Parkinson. Os indivíduos foram divididos em dois grupos, sendo que os eventos da deglutição foram analisados por videodeglutograma e o padrão respiratório analisado por uma cânula nasal – responsável por marcar os eventos de acordo com o número de ciclos respiratórios. Foram avaliados 39 indivíduos com cinco mililitros de líquido, todos em dez deglutições. Os resultados indicaram que a expiração foi o evento mais encontrado antes e após a apnéia da deglutição de líquidos. (TROCHE et al., 2011).

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) outra doença neurodegenerativa que cursa com depleção dos neurônios motores superiores e inferiores, com tempo médio de sobrevivência compreendido entre três a cinco anos após o início dos primeiros sintomas, também causa alterações na função de deglutição (PONTES et al., 2010).

A fraqueza muscular é uma marca inicial na ELA, ocorrendo em aproximadamente 60% dos pacientes. As mãos e os pés podem ser afetados primeiro, causando dificuldades em se levantar, andar ou usar as mãos para as atividades diárias como se vestir, lavar e abotoar roupas. Se a fraqueza e a paralisia continuam a se espalhar para os músculos do tronco, a doença eventualmente afeta a fala, a deglutição, a mastigação e a respiração (PONTES et al., 2010).

Na ELA, 30% dos pacientes começam com sintomas bulbares que incluem disfagia, disartria e alterações fonatórias. Não está claro se o comprometimento

bulbar implica na deterioração simultânea das três funções ou se elas podem ter uma evolução independente (SANCHO; BOISSON, 2006).

A disfagia é um dos mais importantes problemas enfrentados na Esclerose Lateral Amiotrófica. Não é incomum como um sintoma inicial na ELA, mas aparece tipicamente após vários meses do início da doença. Muitos pacientes com ELA, no final mostram envolvimento orofaríngeo. Quando a ELA se apresenta predominantemente com disfagia, uma investigação adicional pode mostrar paralisia bulbar ou pseudobulbar (PONTES et al., 2010).

A disfagia na ELA é caracterizada por um prejuízo na fase oral da deglutição, o qual tem um impacto direto e mais forte na fase faríngea. O aumento da duração da fase voluntária da deglutição, incluindo as alterações motoras de língua, parece ser uma das maiores contribuições para a disfagia (PONTES et al., 2010).

Os eventos têmporo-espaciais anormais durante a fase oral da deglutição têm um efeito direto e significativo na fase faríngea reflexa. Especificamente, os movimentos anormais de língua podem resultar em resíduos faríngeos, que são aspirados após a deglutição ser concluída e a respiração retomada. Pacientes com ELA, com envolvimento bulbar, demonstram problemas mais severos de deglutição (como aspiração), no entanto, os trabalhos atuais indicam que a maioria dos pacientes com ELA não-bulbar também pode apresentar disfagia. Os alimentos semi-sólidos foram mais eficazes que os líquidos em provocar anormalidades têmporo-espaciais na deglutição no grupo não-bulbar. Conseqüentemente, alimentos mais viscosos podem ser mais suscetíveis para provocar comportamentos indicativos do começo da disfunção bulbar nos pacientes que, do contrário, apresentam comprometimento não-bulbar, ou diferentes mecanismos neurológicos são envolvidos na deglutição de diferentes tipos de consistências (PONTES et al., 2010).

O escape precoce é mais frequente com líquidos ralos e a maior causa de aspiração traqueal, mesmo em estágios precoces da doença e com alterações leves da musculatura oral. Resíduos faríngeais são mais comumente observados na consistência pastosa e sólida, e pode causar penetração laringeal e aspiração traqueal pós-deglutição. As alterações de deglutição ocorrem em virtude da ineficiência do trânsito oral, da redução da movimentação da base de língua, redução da elevação e anteriorização laringeal e da contração faríngeal (PONTES et al., 2010).

A dificuldade em iniciar a deglutição pode ser o resultado de paralisia da musculatura lingual, prejuízo no palato mole e/ou lesões dolorosas na boca e na faringe, incluindo traumas ou cirurgias nestas regiões. A fraqueza da musculatura constritora da faringe atrasa a passagem do bolo alimentar para a faringe e o inefetivo fechamento da laringe e da nasofaringe permite a penetração do alimento nas vias respiratórias, causando tosse e engasgos, ou regurgitação do alimento para o nariz (PONTES et al., 2010).

O prejuízo na habilidade de deglutir usualmente inclui a redução do fechamento do reflexo glótico, para que disfagia e aspiração aconteçam concomitantemente. A aspiração pode se manifestar somente através de uma tosse seca, que aumenta durante as refeições (PONTES et al., 2010).

A disfunção do neurônio motor inferior causa fraqueza da musculatura lingual, o que interfere na formação do bolo alimentar ou deglutição de líquidos; mobilidade velar débil, que dificulta o fechamento velo-faríngeo durante a deglutição, podendo ocorrer escape nasal; e fraqueza da musculatura faríngea. A disfunção do neurônio motor superior produz espasmos no músculo cricofaríngeo, ou o seu fechamento prematuro, resultando em resíduos na faringe (PONTES et al., 2010).

Os sintomas produzem sialorréia e dificuldades para iniciar a deglutição na disfunção no neurônio motor inferior (NMI), ou disfagia com engasgos, no neurônio motor superior (NMS). Uma das causas de obstrução alta do esôfago e disfagia na maioria dos pacientes espásticos é o espasmo do músculo cricofaríngeo, o qual não é aliviado com medicações anti-câimbras (PONTES et al., 2010).

Visto que todas as doenças do neurônio motor são usualmente progressivas, muitos pacientes desenvolvem uma disfagia severa e, secundariamente, a má nutrição requer uma via secundária para o mecanismo orofaríngeo. Em alguns casos, a rápida e progressiva perda de peso está associada com fraqueza acelerada. Tanto a perda de peso quanto a fraqueza adicional podem algumas vezes parar, e ocasionalmente regredir em algum grau, possibilitando mais energia através de um cateter alimentar. Um cateter nasogástrico é um acesso simples. Recentemente, a colocação de um cateter de gastrostomia percutânea tem sido um procedimento simples, seguro e efetivo para nossos pacientes disfágicos (PONTES et al., 2010).

Além das causas neurológicas de disfagia, devem-se também salientar a importância de se investigar a existência de alterações estruturais do sistema

orofaringolaríngeo, como neoplasias de boca, lesões cirúrgicas de cabeça e pescoço que podem estar dificultando a preparação e a deglutição do bolo alimentar. Traqueostomia, doenças de tireóide, exposição à radiação, lesões virais por herpes ou por citomegalovirus, podem também levar à disfagia (FROTA, 2008).

2.5.2 Disfagia Mecânica

É a disfagia proveniente de alterações estruturais e o controle neural encontra-se preservado. Podem ser decorrentes de câncer ou de seu tratamento, traumas, infecções virais, inflamações teciduais, presença de traqueostomia (ASHA, 2004).

2.5.2.1 Câncer de Cabeça e Pescoço

O câncer que acomete a região da cabeça e pescoço abrange os tumores malignos da região da face, fossas nasais, seios paranasais, boca, faringe, laringe, tireoide, glândulas salivares, dos tecidos moles do pescoço, da paratireoide e tumores do couro cabeludo (NEY et al., 2010).

Uma série de problemas comuns envolvendo a cabeça e pescoço pode danificar diretamente os músculos que participam da deglutição e aumentam o risco para a disfagia. Lesão na cabeça e no pescoço, carcinoma, infecções complexas, condições da tireóide e diabetes estão associados a disfagia relacionada à idade (NEY et al., 2010).

A localização dos tumores mostrou que as regiões da língua e soalho oral prevaleceram no câncer de boca, e as tonsilas palatinas em orofaringe. Estudo epidemiológico realizado também indica a língua, como sítio de maior frequência, com ocorrência de 51,1% seguido do soalho com 25,5%. Em relação à orofaringe, evidenciam 76% dos casos com acometimento nas tonsilas palatinas. Em pesquisa similar houve também a evidência do predomínio do andar inferior da boca (língua, soalho e gengiva) como região mais acometida pelo câncer, sendo referida a porcentagem de 57,5% dos casos, seguido da orofaringe que correspondeu a 25,3% dos achados (PEREZ et al., 2007).

Na fase oral, as estases em cavidade oral foram as alterações observadas com maior frequência: em 58%. Também foram observados 32,3% em que ocorreu o aumento no tempo de trânsito oral. Um dos efeitos da radioterapia mais observados na fase crônica é a fibrose da musculatura que leva à redução da mobilidade e justifica o aumento do tempo da deglutição, também relatado na literatura (KOTZ et al., 1999; ANGELIS; MOURÃO; FURIA, 2000; SMITH et al., 2000; NOVAES, 2000). Estes achados também podem estar associados à xerostomia, redução de sensibilidade orofaríngea e alteração da formação do bolo na fase preparatória oral.

Na disfagia com comprometimento na fase oral, o paciente engasga, tosse e pode broncoaspirar, antes da deglutição. Isto ocorre devido as alterações na sensibilidade e mobilidade oral. As alterações mais encontradas na fase oral são falta de vedamento labial; mobilidade de língua não funcional; incompetência velo – faríngea, interferência dos reflexos orais exacerbados e alteração da sensibilidade oral (ESCOURA, 1998).

Segundo Crespo (2000), o câncer da laringe também causa grande impacto na função de deglutição e na qualidade de vida. O tratamento tradicional para o câncer avançado de laringe é a laringectomia total (KOWALSKI, 2000). Estudos recentes mostram a viabilidade da preservação do órgão através de tratamentos combinados de radioterapia e quimioterapia, sem comprometimento dos resultados em termos de tempo de sobrevida (HIRSCH et al., 1991; ROBBINS 1996; KRAUS et al., 1994). No entanto, a laringe preservada nem sempre é funcional. Em pacientes submetidos à radioterapia exclusiva, são observadas fibroses da musculatura e tecidos moles da faringe e laringe, além de xerostomia. Essas alterações podem acarretar modificações na fisiologia da deglutição orofaríngea, com aumento do tempo de trânsito faríngeo do alimento, elevação laríngea reduzida e penetrações ou aspirações laríngeas, entre outros (KOTZ et al., 1999; ANGELIS; MOURÃO; FURIA, 2000).

Em laringectomizados totais, a disfagia orofaríngea pode comprometer a qualidade de vida ao impor a modificação de hábitos alimentares, afetar a socialização e promover certo grau de isolamento das atividades com os familiares (MACLEAN; COTTON; PERRY, 2009).

Ainda considerando avaliações de longo termo, a Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients (PSS-HN) foi utilizada, em uma pesquisa, para

avaliar o grau da disfagia antes e após a laringectomia total em 20 pacientes (CHONE et al., 2011), concluiu-se que os domínios “comer em público” e “normalidade da dieta” pioraram em 50%, mesmo dois anos após a cirurgia. O resultado reforça o marcante impacto social que a dificuldade para deglutir exerce sobre o laringectomizado total (MACLEAN; COTTON; PERRY, 2009), mesmo após um longo período após o tratamento. Além disso, este está de acordo com o resultado de outra pesquisa, que revelou o impacto moderado no domínio “dificuldade para comer em público”. O percentual de voluntários com restrição para sólidos é comparável ao encontrado em estudo anterior com o mesmo número de indivíduos (26,3%). Em outra pesquisa com 12 pacientes, 4 tinham restrição, porém estes apresentaram piores escores, o que faz supor que a consistência alimentar interfere na QV (Qualidade de Vida). Ao considerar o pequeno número de voluntários, não foi realizada tal comparação por acreditar que os subgrupos ficariam desiguais e o resultado não seria representativo (QUEIJAS et al., 2009).

A frequência de dificuldades para deglutir é maior quando a cirurgia é associada à radioterapia, perfil de tratamento de 100% da amostra. Pesquisadores recrutaram 26 pacientes que realizaram apenas a cirurgia e 95 que realizaram cirurgia associada à radioterapia. Verificou-se que a deglutição esteve melhor no grupo cujo tratamento foi exclusivamente cirúrgico (CASSO; SLEVIN; HOMER, 2008).

Nos tumores que se localizam em regiões mais inferiores (laringe e hipofaringe), também foram observadas alterações da deglutição em todas as fases do processo, variando quanto à frequência de ocorrências. Na fase preparatória-oral, a estase em cavidade oral foi a alteração de maior ocorrência, com nove casos (29%). Essa alteração se justifica pela redução na sensibilidade orofaríngea e/ou pela xerostomia advinda da radioterapia (CINTRA et al., 2005).

A radioterapia é a modalidade mais comum de tratamento de tumores desta região. Sua ação é a destruição das células cancerígenas pela radiação ionizante (PACE; SHAW; BUTTERWORTH, 2011). A quimioterapia concomitante à radioterapia é uma parte importante no tratamento da doença avançada. Reações agudas são observadas durante o tratamento radioterápico como a mucosite, xerostomia, disfagia, disgeusia, candidose e radiodermite. Reações crônicas ou tardias ocorrem meses ou anos após a radioterapia tais como a hipossalivação, o

trismo, a osteorradionecrose, doença periodontal e a cárie de radiação (PACE; SHAW; BUTTERWORTH, 2011).

Cheng (2007) em seu estudo com 33 pacientes recebendo radioterapia em região de cabeça e pescoço observou que a disfagia foi associada à presença de mucosite, confirmada por outra pesquisa que encontrou correlação entre mucosite e disfagia ($p < 0,01$). A dificuldade de deglutir em pacientes com mucosite pode ser atribuída à dor e à diminuição do fluxo salivar, geralmente, presentes nestes pacientes.

A definição de xerostomia é a sensação de boca seca. Volume salivar diminuído e a mudança na composição da saliva secretada podem levar à sensação de boca seca que pode ter como causa o uso de medicamentos como anti-hipertensivos, antidepressivos, tranquilizantes e diuréticos e radioterapia (CHENG, 2007).

A prevalência da xerostomia pela radioterapia e quimioterapia varia de 29-76%, sendo um dos cinco sintomas mais comuns em pacientes com câncer em região de cabeça e pescoço. Neste estudo, a prevalência de xerostomia foi de 96,4%. Alguns estudos avaliaram associações entre xerostomia com idade, fumo, gênero, disfagia, disgeusia e mucosite. Um estudo, avaliando 120 pacientes com câncer, analisou o volume de saliva sem e com estímulo. Não foi encontrada associação de xerostomia com idade ($p = 0,73$) e gênero ($p = 0,26$), mas associação significativa ($p = 0,01$) com disfagia. Outro estudo encontrou associação entre fumo e xerostomia ($p < 0,05$) (CHENG, 2007).

A associação da xerostomia com outros sintomas decorrentes do tratamento oncológico reflete as várias funções da saliva. Outros estudos encontraram associação significativa entre idade e xerostomia ($p = 0,004$), diminuição do fluxo salivar e aumento da mucosite ($p < 0,01$)²⁶. Em contrapartida, outros autores não encontraram estas associações (JENSEN, JENSEN, GRAU, 2007).

A presença de células tumorais provoca alterações no metabolismo dos glicídios, lipídios e proteínas, modificando, dessa forma, também as necessidades nutricionais desses pacientes. O tratamento também produz efeitos adversos sobre o estado nutricional dos pacientes, principalmente devido à redução na ingestão de nutrientes, e conseqüentemente ao comprometimento do estado nutricional. Os pacientes de um estudo em sua totalidade apresentaram redução na massa corporal, pois tanto a quimioterapia quanto a radioterapia contribuem com a

desnutrição nesses pacientes por causar efeitos colaterais como náuseas, vômitos, diarreia, mucosite, febre, disfagia, alterações no paladar e no olfato que levam à perda de massa corporal e desnutrição (BOLIGON; HUTH, 2011).

De acordo com Lazarus (1996), isso ocorre, pois a radioterapia atinge também regiões adjacentes de laringe e base de língua, alterando dessa forma os tecidos normais.

2.6 MÉTODOS CLÍNICOS DE INVESTIGAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE DEGLUTIÇÃO

2.6.1 Triagem em idoso

A detecção para o risco de disfagia é multiprofissional e pode ter como pilar a identificação de alguns componentes, como doença de base, antecedentes e comorbidades, sinais clínicos de aspiração, complicações pulmonares e funcionalidade da alimentação (SIMOMURA et al., 2011).

A literatura não dispõe de instrumentos específicos e validados para a população brasileira na triagem de risco de disfagia em idosos, de modo que a utilização dos critérios clínicos deve ser adotada como referencial (SIMOMURA et al., 2011).

Em um protocolo, alguns fatores de risco para disfagia a serem investigados na triagem foram citados, dispostos dessa forma:

- Doenças de base, antecedentes e comorbidades: disfagia neurogênica (AVE, doença de Parkinson, demências, ELA, tumores do SNC, distrofias musculares, miastenia grave, polineuropatia do doente crítico), disfagia mecânica (cirurgias e ferimento por arma de fogo em região de cabeça e pescoço, cirurgias e osteófito cervical), demais condições clínicas (rebaixamento do nível de consciência, delirium) e comorbidades (DPOC, DRGE) (SIMOMURA et al., 2011).
- Presença de sinais clínicos de aspiração durante e após as refeições: tosse, engasgo, voz molhada, dispneia (SIMOMURA et al., 2011).

- Ocorrência de complicações pulmonares: para investigar a ocorrência de episódios de pneumonia e a relação com disfagia (SIMOMURA et al., 2011)
- Funcionalidade da alimentação: dependência motora para alimentação, utilização de utensílios modificados e ajuda para alimentação. Tempo de refeição: maior ou igual a 30 a 40 min. Mudança de consistência alimentar: involução da consistência (SIMOMURA et al., 2011).
- Perda de peso: para investigar se houve perda de peso não programada nos últimos 3 meses (SIMOMURA et al., 2011).

A indicação da presença de risco de disfagia é consolidada por meio da identificação de um ou mais critérios maiores ou dois critérios menores (SIMOMURA et al., 2011).

Outros instrumentos de triagem nutricional e disfagia são desenvolvidos, em parceria entre nutrição e fonoaudiologia, com o objetivo de trazer informações práticas aos profissionais de saúde quanto à triagem e gerenciamento do risco para disfagia e desnutrição em pacientes idosos (SIMOMURA et al., 2011).

O protocolo de Triagem para o Grupo de Risco para Disfagia Orofaríngea na População Idosa (GrDI), é um instrumento prático, que aponta os principais riscos para disfagia na população idosa, visando ações de promoção e prevenção para melhorar a qualidade de vida dessa população. É composto por quinze perguntas com opções de respostas fechadas, onde a resposta positiva para pelo menos um dos questionamentos já aponta para um risco de disfagia no idoso, e por informações coletadas dos prontuários de cada paciente, como: nome, idade, doenças pré-existentes e os tipos de medicamentos ingeridos por essa população (SÓRIA; FURKIM, 2012).

Por meio dessa triagem, é possível identificar os pacientes que necessitam de uma avaliação fonoaudiológica mais detalhada (SÓRIA; FURKIM, 2012).

A triagem nos grupos de risco para disfagia, como idosos, tem sido uma excelente ferramenta no diagnóstico precoce. Ela torna-se uma ferramenta importante no processo de identificação das características associadas ao risco de desnutrição e disfagia discriminando os indivíduos em risco daqueles com comprometimentos já estabelecidos. Assim, a triagem promove a determinação de prioridades de assistência (FRAGA et al., 2010).

2.6.2 Avaliação Funcional

Na avaliação funcional da deglutição têm-se como objetivo identificar os achados e correlacioná-los como os distúrbios da dinâmica da deglutição (SILVA; VALSECKI, 2000).

Escoura (1998) examinou pacientes durante uma refeição, desde a obtenção do alimento à deglutição completa do bolo. Foram testadas três consistências de alimento: líquido, pastoso (fino e grosso) e sólido. Durante esta avaliação observou-se a presença ou não de sinais clínicos de aspiração, controle do bolo na cavidade oral, mobilidade da laringe e qualidade vocal após a deglutição.

Crary e Groher (2006) lembram que os pacientes com disfagia aguda quase sempre têm dificuldade em alimentar-se oralmente devido ao seu estado mental não preservado. Nestas circunstâncias, o profissional de saúde tem que se basear na história clínica, por quê a tradicional cooperação para a avaliação da deglutição não existe.

De acordo com Logemann (1998), uma boa avaliação da disfagia deve incluir testes que diagnostiquem alterações nas funções orais, como por exemplo, aumento no trânsito oral ou deglutição incompleta do bolo, alterações na qualidade vocal, alteração no reflexo de vômito, tosse voluntária ineficiente, redução da elevação laríngea durante a deglutição de saliva, alteração de sensibilidade na laringe e alterações no teste de água. Estes testes devem ser breves, não invasivos, apresentar baixo risco para o paciente e identificar os sintomas da disfagia.

Crary e Groher (2006) acrescentam que se o paciente é capaz de consumir uma refeição ou parte dela, o avaliador deve fazer observações se o processo de alimentação é eficiente do começo ao fim da refeição porque a fadiga pode comprometer a deglutição segura de alguns pacientes. As observações clínicas devem incluir qualquer mudança no padrão respiratório.

Nas ILPIs, são frequentes os problemas alimentares, que aumentam a responsabilidade nos cuidados com estes idosos, frequentemente acometidos por outras incapacidades, sendo a pneumonia aspirativa uma das principais causas de morbi-mortalidade nesta população, associada à internação constante e de longa estadia, tornando a assistência onerosa para a instituição (LANGMORE et al., 2002; OH; WEINTRAUB; DHANANI, 2004).

O percentual de assistência requerida pelas idosas de uma pesquisa se aproxima do valor documentado na literatura (STEELE et al.,1997), demonstrando que aproximadamente 50% dos residentes de ILPIs requereram assistência para se alimentar. Constatou-se ainda que nem todas as idosas foram auxiliadas de forma apropriada na alimentação, havendo altos índices de inadequação do posicionamento no local de refeição, de fornecimento de pistas para alimentação, do controle do volume e da velocidade da ingestão, o que pode repercutir negativamente na dinâmica alimentar das mesmas. A dependência das idosas para alimentação provavelmente aumenta o risco de pneumonia aspirativa se os cuidadores não estiverem apropriadamente informados e treinados, especialmente quando os pacientes têm disfagia ou estado cognitivo reduzido. Eles podem ofertar alimentos e líquidos rapidamente e em quantidade excessiva, propiciando a broncoaspiração (STEELE et al.,1997).

Em um estudo, os dados da dinâmica de alimentação foram obtidos de duas formas: em tempo real, no momento imediato que antecedia a refeição, no seu início e ao final da mesma; e mediante análise posterior do registro audiovisual (filmagem) feito de cada refeição. Em tempo real da alimentação, os procedimentos necessários à obtenção dos dados variou de acordo com o item analisado, incluindo a inspeção da cavidade oral, a observação do ambiente (físico e humano) em que se dava a alimentação e a observação da idosa (geral e específica em relação a alguns itens de deglutição, como, por exemplo, do ritmo respiratório durante a mesma, e da qualidade vocal após a deglutição em comparação à anterior à refeição) (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

As características da refeição/dieta foi avaliado quanto a refeição observada (almoço/jantar), consistência alimentar, viscosidade do líquido, quantidade ingerida e tempo total gasto para se alimentar (em minutos). Foram critérios de análise para a quantidade ingerida sua caracterização visual, tendo como referência a quantia ofertada (total). Assim, a quantia ingerida foi classificada como "metade" do total ofertado, "três quartos do total", "tudo" ou "menos que a metade". O tempo total gasto foi calculado considerando-se o início como o primeiro movimento manual que levou o alimento à boca (tendo sido este movimento da idosa ou da cuidadora) até a finalização da refeição (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

O ambiente de alimentação foi avaliado quanto ao local geral de alimentação da idosa (quarto, refeitório e outro), local específico de alimentação da idosa

(cadeira, cadeira de rodas, cama ou outro), número pessoas no local da refeição, características do ambiente (luminosidade; ambiente sonoro; distratores visuais), adequação do posicionamento e problemas específicos dele (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

A dependência alimentar e assistência requerida/provida foram avaliados quanto a assistência requerida para se alimentar, assistência provida para se alimentar, tipo de assistência provida (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

Os problemas de deglutição foi composto pelos seguintes aspectos: escape oral anterior (escorrimento do alimento ou líquido pelos lábios, após a captação do bolo); resíduos alimentares após a deglutição (acúmulo de alimento em vestíbulo anterior, lateral, assoalho bucal e/ou superfície lingual após a deglutição); alteração vocal após a deglutição (voz molhada - som borbulhante na voz, ou qualquer outra mudança na qualidade vocal após a deglutição, indicativo de estase de secreções, líquidos ou alimentos no vestíbulo laríngeo); fase oral aumentada (tempo entre a captação completa do bolo até o início da elevação do complexo hiolaríngeo, determinada pelo disparo do reflexo de deglutição, superior ao comumente esperado); comportamento de cuspir o alimento ou a saliva; comportamento de morder o utensílio; movimento de língua antagônico à entrada de alimento; tosse durante a alimentação (resposta reflexa de proteção da via aérea contra a entrada de corpos estranhos, realizada pelo indivíduo sem solicitação), engasgo (obstrução do fluxo aéreo, parcial ou completo, decorrente da entrada de um corpo estranho nas vias aéreas inferiores); fadiga/alteração respiratória (coloração azulada da pele, causada por pressões excessivas de hemoglobina desoxigenada nos plexos capilares e venosos e/ou broncoespasmo (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

Dificuldades respiratórias foram também observados como as causadas por uma constrição repentina dos músculos das paredes brônquicas, alteração na frequência respiratória, na ocorrência de queda ou aumento excessivo da frequência respiratória, tendo como base a faixa de normalidade de 12 a 20 respirações por minuto); refluxo oral de alimento ou líquido (retorno do material já deglutido à cavidade oral); refluxo nasal de alimento ou líquido (desvio do material inserido na cavidade oral para a cavidade nasal); movimentação compensatória para deglutir (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

Em relação ao ambiente de refeição, 14 idosas se alimentaram no refeitório, 14 no quarto e duas na sala de convivência (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

O local em que as idosas se alimentavam, sendo que, dentre as que o faziam na cama, 41,6% apresentavam inadequação de posicionamento. “Cabeça anteriorizada” foi o aspecto mais comumente alterado, seguido por “escorrega para um lado” e “apoio insuficiente” (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

De acordo com a avaliação da dependência para atividades da vida diária atribuída às idosas, aproximadamente 33% apresentou-se independente para qualquer atividade, 30% com algum grau de dependência e 36,7%, totalmente dependentes (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

As inadequações ambientais para a refeição em sua maioria encontraram idosas com problema de posicionamento se encontrava no quarto (55%), seguida pelo refeitório (33%). Todas elas eram dependentes na alimentação, embora metade não tenha recebido a assistência, e em 77,8% foi feito o diagnóstico de demência. Entre as idosas que comeram em ambiente com má iluminação, todas possuíam demência e dependência (requerida e provida), e entre as idosas que se alimentaram em ambiente ruidoso, oito (44,5%) tinham diagnóstico de demência, e 50% requeriam assistência para alimentação. Entre as idosas em cujo local havia distratores visuais, 46,7% possuíam diagnóstico de demência, e 46,7% eram dependentes para a alimentação (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

A prevalência das alterações de deglutição foi de 23,3%, tendo sido as mais observadas: resíduos alimentares após a deglutição, tosse durante a alimentação e alteração vocal após a deglutição. Os diagnósticos de demência e AVE estiveram frequentemente associados a estas alterações de deglutição, bem como a assistência requerida para se alimentar. Não se verificaram refluxos orais ou nasais de alimento, dificuldade para abrir a boca, ato de morder o utensílio, nem movimento de língua antagônico à entrada de alimento (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

As complicações mais frequentes dos transtornos de deglutição são os sinais de aspiração: tosse, dispnéia e voz molhada. A alteração da deglutição é um sintoma importante que pode causar desnutrição, desidratação e aspiração. A aspiração pode levar o idoso à pneumonia aspirativa (MARIK, 2001).

2.6.2.1 Sinais Clínicos de Aspiração

Entre os sinais clínicos de aspiração encontramos a voz molhada que é avaliada pela análise perceptivo auditiva da voz por meio da emissão da vogal “e” prolongado após alimentação, onde é possível perceber a voz molhada. Ao exame observa-se estase de secreções, líquidos ou alimentos no vestíbulo laríngeo, podendo detectar a penetração silente nas pregas vocais. Na presença de voz molhada, observa-se a percepção do indivíduo por meio da resposta de tosse ou pigarros espontâneos (produzido por aproximação das pregas vocais), indicando sensibilidade laríngea adequada. Portanto, considera-se adequada, a ausência de rouquidão, soprosidade e voz molhada; rouquidão e/ou afonia, na presença destas características e; voz molhada na presença de um som borbulhante na voz após a oferta da consistência. É relevante observar a voz molhada por ser uma característica freqüentemente associada ao aumento do risco de aspiração (SMITH et al., 2000; GOLDSMITH, 2000; SILVA, 2004).

Outro estudo objetivou analisar a relação da voz molhada com episódio de penetração/aspiração de líquidos. Os autores classificaram a qualidade vocal por meio da Escala GRBAS (escala elaborada pelo Committee for Phonatory Function Test da Japan Society of Lopaedics and Phoniatics) durante a realização do exame objetivo da deglutição, videofluoroscopia, na tarefa de quatro deglutições de líquido. Foram considerados para análise, os aspectos de aspiração/penetração e fechamento de via aérea. Para avaliação da qualidade vocal após cada deglutição, os autores utilizaram a gravação de vogal sustentada e analisaram o jitter e shimmer. A qualidade vocal clara (sem aspecto molhado) foi considerada suficiente para caracterizar ausência de penetração e aspiração. A avaliação clínica do aspecto molhado da qualidade vocal apresentou alta especificidade e baixa sensibilidade para avaliação de penetração/ aspiração laringo-traqueal (WAITO et al., 2011).

Em outra pesquisa foi realizada análise acústica dos sons da deglutição em indivíduos saudáveis e em pacientes com disfagia decorrente de doenças neurológicas, testando o valor preditivo positivo/negativo de padrões patológicos de sons da deglutição para penetração/aspiração. Os sujeitos do estudo foram indivíduos saudáveis e pacientes com disfagia decorrente de diversas doenças neurológicas. Foi realizada avaliação dos significados dos sons da deglutição (análise acústica dos sons gravados) e verificação da penetração/aspiração por meio de videofibrosopia da deglutição, testando-se alimentos sólidos, semissólidos,

pastosos e líquidos. A análise acústica revelou sensibilidade de 0,67 e especificidade 1,0 para penetração/ aspiração. A conclusão foi de que a técnica proposta para a gravação dos sons da deglutição pode ser incorporada às avaliações no leito, mas não deve substituir o uso de outras medidas valiosas de diagnóstico (SANTAMATO et al., 2009).

A tosse é uma resposta reflexa do tronco cerebral que protege a via aérea contra a entrada de corpos estranhos, podendo também ser produzida voluntariamente. A tosse reflexa durante ou após a deglutição é um clássico sinal de aspiração por disfagia orofaríngea, sendo indicador da existência de sensibilidade na região laríngea e da habilidade de expectoração, embora sua presença não seja sinônimo de clareamento de via aérea. A tosse voluntária refere-se à tosse produzida sob comando e não está relacionada à aspiração. Avalia-se para determinar a habilidade do paciente de expelir material da via aérea durante a oferta de líquido ou pastoso, caso necessário (ASHA, 2002; TOHARA et al., 2003).

Na presença de tosse, são consideradas três características principais: o desencadeamento (reflexo ou voluntário), a força (forte ou fraca) e o momento em que ocorre (antes, durante ou depois). Assim, considera-se ausência, quando não ocorre tosse reflexa ou voluntária durante a avaliação; tosse reflexa, na presença de tosse sem solicitação; tosse voluntária, na presença de tosse sob solicitação, geralmente necessária após observação de ausculta cervical alterada ou voz molhada sem clareamento espontâneo; tosse forte ou eficaz, na presença de tosse capaz de mobilizar estase de secreção e clarear a via aérea; tosse fraca ou ineficaz, na presença de tosse incapaz de mobilizar estase de secreção em via aérea; tosse antes da deglutição, na presença de tosse após a captação do bolo e antes do disparo do reflexo de deglutição; tosse durante a deglutição, na presença de tosse imediatamente após a ocorrência do reflexo de deglutição e; tosse após a deglutição, na presença de tosse em até um minuto após o disparo do reflexo de deglutição (ASHA, 2002; TOHARA et al., 2003).

O engasgo definido como obstrução do fluxo aéreo, parcial ou completo, decorrente da entrada de um corpo estranho nas vias aéreas inferiores, podendo levar à cianose e asfixia. Considera-se ausência, quando não ocorre engasgo; presença com rápida recuperação, na ocorrência de tosses durante a deglutição, sem episódio de cianose e com rápida recuperação da frequência respiratória de base e; presença com difícil recuperação, na ocorrência de tosses

durante a deglutição, podendo ocorrer cianose, com difícil recuperação da frequência respiratória de base (GRAMIGNA, 2007).

Em uma pesquisa realizada com idosos em uma instituição, pode-se observar os sentidos produzidos sobre o engasgo que são, a seguir, apresentados a partir das categorias discursivas encontradas na análise (ROZENFELD; FRIEDMAN, 2005).

Na categoria “sentimentos/sensações”, aspectos negativos foram associados ao engasgo pela maioria dos entrevistados, revelando o sofrimento que vem produzindo nessas pessoas. Associações do engasgo à morte, a algo ruim e desagradável foram encontradas em quatro discursos. Associações à falta de ar, a medo de afogar-se com ele ou a que a comida ficasse parada foram encontradas em três discursos. Associações negando que algo está ocorrendo consigo mesmo, o que nos pareceu revelar uma dificuldade para entrar em contato com o sofrimento, foram encontradas em três discursos. Associações à fúria e a nervosismo e a estar envelhecendo foram encontradas em dois discursos. Associação à sensação de garganta fechada foi encontrada num discurso (ROZENFELD; FRIEDMAN, 2005).

Na categoria “causas” encontramos, na maioria, causas orgânicas, porém alguns entrevistados também referiram causas subjetivas, como nervosismo, aborrecimento e insegurança. É possível observar que a maioria dos entrevistados atribuiu ao engasgo causas não controláveis pelo ser humano, como envelhecimento, problemas de respiração e falhas orgânicas inespecíficas. Uma minoria atribuiu-o a causas supostamente controláveis, como falar durante a refeição e usar prótese dentária. Com base nos discursos dos entrevistados nas categorias “sentimentos/sensações” e “causas”, é possível perceber que boa parte dos idosos sente sofrimento com o engasgo e entende sua causa como algo que não tem condições de remover ou controlar, o que os coloca numa posição sofrida, subjugada e vulnerável diante do sintoma (ROZENFELD; FRIEDMAN, 2005).

Na categoria “estratégias”, as (estratégias) mais encontradas foram as utilizadas para evitar o engasgo antes que ocorra, como comer devagar, cuidar da consistência do alimento, não falar durante a refeição. Também encontramos estratégias para solucionar o sintoma durante a sua ocorrência, como tossir, referida por dois entrevistados, beber água e levantar os braços, referidas por um entrevistado cada uma. Para não entrar em contato com o engasgo foram referidas

por três entrevistados as estratégias de levantar-se e, sair e, por um entrevistado, a de esquecer (ROZENFELD; FRIEDMAN, 2005).

As estratégias, em geral, indicam também que os idosos não têm conhecimentos específicos sobre como lidar com o sintoma, o que se pode relacionar aos discursos encontrados na categoria “causas”, em que os idosos atribuíram o sintoma a algo inevitável e incontrolável. Tudo isso reforça nossa percepção de que esses sujeitos se sentem sofridos e vulneráveis diante do sintoma, lutando de diversas formas para evitá-lo, e nos remete a considerar a importância do trabalho fonoaudiológico com idosos no sentido de fornecer-lhes mais conhecimento sobre a deglutição, seus problemas e as formas eficazes de tratá-la (ROZENFELD; FRIEDMAN, 2005).

Na categoria “soluções” foi possível observar uma posição passiva em relação ao sintoma, que diz respeito aos idosos que não acreditam em solução para o engasgo, e uma posição ativa, que diz respeito a idosos que acreditam, de alguma forma, poder superar o aparecimento do sintoma. Ambas as posturas são coerentes com as estratégias encontradas na categoria anterior: por não acreditar numa solução para o sintoma, os idosos utilizam estratégias para evitá-lo ou para não entrar em contato com ele e, quando acreditam em soluções para evitar o aparecimento de engasgos, as estratégias também são de controle na tentativa de evitar o sintoma. Tudo isso segue sugerindo o engasgo como algo que gera sofrimento e, por isso, deve ser de alguma forma evitada (ROZENFELD; FRIEDMAN, 2005).

Na categoria “lembranças”, cinco entrevistados apresentaram discursos que associaram o engasgo a três tipos de contextos: lembranças de pessoas que também se engasgaram; lembranças de capacidades físicas que tinham no passado antes de terem tantos engasgos (que, no caso, são encarados como incapacidade física) e lembranças de momentos peculiares da vida que surgiram a partir da ideia do engasgo, sem que soubéssemos o porquê dessa associação. Parece-nos interessante observar que, das lembranças evocadas, nenhuma se referiu ao momento do surgimento do sintoma (ROZENFELD; FRIEDMAN, 2005).

A categoria “lembranças” chamou nossa atenção tanto pelo fato de ter aparecido como pelo fato de ter aparecido no discurso de tão poucos entrevistados. Considerando as lembranças evocadas, entendemos que a maioria dos idosos entrevistados não se deixou levar muito longe pelo curso dos seus pensamentos a

partir da idéia do engasgo. Entretanto, fica a indicação de que talvez esse terreno seja interessante para futuras investigações, mais profunda, sobre dimensões subjetivas ligadas ao engasgar (ROZENFELD; FRIEDMAN, 2005).

Já em outra pesquisa com idosos institucionalizados também, seis idosos (10%) apresentaram queixas de engasgos sempre, havendo apenas mulheres nessa população, catorze idosos (23,33%) apresentaram queixas de às vezes, sendo dez do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Outros seis idosos (10%) relataram engasgar raramente, sendo cinco mulheres e um homem, e 34 idosos (56,66%) referiram não engasgar nunca, sendo 25 mulheres e nove homens. Com relação à idade média dos participantes deste estudo foi de 83 anos, com idade mínima de 72 anos e idade máxima de 94 anos (ROZENFELD, 2005).

2.6.2.2 Sinais Clínicos de Disfagia

O escape oral anterior é definido como a ocorrência de escorrimento do alimento ou líquido pelos lábios, após a captação do bolo, geralmente por insuficiência do vedamento labial. Considera-se ausência quando não há escorrimento de líquido pelas comissuras labiais, após a oferta e presença quando ocorre o escorrimento do líquido pelas comissuras labiais (NISHIWAKI et al., 2005).

Na avaliação clínica da deglutição de idosos saudáveis citado em um estudo, os achados mais significativos foram os seguintes: vedamento labial adequado, sem alterações na sensibilidade de lábios, língua e palato (TANURE et al., 2005; DIAS; CARDOSO, 2009); resíduo alimentar em cavidade oral em cerca de metade e engasgo em 5,3% dos idosos (TANURE et al., 2005). Outros estudos descrevem adaptações que ocorrem com o envelhecimento: mais de 70% dos idosos apresentam hipofunção de lábios, língua e bochechas; hiperfunção do músculo mental (LIMA et al., 2009; DIAS; CARDOSO, 2009) e mastigação adaptada (LIMA et al., 2009). Em 88,2% dos idosos, há deglutição adaptada, com compensações, descrita como a deglutição com projeção de cabeça e com uso excessivo da musculatura perioral (LIMA et al., 2009). Cerca de metade dos idosos, sem queixas de deglutição, também apresenta língua volumosa e lábios vedados e eutônicos (DIAS; CARDOSO, 2009).

Idosos saudáveis com elementos dentários naturais preservados, mesmo que parcialmente, demonstraram melhor controle da fase orofaríngea da deglutição para a consistência líquida, quando comparados aos desdentados totais reabilitados, demonstrando que embora possa haver melhora da deglutição de líquido com a reabilitação oral, quando comparada ao edentulismo, a mesma não supera o desempenho na condição ideal da presença de dentes, ainda que a eficiência mastigatória de usuários de implante possa assemelhar-se à condição de dentição natural. Porém, nas consistências pastosa e sólida, verificou-se maior prevalência de disfagia moderada e leve dentre os três grupos, condizente com a literatura (FIORAVANTI, 2007), demonstrando haver dificuldades semelhantes nas fases oral e faríngea, independente da presença de dentes e estratégia de reabilitação oral empregada. Embora o aumento da viscosidade do alimento possa requerer melhor controle do bolo na fase oral, idosos saudáveis apresentam alterações faríngeas (SAITOH et al., 2007).

Tempo de trânsito oral é definido como o tempo entre a captação completa do bolo até o início da elevação do complexo hiolaríngeo, determinada pelo disparo do reflexo de deglutição. Considera-se adequado, para o tempo máximo de quatro segundos e lento, quando o tempo de trânsito oral ultrapassa quatro segundos (MARCHESAN, 2003; GOLDSMITH, 2000).

Outros autores investigaram experimentalmente os efeitos imediatos da estimulação tátil-térmica (TTS) no tempo de deglutição de um grupo de pessoas com Doença de Parkinson Idiopática cursando com disfagia. Realizaram a avaliação da deglutição de 5 ml de bário líquido e 5 ml de bário pastoso antes e após TTS, durante exame de videofluoroscopia. Para o líquido a TTS reduziu o tempo de trânsito e atraso faríngeo e o tempo de trânsito total, não havendo modificação no tempo de trânsito oral. Para o pastoso a TTS reduziu o tempo de trânsito faríngeo e tempo de trânsito total, não havendo diferenças no atraso faríngeo e tempo de trânsito oral. Os autores concluíram que a TTS pode ser um mecanismo que, utilizado num curto espaço de tempo, pode otimizar a deglutição de pacientes com diagnóstico de Doença de Parkinson Idiopática. O estudo não apresentou casos-controle (REGAN; WALSH; TOBIN, 2010).

Refluxo nasal é definido como escorrimento do líquido para a cavidade nasal durante a deglutição, decorrente de insuficiência no fechamento velofaríngeo. Deve

ser considerada ausência, quando não há escape de líquido pelo nariz após a oferta e presença, quando ocorre escape de líquido pelo nariz após a oferta (SILVA, 2004).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO

O presente estudo é do tipo transversal descritivo, a partir da análise dos resultados do protocolo de triagem para o grupo de risco para disfagia orofaríngea na população idosa (GrDI) e sua relação com os dados obtidos na avaliação funcional dos idosos institucionalizados da grande Florianópolis.

3.2 POPULAÇÃO ALVO

3.2.1 Amostra

A amostra foi constituída por 39 (trinta e nove) idosos de instituições de longa permanência, que residem na grande Florianópolis. Foram triados 2 (duas) instituições que abrigam no total 58 (cinquenta e oito) idosos, no período de junho à agosto de 2013.

3.2.2 Critérios de Inclusão

Participaram do estudo indivíduos com idade igual e/ou superior a 60 (sessenta) anos e que residem em instituições de longa permanência.

3.2.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da amostra, aqueles idosos que utilizavam via alternativa de alimentação com proibição de via oral.

3.3 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO

Após a inclusão do participante, que se confirma com a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), o pesquisador iniciou com a entrevista do participante.

A pesquisa foi realizada por meio de um protocolo de triagem para o Grupo de risco para Disfagia Orofaríngea na população Idosa (GrDI) (SÓRIA; FURKIM, In. print) (Anexo 1), composto por perguntas com opções de respostas fechadas, onde a resposta positiva para pelo menos um dos questionamentos já apontou para um risco de disfagia no idoso, e por informações coletadas dos prontuários de cada paciente, como: nome, idade, doenças pré-existentes e os tipos de medicamentos ingeridos pelos idosos .

Um *check list* da avaliação funcional (Apêndice A), também foi utilizado, da qual é composta por vários itens que possam indicar sinal clínico de aspiração, como: tosse, voz molhada, dispnéia, e sinais de disfagia como: lentidão da fase oral, escape extra-oral e refluxo nasal. Através da observação do paciente durante as refeições, predominantemente nos horários do café da tarde e jantar, foi possível coletar os dados pertinentes ao *check list*.

3.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram obtidos através dos protocolos utilizados e organizados para compor um banco de dados em planilhas do *Microsoft Office Excel®* versão 2007, para realização das análises. Foram analisados de maneira univariada e bivariada, todos os dados dos idosos referentes ao tipo de risco encontrado nos questionamentos do protocolo de triagem para o grupo de risco para disfagia e relacionados aos sinais clínicos de aspiração e de disfagia observados durante as refeições diárias de cada idoso na instituição da qual reside.

A análise estatística foi realizada com o programa computacional MedCalc®, versão 12.7.2 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2013) Os testes estatísticos, qui-quadrado para tendência, qui-quadrado para proporções ou o qui-quadrado para tabelas de contingência ou do tipo "r x s" foram empregados nesta análise, sendo considerado o valor de P de 5% ($p < 0,05$) como nível de significância. Também Odds Ratio (razões de chances) foram calculadas a partir de tabelas de contingência (2X2) e o teste z empregado para cálculo do valor de P.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e foi apreciado pela coordenação de pesquisa do Departamento de Análises Clínicas.

De acordo com a resolução nº 196 (BRASIL,1996) do Conselho Nacional da Saúde que orienta e regulamenta as pesquisas realizadas em seres humanos, todos os participantes receberam informações detalhadas sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Os participantes puderam recusar a participar da pesquisa. Só participaram da pesquisa os idosos que se alimentavam por via oral. O risco da pesquisa envolveu apenas o fato do pesquisador conhecer algum participante, não apresentando nenhum tipo de risco físico ou biológico. A guarda dos dados foi feita em planilhas do grupo de Pesquisa e Gerenciamento em Deglutição e Voz devidamente registrado e aprovado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

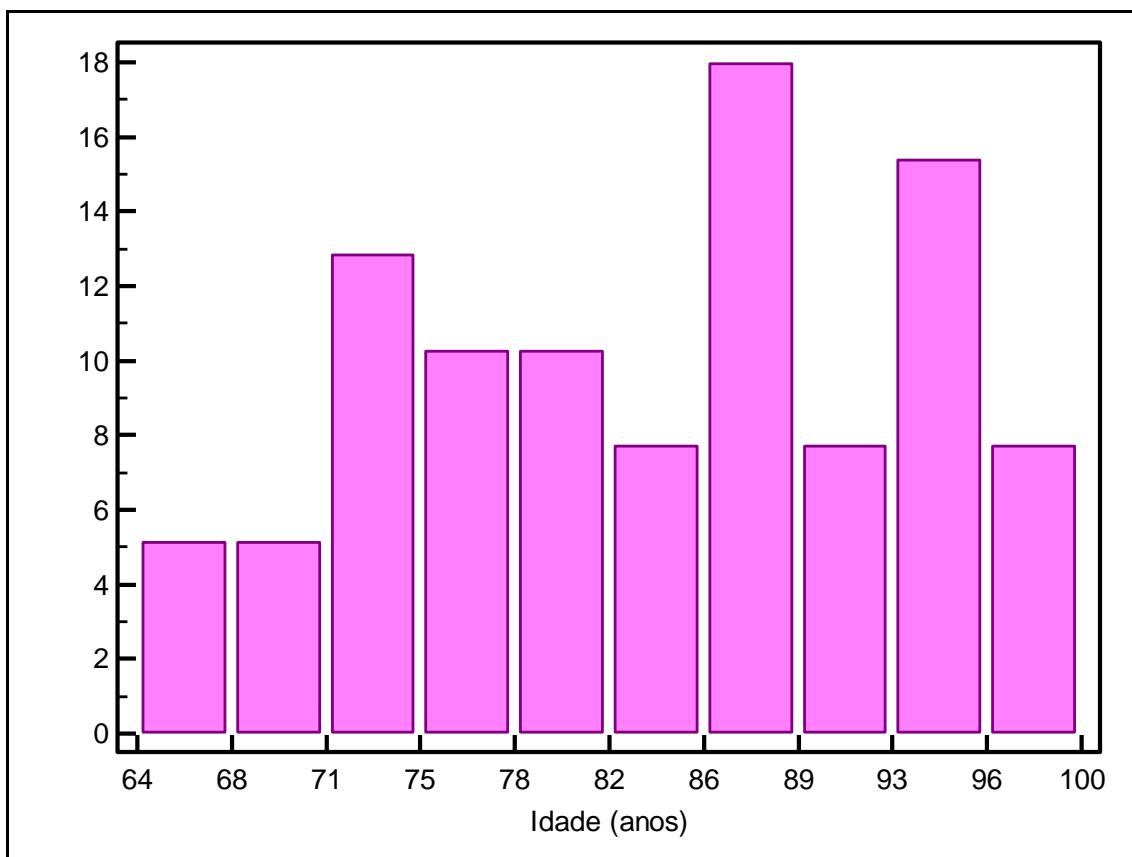
As instituições que participaram da pesquisa também assinaram um ofício para a autorização da realização da mesma (Apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo contou com 58 (cinquenta e oito) idosos, dos quais somente 39 (trinta e nove) idosos preencheram os requisitos de inclusão e compuseram a amostra final, de acordo com os critérios de seleção para o estudo.

O gráfico abaixo aponta a frequência relativa das idades dos idosos estudados.

Figura 1 – Frequência relativa da idade (anos)



Florianópolis, 2013

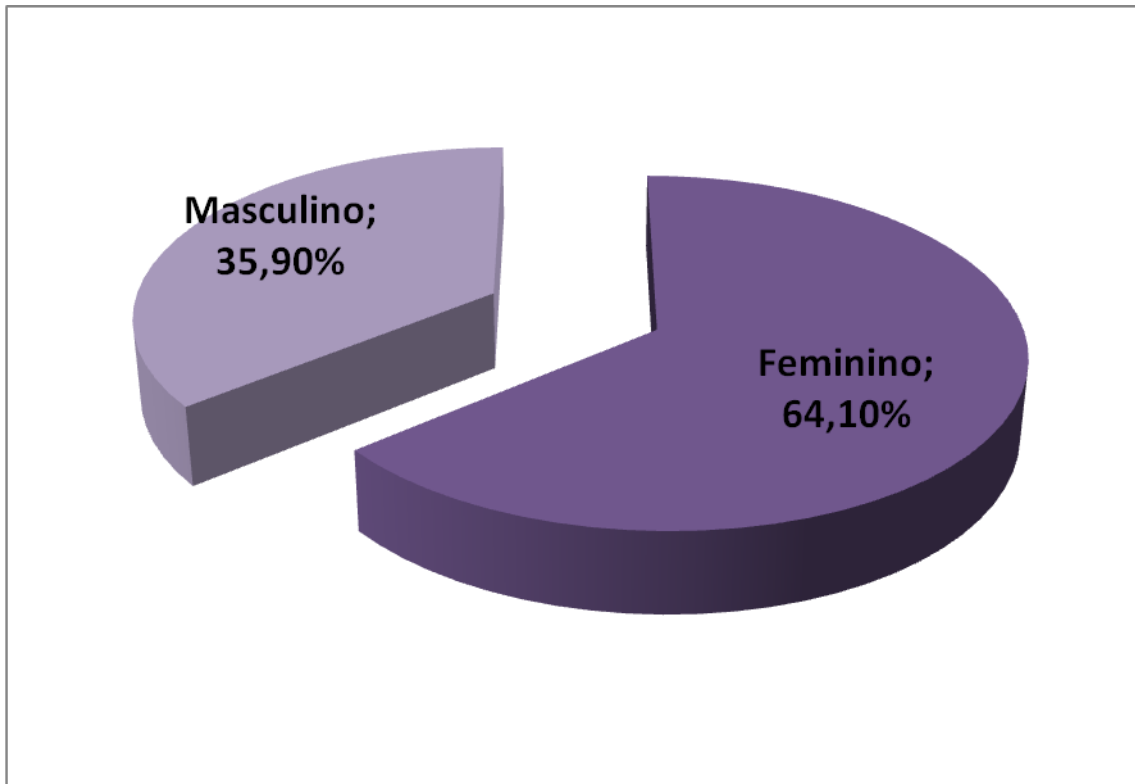
Dos prontuários analisados e da triagem realizada com a população estudada, a média de idade foi de 83,49 anos, com mediana de 84 anos, variando entre 78,9 a 89 anos (Figura 1).

Um estudo realizado em uma instituição de longa permanência para idosos em Maceió descreveu a dinâmica da alimentação de 30 residentes, na qual a média de idade foi de 83,73 anos, onde 70% dos idosos se encontravam na faixa igual ou superior a 80 anos (ROQUE; BOMFIM; CHIARI, 2010).

Outros estudos realizados em diferentes instituições mostraram que a média da idade dos residentes teve predominância acima de 80 anos (TORRES et al., 2009; AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

Quanto ao sexo estudado, 35,90% dos idosos que compõem o presente estudo são do sexo masculino e 64,10% do sexo feminino (Figura 2).

Figura 2 – Sexo



Florianópolis, 2013

Estudos apontam a predominância do sexo feminino nas instituições de longa permanência para idosos, da qual pode ser justificada pela atual feminização da velhice, decorrente da maior expectativa de vida da mulher no Brasil. A institucionalização parece ser em grande medida, uma questão feminina, em que as mulheres constituem a maioria da população e com idade mais avançada (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

Estudos brasileiros realizados com idosos institucionalizados demonstram que os homens raramente representam mais do que 20% do total dos residentes em ILPIs. Essa tendência também é verificada em outros países, como Canadá, Israel e Estados Unidos, nos quais a proporção de mulheres dentre os idosos institucionalizados aumenta de acordo com a idade (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2004).

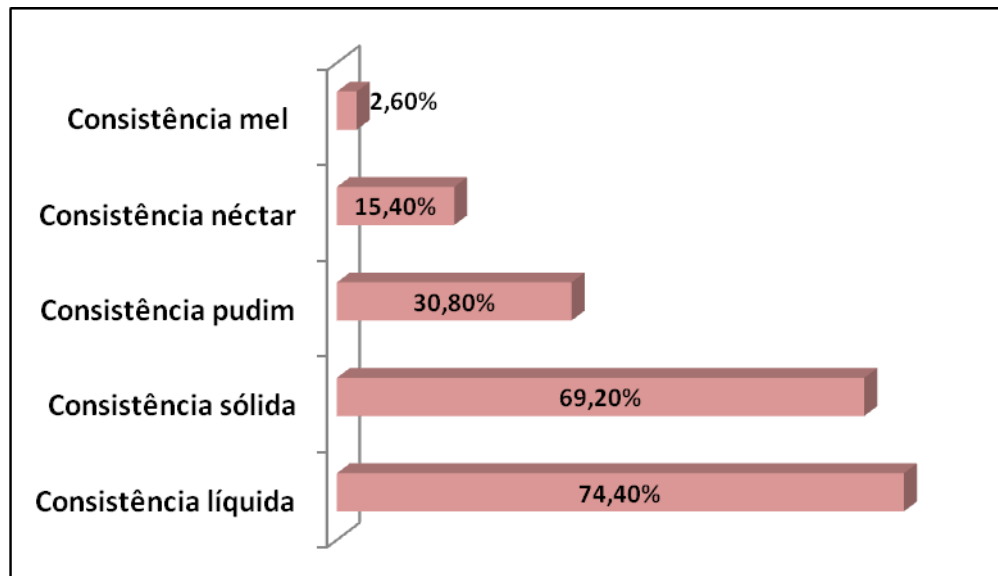
Com relação ao perfil da alimentação dos idosos institucionalizados, caracterizado quanto aos tipos de consistências ingeridas, 74,40% dos idosos analisados ingerem consistência líquida, 69,20% ingerem consistência sólida, 15,40% ingerem consistência néctar, 30,80% ingerem consistência pudim e 2,60% ingerem consistência mel, como demonstrado na tabela 1 e na figura 3.

Tabela 1 – Consistência dos alimentos ingeridos pelos idosos da amostra

Tipo Consistência	Frequência absoluta	Porcentagem
Consistência líquida	29	74,40%
Consistência sólida	27	69,20%
Consistência néctar	6	15,40%
Consistência pudim	12	30,80%
Consistência mel	1	2,60%

Florianópolis, 2013

Figura 3 – Porcentagem de consistência alimentar ingerido pelos idosos institucionalizados



Florianópolis, 2013

Em estudo multicêntrico realizado com 5 instituições (denominadas A, B, C, D e E), referente à restrição alimentar segundo o critério de consistência do alimento, pode se observar que as instituições denominadas “B”, “D” e “E” ofereciam alimentação pastosa para todos os idosos mais debilitados. Na instituição “A” houve diferença também na consistência alimentar de alguns idosos, porém, essa

diferenciação foi feita de acordo com a aceitação de cada indivíduo. A instituição “C” foi a única a oferecer a mesma refeição quanto ao tipo de alimento e quantidade para todos os idosos indiscriminadamente, sem haver qualquer restrição alimentar (FURKIM et al., 2010). Sendo que na presente pesquisa apenas uma instituição apontou para os mesmos achados do estudo anterior, em que a maior parte dos idosos tem a consistência líquida e sólido prevalente nas refeições.

Roque e colaboradores (2010) e Dias e colaboradores (2009), em outro estudo com relação à dinâmica da alimentação em uma ILPI, no que se refere às características da refeição e dieta, a consistência líquida foi ofertada para a maioria da população de idosos, o que corrobora com os achados do atual estudo, porém em relação às outras consistências citadas por esses autores, não se verificou relação com os resultados da atual pesquisa, o que pode ser justificado dado essa população possuir dificuldades de mastigação e deglutição com consistências sólidas.

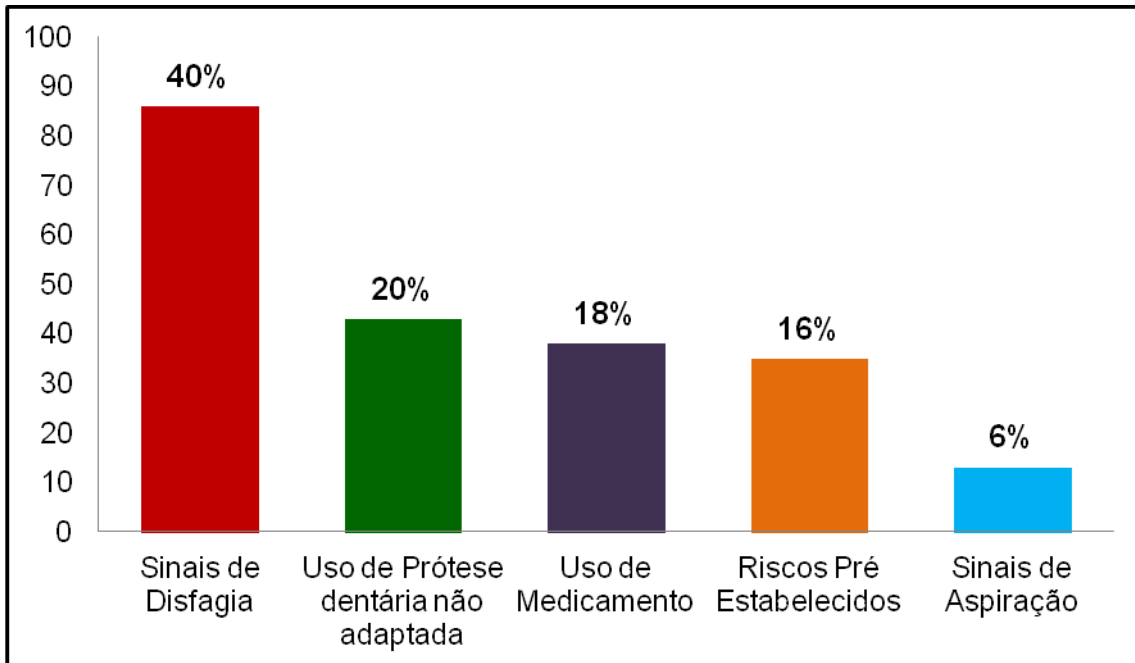
Já em outro estudo, em instituições no Distrito Federal, para a maioria dos idosos é fornecida refeições com consistência normal, e semilíquida, para aqueles que apresentavam dificuldade em se alimentar. Duas instituições (40,0%) apresentavam também refeições com consistência pastosa (TORAL; GUBERT; SCHMITZ, 2006). O oferecimento de no mínimo duas opções de consistência da alimentação, observado em todas as instituições, é um fato esperado e condizente supondo alterações na mastigação nesses indivíduos. Entre suas principais causas podem estar presente o aparecimento freqüente de cáries e doenças periodontais, o uso de próteses inadaptadas ou em péssimo estado de conservação e a ausência de dentes como evidenciados na literatura por Toral, Gubert e Schimitz (2006).

A seguir, outros resultados serão analisados em dois subitens. No primeiro foi analisado as respostas do questionário de triagem para o grupo de risco para disfagia orofaríngea na população idosa (GrDI). No segundo subitem, foi realizada análise comparando os fatores de risco para disfagia de acordo com as respostas na triagem com o *check list* da avaliação funcional da alimentação, com relação à presença de sinais de aspiração e/ou sinais clínicos de disfagia.

4.1 Análise do Questionário GrDI

Quando analisadas as respostas do questionário de triagem para o grupo de risco para disfagia orofaríngea na população idosa (GrDI), foi possível observar a prevalência para os sinais de disfagia. Os resultados podem ser visualizados na figura 4.

Figura 4 – Porcentagem dos fatores de risco para disfagia em idosos institucionalizados



Florianópolis, 2013

Observando a figura acima, pode-se perceber que 40% dos idosos apresentam sinais de disfagia (dor e/ou desconforto para engolir, sensação de comida parada na garganta, xerostomia, cansaço durante as refeições e dificuldade para engolir), corroborando com estudos que apontam uma grande prevalência dos sinais de disfagia em ILPIs, como os de Silva e colaboradores (2008) que apresentaram em seus estudos uma alta taxa de presença de xerostomia nos idosos pesquisados de uma ILPI, tal fato encontra explicações nas afirmações de Pucca (1995) e Boraks (2002) que entre os fatores contribuintes da xerostomia, podem-se citar o uso de medicamentos e também radioterapia e quimioterapia.

Outros autores como Perissinotto (2002) relatam que nos idosos é comum ocorrer diminuição lenta e progressiva da massa muscular, um aumento gradativo no percentual de gordura corporal, diminuição na densidade óssea e perda hídrica, as custas, essencialmente da água corporal intracelular. Tais mudanças ocorrem em maior ou menor escala na dependência do grau de atividade física, dos hábitos

alimentares e da genética do indivíduo. Isto pode justificar a falta de produção salivar nos idosos, dificultando a formação do bolo alimentar e conseqüentemente sua posterior deglutição.

Outro fato importante a considerar é o grande consumo de medicamento dessa população de idosos pesquisados, e como já citado anteriormente por alguns autores, sendo um fator da redução do fluxo salivar.

Suzuki (1997), Rocha, Lopes e Lima (2010) relatam em seus estudos a presença da sensação de comida parada na garganta, dor e/ou desconforto para engolir e cansaço durante as refeições, nos idosos pesquisados em ILPIs, corroborando com os achados da atual pesquisa, o que pode se justificar devido a hipotonia muscular dos órgãos que envolvem a biomecânica da deglutição, além de apresentarem ausência parcial ou total de dentes, como evidenciados na literatura por Pires et al (2012), Tatematsu et al (2004) e Estrela, Motta e Elias (2009).

Quanto ao tipo e tempo de uso de prótese dentária os resultados seguem abaixo, visualizados na Tabela 2.

Tabela 2- Prótese Dentária

USO DE PRÓTESE DENTÁRIA	TOTAL DE PACIENTES (%)
TIPO DE PRÓTESE	
Total Superior	36,00%
Total Inferior	4,00%
Total Inferior e Superior	56,00%
Parcial Superior	0,00%
Parcial Inferior	4,00%
TEMPO DE USO DA PRÓTESE	
Até 5 anos	29,16%
Até 10 anos	33,33%
Até 15 anos	12,50%
Até 20 anos	25,00%

Florianópolis, 2013

Nos resultados sobre o uso de prótese dentária, apenas 20% da amostra não apresenta prótese adaptada, sendo a maioria dos idosos pesquisados, edêntulos, o que supõe que nem todos os idosos realizam visitas regulares ao dentista para conferência de adaptação da prótese dentária, porém pode-se observar que a instituição particular oferecia melhor condições de realizar a manutenção da prótese dentária nos idosos residentes.

Rocha, Lopes e Lima (2010) obtiveram resultados controversos em seus estudos com idosos em uma ILPI, onde relatam que 62% dos idosos amolecem os alimentos com a língua contra o palato e 85% apresentam movimentos mastigatórios

lentos, justificando que nesses casos a forma como o alimento é triturado e como o bolo alimentar é formado depende de uma prótese dentária bem adaptada ou uma boa conservação dentária.

No que concerne ao tempo de uso e tipo de prótese dentária pelos idosos, 56,00% utilizam prótese dentária total superior e inferior, 36,00% utilizam prótese dentária total superior, 4,00% utilizam prótese dentária total e parcial inferior e nenhum parcial superior, sendo que 29,16% já utilizam por 5 anos, 33,33% há 10 anos, 12,50% há 15 anos e 25,00% há 20 anos, mostrando que o mesmo resultado são observados em outros estudos evidenciados na literatura, em que há maior taxa de utilização de prótese dentária superior e inferior, a tempo médio de 10-20 anos, justificado pela prevalência de idosos edêntulos e com má estado de conservação dentária, que ao longo dos anos, por falta de cuidados na higiene bucal, acabam por ter como opção o uso de prótese dentária, cada vez mais cedo, para facilitar nas funções de mastigação e fala, como relata Dias e colaboradores (2009) e Silva et al (2008).

Em relação ao consumo de medicamentos, 18% dos idosos fazem uso de medicamentos, corroborando com estudos em ILPIs, na qual a maioria dos idosos utilizam medicamentos, sendo os mais usados os neurolépticos, antidepressivos, benzodiazepínicos e anticonvulsivantes como citados por Luchetti et al (2010), porém no atual estudo não foi possível relatar os tipos de medicamentos ingeridos pela amostra.

Em outros estudos, o consumo por residente é significativo quando comparado com os idosos não institucionalizados, relatado por Rosa (2011), porém tal comparação também não se aplica nessa pesquisa.

A alta prevalência de consumo de medicamento encontrada nesse estudo, pode se justificar devido às condições de saúde dos idosos residentes dessas instituições, em que todos apresentam uma doença diagnosticada, realizando tratamento medicamentoso.

Além disso, nesse estudo 16% dos idosos pesquisados, apresentaram riscos pré-estabelecidos para disfagia (alteração de cabeça e/ou pescoço, tratamento de cabeça e/ou pescoço, preferência por alimentos de consistência pudim e sólido, tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia, doenças neurológicas), confirmando com estudos em que autores como Sanches et al (2000), Ikeda et al (2002), Tavares e Carvalho (2012), no que concerne à doenças neurológicas, investigaram a relação

de disfagia com demência, que são cada vez mais prevalentes no envelhecimento, ocasionando inúmeros prejuízos à capacidade funcional do indivíduo.

Supõe-se que a alta porcentagem de doenças neurológicas na população idosa das ILPIs, deve-se à predisposição dessa mesma população a ter alterações neurológicas decorrentes do envelhecimento, bem como modificações fisiológicas no corpo humano, ficando mais suscetíveis a doenças como citam Jacobi, Levy e Silva (2003).

Quanto a estudos que apontam sobre o câncer de cabeça e pescoço, Steele et al (1997) e Langmore et al (2002) citam que há uma elevada prevalência de comorbidades, entre eles o câncer, fato comumente referido em idosos, especialmente quando em institucionalizados, apontando como fator preditivo para disfagia e pneumonia aspirativa. Junto a esse fator podemos encontrar uma taxa elevada de tratamentos com radioterapia e quimioterapia, justificado pelo número pequeno da amostra e também pelo fato que os idosos pesquisados e que apresentaram tais comorbidades, ao longo do tempo realizaram terapias fonoaudiológicas, possibilitando a redução da incidência de alterações na deglutição, como citam, em seus estudos, Barros (2007), Nguyen et al (2007), Casso, Slevin e Homer (2008).

Quanto aos sinais de aspiração os resultados deste estudo demonstraram que apenas 6% da amostra apresentaram tais sinais, corroborando com alguns estudos na literatura, em ILPIs, apontando que muitos idosos, apesar de terem alterações na deglutição, não apresentam alterações na voz, porém apresentaram às vezes tosse, engasgos ou pigarro, como citam Dias e Cardoso (2009) e Ramos (2003) em seus estudos, o que supõe, que os idosos pesquisados apesar de apresentarem dificuldade para se alimentar com a consistência da qual está habituado a comer, podem realizar manobras compensatórias ou mesmo apresentar estas condições, porém não com uma certa frequência, levando a omissão da informação.

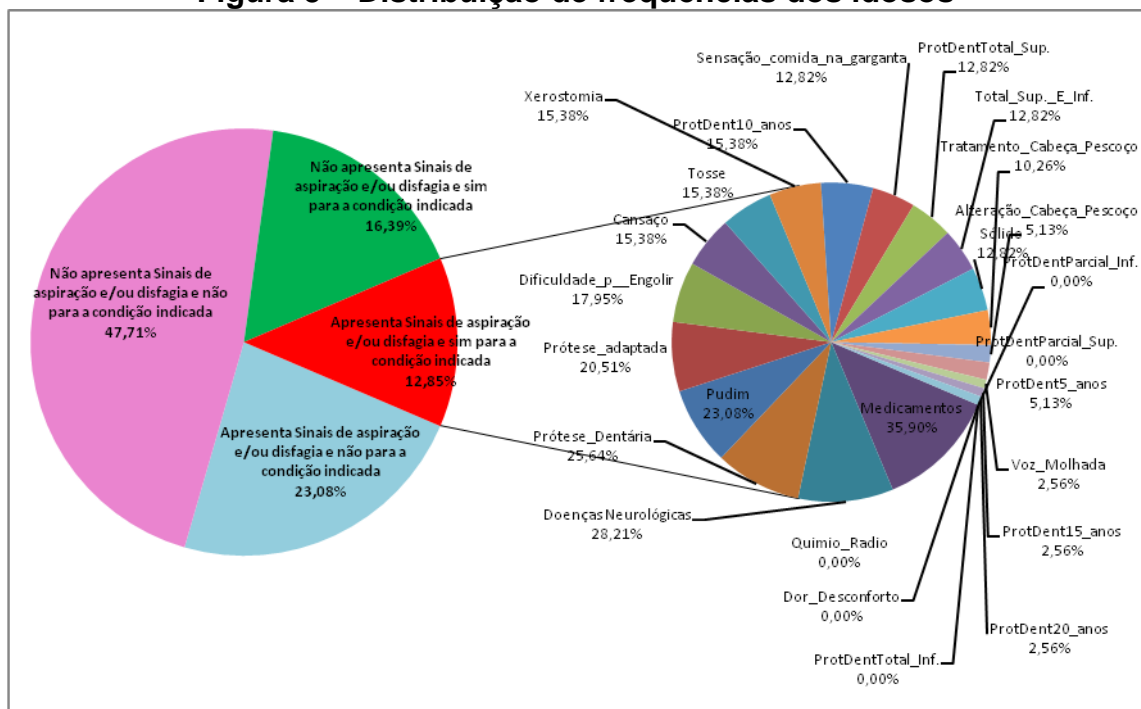
Já em outros estudos, apontaram para conclusões não consonantes aos resultados expostos nessa pesquisa, na qual os idosos que apresentaram alterações de deglutição, também apresentaram alterações concomitantes na voz, além da presença de engasgo, pigarro e tosse, como citam Hinds e Wiles (1998), que pode ser justificado que entre as fases da deglutição, observa-se que ocorre uma alteração destas, como também relatam Leder (2002), Ickerstein et al (2003) e Bilton

et al (2009), na qual há uma sensibilidade na região da laringe, estimulando o ato reflexo de proteção das vias áreas.

4.2 Análise GrDI x *Check List*

Em seguida foi realizada análise relacionando os fatores de risco para disfagia de acordo com as respostas na triagem com o *check list* da avaliação funcional da alimentação, como visualizada na Figura 5.

Figura 5 – Distribuição de frequências dos idosos



Florianópolis, 2013

Com a análise estatística (Teste qui - quadrado para tendência $p < 0,0001$), foi possível perceber significância estatística para a associação entre as variáveis do estudo, as quais estão expostas na Tabela 3 abaixo.

Tabela 3 – Associação das variáveis.

(Continua)

ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS	P*
Uso de Prótese a 10 anos x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,0160
Preferência alimentar por pudim x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,0326

Tabela 4 – Associação das variáveis.

(Continuação)

ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS	P*
Preferência alimentar por sólido x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,0326
Presença de doença neurológica x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,0929
Realizou quimioterapia/radioterapia x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	1,0000
Realizou tratamento cabeça e/ou pescoço x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,2250
Alteração estrutural de cabeça e/ou pescoço x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,6085
Apresenta voz molhada x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,3589
Apresenta sensação de comida parada na garganta x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,1085
Apresenta dor ou desconforto para engolir x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,5276
Apresenta dificuldade para engolir x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,1942
Apresenta cansaço durante as refeições x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,3885
Apresenta tosse durante ou após as refeições x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,3885
Apresenta xerostomia x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,3885
Uso de prótese dentária adaptada x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,6500
Uso de prótese total superior x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,3146
Uso de prótese a 5 anos x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	1,0000
Uso de prótese a 20 anos x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,6364
Uso de prótese a 15 anos x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	1,0000
Uso de prótese dentária x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,4956
Uso prótese total inferior x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	1,0000
Uso prótese parcial superior x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,0
Uso prótese parcial inferior x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	1,0000
Uso prótese total superior e inferior x apresentar sinais de disfagia e/ou aspiração	0,7413

Os resultados da atual pesquisa, em relação ao tipo, tempo e uso de prótese dentária relacionado com a presença de sinais de aspiração e/ou sinais de disfagia, verificou-se que 25,64% utilizam prótese dentária, 20,5% apresenta prótese dentária adaptada, 15,4% utilizam prótese há 10 anos, 12,8% utilizam prótese do tipo total superior e total superior e inferior, 5,1% utilizam há 5 anos, 2,6% há 15 e 20 anos e para os outros tipos de prótese não houve correlação com os sinais de aspiração e/ou disfagia, sendo estatisticamente significativa o uso de prótese dentária há 10 anos.

Estudos evidenciados na literatura corroboram com os achados encontrados nessa pesquisa, mostrando que o uso de prótese dentária prejudica a fase oral da deglutição, devido ao encolhimento das estruturas ósseas associadas à redução de fluxo salivar que dificulta a retenção das próteses dentárias, afetando a homogeneização do bolo. O uso de próteses dentárias, nem sempre bem adaptadas, sugere ser a causa das mudanças de consistência e ingestão de alimentos pastosos ou sólidos umedecidos (SUZUKI, 1998). Porém não houve relação com o tempo, supondo que de médio a longo prazo de uso, a prótese dentária pode ser sempre um fator da alteração de deglutição, podendo interferir na biomecânica da deglutição, principalmente quando não estiver adaptada, o que contribui para uma fase oral ineficiente, com má formação do bolo alimentar, pela redução do fluxo salivar e do padrão mastigatório alterado. A ejeção posterior do bolo também é prejudicada, supondo uma falta de coordenação muscular. Tudo isso pode justificar a presença de sinais de aspiração e/ou sinais clínicos de disfagia nessa população.

Já outros estudos, apontam uma estatística significativa em relação ao tempo de uso de prótese dentária, em idosos, apresentando uma boa performance e habilidade mastigatória após 6 meses de uso, nunca produzir saliva excessivamente e nunca perceber dificuldade de adaptação da prótese em relação à fala ou à alimentação (ALMEIDA; GENTIL; NUNES, 2012; PRADO et al., 2006), possivelmente por estarem mais adaptadas, inferindo que não há nenhuma alteração de deglutição, sem a presença de sinais de aspiração e/ou disfagia, convergindo dos resultados do atual estudo.

No que concerne os resultados significantes da atual pesquisa, referentes à preferência alimentar de consistência sólido (12,8%) e pudim (23,1%) e a presença de sinais de aspiração e/ou sinais clínicos de disfagia para tais consistências,

existem estudos que corroboram com esses resultados, em que são as consistências das quais os idosos preferem ingerir em suas refeições, ao mesmo tempo, em que sua maioria, apresenta sinais de aspiração e/ou sinais clínicos de disfagia, muitas vezes, devido pela hipotonia muscular dos órgãos que participam das fases da deglutição, como descritos por Pontes et al (2010) e Tanure et al (2005), onde estudos realizados com idosos mostram que resíduos faríngeais são mais comumente observados na consistência pastosa e sólida, e podem causar penetração laringeal e aspiração traqueal pós-deglutição.

Outros estudos, porém, citam que a maioria ingere líquido, apresentando sinais de aspiração e/ou deglutição (DIAS; CARDOSO, 2009), convergindo com os resultados deste estudo, na qual há presença dos sinais, nos idosos que tem preferência às consistências sólidas e pudim, inferindo ainda que em tais estudos foram encontradas as seguintes alterações: reflexo de deglutição lentificado, aumento do tempo total da deglutição para líquidos, penetração/aspiração para líquidos, ajuda de líquido para ingerir sólidos e engasgos/tosses com líquidos, como citado no estudo de Machado et al (2009).

Em relação à outras variáveis pesquisadas, quando associadas aos sinais de aspiração e/ou disfagia, 17,9% apresentaram dificuldade para engolir, 15,4% apresentaram cansaço durante as refeições, tosse durante ou após as refeições e xerostomia, 12,8% apresentou sensação de comida parada na garganta e nenhum resultado para dor e/ou desconforto ao engolir, sendo que para nenhuma dessas condições quando relacionadas, não apresentaram resultado estatisticamente significativo.

Segundo Almeida e colaboradores (2012) seus estudos mostraram que a maioria dos idosos pesquisados nunca apresentaram engasgos, mas às vezes, apresentavam tosse após a deglutição, o que pode se justificar ao número pequeno da amostra da atual pesquisa, pois segundo Marchesan (1998), Neves e Benedito (2003) e Krieger e Dias (2002), em seus estudos, apontaram a presença de tosse, engasgos e sensação de algo parado na garganta, em idosos, durante as refeições, justificando que as modificações anatomofisiológicas do sistema estomatognático, divergindo de tais resultados dessa pesquisa.

Quanto à doença neurológica, 28,2% apresentaram relação com os sinais de aspiração e/ou disfagia, não apresentando significância estatística. Segundo Bonfim, Chiari e Roque (2013), sua pesquisa, apontou com um pequeno número de

associação entre demência ou alteração cognitiva e os sinais sugestivos de DOF (Disfagia Orofaríngea), em idosos de uma ILPI, corroborando com os resultados da atual pesquisa, que pode se justificar pelo número pequeno da amostra que apresentaram tais sinais ou que depende do local em que a doença se instala, podendo causar a disfagia em diferentes graus, como citam Murray e Carrau (2006), assim, muitas vezes, não sendo possível observar os sinais de aspiração e/ou disfagia, contrariando os achados de estudos anteriores, como o de Rocamora e colaboradores (2009) em que a maioria dos idosos estudados de uma ILPI, apresentaram sinais para disfagia, mostrando que as doenças neurológicas afetam as áreas responsáveis pela deglutição, bem como estudos em que são relatados que a doença de Alzheimer pode causar perda da parte consciente da mastigação e da deglutição, trazendo complicações ao idoso (RUMEAU; VELLAS, 2003).

Com relação à variável medicamento, 35,9% apresentam essa condição relacionada com a presença de sinais de aspiração e/ou disfagia, porém sem significância estatística. Conforme Leopold e Kagel (1997), Bonfim, Chiari e Roque (2013), Langmore (2002) e Rocamora et al (2009), entre as causas de disfagia, a de origem medicamentosa tem grande relevância clínica na população idosa, visto que este grupo de pessoas apresenta maior predisposição ao surgimento dos efeitos indesejáveis devido a maior sensibilidade a essas substâncias. As mais comumente envolvidas no aparecimento do processo são os antipsicóticos, antidepressivos, antiparkinsonianos e anticolinérgicos, mostrando que nesses estudos a condição medicamento interfere na biomecânica da deglutição, e assim no aparecimento dos sinais de aspiração e/ou disfagia, divergindo dos resultados do estudo atual, levando a supor que, a maior parte dos medicamentos que os idosos consomem nas ILPIs não interfere na deglutição, corroborando com outros estudos citados por Langmore (2002) e Eisenstadt (2010).

Nos resultados ainda mostra que 10,3% já realizou tratamento de cabeça e/ou pescoço, 5,1% apresentou alteração de cabeça e/ou pescoço, 2,6% apresentam voz molhada e nenhum resultado quanto a tratamento de radioterapia e/ou quimioterapia foi possível observar quando relacionado com sinais de aspiração e ou disfagia, não sendo nenhum desses fatores estatisticamente significantes, porém estudos como de Ney et al (2010), mostram que cirurgias de câncer de cabeça e pescoço, algumas cirurgias na medula espinhal, cirurgias de tireóide, e qualquer intervenção que pode comprometer o nervo laríngeo recorrente pode resultar em disfagia. Um

certo número de regimes de quimioterapia e radioterapia também pode causar lesão orofaríngea, divergindo com os achados do atual estudo, supondo que não foi possível encontrar um resultado significativo em relação a câncer de cabeça e pescoço e seus diversos tratamentos (quimioterapia e radioterapia) com associação de sinais de aspiração e disfagia, o que pode se justificar pelos poucos idosos entrevistados na pesquisa que apresentaram “sim” para essa condição.

Todos esses estudos apontam para um risco de sinal de aspiração e/ou sinal clínico de disfagia, evidenciados na literatura, porém não encontrados nos resultados desse estudo, supondo que poucos idosos apresentam esses riscos, o que mostra um resultado não significativo, da qual pode ser justificado que apesar das dificuldades de deglutição, esses idosos podem realizar manobras compensatórias, adotando outras posturas durante as refeições ou mesmo alterando o volume, utensílios e o padrão mastigatório do alimento, facilitando sua ingestão nas respectivas fases da deglutição.

Já os resultados significantes que corroboram com estudos evidenciados na literatura pra disfagia, apontam para uma predisposição da população idosa pesquisada, quando relacionada as variáveis com os sinais de aspiração e/ou disfagia o que pode se justificar, principalmente por essa população apresentar hipotonia muscular.

Estudos envolvendo dados sobre a disfagia em idosos são ainda escassos e poucos explorados na literatura. A exata prevalência das desordens da deglutição no envelhecimento não é bem conhecida e muitas vezes dificultada pela presença de inúmeros fatores de confusão que leva à disfagia no idoso (SANTORO, 2008).

5 CONCLUSÃO

No presente estudo foi possível verificar o perfil da alimentação, quanto à consistência, na qual o líquido e sólido são os mais prevalentes dentro dessa população, como preferência pessoal relatada na entrevista.

No que concerne aos fatores de risco para disfagia encontrados na pesquisa, o grupo de sinais para disfagia (dor e/ou desconforto para engolir, sensação de comida parada na garganta, xerostomia, cansaço durante as refeições e dificuldade para engolir) foram os mais prevalentes, seguido pelo uso de prótese dentária não adaptada.

A associação entre os fatores de risco encontrados com a avaliação funcional da alimentação, nas quais se pesquisou os sinais de aspiração e os sinais clínicos para disfagia, mostrou que nessa população, somente foi significativa para aqueles que utilizam prótese dentária por 10 anos, tem preferência por alimentos de consistência pudim e sólido. Os demais fatores quando associados não apresentaram nenhuma significância estatística.

REFERÊNCIAS

- ACHEM, S. R.; DEVAULT, K. R. Dysphagia in aging. **Journal of Clinical Gastroenterology**. v. 39, p. 357-428, 2005.
- AIRES, M.; PAZ, A. A; PEROSA, C. T. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. p.79-91, 2006.
- AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.30, n.3, p. 492-501, 2009.
- ALMADA, F.; MELLO, C. 2000, 90 p. **Estresse oxidativo e capacidade funcional em idosos residentes na comunidade**. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade Federal de São Paulo, 2000.
- ALMEIDA, S. T.; GENTIL, B. C.; NUNES, E. L. Alterações Miofuncionais Orofaciais Associadas ao Processo de Envelhecimento em um Grupo de Idosos Institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. v. 9, n. 2, p. 282-292, 2012.
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). **Roles of speechlanguage pathologists in swallowing and feeding disorders: technical report**. ASHA Desk Reference. v. 3, p. 181-280, 2002
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). **Model Medical Review Guidelines for Dysphagia**. 2004. Disponível em: <<http://www.asha.org/NR/rdonlyres/5771B0F7>>. Acesso em: Setembro de 2013.
- ANGELIS, E. C.; MOURÃO, L. F.; FURIA, C. L. B. Avaliação e tratamento das disfagias após tratamento de câncer de cabeça e pescoço. In: Carrara-de Angelis E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo: Lovise, 2000, p.155-62.
- BARROS, A. P. B. **Efetividade da reabilitação fonoaudiológica na comunicação oral e na deglutição em pacientes irradiados devido ao câncer de cabeça e pescoço**. Tese (Doutorado em Medicina). Fundação Antônio Prudente, 2007.
- BARROS, A. P. B.; PORTAS, J. G.; QUEIJA, D. S. Implicação da traqueostomia na comunicação e deglutição. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 38, n. 3, p. 202–207, 2009.
- BRENNAN, D. S.; SPENCER, A. J.; THOMSON, K. F. R. Tooth loss, chewing ability and quality of life. **Quality of Life Research**. v. 17, n. 2, p. 227-262, 2008.
- BILTON, T. et al. Acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados. **Revista Distúrbio da Comunicação**. v. 11, n. 1, p. 85-110, 2009.

BOLIGON, C. S.; HUTH, A. O Impacto do Uso de Glutamina em Pacientes com Tumores de Cabeça e Pescoço em Tratamento Radioterápico e Quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 57, n. 1, p. 31-38, 2011.

BOMFIM, F. M. S.; CHIARI, B. M.; ROQUE, F. P. Fatores associados a sinais sugestivos de disfagia orofaríngea em idosas institucionalizadas. **CoDAS**. v. 25, n. 2, p. 154-217, 2013.

BUTLER, S. G. et al. The effects of aspiration status, liquid type, and bolus volume on pharyngeal peak pressure in healthy older adults. **Dyphagia**. v. 26, n. 3, p. 225-256, 2011.

BRANDÃO, D. M. S.; NASCIMENTO, J. L. S.; VIANNA, L. G. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 55, n. 6, p. 738-781, 2009.

BRASOLOTTO, A. G. Voz na Terceira Idade. In: Tratado de Fonoaudiologia. FERREIRA, Leslie Piccolotto; LOPES, Débora; LIMONGI, Suelly Cecília Olivani (org.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004, p. 709-714.

BORAKS, S. Distúrbios bucais na terceira idade. In: Brunetti RF; Montenegro FLB. **Odontogeriatrics: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002, p. 85-98.

CABRE, M. et al. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. **Age Ageing**. v. 39, n. 1, p. 39-45, 2010.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, PY L, Neri AL. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.58-71.

CARDOSO, M. C. A. F. **Sistema Estomatognático e Envelhecimento: associando as características clínicas miofuncionais orofaciais aos hábitos alimentares**. Tese (Doutorado em Medicina). 2010.

CASSO, C.; SLEVIN, N. J.; HOMER, J. J. The impact of radiotherapy on swallowing and speech in patients who undergo total laryngectomy. **Otolaryngology Head Neck Surgery**. v. 139, n. 6, p. 792-799, 2008.

CHEN, P. H. et al. Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population. **Dysphagia**. v. 24, n.1, p.1-6, 2009.

CHENG, K. K. F. Oral mucositis, dysfunction, and distress in patients undergoing cancer therapy. **Journal Clinical Nursing**. v. 16, n. 11, p.114-135, 2007.

CHONE, C. T. et al. A prospective study of long-term dysphagia following total laryngectomy. **B-ENT**. v. 7, n. 2, p.103-112, 2011.

CINTRA, A. B. et al. Deglutição após quimioterapia e radioterapia simultânea para carcinomas de laringe e hipofaringe. **Revista Associação Médica Brasileira**. v. 51, n. 2, p.93-102, 2005.

COELHO, F. G. M. et al. Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 31, n. 2, p.163-233, 2009.

CORTÉS, L. S. et al. Análise clínica da deglutição e dificuldades de alimentação de idosos desnutridos em acompanhamento ambulatorial. **Distúrbios da comunicação**. v. 14, n. 2, p.211-235, 2003.

COSTA, M. F. L.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

CRARY, M. A.; GROEHER, M. E. Reinstating oral feeding in tube-fed adult patients with dysphagia. **American Society for parenteral and enteral nutrition: Nutrition in clinical practice**. v. 21, n. 2, p. 576-586, 2006.

CRESCO, A. Propedêutica da laringe. In: Angelis, E. C. B; Mourão, L. F; Kowalski, L. P. **Atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo, Lovise. 2000, p. 53-60.

DAGGETT, A. et al. Laryngeal penetration during deglutition in normal subjects of various ages. **Dysphagia**. v. 21, n. 4, p.270-274, 2006.

DANIELS, S. K. et al. Mechanism of sequential swallowing during straw drinking in healthy young and older adults. **Journal Speech Lang Hear Research**. v. 47, n. 1, p.33-45, 2004.

DANTAS, R. O. et al. Effect of gender on swallow event duration assessed by videofluoroscopy. **Dysphagia**. v. 24, n. 3, p.280-284, 2009.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, S. M. M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 12, n. 3, p.518-542, 2004.

DIAS, B. K. P.; CARDOSO, M. C. A. F. Características da função de deglutição em um grupo de idosas institucionalizadas. **Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento**. v. 14, n.1, p.107-131, 2009.

EISENSTADT, S. E. Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. **Journal American Academy Nurse Practitioners**. v. 22, n.1, p.17-22, 2010.

ESCOURA, J. B. **Exercícios e manobras facilitadoras no tratamento de disfagia**. Trabalho de conclusão do curso de especialização de Fonoaudiologia. São Paulo, 1998.

ESTRELA, F.; MOTTA, L.; ELIAS, V. S. Deglutição e processo de envelhecimento. In: Jotz, Geraldo Pereira; Carrara-De-Angelis, Elisabete; Barros, Ana Paula Brandão.

Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança. Rio de Janeiro: Revinter, 2009, p.54-58.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira Epidemiologia.** v. 8, n.2, p. 134-176, 2005.

FEIJÓ, A. V.; RIEDER, C. R. Distúrbios da Deglutição em Idosos. In: JACOBI, Juliana da Silva; LEVY, Débora Salle; SILVA, Luciano Muller Corrêa da. **Disfagia: avaliação e tratamento.** Rio de Janeiro: Revinter, 2004, p. 225-231.

FERNÁNDEZ, J. G. et al. Trastornos digestivos en la enfermedad de Parkinson. **Revista Neurologia.** v. 50, n.2, p. 51-54, 2010.

FINESTONE, H. M.; FINESTONE, L. S. G. Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional managements for stroke patients. **Canadian Medical Association Journal.** v. 169, n. 10, p. 1041-1045, 2003.

FIORAVANTI, M. P. **Caracterização e classificação da deglutição orofaríngea do idoso institucionalizado: avaliação clínica fonoaudiológica.** Tese (Doutorado em Medicina). Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, 2007.

FRAGA, L. M. et al. Aspectos da Disfagia: Nutrição na maturidade. **Nestle Nutrition.** p.1, 2010.

FROTA, J. **Prevalência e fatores associados à disfagia em idosos residentes em comunidade.** Tese (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal do Ceará, 2008, p.35.

FURKIM, A. M.; FILHO, E. D. M. F.; GOMES, G. **Manual de Cuidados do Paciente com Disfagia,** 2000. p.127-128.

FURKIM, A. M. et al. A instituição asilar como fator potencializador da disfagia. **Revista CEFAC.** v. 12, n. 6, p.954-963, 2010.

GARMENDIA, G. Disfagia orofaríngea em el anciano. **IX Congreso de La sociedad española de rehabilitacion geriátrica.** 2006.

GERMAIN, I.; DUSFRENE, T.; DONALD, K. G. A Novel Dysphagia Diet Improves the Nutrient Intake of Institutionalized Elders. **Journal American Dietetic Association.** v. 106, n. 10, p. 14-23, 2006.

GIACHETI, C. M.; DUARTE, V. G. Programa de atuação fonoaudiológica junto a idosos institucionalizados. In: LAGROTTA, Márcia Gomes Mota; CÉSAR, Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro. **A fonoaudiologia nas instituições.** São Paulo: Lovise. 1997, p. 17-27.

GOLDSMITH, T. Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal intubation and tracheostomy. **International Anesthesiology Clinics.** v. 38, n. 3, p. 219-261, 2000.

GRAMIGNA, G. **How to perform video-fluoroscopic swallowing studies**. GI Motility Online 2007. Disponível em: <<http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo95.html#t6>>. Acesso em: Agosto de 2013.

GROHER, M. Nature of the problem. **Dysphagia: diagnosis and management**. 1997, p. 1-4.

GROHER, M. Distúrbios da deglutição em idosos. In: Furkim AM, Santini C. **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-fono. 2001, p. 97-108.

HIGASHIJIMA, M. Influence of age and bolus size on swallowing function: basic data and assessment method for care and preventive rehabilitation. **American Journal Occupational Therapy**. v. 64, n. 1, p. 88-94, 2010.

HINDS, N. P.; WILES, C. M. Assessment of swallowing and referral to speech and language therapists in acute stroke. **Journal Association Physicians**. v. 91, n. 12, p. 829-864, 1998.

HIRSCH, S. M. et al. Concomitant chemotherapy and split-course radiation for cure and preservation of speech and swallowing in head and neck cancer. **Laryngoscope**. v. 101, n. 6, p. 583- 589, 1991.

HUMBERT, I. A.; ROBBINS, J. Dysphagia in the elderly. **Physical Medicine Rehabilitation Clinics North America**. v. 19, n. 4, p. 853-866, 2008.

HUMBERT, I. A. et al. Early deficits in cortical control of swallowing in Alzheimer's disease. **Journal Alzheimers Disease**. v. 19, n. 4, p. 1185-1282, 2010.

ICKERSTEIN, G. W. et al. Predictors of feeding gastrostomy tube removal in stroke patients with dysphagia. **Journal Stroke Cerebrovascular Disease**. v. 12, n. 4, p. 169-243, 2003.

IKEDA, M. et al. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. **Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry**. v. 73, p.371-376, 2002.

IMAMOGLU, E. O.; KILIÇ, N. A social psychological comparison of the turkish elderly residing at high or low quality institutions. **Journal of Environmental Psychology**, v.19, p. 231-242, 1999.

JACOB, F. W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: Duarte YA, Diogo MJD. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu. 2000, p. 19-25.

JACOBI, J. S.; LEVY, D. S.; SILVA, L. M. C. **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro, Revinter. 2003.

JENSEN, K.; JENSEN, A. B.; GRAU, C. Smoking has a negative impact upon health related quality of life after treatment for head and neck cancer. **Oral Oncology**. v. 43, n. 2, p. 187-279, 2007.

JORDÃO, N. **Aspectos psicossociais do envelhecimento**. In: Russo IP. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter: 1999, p. 13-24.

KYLE, G. Managing dysphagia in older people with dementia. **British Journal Community Nursing**. v. 16, n. 1, p. 6–10, 2011.

KOTZ, T. M. S. et al. Pharyngeal transport dysfunction consequent to an organ-sparing protocol. **Archives Otolaryngology Head Neck Surgery**. v. 125, n. 4, p. 410-413, 1999.

KOWALSKI, L. P. Câncer de laringe. In: Carrara-de Angelis E, Furia CLB, Mourão LF, Kowalski LP. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço**. São Paulo: Lovise. 2000, p.97-104.

KRAUS, D. H. et al. Larynx preservation with combined chemotherapy and radiation therapy in advanced hypopharynx cancer. **American Academy Otolaryngology Head Neck Surgery**. v. 111, n. 1, p. 37-38, 1994.

KRIEGER, F.; DIAS, J. **Padrão mastigatório dos idosos do asilo “Elze Benz” do município do sul do Brasil**. Trabalho de conclusão de curso de especialização de Fonoaudiologia. 2002.

LANGMORE, S. E. et al. Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. **Dysphagia**. v. 17, n. 4, p. 298-307, 2002.

LAZARUS, C. Swallowing disorders in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and adjuvant chemotherapy. **Laryngoscope**. v. 106, n. 9, p.1157-1223, 1996.

LEDER, S.B.; ESPINOSA, J. F. Aspiration risk after acute stroke: comparison of clinical examination and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. **Dysphagia**. v. 17, n. 3, p. 214-222, 2002.

LEOPOLD, N. A.; KAGEL, M. C. Dysphagia ingestion or deglutition: a proposed paradigm. **Dysphagia**. v. 12, n. 4, p. 202-208, 1997.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 2007.

LIMA, R. M. F. et al. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. **Revista CEFAC**. v.11, n. 3, p. 405-422, 2009.

LOGEMANN, J. A. **Evaluatin and treatment of swallowng disorders**. Texas, Pro-ED. 1998.

- LUCHETTI, G. et al. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. **Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul**. v. 32, n. 2, p. 38-43, 2010.
- LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus Cuidadores: uma série de casos em um serviço de Neurogeriatria. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 15, n.4, p. 587-681, 2006.
- MACHADO, J. et al. Estado nutricional na Doença de Alzheimer. **Revista Associação Médica Brasileira**. v. 55, n. 2, p. 188-279, 2009.
- MACLEAN, J.; COTTON, S.; PERRY, A. Dysphagia following a total laryngectomy: the effect on quality of life, functioning, and psychological well-being. **Dysphagia**. v. 24, n. 3, p. 314-335, 2009.
- MAKSUD, S. S.; REIS, L. F. N. Disfagia no idoso: risco (in) visível. **Revista CEFAC**. v. 5, n. 3, p. 251-258, 2003.
- MALANDRAKI, G. A. et al. Reduced somatosensory activations in swallowing with age. **Human Brain Mapping**. v. 32, n. 5, p. 730-743, 2011.
- MARCHESAN, I. Q. Disfagia. In: MARCHESAN, I. Q., BOLAFFI, C., GOMES, I.C.D. & ZORZI, J.L. **Tópicos em Fonoaudiologia**. São Paulo: Lovise. 1995.
- MARCHESAN, I. Q. Deglutição - normalidade. In: FURKIM, A.M. & SANTINI, C.S. **Disfagias Orofaríngeas**. São Paulo: Pró-Fono. 1999, p. 3-18.
- MARCHESAN, I. Q. O que se considera normal na deglutição. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter. 2003.
- MARCOLINO, J. et al. Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati – Paraná. **Revista Brasileira Geriátrica Gerontologia**. v.12, n. 2, p.193-200, 2009.
- MARIK, P. E. Aspiration Pneumonitis and Aspiration Pneumonia . **New England Journal Medicine** . v. 344, n. 9, p. 665 – 672, 2001.
- MARIK, P. E.; KAPLAN, D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. **Chest Journal**. v. 124, n. 1, p.328–336, 2003.
- MENDES, F. S.; TCHAKMAKIAN, L. A. Qualidade de vida e interdisciplinaridade: a necessidade do programa de assistência domiciliar na prevenção das complicações em idosos com disfagia. **Revista O Mundo da Saúde**. v. 33, n. 3, p. 320-328, 2009.
- MURRAY, T.; CARRAU, R. **Clinical management of swallowing disorders**. San Diego: Plural Publishing. 2006.
- NASI, A. Afecções esofágicas mais comuns no indivíduo idoso. In: SUZUKI, Heloisa Sawada. **Conhecimentos essenciais para atender bem o paciente idoso**. São José dos Campos: Pulso. 2003, p. 11-23.

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

NEVES, D. A.; BENEDITO, A. A. **A contribuição da ausculta cervical na avaliação clínica fonoaudiológica de idosos institucionalizados com queixa de disfagia orofaríngea.** Trabalho de conclusão de curso de Fonoaudiologia. São Paulo: Centro Universitário São Camilo. 2003.

NEY, D. et al. Senescent Swallowing: Impact, Strategies and Interventions. **Nutrition Clinical Practice.** v. 24, n. 3, p. 395-413, 2010.

NGUYEN, N. P. et al. Impact of swallowing therapy on aspiration rate following treatment for locally advanced head and neck cancer. **Oral oncology.** v. 43, n. 4, p. 352-357, 2007.

NISHIWAKI, K. et al. Identification of a simple screening tool for dysphagia in patients with stroke using factor analysis of multiple dysphagia variables. **Journal Rehabilitation Medicine.** v. 37, n. 4, p. 247-298, 2005.

NOVAES, P. E. R. S. Radioterapia em neoplasias de câncer de cabeça e pescoço. In: Carrara-de Angelis E, et al. **A atuação da fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço.** São Paulo: Lovise. 2000, p.33-41.

OH, E.; WEINTRAUB, N.; DHANANI, S. Can we prevent aspiration pneumonia in the nursing home?. **Journal American Medicine Directors Association.** v. 5, n. 3, p.174-182, 2004.

O'LOUGHLIN, G.; SHANLEY, C. Swallowing problems in the nursing home: A novel training response. **Dysphagia.** v. 13, n. 3, p. 172-255, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/bra/es/>>. Acesso em: 25 de março de 2013.

OZAKI, K. et al. The risk of penetration or aspiration during videofluoroscopic examination of swallowing varies depending on food types. **Tohoku Journal Experimental Medicine.** v. 220, n. 1, p. 41-47, 2010.

PACE, A. B.; SHAW, R. J.; BUTTERWORTH, C. Oral rehabilitation following treatment for oral cancer. **Periodontology.** v. 57, n. 1, p. 102- 119, 2011.

PAIXÃO, C. T.; SILVA, L. D. Características de pacientes disfágicos em serviço de atendimento domiciliar público. **Revista Gaúcha Enfermagem.** v. 31, n. 3, p. 262-271, 2010.

PEREZ, R. S. et al . Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. **Arquivos International Otorrinolaringology.** v. 11, n. 7, p. 271-278, 2007.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista Enfermagem**. v. 41, n. 2, p.229-36, 2007.

PERLMAN, A. L.; SHULZE, K. S. D. **Deglutition and its disorders: anatomy, physiology, clinical diagnosis, and management**. San Diego: Singular Publishing Group. 1997.

PERISSINOTO, E. et al. Anthropometric measurements in the elderly: age and gender differences. **British Journal Nutrition**. v. 87, n. 2, p.177–186, 2002.

PIRES, E. C. et al. Alimentos na consistência líquida e deglutição: uma revisão crítica da literatura. **Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiologia**. v. 17, n. 4, p.482-8, 2012.

PONTES, R. T. et al. Alterações da fonação e deglutição na Esclerose Lateral Amiotrófica: Revisão de Literatura. **Revista Neurociencia**. v. 18, n.1, p. 69-73, 2010.

PUCCA, G. A. J. Saúde bucal e reabilitação na terceira idade. **Odontologo Moderno**. v. 22, n. 4, p. 27-35, 1995.

PRADO, S. M. M. et al. Função mastigatória de indivíduos reabilitados com próteses totais mucoso suportadas. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada**. v. 6, n. 3, p. 259-325, 2006.

QUEIJAS, D. S. et al. Deglutição e qualidade de vida após laringectomia e faringolaringectomia total. **Brazilian Journal Otorhinolaryngology**. v. 75, n. 4, p. 556-620, 2009.

QUEIROZ, C. M. et al. Avaliação da condição periodontal no idoso. **Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço**. v. 37, n.3, p. 156-165, 2008.

QUINTALE, S.; PIMENTEL, A. T. Caracterização das mudanças anatomofisiológicas da mastigação, deglutição e dos hábitos alimentares no indivíduo idoso assintomático. **Fono Atual**. v. 5, n. 21, p.16-29, 2002.

RAMOS, R. L. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso. **Caderno Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 793-801, 2003.

RAYEMER, R. E. N.; SHEIHAM, A. Numbers of natural teeth, diet, and nutritional status in US adults. **Journal Dental Research**. v. 86, n. 12, p. 1171- 1176, 2007.

REGAN, J.; WALSH, M.; TOBIN, W. O. Immediate effects of thermal-tactile stimulation on timing of swallow in idiopathic Parkinson's disease. **Dysphagia**. v. 25, n. 3, p. 207-222, 2010.

RIBEIRO, E. G. Conduta fonoterapêutica no idoso disfágico. In: Costa M, Castro LP. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi. 2003, p. 87-102.

ROBINNS, T. A novel organpreservation protocol for advanced carcinoma of the larynx and pharynx. **Archives Otolaryngology Head Neck Surgery**. v. 122, n. 8, p. 853-860, 1996.

ROCAMORA, J. A. I. et al. A prevalence study of dysphagia and intervention with dietary counselling in nursing home from Seville. **Nutricion Hospitalaria**. v. 24, n. 4, p. 498-503 , 2009.

ROCHA, M. A. S.; LOPES, M. L.; LIMA, T. Caracterização dos distúrbios miofuncionais orofaciais de idosos institucionalizados. **Geriatría & Gerontología**. v. 4, n. 1, p. 21-27, 2010.

ROQUE, F. P.; BOMFIM, F. M. S.; CHIARI, B. M. Descrição da dinâmica da alimentação de idosos institucionalizados. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v. 15, n. 2, p. 256-319, 2010.

ROSA, M. A. F. **O circuito do medicamento nos lares de idosos**. Tese (Mestrado em Medicina).Covilhã. 2011.

ROZENFELD, M. A percepção do engasgo por idosos institucionalizados. **Estudo interdisciplinar envelhecimento**. v. 7, p. 69-85, 2005.

ROZENFELD, M.; FRIEDMAN, S. A percepção subjetiva do engasgo em pessoas idosos. RBCEH - **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. p. 47-56, 2005.

ROY, N. et al. Dysphagia in the Elderly: Preliminary Evidence of Prevalence, Risk Factors, and Socioemotional Effects. **Annals of Otolaryngology & Rhinology**. v. 116, n. 11, p. 858-865 , 2007.

RUMEAU, P.; VELLAS, B. Dysphagia, a geriatric point of view. **Revista Laryngology Otolaryngology Rhinology**. v. 124, n. 5, p. 331–333, 2003.

SAITOH, E. et al. Chewing and food consistency: effects on bolus transport and swallow initiation. **Dysphagia**. v. 22, p. 100-107, 2007.

SANCHES, E. P. et al. Estudo da Alimentação e Deglutição de Idosos com Doença de Alzheimer Leve e Moderada. **Distúrbios da Comunicação**. v. 15, n.1, p. 9-37, 2000.

SANCHO, P. O.; BOISSON, D. What are management practices for speech therapy in amyotrophic lateral sclerosis?. **Revista Neurology**. v. 162, n. 2, p. 273-277, 2006.

SANTAMATO, A. et al. Acoustic analysis of swallowing sounds: a new technique for assessing dysphagia. **Journal Rehabilitation Medicine**. v. 41, n. 8, p. 639-684, 2009.

SANTORO, P. P. **Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras.** 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a02v10n2.pdf>>. Acesso em: Agosto 2013.

SANTORO, P. Avaliação da eficácia de um programa fonoaudiológico para a reabilitação da disfagia para alimentos de consistência pastosa, em idosos. **Revista de Educação Física.** v.2 n.1 p.60-74, 2011.

SCHELP, A. O. et al. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em Hospital Público de Referência. **Arquivos Neuropsiquiatria.** v. 62, p. 503-509, 2004.

SIEBENS, H. et al. Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly. **Journal American Geriatric Society.** v. 34, n. 3, p. 192-200, 1986.

SILVA, S. R. C.; VALSECKI, J. A. Avaliação das condições da saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Revista Panamericana. Salud Publica.** v. 8, n. 4, p. 268-339, 2000.

SILVA, R. G. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores. **Tratado de fonoaudiologia.** São Paulo: Roca. 2004, p.354-369.

SILVA, M. M.; SILVA, V. H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. **Arquivos Médicos ABC.** v. 30, n. 1, p. 11-19, 2005.

SILVA, S. O. et al. Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de Passo Fundo – RS. **Revista Gaucha Odontologia.** v. 56, n.3, p. 303-308, 2008.

SIMOMURA, F. et al. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos hospitalizados.** Barueri, SP: Minha Editora. 2011.

SMITH RV et al. **Longterm swallowing problems after organ preservation therapy with concomitant radiation therapy and intravenous hydroxyurea.** In Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000; 126:384 p.9.

STEELE, C. M. et al. Mealtime difficulties in a home for the aged: not just dysphagia. **Dysphagia.** v. 12, n. 1, p. 43-50, 1997.

STEELE, C. M.; LIESHOUT, P. V. Tongue movements during water swallowing in healthy young and older adults. **Journal Speech Lang Hear Research.** v. 52, n. 5, p. 1255–1267, 2009.

SÓRIA, F. S.; FURKIM, A. M. Triagem para Grupo de Risco para Disfagia Orofaríngea na População Idosa – (GRDI). In: Reyes DP.; Chávez FS.; Chocano AD (Org.). **Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial, Disfagia y Voz.** Lima, mai, 2012. In print.

SUZUKI, H. S. **O entardecer da deglutição: um estudo sobre modificações nos hábitos da rotina alimentar x fisiologia da deglutição do idoso normal**. Pós-Graduação em Saúde e Educação São Paulo (SP): CEFAC, 1997.

SUZUKI, H. S. Modificações nos hábitos da rotina alimentar do indivíduo idoso normal. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. v. 2, n. 3, p. 43-47, 1998.

TANTON, M. Developing a screening tool and training package to identify dysphagia in all settings. **Nursing Time**. v. 106, n. 15, p. 18-20, 2010.

TANURE, C. M. C. et al. A deglutição no processo normal do envelhecimento. **Revista CEFAC**. v. 7, n.2, p. 171-177, 2005.

TATEMATSU, M. et al. Masticatory performance in 80- year- old individuals. **Gerontology**. v. 21, p.112-119, 2004.

TAVARES, T. E.; CARVALHO, C. M. R. G. Características de mastigação e deglutição na doença de Alzheimer. **Revista CEFAC**. v. 14, n.1, p. 122-137, 2012.

TIAGO, R. S. L.; PONTES, P. A. G.; BRASIL, O. O. C. Análise quantitativa das fibras mielínicas dos nervos laríngeos em humanos de acordo com a idade. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, Caderno de Debates**. v.71, n. 1, p. 45-52, 2008.

TOHARA, H. et al. Three tests for predicting aspiration without videofluorography. **Dysphagia**. v. 18, n. 2, p. 126-160, 2003.

TOMASINI, S. L. V.; ALVES, S. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. RBCEH - **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. v. 4, n. 1, p. 88-102, 2007.

TORAL, N.; GUBERT, M. B.; SCHMITZ, B. A. S. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. **Revista Nutrição**. v. 19, n.1, p. 29-37, 2006.

TORRES, G. V. et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação Psicológica**. v. 8, n. 3, p. 415-423, 2009.

TROCHE, M. S. et al. Respiratory swallowing coordination and swallowing safety in patients with Parkinson's disease. **Dysphagia**. v. 26, n. 3, p. 218-242, 2011.

VICTORIANO, R. G.; BEVILACQUA, J. A. Disfagia en el paciente neurológico. **Revista Hospital Clínica Universidade Chile**. v. 20, p. 252-314, 2009.

VIDIGAL, M. L. N.; RODRIGUES, K. A.; NASRI, F. Efeitos do envelhecimento sadio na deglutição. In: Hernandez M, Marchesan IQ. **Atuação fonoaudiológica em ambiente hospitalar**. São Paulo: Revinter. 2001, p.61-6.

WAITO, A. et al. Voice-quality abnormalities as a sign of dysphagia: validation against acoustic and videofluoroscopic. **Dysphagia**. v. 26, n. 2, p.125-159, 2011.

WALLS, A. W. G.; STEELE, J. G.; SHEIHAM, A.; MARCENES; MOYNIHAM. Oral Health and Nutrition in Older People. **Journal of Public Health Dentistry**. v. 60, p. 304-307, 2000.

WILKINSON, T.; PICCIOTTO, J. Swallowing problems in the normal ageing population. **South African Journal Communication Disorders**. v. 46, p. 55-64, 1999.

WHITAKER, M. E.; JÚNIOR, A. S. T.; GENARO, K. F. Proposta de protocolo de avaliação clínica da função mastigatória. **Revista CEFAC**. v. 11, n. 3, p. 311-334, 2009.

APÊNDICE A – CHECK LIST DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Avaliação Funcional da Alimentação

(Observação de uma refeição completa)

Identificação:

Sexo: M () F ()

Idade:

Refeição:

Consistências:

Utensílios:

Postura:

Alimenta-se sozinho?

SIM () NÃO ()

Sinal Clínico de Aspiração	Presente	Ausente
Tosse		
Dispneia		
Voz Molhada		

Sinal de Disfagia	Presente	Ausente
Lentidão da fase oral		
Escape extra-oral		
Refluxo Nasal		

APÊNDICE B – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

Florianópolis, de de 2013.

Venho através deste, solicitar a autorização para que a acadêmica Nathália Bunn Chaves possa aplicar a triagem e realizar a observação da alimentação nos horários das refeições dos idosos voluntários que frequentem o.....e que queiram colaborar com o projeto de pesquisa que estamos desenvolvendo sobre **“Relacionar os fatores de risco de disfagia com a avaliação funcional da alimentação em idosos institucionalizados”**

Sendo o que se apresenta, fico a disposição para maiores esclarecimento.

Atenciosamente,

Prof^a. Dra. Ana Maria Furkim

Docente do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Matrícula UFSC: 1813168

Responsável da Instituição

Cargo

Assinatura

ANEXO 1 – (GrDI) TRIAGEM PARA GRUPO DE RISCO PARA DISFAGIA OROFARINGEA NA POPULAÇÃO IDOSA – (GrDI)

Sória, FS & Furkim, AM

1. NOME: _____
2. SEXO: () FEMININO () MASCULINO
3. IDADE: _____
4. DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES:

5. DOENÇAS NEUROLÓGICAS ?
() SIM () NÃO
6. JÁ REALIZOU QUIMIOTERAPIA E/OU RADIOTERAPIA?
() SIM () NÃO
7. JÁ REALIZOU TRATAMENTO DE CABEÇA E/OU PESCOÇO?
() SIM () NÃO
8. TEM ALGUMA ALTERAÇÃO ESTRUTURAL DE CABEÇA E/OU PESCOÇO?
() SIM () NÃO
9. SENTE DIFICULDADE PARA ENGOLIR?
() SIM () NÃO
10. TEM CANSAÇO DURANTE AS REFEIÇÕES?
() SIM () NÃO
11. TOSSE DURANTE OU APÓS AS REFEIÇÕES?
() SIM () NÃO
12. APRESENTA VOZ MOLHADA APÓS A REFEIÇÃO?
() SIM () NÃO
13. TEM SENSACÃO DE COMIDA PARADA NA GARGANTA?
() SIM () NÃO
14. TEM DOR OU DESCONFORTO PARA ENGOLIR OS ALIMENTOS?
() SIM () NÃO
15. QUAL A CONSISTENCIA DE SUA PREFERÊNCIA?
() LÍQUIDO () NECTAR () MEL () PUDIM () SÓLIDO
16. APRESENTA XEROSTOMIA (boca seca)?
() SIM () NÃO
17. USA PRÓTESE DENTÁRIA?
() NÃO () SIM. SE FAZ USO DE PRÓTESE, QUAL TIPO?
() TOTAL SUPERIOR () TOTAL INFERIOR
() PARCIAL SUPERIOR () PARCIAL INFERIOR
HÁ QUANTO TEMPO FAZ USO DE PRÓTESE DENTÁRIA?

- A PROTESE ESTÁ ADAPTADA?
() SIM () NÃO
18. FAZ USO DE MEDICAMENTOS?
() NÃO () SIM - SE FAZ, QUAL O MEDICAMENTO E DOSAGEM?

Apresenta risco para disfagia? () sim () não

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ANÁLISES CLÍNICAS
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Paciente e/ou Responsável Legal

Estamos desenvolvendo a pesquisa “ESTUDO DA RELAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DA DISFAGIA COM A AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA ALIMENTAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS” com o objetivo de conhecer o perfil da alimentação dos idosos institucionalizados da grande Florianópolis e estabelecer os principais fatores de risco para a disfagia, relacionando-os com a avaliação funcional da alimentação. Para isso, convidamos você para participar da pesquisa respondendo aos questionários propostos e permitindo a observação dos horários de refeição dos idosos, onde serão coletadas somente informações pertinentes ao tema estudado. A entrevista ocorrerá em um dia, e terá aproximadamente meia hora de duração. Nenhum procedimento causará riscos ou desconforto grave a você, mas a entrevista será interrompida se o senhor (a) ficar cansado (a) ou indisposto (a).

Você tem liberdade para aceitar ou não participar deste estudo, bem como poderá cancelar a participação a qualquer momento durante a pesquisa, sem que haja qualquer prejuízo para você. Para participar, é necessário que você aceite esse termo por livre e espontânea vontade. Caso aceite participar, garantimos que todas as informações pessoais recebidas serão mantidas em sigilo e só serão utilizadas neste estudo.

Nesta pesquisa não haverá benefícios diretos para você. Trata-se de um estudo, da qual, estaremos testando a hipótese de que se os *achados do protocolo de triagem corroboram com os achados da avaliação funcional*, porém, somente no final do estudo poderemos confirmar a referida hipótese.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou desistir de fazer parte do mesmo, entre em contato com _____, pelo telefone (48) _____.

Eu, _____,

responsável por _____ fui esclarecido

sobre a pesquisa “ESTUDO DA RELAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DA DISFAGIA COM

A AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA ALIMENTAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS” e concordo que as informações que eu forneci sejam utilizadas na realização da mesma.

Florianópolis, ____ de _____ 20__.

Assinatura do Participante ou Responsável Legal - RG: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Elaborado com base na Resolução 196/96 do CNS.

Orientadora

Prof^ª. Dr. Ana Maria Furkim

Email: ana.furkim@gmail.com

Telefone: (48) 96006078

Orientanda

Nathália Bunn Chaves

Email: nathbunn@hotmail.com

Telefone: (48) 84626540