

Dissertação de Mestrado

SUELEN CAPELARI

**PREVALÊNCIA DE DISFAGIA E FATORES ASSOCIADOS
AVALIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE DOIS
MUNICÍPIOS DO SUL DO BRASIL**



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE**

SUELEN CAPELARI

**PREVALÊNCIA DE DISFAGIA E FATORES ASSOCIADOS
AVALIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE DOIS
MUNICÍPIOS DO SUL DO BRASIL**

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde
para obtenção do título de Mestre
em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Josiane
Budni

**CRICIÚMA
2017**

Ficha catalográfica



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão.

Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde

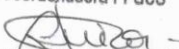
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)

Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria Nº 1.919 de 03.06.2005


ATA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – Nº 300

Com início às 08h30 (oito horas e trinta minutos) do dia dezoito do mês de dezembro de 2017 (dois mil e dezessete), realizou-se, no Mini Auditório do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), o seminário formal de apresentação dos resultados da dissertação de Mestrado de **Suelen Capelari**, sob a orientação da Prof.^a Dra. Josiane Budni, intitulada **"PREVALÊNCIA DE DISFAGIA E FATORES ASSOCIADOS AVALIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE DOIS MUNICÍPIOS DO SUL DO BRASIL"**. A dissertação foi examinada por uma banca examinadora constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. Emílio Luiz Streck (Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC) – Conceito final: Aprovada; Prof.^a Dra. Samira da Silva Valvassori (Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC) – Conceito final: Aprovada e Prof.^a Dra. Cristiane Damiani Tomasi (Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC) – Conceito final: Aprovada. Com o resultado final: **APROVADA**, a aluna finalizou seus estudos em nível de Mestrado, fazendo jus ao grau de MESTRA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Os trabalhos foram concluídos às 09h30 (nove horas e trinta minutos), dos quais eu, Diana Ghisi Daniel, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, lavrei a presente ata, que assino juntamente com a Prof.^a Dra. Maria Inês da Rosa, Coordenadora do Programa. Criciúma, 18 (dezoito) de dezembro de 2017 (dois mil e dezessete).

Prof.^a Dra. Maria Inês da Rosa
Coordenadora PPGCS


Prof.^a Dra. Maria Inês Rosa
Coordenadora do PPGCS

Diana Ghisi Daniel
Auxiliar Administrativo PPGCS


Diana Ghisi Daniel
Secretária

FOLHA INFORMATIVA

A dissertação foi elaborada seguindo o estilo Vancouver. Este trabalho foi realizado nas Casas de Repouso de Criciúma e Içara e foi desenvolvido nas instalações do Neurolab do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Dedico esta, bem como todas as minhas conquistas aos meus amados pais e ao meu querido irmão. Vocês são meu porto seguro, meu bem mais precioso, são por quem quero ser melhor a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelas oportunidades que me foram dadas, por me dar forças para superar os obstáculos que surgiram durante a realização deste trabalho e por estar ao meu lado todos os dias, iluminando minhas escolhas, mas principalmente pela família com a qual me presenteou.

Aos meus pais e irmão que com carinho e paciência entendem a distância e incentivam minha caminhada. Obrigada! Por vocês tenho amor maior do mundo!

Aos idosos participantes da pesquisa, grandes exemplos de vida!
Obrigada por nos deixar participar de suas histórias.

As alunas de iniciação científica pela ajuda na coleta de dados e claro a querida Ana Carolina pela disponibilidade, carinho e apoio. Gratidão meninas!

A minha sempre presente orientadora Josiane Budni, pela paciência, coleguismo, carinho e incentivo o que tornou possível a conclusão deste trabalho.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para esta grande conquista.
Sem vocês nada disso seria possível...

Obrigada!

*“Se você encontrar um caminho sem obstáculos, ele provavelmente não
leva a lugar nenhum.”*

Frank Clark

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural, dinâmico e progressivo que representa um aumento da fragilidade ocasionado pelas modificações fisiológicas, bioquímicas, morfológicas e psicológicas que culminam em uma perda gradativa da capacidade de adaptação ao ambiente e aumento de dependência. À medida que se envelhece, a capacidade de deglutir de forma segura passa por modificações fisiológicas e anatômicas que podem beneficiar o risco de uma deglutição descoordenada, gerando complicações como má nutrição e desidratação, além de ser um dos principais fatores causadores de pneumonias em idosos. Estas alterações anatômicas ou do processo fisiológico da deglutição se caracteriza como disfagia. Diante do crescente aumento na expectativa de vida da população mundial se faz necessário um olhar cuidadoso sobre a saúde do idoso, principalmente aqueles institucionalizados. Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar a prevalência da disfagia e fatores associados em idosos institucionalizados de dois municípios da região Sul de Santa Catarina. Trata-se de um estudo transversal em idosos institucionalizados de Criciúma e Içara com idade igual ou superior a 60 anos. As coletas de dados foram por meio de inquérito domiciliar (casas de repouso), e os idosos responderam a um protocolo de entrevista clínico. Os resultados mostram uma população de 98 idosos com idade média de 76,9 anos, acometidos principalmente por doenças cardiovasculares. Verificou-se que 65,3% do idosos apresentam sintomas depressivos, 19,4 % sintomas ansiosos, 51% apresentam dependência moderada para atividade básicas de vida diária e 65,3 % apresentaram alteração no Mini exame do estado mental (MEEM), ou seja, comprometimento cognitivo. A disfagia teve prevalência de 69,4 %. Neste estudo, a mesma foi associada com a prática de atividade física, denteição, idade, história familiar de câncer e estado civil. Os dados deste estudo contribuem possivelmente para a construção de políticas visando uma melhor qualidade de vida dos idosos institucionalizados, uma vez que mostra a realidade dos mesmos. Estudos com idosos são primordiais para o entendimento das morbidades que ocorrem nessa fase da vida, afim de proporcionar maior longevidade com qualidade à população que está envelhecendo em todo o mundo.

Palavras-Chave: Disfagia; Envelhecimento; Depressão; Ansiedade; Declínio Cognitivo; Idosos Institucionalizados.

ABSTRACT

Aging is a natural, dynamic and progressive process that represents an increase in the fragility caused by the physiological, biochemical, morphological and psychological changes that culminate in a gradual loss of the capacity to adapt to the environment and increased dependence. Over the age, the ability to swallow safely undergoes physiological and anatomical changes that may benefit the risk of uncoordinated swallowing, generating complications such as malnutrition and dehydration, as well as being one of the main causative factors of pneumonia in the elderly. These anatomical changes or the physiological process of swallowing are characterized as dysphagia. In view of the growing increase in the life expectancy of the world population, a careful look at the health of the elderly is necessary, especially those institutionalized. Therefore, the aim of the study was to evaluate the prevalence of dysphagia and associated factors in institutionalized elderly from two municipalities in the southern region of Santa Catarina. It is a cross-sectional study in institutionalized elderly people from Criciúma and Içara aged 60 years or older. Data were collected through a home survey (rest homes), and the elderly responded to a clinical interview protocol. The results show a population of 98 elderly people with a mean age of 76.9 years, mainly affected by cardiovascular diseases. It was found that 65.3% of the elderly had depressive symptoms, 19.4% had anxious symptoms, 51% had moderate dependence for basic daily life activities and 65.3% presented alterations in the Mini Mental State Examination (MMSE), or cognitive impairment. Dysphagia had a prevalence of 69.4%. In this study, it was associated with the practice of physical activity, dentition, age, family history of cancer and marital status. The data of this study contribute possibly to the construction of policies aimed at a better quality of life of the institutionalized elderly, since it shows the reality of the same ones. Studies with the elderly are primordial for the understanding of the morbidities that occur in this phase of life, in order to provide greater longevity with quality to the aging population around the world.

Key words: Dysphagia; Aging; Depression; Anxiety; Cognitive Decline; Institutionalized Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma do estudo	45
---------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra dos idosos institucionalizados	46
Tabela 2 - Caracterização clínica dos idosos institucionalizados.....	47
Tabela 3 - Avaliação da deglutição dos idosos institucionalizados.....	48
Tabela 4 - Associações com disfagia	50
Tabela 5 - Análise de Regressão de Poisson multivariada para avaliar fatores independentemente associados com disfagia	53

LISTA DE SIGLAS

- ABVDs:** Atividades Básicas de Vida Diária
- AIVDs:** Atividades Instrumentais de Vida Diária
- ASED:** Avaliação Segura da Deglutição
- CESD:** do inglês *Center for Epidemiologic Studies Depression*
- DSM:** do inglês *American Psychiatric Association - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*
- FOIS:** do inglês *Functional Oral intake Scale*
- ILPI:** Instituição de Longa Permanência para Idosos
- MEEM:** Miniexme do Estado Mental
- MI:** Mililitro
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- OR:** Odds Ratio
- PNAD:** Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
- SNE:** Sonda Nanoenteral
- SPSS:** do inglês *Statistical Package for the Social Sciences*
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- UNESC:** Universidade do Extremo Sul Catarinense
- VO:** Via Oral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
1.1 ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO.....	29
1.2 O ENVELHECIMENTO NA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA	32
2 OBJETIVOS.....	37
2.1 OBJETIVO GERAL	37
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
3.2 TIPO DE ESTUDO.....	38
3.3 LOCAL DO ESTUDO	38
3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO	38
3.5 DESFECHOS E FATORES EM ESTUDO	39
3.6 TAMANHO AMOSTRAL	39
3.7 COLETA DE DADOS	39
3.7.1 Instrumentos de avaliação.....	40
3.7.2 Critérios diagnósticos.....	43
3.8 ANÁLISE DOS DADOS	43
5 DISCUSSÃO	54
6 CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES.....	74
ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

1.1 ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO

A deglutição é um fenômeno dinâmico que conduz o alimento da cavidade oral até o estômago, não permitindo entrada de material nas vias aéreas (Yamada; et al, 2004). Além de sua importância na nutrição, a deglutição está relacionada com aspectos culturais e sociais. Em cultura atual, comer é um ato prazeroso e social. Assim, alterações na deglutição podem causar déficits nutricionais e prejudicar a socialização do indivíduo (Marcolino, 2009).

A deglutição pode ser dividida em três fases de acordo com a região em que o fenômeno se desenvolve: oral, faríngea e esofágica (Yamada et al., 2004; Cintra et al., 2005), para estas, estão envolvidas diversas estruturas orofaciais, mole e duras. As estruturas duras são os ossos: hióide, esfenóide, maxilar, mandíbular e vértebras cervicais. Os tecidos moles são compostos por músculos e outros tecidos, a orofaringe, músculos constritores faríngeos, palato mole, bochechas, língua (musculo genioglosso, hioglosso e estiloglosso), epiglote, esôfago, cartilagens cricóide e tireóide, e os músculos do pescoço (Marchesan, 1999). Dentre os nervos que inervam tais estruturas envolvem, o trigêmeo (V par craniado, nervo motor e sensitivo), Facial (VII par craniano, nervo motor e sensitivo), Glossofaríngeo (IX par craniano, nervo motor e sensitivo), Vago (X par craniano, nervo motor e sensitivo), Hioglosso (XII par craniano, nervo motor) e espinhal - Cervical (nervo motor) (Marchesan, 1999).

A faringe se estende desde a base do crânio até a o nível da sexta vértebra cervical, medindo cerca de 12 cm, e é dividida em três áreas anatômicas: a nasofaringe, orofaringe e a hipofaringe. É constituída de três músculos, estes, envolvidos no ato da deglutição: constritores da faringe superior, médio e inferior (Marchesan, 1999). A laringe é constituída de cartilagens, músculos e ligamentos. As cartilagens, tireóide, cricóide, aritenóide, cuneiforme, corniculada e epiglote. Os músculos intrínsecos da laringe delimitam os movimentos de abertura e fechamento das pregas vocais durante a respiração, a fonação e deglutição (Marchesan, 1999).

A laringe tem como função primária a respiração, mas desenvolveu a fonação como função secundária, além de participar no mecanismo de proteção das vias aéreas inferiores durante o processo de deglutição. Sabe-se que as pregas vocais verdadeiras além da fonação, são as

estruturas mais eficazes de proteção contra a aspiração (Marchesan, 1999; Cintra et al., 2005). O esôfago é um tubo muscular envolto com uma mucosa que propulsiona o alimento da hipofaringe ao estômago. O músculo cricofaríngeo ou esfíncter esofágico superior formam a junção entre a hipofaringe e o esôfago. O esfíncter gastroesofágico ou esfíncter esofágico inferior forma a junção entre o esôfago e o estômago. Estes dois esfíncteres conservam o esôfago vazio entre as deglutições (Pinheiro et al., 1993; Marchesan, 1999). A faringe e o esôfago proximal são as únicas regiões do corpo humano onde a musculatura estriada não está sob o controle neurológico voluntário. Ambas as fibras, simpática e parassimpáticas, inervam o esôfago (Pinheiro et al., 1993; Marchesan, 1999)

Para o bom funcionamento do processo da deglutição se faz necessário integridade e coordenação deste complexo grupo de estruturas interdependentes citadas acima (Marcolino, 2009; Etges et al., 2014).

A fase oral é dita voluntária e pode ser subdividida nos estágios de preparo, qualificação, organização e ejeção. O preparo se caracteriza por ser voluntário e se estender desde a escolha do alimento e do instrumento para a oferta até o tempo em que o alimento é triturado e misturado à saliva pela mastigação. A qualificação se dá em associação com o estágio de preparo, é caracterizada pela percepção do bolo, volume, consistência, densidade, grau de umidificação entre outras características. No estágio de organização, o bolo é posicionado sobre o dorso da língua e projetado para trás, através de movimentos ondulatórios da língua. Já a fase faríngea, é involuntária, inicia pelo disparo da deglutição e é seguida da elevação e anteriorização da laringe e da abertura do esfíncter esofágico superior para a passagem do bolo. Durante a fase faríngea, o escape nasal é impedido pelo fechamento do esfíncter velofaríngeo que é a adaptação do palato mole contra a parede posterior da faringe, evitando, a dissipação da pressão e a regurgitação nasal do alimento. De forma simultânea, inicia-se a sequência da contração da musculatura constritora da faringe em sentido crânio-caudal. Por fim, a fase esofágica (involuntária), é a fase em que o bolo é levado por movimentos peristálticos até o estômago. (Yamada et al., 2004; Cintra et al., 2005).

Porém, podem ocorrer alterações no processo fisiológico ou alterações anatômicas, o que pode ocasionar alguns sintomas que irão se caracterizar como disfagia (Yamada et al., 2004; Pires et al., 2012). Alterações em qualquer fase da deglutição, que trazem dificuldade para

a passagem do bolo alimentar da cavidade oral até o estômago, induzem graves consequências que podem levar à desnutrição e até à morte, por comprometer a integridade das vias aéreas (Yamada et al., 2004; Marcolino, 2009; Pires et al., 2012). A disfagia, além de danos metabólicos, pode influenciar no estado emocional do paciente, causar estresse, depressão e isolamento social (Marcolino, 2009; Furkim et al., 2010).

No idoso ocorrem adaptações no mecanismo de deglutição pelas modificações de tônus muscular e perda dentária principalmente, tais adaptações são características próprias do processo do envelhecimento, onde ocorre uma série de mudanças morfofisiológicas, destas estruturas, e de processos em que envolvem as mesmas (Lima et al., 2009). À medida que se envelhece, a capacidade de deglutir de forma segura passa por modificações fisiológicas e anatômicas que podem beneficiar o risco de uma deglutição descoordenada, o que pode gerar complicações como má nutrição e desidratação, além de ser um dos principais fatores causadores de pneumonias em idosos (Furkim et al., 2010; Magalhaes Junior et al., 2014). Consequentemente, estas alterações podem contribuir para o aumento dos índices de morbidade. Uma das justificativas para essas alterações é a ocorrência da diminuição do controle do sistema neuromuscular, podendo resultar no prejuízo de qualquer uma das fases da deglutição (Furkim et al., 2010; Magalhaes Junior et al., 2014).

Designa-se presbifagia a adaptação no ato de deglutir do idoso saudável, caracterizada pela condução do bolo alimentar, da boca até o estômago, que acontece no envelhecimento (Cassol et al., 2012; Oliveira et al., 2014). A presbifagia faz parte do envelhecimento natural e fisiológico do mecanismo de deglutição. Contudo, a deglutição alterada, corresponde à disfagia, que se refere à dificuldade em coordenar os movimentos da mastigação/respiração /deglutição. Esta tem como causa, questões de cunho mecânico, neurológico ou psicogênico (Lima et al., 2009; Cassol et al., 2012).

A maioria dos idosos com disfagia (cerca de 70%) recebem dieta com textura modificada, por exemplo, em pacientes com disfagia para líquidos, recomenda-se produtos artificiais como espessantes alimentares sem sabor, ou via alimentar alternativa como a sonda nasoenteral (SNE) (Vaca et al., 2015; Abe et al., 2016; Luis et al., 2015). Doenças neurodegenerativas produzem alterações no nível de consciência ou no mecanismo de deglutição o que muitas vezes obriga

um suporte nutricional especializada, tanto no hospitalar e em domicílio (Vaca et al., 2015).

O estado de saúde dos idosos sofre impacto a partir dos seus hábitos alimentares. A desnutrição é um problema que atinge de 20 a 80% dos idosos em instituições de longa permanência. Além do problema em si, há uma bola de neve que degrada ainda mais a saúde do institucionalizado, pois, a desnutrição está associada ao rebaixamento da autonomia, às pneumonias de repetição, às internações recorrentes e aos transtornos mentais, que tornam gradativamente os idosos mais dependentes (Camargos et al., 2015).

Sabe-se que a disfagia, diagnóstico comum entre pessoas idosas, pode resultar em desnutrição e aumentar o risco de pneumonia o que é uma causa comum de mortalidade em pacientes com demência e outros distúrbios cognitivos (Yang et al., 2013; Nimmons et al., 2016). Disfagia piora consideravelmente estado nutricional do idoso o que é particularmente relevante para as consequências físicas, funcionais, sociais e econômicas, assim, a desnutrição está associada com maior risco de mortalidade, taxas mais elevadas de infecção, um aumento do número de quedas e fraturas, permanência hospitalar, má qualidade de vida, ansiedade e depressão (Alvarez et al., 2015; Vaca et al., 2015; Abe et al., 2016; Ayres et al., 2016).

1.2 O ENVELHECIMENTO NA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo natural, dinâmico e progressivo que representa um aumento da fragilidade ocasionado pelas modificações fisiológicas, bioquímicas, morfológicas e psicológicas que induzem perda gradativa da capacidade de adaptação ao ambiente e aumento de dependência (Albino et al., 2012; Marinho et al., 2013; Trindade et al., 2013).

Cerca de 50% dos idosos apresentam algum grau de dependência, como a compra e o preparo dos alimentos, uso de medicamentos, transportes, limpeza da casa e o controle das finanças (Oliveira e Menezes, 2011). A dependência funcional está intimamente relacionada com aspectos de saúde, como aumento de doenças crônicas, declínios cognitivos e níveis de estresse (Melo et al., 2013). O estudo da prevalência de doenças associadas ao processo de envelhecimento é de grande importância sob o ponto de vista cognitivo e funcional, com o objetivo de prevenir e/ou minimizar os efeitos degenerativos próprios do

envelhecimento, proporcionando maior qualidade de vida para o idoso (Santos et al., 2011).

O envelhecimento representa uma etapa do desenvolvimento do indivíduo onde há perdas na função normal do organismo. Portanto, déficits físicos, cognitivos e comportamentais que são provenientes de alterações biológicas em células e tecidos, aumentam, desta forma, o risco de desenvolvimento de doenças associadas ao envelhecimento, como por exemplo, a demência (Santos et al., 2009; Trindade et al., 2013). Com o envelhecimento, no cérebro ocorrem mudanças de várias esferas neurobiológicas e neurofisiológicas, como sinapses diminuídas, lentidão do fluxo axoplasmático, decréscimo na plasticidade, assim como mudanças neuroquímicas e estruturais (Santos et al., 2009). O declínio da capacidade cognitiva provém de processos fisiológicos normais do envelhecimento ou na transição para as demências, quadro em que a disfunção cognitiva é muito acentuada (Trindade et al., 2013).

A demência é caracterizada como “uma síndrome crônica cujas características principais são representadas pelo declínio da memória, declínio intelectual e de outras funções” (Machado et al., 2011). Assim, é vista como uma das mais importantes causas de morbimortalidade entre os idosos (Baerresen et al., 2015). Conforme a população envelhece, há um aumento na prevalência de déficits cognitivos, o que compõe um importante fator de risco para a saúde pública mental. Estas alterações cognitivas podem sofrer influências de fatores como prática de atividade física, idade, escolaridade e renda (Domiciano et al., 2016).

Além disso, em idosos, alguns fatores como prejuízos no ambiente sócio econômico também deixam o indivíduo susceptível ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, além das demências (Almeida, 2012; Crowley, 2011). Dentre estes transtornos, destaca-se a depressão, que compromete a qualidade de vida do idoso de forma direta. A depressão maior é um transtorno mental que ocupa a quarta posição da lista mundial de incapacidade e é esperado que se torne o segundo transtorno mais frequente até 2030 (Forlenza e Almeida, 1997; Gold et al., 2015; Vaváková et al., 2015). Os atuais critérios de diagnóstico do DSM-V-TR incluem humor deprimido e/ou anedonia por pelo menos quinze dias, além de sintomas adicionais como preocupação excessiva, sentimento de culpa, pensamento suicida, alterações psicomotoras e de sono, aumento ou diminuição do peso corporal, modificação do apetite e alterações cognitivas (APA, 2010).

Considerando que a depressão apresenta alterações biológicas semelhantes ao processo do envelhecimento e a de doenças

neurodegenerativas, ser frequentemente associada à doença cardiovascular, às demências no geral e à demência do tipo doença de Alzheimer, faz com que os mecanismos fisiopatológicos associados aos transtornos de humor continuem sendo um desafio para a sociedade científica. Isso contribui para a dificuldade de tratamento adequado destes indivíduos (Leonard, 2007; Wolkowitz et al., 2011; Maes et al., 2009).

Diante do crescente aumento na expectativa de vida da população mundial, se faz necessário um olhar cuidadoso sobre a saúde do idoso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento, se considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, e nos países desenvolvidos, o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (Carvalho, 2014).

A faixa etária de 60 anos ou mais, na maioria dos países em desenvolvimento, está tendo um aumento crescente nos últimos anos. A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2011 demonstra que o Brasil possui cerca de 23,5 milhões de habitantes acima dos 60 anos. As estimativas indicam que em 2025, existirão cerca de 1,2 bilhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Isso representará um quinto da população mundial, e fará com que o Brasil seja a 6ª nação com o maior número de idosos do mundo, com perspectivas superiores a 30 milhões de pessoas (Melo et al., 2013; Silva et al., 2013; Carvalho 2014; Melo et al., 2016). O que explica essa crescente são medidas tomadas pelo governo federal que visam a melhoria da qualidade de vida do idoso, e também a ampliação da expectativa de vida dos brasileiros, que pulará de 75 anos em 2013 para 81 anos em 2060 (Melo et al., 2016).

A longevidade carrega consigo grandes preocupações, uma vez que esta pode ser acompanhada por uma série de dificuldades que podem interferir negativamente na qualidade de vida dessa população (Melo et al., 2013). A dependência pode ser um fator interferente, já que a mesma pode ser considerada uma condição vivida por pessoas que, por perda ou falta de autonomia física, psíquica e/ou social, necessitam de auxílio na realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Tal condição se torna um problema de saúde e interfere tanto na qualidade de vida do idoso como na de seu cuidador (Marinho et al., 2013; Melo et al., 2013).

O crescimento da população idosa não ocorre de forma homogênea. Nos países desenvolvidos esse processo acontece de forma mais lenta e gradual, porém nos países em desenvolvimento, se dá de maneira rápida

e, na maioria dos casos, a sociedade não se vê preparada para vivenciá-lo (Oliveira et al., 2010; Salcher et al., 2015; Melo et al., 2016). Nessa circunstância de transformações sociais, nem sempre a família dispõe de um cuidador quando um dos seus membros idosos requer apoio e/ou auxílio integral ou não apresenta conhecimentos suficiente para o cuidado de dependência muito elevado. Assim, a institucionalização é principal alternativa para os idosos que necessitam de cuidados de longa duração (Camargos et al., 2015; Salcher et al., 2015).

No Brasil, há escassos programas de saúde ou sociais que visam a promoção da independência do idoso, bem como a manutenção deste em seu domicílio, o que em muitos casos, leva à internação em instituições de longa permanência de forma precoce (Camarano e Kanso, 2010). As instituições de longa permanência para idosos têm caráter residencial, na forma de domicílio coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (Marinho et al., 2013, Salcher et al., 2015). Estas instituições podem ou não, estar vinculadas à iniciativa governamental. As mesmas abrigam residentes com características de saúde distintas, portadores ou não de problemas de saúde em condição crônica e incapacitante e, nesta condição, o cuidado deve seguir a perspectiva geronto-geriátrica (Pinto e Simson, 2012).

No Brasil, o número de instituições de longa permanência para idosos começou a crescer a partir das últimas décadas do século XX e, ao mesmo tempo, foi sendo criada uma estrutura legal para regulamentar tais atividades. Esse crescimento ocorreu como resposta às demandas da sociedade onde aumentou a expectativa de vida e diminuiu a disponibilidade de recursos familiares para o cuidado dos idosos (Pinto e Simson, 2012). Muitos familiares procuram as instituições de longa permanência para idosos pela certeza de estarem proporcionando um local onde seus entes estejam sob cuidados de profissionais capacitados, garantindo sua segurança e saúde. Porém, uma da realidade observada em muitos lugares é a falta de qualificação dos recursos humanos (Furkim et al., 2010).

Isso acarreta uma série de problemas aos idosos, tornando estes locais institucionalizados inadequados a estes pacientes, uma vez que estes idosos apresentam menor desempenho cognitivo em relação a idosos que vivem inseridos na sociedade (Trindade, 2013). Além disso, um estudo conduzido por Jerez-Roig et al. (2016) indicou que cerca de 50% dos idosos institucionalizados apresentam sintomas depressivos. Outros graves problemas encontrados nestes indivíduos institucionalizados são

os sinais para desenvolvimento da disfagia e broncoaspiração, os quais podem colocar em risco a saúde dos residentes. Isso é de grande importância quando se sabe que grande parte dos episódios de broncoaspiração nos idosos é silenciosa, ou seja, sem sinais clínicos evidentes, como a tosse, o que torna mais difícil a percepção do quadro (Furkim et al., 2010). Portanto, a preocupação deve ser constante com a nutrição e hidratação na população asilar, pois a diminuição de ingestão alimentar nas instituições de longa permanência para idosos é observada com frequência e tem como um dos principais fatores etiológicos aos distúrbios da deglutição associados a diferentes comorbidades (Furkim et al., 2010; Camargos et al., 2015).

Assim, considerando o cenário nacional que se dirige para uma quantidade cada vez maior de pessoas idosas na população, e que esses idosos podem, em sua maioria, apresentar múltiplas doenças crônicas e que estas podem causar certo grau de dependência, este século será caracterizado por novas necessidades de cuidado e preocupação com o bem estar desta população idosa (Pavarini et al., 2005; Marinho et al., 2013). É de grande importância entender que o processo de envelhecimento pode trazer graves problemas de saúde e prejuízos sociais (Dias Junior e Veras, 2006; Cassol et al., 2012; Trindade et al., 2013).

Sendo assim, levando em consideração o aumento acelerado da população idosa e os poucos estudos sobre a relação entre envelhecimento, depressão, déficit cognitivo e disfagia dos idosos, se faz necessário pesquisar o envelhecimento. Este tipo estudo é de extrema importância, no intuito de contribuir à crescente demanda por procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação nesta população e por ser fundamental que os profissionais e cuidadores de saúde estejam capacitados para diagnosticar e monitorar a evolução dos sintomas de tais pacientes, e com isso proporcionar maior longevidade com qualidade à população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de disfagia e fatores associados em idosos institucionalizados de duas instituições de longa permanência para idosos de dois municípios do Sul de Santa Catarina, Criciúma e Içara.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Verificar associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a disfagia;
- Associar a presença de sintomas depressivos com a disfagia;
- Avaliar a associação da disfunção cognitiva com a disfagia;
- Averiguar se há associação entre o IMC e a disfagia.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por seguir os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Normas e Diretrizes de Pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012), o presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense sob protocolo 1.955.092 (UNESC) (Anexo I). Este projeto faz parte de um macro-projeto “Avaliação Física e da Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados da Região Sul de Santa Catarina”.

Todos os idosos que participaram do estudo, depois de cientes sobre seu objetivo e procedimento, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I).

3.2 TIPO DE ESTUDO

O presente projeto trata de um estudo populacional transversal que inclui todos os idosos institucionalizados de seis instituições de longa permanência dos municípios de Criciúma e Içara/ Santa Catarina, Brasil.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida em Instituições de Longa Permanência de dois municípios da região Sul Catarinense.

3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou maior de 60 anos.

Teve como critérios de exclusão diagnóstico neurológico compatível com síndromes ou má formações e/ou diagnóstico psiquiátrico, perda visual e/ou auditiva sem uso de dispositivo de compensação, que comprometam seus desempenhos nas avaliações do estudo, também hospitalizados no momento da pesquisa. Assim, foram inclusos neste estudo todos os idosos acima de 60 anos, institucionalizados, com nível cognitivo que permitia que os participantes assinassem e aceitassem participar da pesquisa.

Os idosos que não se enquadraram nos critérios de exclusão e aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 DESFECHOS E FATORES EM ESTUDO

O desfecho do estudo foi a presença de disfagia. Os fatores em estudo foram declínio cognitivo, transtorno de humor (depressão), variáveis sociodemográficas, atividades de vida diária e outras comorbidades.

3.6 TAMANHO AMOSTRAL

A seleção dos participantes foi do tipo censitário, no qual todos os indivíduos moradores das instituições de longa permanência foram recrutados a partir da abordagem da pesquisadora.

Os idosos que não se enquadraram nos critérios de exclusão e aceitaram a participar do estudo responderam ao questionário sociodemográfico e de saúde (Apêndice II) elaborado pela pesquisadora, e aos instrumentos que avaliaram a função cognitiva, a saúde mental (depressão), além disso, passaram pela avaliação clínica da deglutição.

A amostra foi composta por um total de 98 pacientes, sendo convidados a participar todos os 200 idosos, considerando uma perda de 50% distribuídos nas 6 Instituições participantes da pesquisa.

3.7 COLETA DE DADOS

O processo de coleta de dados ocorreu de uma vez e também por meio da abordagem da pesquisadora.

Foi realizado uma reunião com os diretores das Instituições de Longa permanência para idosos a fim de esclarecer sobre o desenvolvimento e o objetivo do projeto. Neste momento foi solicitada a assinatura na Carta de Aceite, que visa à autorização para a realização da pesquisa por parte da instituição.

Na abordagem aos idosos foram esclarecidos os objetivos do estudo e a partir do interesse em participar da pesquisa foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que o pesquisado ou seu responsável legal assinasse-o.

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação dos instrumentos de pesquisa (questionários e testes).

3.7.1 Instrumentos de avaliação

Para avaliar os idosos os seguintes instrumentos foram aplicados:

-Avaliação de Segurança da Deglutição – ASED (Furkim et al., 2014): (Anexo II) é um instrumento que visa caracterizar e avaliar os aspectos gerais de respiração, fala, voz e dos órgãos orofaciais e cervicais, diagnóstico, sinais vitais, alerta, sonda de alimentação, estado de orientação; habilidade de compreender ordens simples, saturação de oxigênio, padrão respiratório, dependência de oxigênio, inteligibilidade de fala, coordenação pneumofonoarticulatória, disfonia, motricidade orofacial, dentição, qualidade da tosse, elevação laríngea e presença de sialorreia ou xerostomia.

Constituído por duas partes: Avaliação estrutural citada a cima e avaliação funcional da deglutição das consistências: líquido, néctar, mel, pudim e sólido, classificação do grau de disfagia e condutas. Tem como objetivo a detecção inicial do risco para disfagia o que permite ao examinador identificar e interpretar as possíveis alterações na dinâmica da deglutição, caracterizar os sinais clínicos sugestivos para disfagia, definir pontualmente a gravidade desta e tomar as devidas condutas. Para a análise estatística, foram considerados os resultados de passa/falha no teste e a gravidade do risco para disfagia que é proposta pelo protocolo em sete níveis de classificação:

Segundo o Functional Oral Intake Scale – FOIS (Crary et al., 2005)

Nível 1: Nada por via oral

Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido

Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente VO de alimento ou líquido

Nível 4: Via oral total de uma única consistência

Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações

Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares

Nível 7: Via ora total sem restrições

Segundo ONeil et al., (1999) - Dysphagia outcome and severity scale. Full per-oral nutrition (P.O):

Nível I: Deglutição normal - Normal para ambas as consistências e em todos os itens avaliados. Nenhuma estratégia ou tempo extra é necessário. A alimentação via oral completa é recomendada.

Nível II: Deglutição funcional - Pode estar anormal ou alterada, mas não resulta em aspiração ou redução da eficiência da deglutição, sendo possível manter adequada nutrição e hidratação por via oral. Assim, são esperadas compensações espontâneas de dificuldades leves, em pelo menos uma consistência, com ausência de sinais de risco de aspiração. A alimentação via oral completa é recomendada, mas pode ser necessário despende tempo adicional para esta tarefa.

Nível III: Disfagia orofaríngea leve - Distúrbio de deglutição presente, com necessidade de orientações específicas dadas pelo fonoaudiólogo durante a deglutição. Necessidade de pequenas modificações na dieta; tosse e/ou pigarro espontâneos e eficazes; leves alterações orais com compensações adequadas.

Nível IV: Disfagia orofaríngea leve a moderada - Existência de risco de aspiração, porém reduzido com o uso de manobras e técnicas terapêuticas. Necessidade de supervisão esporádica para realização de precauções terapêuticas; sinais de aspiração e restrição de uma consistência; tosse reflexa fraca e voluntária forte. O tempo para a alimentação é significativamente aumentado e a suplementação nutricional é indicada.

Nível V: Disfagia orofaríngea moderada - Existência de risco significativo de aspiração. Alimentação oral suplementada por via alternativa, sinais de aspiração para duas consistências. O paciente pode se alimentar de algumas consistências, utilizando técnicas específicas para minimizar o potencial de aspiração e/ou facilitar a deglutição, com necessidade de supervisão. Tosse reflexa fraca ou ausente.

Nível VI: Disfagia orofaríngea moderada a grave - Tolerância de apenas uma consistência, com máxima assistência para utilização de estratégias, sinais de aspiração com necessidade de múltiplas solicitações de clareamento, aspiração de duas ou mais consistências, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca e ineficaz. Se o estado pulmonar do paciente estiver comprometido, é necessário suspender a alimentação por via oral.

Nível VII: Disfagia orofaríngea grave - Impossibilidade de alimentação via oral. Engasgo com dificuldade de recuperação; presença de cianose ou broncoespasmos; aspiração silente para duas ou mais consistências; tosse voluntária ineficaz; inabilidade de iniciar deglutição.

Para a aplicação do protocolo foram necessários: estetoscópio, equipamento de oximetria de pulso, 15 ml de cada consistência testada, líquido, néctar, mel e pudim, um biscoito de água e sal, seringa de 20 ml e uma colher de sobremesa descartável e quatro copos descartáveis por sujeito avaliado.

O protocolo teve início com o teste da água, realizado por meio da oferta no gole livre no copo e gradativa de 5 e 10 ml de água na colher. Em seguida, foi realizado o teste de deglutição das demais consistências, néctar, mel e pudim por meio da oferta gradativa de 5 e 10 ml na colher descartável tamanho sobremesa para cada consistência. Por último foi avaliado a deglutição da consistência sólida na forma de auto-oferta¹. O paciente é orientado a capturar o alimento do copo/colher e degluti-lo. O procedimento é repetido três vezes para cada graduação, observando-se a uniformidade do desempenho.

-Questionário sociodemográfico, econômico e de saúde²: instrumento elaborado pelo pesquisador, com o objetivo de coletar informações acerca das condições sociais, demográficas, econômicas e de saúde dos idosos entrevistados. O questionário possui variáveis específicas para cada área investigada (Apêndice II).

-Miniexame do Estado Mental (MEEM): foi elaborado por Fosltein, Fosltein e Mchughc (1975) e tem como objetivo substituir testes de inteligência longos. É considerado “mini”, segundo os autores, pois possui apenas sete questões que são respondidas em um intervalo de tempo de 5 a 10, avalia diversos domínios como orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho minutos e é utilizado amplamente, principalmente em pesquisas, pois permite avaliar da função cognitiva e o rastreamento de estágios demenciais, por isso deve ser utilizado considerando-se os pontos de corte 18-19 e 24-25, segundo a ausência ou presença de instrução escolar formal prévia (Lourenço e Veras, 2006). (Anexo III).

¹ Quando sujeito com dificuldade motora, a oferta será realizada pela pesquisadora.

² O questionário aplicado foi elaborado pelos pesquisadores da Unidade de Neurodegeneração do laboratório de Neurociências - UNESC

-Avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs): ABVDs foi modificada de Katz et al. (1970) e avalia o estado de saúde e o desempenho social, sua pontuação pode variar de 20 a 140 pontos; AIVDs (Lawton et al., 1969): permite a avaliação da capacidade funcional propriamente dita e sua pontuação pode variar de 5 a 35 pontos. Quando a soma dos pontos das duas categorias alcançarem escore mínimo de 25 e máximo de 175 pontos, permitirá caracterizar a capacidade de dependência até a independência completa (Anexo IV).

-Escala de depressão (CES-D): elaborado pelo National Institute of Mental Health possuindo uma acurácia satisfatória para medir o rastreamento de indivíduos com humor depressivo em serviços de saúde primário (Silveira e Jorge, 1998).

Constituída de 20 itens, classificados em uma escala de frequência (0=raramente a 3= a maior parte ou o tempo todo), o escore vai de 0 a 60 e o ponto de corte de 16 ou a cima é utilizado para identificar indivíduos mais propensos a desenvolver depressão. (Radloff, 1977) (Anexo V).

-Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7): escala que avalia, monitora e diagnóstica ansiedade. Esta escala é composta de 7 itens dispostos em uma escala de quatro pontos: 0=nenhuma vez a 3=quase todos os dias. A pontuação varia de 0 a 21, e para caracterizar a presença de sintomas de ansiedade deverá apresentar valor igual ou maior que 10 (Spitzer et al., 2006) (Anexo VI).

3.7.2 Critérios diagnósticos

Após a avaliação dos idosos, foram realizadas reuniões de concordância para a definição de possíveis diagnósticos de depressão e ansiedade segundo os critérios diagnósticos do DSM-5. O diagnóstico de disfagia foi realizado pela fonoaudióloga pesquisadora.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada, primeiramente, análise descritiva de todas as variáveis, relatando a média e o desvio ou mediana e amplitude interquartilica padrão das variáveis quantitativas, a frequência e a porcentagem das variáveis qualitativas. Também foi realizada uma Regressão Logística, com análise multivariada para verificar a associação entre os desfechos e

variáveis independentes. A medida de associação utilizada foi o Odds Ratio (OR), com intervalo de confiança de 95%. O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que a mesma apresentasse um valor $p < 0,20$ na análise bivariada e para a permanência no modelo final foi de que apresentasse um valor $p < 0,10$. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

4 RESULTADOS

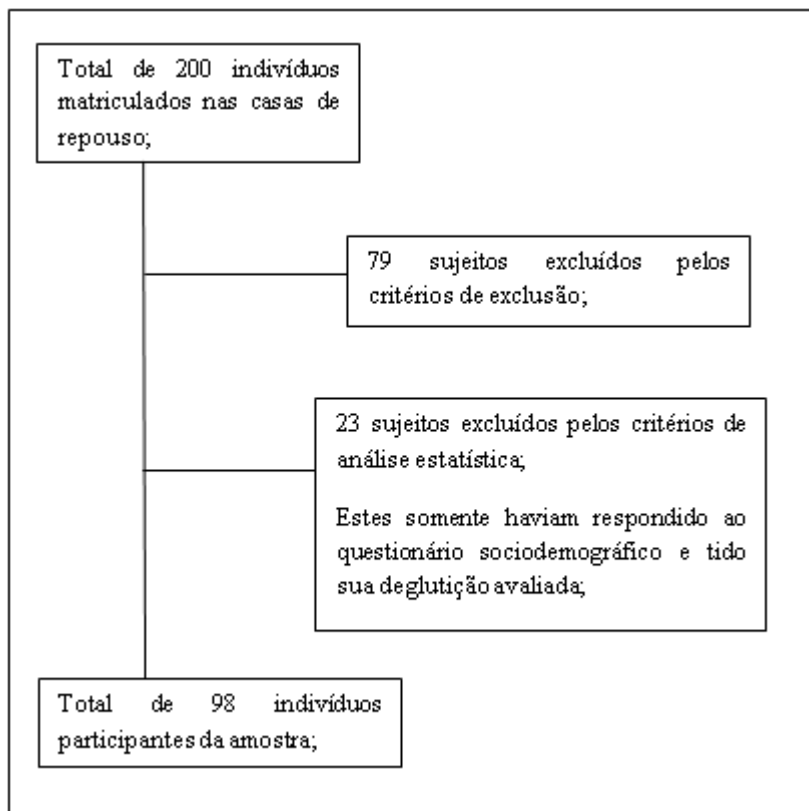


Figura 1 - Fluxograma do estudo

Os principais dados da caracterização da amostra estudada seguem: prevalência de 59% para o sexo feminino com idade média de 76 anos, frequência de fumantes em 39,8%, indivíduos de cor branca predominantemente, católicos com renda mensal de até um salário mínimo e circunferência de panturrilha maior que 31 centímetros em 83% (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra dos idosos institucionalizados

Variáveis	n=98
Idade (anos) – média ± DP	76,9 ± 9,8
Sexo – n(%)	
Masculino	40 (40,8)
Feminino	58 (59,2)
Cor da pele declarada – n(%)	
Branca	84 (85,7)
Parda	8 (8,2)
Negra	6 (6,1)
Número total de filhos – md (P25 – P75)	2 (0 – 5)
Anos de estudo – md (P25 – P75)	3 (0 – 5)
Estado civil – n(%)	
Solteiro	22 (22,4)
Viúvo	49 (50,0)
Divorciado	14 (14,3)
Casado	13 (13,3)
Religião Católica – n(%)	78 (81,3)
Renda total do idoso – n(%)	
Não sabe	11 (11,3)
Até 1 s.m.	69 (71,1)
De 1 a 2 s.m.	14 (14,4)
De 3 a 4 s.m.	2 (2,1)
De 7 a 8 s.m.	1 (1,0)
Fumante – n(%)	39 (39,8)
Etilista – n(%)	6 (6,1)
Pratica algum tipo de atividade física – n(%)	12 (12,2)
Circunferência da Panturrilha – n(%)	
<31	16 (17,0)
≥ 31	78 (83,0)

Apesar de a maioria da amostra (68,4%) considerar sua saúde em bom estado, 72% fazem uso de algum medicamento e têm nível de dependência moderada (50%). O MEEM apresentou alteração em 64%

da população, esta mesma porcentagem demonstrou sintomas depressivos (tabela 2).

Quanto a dentição, 51% da população faz uso de somente prótese dentária superior e contra somente 4% que possui dentição natural completa, o que restringe e dificulta o processo alimentar (tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização clínica dos idosos institucionalizados

Variáveis	n=98
Auto avaliação da saúde – n(%)	
Muito boa	2 (2,0)
Boa	67 (68,4)
Ruim	24 (24,5)
Muito ruim	5 (5,1)
Historia familiar– n(%)	
Doença Cardiovascular	36 (36,7)
DM tipo II	19 (19,4)
Doença Tireoidiana	10 (10,2)
CA	15 (15,3)
Osteoporose	7 (7,1)
Demência	9 (9,2)
Depressão	7 (7,1)
Faz uso de alguma medicação – n(%)	72 (73,5)
Principais medicações – n(%)	
Antidepressivo/ansiolítico	25 (28,7)
Vasculares	27 (31,0)
Benzodiazepínicos	20 (23,0)
Está insatisfeito com o sono – n(%)	50 (51,0)
Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias – n(%)	35 (35,7)
Acompanhamento neurológico – n(%)	50 (51,0)
Queixa de memória - n(%)	47 (48,0)
Opinião sobre a perda de memória – n(%)	
Sempre	10 (10,2)
Quase sempre	13 (13,3)
Raramente	28 (28,6)
Nunca	47 (48,0)
Dentição – n(%)	
Edêntulo	24 (24,5)
Prótese superior somente	50 (51,0)

Dentição natural incompleta	10 (10,2)
Ambas as próteses	10 (10,2)
Dentição natural completa	4 (4,1)
CESD \geq 16 – n(%)	64 (65,3)
GAD \geq 10 – n(%)	19 (19,4)
Incapacidade funcional – n(%)	
Totalmente dependente	5 (4,1)
Dependência moderada 75%	29 (29,6)
Dependência moderada 50%	13 (13,3)
Dependência moderada 25%	50 (51,0)
MEEM – (%)	
Com alteração	64 (65,3)
Sem alteração	34 (34,7)

Conforme a tabela 3, abaixo, pode-se observar que apesar de somente 27,6% considerar ter alguma dificuldade para comer, 69,4% da amostra apresenta sinais clínicos para disfagia, os que mais se fizeram presentes durante a avaliação foram: resíduo em cavidade oral após deglutição, tempo de transito oral aumentado, deglutições múltiplas e escape extraoral, 62,2%, 59,2%, 57,1% e 40%, respectivamente.

Tabela 3 - Avaliação da deglutição dos idosos institucionalizados

Variáveis	n=98
Dificuldades auto relatadas – n(%)	
Comer	27 (27,6)
Modificação na alimentação	20 (20,4)
Odinofagia	17 (17,3)
Perda de paladar	6 (6,1)
Cansaço ao mastigar	11 (11,2)
Sensação de embuxo, tosse e falta de ar	13 (13,3)
Necessidade de ingerir líquidos para melhor deglutir	20 (20,4)
Consistência alimentar que considera mais fácil de ingerir – n(%)	
Líquido	6 (6,1)
Pastoso	49 (50,0)
Sólido	43 (43,9)
Lado preferencial para mastigação – n(%)	
Direito	29 (29,6)
Esquerdo	20 (20,4)

Bilateral	49 (50,0)
Qualidade vocal pré-teste – n(%)	
Sem alterações	82 (83,7)
Fraca	13 (13,3)
Molhada	2 (2,0)
Rouca	1 (1,0)
Consistências que apresentaram sinais clínicos para disfagia – n(%)	
Nenhuma consistência	23 (23,5)
Somente líquido	17 (17,3)
Duas consistências	25 (25,5)
Três ou mais consistências	18 (18,4)
Sólido	15 (15,3)
Sinais clínicos – n(%)	
Voz molhada	22 (22,4)
Tosse	12 (12,2)
Deglutições múltiplas	56 (57,1)
Escape extraoral	40 (40,8)
Queda de saturação	14 (14,3)
Resíduo presente em cavidade oral após a deglutição	58 (59,2)
Tempo de trânsito oral aumentado	61 (62,2)
Disfagia – n(%)	
Sim	68 (69,4)
Não	30 (30,6)

Após o ajuste por fatores confundidores, prática de atividade física, dentição, idade, história familiar de câncer e estado civil permaneceram, associados estatisticamente com a disfagia. Praticantes de atividade física apresentam uma prevalência 57% menor de disfagia quando comparados aos não praticantes de atividade física. Também idosos edêntulos têm uma probabilidade 2,9 vezes maior de disfagia quando comparados aos com dentição natural incompleta/completa. Os idosos com prótese superior somente têm uma probabilidade 3,2 vezes maior de disfagia quando comparados aos com dentição natural incompleta/completa e os com ambas as próteses têm uma probabilidade 4,3 vezes maior quando comparados aos com dentição natural incompleta/completa (tabela 4 e 5).

A cada ano a mais de idade, os idosos apresentam um aumento na prevalência de disfagia em 3%.

Idosos com história familiar de câncer apresentam um aumento na prevalência de disfagia em 68% quando comparados com os idosos sem história familiar de câncer.

Tabela 4 - Associações com disfagia

Variáveis	Com disfagia (n=68)	Sem disfagia (n=30)	P
Idade (anos) – média ± DP	79,1 ± 9,3	71,8 ± 9,1	<0,001
Sexo – n(%)			0,315
Masculino	25 (36,8)	15 (50,0)	
Feminino	43 (63,2)	15 (50,0)	
Cor da pele declarada – n(%)			0,354
Branca	56 (82,4)	28 (93,3)	
Parda	7 (10,3)	1 (3,3)	
Negra	5 (7,4)	1 (3,3)	
Número total de filhos – md (P25 – P75)	2 (1 – 6)	2 (0 – 4)	0,439
Anos de estudo – md (P25 – P75)	3 (0 – 5)	4 (1 – 5)	0,288
Estado civil – n(%)			0,011
Solteiro	15 (22,1)	7 (23,3)	
Viúvo	36 (52,9)	13 (43,3)	
Divorciado	5 (7,4)	9 (30,0)*	
Casado	12 (17,6)	1 (3,3)	
Religião Católica – n(%)	54 (79,4)	24 (85,7)	0,666
Renda total do idoso – n(%)			0,129
Até 1 s.m.	51 (82,3)	18 (75,0)	
De 1 a 2 s.m.	10 (16,1)	4 (16,7)	
De 3 a 4 s.m.	0 (0,0)	2 (8,3)	
De 7 a 8 s.m.	1 (1,6)	0 (0,0)	
Fumante – n(%)	24 (35,3)	15 (50,0)	0,251
Etilista – n(%)	4 (5,9)	2 (6,7)	1,000
Pratica algum tipo de atividade física – n(%)	5 (7,4)	7 (23,3)	0,042
Circunferência da Panturrilha – n(%)			0,344
<31	13 (20,3)	3 (10,0)	

≥ 31	51 (79,7)	27 (90,0)	
Auto avaliação da saúde – n(%)			0,456
Muito boa	2 (2,9)	0 (0,0)	
Boa	44 (64,7)	23 (76,7)	
Ruim	19 (27,9)	5 (16,7)	
Muito ruim	3 (4,4)	2 (6,7)	
Historia familiar– n(%)			
Doença Cardiovascular	25 (50,0)	11 (40,7)	0,591
DM tipo II	15 (34,9)	4 (17,4)	0,226
Doença Tireoidiana	6 (15,0)	4 (16,7)	1,000
CA	13 (32,5)	2 (8,3)	0,057
Osteoporose	6 (14,6)	1 (4,2)	0,246
Demência	5 (12,5)	4 (16,7)	0,718
Depressão	5 (12,5)	2 (8,3)	0,702

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5%.

Tabela 4 – Associações com disfagia – continuação.

Variáveis	Com disfagia (n=68)	Sem disfagia (n=30)	P
Faz uso de alguma medicação – n(%)	48 (70,6)	24 (80,0)	0,469
Está insatisfeito com o sono – n(%)	39 (57,4)	11 (36,7)	0,095
Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias – n(%)	28 (41,2)	7 (23,3)	0,141
Acompanhamento neurológico – n(%)	34 (50,0)	16 (53,3)	0,932
Queixa de memória - n(%)	31 (45,6)	16 (53,3)	0,626
Opinião sobre a perda de memória – n(%)			0,739
Sempre	8 (11,8)	2 (6,7)	
Quase sempre	10 (14,7)	3 (10,0)	
Raramente	18 (26,5)	10 (33,3)	

Nunca		32 (47,1)	15 (50,0)	
Dentição – n(%)				<0,001
Dentição natural		3 (4,4)	11 (36,7)*	
Dentição incompleta/completa				
Edêntulo		20 (29,4)	4 (13,3)	
Prótese superior somente		38 (55,9)	12 (40,0)	
Ambas as próteses		7 (10,3)	3 (10,0)	
CESD \geq 16 – n(%)		49 (73,1)	15 (50,0)	0,046
GAD \geq 10 – n(%)		17 (25,4)	2 (6,7)	0,062
Incapacidade funcional – n(%)				0,004
Dependência moderada 75%/		27 (40,9)*	6 (20,0)	
Totalmente dependente				
Dependência moderada 50%		12 (18,2)*	1 (3,3)	
Dependência moderada 25%		27 (40,9)	23 (76,7)*	
MEEM – (%)				0,155
Com alteração		48 (70,6)	16 (53,3)	
Sem alteração		20 (29,4)	14 (46,7)	
Dificuldades auto relatadas – n(%)				
Comer		21 (30,9)	6 (20,0)	0,386
Modificação na alimentação		14 (20,6)	6 (20,0)	1,000
Odinofagia		13 (19,1)	4 (13,3)	0,684
Perda de paladar		6 (8,8)	0 (0,0)	0,173
Cansaço ao mastigar		10 (14,7)	1 (3,3)	0,164
Sensação de embuxo, tosse e falta de ar		12 (17,6)	1 (3,3)	0,060
Necessidade de ingerir líquidos para melhor deglutir		16 (23,5)	4 (13,3)	0,378
Consistência alimentar que considera mais fácil de ingerir – n(%)				0,602
Líquido		5 (7,4)	1 (3,3)	
Pastoso		35 (51,5)	14 (46,7)	
Sólido		28 (41,2)	15 (50,0)	
Lado preferencial para mastigação				0,193

– n(%)

Direito	23 (33,8)	6 (20,0)
Esquerdo	11 (16,2)	9 (30,0)
Bilateral	34 (50,0)	15 (50,0)

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5%.

Por fim, idosos casados têm aumentada em 2,84 vezes a prevalência de disfagia quando comparados aos divorciados (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise de Regressão de Poisson multivariada para avaliar fatores independentemente associados com disfagia

Variáveis	RP (IC 95%)	p
Prática de atividade física	0,43 (0,20 – 0,96)	0,038
Dentição		
Dentição natural incompleta/completa	1,00	
Edêntulo	2,90 (0,91 – 9,26)	0,072
Prótese superior somente	3,21 (1,05 – 9,81)	0,041
Ambas as próteses	4,31 (1,30 – 14,3)	0,017
Idade	1,03 (1,01 – 1,05)	0,017
História familiar de CA	1,68 (1,17 – 2,41)	0,005
Estado civil		
Divorciado	1,00	
Solteiro	1,42 (0,53 – 3,80)	0,491
Viúvo	1,65 (0,63 – 4,31)	0,311
Casado	2,84 (1,20 – 6,72)	0,018

5 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a prevalência de disfagia e fatores associados de idosos institucionalizados, com idade igual ou acima de 60 anos, dos municípios de Içara e Criciúma. Foi observado uma população de 98 idosos com idade média de $76,9 \pm 9,8$ na sua maioria do sexo feminino, pele declarada branca, mediana de 3 para os anos de estudo, são acometidos principalmente por doenças cardiovasculares e maior parte tomam fármacos vasculares. 51% é insatisfeito com o sono, 51% apresentam prótese superior e 24,5% são etêntulos. 65,3% apresentam sintomas depressivos, 19,4 % sintomas ansiosos, 51% apresentam dependência moderada e 65,3 % apresentaram alteração no MEEM. A disfagia teve prevalência de 69,4 %. Neste estudo, a mesma foi associada com a prática de atividade física, dentição, idade, história familiar de câncer e estado civil.

Bonfim e colaboradores em 2013 encontraram uma população semelhante a população do presente estudo, onde predominaram as mulheres idosas, que constituem aproximadamente 57,3% dos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPs) brasileiras, (59,2% em no presente estudo). Há uma probabilidade maior de ficarem viúvas, em situação socioeconômica desvantajosa e com necessidades especiais de apoio, já o estudo de Gaspar et al (2015) encontrou predomínio de homens casados.

O envelhecimento está associado ao aumento do risco de transtornos de deglutição devido a alterações relacionadas com a idade, como a sarcopenia, problemas sensoriais e fraqueza muscular. Nimmons et al (2016) sugere que quanto mais jovem o idoso apresentar sintomas disfágicos, mais graves estes sintomas serão e/ou se tornarão em comparação aos sintomas que aparecem no idoso com idade mais avançada. No presente estudo encontrou-se uma média de idade de 76,9 anos e observou-se que com o avançar da idade é maior as chances de desenvolver disfagia. Isso se fundamenta no fato de que há maior dificuldade em transportar o bolo alimentar da cavidade oral até o estômago (Londos et al., 2013). Portanto, os dados deste estudo corroboram com o estudo de Londos et al. (2013) e Sura et al. (2012).

Segundo Bonfim e colaboradores (2013) e Werle e colaboradores (2016), em idosos institucionalizados há alta frequência da disfagia e demais alterações da dinâmica alimentar, o que pode aumentar a ocorrência de broncoaspiração e deteriorar o estado clínico do longevo, podendo levar à morte (Kieser et al., 2014). Um estudo de Nimmons e

colaboradores em 2016 constatou a prevalência da disfagia em uma população semelhante à estudada aqui neste estudo, em até 16%. No estudo de Bajjens e colaboradores (2016) a prevalência de disfagia foi calculada em idosos em diferentes contextos. Em idosos independentes as taxas ficaram entre 30% e 40%. A disfagia se fez presente em torno de 44% naqueles admitidos em atendimento agudo geriátrico e 60% em idosos institucionalizados (Bajjens et al., 2016).

Hägglund e colaboradores (2017) afirmam que o momento de alimentar-se é um aspecto importante para a qualidade de vida dos indivíduos, e que qualquer interferência neste processo pode diminuir o desfrute do alimento e a participação de atividades sociais associada a este. Cardin (2012) e Nogueira e Reis em 2013 afirmam que a disfagia tem associação com a depressão, porém apesar de o presente estudo não ter encontrado este dado de forma estatisticamente significativa, a pontuação da escala CESD apresentou pontuação igual ou maior de 16 em 73% dos idosos que apresentaram sinais clínicos para disfagia durante a avaliação. Assim, observa-se que existe uma prevalência alta de disfagia na população geriátrica e um comprometimento da qualidade de vida relacionado a distúrbios alimentares no público de lares de idosos, onde ainda segundo os autores entre 50% a 75% dos moradores têm dificuldade em engolir (Cardin, 2012; Nogueira e Reis, 2013).

Bajjens et al (2016) trazem que 84% dos idosos institucionalizados referem que comer é algo agradável, porém, apenas 45% fez esta relação, 41% alegou aflição e pânico durante a alimentação, enquanto 36% evitaram comer com outras pessoas por conta de sua dificuldade alimentar.

Os sinais clínicos para disfagia que mais se fizeram presentes no presente estudo foram tempo de trânsito oral aumentado e escape extraoral, ambos referem-se à fase oral da deglutição e deglutições múltiplas que corresponde à fase faríngea da deglutição. Tais sinais se fizeram presentes pela fraqueza de musculatura responsável pelos movimentos de captação, contenção e mastigação do bolo alimentar, assim como da musculatura que realiza a elevação laríngea no momento da deglutição. A ausência dentária, que na população estudada se fez presente de forma significativa, também contribui para o aparecimento de sinais clínicos para disfagia, como resíduo em cavidade oral após deglutição, assim como a voz molhada. Estes dados corroboram com muitos autores (Marcolino et al., 2009; Correia et al., 2010; Cassol et al 2012; Nogueira e Reis, 2013; Londos et al., 2013; Soares et al., 2015; Yoshida et al., 2015; Adibi et al., 2016; Andrade et al., 2017). Portanto,

estes achados quando associados à idade referem-se à presbifagia e deglutição do idoso, onde ocorrem adaptações no processo de deglutição, natural da senescência.

O manejo da disfagia em lares de idosos é na maioria das vezes adaptativo quando se refere à consistência de dietas e posicionamento correto para a oferta alimentar. Conforme Luis et al (2009) e Nogueira e Reis (2013), 86,6% dos residentes apresentam algum nível de dependência e 28,7% eram totalmente dependentes, assim como no presente estudo onde 40,9% da população que apresentam sintomas disfágicos apresentam dependência em 75% de suas atividades diárias e/ou são totalmente dependentes. Bomfim e colegas (2013) sugerem que há um aumento dos distúrbios de deglutição conforme maior a dependência e pior o status de saúde.

A população avaliada aqui neste estudo compõe um grupo frágil que requer maior e mais diversa assistência. Pacientes com disfagia, 68% da população do presente estudo, necessitam de algum tipo adaptação de dieta e ou forma de oferta alimentar e que quanto mais adaptações este idoso necessitar para realizar uma refeição, mais dependente de ajuda ele estará (Correia et al., 210).

Estudos indicam que a má conservação dentária e a higiene oral inadequada possibilita a proliferação de bactérias de algumas espécies que são potencialmente patogênicas do sistema respiratório, o que a torna um fator predisponente ao desenvolvimento de pneumonia broncoaspirativa (Correia et al., 2010; Bomfim et al., 2013; Baijens et al., 2016).

Associado ao envelhecimento está o aumento das demências que podem provocar limitações que comprometem a qualidade de vida dos idosos, tais limitações como a disfagia, desnutrição, pneumonia e imobilidade. Estas podem tornar o indivíduo parcial ou totalmente dependente para a realização das atividades de vida diária, o que gera um ciclo vicioso. Quando se pensa que um idoso sem comprometimento cognitivo pode ser tornar dependente por conta de sintomas disfágicos, este se acentua em indivíduos com comprometimento cognitivo, pela própria fragilidade neurológica associada à disfagia (Martins et al., 2012; Deardorff e Grossberg 2016).

A desnutrição é um problema crescente nesta faixa da população pela facilidade de perda de massa muscular e inapetência. Esta, muitas vezes, associada aos sintomas depressivos, recusa e ou reduz a ingesta alimentar por disfagia, entre outros desencadeadores (Rocamora et al., 2009; Yang et al., 2015; Bermejo et al., 2015). No presente estudo onde

tomou-se como critério a circunferência de panturrilha pela impossibilidade de cálculo de IMC, já que foi admitido idosos acamados na coleta de dados, não foi obtido resultado concordante com a literatura. Acredita-se que seja por edema de membro inferior por pouca mobilidade, comprometimentos vasculares e outros acometimentos que a amostra do presente estudo pudesse apresentar. Outra explicação possível para esse fato é que o processo de má nutrição se desenvolve de forma mais lenta que a disfagia e ainda, pode-se elencar que usualmente são eleitos alimentos que possuem alto teor calórico, de baixo valor nutricional, mas que no entanto, exigem menor trabalho da musculatura responsável pelo processo de deglutição (Goes et al., 2014).

Porém, apesar dos resultados do presente estudo não terem sido significativos na correlação de sintomas disfágicos e riscos para desnutrição, estudos da literatura mostram que a disfagia é um fator de risco para a desnutrição (Goes et al., 2014; Yokota et al., 2016). Conforme Rocamora e colaboradores (2009), problemas de alimentação nos idosos institucionalizados atingem de 31,50% a 66% que possa vir a necessitar de assistência a longo prazo. Os dados do presente estudo não mostraram correlação de sintomas disfágicos e riscos para desnutrição possivelmente em função do número de idosos do estudo.

Segundo o estudo de Baijens e seus colaboradores (2016), além da questão nutricional, a ingesta hídrica em pacientes disfágicos que necessitam fazer uso de líquido espessado era de apenas 22% da quantidade diária recomendada. No presente estudo, 69,4% da amostra apresentaram sintomas disfágicos, 17% apresentaram sinais clínicos para disfagia somente para a consistência líquida, 25% para duas consistências, 18% para três ou mais consistências, sendo que uma delas é o líquido e somente 15% apresentaram sinais clínicos para disfagia somente para a consistência sólida. Sendo assim, a esmagadora maioria dos idosos estudados neste estudo, necessita fazer uso de espessante alimentar para ingerir líquidos de forma segura.

Conforme Manabe e colaboradores (2017), a prevalência de dificuldades de deglutição na demência varia de 13 a 57% e segundo Altman e Goldberg (2014) até 2040, o número de indivíduos com a doença aumentará para mais de 81 milhões. A fase mais grave da demência é caracterizada pela perda de capacidade para proporcionar autocuidado em atividades básicas da vida diária (comer, tomar banho, caminhar). Nesta fase, a qualidade de vida também está comprometida tanto para os pacientes quanto para os cuidadores (Inagawa et al., 2012).

Ebihara e companheiros (2016) sugerem que pacientes com demência inevitavelmente desenvolvem disfagia e apresentam alto risco de morte por pneumonia em função de aspiração. Em idosos, a maioria dos casos de pneumonias são causados por broncoaspiração. Em lares de idosos, ainda segundo os autores, pela fragilidade que a idade impõe os residentes podem apresentar picos febris assintomáticos por meses, sugerindo que a aspiração de pequenas quantidades de alimentos ocorre continuamente (Ebihara et al., 2016).

A incidência de demência aumentou exponencialmente com a idade, com o aumento mais notável ocorrendo através da sétima e oitava década de vida (Ebihara et al., 2016), exatamente a faixa etária da população que foi estudada neste trabalho. Em indivíduos com disfagia nem sempre se observa tosse, mesmo quando desenvolvem pneumonia broncoaspirativa, logo alterações da sensibilidade para o reflexo de proteção, o reflexo de tosse, aumenta notavelmente os episódios e a gravidade desse tipo pneumonia. Chama-se de disfagia silente quanto paciente perde a capacidade de proteção de via aérea, este comportamento é cada vez mais presente conforme a progressão da demência (Ebihara et al., 2016).

Ainda nenhum estudo trouxe a investigação da disfagia de forma longitudinal e nem a associação direta de disfagia com óbito de forma individualizada, por mais que se saiba que a disfagia pode ocasionar desnutrição e aumentar o risco de pneumonias que é uma causa comum de mortalidade em pacientes com demência e outros distúrbios cognitivos (Nimmons et al., 2016) o que sugere novas possibilidades de pesquisa com este recorte de amostra e desfecho de estudo.

No presente estudo, o histórico familiar de câncer, de qualquer natureza, apresenta um aumento na prevalência de disfagia em 68% quando comparados com os idosos sem história familiar de câncer, porém não há esta associação relatada na literatura, onde se tem que câncer de cabeça e pescoço apresentam sinais e sintomas de disfunção oromiofacial, podendo trazer alterações em uma ou todas as funções estomatognáticas, não necessariamente de forma simultânea (Logemann et al; 2008, Govender et al., 2015, Cnossen et al., 2014).

Acredita-se que o achado de que praticantes de atividade física apresentam uma prevalência 57% menor de disfagia quando comparados aos não praticantes de atividade física se refere ao grau de dependência do idoso, pois nenhuma das casas de repouso visitadas fornece regularmente momento destinado a prática de atividade física. Na literatura podemos observar que a praticar alguma atividade física de

forma regular é benéfico para o manejo de múltiplas doenças crônicas, incluindo dor, depressão, estresse, ansiedade, hipertensão, dislipidemia, artrite, doenças cardiovasculares e até diabetes tipo 2 que são doenças comuns da senescência (Zheng et al., 2017, Rugbeer et al., 2017). Segundo os autores Rugbeer et al (2017) um programa de exercícios estruturados pode melhorar o funcionamento fisiológico, qualidade de vida relacionada e capacidade funcional dos idosos, além de aumentar os fatores neurotróficos derivados do cérebro, estes elementos são importantes mediadores para a redução do declínio cognitivo, o que está intimamente relacionado com dependência para a realização das atividades de vida diária que este longo pode apresentar.

Outro dado intrigante que surgiu como resultado da presente pesquisa foi que idosos casados têm aumentada em 2,84 vezes a prevalência de disfagia quando comparados aos divorciados. O raciocínio que podemos utilizar é que os idosos casados têm idade mais avançada e isso sim é um fator determinante para o aparecimento e/ou agravamento da disfagia e que o divórcio não era praticado tão frequentemente quanto é agora, como caracteriza nossa amostra onde somente 14% são divorciados, 50% viúvos e 13% casados. Acreditamos ainda que estar casado e viver em uma casa de repouso possa aumentar os índices de sintomas depressivos por sentimentos como o de abandono, assim como traz Trentini e seus colaboradores em 2009.

Há uma gama de evidências sugerindo que a depressão tem impacto na função cognitiva em idosos, a “pseudodemência” que segundo os autores Trentini et al (2009) é o declínio cognitivo causado pela depressão entre idosos, traz alterações na atenção, nas habilidades visuoespaciais, na velocidade psicomotora e na memória operacional de curta duração.

No estudo de Caixeta e colegas (2012), que estudou o declínio cognitivo através do MEEM, ferramenta que avalia função cognitiva e o rastreamento de estágios demenciais através de diversos domínios como orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho, teve como média etária de 69,03 anos, aproximadamente uma década mais jovens em comparação com a nossa amostra e no rastreio da função cognitiva, a média do MEEM foi 23,88 pontos e 35,5% apresentaram declínio cognitivo. Em nossa amostra 65,3% apresentou algum grau de comprometimento cognitivo e a média da pontuação foi de 15, 29 pontos.

Cavalini e Chor em 2003 trazem que a disfunção cognitiva tem consequências diretas sobre a qualidade de vida, especialmente quando de fala em idosos. O menor nível de escolaridade, que apresenta associação direta com a perda da função cognitiva é identificado como importante fator de risco, assim como outros fatores, sexo feminino, o hábito de fumar, diabetes mellitus, história familiar de demência e baixa renda. Em nossa população temos predominância de sexo feminino associado à renda mensal de até um salário mínimo e aproximadamente 40% de fumantes ativos, 19% refere histórico familiar de diabetes mellitus e apenas 09% de demência.

Segundo Silverio e colaboradores (2010), idosos com demência frequentemente necessitarão de via alternativa para alimentação em decorrência da confusão mental e progressão decorrente da patologia, o que dificulta uma boa aceitação alimentar, além de haver uma progressiva piora na funcionalidade da deglutição. As vias alternativas para a alimentação consistem em sondas nasointerais, gastrostomias ou jejunostomias, são indicadas quando o sujeito não alcança os níveis nutricionais necessários e/ou não apresenta deglutição segura para oferta alimentar por via oral, assim considerando que a pneumonia é uma causa comum de morte em pacientes com demências, como a doença de Alzheimer e a demência frontotemporal, é comum lançar mão deste dispositivo na prática clínica (Vaca et al., 2015, Abe et al., 2016 Luis et al., 2015).

No presente estudo, o nível VI da escala FOIS (Crary et al., 2005) foi o mais presente, onde o indivíduo apresenta via oral total de múltiplas consistências, sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares, como o espessamento de líquidos por exemplo, o que corresponde a disfagia orofaríngea leve: Distúrbio de deglutição presente, com necessidade de orientações específicas dadas pelo fonoaudiólogo durante a deglutição. Necessidade de pequenas modificações na dieta; tosse e/ou pigarro espontâneos e eficazes; leves alterações orais com compensações adequadas, nível III pela classificação de O'Neil et al., (1999), já nos estudos de Silverio (2010) foi o nível IV da escala FOIS, que representa a alimentação total por via oral, mas de uma única consistência, indicando o espessamento de líquidos a nível consistência pastosa.

Um dado interessante que se ressalta é a auto percepção do idoso frente sua dificuldade alimentar, apesar de sintomas disfágicos estarem presentes em 69,4% da amostra somente 27,6% referiram diretamente alguma dificuldade alimentar, outros 20% alegaram ter modificado a

consistência alimentar de suas dietas e somente 13,3% relatou tosse ou falta de ar durante a alimentação, assim como no estudo de Ebihara et al (2016) e diferente do estudo de Ashraf et al (2017), que 48% dos pacientes apresentaram precisão para relatar suas queixas disfágicas.

É importante que o sujeito seja capaz de perceber sua disfagia, entender que evitar determinadas consistências alimentares, tossir e ou sentir falta de ar ao comer não é normal e que precisa de avaliação, tratamento e acompanhamento, com esta conscientização poderemos trabalhar com a prevenção da disfagia e suas complicações e diagnosticá-la mais precocemente o que reduzirá consideravelmente suas consequências, como pneumonias, desnutrição e necessidade de vias alternativas de alimentação, aumentando assim nível de independência e qualidade de vida dos idosos.

No presente estudo, obteve-se uma perda significativa no número de participantes pelo critério de exclusão idade, onde se elege como mínimo de 60 anos, foram excluídos da pesquisa 79 sujeitos por terem abaixo desta etária, apesar da pouca idade, residem em ILPI que tem como objetivo acolher na forma de domicílio coletivo pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Marinho et al., 2013, Salcher et al., 2015). Estes casos são possíveis via judicial quando a família não apresenta condições financeiras para cuidado integral ou quando o indivíduo é vítima de violência doméstica.

Uma forma de mudar esta realidade é pesquisar estas casas de repouso, suas necessidades de cuidado e de lazer, capacitar as equipes que lá atuam e devolver a qualidade de vida aos que lá residem e operam. O atendimento especializado de Fonoaudiólogos para pacientes com disfagia no período de internação reduz significativamente os custos com medicamentos, frequência e tempo de internações, o foco da intervenção é a estabilização do estado nutricional e a eliminação dos riscos de complicações clínicas decorrentes da aspiração laringotraqueal, no entanto o diagnóstico e tratamento requer uma abordagem multidisciplinar que inclui conhecimentos de diferentes domínios profissionais, assim podemos reduzir ou eliminar os fatores de risco e fornecer benefícios para os pacientes com disfagia antes do início do aparecimento dos sintomas, através da educação e mudança de estilos de vida (Silverio et al., 2010, Baena Gonzalez e Molina Recio, 2016).

6 CONCLUSÃO

O presente estudo mostra que a prevalência de disfagia foi de 69,4 %. Neste estudo, a mesma foi associada com a prática de atividade física, dentição, idade, história familiar de câncer e estado civil. Levando em consideração o aumento acelerado da população idosa e os poucos estudos sobre a relação entre envelhecimento, depressão, déficit cognitivo e disfagia dos idosos, tornam-se necessárias mais pesquisas sobre o envelhecimento e disfagias. Este assunto é de extrema importância, no intuito de contribuir à crescente demanda por procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação nesta população e por ser fundamental que os profissionais e cuidadores de saúde estejam capacitados para diagnosticar e monitorar a evolução dos sintomas. Isso poderia diminuir o índice de desnutrição, uso de vias alternativas de alimentação, pneumonia broncoaspirativas e interações de repetição. Assim, este estudo visa contribuir para uma melhor qualidade de vida dos idosos institucionalizados, uma vez que mostra a realidade dos mesmos.

Como limitações do estudo pode-se citar o número de participantes finais do estudo, com isso sugere-se que mais estudos sejam realizados com este tipo população visando uma amostra maior para resultados mais representativos a nível nacional.

REFERÊNCIAS

Abe K, Yamashita R, Kondo K, Takayama K, Yokota O, Sato Y, Kawai M, Ishizu H, Nakashima T, Hayashi H, Nakata K, Asaba H, Kadota K, Tanaka K, Morisada Y, Oshima E, Terada S. Long-Term Survival of Patients Receiving Artificial Nutrition in Japanese Psychiatric Hospitals. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders EXTRA*. 2016;6(3):477–485.

Adibi, Peyman et al. Relationship between Tooth Loss, Functional Dyspepsia and Gastro-Esophageal Reflux Disorder among Isfahani Adults. *Pey. Archives Of Iranian Medicine, Isfahan, Irã*, 2016;19(2):123-130.

Albino ILR, Freitas CR; Teixeira AR; Gonçalves AK; Santos AMPV; Bós AJG. Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosas. *Rev. bras. geriatri. gerontol.* 2012;15(1):17-25.

Alvarez HJ, LeonSM, Planas VM, Araujo K, Garcia de LA, Celaya-PS, On behalf of the PREDyCESR researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized dysphagic patients: a subanalysis of the PREDyCES® study. *Nutr Hosp.* 2015;32(4):1830–1836.

American Psychiatric Association - APA . DSM-V-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais -versão revisada.5 Ed.Porto Alegre:Artmed, 2014.

Andrade MS, Gonçalves AN, Guedes RL, Barcelos CB, Slobodtsov LD, Lopes SA, Francisco AL, Angelis EC. Correlation between swallowing-related quality of life and videofluoroscopy after head and neck cancer treatment. *CoDAS*,. São Paulo. 2017. 29(1).

Ashraf HH, Palmer J, Dalton HR, Waters C, Luff T, Strugnell M, Murray IA. Can patients determine the level of their dysphagia? *World Journal Of Gastroenterology*. Baishideng Publishing Group Inc. 2017;23(6):1038-1044.

Ayres A, Jotz G P, Rieder C R M, Schuh A F Sr, Olchik, M R. The Impact of Dysphagia Therapy on Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease as Measured by the Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWALQOL). *International Archives of Otorhinolaryngology*. 2016; 20(3): 202-206.

Baena Gonzalez M.; Molina Recio G. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. *Nutr. Hosp.*, Madrid. 2016;33(3):739-748.

Baerresen KM, Miller KJ, Hanson ER, Miller JS, Dye RV, Hartman RE, Vermeersch D, Small GW. Neuropsychological tests for predicting cognitive decline in older adults. *Neurodegener Dis Manag*. 2015;5(3):191–201.

Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, Leners JC, Masiero S, Mateos-Nozal J, Ortega O, Smithard DG, Speyer R, Walshe M. European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society White Paper: Oropharyngeal Dysphagia as a Geriatric Syndrome. *Clinical Interventions in Aging*. 2016;(11):1403–1428.

Bermejo RV, García IA, Galera DM, Rodríguez MH, Torramadé JP. Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas. *Nutricion Hospitalaria*. 2015;(3):1205-1216.

Bomfim FM, Chiari BM, Roque FP. Factors associated to suggestive signs of oropharyngeal dysphagia in institutionalized elderly women. *CoDAS, São Paulo*. 2013;25(2):154-163.

BRASIL. Resolução nº 466/92012 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília- DF*, 2012. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006c). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Cadernos de Atenção Básica, 19)*. Brasília, DF.

Brucki SMD, Malheiros SMF, Okamoto IH, Bertolucci PHF. Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 1997;55(1):56-61.

Caixeta GCS, Doná F, Gazzola JM. Processamento cognitivo e equilíbrio corporal em idosos com disfunção vestibular. *Braz. j. otorhinolaryngol.* São Paulo. 2012;78(2): 87-95.

Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.* 2010;27(1):232-235.

Camargos MCS, Nascimento GWC, Nascimento DIC, Machado CJ. Aspectos relacionados à alimentação em Instituições de Longa Permanência para Idosos em Minas Gerais. *Cad. saúde colet.* 2015;23(1):38-43.

Cardin F, Ambrosio F, Amodio P, Minazzato L, Bombonato G, Schiff S, Finotti K, Giuliani D, Bianco T, Terranova C, Militello C, Ori C. Quality of Life and Depression in a Cohort of Female Patients with Chronic Disease. *BMC Surgery* 12. 2012.

Carvalho VL. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. *Cad. saúde colet.* 2014;22(2):184-191.

Cassol K, Galli JFM, Zamberlan NE, Dassie-Leite AP. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2012; 24(3):223-232.

Cavalini, LT, Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo. 2003;6(1):7-17.

Cintra AB, Vale LP, Feher O, Nishimoto IN, Kowalski LP, Angelis EC. Deglutição após quimioterapia e radioterapia simultânea para carcinomas de laringe e hipofaringe. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2005;51(2):93-99.

Cnossen IC, van Uden-Kraan CF, Rinkel RN, Aalders IJ, Goede CJ, Bree R, Doornaert P, Rietveld DH, Langendijk JA, Witte BI, Leemans CR, Verdonck-de Leeuw IM.. Multimodal Guided Self-Help Exercise Program to Prevent Speech, Swallowing, and Shoulder Problems Among Head and Neck Cancer Patients: A Feasibility Study. Ed. Per Carlbring. *Journal of Medical Internet Research.* 2014;16(3).

Correia SM, Morillo LS, Jacob Filho W, Mansur LL. Swallowing in moderate and severe phases of Alzheimer's disease. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* São Paulo. 2010; 68(6):855-861.

Deardorff WJ, Grossberg G. A fixed-dose combination of memantine extended-release and donepezil in the treatment of moderate-to-severe Alzheimer's disease. *Drug Design, Development And Therapy.* 2016;10:3267-3279.

Domiciano BR, Braga DKAP, Silva PN, Santos MPA, Vasconcelos MPA, Macena RHM. Cognitive function of elderly residents in long-term institutions: effects of a physiotherapy program. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016;19(1):57-70.

Ebihara S, Sekiya H, Miyagi M, Ebihara T, Okazaki T. Dysphagia, dystussia, and aspiration pneumonia in elderly people. *Journal of Thoracic Disease.* 2016;8(3):632-639.

Etges CL, Scheeren B, Gomes E, Barbosa LR. Screening tools for dysphagia: a systematic review. *CoDAS,* 2014;26(5):343-349.

Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.

Forlenza OV, Almeida OP. *Depressão e Demência no Idoso – Tratamento Psicológico e Farmacológico.* São Paulo: Lemos.1997.

Furkim AM, Duarte ST, Sória FS, Sampaio RS, Nunes MCA, Wolff GS, Silveira FR, Bassi D. *Tratado de evaluación de Motricidad Orofacial y áreas afines.* “In” Susanibar F, Marchesan I, Parra D, Dioses A. Madrid: EOS; 2014.

Furkim AM, Duarte ST, Hildebrandt PT, Rodrigues KA. A instituição asilar como fator potencializador da disfagia. *Rev. CEFAC.* 2010; 12(6):954-963.

Gaspar MRF, Pinto GSA, Gomes RHS, Santos RS, Leonor VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. *Rev. CEFAC,* São Paulo, 2015;17(6):1939-1945.

Goes VF, Mello-Carpes PB, Oliveira LO, Hack J, Magro M, Bonini JS. Evaluation of dysphagia risk, nutritional status and caloric intake in elderly patients with Alzheimer's. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto. 2014;22(2):317-324.

Gold PWR, Vieira M, Pavlatou MG. Clinical and Biochemical Manifestations of Depression: Relation to the Neurobiology of Stress. *Neural Plasticity*. 2015.

Goldberg LS, Kenneth WA. The role of gastrostomy tube placement in advanced dementia with dysphagia: A Critical Review. *Clinical Interventions in Aging*. 2014; 1733–1739.

Govender R, Smith CH, Taylor SA, Grey D, Wardle J, Gardner B. Identification of behaviour change components in swallowing interventions for head and neck cancer patients: Protocol for a Systematic Review. *Systematic Reviews*. 2015; 6(20):84-89.

Hägglund P, Olai L, Stahlacke K, Persenius M, Hägg M, Andersson M, Koistinen S, Carlsson E. Study protocol for the SOFIA Project: swallowing function, oral health, and food intake in old age: a descriptive study with a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics*. 2017; 17(78) 1–8.

Hamdan AM, Hamdan Emlr. Teste do desenho do relógio: desempenho de idosos com doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2014;6(1):98-105.

Herge WM, Landoll RR, Greca, AM. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer New York, 2013;366-367.

Inagawa T, Hamagishi T, Takaso Y, Hitomi Y, Kambayashi Y, Hibino Y, Shibata A, Ngoc NT, Okochi J, Hatta K, Takamuku K, Konoshita T, Nakamura H. Decreased activity of daily living produced by the combination of Alzheimer's disease and lower limb fracture in elderly requiring nursing care. *Environmental Health And Preventive Medicine*. 2012;18(1):16-23.

Jerez-Roig J, Oliveira NP, Lima Filho BF, Farias Bezerra MA, Matias MG, Ferreira LM, Santos Amaral FL, Souza DL, Lima KC. Depressive Symptoms and Associated Factors in Institutionalized Elderly. *Exp Aging Res.* 2016;42(5):479-491.

Katz S. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist.*1970;20-30.

Kieser J, Farland MG, Jack H, Farella M, Wang Y, Rohrle O. The role of oral soft tissues in swallowing function: what can tongue pressure tell us?. *Aust Dent J.* 2014;59:155–161.

Leonardo BE. Psychopathology of Depression. *Drugs Today (Barc).* 2007;43(10): 705-16.

Lima RMF, Amaral AKFJ, Aroucha EBL, Vasconcelos TMJ, Silva HJ, Cunha DA. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev. CEFAC [online].* 2009;11(3):405-422.

Logemann JA et al. A Randomized Study of Three Interventions for Aspiration of Thin Liquids in Patients With Dementia or Parkinson's Disease. *J Speech Lang Hear Res.* 2008;51(1): 173–183.

Londos E, Hanxsson O, Hirsch IA, Janneskog A, Bülow M, Palmqvist S. Dysphagia in Lewy Body Dementia - a Clinical Observational Study of Swallowing Function by Videofluoroscopic Examination. *BMC Neurology.* 2013; 13(140):1-5.

Lourenço RA; Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública.* 2006;40(4):712-19.

Luis DA, Izaola O, Fuente B, Muñoz-Calero P, FrancoLopez A. Enfermedades neurodegenerativas; aspectos nutricionales *Nutrición Hospitalaria.* Grupo Aula Médica Madrid, España. 2015;32(2): 946-951.

Luis DA, Izaola O, Prieto R, Mateos M, Aller R, Cabezas G, Rojo S, Terroba C, Martín T, Cuéllar L. Effects of a diet with products in texture

modified diets in elderly ambulatory patients. *Nutr. Hosp. Madrid*.2009;24(1):87-92.

Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2011;14(1):109-121.

Maes M, Mihaylova I, Kubera M, Uytterhoeven M, Vrydags N, Bosmans E. Increased 8-Hydroxy- Deoxyguanosine, a Marker of Oxidative Damage To DNA, in Major Depression and Myalgic Encephalomyelitis / Chronic Fatigue Síndrome. *Neuro Endocrinol Lett.* 2009;30(6):715-22.

Magalhaes Jr, Hipólito V, Magalhães AAB, Galvão HC, Ferreira MAF. Caracterização da pressão da língua em idosos. *Audiol. Commun. Res.* 2014;19(4):375-379.

Manabe T, Mizukami K, Akatsu H, Hashizume Y, Ohkubo T, Kudo K, Hizawa N. Factors Associated with Pneumonia-Caused Death in Older Adults with Autopsy-Confirmed Dementia. *Internal Medicine*.2017;56(8):907–914.

Mangilli LD, Moraes DP, Medeiros GC. Protocolo de avaliação fonoaudiológica preliminar. “In”: Andrade CRF, Limongi SCO. *Disfagia: prática baseada em evidências.* São Paulo: Sarvier; 2012.45-61.

Marchesan IQ. Deglutição – Normalidade. “In”: Furkim AM, Santini CS. *Disfagias Orofaríngeas.* São Paulo: Profono; 1999.3-18.

Marcolino J. Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati - Paraná. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2009;12(2):193-200.

Marinho LM, Vieira MA, Costa SM, Andrade JMO. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):104-110.

Martins AS, Rezende NA, Torres HOG. Occurrence of complications and survival rates in elderly with neurological disorders undergoing

enteral nutrition therapy. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo. 2012;58(6):691-697.

Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya AJA, Silveira MB. Household arrangements of elderly persons in Brazil: analyses based on the national household survey sample (2009). Rev. bras. geriatr. gerontol. 2016;19(1):139-151.

Melo RLP, Eulálio MC, Silva HDM, Silva Filho JM, Gonzaga PS. Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2013;16(2):239-250.

Nimmons D, Michou E, Jones M, Pendleton N, Horan M, Hamdy S. A Longitudinal Study of Symptoms of Oropharyngeal Dysphagia in an Elderly Community-Dwelling Population. Dysphagia. 2016;31 560–566.

Nitrini R, Lefèvre BH, Mathias SC, Caramelu P, Carrilho PE, Sauaia N, Massad E, Takiguti C, Silva IO, Porto CS, Magila MC, Scaff M. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. Arquivos de Neuropsiquiatria. 1994;52:457-465.

Nogueira D, Reis E. Swallowing Disorders in Nursing Home Residents: How Can the Problem Be Explained? Clinical Interventions in Aging. 2013;8: 221–227.

Oliveira BS de, Delgado SE, Brescovici SM. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2014;17(3):575-587.

Oliveira LPBA, Menezes RMP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. Texto contexto - enferm. 2011;20(2):301-309.

Oliveira RBA, Veras RP, Prado SD. A alimentação de idosos sob vigilância: experiências no interior de um asilo. Rev. bras. geriatr. Gerontol. 2010;13(3):413-423.

Pavarini SCI, Mendiondo MSZ, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. Texto contexto - enferm. 2005;14(3):398-402.

Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2006;28(1):27-38.

Pinheiro NL, Mendes RMM, George LL, Sales A. Estudo ultra-estrutural do esôfago de *Trichogenes longipinnis*. Britski & Ortega - Pisces, Siluriformes, Trichomictoridae. Rev. Bras. Zool., 1993;10(4):629-632.

Pinto SPLC, Simson ORMV. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2012;15(1):169-174.

Pires EC, Sassi FC, Mangilli LD, Limongi SCO, Andrade CRF. Alimentos na consistência líquida e deglutição: uma revisão crítica da literatura. Rev. soc. bras. Fonoaudiol.; 2012;17(4):482-488.

Rocamora JAI, Sánchez-Duque MJ, Valle Galindo PB, López EB, Palacín AF, González CA, Enamorado DT. Estudio de prevalencia de disfagia e intervención con consejo dietético, en residencias de mayores de Sevilla. Nutr. Hosp. Madrid. 2009;24(4):498-503.

Rugbeer N, Ramklass S, Mckune A, Heerden J. The Effect of Group Exercise Frequency on Health Related Quality of Life in Institutionalized Elderly. The Pan African Medical Journal. 2017; 26(35) 1-14.

Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna HM. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. Rev. bras. geriatr. Gerontol. 2015;18(2):259-272.

Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna HM. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por

equipe multiprofissional. *Rev. bras. geriatri. gerontol.* Rio de Janeiro. 2015;18(2):259-272.

Santos CCC, Pedrosa R, Costa FA, Mendonça KMPP, Holanda GM. Análise da função cognitiva e capacidade funcional em idosos hipertensos. *Rev. bras. geriatri. gerontol.* 2011;14(2):241-250.

Silva JMN, Barbosa MFS, Castro POCN, Noronha MM. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Rev. bras. geriatri. gerontol.* 2013;16(2):337-346.

Silverio CC, Hernandez AM, Goncalves, MIR. Ingesta oral do paciente hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. *Rev. CEFAC*, São Paulo. 2010;12(6):964-970.

Soares TJ, Moraes DP, Medeiros GC, Sassi FC, Zilberstein B, Andrade CRF. Oral transit time: a critical review of the literature. *Abcd. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva.* São Paulo. 2015;28(2):144-147.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7.

Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the Elderly: Management and Nutritional Considerations. *Clinical Interventions in Aging.* 2012;287-298.

Trentini CM, Werlang BSG, Xavier FMF, Argimon ILL. A relação entre variáveis de saúde mental e cognição em idosos viúvos. *Psicol. Reflex. Crit. Porto Alegre.* 2009; 22(2):236-243.

Trindade APNT, Barboza MA, Oliveira FB, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioter. mov.* 2013;26(2):281-289.

Vaváková M, Ďuračková Z, Trebatická J. Markers of Oxidative Stress and Neuroprogression in Depression Disorder. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity.* 2015;

Werle RW, Steidl SEM, Mancopes R. Oropharyngeal dysphagia and related factors in post-cardiac surgery: a systematic review. *CoDAS*, São Paulo. 2016;28(5): 646-652.

Wolkowitz OM, Reus VI, Mellon SH. Of sound mind and body: depression, disease, and accelerated aging. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13:25-39.

Yamada EK, Siqueira KO, Xerez D, Koch HA, Costa MMB. A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. *Arq. Gastroenterol*. 2004;41(1):18-23.

Yang EJ, Kim MH, Lim J, Paik N-J. Oropharyngeal Dysphagia in a Community-Based Elderly Cohort: the Korean Longitudinal Study on Health and Aging. *Journal of Korean Medical Science*. 2013;28(10):1534-1539.

Yang XJ, Jiang HM, Hou XH, Song J. Anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease and their effect on quality of life. *World Journal Of Gastroenterology*. Baishideng Publishing Group Inc. 2015;21(14):4302-4310.

Yokota J, Ogawa Y, Yamanaka S, Takahashi Y, Fujita H, Yamaguchi N, Onoue N, Ishizuka T, Shinozaki T, Kohzuki M. Cognitive Dysfunction and Malnutrition Are Independent Predictor of Dysphagia in Patients with Acute Exacerbation of Congestive Heart Failure. Ed. Stephen E Alway. *PLoS ONE*. 2016.

Yoshida FS, Mituuti CT, Totta T, Berretin-Felix G. A influência da função mastigatória na deglutição orofaríngea em idosos saudáveis. *Audiol., Commun. Res.*, São Paulo. 2015;20(2):161-166.

Zheng G, Xiong Z, Zheng X, Li J, Duan T, Qi D, Ling K, Chen L. Subjective Perceived Impact of Tai Chi Training on Physical and Mental Health among Community Older Adults at Risk for Ischemic Stroke: A Qualitative Study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos apresentando ao senhor o presente estudo, intitulado "Avaliação Física e de qualidade de vida em idosos institucionalizados da região Sul de Santa Catarina" que será desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Trata-se de um estudo que tem como objetivo geral avaliar a prevalência de disfagia e fatores associados em idosos matriculados nos lares de idosos de dois municípios do Sul de Santa Catarina, Criciúma e Içara.

Você será convidado(a) a responder algumas perguntas sobre sua saúde de uma forma geral e também realizar alguns testes para avaliar sua memória e deglutição. No entanto, não se preocupe, pois todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo.

Garantimos também que em nenhum momento da pesquisa você será identificado e que você terá acesso livre aos dados coletados por nós. Você tem total liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento, não havendo prejuízo algum para você. Todo o processo de coleta deverá durar em torno de 60 a 80 minutos. Caso você tenha interesse em participar como sujeito deste estudo, por favor, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada; a outra ficará com você:

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado(a), de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.

Foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA:

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:

ASSINATURA DO COORDENADOR:

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Universidade do Extremo
Sul Catarinense- UNESC - Profa. Dra. Josiane Budni
E mail: josiane.budni@unesc.br
Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário | CEP: 88806-000 –Criciúma-SC

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

Número do questionário: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

1) Identificação do Idoso

Nome: _____ Iniciais: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

2) Variáveis

a) demográficas

Sexo (1) masculino (2) feminino

Data de nascimento: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____ Estado: _____ País: _____

Número total de filhos vivos: (0) nenhum _____ filhos

b) Sociais e econômicas

Profissão: (1) aposentado (2) outra: especifique _____

Escolaridade: (0) analfabeto/sem escolaridade (1) primário Incompleto (2) primário completo (3) ensino médio incompleto (4) ensino médio completo (5) superior incompleto (6) superior completo (7) outro: especifique _____

Estado civil: (1) solteiro(a) (2) viúvo(a) (3) divorciado(a) (4) casado(a)

Religião: (1) sim (2) não Qual: _____

O idoso residia: (0) sozinho (2) cônjuge (3) familiar (filhos) (4) familiar (irmãos) (5) amigos (6) cuidador externo

Risco Psicossocial na esfera familiar:

	SIM	NÃO
Se tiver algum problema, sente que a família se preocupa o necessário?		
Sente que é escutado e que compartilham consigo problemas e preocupações familiares?		
Sente-se compreendido?		
Sente-se satisfeito com a maneira como é tratado na		

família?		
Viuvez recente		
Perda de filhos (recente)		

Participa de alguma atividade na comunidade:

(1) sim especifique _____ (2) não

Renda total dos idosos: (1) até 1 salário mínimo (2) de 1 a 2 salários (3) de 3 a 4 salários (4) de 5 a 6 salários (5) de 7 a 8 salários (6) de 9 a 10 salários (7) mais de 10 salários

Em sua opinião qual o problema que mais o atinge na sua vida diária:

(0) nenhum (1) saúde (2) econômico (3) pessoal (4) familiar

c) Étnicos

Cor da pele declarada: (1) branca (2) ameríndia (3) mestiça (4) amarela

Feições étnicas (pesquisador): (1) caucasiana (2) indígena (3)

afrodescendente (4) oriental (5) não sabe

d) Dados Clínicos

Peso..... Altura.....

IMC.....Classificação:.....

Em sua opinião você diria que sua saúde é:

(1) Excelente

(2) Muito Boa

(3) Boa

(4) Ruim

(5) Muito Ruim

Comorbidades clínicas:

Hipertensão Arterial Sistêmica (1) sim (2) não

Diabetes(1) sim (2) não

Cardiopatias(1) sim (2) não

Outras(1) sim (2) não

Faz uso de alguma medicação: (1) sim (2) não

Vitaminas e suplementos(1) sim (2) não; pílulas para pressão (1) sim (2)

não; não antibióticos(1) sim (2); não insulina(1) sim (2);

tranquilizantes(1) sim (2) não; não relaxantes musculares(1) sim (2);

outros(1) sim (2) não: _____

Faz uso de chás, vitaminas, produtos naturais para tratamento de alguma doença:

(1) sim (2) não

Prática algum tipo de atividade física:

(1) sim (2) não

Você já fumou? () sim () não (obs.: se não vá para questão etilismo)

Você ainda fuma: () sim () não

Quantos cigarros:

até ½ maço () sim () não; de ½ a 1 maço () sim () não; de 1 a 2 maços () sim () não; mais que 2 maços () sim () não

Você fuma cigarro de palha () sim () não

Etilismo:

Você faz uso de bebida alcoólica?

(1) sim (2) não

Tipo: Destilado () sim () não; Fermentado () sim () não

Dose diária(copos):

(1) 1 ou 2

(2) 3 ou 4

(3) 5 ou 6

(4) mais de 6

(5) não se aplica

Duração/anos: (há quanto tempo bebe essa quantidade)_____

(1) RGE (2) falta de ar (3) voz rouca/fraca Uso de prótese dentária: superior (4) Interior (5) não (6)

Prótese dentária: bem adaptada (7) apertada(8) frouxa (9)

Dificuldade em comer algum tipo de alimento: sim (1) não (2)

Modificou a alimentação: sim (1) não (2)

Consistência alimentar mais facial: Líquido (1) Pastoso (2) sólido (3)

Dor ao mastigar: sim (1) não (2) Dor ao engolir: sim (1) não (2)

Necessita temperar mais os alimentos: sim (1) não (2)

Você se sente cansado ao mastigar ou engolir: sim (1) não (2)

Você tosse, tem sensação de alimento parado na garganta ou falta de ar:

sim (1) não (2)

Precisa beber líquidos durante a refeição para ajudar o alimento a “descer”? sim (1) não (2)

Prefere mastigar somente de um lado: direito (1) esquerdo (2) não (3)

Você precisou ficar internado recentemente por problemas pulmonares?

sim (1) não (2)

Sono:

Rastreamento de distúrbios do sono		
	SIM	NÃO
Você está insatisfeito (a) com o seu sono?		
Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias?		
O parceiro ou outros observadores queixam de comportamento não usual durante o sono, tais como ronco, pausa na respiração ou movimento de pernas, e/ou sonolência ou fadiga diurnas?		
Duração da sintomatologia superior a 3 meses		

Você já realizou consulta com neurologista:

(1) sim Especifique o motivo:

(2) não

Você percebe certa dificuldade em lembrar-se das coisas, pessoas ou situações.

(1) Sim

(2) Não

Em sua opinião essa perda de memória ocorre:

(1) Sempre

(2) Quase sempre

(3) Raramente

(4) Nunca

História familiar positiva para:

Doença cardiovascular prematura (Infarto Agudo do Miocárdio ou morte súbita antes dos 55 anos no pai ou parentes de 1º grau do sexo

masculino, ou antes dos 65 anos na mãe ou parentes de 1º grau do sexo feminino) (1) sim (2) não

Hipertensão arterial sistêmica (1) sim (2) não

Diabetes mellitus tipo II (1) sim (2) não

Doença tireoidiana(1) sim (2) não

Câncer de cólon(1) sim (2) não

Câncer de mama(1) sim (2) não (3) não se aplica

Câncer de próstata (1) sim (2) não (3) não se aplica

Osteoporose/Fratura de fragilidade(1) sim (2) não

Depressão (1) sim (2) não

Demência(1) sim (2) não

ANEXOS

Anexo A– SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO FÍSICA E DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA

Pesquisador: Josiane Budni

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61846116.3.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.955.092

Apresentação do Projeto:

No documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_821782", lê-se: "O envelhecimento é um processo natural, dinâmico e progressivo que representa um aumento da fragilidade ocasionado pelas modificações fisiológicas, bioquímicas, morfológicas e psicológicas que acabam por gerar perda gradativa da capacidade de adaptação ao ambiente e aumento de dependência. Diante do crescente aumento na expectativa de vida da população mundial se faz necessário um olhar cuidadoso sobre a saúde do idoso. Portanto, torna-se necessário pesquisar o envelhecimento para atender à crescente demanda por procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação e por ser fundamental que os profissionais e cuidadores de saúde estejam capacitados para diagnosticar e monitorar a evolução dos sintomas de tais pacientes. Desta forma, entendendo que o processo de envelhecimento pode trazer prejuízos sociais. Portanto, o objetivo do estudo é avaliar as condições físicas, psíquicas e qualidade de vida em idosos matriculados nos lares de idosos de dois municípios do Sul de Santa Catarina, Criciúma e Içara. A população do estudo será composta por indivíduos de ambos os sexos, matriculados nos asilos Associação Lar da Terceira Idade Rede Viva, Cantinho do Idoso, Casa de Repouso Bom Jesus, Lar de Auxílio aos Idosos Feistauer, Lar São Vicente de Paulo e Casa de Repouso Tia Lucia. O desfecho do estudo será a presença de disfagia associada ao declínio cognitivo e ao transtorno de humor (depressão), bem

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA**

Continuação do Parecer: 1.955.092

como avaliar o estado cinético-funcional associado a qualidade de vida, qualidade de sono, incontinência urinária e qualidade de vida do idoso. Os fatores em estudo estão associados às variáveis sociodemográficas (idade, sexo, histórico familiar, educação), clínicas (depressão, disfunção cognitiva, Disfunção do sono, incontinência urinária, Hipertensão Arterial Sistêmica autorrelatada, diabetes autorrelatada e hábitos de vida e utilização de fármacos). A amostra desta pesquisa será censitária, sendo convidados a participar todos os 200 idosos, considerando uma perda de 10%. A amostra será composta por um total aproximado de 180 pacientes, distribuídos nas 6 Instituições participantes da pesquisa. Estudos populacionais com idosos são primordiais para o entendimento das morbidades que ocorrem nessa fase da vida, afim de proporcionar maior longevidade com qualidade à população que está envelhecendo em todo o mundo. Portanto, faz-se importante o presente projeto uma vez que pretende avaliar a prevalência de disfagia e disfunção cinética associados à fatores de declínio cognitivo, depressão, disfunção do sono, incontinência urinária e qualidade de vida em idosos institucionalizados de dois municípios da região Sul de Santa Catarina, Criciúma e Içara.”.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as condições físicas, psíquicas e qualidade de vida em idosos matriculados nos lares de idosos de dois municípios do Sul de Santa Catarina, Criciúma e Içara.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto não foi registrado pela pesquisadora como de área temática de apreciação da CONEP, o que está correto. Também não foi apresentada por parte do CEP nenhuma justificativa para que o protocolo seja analisado pela CONEP.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício EX-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.955.092

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a CONEP entende que o protocolo de pesquisa não se enquadra em área temática de sua apreciação (considerando as informações do item IX.4 da Resolução CNS nº 466/2012), não cabendo a sua análise ética à CONEP, mas somente ao CEP.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep - delibera pela devolução do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, por não se enquadrar em nenhuma das áreas temáticas descritas no item IX.4 da Resolução CNS nº 466 de 2012.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_821782.pdf	15/02/2017 23:48:15		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	15/02/2017 23:42:37	Josiane Budni	Aceito
Outros	CartasdeAceite.pdf	07/11/2016 21:39:07	Josiane Budni	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	06/11/2016 18:45:08	Josiane Budni	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ROJEITO.pdf	06/11/2016 18:42:19	Josiane Budni	Aceito

Situação do Parecer:

Devolvido

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

ANEXO B - AVALIAÇÃO DE SEGURANÇA DA DEGLUTIÇÃO – ASED

38

Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial

ANEXOS



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO
TIAGO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

AVALIAÇÃO DE SEGURANÇA DA DEGLUTIÇÃO – ASED



Furkim AM; Duarte ST; Soria FS; Sampaio RS; Nunes MCA; Wolff GS; Silveira FR; Bassi D

1. IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO: _____ Leito: _____ Data de internação: ____/____/____
 Data da Avaliação: ____/____/____ Paciente: _____
 Idade: _____ DN: ____/____/____ Sexo: M F Escolaridade: _____
 Procedência: _____ Familiar/ Acompanhante: _____ Contato: _____

1.1. Diagnóstico Neurológico: Tipo e localização da lesão: _____ - _____ Início dos sintomas: _____ Tempo de lesão: _____ Já fez fonoterapia: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Tempo de estimulação: _____ Encaminhamento: _____	1.2. Tumores de Cabeça e Pescoço: Tipo: _____ Extensão e Localização da lesão: _____ Radioterapia Quimioterapia Cirurgia: _____ Data: ____/____/____ Relatório Cirúrgico: _____
1.3 Outras comorbidades: HAS DM Cirrose DPOC ICC IAM Tabagista Etilista	

2 ASPECTOS CLÍNICOS

2.1 HISTÓRICO CLÍNICO: _____
 MEDICAÇÃO: _____

2.3 BCP : Não Sim Quantas: _____ 2.4 ESTADO NUTRICIONAL (Nrs-2002): _____ 2.5 VIA DE ALIMENTAÇÃO: Oral Parenteral Sng Sog Gastrostomia Sng Jejunostomia 2.6 SINAIS VITAIS (Repouso): Fe: _____ Fr: _____ SpO2: _____ T: _____ Pa: _____	2.7 RESPIRAÇÃO: Ambiente Oxigênio dependente VM Intubação: _____ Extubação: _____ Uso De Vmni: : NÃO SIM Tipo: _____ Tempo: _____ Traqueostomia: : NÃO SIM Cuff: NÃO SIM Insuflado Parcialmente Insuflado Desinsuflado Válvula De Fala: : NÃO SIM Tipo: _____
--	--

<p>3 CONSCIÊNCIA</p> <p>3.1 GLASGOW: () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14 () 15 () Na</p> <p>3.2 RESPONSIVO: Menos De 15 Min Mais De 15 Min</p> <p>3.3 NIHss: _____</p>	<p>4 COGNITIVO</p> <p>4.1 HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO</p> <p>4.1.1 Afasia : NÃO SIM Tipo: _____</p> <p>4.1.2 Disartria: : NÃO SIM Tipo: _____</p> <p>4.1.3 Apraxia De Fala: : NÃO SIM</p> <p>4.1.4 Rancho Los Amigos (Toe) () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () Na</p>
<p>5 OBSERVAÇÃO NO REPOUSO</p> <p>5.1 CONTROLE CERVICAL: : NÃO SIM Assistemático</p> <p>5.2 POSTURA: Decúbito Dorsal Sentado 45° Sentado 90° Adaptações: NÃO SIM _____</p> <p>5.3 RESPIRAÇÃO: Nasal Oral Mista Ruidosa Dispreia Taquipneia Bradipneia</p> <p>5.4 VEDAMENTO LABIAL: Não Eficiente Eficiente</p> <p>5.5 SIALORREIA: NÃO SIM</p> <p>5.6 REFLUXO NASAL: NÃO SIM</p> <p>5.7 POSTURA DE LÍNGUA: Ndn Protrusão _____</p> <p>5.8 MANDÍBULA: Contínente Não Contínente</p> <p>5.9 ESTASE DE SALIVA EM CAVIDADE ORAL: Presente Ausente</p> <p>5.10 OXIMETRIA: _____</p> <p>5.11 AUSCULTA CERVICAL: Positiva Negativa</p>	<p>6 DEGLUTIÇÃO ESPONTÂNEA</p> <p>6.1 SINAIS CLÍNICOS DE ASPIRAÇÃO: Tosse Dispneia Voz “Molhada”</p> <p>6.2 SE TRAQUEOSTOMIZADO: Blue Dye Test: Positivo Negativo</p> <p>6.3 OXIMETRIA: _____</p> <p>6.4 AUSCULTA CERVICAL: Positiva Negativa</p>
<p>7 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL</p> <p>7.1 DENTIÇÃO</p> <p>7.1.1 Dentição: completa incompleta: _____</p> <p>7.1.2 Prótese: total parcial inferior superior ndn</p> <p>7.1.3 Tipo de Mordida: aberta <i>overjet</i> <i>overbite</i> normal</p> <p>7.1.4 Oclusão: classe I classe II 1ª divisão classe II 2ª divisão classe III.</p> <p>7.1.5 Higiene Oral: BEG REG PEG</p>	<p>7.2 SENSIBILIDADE</p> <p>7.2.1 Facial e Intraoral (toque – 1, diminuída; 2, exacerbada)</p> <p>a) Facial: normal alterada _____</p> <p>b) Língua: normal alterada _____</p> <p>7.3 REFLEXOS ORAIS</p> <p>7.3.1 Reflexo de Vômito: presente ausente exacerbado</p> <p>7.3.2 Reflexo Palatal: presente ausente exacerbado</p> <p>7.4 MOBILIDADE ISOLADA (1-mobilidade, 2-velocidade, 3-amplitude, 4-força, 5-precisão)</p> <p>7.4.1 Língua: eficiente não eficiente: 1-2-3-4-5</p> <p>7.4.2 Lábios: eficiente não eficiente: 1-2-3-4-5</p> <p>7.4.3 Bochechas: eficiente não eficiente: 1-2-3-4-5</p> <p>7.4.4 Mandíbula: eficiente não eficiente: 1-2-3-4-5</p>
<p>8 AVALIAÇÃO VOCAL</p> <p>8.1 TMF (média): /a/: _____ Relação s/z: _____</p> <p>8.2 TOSSE VOLUNTÁRIA: não sim</p> <p>8.3 QUALIDADE VOCAL: normal soprosidade rugosidade voz “molhada”</p> <p>8.4 INTENSIDADE VOCAL: normal reduzida aumentada</p>	<p>8.5 APÓS DEGLUTIÇÃO DE SALIVA: normal voz “molhada”</p> <p>8.6 RESSONÂNCIA: normal hipernasal hiponasal</p> <p>8.7 EXCURSIONAMENTO DA LARINGE: /a/ grave: incompetentes competente /i/ agudo: incompetentes competentes</p>

<p>9 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE ALIMENTOS Condições na avaliação e oferta da dieta: 9.1 POSIÇÃO: sentado 90° sentado 45° Com adaptações: não sim Quais: _____ 9.2 DIETA OFERTADA: Líquida: água _____ ml suco _____ ml Néctar Mel Pudim Sólida: bolacha água e sal</p>	<p>9.3 UTENSÍLIOS: copo canudo mamadeira seringa colher: plástico metal café chá sobremesa sopa 9.4 OBSERVAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE 9.4.1 Fase Antecipatória: Alimenta-se sozinho: não sim Eficiente: não sim Com adaptações: não sim : _____</p>
<p>9. MANOBRAS EFICIENTES</p>	<p>11. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL</p>
<p>12. PROGNÓSTICO/ OBJETIVO TERAPÊUTICO</p>	<p>13. CONDUTA</p>

FUNCTIONAL ORAL INTAKE SCALE-FOIS (CRARY et al., 2005)

<p>Nível 1: Nada por via oral () Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido () Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente VO de alimento ou líquido () Nível 4: Via oral total de uma única consistência () Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações () Nível 6: Via oral total com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares () Nível 7: Via ora total sem restrições ()</p>	
<p>12. COMENTÁRIOS</p>	<p>13. CONCLUSÃO</p>

Oneil et al, 99 - Dysphagia outcome and severity scale. Full per-oral nutrition (P.O): Normal diet

Nível I. Deglutição normal - Normal para ambas as consistências e em todos os itens avaliados. Nenhuma estratégia ou tempo extra é necessário. A alimentação via oral completa é recomendada.

Nível II. Deglutição funcional - Pode estar anormal ou alterada, mas não resulta em aspiração ou redução da eficiência da deglutição, sendo possível manter adequada nutrição e hidratação por via oral^{PO}. Assim, são esperadas compensações espontâneas de dificuldades leves, em pelo menos uma consistência, com ausência de sinais de risco de aspiração. A alimentação via oral completa é recomendada, mas pode ser necessário despendar tempo adicional para esta tarefa.

Nível III. Disfagia orofaríngea leve - Distúrbio de deglutição presente, com necessidade de orientações específicas dadas pelo fonoaudiólogo durante a deglutição. Necessidade de pequenas modificações na dieta; tosse e/ou pigarro espontâneos e eficazes; leves alterações orais com compensações adequadas.

Nível IV. Disfagia orofaríngea leve a moderada - Existência de risco de aspiração, porém reduzido com o uso de manobras e técnicas terapêuticas. Necessidade de supervisão esporádica para realização de precauções terapêuticas; sinais de aspiração e restrição de uma consistência; tosse reflexa fraca e voluntária forte. O tempo para a alimentação é significativamente aumentado e a suplementação nutricional é indicada.

Nível V. Disfagia orofaríngea moderada - Existência de risco significativo de aspiração. Alimentação oral suplementada por via alternativa, sinais de aspiração para duas consistências. O paciente pode se alimentar de algumas consistências, utilizando técnicas específicas para minimizar o potencial de aspiração e/ou facilitar a deglutição, com necessidade de supervisão. Tosse reflexa fraca ou ausente.

Nível VI. Disfagia orofaríngea moderada a grave - Tolerância de apenas uma consistência, com máxima assistência para utilização de estratégias, sinais de aspiração para duas consistências. O paciente pode se alimentar de algumas consistências, utilizando técnicas específicas para minimizar o potencial de aspiração e/ou facilitar a deglutição, com necessidade de supervisão. Tosse reflexa fraca ou ausente.

Nível VII. Disfagia orofaríngea grave - Impossibilidade de alimentação via oral. Engasgo com dificuldade de recuperação; presença de cianose ou broncoespasmos; aspiração silente para duas ou mais consistências; tosse voluntária ineficaz; inabilidade de iniciar deglutição.

Fonoaudiólogo Responsável: _____ CRFº: _____

Consistência	LÍQUIDA						NÉCTAR						MEL						PUDIN						SÓLIDO											
	GL		5ml		10ml		GL		5ml		10ml		GL		5ml		10ml		GL		5ml		10ml		GL		5ml		10ml							
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3						
Arachós																																				
Volume																																				
Deglutição																																				
Nº deglutições																																				
Fase oral																																				
Captação do bolo																																				
Vestimento alveol																																				
Preparo do bolo																																				
Escape extraoral																																				
Tempo de transito oral																																				
Coordenação entre fases oral e faríngea																																				
Resíduos em cavidade oral pós-deglutição																																				
Fase faríngea																																				
Elevação laringea																																				
Sinais clínicos de aspiração																																				
Reflexo de vomer																																				
Disfagia																																				
Voz "molhada"																																				
Piguro																																				
Disconforto																																				
Ausculta Cervical																																				

Legenda : E = eficiente; NE = não eficiente; P = presente; A = ausente; GL = gole livre / Ausculta Cervical + (positiva para aspiração) - (negativa para aspiração)

ANEXO C – Mini Exame do Estado Mental – MEEM

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO			
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).		<input type="text"/>	5
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local ^a) (andar).		<input type="text"/>	5
REGISTRO			
* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL . Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____		<input type="text"/>	3
ATENÇÃO E CÁLCULO			
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Alternativo ¹ : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)		<input type="text"/>	5
EVOCAÇÃO			
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)		<input type="text"/>	3
LINGUAGEM			
* Identificar lápis e relógio de pulso		<input type="text"/>	2
* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".		<input type="text"/>	1
* Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão".		<input type="text"/>	3
* Ler 'em voz baixa' e executar: FECHE OS OLHOS		<input type="text"/>	1
* Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa)		<input type="text"/>	1
* Copiar o desenho:		<input type="text"/>	1
TOTAL:		<input type="text"/>	<input type="text"/>



^a **Rua** é usado para visitas domiciliares.

Local para consultas no Hospital ou outra instituição!

¹ **Alternativo** é usado quando o entrevistado erra **JÁ** na primeira tentativa, **OU** acerta na primeira e erra na segunda. **SEMPRE** que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. **Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos** – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente à da apresentação!

ANEXO D – Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e das Atividades Instrumentos de Vida Diária (AIVDs)

Avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVDs) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)

Pontuação:

Necessita de ajuda total para realizar a atividade = 1

Ajuda máxima (o indivíduo realiza até 25% da atividade sozinho) = 2

Ajuda moderada (o indivíduo realiza até 50% da atividade sozinho) = 3

Ajuda mínima (o indivíduo realiza até 75% da atividade sozinho) = 4

Só precisa de supervisão para realizar a atividade = 5

Realiza a atividade com independência modificada = 6

Realiza a atividade com independência completa = 7

Categorias:

Atividades Básicas de Vida Diária

Autocuidado (variação de 8-56 pontos)

1. Alimentação (utilização dos utensílios para levar o alimento a boca, mastigação e deglutição do alimento) ()
2. Preparo do alimento (escolha do alimento, utilização dos utensílios para o preparo) ()
3. Higiene matinal (escovar os dentes, pentear o cabelo) ()

4. Banho (utensílios para o banho, desnudação, lavagem e secagem do corpo) ()
5. Vestir acima da cintura (escolha, colocação e abotoamento das roupas) ()
6. Vestir abaixo da cintura (escolha, colocação das roupas, incluindo as meias, sapatos) ()
7. Cortar as unhas dos pés ()
8. Tomar medicamentos (medicamento, dose e hora certa) ()

Controle de esfíncteres (2-14 pontos)

9. Controle da urina (incluindo a retirada da roupa para utilizar o sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, limpar-se e higiene das mãos) ()
10. Controle das fezes (incluindo a retirada da roupa para utilizar o sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, limpar-se e higiene das mãos) ()

Transferências (3-21 pontos)

11. Move-se na cama e fora dela ()
12. Uso do vaso sanitário (deslocamento) ()
13. Uso do chuveiro (deslocamento e utilização) ()

Locomoção (3-21 pontos)

14. Locomoção (caminhar na parte interna e externa da casa) ()
15. Uso do transporte coletivo ()
16. Escadas (sobe e desce escadas) ()

Equilíbrio (4-28 pontos)

17. Posição sentada para posição de pé ()
18. - Posição de pé para posição sentada ()
19. Permanece de pé sem apoio ()
20. Pega objetos do chão a partir da posição de pé ()

Atividades Instrumentais de Vida Diária (5-35 pontos)

21. Limpeza doméstica leve (lavar louça, arrumar cama) ()
22. Limpeza doméstica pesada (carregar peso, lavar roupa, varrer a casa) ()
23. Finanças (administrar o dinheiro) ()
24. Compras (fazer compras em lugares perto de casa) ()
25. Uso do telefone (utiliza, marca números) ()

Escore total: 25 a 175 pontos

Subscores: 25 pontos: dependência completa (assistência total)

26-50 pontos: dependência modificada (ajuda em até 75% das tarefas)

51-83 pontos: dependência modificada (ajuda em até 50% das tarefas)

84-143 pontos: dependência modificada (ajuda em até 25% das tarefas)

144-175 pontos: independência modificada/ completa (não precisa de ajuda para executar as atividades)

Instruções: Abaixo há uma lista de sentimentos e comportamentos. Por favor, assinale a frequência com que lhe ocorrem na última semana.

Raramente ou nunca (menos que 1 dia)

Poucas vezes (1-2 dias)

Às vezes (3-4 dias)

Quase sempre ou sempre (5-7 dias)

Durante a última semana:	R	PV	Às vezes	QS ou S
1. Eu me chateei por coisa que normalmente não me chateavam.	0	1	2	3
2. Não tive vontade de comer, estava sem apetite.	0	1	2	3
3. Sinto que não consegui me livrar da tristeza mesmo com a ajuda da minha família e dos meus amigos.	0	1	2	3
4. Eu me senti tão bem quanto as outras pessoas.	0	1	2	3
5. Eu tive problemas para manter a concentração (prestar atenção) no que estava fazendo.	0	1	2	3
6. Eu me senti deprimido.	0	1	2	3
7. Sinto que tudo que eu fiz foi muito custoso	0	1	2	3
8. Eu me senti com esperança em relação ao future.	0	1	2	3
9. Eu pensei que minha vida tem sido um fracasso.	0	1	2	3
10. Eu em senti com medo.	0	1	2	3
11. Meu sono esteve agitado.	0	1	2	3
12. Eu estive feliz.	0	1	2	3
13. Eu conversei menos que o meu normal.	0	1	2	3
14. Eu me senti sozinho.	0	1	2	3
15. As pessoas não foram amigáveis.	0	1	2	3
16. Eu me diverti.	0	1	2	3
17. Eu tive crises de choro.	0	1	2	3

18. Eu me senti triste.	0	1	2	3
19. Eu senti que as pessoas não gostam de mim	0	1	2	3
20. Eu me sinto desanimado.	0	1	2	3
Total:				

ANEXO F - Transtorno de Ansiedade Generalizada – GAD -7

Durante as duas últimas semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo (marque sua resposta com um X).

Nenhuma vez

Vários dias

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

Problemas	NV	VD	MM	QT
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a, ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações.	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas.	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar.	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a.	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/ ou irritado/a.	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer.	0	1	2	3
Total:				

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Professora Dra Josiane Budni

Criciúma
2017