

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO **GESTÃO E ASSISTÊNCIA**
EM GERONTOLOGIA

ANÁRIA GOMES SUZART
FABIANA FEITOSA CAVALCANTE

DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO NO PROCESSO NORMAL DO
ENVELHECIMENTO:

(Revisão de estudos epidemiológicos)

Brasília
2011

**ANÁRIA GOMES SUZART
FABIANA FEITOSA CAVALCANTE**

**DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO NO PROCESSO NORMAL DO
ENVELHECIMENTO:**

(Revisão de estudos epidemiológicos)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde do Idoso Gestão e Assistência em Gerontologia do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde do Idoso Gestão e Assistência em Gerontologia.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

Brasília
2011

Suzart, Anária Gomes.

Distúrbios da deglutição no processo normal do envelhecimento: revisão de estudos epidemiológicos. Anária Gomes Suzart; Fabiana Feitosa Cavalcante. – Brasília, 2011.

26f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde do Idoso) – Curso de Especialização em Saúde do Idoso, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Idoso. 2. Deglutição. Título.

CDU 613.98

**ANÁRIA GOMES SUZART
FABIANA FEITOSA CAVALCANTE**

**DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO NO PROCESSO NORMAL DO
ENVELHECIMENTO**

(Revisão de estudos epidemiológicos)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde do Idoso Gestão e Assistência em Gerontologia do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde do Idoso **Gestão e Assistência em Gerontologia**.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo-USP

RESUMO

Com o aumento da população idosa, as alterações do processo de envelhecimento tornam-se mais evidentes. Com relação à deglutição, este declínio da função na senescência é denominado presbifagia. O intuito do presente trabalho foi buscar na literatura as alterações da deglutição no processo normal do envelhecimento por meio de uma revisão de estudos epidemiológicos. As referências foram selecionadas pela base de dados LILACS na literatura nacional. Na busca realizada, foram encontrados 189 estudos, dos quais apenas 7 foram incluídos para a análise. Todos estes artigos datavam de 2002 a 2009. Foram verificadas que as alterações de deglutição acometem os idosos de diferentes formas, a depender da idade e do sexo. Apesar desta constatação, nem todos os idosos descritos nos artigos relataram dificuldade em lidar com as mudanças no padrão de deglutição. Isto demonstra a capacidade adaptativa do idoso em lidar com a presbifagia, evitando assim engasgos. Porém acreditamos na importância do acompanhamento de uma equipe interdisciplinar para melhor gerenciamento caso seja necessário.

Palavras-chave: Deglutição. Idoso. Envelhecimento.

ABSTRACT

With the increasing elderly population, the changes of aging become more evident. With regard to swallowing, this decline in function is called senescence presbifagia. The purpose of this study was to search the literature swallowing abnormalities in the normal aging process through a review of epidemiological studies. References were selected by the LILACS database in the national literature. In the search conducted, we found 189 studies, of which 7 were included for analysis. All these items dating from 2002 to 2009. We verified that swallowing disorders affect the elderly in different ways, depending on age and sex. Despite this fact, not all elderly people described in the articles reported difficulty coping with changes in the swallowing pattern. This demonstrates the adaptive capacity of the elderly in dealing with presbifagia, thus preventing choking. But we believe in the importance of following an interdisciplinary team for better management if necessary.

Key-words: Swallowing. Elderly. Aging.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	7
2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	8
2.1 Alimentação e deglutição na senescência	9
2.1.1 Presbifagia e disfagia no idoso	10
2.1.2 Avaliação do idoso com presbifagia	13
3 OBJETIVO	14
4 METODOLOGIA	14
5 APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS	15
6 ANÁLISE DOS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Serão enfatizadas neste estudo as modificações fisiológicas da deglutição que acontecem no processo normal do envelhecimento, fenômeno este denominado presbifagia. Diante da nova realidade populacional e a partir do interesse das pesquisadoras sobre a área de gerontologia, decidiu-se desenvolver este trabalho direcionando-o aos idosos e aos distúrbios da deglutição no processo normal de envelhecimento.

Espera-se que este estudo possa auxiliar àqueles que assistem os idosos, principalmente no campo de atuação da enfermagem, onde essa equipe de profissionais é responsável pela oferta alimentar e pela orientação daqueles que cuidam dos idosos em domicílio. Que o entendimento sobre a presbifagia possa instrumentalizar a equipe de saúde nos aspectos de prevenção, orientação e reabilitação, sempre com o objetivo de promover maior eficácia e eficiência na deglutição do idoso, o que permite uma condição de alimentação prazerosa e integrada ao seu convívio familiar e social.

2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O Brasil começou seu processo de envelhecimento populacional a partir de 1960, decorrente de uma associação entre a queda significativa da mortalidade e o rápido declínio da fecundidade. Em 2000, o Brasil possuía 8,6% de sua população composta por pessoas com mais de 60 anos. As perspectivas indicam que até 2020, o país deverá ter mais de 30 milhões de idosos e está projetada a idade média de 70,11 anos (BARBOSA; DIAS; PEREIRA, 2007).

Além da queda da taxa de natalidade, avanços tecnológicos, educacionais e da própria medicina também contribuíram para o aumento da expectativa de vida. Isto gera um contingente cada vez maior da população idosa, propiciando sua maior participação na comunidade (QUINTALE; PIMENTEL; BERENSTEIN, 2002).

A compreensão das pessoas idosas como seres singulares, complexos e diferenciados torna-se iminente para que medidas atuantes nas áreas sociais, educacionais e de saúde sejam implementadas para garantir que, aos anos, some-se qualidade de vida (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

Envelhecimento é um processo complexo e gradual que revela modificações sutis em todo o organismo. Quanto mais atentos para as transformações e mudanças sinalizadoras deste processo, as quais surgem de distintas formas em cada parte do corpo, tanto melhor poder-se-á aprender a conviver com essas limitações, e medidas de prevenção poderão ser tomadas, contribuindo para um envelhecimento bem sucedido (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

É diante deste novo perfil populacional, que se tem aumentado a preocupação, principalmente, dos profissionais da área de saúde em relação aos decrementos fisiológicos decorrentes do processo de envelhecimento. Usualmente, a equipe de saúde está mais acostumada a lidar com as alterações patológicas do envelhecimento, seguramente estamos mais preocupados e tecnicamente mais habilitados com os desvios da normalidade do que com a própria manifestação natural.

2.1 Alimentação e deglutição na senescência

O processo de envelhecimento é denominado de senescência, o qual pode ser definido como as alterações estruturais e funcionais encontradas no processo normal do envelhecimento que embora variem de um indivíduo para outro, ocorrem em todos os idosos. Manifesta-se por perda de grupos musculares, diminuição da capacidade funcional, lentidão psicomotora e declínio da memória recente (TANURE et al., 2005).

Os aspectos relacionados à alimentação e nutrição do idoso também modificam com a senescência. Com o passar dos anos, devido às modificações anatômicas e fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento do indivíduo, modificações no sistema sensitivo-motor oral podem ser percebidas, observando-se inadequações nas fases fisiológicas da deglutição, como conseqüência, uma deglutição menos eficiente no idoso (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

O idoso com dificuldade de deglutição pode apresentar sinais e sintomas tais como acúmulo de alimento na cavidade oral, modificações na mastigação (dificuldade em colocar alimento na base da língua), expelir o alimento durante as refeições, regurgitação nasal, fadiga durante a alimentação, tosse após ingestão do alimento, odinofagia, engasgos, dificuldade em deglutir certos alimentos, voz molhada após deglutição, sensação de bolo na região de hipofaringe, intolerância a sólidos e/ou líquidos. Como conseqüência, pode apresentar desidratação, desnutrição, aspiração, pneumonia de repetição, depressão, problemas psicossociais, ansiedade e complicações clínicas, que em alguns casos, podem levar a quadros graves de morbidade (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

Vale destacar que além dos aspectos nutricionais relacionados à alimentação, esta também tem sua função social. O ato de alimentar causa no ser humano prazer e inserção social, haja vista que as comemorações de datas importantes são sempre regadas a boa comida e entes queridos. A naturalidade do prazer que uma boa comida traz, muitas vezes só é valorizada, quando se percebe alguma dificuldade ao deglutir os alimentos.

Idosos com dificuldade de deglutição evitam comer alguns tipos de alimentos, modificam outros ou deixam de participar das refeições em família ou com outras pessoas, pois ficam intimidados com essas situações de dificuldade e constrangimento. Muitas vezes esta situação torna-se vexatória, não somente para os idosos que passam pelo problema, como também para as pessoas que estão

próximas deles, pois os engasgos, a tosse, a dificuldade associada à falta de ar e mal-estar geral assustam muito e mobilizam a todos que estão próximos e querem ajudar e, na maioria das vezes, não sabem como proceder (ESTRELA; MOTTA; ELIAS, 2009).

2.1.1 Presbifagia e disfagia no idoso

O idoso pode apresentar dificuldades na deglutição, conforme discutido, devido ao processo natural do envelhecimento, qual seja, a redução da reserva funcional dos vários órgãos e sistemas do organismo.

A presbifagia é o termo designado às alterações que ocorrem pela degeneração fisiológica do mecanismo da deglutição, devido ao envelhecimento sadio das fibras nervosas e musculares. Os idosos sadios mantêm sua funcionalidade, compensando tais perdas e ajustando-se gradativamente a elas (CARDOSO, 2009). Denomina-se disfagia a um distúrbio da deglutição que se caracteriza por alterações em qualquer etapa e/ou entre etapas dinâmicas da deglutição, por vezes trazendo prejuízos importantes aos aspectos nutricionais de hidratação, estado pulmonar, prazer alimentar e social do idoso (STEENNHAGEN; MOTTA, 2006).

A literatura cita que a população de idosos apresenta alto risco para disfagia em consequência dos efeitos da senescência no mecanismo da deglutição. Estes efeitos isoladamente não são os causadores da disfagia, mas por si só tornam o mecanismo de deglutição mais vulnerável a distúrbios causados por intercorrências clínicas, como por exemplo, infecções de vias aéreas (FURKIM, 1999 apud TANURE et al., 2005).

A deglutição é uma função biológica do sistema estomatognático, que se define como ato de engolir. Tal função tem um controle neuromotor fino, realizando movimentos coordenados e precisos, cujo objetivo é o transporte do alimento da porção anterior da boca ao estômago. Compõem-se pelas fases: oral, faríngea e esofágica (TANURE et al., 2005). As alterações encontradas na presbifagia nos diferentes estágios da deglutição respaldam-se nas modificações das estruturas anatomofuncionais (CARDOSO, 2009).

Fase Oral

Exames radiográficos de idosos indicaram uma prolongação do estágio oral de preparação do bolo quando comparados com sujeitos mais jovens (STEENHAGEN; MOTTA, 2006). Estudos revelam que o idoso edêntulo apresenta dificuldade para triturar os alimentos, optando por uma dieta restrita em alguns alimentos mais duros e crus. Apesar da estreita ligação entre idade e edentulismo, o número de idosos que tem preservado sua dentição natural tem crescido consideravelmente. Quintale; Pimentel; Berenstein (2002) referem que o quadro de edentulismo entre idosos parece ser consequência do quadro socioeconômico do que biológico dos idosos.

A escassez da saliva é uma queixa em um número elevado de idosos. A xerostomia pode ser explicada pelo fato de que, ao passar dos anos, há diminuição das glândulas mucosas e das glândulas salivares menores; a viscosidade da saliva também é bastante reduzida entre idosos. O uso de medicamentos também pode estar associado à diminuição do fluxo salivar, pois os mais freqüentemente consumidos pelos pacientes geriátricos são os agentes cardiovasculares, analgésicos, sedativos e tranqüilizantes em grande maioria associados a efeitos de inibição do fluxo salivar (QUINTALE; PIMENTEL; BERENSTEIN, 2002).

A língua está sujeita a mudanças hipertróficas devido ao crescimento de tecido conectivo e de depósito de gordura. Essas mudanças levam à redução da mobilidade da língua e a uma redução da força de movimentação (STEENHAGEN; MOTTA, 2006). A redução de papilas contribui para o declínio da sensação gustativa (QUINTALE; PIMENTEL; BERENSTEIN, 2002).

A atrofia dos músculos mastigatórios e também por redução da eficiência bioquímica decorrente das mudanças musculares leva a diminuição da força da mordida para mais de 50% de seu potencial, se comparado com indivíduos jovens (STEENHAGEN; MOTTA, 2006).

O uso de prótese dentária mal adaptada gera prejuízo na fase oral da deglutição. A prótese mal adaptada está relacionada com a idade uma vez que o osso alveolar atrofia cerca de um milímetro por ano em decorrência da ausência dos dentes (TANURE et al., 2005). Vale ressaltar que indivíduos portadores de próteses totais têm 1/6 da eficiência da mordida das pessoas com dentes naturais (STEENHAGEN; MOTTA, 2006). Edêntulos mesmo com prótese dentária, a limitação mastigatória é relatada devido à perda do movimento rotatório da

mandíbula, importante para a trituração do alimento. O uso da prótese dentária também pode estar relacionado à percepção bucal, a qual é resultado da estimulação dos receptores do tato, temperatura e da dor na mucosa oral. A simples presença da base física da dentadura pode justificar a diminuição do paladar. A má higiene oral pode determinar consideravelmente diminuição da percepção gustativa, devido a matéria alba, fragmentos e restos de alimentos sobre os corpúsculos gustativos, dificultando assim a estimulação dos quimiorreceptores orais (QUINTALE; PIMENTEL; BERENSTEIN, 2002).

Fase faríngea

A diminuição do tecido conectivo na musculatura supra e infra hióidea que sustenta a laringe resulta numa redução da elevação anterior da laringe e em uma diminuição na força de fechamento da entrada das vias aéreas (STEENHAGEN; MOTTA, 2006).

Fase esofágica

Na fase esofágica, observamos que com o processo de envelhecimento há uma diminuição da ação motora, a qual se torna mais lenta, decorrente de mudanças características dessa fase. Ocorre diminuição da força e tonicidade da musculatura esofágica produzindo uma queda da amplitude das contrações peristálticas. Portanto, essa lentificação dos músculos e ligamentos leva os idosos a precisar de mais tempo para se alimentar (QUINTALE; PIMENTEL; BERENSTEIN, 2002).

Embora tais alterações da deglutição sejam bem comuns nos idosos e amplamente divulgadas e estudadas pelas áreas de saúde, a presbifagia ainda é pouco explorada.

2.1.2 Avaliação do idoso com presbifagia

A avaliação do paciente idoso que apresenta queixa de distúrbio da deglutição consiste, inicialmente, na realização da anamnese, que a depender das condições do paciente deve ser preferencialmente realizada na presença de seus familiares e ou cuidadores. Em seguida avaliam-se as estruturas envolvidas na deglutição e por fim observa-se a oferta alimentar.

As detalhadas informações colhidas na anamnese e os procedimentos clínicos específicos visam facilitar a compreensão da dinâmica da deglutição por meio da avaliação das estruturas e primordialmente, do funcionamento entre as fases (FURKIM;SANTINI,2004).

Inicialmente faz um apanhado do histórico clínico do paciente que incluem dados como: episódios de pneumonia, febre recorrente sem causa aparente, infecções de ouvido e garganta, perda de peso involuntária, perda do prazer de alimentar, inapetência, medicamentos em uso, tempo médio para cada refeição, alteração da consistência alimentar e textura alimentar, utensílios utilizados durante a alimentação, nasoregurgitação, tosse, sensação de alimento parado na garganta, restos alimentares em cavidade oral, dentre outros.

A avaliação das estruturas envolvidas na deglutição é realizada pelo exame clínico. A mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios é testada em seus movimentos isolados dos músculos faciais, da língua, dos palatos duro e mole. A dentição é cuidadosamente examinada quanto ao número de dentes, estado de conservação higiene e presença de próteses bem adaptadas ou não. Reflexos de mordida e nauseoso também são testados (M. FILHO; GOMES; FURKIM, 2000).

Em seguida realiza-se a avaliação clínica da deglutição, que é a oferta de diferentes tipos de consistências alimentares, simulando as consistências comuns no seu dia a dia. O observador deve estar atento ao manejo do bolo alimentar na cavidade oral, presença de múltiplas deglutições, presença de tosse, modificação da qualidade de voz e necessidade de alternância de consistências. Tais sinais devem ser devidamente observados para intervenções se necessárias. O ambiente também deve ser explorado, pois quanto maior é o número de objetos distratores, maior será possibilidade de o paciente desviar sua atenção durante as refeições.

Podem ser utilizados recursos instrumentais durante toda a abordagem clínica, como ausculta cervical e o oxímetro de pulso (M. FILHO; GOMES; FURKIM, 2000)

A equipe interdisciplinar deve estar afinada às mudanças fisiológicas da deglutição no processo do envelhecimento para que possam traçar um conjunto após a consideração de todos os dados colhidos na formulação de estratégias para ajudar o idoso, caso estas alterações estejam influenciando de forma negativa na sua qualidade de vida.

3 OBJETIVO

Analisar estudos epidemiológicos acerca das alterações da deglutição decorrentes do processo de envelhecimento normal, considerando a literatura especializada.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica que é uma síntese ou comentários dos livros publicados em revistas especializadas das várias áreas da ciência, das artes e da filosofia (SEVERINO, 1996). Buscou-se analisar a deglutição no processo natural de envelhecimento.

As referências foram selecionadas por meio da base de dados LILACS , utilizando como palavras-chave “idoso” e/ou “deglutição”. Utilizamos também como referencial teórico, livros didáticos na área de fonoaudiologia, gerontologia, metodologia científica e artigos referenciados pelos artigos escolhidos no LILACS.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados na área de saúde em que constassem os descritores “idoso e deglutição” na literatura nacional, abordando especificamente as alterações da deglutição em idosos saudáveis. Os critérios para exclusão dos artigos foram: o estudo não tratar exclusivamente em idosos saudáveis; artigos que descreviam intervenções específicas de áreas como odontologia, fonoaudiologia e nutrição para manejo da disfagia em idosos; e artigos que abordavam especificamente elucidações diagnósticas por meio de exames e condutas cirúrgicas. Na busca realizada, foram encontrados 189 estudos com as palavras-chave: idoso e deglutição. Destes, apenas 7 alcançaram os critérios de inclusão. Todos estes artigos datavam de 2002 a 2009. Vale ressaltar que 2 destes estudos são capítulos de livros didáticos, os quais não foram analisados por não contemplarem aspectos epidemiológicos relativos a pesquisa de campo.

5 APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

A seguir serão apresentados os principais achados dos 5 estudos epidemiológicos selecionados segundo os critérios de inclusão:

Quadro 1 - Apresentação das principais variáveis dos estudos epidemiológicos.

AUTOR	ANO	POPULAÇÃO			METODOLOGIA
		n	Faixa etária	Sexo	
1) Mendes; Tchakmakian	2009	53	60-95	81% F 19% M	Estudo de campo quanti-qualitativo com método descritivo analítico.
2) Maciel et al	2008	49	60-92	41% F 59% M	Estudo transversal analítico.
3) Canterji et al	2004	15	64-95	86,7% F 13,3% M	Estudo prospectivo, transversal e descritivo.
4) Lima et al	2009	34	65-88	44,11% F 55,8% M	Estudo descritivo, observacional e transversal.
5) Quintale et al	2002	100	60-80	59% F 41% M	Aplicação de questionário *

N=Número de participantes; F=Feminino; M=Masculino;* não foi especificado o tipo de estudo no artigo.

Devido às formas distintas dos autores em descrever as alterações de deglutição no idoso saudável, não foi possível a inserção dos resultados e desfecho na tabela acima. Tais dados seguem abaixo:

1) Resultados:

* As alterações do padrão de deglutição ocuparam o segundo diagnóstico clínico da amostra estudada, estando associada a doenças hipertensivas e neurológicas.

* Dos pacientes estudados, 1/3 da amostra não apresenta risco para disfagia (35,8%).

* 64,2% apresentam algum risco para disfagia entre eles:

- 20,8% risco para ingestão hídrica;
- 1,9% ingestão de alimentos com dupla consistência;
- 37,7% riscos diversos tais como: diminuição da força mastigatória, uso de medicamentos, aumento de incidência de cárie, espessamento da saliva, ausência de dentes e ou prótese não ajustada, hipotonia facial, resíduo alimentar na cavidade oral.

* Todos os pacientes estudados optaram por alimentos cozidos e picados, evitando crus e líquidos finos.

Desfecho:

* A intervenção fonoaudiológica e nutricional se fazem necessárias, pelas mudanças que ocorre na deglutição pelo processo natural do envelhecimento.

* Observou-se que nos idosos acompanhados em domicílio é alto o risco de disfagia associado a doenças de base, sendo possível adaptar as consistências das dietas levando a uma melhora discreta no estado nutricional e evitando as complicações clínicas advindas da disfagia.

2) Resultados:

* Dos pacientes estudados, o risco para a disfagia foi o seguinte:

- 31% apresentavam risco mínimo;
- 47% apresentavam risco leve;
- 18% apresentavam risco moderado;
- 4% apresentavam risco grave.

* No sexo feminino o risco de disfagia foi maior comparada aos homens.

* A freqüência de risco de disfagia dos pacientes idosos no momento da admissão foi 69% e 71% com estado nutricional inadequado.

Desfecho: Importância da equipe multidisciplinar incluindo fonoaudiólogos e nutricionistas capacitados para avaliar os distúrbios da deglutição por meio da identificação do estado nutricional e a subsequente intervenção em idosos disfágicos.

3) Resultados:

* Dos pacientes avaliados 53,3% não apresentavam desvio durante o movimento de abertura da mandíbula; já 40,6% apresentavam desvio mandibular.

* 66,7% dos idosos apresentavam face simétrica; 33,3% possuíam face assimétrica.

* 80% apresentavam respiração nasal; 20% apresentavam respiração oronasal.

* Em relação à mastigação 60% realizavam mastigação bilateral e 40% unilateral.

* No que se refere a mordida inicial 73,3% mordiam inicialmente com os incisivos e 26,7% introduziam o alimento a boca já partido com a mão.

* Quanto à presença de vedamento labial durante a mastigação, 73,3% mastigavam realizando vedamento labial enquanto que 26,7% não realizavam o vedamento labial.

* Verificou-se que 46,7% apresentaram problemas de deglutição.

Desfecho: É extremamente necessário que a equipe interdisciplinar compreenda as modificações normais que ocorre no avanço da idade e o que pode se considerado alteração, visto que há evidências que a função de deglutição em idosos saudáveis é diferente do desempenho em indivíduos jovens.

4) Resultados:

* Em relação às queixas no processo de alimentação:

- 29,4% dos idosos referem necessidade de tempero para poder sentir o sabor da comida;

- 35,3% sentem dificuldade em mastigar;

- 11,8% têm a sensação de comida “parada” na garganta;

- 52,9% dos idosos necessitam do auxílio de líquido para deglutir o alimento;

- 8,8% referem engasgos durante as refeições;

- 41,2% dos idosos referem ter maior controle com alimentos pastosos.

* Quanto à avaliação da morfologia:

- 58,8% conseguem manter vedamento labial;

- 8,8% apresentam lábio inferior invertido;

- 8,8% apresentam lábio superior fino;

- 2,9% possuem lábios superiores e inferiores finos;

- 44,1% apresentam alargamento de língua;

- 61,8% possuem simetria das bochechas;

- 55,9% possuem bochechas caídas;
- 85,3% possuem palato duro normal;
- 14,7% têm palato duro ogival.

* Referente à avaliação das funções estomatognáticas de deglutição:

- 88,2% dos idosos apresentaram forma adaptada para a deglutição como: projeção da cabeça e uso excessivo da musculatura perioral.

Desfecho:

* Os idosos se adaptam durante o processo de mastigação a fim de manter a sua dieta o mais próximo possível da realizada quando jovem e também durante a deglutição permitindo uma alimentação segura.

* Foi possível observar que o atendimento ao idoso necessita ser realizado de forma interdisciplinar com o foco na atenção primária em uma perspectiva de integralidade das ações desenvolvidas.

5) Resultados:

* Na faixa etária de 60 a 69 anos:

- 71,88% das mulheres e 70,92% dos homens necessitaram de mudança na consistência alimentar com a velhice.

* Na faixa etária de 70 a 80 anos:

- este valor foi de 59,26% para as mulheres e um aumento de 80% dos homens também realizaram mudança na alimentação.

* Dos entrevistados, 86% das mulheres utilizavam prótese dentária, enquanto que 80,48% dos homens também utilizavam prótese.

* Com relação ao maior tempo para se alimentar que o habitual:

- na faixa etária de 60 a 69 anos foi obtido o valor de 37,50% entre as mulheres e 53,85% entre homens;
- na faixa etária de 70 a 80 anos, 74,7% das mulheres levam mais tempo comparadas a 73,3% dos homens.

* No que diz respeito a dificuldade dos idosos em morder os alimentos:

- na faixa etária de 60 a 69 anos cerca de 34,37% das mulheres e 30,7 % nos homens relataram esta dificuldade;
- nas idades entre 70 a 80 anos, o percentual foi de 37,04% das mulheres e 53,3% dos homens.

* Com relação à dificuldade de mastigar os alimentos:

- na faixa etária de 60 a 69 anos, 43,75% das mulheres e 38,46% dos homens relataram esta dificuldade;

- na faixa etária de 70 a 80 anos, 62,96% das mulheres e 40% dos homens também referiram a mesma dificuldade.

* No que diz respeito à mudança na consistência dos alimentos:

- na faixa etária de 60 a 69 anos, 40,63% das mulheres e 34,62% dos homens necessitam comer alimentos mais moles;

- na faixa etária de 70 a 80 anos, 48,15% das mulheres e 60% dos homens responderam que houve necessidade de mudança para alimentos mais macios e caldosos.

* Com relação à dificuldade de deglutir os alimentos:

- na faixa etária de 60 a 69 anos, 11,54% das mulheres e 40,63% dos homens informaram que apresentam dificuldade de deglutir os alimentos;

- na faixa etária de 70 a 80 anos, 29,63% mulheres e 26,67% dos homens também relataram esta dificuldade.

* Com relação à sensação de alimento parado:

- na faixa etária de 60 a 69 anos, 25% das mulheres e 23,08% dos homens referiram este fato;

- na faixa etária de 70 a 80 anos, este número sobe para 40,74% das mulheres e 40% dos homens.

* Com relação à necessidade de ingerir água durante a refeição:

- na faixa etária de 60 a 69 anos, 37,5% das mulheres e 30,7% dos homens referiram necessidade de ingerir água como facilitador da deglutição;

- na faixa etária de 70 a 80 anos, a alternância de consistência foi referido por 40,7% das mulheres e 53,3% dos homens.

* Com relação à necessidade de pigarrear logo após as refeições:

- na faixa etária de 60 a 69 anos, 15,63% das mulheres e 7,6% dos homens;

- na faixa etária de 70 a 80 anos, 18,5% das mulheres e 20% dos homens também relataram esta necessidade.

* No quesito sentir vontade de tossir ou sensação de sufocamento ao engolir ou beber líquidos:

- na faixa etária de 60 a 69 anos, 12,5% das mulheres e 11,5% dos homens afirmaram positivamente;

- na faixa etária de 70 a 80 anos, apenas 11,5% das mulheres informou esta dificuldade e nenhum homem relatou esta dificuldade.

* No que diz respeito a sensação de boca seca:

- na faixa etária de 60 a 69 anos, cerca de 40,6% mulheres e 46,1% relataram sensação de boca seca;
- na faixa etária de 70 a 80 anos, responderam positivamente 62,9% das mulheres e 40% dos homens.

* Com relação a dificuldade de diferenciar doce do salgado:

- na faixa etária de 60 a 69 anos, 6,2% de mulheres e 7,6% de homens apresentaram dificuldade para diferenciar o doce do salgado;
- na faixa etária de 70 a 80 anos, 3,7% de mulheres e 0% dos homens apresentaram dificuldade para diferenciar o doce do salgado.

* Com relação à dificuldade de diferenciar ácido do amargo:

- na faixa etária de 60 a 69 anos, 18,7% de mulheres e 23% de homens apresentaram dificuldade de diferenciar o ácido do amargo;
- na faixa etária de 70 a 80 anos, 14,8% de mulheres e 26,6% de homens apresentaram dificuldade de diferenciar o ácido do amargo.

Desfecho: Muitos dos idosos que participaram da pesquisa acreditam que as dificuldades encontradas sejam normais e que nada pode ser feito para melhorá-las.

6 ANÁLISE DOS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

Dos cinco artigos estudados constatou-se que houve relato de alteração de padrão da deglutição nos idosos em todos eles. As alterações citadas foram:

*Diminuição da força mastigatória citado em três artigos numa média de ocorrência de 30% dos idosos estudados. A perda da dentição natural combinada com a perda força mastigatória da mordida afeta a preparação do bolo alimentar e pode levar a fadiga prematura durante a alimentação (FURKIM; SANTINI, 2004).

*Espessamento de saliva e sensação de boca seca relatada por dois artigos. Em um dos artigos na faixa etária de 60 a 69 anos em cerca de 40% e numa idade mais avançada de 70 a 80 anos este percentual subiu para mais de 60%. Isso pode acontecer devido à atrofia das glândulas salivares menores, naturalmente distribuídas por toda orofaringe e até mesmo pela redução do número total de glândulas (BIGAL et al.,2007).

*Mudança da consistência alimentar, evitando alimentos crus e optando por alimentos mais cozidos e pastosos. Em três artigos os idosos entrevistados, optaram por gerenciar esta dificuldade de ingerir alimentos endurecidos, modificando a consistência alimentar para alimentos mais amolecidos. A redução do tônus da língua, aliada à flacidez da musculatura, dificulta a mastigação de alimentos mais sólidos ou consistentes, levando o idoso a preferir alimentos mais macios, úmidos e conseqüentemente de deglutição mais fácil (BIGAL et al.,2007). Os idosos ao se depararem com diminuição da saúde orgânica e da integridade do sistema estomatognático, eles modificam seus hábitos alimentares como forma de adaptação às situações de perdas (LIMA et al., 2009).

*O não vedamento labial adequado durante as refeições foi uma alteração vista na minoria dos pacientes estudados em dois artigos. Tais estudos referem que os idosos conseguem manter um bom vedamento labial durante as refeições evitando escape de alimento durante as refeições. O não vedamento labial é justificado pelo declínio do tônus que pode relacionar-se a diminuição da massa muscular e a mudança morfológica que diminui as unidades motoras funcionantes (LIMA et al., 2009).

*Dois artigos descrevem a alteração dos idosos na percepção dos sabores dos alimentos, seja para alimentos doces dos salgados, seja para alimentos ácidos dos amargos. Um desses artigos especifica a necessidade do acréscimo de temperos à comida para que a mesma torne-se mais palatável. A perda de

importantes papilas gustativas combinada com perda de olfato compromete informações sensoriais cruciais, além disso, a higiene oral geralmente prejudicada também dificulta a estimulação dos quimiorreceptores orais (CHAHUAM et al., 1987 apud FURKIM; SANTINI, 2004).

*A sensação de alimento parado na garganta também é citada em dois artigos estudados. Em um deles vale ressaltar que o percentual dobra com o aumento da idade do idoso, ou seja, na faixa etária de 70 a 80 anos esta sensação é referida por 40% dos idosos entrevistados. A redução da eficiência do clearance orofaríngeo e a redução da força muscular da língua, sem que haja um aumento da pressão necessária para realização da função de deglutição, possibilita a presença de estase na cavidade oral após a deglutição e sensação de alimento parado na garganta (FURKIM; SANTINI, 2004).

*A alternância de consistência foi também citada como uma manobra utilizada pelos idosos para gerenciar a dificuldade de deglutir certos tipos de alimentos. A necessidade de ingerir líquidos durante as refeições foi citada em dois artigos como facilitador da deglutição. Os líquidos facilitam a descida do alimento, visto que com o avançar da idade, as cartilagens laríngeas começam a se calcificar e perder a elasticidade, assim como também ocorre a atrofia dos músculos da laringe (LIMA et al., 2009).

*Os engasgos, sensação de sufocamento e vontade de tossir durante as refeições foram descritos em dois artigos e em ambos o percentual encontrado foi em torno de 10% dos idosos estudados. Com o processo de envelhecimento, a perda da elasticidade pulmonar e mudanças na posição do pulmão que reduz a capacidade vital do idoso e provavelmente a sua capacidade de tossir e proteger as vias aéreas. Assim, complicações pulmonares afetam a capacidade do idoso em manter a via aérea fechada por um tempo necessário para que o bolo passe com segurança pelo esôfago, afetando de modo negativo a sua deglutição (FILHO; GOMES; FURKIM, 2000). Outras alterações citadas em um único artigo:

* Uso de medicamentos. Sabe-se que tanto a quantidade quanto o tipo de medicação ingerida aumentam com a idade. Os efeitos colaterais da medicação costumam descompassar o mecanismo da deglutição. Algumas categorias de drogas reduzem o funcionamento da musculatura involuntária, diminuindo a mobilidade esofágica e as pressões do esfíncter esofágico inferior. Outras drogas freqüentemente ressecam a cavidade oral e a mucosa faríngea. As categorias de medicamentos que causam a xerostomia são antidepressivos, antiespasmódicos,

anti-hipertensivos, bronco dilatadores, anticolinérgicos, anti histamínicos e sedativos. O ressecamento excessivo da mucosa oral interfere com o paladar por falta da saliva mais também inibe que o início da preparação do bolo alimentar e da subsequente resposta da deglutição. O mecanismo de ação da disfagia causada por medicamentos que atuam no sistema nervoso periférico é o bloqueio da junção neuromuscular que pode provocar fraqueza da musculatura da faringe (M. FILHO; GOMES; FURKIM, 2000).

* Ausência de dentes e ou próteses mal ajustadas. Próteses com encaixe imperfeito agravam os distúrbios de preparação do bolo alimentar interferem nos receptores mecânicos e sensoriais do palato duro (FURKIM; SANTINI, 2004). A prótese mal adaptada está relacionada com a idade uma vez que o osso alveolar atrofia cerca de um milímetro por ano em decorrência da ausência dos dentes (TANURE et al., 2005). Próteses geram limitação com consequente perda do movimento de rotação da mandíbula, importante para trituração do alimento (CANTERJI et al., 2004).

* Restos de resíduos alimentares na cavidade oral. A diminuição do fluxo salivar associada à hipotonia em alguns músculos da face levam a presença de restos alimentares na cavidade oral, que se não higienizados de maneira adequada podem predispor o idoso a cáries (TANURE et al., 2005).

*Alargamento da língua. Segundo Shaker, 1994 apud Steenagen; Mota (2006) a língua está sujeita a mudanças hipertróficas, devido o crescimento do tecido conectivo e depósito de gordura. Essas mudanças levam a uma mudança da língua, alargamento e uma redução da força de movimentação, maior tempo para se alimentar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na revisão, verificou-se que os estudos encontrados estão voltados para áreas específicas como nutrição e fonoaudiologia. Na área da Enfermagem, não foram encontrados artigos que trouxessem temáticas que envolvessem o cuidado do paciente idoso com relação à presbifagia. Considerando que o cuidado de enfermagem é imprescindível na população de idosos, torna-se necessário que tais profissionais tenham embasamento teórico no que diz respeito à compreensão das modificações normais que ocorrem com o avanço da idade, possibilitando uma assistência qualificada no processo de envelhecimento.

Este estudo, em consonância com a literatura, mostrou que a deglutição dos idosos sofre mudanças fisiológicas. Diante destas mudanças, faz-se necessária uma análise compartilhada por uma equipe interdisciplinar colocando o idoso dentro de um contexto clínico geral, considerando as especificidades de cada caso. A decisão do manejo das alterações causadas pela presbifagia deve ser decidida em equipe e com a total participação do paciente e de sua família, para que sua qualidade de vida seja mantida, bem como a segurança durante a alimentação. A maioria dos artigos analisados corrobora com esta opinião.

Verificou-se também com a análise dos textos, que apesar dos déficits, nem todos os sujeitos descritos nos artigos apresentaram queixas de deglutição. Isto quer dizer, que os idosos conseguem se adaptar ao processo de deglutição alterado pelo próprio envelhecimento nesta fase da vida, evitando engasgos. Porém, acredita-se na importância do acompanhamento profissional para melhor gerenciamento, caso seja necessário.

Realizou-se uma revisão de literatura sobre a presbifagia, porém, tornou-se evidente que muito ainda precisa ser pesquisado e descrito na literatura. O número de artigos encontrados que descrevessem o tema proposto foi pequeno, e muitos dos encontrados, abordavam idosos não saudáveis e outros descreviam métodos diagnósticos e cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, J. ; DIAS, R.; PEREIRA, L. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.70-82, 2007.
- BIGAL, A. et al. Disfagia do idoso: estudo videofluoroscópico de idosos com e sem Doença de Parkinson. **Distúrbio comum**, São Paulo, v.19, n.2, p.213-223, ago. 2007.
- CANTERJI, M.B. et al. Avaliação de funções estomatognáticas em idosos institucionalizados independentes em uma instituição geriátrica de Porto Alegre. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.14, n., jan./mar. 2004.
- CARDOSO, M.C.A.F. **Presbifagia**: deglutição no processo do envelhecimento. 2009. 919 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, 2009.
- ESTRELA, F.; MOTTA, L.; ELIAS, V.S. Deglutição e processo de envelhecimento. In: JOTZ, G.P.; ANGELIS, E.C.; BARROS, A.P.B. **Tratado de deglutição no adulto e na criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2009. p.54-58.
- FURKIM, A.M.; SANTINI, C.S. **Disfagias orofaríngeas**. 2. ed. Barueri: ProFono, 2004.
- M. FILHO, E.D.; GOMES, G.F.; FURKIM, A.M. **Manual de cuidados do paciente com disfagias**. São Paulo: Lovise, 2000.
- LIMA, R.M.F. et al. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.11, n.3, 2009.
- MACIEL, J.R.V.; OLIVEIRA, C.J.R.; TADA, C.M.P. Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21, n.4, jul./ago. 2008.
- MARCOLINO, J. et al. Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati-Paraná. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.193-200, 2009.

MENDES, F.S.; TCHAKMAKIAN, L. A. Qualidade de vida e interdisciplinaridade: a necessidade de programa de assistência domiciliar na prevenção das complicações em idosos com disfagia. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.33, n.3, p.320-328, 2009.

QUINTALE, S.; PIMENTEL, A.T.; BERENSTEIN, A. L. S. Caracterização das mudanças anatomofisiológicas da mastigação, deglutição e dos hábitos alimentares no indivíduo idoso assintomático. **Fono Atual**, São Paulo, ano 5, n.21, p. 16-29, jul./set. 2002.

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

SANTORO, P. et al. Utilização da videoendoscopia da deglutição para a avaliação quantitativa da duração das fases oral e faríngea da deglutição na população geriátrica. **Arquivos internacionais de otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 7, n.3, jul./set. 2003.

SEVERINO, Antonio. **Metodologia do trabalho científico**. 20. ed. São Paulo: Cortez,1996.

STEENHAGEN, C.H.V.A.; MOTTA, L.B. Deglutição e envelhecimento: enfoque nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.1-10, 2006.

SUZUKI, H.S. et al. Avaliação clínica e videofluoroscópica de pacientes com distúrbios da deglutição – estudo comparativo em dois grupos etários: adultos e idosos. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v.43, n.3, jul./set. 2006.

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