



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Comunitária
Mestrado em Saúde Pública

Jeanny Fiuza Costa Frota

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DISFAGIA EM IDOSOS
RESIDENTES EM COMUNIDADE

Fortaleza
2008

Jeanny Fiuza Costa Frota

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DISFAGIA EM IDOSOS
RESIDENTES EM COMUNIDADE

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Comunitária, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. João Macedo Coelho Filho

Fortaleza
2008

F961p Frota, Jeanny Fiuza Costa

Prevalência e fatores associados à disfagia em idosos residentes em comunidade./ Jeanny Fiuza Costa Frota.- Fortaleza, 2008.
116f; il.

Orientador: Prof.Dr. João Macedo Coelho Filho
Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza-Ce, 2008.

1. Transtornos de Deglutição 2. Prevalência 3. Idoso
I. Coelho Filho, João Macedo (orient.). II. Título.

CDD: 616.31

Jeanny Fiuza Costa Frota

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DISFAGIA EM IDOSOS
RESIDENTES EM COMUNIDADE

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Comunitária, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Macedo Coelho Filho (orientador)
Departamento de Medicina Clínica
Faculdade de Medicina-UFC

Prof. Dr. Charlys Barbosa Nogueira
Curso de Medicina
Universidade de Fortaleza-UNIFOR

Profa. Dra. Heloisa Sawada Suzuki
CEFAC Saúde e Educação
Instituto de Gerenciamento da Deglutição

Prof. Dr. Luciano Lima Correia
Departamento de Saúde Comunitária
Faculdade de Medicina-UFC

“Planejamento não diz respeito a decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes”

Peter Duker

A Deus que me permitiu tantas conquistas.

A meus pais que estiveram sempre ao meu lado.

A meus queridos irmãos.

A minha sobrinha, pequena flor que perfuma meus dias.

A meu namorado que sempre acreditou em meu potencial e apoiou minhas decisões.

A meus queridos idosos que tanto me ensinaram.

AGRADECIMENTOS

Ao professor João Macedo Coelho Filho que, acreditando em meu potencial e corrigindo minhas imperfeições, construiu uma nova forma de ação profissional e de pensamento científico.

Ao professor Charlys Barbosa Nogueira que, com sua orientação construída com dedicação e amizade, inspira a minha caminhada acadêmica.

A minha grande amiga e companheira de mestrado, Adriana Maria Albuquerque Ribeiro, pelas palavras de incentivo e de força nos momentos difíceis ao longo desta pesquisa.

A Camila Holanda, supervisora de campo, por todo o seu apoio dado antes, durante e depois da coleta de dados.

Aos entrevistadores de campo, pelo empenho e dedicação a mim dispensados durante a coleta dos dados.

Ao Professor Dr. José Wellington, médico e epidemiologista, por sua dedicação, competência e orientação, na fase de análise dos dados.

A Thiago Corrêa de Oliveira pelo apoio dado durante toda a construção da dissertação.

A Gorethe Gurgel e Zilca Simas por seu apoio logístico, sem o qual não seria possível a realização de pesquisa com tamanha magnitude.

Aos amigos e colegas de trabalho do Centro de Atenção ao Idoso, por compreenderem a minha necessidade de tempo para a pesquisa.

Aos amigos do Instituto de Previdência do Município que apoiaram a minha caminhada durante o mestrado.

Ao diretor da clínica de Atendimento Básico do Instituto de Previdência do Município de Fortaleza (IPM) Dr. Antônio René Diógenes Sousa e à Dra. Maria Nazaré Ramos Mousinho coordenadora do setor de terapias do IPM por seu apoio nos momentos finais de minha dissertação.

Aos professores e à coordenação do mestrado pelos ensinamentos passados ao longo das disciplinas.

À secretaria do mestrado, pelo auxílio a mim prestados no decorrer do processo de formação.

RESUMO

Introdução: A disfagia, sintoma que acompanha algumas das doenças mais prevalentes entre os idosos, ainda é pouco explorada em nível populacional. No entanto, constitui fator de risco para o desenvolvimento de pneumonias aspirativas e de outros eventos clínicos, o que afirma a importância de se conhecer sua prevalência na população idosa. **Objetivo:** identificar a prevalência de disfagia em idosos residentes em uma área urbana da cidade de Fortaleza, Ceará. **Método:** Foi realizado inquérito domiciliar com 588 idosos residentes na cidade de Fortaleza. Para tanto, aplicou-se entrevista estruturada contendo dados sócio-demográficos e de saúde; um instrumento de avaliação funcional (Katz) e outro de avaliação dos sintomas relacionados à disfagia, buscando investigar características da fase oral e da fase faríngea da deglutição. Realizou-se análise bivariada da variável dependente (idosos com disfagia) e das variáveis independentes (dados sócio-demográficos, clínicos e epidemiológicos). Utilizou-se o software STATA, considerando intervalo de confiança de 95% e valor de $P < 0,05$. Foram excluídos da análise todos os idosos que utilizavam via alternativa de alimentação. **Resultados:** Dos 588 idosos entrevistados, 577 foram incluídos como amostra. A prevalência geral de disfagia na população estudada foi de 27,04%. A prevalência foi de: 10,05% para disfagia oral; 11,44% para disfagia faríngea; 5,55% para disfagia orofaríngea. Na análise bivariada houve maior prevalência de disfagia entre idosos com mais de 80 anos ($p=0,00$), entre viúvos ($p= 0,00$) e entre aqueles menos escolarizados (< 3 anos de estudo) ($p=0,001$), assim como idosos dependentes ($p=0,00$). Também mostraram maior prevalência de disfagia aqueles portadores de demências ($p=0,00$), de doença de Parkinson ($p= 0,028$), Infarto do Miocárdio ($p=0,025$) e doenças reumatológicas ($p= 0,006$). **Conclusão:** Trata-se do primeiro estudo populacional sobre disfagia realizado no Brasil e que contempla a população idosa. Foi observada uma elevada prevalência de disfagia na população estudada. Constatamos que alguns grupos populacionais de idosos como viúvos, menos escolarizados, portadores de demências e doença de Parkinson apresentaram uma prevalência maior de disfagia. Estudos prospectivos visando mensurar o impacto de tais ações na vida dos idosos disfágicos e no sistema de saúde se fazem necessários.

Palavras-chave: disfagia, idosos, prevalência, comunidade.

ABSTRACT

Introduction: The dysphagia, symptoms that accompany some of the most prevalent diseases among the elderly, is still little explored in population level. However, it is a risk factor for the development of aspiration pneumonia and other clinical events, which affirms the importance of knowing their prevalence in the elderly. **Objective:** To identify the prevalence of dysphagia in elderly residents in an urban area of the city of Fortaleza, Ceará. **Method:** household survey was conducted with 588 elderly residents in the city of Fortaleza. Thus, structured interview was applied containing socio-demographic data and health, a tool for functional assessment (Katz) and in the evaluation of symptoms related to dysphagia, seeking investigate characteristics of oral and pharyngeal phase of swallowing. Bivariate analysis was carried out of the dependent variable (elderly with dysphagia) and the independent variables (socio-demographic data, clinical and epidemiological). Using the software STATA, considering the confidence interval of 95% and value of $P < 0.05$. Were excluded from the analysis all the elderly who used alternative power. **Results:** Of the 588 seniors surveyed, 577 were included as sample. The overall prevalence of dysphagia in the population studied was 27.04%. The prevalence was: 10.05% for dysphagia oral, pharyngeal dysphagia to 11.44%, 5.55% for oropharyngeal dysphagia. In bivariate analysis there was a higher prevalence of dysphagia among elderly over 80 years ($p = 0.00$), and widowed ($p = 0.00$) and among those less educated (<3anos of study) ($p = 0,001$) and as dependent elderly ($p = 0.00$). Also showed higher prevalence of dysphagia those of dementia patients ($p = 0.00$), Parkinson's disease ($p = 0028$), myocardial infarction ($p = 0025$) and rheumatic diseases ($p = 0006$). **Conclusion:** This is the first population study conducted in Brazil on dysphagia and that includes the elderly population. There was a high prevalence of dysphagia in the population studied. Found that some groups of elderly and widowed, less educated people with dementia and Parkinson's disease had a higher prevalence of dysphagia. Prospective studies to measure the impact of such actions on the lives of elderly dysphagic and the health system are needed.

Keywords: Dysphagia, elderly, prevalence, population.

RELAÇÃO DE GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1. Pirâmide etária brasileira em 1980 (IBGE).....	21
Figura 2. Projeção para 2050 da pirâmide etária brasileira (IBGE).....	21
Figura 3. Representação de um setor censitário e a forma como deve ser percorrido.....	54

RELAÇÃO DE TABELAS

- Tabela 1.** Estudos sobre disfagia no idoso identificados na revisão de literatura.....35
- Tabela 2.** Estudos realizados em disfagia no idoso que vive em comunidade.....39
- Tabela 3.** Dados sociodemográficos de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.....60
- Tabela 4.** Dados sobre número de consultas médicas nos últimos 12 meses e número de internação nos últimos seis meses de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.....61
- Tabela 5.** Morbidade referida de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.....63
- Tabela 6.** Sinais e sintomas relacionados à disfagia oral de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.....64
- Tabela 7.** Sinais e sintomas relacionados à disfagia faríngea de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.....65
- Tabela 8.** Prevalência de disfagia de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.....66

Tabela 9 Prevalência de disfagia, segundo as características sociodemográficas de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.....67

Tabela 10. Prevalência de disfagia segundo a busca de consulta médica nos últimos 12 meses e internação hospitalar nos últimos seis meses de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.....68

Tabela 11. Prevalência de disfagia, segundo a morbidade, referida de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.....69

Relação de Abreviaturas e Siglas

NC- Nervo craniano

AVDs- Atividades de vida diária

IDHM-B- Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano do Município- por bairro

BOMFAC- Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionare

BOAS- Brazilian Old Age Schedule

MIF- Medida de Independência Funcional

OPAS- Organização Pan Americana de Saúde

DPOC- Doença pulmonar obstrutiva crônica

SUMÁRIO

1. Introdução	18
1.1. Considerações gerais.....	18
1.2. Aspectos epidemiológicos do envelhecimento.....	19
1.3. Anatomia e fisiologia da deglutição.....	22
1.3.1. Fase oral da deglutição.....	22
1.3.2. Fase faríngea da deglutição.....	24
1.3.3. Fase esofágica da deglutição.....	25
1.4. Aspectos gerais da disfagia.....	26
1.4.1. Modificações decorrentes do envelhecimento na fase oral da deglutição....	28
1.4.2. Modificações decorrentes do envelhecimento na fase faríngea da deglutição.....	29
1.4.3. Modificações decorrentes do envelhecimento na fase esofágica da deglutição.....	29
1.5. Fatores associados à disfagia em idosos.....	30
1.6. Aspectos epidemiológicos da disfagia no idoso.....	34
1.7. Conseqüências da disfagia em idosos e serviços de saúde.....	41
1.8. Justificativa do estudo.....	42
2. Objetivos	44
2.1. Objetivo geral.....	44
2.2. Objetivos específicos.....	44
3. Método	45
3.1. Delineamento.....	45
3.2. Local da pesquisa.....	46

3.3. População alvo e tamanho da amostra.....	47
3.4. Seleção dos entrevistadores.....	48
3.5. Treinamento da equipe de entrevistadores.....	48
3.6. Estudo-piloto.....	49
3.7. Supervisão e controle de qualidade.....	49
3.8. Instrumentos.....	50
3.9. Sistemática das entrevistas.....	52
3.10. Definição de variáveis.....	55
3.11. Análise estatística.....	57
3.12. Considerações éticas.....	58
4. Resultados.....	59
4.1. Características sócio-demográficas da população estudada.....	59
4.2. Prevalência de disfagia na população estudada.....	64
4.3. Análise de disfagia segundo as condições sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da população estudada.....	66
5. Discussão.....	70
5.1. Características sociodemográficas da população estudada.....	70
5.2. Prevalência de disfagia na população estudada.....	75
5.3. Análise de disfagia segundo as condições sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da população estudada.	80
6. Conclusão.....	88
7. Recomendações.....	90
8. Referências bibliográficas.....	91
9. Apêndice.....	100
Apêndice A- Formulário de capacidade funcional e disfagia.....	101

Apêndice B- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	112
10. Anexo.....	114
Anexo A- Aprovação da pesquisa “Avaliação da capacidade funcional dos idosos residentes em área urbana de Fortaleza-CE” no Comitê de ética.....	115
Anexo B- Aprovação da pesquisa “Prevalência de disfagia em idosos residentes em uma comunidade de Fortaleza” no Comitê de ética.....	116

1. Introdução

1.1. Considerações Gerais

Como consequência do aumento na expectativa de vida da população mundial, observa-se um crescimento significativo do segmento de pessoas idosas (idade igual ou acima de 60 anos) nas pirâmides etárias (BRASIL, 1996). O envelhecimento populacional vem sendo observado tanto nos países de melhores condições socioeconômicas e culturais, como também em países que estão buscando essas melhorias. O Brasil é exemplo de um país em desenvolvimento que está passando por uma inversão em sua pirâmide etária, semelhante à que ocorreu nos países desenvolvidos (FUNDAÇÃO IBGE, 2000).

Adultos e idosos são, principalmente, os mais acometidos por doenças crônico-degenerativas, que representam uma das principais causas de incapacidade e de morte. Com o aumento gradual de idosos no Brasil, tais doenças vêm-se tornando cada vez mais prevalentes e apresentam grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Compromete, em muitos casos, a capacidade de realizar as atividades de vida diária (AVDs), dentre elas alimentar-se, uma das mais freqüentemente acometidas. As doenças mais prevalentes na população idosa constituem um desafio para a saúde pública brasileira, fazendo-se necessárias ações tanto de prevenção quanto de controle dessas doenças e de suas consequências.

Mesmo na ausência de doenças crônico-degenerativas, os idosos podem apresentar alterações na capacidade de alimentar-se. Estas podem ser ocasionadas pela redução do tônus da musculatura, pela ausência parcial ou total de dentes ou

por deficiência em outros fatores responsáveis pelo mecanismo da deglutição. As alterações no processo normal de deglutição são chamadas genericamente de disfagia, que se caracteriza pela dificuldade ou pela sensação de dificuldade na passagem do alimento, sólido e/ou líquido da cavidade oral ao estômago (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003; COLIN, 2004). A prevalência de disfagia na população, embora seja um tema relevante, tem sido pouco investigada em estudos de larga escala.

Considerando-se que a disfagia pode ser o sintoma inicial de várias doenças, como Doença de Parkinson, doenças esofágicas e neoplasias de cabeça e pescoço, é importante que seja diagnosticada correta e precocemente.

1.2. Aspectos epidemiológicos do envelhecimento

O homem conseguiu ampliar a sua expectativa de vida, provavelmente, pelos avanços na Medicina, da melhoria das condições sanitárias, da descoberta de novos fármacos e do tratamento de doenças de alta letalidade na população idosa. Essa mudança da expectativa de vida é ocasionada, dentre outros fatores, pela diminuição da mortalidade, permitindo uma inversão na composição etária (RAMOS, 2002).

Na década de 80, as projeções para a América Latina indicavam que a população geral passaria de 363.7 milhões em 1980 para 803.6 milhões em 2000 demonstrando um crescimento de 120%. Já a população de idosos poderia aumentar de 23.3 milhões em 1980 para 78.2 milhões em 2000, o que significaria um aumento de 236%, percentual duas vezes maiores do que o da população total (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987).

Nos últimos 20 anos, intensificou-se o processo de envelhecimento da população brasileira, motivado pela redução nas taxas de fecundidade e de mortalidade infantil, pela melhora nas condições de saneamento e de infra-estrutura básica. Esse processo, no Brasil, está ocorrendo de forma acelerada; a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é que o Brasil passe de 2.205 milhões de idosos em 1950 para 33.882 milhões em 2025 (FUNDAÇÃO IBGE, 1984), podendo ser, em 2025, a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos (KALACHE, VERAS, RAMOS, 1987; RODRIGUES, RAUTH, 2002; ROUQUAYROL, KERR-PONTES, 2003).

No ano de 1991, o Brasil era povoado por cerca de 10.722.705 idosos, dentre eles, 3.087.586 residiam na região nordeste, dos quais 490.505 estavam no Estado do Ceará (7,7% da população total do estado) (FUNDAÇÃO IBGE, 1991). No último censo brasileiro, em 2000, contabilizaram 14.536.029 pessoas com mais de 60 anos de idade (8,6% da população brasileira). No mesmo Censo, o número de idosos na região nordeste era de 4.020.857, correspondendo a 8,4% da população na região. A população idosa de Fortaleza era de 160.148 pessoas, o que correspondia a 7,5% do total da população. No mesmo censo, no bairro Rodolfo Teófilo, em Fortaleza, onde foi realizada a pesquisa, contabilizaram 1469 idosos (FUNDAÇÃO IBGE, 2000).

Para melhor ilustrar essa realidade, nas figuras 1 e 2 pode-se observar a projeção da pirâmide populacional brasileira para 2050, proposta pelo IBGE, nas quais se visualiza a equiparação do número de idosos com o das demais faixas etárias.

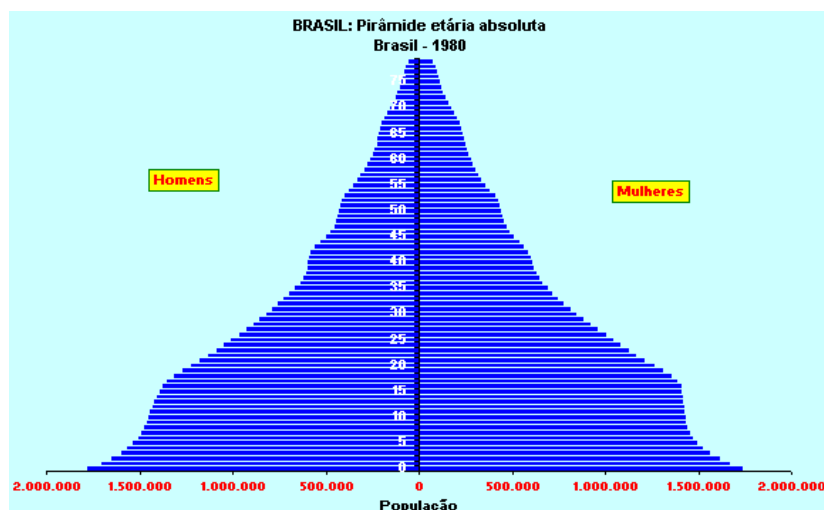


Figura 1. Pirâmide etária brasileira em 1980 (FUNDAÇÃO IBGE)

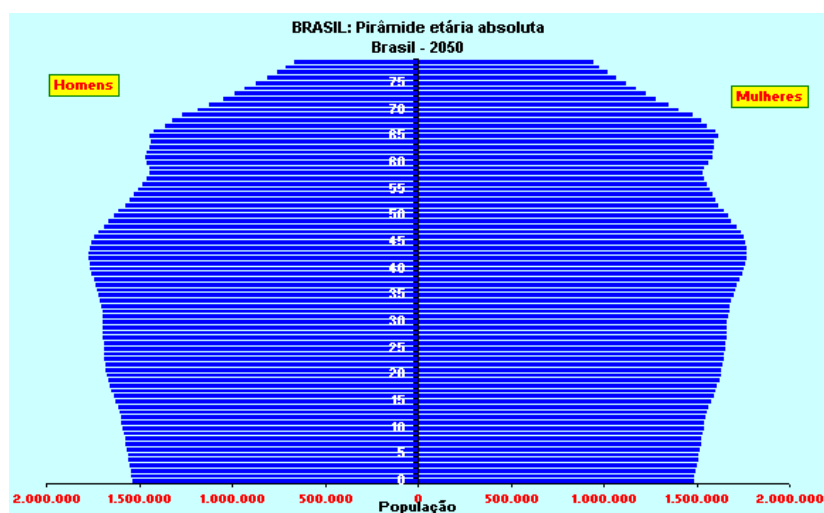


Figura 2. Projeção para 2050 da pirâmide etária brasileira (FUNDAÇÃO IBGE)

Esse panorama reafirma a necessidade de se ampliar o número de pesquisas nas áreas da Geriatria e da Gerontologia, o que permitirá uma maior aceitabilidade e proximidade dos resultados com a comunidade brasileira.

Com o advento das medicações para as doenças infecto-contagiosas, cresceu a expectativa de vida, aumentando, assim, o número de idosos, e ocasionando uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas que

promovem uma série de alterações no organismo e nas funções que o indivíduo realiza no seu dia-a-dia. Dentre essas alterações, a que mais se destaca nesse estudo é a dificuldade de deglutição.

1.3. Anatomia e fisiologia da deglutição

A deglutição é uma função complexa iniciada pelo Sistema Nervoso Central que desencadeia atividades orais, faríngeas e esofágicas, dentre elas, a movimentação da língua, a participação da faringe e a elevação do esfíncter esofágico.

Todo o processo de deglutição é comandado pelos nervos cranianos (NC) IV, V, VII, X e XII (COLIN, 2004) e envolve cerca de 50 músculos, exigindo que as estruturas anatômicas da orofaringe e a condução nervosa estejam intactas e que haja uma perfeita correlação entre respiração e deglutição. A deglutição deve durar 20 segundos do seu início até o fim e envolve três fases: a fase oral, a fase faríngea e a fase esofágica (SCHINDLER, KELLY, 2002; DAHLIN, 2004; MORRIS, 2005).

1.3.1. Fase oral da deglutição

Inicia-se essa fase no momento em que o alimento entra na boca. É voluntária e subdividida em preparatória e de transporte do bolo alimentar. A fase preparatória consiste em preparar o bolo alimentar com a fragmentação do alimento. Nessa fase, há a participação, principalmente, dos músculos: Orbicular da boca e Bucinador, responsáveis por manter o bolo alimentar dentro da boca e posicioná-lo

atrás dos dentes. A redução do bolo alimentar em partículas menores tem a participação dos músculos temporal, masseter e pterigóides medial e lateral. Os músculos intrínsecos da língua inervados pelo nervo Hipoglosso (NC XII), sempre ajudam na manipulação do bolo como também facilitam o movimento de balanceio da mastigação.

Nessa fase, o palato mole projeta-se para frente para manter o bolo alimentar sobre a língua, ao mesmo tempo em que a nasofaringe se abre para a respiração. As informações sensoriais, captadas pelas células sensitivas da ponta da língua e do palato, fornecem informações sobre a localização do bolo alimentar e seu tamanho através das fibras eferentes do nervo Trigêmeo (NC V). A modulação da amplitude dos movimentos peristálticos depende da viscosidade do bolo alimentar. Os receptores químicos e térmicos da língua fornecem informações importantes sobre o bolo. As glândulas salivares sublinguais, parótidas e submandibulares são inervadas pelas fibras secretoras simpáticas do nervo Glossofaríngeo (NC IX) e do nervo Facial (NC VIII). A estimulação eferente na cavidade oral é transmitida ao sistema nervoso que, por sua vez, estimula os núcleos salivares. A produção de saliva ocorre durante toda a fase preparatória oral durante a formação e a ingestão do bolo alimentar.

Após a mastigação e a formação de um bolo alimentar apropriado, inicia-se a fase de transporte. Esta tem início com o movimento, voluntário, do conteúdo para a porção posterior da língua, pressionando a ponta da língua contra o palato duro. Com essa pressão, os receptores mecânicos iniciam a movimentação peristáltica da língua. Como o bolo alimentar está se deslocando para a orofaringe, a laringe se eleva involuntariamente por estímulo das terminações nervosas dos nervos Glossofaríngeo (NC IX) e Vago (NC X). A duração, normal, da fase de transporte

Oral varia de 1 a 1.25 segundos (SCHINDLER, KELLY, 2002; DAHLIN, 2004; MORRIS, 2005).

1.3.2. Fase faríngea da deglutição

Essa fase tem início com a ativação ou do nervo Genioglosso ou do nervo Milo-hióide. Posteriormente, o músculo Estiloglosso puxa a porção posterior da língua enquanto o Palatoglosso levanta a mesma porção da língua e baixa o palato mole. O restante do músculo supra-hióide se contrai, deslocando o osso hióide para cima. Desse modo, a laringe eleva-se e anterioriza-se, com a compressão da maxila. Os músculos Velofaríngeos (elevador do Véu palatino, Palatofaríngeo e o músculo Tensor do véu e da úvula) unem-se para fechar a nasofaringe durante a passagem do bolo alimentar pela faringe. As ações coordenadas da musculatura Supra-hióidea, da elevação laríngea e do reposicionamento anterior fornecem o aporte para a inversão da epiglote pelo bolo. Enquanto a epiglote se dobra pósteroinferiormente, o bolo está dirigindo-se lateralmente através dos seios piriformes. O escoamento para a via aérea é impedido pela elevação laríngea, pela inversão da epiglote e pelo fechamento das pregas vocais verdadeiras e falsas. A respiração é, momentaneamente, interrompida nesse período. No momento em que o bolo entra na faringe posterior, as contrações poderosas dos músculos constritores faríngeos (superior, médio, e inferior) agem para deslocá-lo da orofaringe e da hipofaringe. Os receptores mecânicos das tonsilas detectam, ininterruptamente, a pressão estática na orofaringe e continuam a limpeza no local até que não reste mais nada do bolo alimentar.

A finalização da fase faríngea requer a passagem do bolo através do esfíncter esofágico superior. Esta é uma região muito pequena, com cerca de três a quatro centímetros de comprimento, que tem a função de prevenir aspiração e refluxo esofágico. Anatomicamente o esfíncter esofágico incorpora o músculo Cricofaríngeo, assim como algumas fibras dos Constrictores faríngeos inferiores e das fibras superiores do músculo Circular do esôfago. O músculo Cricofaríngeo, composto por fibras horizontais e oblíquas, parece tonicamente ativo em repouso. A inibição da estimulação permite o relaxamento do músculo Cricofaríngeo, permitindo a abertura do esfíncter durante a máxima elevação ântero-superior do osso Hióide. O disparo do inibidor de relaxamento do esfíncter esofágico permanece obscuro, mas o relaxamento depende do tamanho do bolo (MACEDO FILHO, GOMES, FURKIN, 2000; SCHINDLER, KELLY, 2002; JACOBI, LEVY, SILVA, 2003).

1.3.3. Fase esofágica da deglutição

A fase esofágica começa após a passagem do bolo pelo esfíncter esofágico. O esôfago é um tubo muscular que começa na cartilagem Cricóide e termina no estômago. A camada elástica da faringe transforma-se na mucosa muscular do esôfago. Esta camada se junta às camadas interna (longitudinal) e externa (circunferencial) da musculatura do esôfago. Completamente sob o controle involuntário, a musculatura externa é composta de fibras estriadas, que constituem, aproximadamente, 5% do esôfago, e das fibras lisas. Esta composição estende-se até a metade do esôfago. A porção distal do esôfago é composta em quase toda a sua totalidade de músculo liso e contém outro esfíncter manometricamente definido.

As fibras lisas do músculo, especializadas na atividade intrínseca tônica miogênica, criam uma alta pressão no esfíncter perto da junção gastresofagiana. O nervo Vago (NC X) medeia a inibição do esfíncter esofágico mais baixo em resposta ao estímulo do bolo, assim como a distensão gástrica. Com a passagem do bolo pelo esfíncter esofágico inferior a deglutição é finalizada.

A fase esofágica com seus movimentos peristálticos que impulsionam o bolo até o estômago dura três segundos, dependendo da textura e em consistência do bolo (MACEDO FILHO, GOMES, FURKIN, 2000; SCHINDLER, KELLY, 2002; JACOBI, LEVY, SILVA, 2003).

São essas as fases da deglutição em pessoas que não apresentam nenhum tipo de alteração. Os idosos, por possuírem flacidez da musculatura facial e da oral e por apresentarem ausência parcial ou total de dentes (TATEMATSU et al., 2004), dentre outras alterações anatômicas e funcionais nos órgãos responsáveis pela deglutição, podem apresentar alguma alteração no processo normal de deglutição. Este pode ser alterado por fatores fisiológicos, mas pode significar a presença de doenças. Por esse motivo, é importante o conhecimento sobre a disfagia.

1.4. Aspectos gerais da disfagia

A disfagia caracteriza-se pela dificuldade de deglutir alimentos sólidos e/ou líquidos e, geralmente, é um indicativo de algum processo de adoecimento. As alterações comportamentais que se processam durante a alimentação devem ser observadas, assim como recusar alimentar-se na presença de outras pessoas, não gostar de determinadas comidas ou bebidas, demorar mais tempo durante a

alimentação, deixar mais comida no prato, realizar múltiplas deglutições para pequenas porções de comida e apresentar alterações posturais durante a alimentação (DAHLIN, 2004). A disfagia também pode ser caracterizada pela dificuldade ou sensação de dificuldade na passagem do alimento sólido e/ou líquido da cavidade oral ao estômago e não é considerada uma doença, mas sim, um sintoma, que pode caracterizar um distúrbio do transporte orofaríngeo ou esofágico, provocado por alteração como ausência dentária, alterações motoras, diminuição da força muscular, diminuição da sensibilidade intra-oral, diminuição da elevação da faringe e diminuição dos movimentos peristálticos (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003).

As queixas mais freqüentes são: dificuldade de deglutir sólidos e/ou líquidos, atraso no reflexo de deglutição, sensação de bolo ou dor na hipofaringe, tosse após ter engolido o alimento, regurgitação nasal, pigarros freqüentes, desconforto torácico ao deglutir, sialorréia, alterações vocais após a alimentação, necessidade de beber líquido para engolir o alimento sólido, perda de peso e pneumonia de repetição. Essas queixas podem variar de pessoa para pessoa, dependendo da causa da disfagia e podem vir associadas, pois é muito comum a combinação de mais de uma queixa (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003; OLIVEIRA, 2003; COLIN, 2004).

Deve-se sempre investigar o sintoma disfagia, uma vez que ele está, freqüentemente, associado a alguma doença. Alguns sintomas são mais comuns, dependendo de sua causa. Na disfagia orofaríngea observa-se dificuldade de iniciar a deglutição, seguida de tosse, engasgos e regurgitação nasal. No entanto, quando o alimento, após a deglutição, pára ou fica preso no esôfago, sugere-se disfagia esofágica. Se a disfagia só se manifesta com alimentos sólidos, sugere-se disfagia mecânica. Caso a dificuldade seja para sólidos e líquidos, pressupõe-se distúrbio neuromuscular. Se esta for intermitente, acompanhada de dor no peito, deve ser

avertado espasmo esofágico, se for contínuo, considerar a hipótese de acalasia (doença motora caracterizada por diminuição do peristaltismo esofágico). Já a disfagia neurogênica manifesta-se durante uma doença neurológica que desencadeie atrofia cerebral, diminuição do peso cerebral, perda de neurônios, redução da síntese de neurotransmissores e dificuldade na acomodação e na extensão dos movimentos da deglutição, o que acontece com mais frequência em idosos e pode ser a primeira manifestação clínica de doenças neurológicas (MACEDO FILHO, GOMES, FURKIN, 2000; JACOBI, LEVY, SILVA, 2003).

1.4.1. Modificações decorrentes do envelhecimento na fase oral da deglutição

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

1.4.2. Modificações decorrentes do envelhecimento na fase faríngea da deglutição

Ocorre diminuição da sensibilidade na laringofaringe, diminuição do poder da discriminação sensitiva da laringofaringe através do limiar de pressão necessária para o reconhecimento do bolo alimentar, diminuição da elevação anterior da laringe, aumento dos movimentos extras do osso hióide causando uma deglutição mais lenta que a dos jovens, diminuição do diâmetro de abertura do segmento faringo-esofágico (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003). No estudo realizado por Quintale, Pimentel, Berenstein, 2002, 49% das mulheres com mais de 70 anos de idade apresentam dificuldades na fase faríngea da deglutição.

1.4.3. Modificações decorrentes do envelhecimento na fase esofágica da deglutição

Ocorre diminuição da amplitude da contração peristáltica decorrente do espessamento da musculatura involuntária, diminuição da pressão de repouso do segmento faringo-esofágico, aumento do efeito do refluxo gastro-esofágico, atraso do esvaziamento esofágico e aumento da dilatação esofágica (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003). Entre as mulheres de 60 a 69 anos de idade 25% relataram sensação de parada do bolo no esôfago; entre os homens da mesma faixa etária esse número aumenta para 40%. Quando a idade avança para além dos 70 anos, diminui o número de mulheres com essa sensação e permanece o número de homens (QUINTALE, PIMENTEL, BERENSTEIN, 2002).

1.5. Fatores associados à disfagia em idosos

Os idosos, por serem mais predisponentes às doenças, possuem maior facilidade de desenvolverem disfagia. A maioria das doenças dos idosos é crônico-degenerativa, das quais podemos destacar as doenças do sistema nervoso central (Acidente Vascular Encefálico, Demência Multiinfarto, Doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Doença de Alzheimer, Tumores do Tronco Encefálico e Poliomiosite), as cardiopatias, as neoplasias de cabeça e pescoço e as doenças do esôfago (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003). Como forma de exemplificar essas ocorrências, seguem abaixo alguns estudos que comprovam o desenvolvimento de disfagia em idosos enfermos.

Em idosos que apresentam patologias diversas como Neoplasia, Acidente Vascular Encefálico, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer e Atrofia Cerebral podem ser observados sinais de disfagia. Tais sinais são: dificuldade de mastigar e de misturar o alimento à saliva, manipulação lenta do bolo na cavidade oral, dificuldade de ejeção do bolo, estase do bolo no palato e restos de alimento no assoalho da boca, todos estes na fase oral da deglutição. Já na fase faríngea, pode ser visualizada, em videofluoroscopia, a permanência do meio de contraste nas valéculas e nos recessos piriformes, a realização de sucessivas deglutições para a limpeza do meio de contraste, a redução da contração da faringe, a redução da elevação do osso hióide e da laringe, a redução da duração da elevação da laringe, a dificuldade na abertura da transição faringoesofágica, a permeação laríngea pelo meio de contraste e a aspiração durante a deglutição. Portanto, pode-se sugerir que as alterações de deglutição são mais comuns quando existe alguma doença associada (FIORESE et al., 2004; SCHELP et al., 2004).

Grande número de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico necessita de sonda de alimentação e em metade dos casos a disfagia pode ocasionar a mudança de consistência alimentar de sólida para a pastosa (ELMSTAHL, et al., 1999). Esses pacientes podem desenvolver pneumonia durante o período de hospitalização e, com isso, passar mais tempo internados do que os que não desenvolveram disfagia (TEASELL et al., 2002; PARKER et al., 2004).

Os idosos com demência apresentam alteração do estado cognitivo, o que contribui para as alterações na alimentação. Estes pacientes apresentam, na fase oral e faríngea da deglutição, engasgos, tosse, fadiga, lentidão para deglutir, ato de cuspir, incapacidade de mastigar e engolir os alimentos e incapacidade de deglutir saliva (SANCHES, BILTON, RAMOS, 2000; IKEDA et al., 2002). Além das dificuldades na fase oral e na fase faríngea da deglutição, os idosos com a Doença de Alzheimer necessitam da ajuda de outra pessoa para os momentos de alimentação e de higiene oral. Eles esquecem que estão se alimentando e permanecem, por muito tempo, com o alimento dentro da boca (SANCHES et al., 2003). O esquecimento característico da Doença de Alzheimer pode provocar parte dos transtornos alimentares. Muitas vezes os pacientes esquecem que se alimentaram ou não se alimentam nas horas habituais, podendo resultar no aumento ou na diminuição do peso. Constatou-se que a quantidade de alimentos ingeridos diminui em 31.3% dos idosos. Além das alterações já relatadas, observa-se, também, a ingestão de objetos ou de alimentos inapropriados (SANCHES, BILTON, RAMOS, 2000).

Além das causas neurológicas de disfagia, deve-se também salientar a importância de se investigar a existência de neoplasias de boca, lesões cirúrgicas de cabeça e pescoço que podem estar dificultando a preparação e a deglutição do bolo

alimentar. Traqueostomia, doenças de tireóide, exposição à radiação, lesões virais por herpes ou por citomegalovirus, podem também levar à disfagia.

Os distúrbios motores esofagianos são a principal causa de disfagia funcional e de outros sintomas relacionados ao esôfago, como, por exemplo, a dor torácica (CLOUSE, 1997). As esofagites, divertículos, carcinomas, espasmos esofágicos, acalásia e esclerodermia são outros agentes etiológicos da disfagia. Em pacientes com doenças do esôfago, a disfagia é muito prevalente, podendo estar presente em todos os casos e, em muitos casos, vem acompanhada de dor torácica e de regurgitamento (NASCIMENTO, LEMME, COSTA, 2006).

A acalásia promove disfagia constante e de localização baixa tanto para os alimentos sólidos quanto para os líquidos. Essas características podem ser referentes às alterações motoras encontradas nessa patologia, já que apresenta distúrbio completo da musculatura lisa, alterando o peristaltismo e o esfíncter esofágico inferior (DOMINGUES, LEMME, 2001).

Por ser comum a presença de múltiplas patologias em idosos, o que conseqüentemente requer a utilização de muitos medicamentos, dos quais vários apresentam como efeito adverso alterações no processo normal de deglutição, faz-se importante conhecer a magnitude da disfagia iatrogênica. Esta foi dividida em três categorias: disfagia seguida de cirurgia e terapia radioterápica por câncer de cabeça e de pescoço; disfagia esofágica e disfagia orofaríngea causada por distúrbio neurológico iatrogênico. Existem vários mecanismos cirúrgicos e vários medicamentos que podem produzir alterações neurológicas e disfagia orofaríngea.

A disfagia iatrogênica ocorre tanto pela quantidade quanto pelo tipo de medicamento utilizado com o avançar da idade. Dentre as alterações de deglutição causadas por medicamentos, pode-se destacar a diminuição do funcionamento da

musculatura involuntária, da mobilidade esofágica e das pressões do esfíncter esofágico inferior, ressecamento excessivo da cavidade oral (xerostomia) que pode ser causada por anticolinérgicos, antidepressivos, anti-histamínicos, broncodilatadores, antiespasmódicos, anti-hipertensivos, sedativos e hipnóticos, diminuição do paladar e inibição do início da preparação do bolo alimentar e do disparo do reflexo de deglutição (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003). Existem estudos que relatam a influência da utilização de medicamentos neurolépticos com efeitos extrapiramidais no desenvolvimento de disfagia em idosos. Dentre as alterações encontradas podem-se citar: diminuição do nível de excitação, redução do controle do Tronco Cerebral na deglutição, transtorno de movimentos, bloqueio da junção neuromuscular, miopatia, diminuição da sensibilidade da orofaringe, alterações salivares (BUCHHOLZ, 1995; SOKOLOFF, PAVLAKOVIC, 1997).

A diminuição na salivação pode prejudicar o rendimento durante a preparação do bolo alimentar, provocando dificuldades no momento da deglutição especialmente nos casos de disfagia orofaríngea neurogênica.

Muitos medicamentos apresentam ação anticolinérgica que reduz a salivação. Dentre os mais comuns, temos os antidepressivos tricíclicos, anti-histamínicos e anticolinérgicos. Mesmo em pacientes com disfagia orofaríngea, apresentando queixa de sialorréia, medicamento com propriedades anticolinérgicas na maioria dos casos agrava o quadro. Embora os anticolinérgicos devam reduzir o volume salivar, acompanha o aumento da viscosidade que normalmente torna o manejo da salivação mais difícil.

O aumento da salivação é resultado da utilização de medicamentos que estimulam a ação anticolinérgica. Isso inclui diretamente os antagonistas colinérgicos (Betanecol) e anticolinesterases (como piridostigmine e outros fármacos

utilizados no tratamento da Miastenia Gravis). O benzodiazepínico Clonazepam que diminui o nível de consciência e dissincroniza o processo de deglutição, também tem sido associado ao aumento da salivação, embora esta seja a razão para se especular que isso deve ser, na realidade, devido à deficiente liberação da saliva como resultado da supressão na indução da benzodiazepina pela regulação cerebral da deglutição (BUCHHOLZ, 1995).

1.6. Aspectos epidemiológicos da disfagia no idoso

Com o objetivo de identificar estudos sobre a ocorrência de disfagia em idosos, realizamos pesquisa das bases de dados MEDLINE (1966-1996 e 1997-2008), LILACS, SCIELO Coleções e Library Cochrane. Foram encontrados alguns estudos direcionados à disfagia exclusivamente em idosos (BLOEM et al., 1990; LINDGREN, JANZON, 1991; SANCHES, BILTON, RAMOS, 2000; LOW et al., 2001; EKBERG et al., 2002; QUINTALE, PIMENTEL, BERENSTEIN, 2002; SANCHES et al., 2003; KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004) e outros incluíram em suas amostras jovens, adultos jovens e idosos (CHOUINARD, LAVIGNE, VILLENEUVE, 1998; ELMSTAHL et al., 1999; ODA et al., 2002; IKEDA et al., 2002; HUDSON et al., 2002; SCHELP et al., 2004, FIORESE et al., 2004). A grande maioria procurou descrever a disfagia em populações mais restritas e com característica específicas, buscando identificar queixas de deglutição em pessoas com doenças relacionadas à disfagia.

A busca dos artigos foi realizada com os descritores: *“dysphagia”*, *“elderly”*, *“old people”*, *“population”* e *“community”*, para a pesquisa nas bases de dados

internacionais; “*disfagia*”, “*idosos* e “*comunidade*”, combinadas para as bases nacionais. Essa busca confirmou a escassez de estudos, de base populacional, para pesquisar a ocorrência de disfagia em idosos que vivem em comunidade. A maioria teve sua amostra colhida dentro de clínicas, hospitais e casas de repouso para idosos (ver tabela 1).

Tabela 1. Estudos sobre disfagia no idoso identificados na revisão de literatura (Continua).

Autor principal	Ano da publicação	Tamanho da amostra	Local do estudo/ participantes	Delineamento	Observações
CHOUINARD LAVIGNE VILLENEUVE	1998	47 pacientes	Hospital of Sisters of Clarity at Ottawa Health Service (SCOHS)/ prontuário de pacientes que morreram no hospital nos últimos dois anos, com diagnóstico inicial de demência	Retrospectivo	Objetivo de identificar sinais clínicos em pacientes com demência avançada associados com morte por pneumonia.
ELMSTÅHL et al	1999	38 pacientes	Departamentos of Geriatric Medicine and Neurology, Malmo University Hospital, Sweden/ pacientes com idade entre 53 e 89 anos apresentando queixa subjetiva de disfagia após AVC.	Longitudinal 1994-1996	Objetivo de estudar os efeitos da terapia fonoaudiológica nas variáveis nutricionais e antropométricas.
SANCHES BILTON RAMOS	2000	16 idosos	Ambulatório de Neuropsiquiatria do Centro de Estudos do Envelhecimento UNIFESP/Pacientes com faixa etária de 70 a 91 anos com demência.	Transversal	Objetivo de descrever a prevalência de alterações na alimentação de idosos demenciados.

Tabela 1. Estudos sobre disfagia no idoso identificados na revisão de literatura. (Continuação).

Autor principal	Ano da publicação	Tamanho da amostra	Local do estudo/ participantes	Delineamento	Observações
LOW et al	2001	40 idosos	Princess Margaret Hospital, Christchurch, New Zealand/ pacientes com Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, dentre outras patologias neurológicas, que fizeram videofluoroscopia da deglutição, no referido hospital, no período de primeiro de janeiro de 1996 até trinta de junho de 1997, pacientes com déficit cognitivo desde o nascimento foram excluídos.	Coorte retrospectivo	Objetivo de investigar os desfechos clínicos e o grau de cumprimento das orientações dadas aos doentes com disfagia e o efeito do cumprimento destas orientações na incidência de morte por infecções e por pneumonias aspirativas
IKEDA et al	2002	23 pacientes com Demência Fronto-temporal 25 pacientes com Demência Semântica 43 com Doença de Alzheimer	Addenbrooken´s Hospital, Cambridge, England.	Transversal	Objetivo de investigar a frequência de mudança nos hábitos alimentares e as consequências dessas mudanças, aplicando questionário com os cuidadores.
ODA et al	2002	22 pacientes	Setor de investigação em doenças neuromusculares da disciplina de neurologia da UNIFESP-EPM/ Pacientes entre 19 e 74 anos com Miastenia Grave e queixa de disfagia orofaríngea.	Transversal	Avaliação fonaudiológica, nasofibrolaringoscopia e manometria de esfíncter esofágico superior, com o objetivo de confirmar as queixas de disfagia.

Tabela 1. Estudos sobre disfagia no idoso identificados na revisão de literatura. (Continuação).

Autor principal	Ano da publicação	Tamanho da amostra	Local do estudo/ participantes	Delineamento	Observações
EKBERG et al	2002	360 idosos e 28 profissionais de saúde	Participaram pacientes e profissionais de 37 enfermarias e clínicas distribuídas pela Alemanha, França, Espanha e Reino Unido/ os pacientes tinham média de idade de 71 anos e muitos apresentavam doenças graves como: AVC, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson e câncer.	Transversal	Objetivo de mensurar o impacto da disfagia na qualidade de vida dos pacientes e a relação entre o suporte psicológico e a frequência do diagnóstico e do tratamento da disfagia.
QUINTALE PIMENTEL BERENSTEIN	2002	100 idosos	Pacientes com idade entre 60 e 80 anos que não possuíam rebaixamento cognitivo e/ou alteração neurológica	Transversal	Objetivo de avaliar as mudanças anatomofisiológicas da mastigação e as modificações nos hábitos alimentares do indivíduo idoso normal
HUDSON et al	2002	20 pacientes	Neuromuscular Clinica at the University Campus, London Health Sciences Centre/ pacientes com idades entre 21 e 80 anos com Miastenia Grave que referiram dificuldades de deglutição	Transversal	Objetivo de determinar a acurácia do exame clínico para prever a ocorrência de aspiração em pacientes com Miastenia Grave; determinar a frequência de aspiração silenciosa, descrever o padrão de da disfagia orofaríngea na Miastenia Grave.

Tabela 1. Estudos sobre disfagia no idoso identificados na revisão de literatura. (Conclusão).

Autor principal	Ano da publicação	Tamanho da amostra	Local do estudo/ participantes	Delineamento	Observações
SANCHES et al	2003	26 idosos	Ambulatório de Geriatria do Centro de Estudos do Envelhecimento e no Departamento de Diagnóstico por Imagem da UNIFESP/ pacientes com Doença de Alzheimer de grau leve e moderado, com média de idade de 82,5 anos.	Transversal descritivo analítico	Objetivo de descrever a dependência na alimentação; descrever a dinâmica da deglutição nas fases oral, faríngea e esofágica por meio de videofluoroscopia; comparar o grau de dependência, na alimentação entre as demências leve e moderada.
SCHELP et al	2004	102 pacientes	Hospital das Clínicas de Medicina de Botucatu/ Pacientes com 32 a 92 anos de idade com diagnóstico de AVE hemorrágico ou isquêmico internados no período de janeiro de 2002 à janeiro de 2003.	Transversal	Foram realizadas avaliações clínicas pelo neurologista e pelo fonoaudiólogo e exames complementares: TC de crânio, Ressonância Magnética e Videofluoroscopia da deglutição, para determinar a incidência de disfagia após AVE.
FIORESE et al	2004	128 exames de pacientes	Exames coletados no acervo do Setor de Deglutição do Centro de Medicina Diagnóstica Fleury/ exames de pacientes com queixas de disfagia e com diferentes doenças de base: AVC, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, Esclerose Múltipla, Atrofia de Cerebelo	Transversal	Objetivo de descrever e comparar as alterações de maior ocorrência nas fases oral e faríngea da deglutição em pacientes com idade entre 20 e 93 anos.

Estudos em comunidade são muito raros, por isso foram encontrados apenas três estudos (BLOEM et al., 1990; LINDGREN, JANZON, 1991 e KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004). O primeiro foi realizado em 1990, na cidade de Leiden, Holanda, como continuação de um estudo anterior realizado com os idosos da cidade. O estudo realizado em 1991 pesquisou pessoas moradoras de Malmö, cidade próxima à Suíça, e descreveu resultados mais direcionados a alterações esofágicas. O estudo mais recente realizado com o objetivo de estimar a ocorrência de disfagia em idosos que vivem em comunidade foi realizado no Japão, em 2004 (ver tabela 2). Não foram identificados, nas bases de dados, estudos dessa natureza realizados no Continente Americano.

Tabela 2. Estudos realizados em disfagia no idoso vivendo em comunidade (continua).

AUTOR PRINCIPAL/ ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
BLOEM et al., 1990.	Estudo de Coorte	Determinar a prevalência de disfagia subjetiva em uma população de idosos vivendo na comunidade.	Local: Leiden, Holand População alvo: 1259 moradores com idade de 85 anos ou mais Coleta: destes 1259, 977 foram visitados em suas casas em dezembro de 1985 para participarem de anamnese médica e mini exame do estado mental. Em agosto de 1988 foi aplicado questionário sobre dificuldades de deglutição ou presença de engasgos ou os dois. Análise: dados sobre deglutição foram avaliados em 136 idosos, destes quem respondeu positivamente para pelo menos uma das perguntas sobre dificuldades na deglutição foi considerado disfágico.	Dos entrevistados 16% responderam positivamente para pelo menos uma das questões. A disfagia não está relacionada à idade, sexo ou escore do mini-mental. Doenças do sistema nervoso central ou alterações de esôfago são mais comuns em disfágicos do que em não disfágicos. Seis dos idosos pesquisados apresentaram disfagia severa.	As respostas fornecidas pelos entrevistados demonstram que a disfagia é comum em idosos com mais de 87 anos. Como também, que existe a correlação entre disfagia e doenças do sistema nervoso central.

Tabela 2. Estudos realizados em disfagia no idoso vivendo em comunidade (conclusão).

AUTOR PRINCIPAL/ ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
LINDGREN, JANZON, 1991.	Estudo Transversal	Determinar a prevalência de queixas de deglutição e esofágicas na população em geral.	Local: Malmö próximo a Suíça População alvo: 600 pessoas de ambos os sexos, divididos nas faixas etárias de 50-59, 60-69, e 70-79. Coleta: foi enviado para as pessoas questionário com 44 questões sobre problemas durante a alimentação, mudanças no hábito alimentar, duração dos sintomas e investigação de presença de refluxo gastro esofágico. Análise: para validar o estudo 46 pessoas com sintomas de obstrução e de refluxo foram entrevistadas por telefone e examinadas por especialista em cabeça e pescoço.	Dos entrevistados, 35% relataram queixa de deglutição ou esofágica, onde a mais comum foi a de refluxo gastro esofágico. Obstrução do bolo foi relatada por 3% dos entrevistados. Engasgos frequentes durante a alimentação foram referidos por 11% das pessoas, onde algumas referem engasgos diários e outras pelo menos uma vez por semana. Destes 42% procuraram atendimento médico para pesquisar os engasgos. 9% perceberam alteração vocal.	Concluiu-se que o Refluxo gastro esofágico é um sintoma comum na população e a obstrução é menos comum. Não foram encontradas doenças orgânicas graves nas pessoas examinadas.
KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004.	Estudo Transversal	Determinar a prevalência de disfagia entre as pessoas idosas que moram em casa em uma comunidade.	Local: Akita-Ilha Honshu- Japão População alvo: 1313 idosos com 65 anos ou mais de idade Coleta: foi aplicado questionário com questões sobre características sociodemográficas, história pregressa de AVC, doenças e disfagia, além de um questionário sobre atividades de vida diária. Análise: a pessoa que referir sintomatologia severa foi considerada disfágico, os idosos foram divididos em três faixas etárias, foi verificado quem apresentava disfagia e depois comparado com as pessoas que tinham história de AVC.	A prevalência de disfagia no presente estudo foi de 13.8% A prevalência de disfagia cresce com a idade. Não foi encontrada diferença significativa entre a quantidade de homens e mulheres disfágicos. A disfagia apresenta-se em maior quantidade nos que possuem história prévia de AVC, como também para os que têm problemas de saúde e para os que apresentaram menor desempenho na escala de atividades de vida diária.	Concluiu-se que a aplicação de questionários de triagem para disfagia, na população, não é importante apenas para a prevenção de pneumonias aspirativas, mas também, para manutenção das atividades de vida diária.

1.7. Conseqüências da disfagia em idosos e serviços de saúde

A disfagia em idosos pode levar a graves conseqüências, principalmente naqueles que se encontram hospitalizados ou institucionalizados. A disfagia, por gerar dificuldades na ingestão de alimentos, pode levar a quadros de aspiração, desnutrição, depressão e até a morte. As refeições estão sempre no foco das reuniões familiares e nas celebrações de feriados. A disfagia destrói as oportunidades sociais e dificulta a relação entre paciente e seus cuidadores e familiares. Problemas psicossociais também podem advir, pois, ao apresentar comportamentos constrangedores ao alimentar-se, como engasgar-se, tossir ou espirrar, o idoso tende evitar essas situações, uma vez que elas podem levá-lo ao isolamento social. Constatou-se que pacientes com disfagia passaram a apresentar sensação de ansiedade e de pânico durante a alimentação acompanhada de maior fragilidade, falta de autoconfiança, com limitação das relações sociais. A maioria dos doentes que tinham, anteriormente, o momento das refeições como prazeroso e como forma de reunir pessoas passaram a evitar esses momentos. Assim sendo, a disfagia é uma desordem que influencia negativamente a vida do paciente nos contextos social, emocional e funcional, diminuindo a qualidade de vida do idoso (EKBERG et al., 2002; FARRI, ACCORNERO, BURDESE, 2007).

A pneumonia, a desidratação e a desnutrição também provocam grande transtorno na vida de pacientes e de familiares, como também, ao serviço de saúde. Esses eventos são prevalentes nos idosos que apresentam disfagia e favorecem o aumento do número e do tempo de internação e com alto risco de letalidade, podendo chegar a 50% dos casos (CHOUINARD, LAVIGNE, VILLENEUVE, 1998; NOGALES, 1998; RAMOS, 2002; HERBERT et al., 2003).

1.8. Justificativa do estudo

Não há dúvidas quanto à necessidade de se conhecer a realidade da disfagia entre a população idosa. Este sintoma clínico pode ser reflexo de uma infinidade de doenças, que acabam por ocasionar efeitos negativos sobre a saúde. Estudos populacionais que retratam a prevalência de sintomas relacionados à disfagia em idosos que vivem em comunidade são raros e este é o primeiro realizado no Brasil com esse perfil, o que ressalta a importância da referida dissertação. Caracterizar esses sintomas poderá promover à abertura de novas possibilidades de atuação na saúde do idoso, que vislumbrem a prevenção de doenças como as pneumonias aspirativas, além de outras conseqüências como a desnutrição, a desidratação e a aspiração de alimentos.

Os resultados da pesquisa podem auxiliar no planejamento do sistema de saúde vislumbrando a prevenção de tais acontecimentos, promovendo a redução dos gastos com a permanência de idosos em enfermarias e Unidades de Tratamento Intensivo de muitos hospitais públicos, como também, podem reduzir a mortalidade por problemas respiratórios em idosos. Em estudo americano, a incidência de disfagia em pacientes internados em hospital, entre 1979 e 1989, sofreu aumento de três casos/1000 internações para 10 casos/1000 internações (TALLEY et al., 1992).

Além dos impactos na saúde física, a disfagia também age no emocional, uma vez que o idoso com disfagia procura o isolamento para privar-se de constrangimentos no momento da alimentação. Esse comportamento reduz as habilidades comunicativas e sociais, o que favorece o desenvolvimento de patologias psicossociais e a depressão, comprometendo, assim, a qualidade de vida do indivíduo.

A disfagia afeta, de forma importante, a qualidade de vida de seus portadores. Para o enfrentamento eficiente desses transtornos, é necessário que a equipe de saúde e o próprio sistema estejam preparados para lidar com tais aspectos da saúde do idoso e possam realizar as condutas corretas, prestando o melhor atendimento e conhecendo as possibilidades de encaminhamento e de tratamento para a disfagia. Existem muitas diferenças de conduta entre a identificação e o tratamento da disfagia, e isso pode ser decorrente das diferenças nacionais ou locais existentes. Todavia, a diferença entre o número de internos com disfagia em clínicas e hospitais é relevante, varia de 3% a 50%. Essa diferença entre a proporção de pacientes com disfagia impõe demandas muito diferentes para os profissionais de saúde, o que pode levar a uma diferença na experiência dos médicos para comunicar, diagnosticar ou tratar as dificuldades de deglutição. Em estudo realizado com profissionais de saúde de diferentes países da Europa, os entrevistados relataram formas diferentes de diagnosticar a disfagia e a dificuldade em realizá-lo. Alguns relataram que é fácil diagnosticar a disfagia observando o paciente no momento da refeição. Outros acham difícil identificar a disfunção, talvez porque acreditem que a disfagia seja consequência de outras doenças graves ou, até mesmo, em algumas vezes esteja relacionada à depressão (EKBERG et al., 2002).

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Identificar a prevalência de disfagia em idosos residentes em uma área urbana da cidade de Fortaleza, Ceará.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de sintomas sugestivos nas diferentes modalidades de disfagia (oral e faríngea).
- Identificar a frequência de disfagia na população estudada.
- Identificar o perfil socioeconômico de idosos que apresentam disfagia.
- Identificar fatores epidemiológicos, demográficos e clínicos associados à ocorrência de disfagia em idosos na comunidade estudada.

3. Método

3.1. Delineamento

Trata-se de um estudo transversal com base em inquérito domiciliar cujo objetivo foi pesquisar a presença de disfagia em idosos que vivem no bairro Rodolfo Teófilo, na região metropolitana de Fortaleza, Ceará, nos meses de abril e maio de 2008. Os participantes desse estudo foram avaliados através de uma única entrevista, na qual se investigou a ocorrência de variáveis de interesse em disfagia.

No delineamento transversal, a avaliação ocorre no momento estudado, não sendo possível estabelecer relações de temporalidade entre as variáveis analisadas (KELSEY, THOMPSON, EVANS, 1986). Esse delineamento torna possível a condição, em um dado ponto no tempo, entre aqueles que estão sob o risco de desenvolvê-la. Ou seja, estima-se a prevalência da condição, sendo, por causa disso, também denominado de estudo de prevalência (FLETCHER, FLETCHER, WAGNER, 1988).

3.2. Local da pesquisa

A pesquisa englobou a área de captação do Centro de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, percorrendo o bairro Rodolfo Teófilo do município de Fortaleza, Ceará (ver figura 3). Este bairro foi escolhido por ser heterogêneo, possuir pessoas de diversas classes sociais, o que permite a observação da disfagia em pessoas de diferentes situações sócio-econômicas. Apenas um bairro foi escolhido para que os idosos pesquisados pudessem ser acompanhados por uma equipe de profissionais de saúde, permitindo a realização de um estudo de coorte neste bairro.

O bairro Rodolfo Teófilo está localizado na região norte da cidade de Fortaleza, no estado do Ceará-Brasil. Segundo o Índice de Desenvolvimento Humano do Município- por bairro (IDHM-B) da Regional III do município de Fortaleza no ano de 2000, pôde-se constatar que o Bairro Rodolfo Teófilo apresentou índice médio em relação à média de anos de estudo do chefe de família; alta taxa de alfabetização e baixa renda média do chefe de família (em salários mínimos). Esses resultados permitem concluir que o bairro Rodolfo Teófilo possui médio índice de desenvolvimento humano. Com esse resultado, pode-se comparar o bairro Rodolfo Teófilo com a grande maioria dos bairros do município de Fortaleza, pois de 114 bairro oficiais de Fortaleza, 66 obtiveram médios índices de IDH, 41 obtiveram baixos índices de IDH e apenas 7 obtiveram altos índices de IDH (Prefeitura Municipal de Fortaleza- Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento- SEPLA, 2000).

O Bairro foi dividido, de acordo com o IBGE, em 21 setores censitários e cada setor comportava cerca de 250 residências. Esse bairro foi selecionado para a pesquisa, por conveniência operacional, visto que está localizado no entorno do Centro de Atenção ao Idoso.

3.3. População alvo e tamanho da amostra

A pesquisa foi realizada com 577 idosos, pessoas com sessenta anos ou mais de idade, residentes no bairro Rodolfo Teófilo que tem segundo o último censo 1.469 idosos (FUNDAÇÃO IBGE, 2000).

Foram incluídos, na pesquisa, todos os idosos que residiam na comunidade em estudo, independente de seu estado de saúde físico e mental, de sua condição social e econômica, de sua raça, de seu sexo ou de sua escolaridade. Nos casos de pacientes sondados ou que tenham sido submetidos à gastrostomia, não foi necessário responder as questões sobre disfagia, pois não poderiam responder o formulário com dados referentes ao momento presente, mas apenas ao histórico de sua alimentação, já que, no momento da entrevista, não estavam com dieta via oral.

Foram excluídos do estudo todos os idosos impossibilitados de responder o formulário, por apresentarem limitação comunicativa e não disporem de informante apto para responder as questões do formulário, bem como os idosos que se recusaram a participar do inquérito.

3.4. Seleção dos entrevistadores

Foram selecionados currículos de pessoas com experiência em pesquisa de campo. Os critérios de seleção foram: idade, escolaridade, boa eloquência, responsabilidade, compromisso, disponibilidade de tempo e familiaridade com o local da pesquisa.

Desta seleção foram escolhidos dez entrevistadores, cinco estudante de enfermagem, uma estudante de psicologia, uma nutricionista, duas terapeutas ocupacionais e uma professora de Ensino Fundamental.

3.5. Treinamento da equipe de entrevistadores

Após a seleção, os entrevistadores receberam treinamento apropriado para evitar vieses na aplicação do formulário, buscando a maior qualidade possível dos resultados.

Durante o treinamento as questões foram lidas e discutidas para que todas as dúvidas fossem dirimidas. Os entrevistadores de campo receberam orientações sobre como abordar o idoso e seus familiares, baseado no Manual da Pesquisa, onde estão todas as definições de variáveis, procedimentos de preenchimento do questionário, forma de correção das questões, dentre outras informações.

Os mapas foram expostos e explicados, os entrevistadores foram orientados como deveriam se guiar pelos mapas e como deveriam percorrer os setores censitários passando de casa em casa, obedecendo ao sentido horário, de forma a minimizar o tempo do percurso. Após a demonstração, foram entregues os materiais

que seriam utilizados durante as entrevistas. Todos os participantes demonstraram muito interesse e participaram efetivamente do treinamento com perguntas e com sugestões.

3.6. Estudo-piloto

Na semana seguinte ao treinamento, os entrevistadores aplicaram o formulário em 20 idosos da comunidade com o objetivo de conhecer melhor as questões e perceber as dificuldades no momento da visita. Neste momento foram identificadas as questões que necessitavam de reformulação para facilitar a compreensão do idoso durante a entrevista. Partindo das dificuldades encontradas, as questões foram reestruturadas.

3.7. Supervisão e controle de qualidade

Todas as etapas da pesquisa foram devidamente controladas e supervisionadas pela pesquisadora e pela supervisora de campo, desde a seleção dos entrevistadores até a entrega dos formulários preenchidos ao digitador.

À supervisora de campo coube as seguintes atribuições: manter contato direto com os entrevistadores; organizar e entregar, semanalmente, o material da pesquisa; receber os formulários preenchidos; revisar os formulários com os entrevistadores; verificar a consistência dos dados colhidos, revisitando, por

amostragem, alguns idosos entrevistados; preencher a coluna de código do formulário e encaminhar o formulário para digitação.

A verificação da confiabilidade das respostas foi realizada a partir do sorteio de cinco por cento dos formulários aplicados para que estes idosos fossem novamente entrevistados pela supervisora de campo. Essa estratégia orientou o pesquisador nas reuniões periódicas com os entrevistadores, podendo observar o desempenho e, assim, corrigir possíveis falhas na coleta dos dados.

3.8. Instrumentos

Para a coleta dos dados socio-demográficos e de caracterização dos idosos da pesquisa, foi utilizado formulário baseado nos instrumentos Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionare - BOMFAQ (BLAY, RAMOS, MARI, 1988), Brazilian Old Age Schedule – BOAS (VERAS, COUTINHO, 1994), Medida de Independência Funcional - MIF (RIBERTO et al., 2001) e Functional Autonomy Measurement System - SMAF (HEBERT, CARRIER, BILODEAU, 1988) que avaliam a percepção subjetiva do idoso, a saúde física e mental (aspectos cognitivos e emocionais), independência no dia-a-dia, suporte social e familiar e utilização de serviços. Este formulário faz parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Avaliação da capacidade funcional dos idosos residentes em área urbana de Fortaleza-CE” aprovada com o número 07/08 no COMEPE (ver anexo A). Inquéritos semelhantes estão sendo realizados em São Paulo, Rio de Janeiro e Bambuí. Em Fortaleza, foram acopladas outras três pesquisas que utilizaram a

mesma estrutura e a mesma população de estudo, dentre elas o inquérito de disfagia.

Do formulário da pesquisa multicêntrica, foram selecionadas algumas perguntas de interesse para a pesquisa de disfagia, dentre elas, as informações referentes ao perfil dos idosos, como identificação e dados sócio-demográficos (sexo, idade, faixa etária, estado civil, escolaridade e convívio domiciliar), condição econômica (renda mensal do idoso e renda mensal da família do idoso), busca de serviços de saúde, internação hospitalar e morbidade referida.

O mesmo formulário forneceu ainda informações sobre outro aspecto importante para a caracterização do idoso, a capacidade funcional, definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar nas suas atividades de forma independente, sem a ajuda de outras pessoas (MATSUDO, 2000). Estudada na Europa e nos Estados Unidos na área de saúde do trabalhador, passou a ser estudada, na década de 1940, nos idosos, diante do aumento na prevalência de doenças crônicas nos Estados Unidos. Para a mensuração destas funções, em 1963, Katz criou um modelo que avalia as Atividades da Vida Diária- AVDs (transferir-se de uma posição para outra, alimenta-se, vestir-se, banhar-se, conter-se para ir ao banheiro e higienizar-se sozinho após o uso do banheiro) (Katz, 1983). Das questões sobre atividade de vida diária, do formulário de capacidade funcional, foram selecionadas para compor o quadro de variáveis independentes da pesquisa de disfagia as cinco AVDs básicas: alimentação, vestuário, banho, transferência e continência, que foram relacionadas com a ocorrência da disfagia nos idosos entrevistados.

Para coletar as queixas relacionadas à presença de disfagia foi utilizado formulário baseado no instrumento aplicado por Kawashima, Motohashi, Fujishima

em 2004 no Japão, porém, aperfeiçoado seguindo a literatura especializada (BLOEM et al., 1990; LINDGREN, JANZON, 1991; SANCHES, BILTON, RAMOS, 2000; QUINTALE, PIMENTEL, BERENSTEIN, 2002). O formulário de disfagia continha 18 questões que abordavam aspectos relacionados às fases oral e faríngea da deglutição, permitindo a detecção de possíveis alterações. Nessa pesquisa, não foi abordada a fase esofágica da deglutição, pois a disfagia esofágica não é objeto de estudo especificamente da fonoaudiologia, e geralmente está associada a fatores orgânicos. Cada uma das 18 perguntas foi estruturada possibilitando a escolha de apenas uma resposta, buscando colher informações sobre a presença e a frequência de sintomatologia compatível com disfagia (ver apêndice A).

3.9. Sistemática das entrevistas

A coleta de dados foi iniciada no mês de abril e finalizada no mês de maio de 2008. Durante a coleta os entrevistadores seguiram as instruções fornecidas no treinamento e no manual da pesquisa.

As áreas pesquisadas foram divididas para os dez entrevistadores de forma que cada um se responsabilizou por quantidade semelhante de setores censitários. A partir do mapa, do bairro pesquisado, os setores censitários foram ampliados para facilitar a localização geográfica dos entrevistadores.

Após as orientações e a entrega dos materiais, os entrevistadores dirigiram-se para suas áreas geográficas, pré-determinadas. Cada um dos entrevistadores seguiu o percurso traçado, previamente, pela pesquisadora, percorrendo os

quarteirões dos setores censitários em sentido horário, baseando-se no sistema utilizado pelo IBGE (ver figura 4).

Os entrevistadores visitaram todas as casas indagando se ali morava algum idoso. Nas casas em que a resposta foi positiva e em que o idoso estava presente, o entrevistador solicitou que o idoso ou o responsável lesse a carta de apresentação. Se, após a leitura da carta, o idoso aceitou participar da pesquisa, o entrevistador apresentou o termo de consentimento livre e esclarecido, caso o idoso tenha aceitado os termos listados, a pesquisa pôde ser iniciada.

O entrevistador aplicou o formulário, lendo cada pergunta de forma literal para evitar distorções em seu sentido. Ao finalizar todo o formulário, o entrevistador seguiu para a casa vizinha e assim sucessivamente até que todas as casas do setor censitário tivessem sido visitadas.

Nas casas onde o idoso não estava presente ou recusou-se a participar naquele momento, foi agendada uma próxima visita. Se na segunda visita o idoso continuava impossibilitado de participar, o entrevistador agendou uma terceira visita. Caso o idoso tenha permanecido ausente ou tenha se recusado a participar, após três tentativas, ele foi excluído da pesquisa.

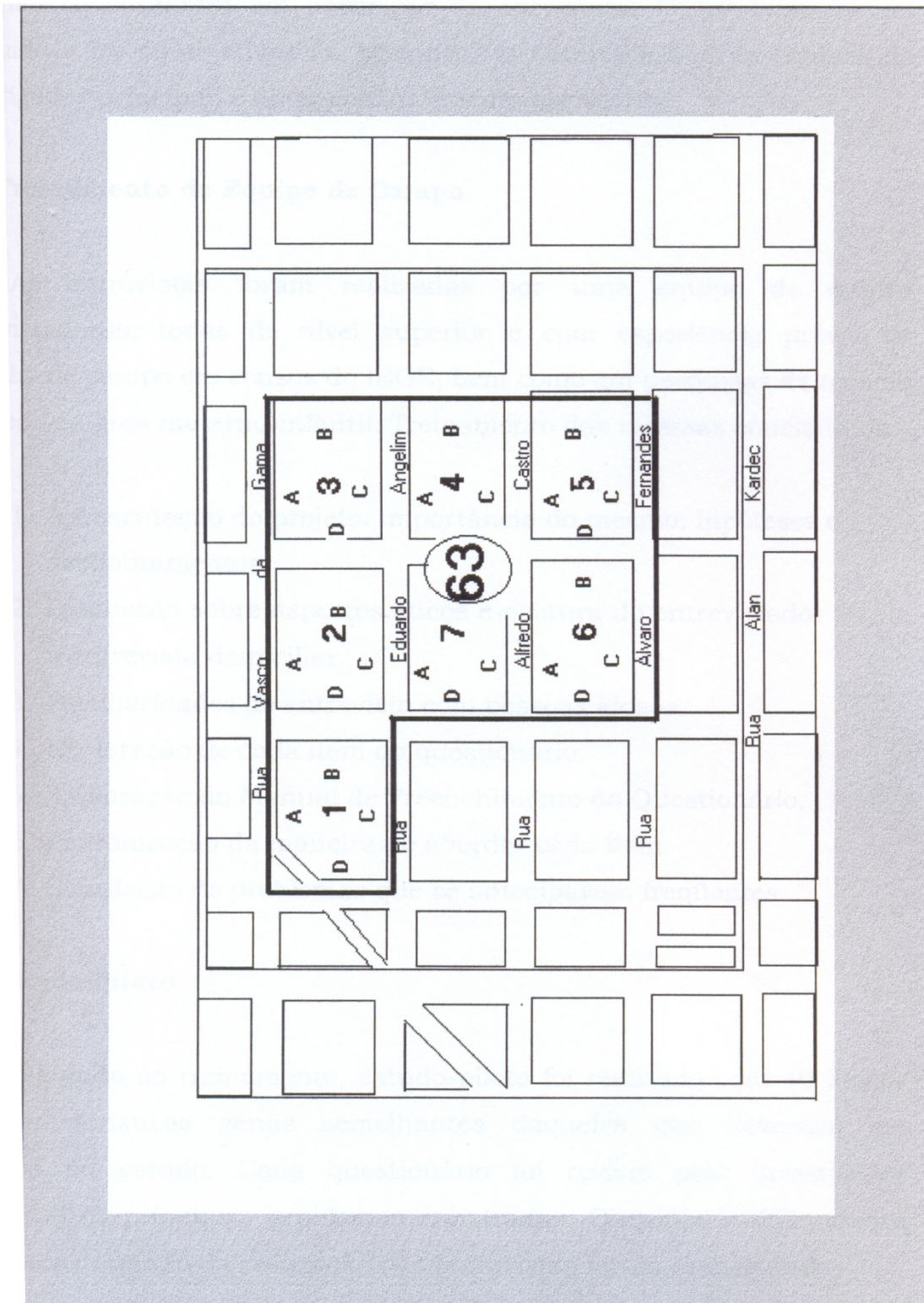


Figura 3. Representação de um setor censitário e a forma como deve ser percorrido.

3.10. Definição de variáveis

Disfagia oral: corresponde à disfagia encontrada em pacientes que relatam com frequência superior a uma vez por semana um dos seguintes sinais e sintomas: aumento no tempo das refeições; diminuição do vedamento labial; presença de restos de alimento na boca (diminuição da sensibilidade intra-oral); regurgitação nasal (alteração no vedamento de vias aéreas superiores) (BLOEM et al., 1990; LINDGREN, JANZON, 1991; JACOBI, LEVY, SILVA, 2003; KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004).

Disfagia Faríngea: corresponde à disfagia encontrada em pacientes que relatam com frequência superior a uma vez por semana um dos seguintes sinais e sintomas: engasga com os alimentos, entalo do alimento na garganta; mudança vocal durante ou após a alimentação (BLOEM et al., 1990; LINDGREN, JANZON, 1991; JACOBI, LEVY, SILVA, 2003; KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004).

Disfagia orofaríngea: disfagia referente aos idosos que referem pelo menos um dos sinais de disfagia oral e pelo menos um dos sinais de disfagia faríngea (BLOEM et al., 1990; LINDGREN, JANZON, 1991; JACOBI, LEVY, SILVA, 2003; KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004).

Disfagia: idosos que apresentaram sintomatologia compatível com disfagia oral ou com disfagia faríngea (BLOEM et al., 1990; LINDGREN, JANZON, 1991; JACOBI, LEVY, SILVA, 2003; KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004).

Sonda: dispositivo médico utilizado para fornecer alimentação para os doentes que não podem obter a nutrição através da deglutição oral. Sua utilização pode ser temporária, em casos de tratamento agudo para manutenção do estado nutricional, ou, permanente, em casos de deficiência crônica. Elas são classificadas por local de inserção e por utilização em: nasogástrica e nasoenteral (THOMSEN, SHAFFER, SETNIK, 2006).

Gastrostomia: procedimento cirúrgico em que um tubo é inserido no estômago através de uma pequena incisão no abdômen. O mais utilizado é a gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). O procedimento é realizado através de endoscopia, no qual, com o paciente sedado, o endoscópio é inserido através da boca e do esôfago no estômago. A inserção leva cerca de 20 minutos. O tubo é mantido dentro do estômago, com uma porção externa ao abdômen, por onde o alimento é administrado. A gastrostomia é adequada para utilização de longo prazo. Possui durabilidade de seis meses e a sonda pode ser substituída sem a necessidade de outra intervenção cirúrgica. Geralmente, é utilizada em pacientes que possuem dificuldade de deglutição ocasionada por doenças neurológicas ou anatômicas (ORAL CANCER FOUNDATION.org, 2008).

Capacidade funcional: potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar nas suas atividades de forma independente, sem a ajuda de outras pessoas (MATSUDO, 2000).

Independente: foi considerado independente todo aquele que respondeu que realiza sem dificuldade todas as questões: controla fezes e urina (15.1), andar em

casa no plano (19.1), vestir-se (22.1), tomar banho (23.1), fazer a refeição (24.1) e sentar-se ou levantar-se da cadeira (29.1).

Dependente: foi considerado dependente todo aquele que apresentou dificuldade em pelo menos uma das questões mencionadas no item acima.

3.11. Análise estatística

Os dados coletados foram digitados utilizando-se o programa estatístico Epi Info (Versão 6.04a) (DEAN et al., 1996). Os dados foram lançados nesse programa, sistematicamente, após sua coleta e, em seguida, as análises foram realizadas no STATA (versão 9.0). Inicialmente foi realizada análise descritiva de todas as variáveis sociodemográficas e de todas as outras que descrevem a população estudada, como também dos sinais e sintomas relacionados à disfagia. Em seguida, foi realizada análise bivariada, utilizando as variáveis: disfagia; sexo; idade; estado civil; convívio domiciliar; renda do idoso; renda da família do idoso; busca de consulta médica nos últimos 12 meses; número de consultas médicas nos últimos 12 meses; internação hospitalar nos últimos 6 meses; morbidade referida; capacidade funcional e ausência dentária. As proporções foram comparadas através do Teste do Qui-quadrado ou do Teste Exato de Fisher. Quando o valor esperado de todas as células da tabela foi igual ou maior que 5, foi usado o Teste do Qui-quadrado. Por outro lado, quando o valor esperado de pelo menos uma célula foi menor do que 5, foi usado o Teste Exato de Fisher. A associação de variáveis independentes com a prevalência de disfagia foi também

avaliada através da Razão de Prevalência e seu Intervalo de Confiança de 95%. Uma associação foi considerada significativa quando o I.C. 95% da Razão de Prevalência não incluiu a unidade.

3.12. Considerações éticas

O método da pesquisa, juntamente com o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram submetidos à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará- COMEPE. A pesquisa foi aprovada com o número do protocolo 04/08 (ver anexo B), dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde- Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996. Todos os idosos entrevistados foram orientados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa (ver apêndice B).

4. Resultados

4.1. Características sociodemográficas da população estudada

Foram visitadas 634 pessoas com 60 anos ou mais de idade no bairro Rodolfo Teófilo; 46 não responderam o formulário pelas seguintes razões: 32 (69,56%) por não desejarem participar da pesquisa e 14 (30,43%) por não se encontrarem em casa após as três visitas agendadas. Foram, portanto, respondidos 588 formulários. Destes, 10 (1,7%) idosos utilizavam sonda ou gastrostomia e foram excluídos da amostra. Além destes, um idoso foi excluído, pois só respondeu o formulário de capacidade funcional, mas recusou-se a fornecer os dados de identificação e o formulário de disfagia. Portanto, foram analisados os dados de 577 idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, no ano de 2008. Nas análises bivariadas, o número (n) de dados analisados referido nas tabelas variou como consequência do número de respostas “não sabe”, “não respondeu” ou “não se aplica” para as variáveis pesquisadas.

Quanto ao sexo, o número de mulheres foi quase três vezes maior que o de homens. A idade dos entrevistados variou dos 60 aos 100 anos. Dentre os 577 idosos da amostra, 259 (44,89%) apresentavam idade entre 60 e 69 anos (Tabela 3).

A maioria dos idosos era casada: 238 (41,25%); o número de viúvos foi de 200 (34,66%) e 139 (24,09%) estavam separados ou eram solteiros. Quanto à distribuição nas diferentes faixas de escolaridade, observou-se que 401 (70,7%) dos entrevistados estudaram menos de oito anos, o que caracteriza baixa escolaridade (Tabela 3).

A maioria dos idosos, 426 (73,83%), morava com os filhos ou com os netos e 48 (8,32%) residiam apenas com pessoas de sua geração: cônjuges, primos ou irmãos (Tabela 3).

Tabela 3. Dados sociodemográficos de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.

Variável	Frequência		
	N	%	I.C. 95%*
Sexo			
Masculino	166	28,77	25,10-32,65
Feminino	411	71,23	67,34-74,89
Idade			
60 a 69 anos	259	44,89	40,77-49,05
70 a 79 anos	201	34,84	30,94-38,87
80 a 100 anos	117	20,28	
Estado Civil			
Solteiro/ separado	139	24,09	20,65-27,79
Casado	238	41,25	37,19-45,38
Viúvo	200	34,66	30,77-38,70
Anos de Estudo			
3 ou menos	180	31,20	27,43-35,15
4 a 7 anos	228	39,51	35,50-43,63
8 ou mais	169	29,29	25,60-33,18
Convívio Domiciliar			
Sozinho	40	6,93	4,99-9,32
Unigeracional	48	8,32	6,19-10,87
Bigeracional	215	37,26	33,30-41,35
Trigeracional	211	36,57	32,62-40,64
Outros	63	10,92	8,49-13,75
Renda do Idoso			
Renda ≤ 415 (R\$)	321	58,05	53,80-62,19
416 a 1245 (R\$)	129	23,33	19,86-27,07
Renda ≥ 1245 (R\$)	103	18,63	15,46-22,12
Renda Familiar			
Renda ≤ 800 (R\$)	142	33,81	29,29-38,55
801 a 1400 (R\$)	126	30,00	25,65-34,63
Renda ≥ 1400 (R\$)	152	36,19	31,58-40,98

*Valor de I.C 95% referente à acurácia da análise estatística realizada para cada uma das variáveis.

Um total de 321 (58,05%) idosos recebia menos de um salário mínimo por mês. Quanto à renda familiar, 142 (33,81%) idosos possuíam renda familiar abaixo de R\$ 800,00. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o número de idosos pertencentes às três categorias de renda familiar estabelecidas (Tabela 3).

Um total de 432 (74,87%) idosos realizou consulta médica nos últimos 12 meses. Dentre os idosos que souberam quantificar o número de consultas, 183 (44,6%) tiveram entre cinco e trinta consultas médicas no período. Quanto à ocorrência de internamento hospitalar, dos 577 entrevistados, 45 (7,8%) estiveram internados pelo menos uma vez nos últimos seis meses (Tabela 4).

Tabela 4. Dados sobre número de consultas médicas nos últimos 12 meses e número de internação nos últimos seis meses de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.

Variável	Frequência		
	N	%	I.C. 95%*
Consulta médica nos últimos 12 meses			
Sim	432	74,87	71,12-78,36
Não	134	23,22	19,83-26,88
Não sabe	11	1,91	0,95-3,38
Número de consultas nos últimos 12 meses			
1 a 4 consultas	231	55,4	50,48-60,23
5 a 30 consultas	186	44,6	39,76-49,51
Internação nos últimos seis meses			
Sim	45	7,8	5,74-10,29
Não	532	92,2	89,70-94,25

* Valor de I.C 95% referente à acurácia da análise estatística realizada para cada uma das variáveis.

Quando se questionou sobre a presença de doenças, a mais citada foi hipertensão arterial, com prevalência de 51,13% (295 idosos). A segunda mais citada foi reumatismo (doenças reumatológicas), com 33,97% (196 idosos). Doença

de Parkinson, demências foram as menos mencionadas, com 13 (2,25%), 27 (4,68%) respostas positivas (Tabela 5).

No tocante às atividades básicas de vida diária (controle de esfíncteres, vestir-se, alimentar-se, banhar-se, locomover-se); 200 (36,76%) idosos eram dependentes, pois apresentavam dificuldade de realizar pelo menos uma das atividades descritas anteriormente e 344 (63,24%) eram considerados independentes, por não apresentarem dificuldade em realizar tais atividades (dados não referidos em tabela).

Ao ser pesquisada a variável ausência dentária, pôde-se constatar que a maioria dos idosos, 528 (92,47%), não possuía todos os dentes (dados não referidos em tabela).

Tabela 5. Morbidade referida de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.

Variável	Frequência		
	N	%	I.C. 95%*
Hipertensão			
Sim	295	51,13	
Não	282	48,87	1,44-1,52
Doenças Reumatológicas			
Sim	196	33,97	
Não	381	66,03	1,62-1,69
Diabetes			
Sim	93	16,12	
Não	484	83,88	1,80-1,86
Depressão			
Sim	81	14,04	
Não	496	85,96	1,83-1,88
Acidente Vascular Cerebral			
Sim	46	7,97	
Não	531	92,03	1,89-1,94
DPOC**			
Sim	38	6,59	
Não	539	93,41	1,92-1,96
Infarto do miocárdio			
Sim	33	5,72	
Não	544	94,28	3,97-7,94
Demências			
Sim	27	4,68	
Não	550	95,32	1,93-1,97
Doença de Parkinson			
Sim	13	2,25	
Não	564	97,75	1,96-1,98

* Valor de I.C 95% referente à acurácia da análise estatística realizada para cada uma das variáveis.

** DPOC- Doença pulmonar obstrutiva crônica

4.2. Prevalência de disfagia na população estudada.

Um total de 52 (9,08%) idosos levou maior tempo para ingerir o alimento. Esse foi o sintoma que obteve maior frequência dentre os referentes à fase oral da deglutição. O menos referido foi a presença de retorno do alimento pelo nariz durante as refeições, com apenas 1,4% de frequência (Tabela 6).

Tabela 6. Sinais e sintomas relacionados à fase oral da deglutição de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo da cidade de Fortaleza, no ano de 2008.

Variável	Frequência		
	N	%	I.C. 95%*
Demora para finalizar a refeição			
Sim	52	9,08	
Não	521	90,92	0,06-0,11
Ficam restos de alimento na boca após a alimentação			
Sim	43	7,56	
Não	526	92,44	0,05-0,09
Cai alimento da boca enquanto se alimenta			
Sim	24	4,20	
Não	548	95,80	0,02-0,05
Retorno do alimento pelo nariz durante a alimentação			
Sim	8	1,40	
Não	563	98,60	0,004-0,02

* Valor de I.C 95% referente à acurácia da análise estatística realizada para cada uma das variáveis.

Nas questões referentes à fase faríngea da deglutição, a maior frequência de respostas positivas, 51 (9,36%), foi encontrada na pergunta sobre alterações vocais após as refeições. Os engasgos forma queixas de 32 (5,57%) dos idosos. Destes, 12 (47%) engasgavam-se com alimentos sólidos, como carnes, pães, biscoito, arroz e feijão; 5 (15,63%) disseram ter dificuldade com líquidos; 8 (25%) responderam ter

engasgos com sólidos e com líquidos e 6 (18,75%) apresentavam dificuldades seja com sólidos, seja com líquidos e seja com pastosos (Tabela 7).

Tabela 7. Sinais e sintomas relacionados à fase faríngea da deglutição de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo da cidade de Fortaleza, no ano de 2008.

Variável	Frequência		
	N	%	I.C. 95%*
Mudança vocal após a alimentação			
Sim	51	9,36	
Não	494	90,64	0,06-0,11
Presença de entalo com o alimento			
Sim	44	7,68	
Não	529	92,32	0,05-0,09
Presença de engasgos com os alimentos			
Sim	32	5,57	
Não	543	94,43	0,03-0,07
Tipo de alimento com que ocorria o engasgo			
Somente com sólido	12	37,50	0,21-0,56
Somente com pastoso	1	3,13	0,0007-0,16
Somente com líquido	5	15,63	0,05-0,32
Com sólidos e líquidos	8	25,00	0,11-0,43
Com as três consistências	6	18,75	0,07-0,36

* Valor de I.C 95% referente à acurácia da análise estatística realizada para cada uma das variáveis.

Baseado na ocorrência dos sinais e dos sintomas detalhados anteriormente, foi possível determinar a prevalência de disfagia na população idosa do bairro Rodolfo Teófilo, obedecendo aos critérios estabelecidos na definição das variáveis. A prevalência de disfagia em geral na população estudada foi de 27,04% (156). Enquanto nas categorias disfagia oral, disfagia faríngea e disfagia orofaríngea, a prevalência foi 10,05% (58), 11,44% (66) e 5,55% (32) (Tabela 8).

Tabela 8. Prevalência de disfagia de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.

Variável	Frequência		
	N	%	I.C. 95%*
Disfagia			
Sim	156	27,04	
Não	421	72,96	0,23-0,30
Disfagia Oral			
Sim	58	10,05	
Não	519	89,95	0,07-0,12
Disfagia Faríngea			
Sim	66	11,44	
Não	511	88,56	0,08-0,14
Disfagia Orofaríngea			
Sim	32	5,55	
Não	545	94,45	0,03-0,07

* Valor de I.C 95% referente à acurácia da análise estatística realizada para cada uma das variáveis.

4.3. Análise de disfagia segundo as condições sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da população estudada.

Na análise bivariada entre disfagia e as variáveis sociodemográficas, identificou-se que as variáveis com associações estatisticamente significantes foram: idade (IC 95% [1,61-3,03] e $p=0,000$), sendo a faixa etária de 80 anos ou mais de idade a mais prevalente com 44,44%; estado civil (IC 95% [1,17-2,40] e $p=0,000$), com prevalência de disfagia maior entre os viúvos (37,50%); escolaridade (IC 95% [1,30-2,89] e $p=0,001$), na qual a maior prevalência foi entre os que estudaram 3 anos ou menos (32,22%), seguida dos que estudaram por até sete anos (30,70%); e por fim, a disfagia foi mais prevalente entre os idosos que apresentaram dependência para realizar as atividades de vida diária (40,50%) com valor de (IC 95% [1,77-3,14] e $p=0,000$). As outras variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa com disfagia (Tabela 9).

Tabela 9 Prevalência de disfagia segundo as características sociodemográficas de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.

Variável	Total	Prevalência de disfagia		Razão de Prevalência		Valor-p
		N	%	Pontual	I. C. 95%	
Sexo						
Masculino	166	40	24,10	1	-	0,312
Feminino	411	116	28,22	1,17	0,85-1,59	
Idade						
60 a 69 anos	259	52	20,08	1	-	0,000
70 a 79 anos	201	52	25,87	1,28	0,91-1,80	
80 a 100 anos	117	52	44,44	2,21	1,61-3,03	
Estado Civil						
Solteiro/ separado	139	31	22,30	1	-	0,000
Casado	238	50	21,01	0,94	0,63-1,39	
Viúvo	200	75	37,50	1,68	1,17-2,40	
Anos de Estudo						
3 ou menos	180	58	32,22	1,94	1,30-2,89	0,001
4 a 7 anos	228	70	30,70	1,85	1,25-2,73	
8 ou mais	169	28	16,57	1	-	
Convívio Domiciliar						
Sozinho	40	13	32,50	1,46	0,76-2,78	0,004
Unigeracional	48	19	39,58	1,78	0,99-3,17	
Bigeracional	215	41	19,07	0,85	0,50-1,46	
Trigeracional	211	69	32,70	1,47	0,89-2,42	
Outros	63	14	22,22	1	-	
Renda do Idoso						
Renda ≤ 415 (R\$)	321	97	30,22	1,48	0,97-2,24	0,118
416 a 1245 (R\$)	129	32	24,81	1,21	0,74-1,97	
Renda ≥ 1245 (R\$)	103	21	20,39	1	-	
Renda Familiar						
Renda ≤ 800 (R\$)	142	39	27,46	1	-	0,935
801 a 1400 (R\$)	126	37	29,37	1,06	0,73-1,56	
Renda ≥ 1400 (R\$)	152	44	28,95	1,05	0,73-1,51	
Possui todos os dentes						
Sim	43	15	34,88	1,33	0,86-2,05	0,213
Não	528	138	26,14	1	-	
Capacidade funcional						
Dependente	200	81	40,50	2,36	1,77-3,14	0,000
Independente	344	59	17,15	1	-	

Ao relacionarem-se consultas médicas nos últimos 12 meses com disfagia, não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis, o que também ocorreu na análise referente ao número de consultas médicas. A associação entre disfagia e internação hospitalar, no entanto, foi estatisticamente significativa, com prevalência de 46,67% (IC 95% [1,30-2,60] e $p=0,002$) de disfagia entre os que estiveram internados neste período (Tabela 10).

Tabela 10. Prevalência de disfagia segundo a busca de consulta médica nos últimos 12 meses e internação hospitalar nos últimos seis meses de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.

Variável	Total	Prevalência de disfagia		Razão de Prevalência		Valor-p
		N	%	Pontual	I. C. 95%	
Buscou consulta médica nos últimos 12 meses						
Sim	432	123	28,47	1,32	0,92–1,88	0,119
Não	134	29	21,64	1	-	
Número de consultas nos últimos 12 meses						
1 a 4 consultas	231	63	27,27	1	-	
5 a 30 consultas	186	53	28,49	1,04	0,77-1,42	0,782
Internação nos últimos seis meses						
Sim	45	21	46,67	1,84	1,30-2,60	0,002
Não	532	135	25,38	1	-	

A análise bivariada entre disfagia e morbidade referida revelou associação positiva nas seguintes patologias: demências, doença de Parkinson, doenças reumatológicas e infarto agudo do miocárdio. Disfagia foi observada em 62,96% (IC 95% [1,80-3,44] e $p=0,000$) dos que mostraram demência; 53,85% (IC 95% [1,20-3,43] e $p=0,028$) dos idosos que referiram doença de Parkinson; 42,42% (IC 95% [1,06-2,47] e $p=0,025$) dentre os que já tiveram infarto agudo do miocárdio; 34,18%

(IC 95% [1,12-1,90] e $p=0,006$) dos que eram acometidos de doenças reumatológicas (Tabela 11).

Tabela 11. Prevalência de disfagia segundo a morbididade referida de uma amostra de idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008.

Variável	Total	Prevalência de disfagia		Razão de Prevalência		Valor-p
		N	%	Pontual	I. C. 95%	
Demências	27	17	62,96	2,49	1,80-3,44	0,000
Doença de Parkinson	13	7	53,85	2,03	1,20-3,43	0,028
Infarto do miocárdio	33	14	42,42	1,62	1,06-2,47	0,025
DPOC	38	15	39,47	1,50	0,99-2,29	0,074
Doenças Reumatológicas	196	67	34,18	1,46	1,12-1,90	0,006
Depressão	81	27	33,33	1,28	0,91-1,80	0,169
Acidente Vascular Cerebral	46	15	32,61	1,22	0,79-1,90	0,375
Diabetes	93	30	32,26	1,23	0,89-1,72	0,216
Hipertensão	295	84	28,47	1,11	0,85-1,45	0,426

5. Discussão

5.1. Características sociodemográficas da população estudada

No presente estudo, houve predomínio de pessoas do sexo feminino. Estas foram quase três vezes maior do que o número de pessoas do sexo masculino. Resultado semelhante a outros estudos no Brasil e na América Latina, que também observaram superioridade numérica do sexo feminino em suas amostras. A diferença entre os sexos pode estar associada à maior mortalidade dos homens por causas externas e à maior exposição aos agravos provocados pelo cigarro e pelo álcool (VERAS, RAMOS, KALACHE, 1987; FUNDAÇÃO IBGE, 2000; COSTA, BARRETO, GIATTI, 2003; LEBRÃO, LAURETI, 2005).

A idade dos idosos variou entre 60 e 100 anos. A faixa etária de 60 a 69 anos concentrou a maior parte dos idosos (44,89%), número ligeiramente inferior ao encontrado em outro estudo realizado em vários bairros de Fortaleza no qual essa faixa etária concentrou 53% dos idosos pesquisados (COELHO FILHO, RAMOS, 1999). O resultado do presente estudo, todavia, foi compatível com o último censo brasileiro em que a média de idade foi de 69,4 anos (FUNDAÇÃO IBGE, 2000; LEBRÃO, LAURETI, 2005).

A amostra foi, em sua maioria, constituída de idosos casados, seguidos dos viúvos, resultado também encontrado em outros estudos populacionais no Brasil. Quanto ao convívio domiciliar, os dados atuais foram semelhantes aos de uma pesquisa realizada em Fortaleza (COELHO FILHO, RAMOS, 1999), quase dez anos atrás, no qual o número de idosos que moravam sozinhos era de 6%. Da mesma

forma, os domicílios bigeracionais e trigeracionais continuam prevalecendo. No Brasil, no censo de 2000, 64,7% dos idosos moravam com filhos e/ou outros parentes na mesma casa. Estes dados podem representar uma forma de institucionalização domiciliar do idoso, decorrente da escassez de instituições públicas, no Brasil (COELHO FILHO, RAMOS, 1999, FUNDAÇÃO IBGE, 2000).

O número de pessoas com menos de sete anos de estudo, dos quais 31,20% estudaram por até 3 anos e 39,51% estudaram de 4 a 7 anos, foi muito superior ao de pessoas com 8 ou mais anos de estudo (29,29%). Esta proporção foi menor que a encontrada em estudos anteriores, quando se constatou que a porcentagem de analfabetos ou de pessoas com menos de três anos de estudo variou de 50 a 59%. O grau de escolaridade entre os idosos permanece baixo; no entanto, demonstra sinais de melhora. Essa variação pode ser decorrente de diferenças metodológicas aplicadas entre os estudos uma vez que o presente foi realizado com idosos residentes de apenas um bairro de Fortaleza, enquanto que o outro estudo realizado na mesma cidade fez-se com idosos de vários bairros. Outro fator que pode ter influenciado foi o aumento no número de programas governamentais para alfabetização de adultos implementados na última década que pode ter refletido nos resultados a cerca da escolaridade dos idosos pesquisados (FUNDAÇÃO IBGE, 2000; FELICIANO, MORAES, FREITAS, 2004).

Os resultados encontrados sobre a renda mensal do idoso mostraram que 321 (58%) dos idosos que residem no bairro Rodolfo Teófilo, possuem renda individual inferior a R\$ 415,00. No Brasil, de 1991 a 2000, o rendimento médio do idoso responsável pelo domicílio passou de R\$ 403,00 para R\$ 657,00 (FUNDAÇÃO IBGE, 2000). Comparando este dado do IBGE com o resultado do presente estudo, percebe-se que neste, os idosos têm renda inferior, o que pode sugerir que a

amostra de população deste estudo pertence a classes sociais menos favorecidas. Uma vez que muitos são portadores de doenças crônicas que necessitam de tratamento multidisciplinar e com essa renda mensal torna-se difícil o acesso a tratamentos mais onerosos. Esses idosos, portanto, dependem basicamente da rede pública, que deve estar preparada para atender de forma adequada a demanda crescente dessa parcela da população.

No presente estudo, 432 (74,87%) dos idosos entrevistados compareceram a consulta médica nos últimos 12 meses, enquanto 45 (7,8%) tiveram internações hospitalares no último semestre. Esses resultados são compatíveis com os resultados encontrados em estudos realizados no Brasil e refletem a realidade da demanda de idosos no serviço público de saúde. Em 1996, foram gastos com internamento de idosos, 22,9% de todo o recurso nacional destinado para internação hospitalar. Nesse período, os idosos representavam 7,9% da população brasileira, e as principais causas de internação foram doenças cardíacas e respiratórias, seguidas de doenças do aparelho digestivo (COSTA et al., 2000). Em outro estudo realizado em Londrina, Paraná, com fontes secundárias do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e com o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), constatou-se que 20,18% das internações eram de idosos e que estas representavam 29,06% dos custos hospitalares, tendo como principal causa as pneumonias, que representam uma das conseqüências da disfagia (MARTIN et al., 2006). Toda essa demanda de idosos no sistema público é decorrente do baixo número de idosos com poder aquisitivo para contratar os serviços particulares ou para se conveniar a um plano de saúde. Esse dado foi confirmado em estudo que identificou que apenas 26,9% dos idosos tinham planos de saúde, porcentagem esta que diminuía à medida que se analisavam os idosos com mais idade (COSTA, BARRETO, GIATTI, 2003).

Esses dados mostram a importância em identificar a prevalência de disfagia na população idosa e a necessidade de estruturação do SUS no sentido de preveni-la e/ou tratá-la, uma vez que esta é uma importante causa de pneumonia nesta parcela da população.

Os dados sobre morbidade referida foram importantes para descrever a população estudada quanto às possíveis demandas do sistema de saúde que as recebe e, principalmente, para analisar a associação de disfagia com cada uma destas doenças. Com isso, no presente estudo, a doença mais apresentada foi hipertensão arterial sistêmica, com 51,13% (295); em segundo lugar doenças reumatológicas com 33,97% (196), seguida de diabetes com 16,12% (93) e de depressão com 14,04% (81). Esses resultados estão em concordância com os encontrados em outros estudos realizados no Brasil, que obtiveram as mesmas respostas com proporções numéricas semelhantes (COSTA, BARRETO, GIATTI, 2003; LEBRÃO, LAURETI, 2005).

Citada com uma frequência duas vezes maior que a doença de Parkinson, as demências, dentre elas a doença de Alzheimer, foram relatadas por 4,68% dos idosos da comunidade pesquisada, resultado compatível com o encontrado em estudo epidemiológico sobre morbidade referida no Brasil, que detectou 6,8% de relatos de demência entre idosos entrevistados na cidade de São Paulo. Nesse estudo, a doença de Alzheimer representou 59,8% dos relatos (BOTTINO, LOPES, MORENO, 2005). A prevalência de demência indica que, com o envelhecimento da população, as doenças crônico-degenerativas como também suas conseqüências, dentre elas a disfagia, tornaram-se problema de saúde pública em nosso país e com isso constituem demanda constante para os serviços públicos de saúde (CHOUINARD, LAVIGNE, VILLENEUVE, 1998).

Estudos realizados no Brasil identificaram que a prevalência de dificuldade em realizar as atividades de vida diária (AVDs) variava de 2% a 19,2% nos idosos pesquisados (COSTA, BARRETO, GIATTI, 2003; LEBRÃO, LAURETI, 2005). Este resultado não foi compatível com outro estudo realizado em 2004, em que 46,7% dos idosos pesquisados revelaram precisar de ajuda para até 3 AVDs (FELICIANO, MORAIS, FREITAS, 2004). Já em uma pesquisa realizada em Fortaleza, no ano de 2000, a prevalência de dificuldade para realizar pelo menos 4 AVDs foi de 12,7% (COELHO FILHO, 2000). No presente estudo, 36,76% (200) referiram tais limitações para pelo menos uma das 6 AVDs pesquisadas. Esses resultados refletem a dificuldade em realizar comparações, uma vez que a definição das variáveis difere de um estudo para outro. Mesmo diante de tais dificuldades, percebe-se alta prevalência de dependência na população idosa, portanto a realização de pesquisas sobre a capacidade funcional é de relevância incalculável para ampliar o conhecimento sobre essa problemática, possibilitando o desenvolvimento de estratégias para promoção de saúde, aumentando a qualidade de vida dos idosos.

No presente estudo, a maioria dos idosos (91,47%) relatou não possuir todos os dentes, porcentagem semelhante à encontrada em estudo realizado na cidade de Rio Claro- São Paulo que identificou ausência dentária em 92,64% dos 101 idosos examinados (SILVA, SOUSA, WADA, 2004). Outro estudo identificou 65% de edêntulos dentre os idosos pesquisados na cidade de São Paulo (ROSA et al, 2004). Em estudo realizado no Brasil em 2004, identificou-se que, provavelmente, o alto número de idosos com ausência dentária é consequência da precária assistência odontológica que esses idosos tiveram ao longo da vida, principalmente, nas regiões Sudeste, Norte e Nordeste (MATOS, GIATTI, COSTA, 2004).

Dentre os 588 idosos entrevistados, 10 (1,70%) utilizavam sonda ou gastrostomia como via alimentar, o que representa alta prevalência entre os idosos entrevistados. Esses casos podem estar relacionados à presença de disfagia. A prevalência de sonda em pacientes com idade acima de 65 anos, com limitações cognitivas severas, residindo em casas de repouso nos Estados Unidos no ano de 1994, variou de 7,5%, no estado de Maine, a 40,1% no estado do Mississippi (AHRONHEIM et al, 2001). A diferença entre os resultados da presente pesquisa e os resultados da pesquisa de Ahronheim, 2001, pode ser explicadas pela seleção da amostra, uma vez a pesquisa foi realizada em clínicas de repouso, onde grande parte das pessoas sofrem de alguma doença, portanto a possibilidade de encontrar idosos com sonda ou com gastrostomia é muito maior do que entre idosos em domicílio.

5.2. Prevalência de disfagia na população estudada.

Os estudos em disfagia, anteriormente realizados, não descreveram detalhadamente os aspectos socioeconômicos e demográficos das amostras pesquisadas; portanto, algumas comparações com o presente estudo, somente foram realizadas com dados do IBGE e com pesquisas em idosos que não tiveram a disfagia como objeto de estudo.

Dentre os sinais e sintomas relacionados com a fase oral da deglutição, o mais apontado foi a demora para finalizar as refeições, presente em 52 (9,08%) dos idosos, o que remete à dificuldade de mastigação. É possível que essa dificuldade seja decorrente de ausências dentárias, largamente identificadas na população em

questão. Outros fatores que poderiam também ser implicados são: redução na força muscular, redução na mobilidade da língua e atraso no reflexo de deglutição ao final da fase oral (JACOBI, LEVY, SILVA, 2003).

Em estudo brasileiro que analisou 128 exames de videofluoroscopia da deglutição em pessoas de 20 a 93 anos de idade, constatou-se que 20% dos idosos apresentavam dificuldades em mastigar o alimento e misturá-lo à saliva; 17% apresentavam lentidão ao manipular o alimento na cavidade oral e 28% dificuldade na ejeção do bolo alimentar. A presença desses sinais pode justificar a demora em finalizar as refeições (FIORESE et al., 2004). Em outro estudo realizado no Brasil, percebeu-se que, com o avançar da idade, aumentou-se o tempo para finalizar a refeição (QUINTALE, PIMENTEL, BERENSTEIN, 2002). Em estudo realizado no Japão, 3,6% dos idosos referiram, com o avançar da idade, um aumento importante no tempo que utilizavam para concluir uma refeição (KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004).

Buscando investigar as condições de fechamento labial nos idosos, foi questionado se há escape do alimento da cavidade oral durante a refeição. A prevalência desse sintoma entre os idosos foi de 4,20% (24). No estudo realizado por Kawashima, Motohashi, Fujishima, 2004, 2,4% referiram que esse sintoma acontece em quase todos os momentos de alimentação e 17,4% relataram que isso ocorre algumas vezes. O fechamento labial constitui elemento importante para a manutenção da pressão intra-oral, pois favorece a propulsão do bolo alimentar para a faringe. A ineficiência nesse fechamento está fortemente relacionada com o isolamento social do idoso, em face do constrangimento imposto por essa limitação no ato da refeição (SCHINDLER, KELLY, 2002; EKBERG et al., 2002; DAHLIN, 2004; MORRIS, 2005).

A permanência de restos alimentares na cavidade oral, após a alimentação, foi referida por 43 (7,56%) idosos pesquisados, o que reflete a redução da sensibilidade intra-oral, relacionada com o paladar, com a manipulação do bolo alimentar e com o disparo no reflexo de deglutição. Resultado semelhante foi encontrado em estudo Japonês, onde 7,9% queixaram-se desse problema (KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004). Outro estudo brasileiro também identificou a presença de resíduos de alimentos no assoalho da boca dos idosos, manifestação confirmada através da videofluoroscopia em 14,3% dos idosos que participaram da pesquisa (FIORESE et al., 2004); esse resultado foi maior do que o obtido no estudo, pois neste a videofluoroscopia pode ter detectado alterações nos idosos sem queixa de restos alimentares na boca após as refeições.

A ocorrência do retorno de alimento pelo nariz durante a alimentação, que está relacionado com a insuficiência no fechamento nasal pelo palato mole, foi identificada em 8 (1,40%) idosos da presente pesquisa. No entanto, na pesquisa de Fiorese et al., esta proporção foi maior, pois foi identificado, através de videofluoroscopia, exame considerado padrão ouro para disfagia, que 15% dos 70 idosos examinados apresentavam estase do bolo alimentar no palato mole (FIORESE et al., 2004). Essa diferença entre os achados é explicada pelos métodos utilizados, já que a videofluoroscopia pode identificar alterações em idosos sem queixa de disfagia.

A presença de engasgos freqüentes foi relatada por 32 (5,57%) idosos. Destes, 37,50% (12), engasgavam-se com alimentos sólidos, o que pode sugerir disfagia mecânica. Engasgar com líquidos e com sólidos foi a segunda resposta mais referida, seguida do engasgo com sólidos, com líquidos e com pastosos. Resultado semelhante foi encontrado na Suíça em 1999, onde dos 600 idosos

pesquisados 5% referiram apresentar engasgos freqüentes (LINDGREN, JANZON, 1991). O engasgo é um dos sinais mais característicos de disfagia e provoca grandes transtornos ao idoso e ao cuidador. Muitas vezes o medo de engasgar-se provoca ansiedade no idoso, fazendo com que o momento das refeições seja evitado (EKBERG et al., 2002). Em pesquisa com 100 indivíduos com idade entre 60 a 80 anos, a porcentagem de idosos que apresentavam este sintoma foi de 18,52% nas mulheres acima de 70 anos e de 20% nos homens com mais de 70 anos (QUINTALE, PIMENTEL, BERENSTEIN, 2002). Possivelmente, a superioridade numérica do resultado no estudo realizado por Quintale, Pimentel, Berenstein, 2002, em relação ao resultado do presente estudo, tenha relação com a formulação da pergunta, pois estes autores questionaram a freqüência de pigarro, tosse ou sufocamento, ampliando o número de idosos que possam responder positivamente. No entanto, no presente estudo, a pergunta foi formulada utilizando a palavra engasgo.

A percepção de mudança vocal, durante ou após as refeições, foi observada em 9,36% (51) dos idosos entrevistados. No estudo realizado por Lindgren, Janzon em 1999, esta porcentagem foi de 9%, semelhante à encontrada na presente pesquisa. A alteração vocal durante a alimentação pode ser indicativo de falha no mecanismo de proteção das vias aéreo inferiores, durante a fase faríngea da deglutição, ocasionando acúmulo de alimento próximo à glote, causando risco iminente de aspiração e, conseqüente, de pneumonia aspirativa (WARMS, RICHARDS, 2000).

A prevalência de disfagia na população estudada foi de 28,68%, superior aos 13% encontrados na pesquisa realizada por Kawashima, Motohashi, Fujishima, no

Japão e aos 16% relatados por Bloem et al., na Holanda (KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA , 2004; BLOEM et al., 1990).

Essa divergência de resultados pode estar relacionada à cultura e aos hábitos alimentares, uma vez que muitos orientais têm a alimentação como um ritual. Outro aspecto a ser considerado é a culinária: na região onde foi realizado o presente estudo, existe a tradição de comer farinha de mandioca ou farinha de milho, alimentos de difícil controle oral, o que pode ocasionar maior dificuldade no momento da alimentação. No Japão, o arroz, que no Brasil é consumido com os grãos soltos, é preparado de forma que fique coeso já em forma de pequenos bolos. Outra justificativa para a diferença na prevalência de disfagia entre os estudos estaria relacionada a algumas mudanças no formulário utilizado. No presente estudo, nem todas as variáveis, analisadas na pesquisa japonesa, o foram na presente pesquisa.

A condução de estudos em culturas e em países diversos possibilita a identificação de diferenças na ocorrência e na apresentação de problemas clínicos. As hipóteses aqui suscitadas não podem ser confirmadas através da literatura, pois não foram encontrados artigos que explicassem as diferenças alimentares entre as duas culturas aqui relacionadas.

5.3. Análise de disfagia segundo as condições sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da população estudada.

Quanto à relação sexo e disfagia não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres. Este resultado está coerente com os achados dos estudos internacionais realizados na Holanda, na Suíça e no Japão (BLOEM et al., 1990; LINDGREN, JANZON, 1991; KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004). Nas pesquisas realizadas em clínicas e hospitais do Brasil e de outros países, também não foi encontrada diferença entre os sexos e a prevalência de disfagia (CHOUINARD, LAVIGNE, VILLENEUVE, 1998; ELMSTAHL et al., 1999; ODA et al., 2002; IKEDA et al., 2002; HUDSON et al., 2002; SCHELP et al., 2004, FIORESE et al., 2004).

A prevalência de disfagia foi duas vezes maior entre os idosos com 80 anos ou mais de idade do que entre os idosos com faixa etária entre 60 e 69 anos, o que indica que o avançar da idade pode aumentar a prevalência de disfagia na população idosa. Proporção semelhante foi apresentada por Kawashima, Motohashi, Fujishima, 2004, no qual a faixa etária acima de 85 anos obteve maior prevalência de disfagia. Esse aumento da disfagia com o avançar da idade pode ser explicado pelo aumento nas limitações para a realização das atividades de vida diária, provocadas pelo declínio na saúde física do idoso, como demonstra estudo longitudinal realizado com 300 idosos divididos em três faixas etárias: 86, 90 e 94 anos (BRAVELL, et.al, 2008)

O estado civil também apresentou associação estatisticamente significativa com a disfagia sendo mais prevalente entre os viúvos 75 (37,50%). Em coorte realizado de 1986 a 1994 com 39.731 homens casados, divorciados e viúvos pôde-

se constatar que os viúvos tiveram mais hipertensão e infarto do miocárdio do que os homens casados (ENG et al., 2005), o que pode explicar a ocorrência de disfagia entre os idosos viúvos, uma vez que infarto do miocárdio também tem associação estatística com disfagia. Em outro estudo realizado com 100 pessoas que estavam de luto percebeu-se que após a perda do familiar estas pessoas passaram a procurar mais os serviços de saúde e a receber mais prescrição de medicamentos, possivelmente psicotrópicos que estão associados à disfagia (CHARLTON et al., 2001). Portanto, a partir destes estudos, pode-se supor que a disfagia esteve mais presente entre os viúvos, pois este estado civil está relacionado com o aumento na ocorrência de doenças ou de medicações associadas à disfagia.

O convívio domiciliar remete às relações de cuidados com o idoso. No presente estudo, os idosos que moravam apenas com o cônjuge ou com outra pessoa da sua geração (unigeracional) apresentaram 39,58% de disfagia e os idosos que moravam sozinhos apresentaram 32,50% de disfagia. Este resultado pode estar relacionado à falta de cuidador. Nos domicílios unigeracionais observa-se um idoso cuidando de outro idoso, o que limita a ajuda para as atividades de vida diária, para a preparação dos alimentos e para os cuidados com a saúde. No caso do idoso que morava sozinho, a impossibilidade de receber ajuda para preparar os alimentos, para se alimentar, para cuidar da saúde e da higiene oral podem favorecer a dificuldade de mastigar adequadamente, alterando o processo de deglutição. Essas situações poderiam ser solucionadas com a presença de um cuidador, uma vez que os idosos apresentam limitações que dependem de ajuda, e, à medida que os anos passam, essa dependência fica cada vez mais presente, impossibilitando a retomada da independência para realizar as AVDs (BRAVELL, et.al, 2008).

Apesar da alta prevalência de disfagia nos domicílios unigeracionais, bigeracionais, trigeracionais e nos idosos que moram sozinhos, não houve associação estatisticamente significante entre disfagia e convívio domiciliar.

A relação do número de anos de estudo e a presença de disfagia resultou em achado peculiar, não relatado por nenhum dos estudos anteriores. Identificou-se que os idosos que estudaram, no máximo sete anos, apresentaram quase duas vezes mais disfagia do que os que estudaram mais de oito anos. Este achado pode estar relacionado a vários fatores, entre os quais à saúde oral dos idosos, uma vez que a baixa escolaridade está relacionada com as precárias condições de saúde oral na população brasileira. Sendo assim, idosos com ausências dentárias possuem maior dificuldade de mastigação, o que altera o processo normal de deglutição (HILDEBRAND et al., 1997; NUNES, ABEGG, 2008)

A variável renda do idoso e a renda familiar não foram relacionadas no presente estudo e em nenhum outro realizado anteriormente, com a ocorrência de disfagia. Apesar deste dado não ter sido explorado em nenhum dos estudos encontrados na literatura, esperava-se relação significativa entre renda e disfagia, baseada em diferenças sociais, culturais e comportamentais.

Outro aspecto que está associado á disfagia é a dependência para realizar as atividades de vida diária (AVDs), uma vez que dentre os disfágicos 40,50% foram considerados dependentes para realizar as atividades de vida diária. No estudo realizado por Kawashima, Motohashi, Fujishima, 2004, também foi encontrada associação estatisticamente significativa entre disfagia e capacidade funcional, constituindo importante achado que reflete a importância de se conhecer a prevalência de disfagia não apenas para prevenir pneumonias, mas também para

possibilitar um maior grau de independência entre os idosos (KAWASHIMA, MOTOHASHI, FUJISHIMA, 2004).

Ter procurado atendimento médico no último ano, independente da quantidade de vezes, não apresentou associação estatisticamente significativa com disfagia. No entanto, a disfagia esteve presente em 46,67% dos idosos que estiveram internados nesse período. Este achado pode ser decorrente do estado de saúde em que o idoso com disfagia se encontra, uma vez que idosos mais debilitados, geralmente, estão acamados em seus domicílios ou estão internados em hospitais, o que impossibilita a busca de consultas na atenção primária à saúde. Em estudo realizado em Cuba, foi pesquisada a prevalência de desnutrição em idosos, comparando os que residiam em domicílio com os que estavam internados em hospitais e com os que residiam em asilos. Foi diagnosticada desnutrição em 2,7% dos idosos vivendo em comunidade, em 91,6% nos que estavam internados e em 95,3% nos que moravam em asilos (GONZÁLEZ, et al, 2007). Esse resultado confirma que os idosos mais debilitados, ou seja, os desnutridos, os que têm pneumonia, desidratação, problemas conseqüentes da disfagia, procuram os serviços de saúde quando estão muito debilitados e necessitam de internação hospitalar (CHOUINARD, LAVIGNE, VILLENEUVE, 1998; LOW et al., 2001).

Dentre os idosos que referiram demência 62,96% apresentaram disfagia. Esse resultado está de acordo com estudos que investigaram a relação de disfagia com demência. As demências são cada vez mais prevalentes em nossa sociedade, ocasionando inúmeros prejuízos à capacidade funcional do indivíduo. Observa-se grande angústia e dificuldade dos familiares no ato da alimentação dos idosos disfágicos, e este momento se torna ainda mais difícil no paciente com demência. Quanto mais avança a doença, mais o idoso apresenta dificuldades em mastigar e

deglutir o alimento, resultado de alterações na musculatura, no paladar, no olfato, na memória e na atenção. Nos pacientes que estão na fase inicial, podem-se observar uma velocidade compulsiva e a ocorrência de engasgos causada pela ansiedade em se alimentar (CHOUINARD, LAVIGNE, VILLENEUVE, 1998; SANCHES, BILTON, RAMOS, 2000; SANCHES et al., 2003).

Doença de Parkinson também apresentou associação estatisticamente significativa quando comparada com a disfagia, sendo que dos idosos com Parkinson, 53,85% apresentaram disfagia. Esta relação acontece, provavelmente por se tratar de uma doença que atinge diretamente a capacidade de realizar movimentos ligados ao processo de mastigação e de deglutição, como também pela utilização de medicamentos que podem induzir o desenvolvimento de Parkinsonismo e de disfagia, como o cloridrato de trifluoperazina (BASHFORD, BRADD, 1996). Em estudo realizado com 16 pacientes com doença de Parkinson submetidos à avaliação fonoaudiológica, foi observado que os pacientes em estágio inicial da doença não apresentaram dificuldades no momento da alimentação, no entanto os que se encontravam na fase avançada apresentavam alterações consideráveis no processo de mastigação e deglutição do alimento (GAZZONI, PEDROSO, GROLLI, 2003).

Dos idosos que tiveram infarto agudo do miocárdio/angina, 42,42% apresentaram disfagia. Em estudo realizado com 869 pacientes cardíacos submetidos a cirurgia, no período de 12 meses, disfagia estava presente em 34 (3,91%) desses pacientes e foi associada estatisticamente, em 90% dos casos, à aspiração pulmonar. A disfagia, nestes casos, aumentou a frequência de pneumonias, ampliou a necessidade de traqueostomias e de permanência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), ampliando a permanência hospitalar

(HOGUE et al., 1995). Na literatura especializada, foram encontrados alguns estudos de caso que relatavam a presença de disfagia em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio (HARRINGTON, DUCK WORTH, STARNES, 1998; MOSIMANN et al., 2000; PRICE et al., 2004; WERNER, RBAH, BÖHN, 2006). Os medicamentos utilizados em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio são, geralmente, β -bloqueadores, aspirina, Inibidores da enzima de conversão da angiotensina e bloqueadores dos receptores de angiotensina II (WINKELMAYER, et al, 2008). Esses medicamentos podem provocar alterações na cavidade oral, com a diminuição da produção de saliva (xerostomia), e assim podem criar dificuldades no preparo do bolo alimentar (CIANCIO, 2004; PESCIO, 2006; MURRAY, et al, 2006).

As doenças reumatológicas também apresentaram relação com a disfagia no presente estudo, e dos idosos que referiram este agravo 34,18% apresentaram disfagia ($p= 0.05$). As doenças sistêmicas, dentre elas as reumatológicas (artrite reumatóide, dermatomiosite, poliomiosite, doença de Forestier, dentre outras) podem causar disfagia. No caso da artrite reumatóide a disfagia pode ser decorrente da fusão das articulações cricóide e tireóide, o que pode levar à rouquidão. Na polimiosite e na esclerodermia, a disfagia é, muitas vezes, decorrente da inflamação acompanhada de fibrose do esôfago. Na Síndrome de Sjögren, a redução da salivagem é a principal causa de disfagia. No lupus eritematoso sistêmico, a disfagia é oral e pode ser provocada pelo aparecimento de úlceras orais dolorosas, que dificultam o momento da mastigação (JONES, RAVICH, DONNER, 1993; MCCAFFERTY et al., 1995). Portanto, as doenças reumatológicas estão muito relacionadas com a disfagia, o que diminui a qualidade de vida desses pacientes, sendo de suma importância o acompanhamento fonoaudiológico para minimizar as dificuldades no momento da alimentação.

Diferente das doenças anteriormente relacionadas, não houve diferença estatisticamente significativa entre disfagia e hipertensão arterial, bem como entre disfagia e acidente vascular cerebral (AVC). Essa constatação contraria estudos que pesquisaram a relação entre estes dois agravos e a presença de disfagia em idosos. Isso pode ser explicado pela diferença entre as amostras, visto que as pesquisas realizadas tiveram como amostra, pacientes com quadro agudo de AVC, internados em ambiente hospitalar (ELMSTAHL et al., 1999; SCHELP et al., 2004; FIORESE et al., 2004; XEREZ, CARVALHO, COSTA, 2004). Da mesma forma, dos idosos que sofreram doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) 42,86% apresentaram disfagia, porém esse resultado não foi estatisticamente significativo. No entanto, a relação entre DPOC e disfagia foi observada em outro estudo realizado com 78 pacientes com diagnóstico principal de DPOC que foram submetidos à videofluoroscopia da deglutição. Destes, 85% apresentaram disfagia (GOOD-FRATTURELLI, CURLLE, HOLLE, 2000). Outra patologia que não apresentou associação estatisticamente significativa com disfagia foi a depressão. Os pacientes com disfagia podem apresentar depressão, motivados pelo isolamento social que a dificuldade em se alimentar provoca (EKBERG et al., 2002; FARRI, ACCORNERO, BURDESE, 2007), no entanto, não existem estudos que afirmam que as pessoas depressivas apresentam disfagia como sintomatologia associada.

No presente estudo não foi possível detectar qual a relação de temporalidade entre os eventos, sendo necessária a realização de estudos prospectivos para se atingir tal fim. No presente estudo, foi utilizado instrumento de investigação não validado, no entanto foi elaborado com questões largamente utilizadas na prática clínica da fonoaudiologia, portanto pode ser considerado de boa qualidade. Por esse motivo, não foi confirmada a acurácia do formulário de disfagia. A validação do

formulário poderá ser, posteriormente, realizada através da avaliação dos idosos que constituíram essa amostra ou através da reprodutibilidade do formulário em outra população de idosos.

Apesar das limitações, o presente estudo constitui importante ferramenta para a saúde pública brasileira, por ser a primeira pesquisa de tal magnitude amostral que identificou a prevalência de disfagia em uma amostra de idosos que vivem em domicílio; por proporcionar aos serviços de saúde a possibilidade de preparar ações preventivas buscando evitar o aumento na frequência de disfagia entre os idosos; por alertar os profissionais de saúde para a necessidade de diagnosticar e de tratar corretamente a disfagia com o objetivo de se evitar maiores complicações de saúde nos idosos.

6. Conclusão

Diante dos resultados encontrados no inquérito realizado em uma amostra, com idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, na cidade de Fortaleza, no ano de 2008, pode-se concluir que:

A população de idosos estudada é composta basicamente de pessoas do sexo feminino, com idade entre 60 e 69 anos, casada, com menos de 8 anos de estudo, e que vivem em domicílios bigeracionais e trigeracionais e com baixa renda. São idosos que, na maioria, necessitam de atendimento médico, mas poucos necessitaram de internação hospitalar. A morbidade que mais acomete esses idosos é a hipertensão, seguida das doenças reumatológicas e da diabetes. A maioria dos idosos são independentes para realizar as atividades básicas de vida diária.

Na população estudada, existe alta prevalência de disfagia (28,68%) e está particularmente associada a grupos específicos de idosos, dentre eles, os muito idosos (idade acima de 80 anos), os idosos que estudaram menos de 8 anos e os idosos viúvos. A relação entre disfagia e idade já era amplamente relatada, no entanto a relação com escolaridade e estado civil necessita de maior investigação para determinar as possíveis causas dessa relação.

Dentre as doenças referidas, aqui associadas à disfagia, as demências, a Doença de Parkinson, as doenças reumatológicas, o infarto agudo do miocárdio tiveram associação estatisticamente significativa com a disfagia. Contudo, faz-se

importante a realização de mais pesquisas que possam identificar a prevalência de disfagia em idosos com diagnósticos dessas doenças.

A frequência de disfagia foi alta entre os idosos que passaram por internação hospitalar recente. Esse resultado pode sugerir a necessidade de se investigar as causas dessas internações e, se dentre elas, está a disfagia, esta pode provocar o desenvolvimento de pneumonia, de desnutrição e de desidratação, intercorrências comuns entre idosos hospitalizados.

A alta prevalência de disfagia entre os idosos dependentes para as Atividades de vida diária (AVDs), indica que a disfagia pode ser utilizada como marcador de vulnerabilidade do idoso a eventos adversos.

Com a alta prevalência de disfagia na população estudada, lamentamos afirmar que ela já constitui grave problema de saúde pública.

7. Recomendações

Diante dos resultados colhidos recomenda-se:

Treinamento dos profissionais de saúde para melhor diagnosticar e tratar a disfagia, buscando inserir nas equipes de saúde o fonoaudiólogo como parte fundamental no diagnóstico e tratamento da disfagia, possibilitando resultados mais rápidos e efetivos em pacientes disfágicos;

Atenção das equipes de saúde para os idosos que aqui foram identificados como grupo de risco para disfagia, mantendo como conduta médica a investigação a cerca dos sintomas relacionados à disfagia em idosos, não se detendo apenas aos idosos com queixa, mas também, aos que poderão ser futuros disfágicos. Assim, o encaminhamento para o tratamento preventivo poderá ser parte integrante da rotina nos serviços de saúde;

Realização de mais estudos, de preferência de segmento longitudinal para a identificação de outros fatores associados à disfagia. Realizar pesquisas qualitativas que busquem a identificação de aspectos sócio-culturais que possam esclarecer os resultados encontrados como a participação da baixa escolaridade na maior prevalência de disfagia entre os idosos pesquisados. Este estudo poderá ser realizado como parte da coorte que futuramente será instaurada na comunidade do Rodolfo Teófilo. Outra possibilidade de estudo a ser realizada com a mesma população seria uma avaliação fonoaudiológica no grupo dos disfágicos e no grupo dos não disfágicos com o objetivo de identificar mais aspectos relevantes que distinguíssem os grupos. A utilização de exames de imagem para identificar de forma mais precisa a disfagia seria de grande auxílio para resultados mais consistentes.

8. Referências Bibliográficas

AHRONHEIM, JC; MULVIHILL, M; SIEGER, C; PARK, P; FRIES, BE. State practice variations in the use of tube feeding for nursing home residents with severe cognitive impairment. **Journal of the American Geriatrics Society**. 49(10): 1399, oct, 2001.

BASHFORD, G; BRADD, P. Drug-induced Parkinsonism associated with dysphagia and aspiration: a brief report. **Journal of Geriatric Psychiatry and neurology**. 9(3): 133-135, jul, 1996.

BILTON, LT. Estudo de deglutição do adulto pelo videodeglutograma. **Dissertação de Mestrado pela Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP EMP**. São Paulo, 1999

BLAY, S; RAMOS, LR; MARI, J. Validity of a Brazilian version of the older Americans resources and services (OARS) mental health screening questionnaire. **Journal of the American Geriatrics Society**. 36: 687-92, 1988.

BLOEM, BR; LAGAAY, AM; BEEK, W V; HAAN, J; ROOS, RAC; WINTZEN, AR. Prevalence of subjective dysphagia in community residents aged over 87. **British Medical Journal**. 300: 721-2, 1990.

BOTTINO, CMC; LOPES, MA; MORENO, MPQ; HOTOTIANS, SR; AZEVEDO, Jr D; TATSCH, MF, et al. Prevalence of dementia and MCI in São Paulo, Brazil. **International Psychogeriatrics**. 17: 80, 2005.

BRASIL. Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994. **LEX: Coletânea de Legislação e Jurisprudência**. 60: 1657-61,1996;.

BRAVELL, ME; BERG, S; MALMBERG, B. Health, functional capacity, formal care, and survival in the oldest old: a longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. 46(1): 1-14, epud 2007 mar 21, jan-feb, 2008.

BUCHHOLZ, DW. Oropharyngeal dysphagia due to iatrogenic neurological dysfunction. **Dysphagia**. 10: 248-254, 1995.

CHARLTON R; SHEAHAN K; SMITH G; CAMPBELL I. Spousal bereavement--implications for health. **Oxford Journal medicine Family Practice**. 18(6): 614-8, dec, 2001.

CHOUINARD, J; LAVIGNE, E; VILLENEUVE, C. Weight loss, dysphagia, and outcome in advanced dementia. **Dysphagia**. 13: 151-155, 1998.

CIANCIO, SG. Medications' impact on oral health. **J Am Dent Assoc**. 135(10):1440-8; quiz 1468-9, Oct, 2004.

CLOUSE RE. Spastic disorders of the esophagus. **Gastroenterologist**. 5: 112-27, 1997.

COLIN, WH. Management of acid-related disorders in patients with dysphagia. **American Journal of Medicine**. 117(suppl 5A): 44S-48S, September, 2004.

COELHO FILHO, JM; RAMOS, LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**. 33(5): 445-453, 1999.

COELHO FILHO, JM. **Perfil de utilização de medicamentos por idosos no município de Fortaleza, Ceará: um estudo de base populacional**. 2000. 165f. Tese (doutorado em farmacologia)- Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina.

CORTÉS, LS; BILTON, TL; SUZUKI, HS; SANCHEZ, EP; VENITES, JP; LUCCIA, G. Análise clínica da deglutição e dificuldades de alimentação de idosos desnutridos em acompanhamento ambulatorial. **Distúrbios da comunicação**. 14(2): 211-235, jun, 2003.

COSTA, MFFL; GUERRA, HL; BARRETO, SM; GUIMARÃES, RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**. 9(1), 2000.

COSTA, MFL; BARRETO, SM; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**. 19(3), June, 2003.

DAHLIN, C. Oral complications at the end of life. **American Journal of Nursing**. 104(7): 40-47, July, 2004.

DEAN, AG; DEAN, JA; BURTON, AH; DICKER, RC. Epi Info, Version 6.04a: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers. **Center for Disease Control**. Atlanta, Georgia, USA, 1996.

DOMINGUES, GR; LEMME, EMO. Diagnóstico diferencial dos distúrbios motores esofagianos pelas características da disfagia. **Arquivos de Gastroenterologia**. 38(1): 14-18, 2001.

EKBERG, O; HAMDY, S; WOISARD, V; WUTTGE-HANNING, A; ORTEGA, P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. **Dysphagia**. 17: 139-146, 2002.

ELMSTAHL, S; BÜLOW, M; EKBERG, O; PETERSSON, M; TEGNER, H. Treatment of dysphagia improves nutritional conditions in stroke patients. **Dysphagia**. 14: 61-66, 1999.

ENG, PM; KAWACHI, I; FITZMAURICE, G; RIMM, EB. Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US male health professionals. **J. Epidemiology and Community Health**. 59 (1): 56-62, Jan, 2005.

FARRI, A; ACCORNERO, A; BURDESE, C. Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. **Acta Otorhinolaryngologica Italica**. 27(2): 83-6, Apr 2007.

FELICIANO, AB; MORAES, SA; FREITAS, ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Caderno de Saúde Pública**. 20(6): 1575-1585, Nov-dez, 2004.

FIGLIANO, AC; BILTON, T; VENITES, JP; SANCHES, EP. Estudos das alterações de maior ocorrência nas fases oral e faríngea da deglutição, entre 20 e 93 anos de idade, avaliadas pela videofluoroscopia. **Distúrbios da comunicação humana**. 16(3): 301-312, dezembro, 2004.

FLETCHER, RH; FLETCHER, SW; WAGNER, EH. **Clinical epidemiology: the essentials**. 2º ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.

FUNDAÇÃO IBGE/CELADE. **Brasil: estimaciones y proyecciones de población. 1950-2025**. Santiago, Chile, 1984.

FUNDAÇÃO IBGE 1991. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>, acesso em: 15 de setembro de 2007.

FUNDAÇÃO IBGE 2000. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>, acesso em: 15 de setembro de 2007.

GAZZONI, J; PEDROSO, KCD; GROLLI, EB. Avaliação fonoaudiológica funcional em pacientes portadores de Doença de Parkinson. **Revista CEFAC**. 5: 223-226, 2003.

GONZÁLEZ, HA; CUYÁ, LM; GONZÁLEZ, EH; SÁNCHEZ, GR; CORTINA, MR; BARRETO, PJ; SANTANA, PS; ROJAS, PA. Nutritional status of cuban elders in three different geriatric scenarios: community, geriatrics service, nursery home. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**. 56(3): 266-272, sep, 2007.

GOOD-FRATTURELLI, MD; CURLEE, RF; HOLLE, J. Prevalence and nature of dysphagia in va patients with COPD referred for videofluoroscopic swallow examination. **Journal of communication Disorders**. 33(2): 93-110, 2000.

HARRINGTON, OB; DUCK WORTH, JK; STARNES, CL. Silent aspiration after coronary artery bypass grafting. **Annals of Thoracic Surgery**. 65(6): 1599-603, jun, 1998.

HEBERT, R; CARRIER, R; BILODEAU, A. The functional autonomy measurement system (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. **Age Ageing**. 17: 293-302, 1988.

HERBERT, LE; SCHERR, PA.; BIENIAS, JL; BENNETT, DA; EVANS, DA. Alzheimer Disease in U.S. population: prevalence estimates using the 2000 census. **Archives of Neurology**. 60(8): 1119-1122, august, 2003.

HILDEBRAND, GH; DOMINGUEZ, BL; SCHORK, MA; LOESCHE, WJ. Functional units, chewing, swallowing, and food avoidance among the elderly. **The Journal of Prosthetic Dentistry**. 77(6): 588-95, june, 1997.

HOGUE, CWH; LAPPAS, GD; GRESWELL, LL; FERGUSON, TBJr; SAMPLE, M; PUGH, D; BALFE, D; COX, JL; LAPPAS, DG. Swallowing dysfunction after cardiac operations: associated adverse outcomes and risk factors including intraoperative

transesophageal echocardiography. The **Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**. 110: 517-522, 1995.

HUDSON, AC; KOOPMAN, WJ; MOOSA, T; SMITH, D; BACH, D; NICILLE, M. A prospective assessment of the characteristics of dysphagia in Myasthenia Gravis. **Dysphagia**. 17: 147-152, 2002.

IKEDA, M; BROWN, J; HOLLAND, AJ; FUKUHARA, R; HODGES, JR. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. **Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry**. 73: 371-376, 2002.

JACOBI, JS; LEVY, DS; SILVA, LMC. **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro, Revinter, 2003.

JONES, B; RAVICH, WJ; DONNER, MW. Dysphagia in systemic disease. **Dysphagia**. 8(4): 368-383, 1993.

KALACHE, A; VERAS, RP; RAMOS, LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**. 21(3): 200-210, 1987.

KATZ, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. **Journal of the American Geriatrics Society**. 31(12): 721-727, 1983.

KAWASHIMA, K; MOTOHASHI, Y; FUJISHIMA, I. Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using questionnaire for dysphagia screening. **Dysphagia**, 19(4): 266-71, 2004.

KELSEY, JL.; THOMPSON, WD.; EVANS, AS. Cross-sectional and other types of studies. In: KELSEY, J.L.; THOMPSON, W.D.; EVANS, A.S. **Methods in observational epidemiology**. 1^oed. **Oxford University Press**, 1986.

LEBRÃO, ML; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 8(2), June, 2005.

LINDGREN, S; JANZON, L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50-70-year-old men and woman in an urban population. **Dysphagia**. 6:187-192, 1991.

LOW, J; WYLES, C; WILKINSON, T; SAINSBURY, R. The effect of compliance on clinical outcomes for patients with dysphagia on videofluoroscopy. **Dysphagia**. 16: 123-127, 2001.

MACEDO FILHO, ED; GOMES, G; FURKIM, AM. **Manual de cuidados do paciente com disfagia**. Lovise, São Paulo, 2000, cap.02, p. 17- 27.

MARTIN, GB; CORDONI JL; BASTOS, YGL; SILVA, PV. Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 15 (1), mar, 2006.

MATOS, DL; GIATTI, L; COSTA, MFL. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios **Caderno de Saúde Pública**. 20(5): 1290-1297, set-out, 2004.

MATSUDO, SM. Avaliação do idoso: física e funcional. **Midiograf** 8, Londrina, 2000.

MCCAFFERTY, RR; HARRISON, MJ; TAMAS, LB; LARKINS, M. Ossification of the anterior longitudinal ligament and Forestier's disease: an analysis of seven cases. **Journal of Neurosurgery**. 83(1): 13-7, 1995.

MORRIS, H. Dysphagia, medicines and older people: the need for education. **British Journal of Community Nursing**. 10(9): 419-420, sep 2005.

MOSIMANN, T; TERRACCIANO, L; SIEBER, C; RAPPO, F. Complete dysphagia after thrombolytic treatment for myocardial infarction. **Postgraduate Medical Journal**. 76(902): 795-6, dec, 2000

MURRAY, TW; CHALMERS, JM; JOHN, SA; SLADE, GD; CARTER, KD. A longitudinal study of medication exposure and xerostomia among older people. **Gerodontology**, 23(4):205-13. Dec 2006.

NASCIMENTO, FAP; LEMME, EMO; COSTA, MMB. Esophageal diverticula: pathogenesis, clinical aspects, and natural history. **Dysphagia**. 198-205, 2006.

NOGALES AMV. A mortalidade da população idosa no Brasil. In: **Como vai? População Brasileira**. Brasília: IPEA, ano III, 3: 24-32, dezembro, 1998.

NUNES, CL; ABEGG, C. Factors associated with oral health perception in older Brazilian. **Gerontology**. 25 (1): 42-8, 2008.

ODA, AL; CHIAPPETTA, ALML; ANNES, M; MARCHESAN, IQ; OLIVEIRA, SB.. Avaliação clínica, endoscópica e manométrica da deglutição em pacientes com Miastenia Grave auto imune adquirida. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**. 60(4): 986-995, 2002.

OLIVEIRA, MCB. Atendimento hospitalar ao paciente disfágico. In: Organizadora: OLIVEIRA, S.T. **Fonoaudiologia Hospitalar**. Lovise, 2003, cap. 10, p.117-122.

ORAL CANCER FOUNDATION. Disponível em: http://www.oralcancerfoundation.org/dental/tube_feeding. htm. acesso em 14 de junho de 2008.

PARKER, C; POWER, M; HAMDY, S; BOWEN, A; TYRRELL, P; THOMPSON, DG. Awareness of dysphagia by patients following stroke predicts swallowing performance. **Dysphagia**. 19: 28-35, 2004.

PESCIO, JJ. Clinical epidemiological study of xerostomia in elderly totally edentulous. **Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba**, 63(2 Suppl):6-12, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA- Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento- SEPLA, 2000

PRICE, GC; KULKARNI, AP; SAXENA, M; O'LEARY, M. Hard to swallow: an unusual complication of thrombolysis. **Emergency Medicine Journal**. 21(6): 747-9, Nov, 2004.

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

RAMOS, RL. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, EV; PY, L; NÉRI, AL; et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara, 2002, cap.7, p.72-78.

RIBERTO, M; MIYAZAKI, MH; JORGE FILHO, D; SAKAMOTO, H; BATTISTELLA, LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional **Acta fisiatrica**. 8(1):45-52, abr. 2001.

RODRIGUES, NC; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, EV; PY, L; NÉRI, AL; et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, cap. 12, p.106-110, 2002.

ROSA, AGF; CASTELLANOS, RAF; PINTO, VG; RAMOS, LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**. 26(3): 155-160, 1992.

ROUQUAYROL, MZ; KERR-PONTES, LRS. Medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**, 6º ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 2003, cap.3, p.37-82.

SANCHES, EP; BILTON, T; RAMOS, LR. Análise descritiva da alimentação de idosos com demência. **Distúrbios da Comunicação**. 11(2): 227-249, jun, 2000.

SANCHES, EP; BILTON, T; SUZUKI, HS; RAMOS, LR. Estudo da Alimentação e Deglutição de Idosos com Doença de Alzheimer Leve e Moderada. **Distúrbios da Comunicação**. 15 (1): 9-37, 2003.

SCHELP, AO; COLA, PC; GATTO, AR; SILVA, RG; CARVALHO, LR. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**. 62(2), 2004.

SCHINDLER, JS; KELLY, JH. Swallowing disorders in the elderly. **The Laryngoscope**. 112: 589-602, abril, 2002.

SILVA, DD; SOUSA, MLR; WADA, RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 20(2): 626-631, Rio de Janeiro, mar-abr, 2004.

SOKOLOFF, LG.; PAVLAKOVIC, R. Neuroleptic-induced dysphagia. **Dysphagia**. 12: 177-179, 1997.

TALLEY NJ, WEAVER AL, ZINSMEISTER AR, MELTON LJ. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. **American Journal of Epidemiology**. 136: 165-77, 1992.

TATEMATSU, M; MORI, T; KAWAGUCHI, T; TAKEUCHI, K; HATTORI, M; MORITA, I; NAKAGAKI, H; MURAKAMI, T; TUBOI, S; HAYASHISAKI, J; MURAKAMI, H; YAMAMOTO, M; ITO, Y. Mastigatory performance in 80- year- old individuals. **Gerontology**. 21: 112-119, 2004.

TEASELL, R; FOLEY, N; FISHER, J; FINESTONE, H. The incidence, management, and complication of dysphagia in patients with medullary strokes admitted to a rehabilitation unit. **Dysphagia**. 17: 115-120, 2002.

THOMSEN TW, SHAFFER RW, SETNIK GS. Videos in clinical medicine. Nasogastric intubation. **The New England Journal of Medicine**. 354(17): e16, 2006.

TORRES, SVS. Saúde bucal: alterações fisiológicas a patológicas do envelhecimento In: FREITAS EV; PY, L; NÉRI, A.; et.al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, cap.100, p.828-837, 2002.
VERAS, RP; COUTINHO, E. Prevalência da síndrome cerebral orgânica em população de idosos de área metropolitana da região sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 28(1), Feb, 1994.

VERAS RP; RAMOS LR; KALACHE A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**. 21: 225-33, 1987.

WARMS, T; RICHARDS, J. "Wet voice" as a predictor of penetration and aspiration in oropharyngeal dysphagia. **Dysphagia**. 15: 84-88, 2000.

WERNER, C; RBAH, R; BÖHM, M. Cardiovascular dysphagia. **Clinical Research in Cardiology**. 95(1): 54-6, jan, 2006.

WINKELMAYER, WC; BUCSICS, AE; SCHAUTZER, A; WIENINGER, P; POGANTSCH, M. Pharmacoconomics advisory council of the austrian sickness funds. Use of recommended medications after myocardial infarction in Austria. **Eur J Epidemiol**. 23(2):153-62, Epub 2007, Dec 7, 2008.

XEREZ, DR; CARVALHO, YSV; COSTA, MMB. Estudo clínico e videofluoroscópico da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. **Radiologia Brasileira**. 37(1), 2004.

9. Apêndice

APÊNDICE A- Formulário de capacidade funcional e disfagia

Formulário de Disfagia

Q 51) O idoso alimenta-se por sonda ou gastrostomia?

(1) Sim (2) Não

CASO A RESPOSTA SEJA POSITIVA, MARCAR NÃO SE APLICA NAS QUESTÕES 52 A 85 E CONTINUAR A PARTIR DA QUESTÃO 68.

Q 52) O(a) senhor(a) tem notado que vem demorando mais tempo para comer toda a comida (terminar uma refeição)?

(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Q 53) O (a) senhor(a) tem deixado cair alimentos da sua boca, sem querer, enquanto se alimenta?

(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Caso a resposta seja Não ou NS/NR/NA pular para a questão 55 e marcar não se aplica na questão 54.

Q 54) Com qual frequência quando o(a) senhor(a) está comendo a comida cai da boca sem querer?

(1) toda vez que come (SEMPRE)
 (2) pelo menos uma vez por semana
 (3) uma vez por mês
 (4) uma vez perdida (RARAMENTE)

(8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Q 55) O(a) senhor(a) observa que ficam restos de alimento na boca após terminar a refeição?

(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Caso a resposta seja Não ou NS/NR/NA pular para a questão 57 e marcar não se aplica na questão 56.

Q 56) Com qual frequência o(a) senhor(a) observa que ficam restos de alimento na boca após terminar a refeição?

(1) toda vez que come (SEMPRE)
 (2) pelo menos uma vez por semana
 (3) uma vez por mês
 (4) uma vez perdida (RARAMENTE)

(8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Q 57) Enquanto o(a) senhor(a) come, o alimento ou a bebida tem retornado pelo nariz

e/ou o(a) Senhor(a) tem espirrado?

(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Caso a resposta seja Não ou NS/NR/NA pular para a questão 59 e marcar não se aplica na questão 58.

Q 58) Com qual frequência, enquanto o(a) senhor(a) come, o alimento ou a bebida tem retornado pelo nariz e/ou o(a) Senhor(a) tem espirrado?

(1) toda vez que come (SEMPRE)
 (2) pelo menos uma vez por semana
 (3) uma vez por mês
 (4) uma vez perdida (RARAMENTE)

(8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Q 59) O (a) senhor(a) tem engasgado quando come e/ou bebe alguma coisa?

(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Caso a resposta seja Não ou NS/NR/NA pular para a questão 62 e marcar não se aplica nas questões 60 e 61.

Q 60) Com que frequência o (a) senhor(a) tem engasgado quando come e/ou bebe alguma coisa?

(1) toda vez que come (SEMPRE)
 (2) pelo menos uma vez por semana
 (3) uma vez por mês
 (4) uma vez perdida (RARAMENTE)

(8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Q 61) Com qual tipo de alimento o(a) senhor(a) costuma se engasgar?

(1) somente com sólido (carnes, pães, biscoitos, arroz, feijão, bolos, frutas)
 (2) somente com pastoso (purê de batata; iogurte; canjica; mingau; gelatina; vitamina de frutas; sopa passada, pirão)
 (3) somente com líquido (leite, água, suco, caldo fino)
 (4) com sólidos e líquidos
 (5) com as três consistências

(8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Q 62) O(a) senhor(a) tem sentido sensação de entalo do alimento na garganta?

(1) Sim (2) Não (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Caso a resposta seja Não ou NS/NR/NA pular para a questão 64 e marcar não se aplica na questão 63.

Q 63) Com que frequência o(a) senhor(a) tem sentido sensação de entalo do alimento na garganta?

- (1) toda vez que come (SEMPRE)
- (2) pelo menos uma vez por semana
- (3) uma vez por mês
- (4) uma vez perdida (RARAMENTE)

(8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Q 64) O(a) senhor(a) possui todos os seus dentes próprios?

- (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Caso a resposta seja Sim pular para a questão 67 e marcar não se aplica nas questões 65 e 66.

Q 65) O(a) senhor(a) usa prótese dentária (dentadura, chapa)?

- (1) Sim
- (2) Não
- (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Caso a resposta seja Não ou NR/NS/NA passar para a questão 84 e marcar não se aplica na questão 83

Q 66) Se o(a) senhor(a) usa prótese qual o tipo usado?

- (1) Superior total e inferior total
- (2) Somente superior total
- (3) Somente inferior total
- (4) Superior total e inferior parcial
- (5) Inferior total e superior parcial
- (6) Superior parcial e inferior parcial

(8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Sempre buscar comprovação da informação solicitando que o idoso abra a boca e, em seguida, examinando a arcada dentária.

Q 67) O(a) senhor(a) sente que sua voz muda após as refeições (fica rouca, molhada, como se tivesse secreção na garganta)?

- (1) Sim (2) Não (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Caso a resposta seja Não ou NS/NR/NA marcar não se aplica na questão 68.

Q 68) Com qual freqüência o(a) senhor(a) sente que sua voz muda após as refeições (fica rouca, molhada, como se tivesse secreção na garganta)?

- (1) toda vez que come (SEMPRE)
 (2) pelo menos uma vez por semana
 (3) uma vez por mês
 (4) uma vez perdida (RARAMENTE)

(8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Q 69) Alguma vez, algum médico ou profissional de saúde falou que o (a) sr (a) tem ou já teve alguma dessas doenças?

69.1 Diabetes (1)sim (2)não

69.2 Doença de Parkinson (1)sim (2)não

69.3 Demência / doença de Alzheimer/esclerose (1)sim (2)não

69.4 Hipertensão (1)sim (2)não

69.5 Acidente Vascular Cerebral (AVC)/AIT (1)sim (2)não

69.6 Câncer (1)sim (2)não

69.7 Reumatismo / artrose (1)sim (2)não

69.8 Enfise e/ou bronquite (DPOC) (1)sim (2)não

69.9 Infarto do miocárdio/angina (1)sim (2)não

69.10 Depressão (1)sim (2)não

(8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Q 70) Quanto o(a) sr(a) recebe/ganha por mês? R\$ _____

(2) Não recebe nada (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

Q 71) Quanto é a renda da família por mês? R\$ _____

(2) Não recebe nada (8) Não se aplica (9) Não sabe (0) Não respondeu

APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido



Universidade Federal do Ceará

Hospital Universitário Walter Cantídio: Centro de Atenção ao Idoso

Endereço :Rua Cap. Francisco Pedro, 1290

Fax/Fone: (085) 281.2886 / (085) 281.6466

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E)

Eu _____, tendo sido convidado(o,a) a participar como voluntário(o,a) do estudo Prevalência de disfagia em Idosos residentes em uma comunidade de Fortaleza, recebi d(o,a)

Sr(a) _____ d(o,a) Jeanny Fiuza Costa Frota responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a pesquisar o número de idosos neste bairro que apresentam dificuldade para engolir os alimentos.
- Que a importância deste estudo é a de fornecer informações sobre como a população de idosos do bairro está engolindo os alimentos e assim intervir preventivamente nos casos detectados buscando evitar o desenvolvimento de pneumonias aspirativas.
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: identificar o número de idosos com dificuldade para engolir os alimentos, identificar o tipo de dificuldade, identificar o perfil sócio-econômico de idosos que apresentam essa dificuldade e identificar as doenças e medicamentos que estão associados à dificuldade de engolir os alimentos.
- Que este estudo iniciará em março de 2008 e terminará em junho de 2008.
- Que este estudo será realizado através do preenchimento de um questionário. O (A) entrevistador (a) me fará algumas perguntas como: nome, idade, endereço, condições econômicas, condições gerais de saúde, doenças, medicamentos e aspectos relacionados à minha alimentação.
- Que eu necessitarei dispor de alguns minutos para responder todas as perguntas.
- Que não haverá nenhum risco a minha saúde física ou mental.

- Que não deverei esperar nenhuma assistência a minha saúde.
- Que não deverei esperar nenhum benefício pela minha participação.
- Que poderei acompanhar a minha participação através do contato por telefone.
- Que, sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

<p>Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a) Domicílio: (rua, avenida, praça, conjunto): Bloco:/n :/complemento: Bairro:/CEP/cidade: Ponto de referência:</p>	
<p>Endereço d(o,a) responsável (l,is) pela pesquisa: Pesquisadora: Jeanny Fiúza Costa Frota Endereço: Rua César Rossas, 185 Bairro:/CEP/cidade: Montese/60410100, Fortaleza Telefone para contato: 99958901</p>	
<p>ATENÇÃO: para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo Telefone: 33668338</p>	
<p>Fortaleza, ____ de _____ de 2008</p>	
<p>_____ (Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal-rubricar as demais folhas)</p>	<p>_____ Jeanny Fiúza Costa Frota (responsável pela pesquisa)</p> <p>_____ Nome do profissional que aplicou o TCLE</p>

10. Anexo

ANEXO A- Aprovação da pesquisa “Avaliação da capacidade funcional dos idosos residentes em área urbana de Fortaleza-CE” no Comitê de ética.

ANEXO B- Aprovação da pesquisa “Prevalência de disfagia em idosos residentes em uma comunidade de Fortaleza” no Comitê de ética.