



Perfil fonoaudiológico dos idosos atendidos em um centro de referência

A communication profile of elderly people assisted in a reference center

Perfil de comunicación de adultos mayores asistidos em un centro de referencia

*Gelmara Ireno Moraes**

*Erica de Araújo Brandão Couto**

*Ana Fernanda Rodrigues Cardoso**

*Ludmila Maria Labanca**

Resumo

Introdução: Com o envelhecimento populacional, faz-se necessária uma atenção especial a essa parcela da população. A atuação da fonoaudiologia nessa área tem avançado no sentido de desenvolver ações para a atenção ao idoso, ampliando seus conhecimentos e aprimorando suas estratégias de intervenção. **Objetivos:** Caracterizar as alterações referidas pelos idosos e as condutas fonoaudiológicas mais frequentes em uma equipe de fonoaudiologia num Centro de Referência, bem como estabelecer relação entre o motivo do encaminhamento médico e os achados fonoaudiológicos. **Método:** Estudo exploratório, transversal, retrospectivo de coleta de dados de prontuários de idosos avaliados em um serviço de fonoaudiologia de Centro de Referência, no período de janeiro a julho de 2012. **Resultados:** Foram analisados 514 prontuários. Os principais motivos de encaminhamento foram devido à deglutição (32%), audição (29%), vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) (20%) e outros tipos de tontura (12%). Os diagnósticos fonoaudiológicos foram: disfagia (26%), perda auditiva (22%), ausência de comprometimento funcional (12%), VPPB (10%) e ausência de diagnóstico (17%). Houve concordância de 77% entre o motivo de encaminhamento médico e o diagnóstico fonoaudiológico. As condutas fonoaudiológicas mais frequentes foram: orientação (40%), reabilitação (28%), encaminhamento ao programa de saúde auditiva (11%) e ao núcleo de apoio à saúde da família - NASF (10%). Em 11% dos casos não foi estabelecida a conduta. Foram sugeridos encaminhamentos à otorrinolaringologia,

**Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte -MG - Brasil.*

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: GMI Concepção e desenho do trabalho científico (administração do projeto); aquisição (coleta de dados), interpretação e a análise dos dados; elaboração da redação e revisão crítica do trabalho; aprovação final do conteúdo a ser publicado. EABC Concepção e desenho do trabalho científico (administração do projeto); interpretação e análise dos dados; revisão crítica do trabalho; aprovação final do conteúdo a ser publicado. AFRC Concepção e desenho do trabalho científico; interpretação e análise dos dados; revisão crítica do trabalho, aprovação final do conteúdo a ser publicado. LL Interpretação e análise dos dados, inclusive análise estatística; revisão crítica do trabalho; aprovação final do conteúdo a ser publicado.

Contato para correspondência: Erica de Araújo Brandão Couto. E-mail: ecoutobhz@gmail.com

Recebido 06/08/2014 Aprovado: 04/05/2015



odontologia e nutrição. **Conclusão:** O estudo proporcionou a identificação das alterações fonoaudiológicas mais frequentes nos idosos permitindo o direcionamento na qualificação do profissional gerontólogo e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. *va* foi encontrada e/ou confirmada, sendo a perda auditiva condutiva a mais frequente.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Idoso; Saúde Pública; Geriatria.

Abstract

Introduction: *Because of population ageing, special attention should be given to elderly people. Speech-language assistance has advanced concerning the development of elderly care actions, enhancing knowledge and improving intervention strategies in this area. Objective: To characterize the speech-language alterations and the most frequent speech-language conducts in elderly individuals who underwent speech-language assessment at a Reference Center, as well as to verify the relationship between the medical reasons for referral and speech-language assessment findings. Methods: Exploratory, cross-sectional, and retrospective study. Data were gathered from the medical records of patients who underwent speech-language assessment at a Reference Center from January to July of 2012. Results: Five hundred and fourteen medical records were analyzed. The main medical reasons for referral were concerns for swallowing (32%), hearing (29%), benign paroxysmal positional vertigo - BPPV (20%), and dizziness (12%). The speech-language diagnoses were: dysphagia (26%), hearing loss (22%), absence of functional impairment (12%), BPPV (10%), and no speech-language diagnosis (17%). The agreement level between the medical reason for referral and speech-language diagnosis was 77%. The most frequent speech-language conducts were: guidance (40%), rehabilitation (28%), and referral to a hearing aid service (11%) or to the Nuclear Family Health Support - NFHS (10%). The speech-language conduct could not be determined for 11% of the subjects. Referrals to otorhinolaryngology, odontology, and nutrition were also suggested. Conclusion: This study provided the identification of the most frequent speech-language issues in the elderly subjects, directioning gerontology professional's qualification and the establishment of actions on health's promotion, protection and recovery.*

Keywords: Speech, Language and Hearing Sciences; Elderly; Public Health; Geriatrics.

Resumen

Introducción: *Con el envejecimiento de la población se hace necesaria una atención especial a esa parcela de personas. La actuación fonoaudiológica ha avanzado en el desarrollo de acciones para el cuidado de los adultos mayores, ampliando conocimientos y aprimorando sus estrategias de intervención. Objetivo: Caracterizar las alteraciones referidas por los adultos mayores y los procedimientos más frecuentes de un servicio de fonoaudiología para adultos mayores asistidos por un equipo de salud en un Centro de Referencia, como también establecer relación entre el motivo del encaminamiento médico y los hallazgos fonoaudiológicos. Método: Estudio transversal, exploratorio, retrospectivo por recolección de datos de las historias clínicas de adultos mayores evaluados en un servicio de fonoaudiología de un Centro de Referencia, en el periodo enero-julio 2012. Resultados: Fueron analizados 514 registros. Los principales motivos de encaminamiento fueron debidos a la deglución (32%), audición (29%), vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) (20%) y otros tipos de mareos (12%). Los diagnósticos fonoaudiológicos fueron: disfagia (26%), pérdida de la audición (22%), la ausencia de deterioro funcional (12%), VPPB (10%) y ausencia de diagnóstico (17%). Hubo acuerdo de 77% entre el motivo del encaminamiento médico y el diagnóstico fonoaudiológico. Las conductas fonoaudiológicas más frecuentes fueron: orientación (40%), rehabilitación (28%), encaminar al programa de salud auditiva (11%) y al núcleo de apoyo a salud de la familia - NASF (10%). En el 11% de los casos no se estableció una conducta. Conclusión: El estudio proporcionó la identificación de las alteraciones fonoaudiológicas más frecuente para los adultos mayores, lo que permitió la cualificación del médico gerontólogo, como también las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.*

Palabras clave: Fonoaudiología; Adultos mayores; Salud Pública; Geriatria

Introdução

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial, sendo atualmente observado de forma acentuada, principalmente, nos países em desenvolvimento. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que a população idosa poderá atingir 30 milhões de pessoas no ano 2020, o que representará em torno de 13% do total da população¹. Diante disso, espera-se que o Brasil seja o sexto país do mundo em número de idosos^{1,2}.

Essa nova realidade instiga a busca de intervenções que proporcionem a promoção da saúde e prevenção de agravos, diminuindo a ocorrência de complicações crônicas às condições já existentes². Quanto mais precocemente uma alteração é detectada, maior é a chance de se intervir de forma adequada e eficiente, o que é determinante em se tratando da população geriátrica. Essa população é vulnerável ao desenvolvimento de incapacidades como os distúrbios da comunicação (linguagem, fala, voz e audição), dificuldades de deglutição bem como alterações do equilíbrio corporal. Diversas causas de comprometimento da comunicação em idosos são descritas na literatura, tais como alterações dos órgãos fonoarticulatórios, lentificação nos processos da fala e praxias orofaciais, na fonação, no acesso aos sistemas linguísticos, alteração de audição além de dificuldades no equilíbrio corporal³.

A população geriátrica exige uma atenção com abordagem multidisciplinar e integrada, formada por diferentes áreas, dentre as quais está contemplada a fonoaudiologia. O fonoaudiólogo, enquanto profissional da saúde, tem participação nessa equipe de cuidado, oferecendo subsídios nas ações de atenção à saúde do idoso no âmbito da comunicação humana e seus distúrbio³.

Considerando a necessidade da atenção integral ao idoso, foi estruturado e implementado no estado de Minas Gerais o programa Mais Vida (PMV). O objetivo é proporcionar um padrão de excelência nas ações de saúde, por meio de um sistema articulado e integrado desde a Atenção Primária à Saúde (APS). Centros de Referência em atenção secundária especializada, denominados Centros Mais Vida (CMV) são pontos de atenção da Rede, sendo compostos por equipe multidisciplinar de saúde, direcionados ao atendimento ao idoso, encaminhado pelos profissionais da Rede. O

PMV é a modalidade de atendimento responsável pela avaliação multidimensional do idoso para a definição das condições de saúde e elaboração de um Plano de Cuidados. O encaminhamento e a marcação da consulta são realizados pela APS⁴. Após a avaliação pela equipe Mais Vida, os idosos são reencaminhados para a APS, responsável pela implementação do Plano de Cuidados. Durante a assistência médica (consulta geriátrica) no Centro MV, ao ser identificada a demanda fonoaudiológica, o médico encaminha o idoso para uma avaliação, na qual são identificadas apenas as funções consideradas como prioridade pela geriatria.

Observa-se na prática clínica a relação de concordância entre o motivo do encaminhamento médico e as alterações fonoaudiológicas encontradas nos idosos, porém, em alguns casos, nota-se a ausência dessa concordância. Considerando que o acesso à intervenção fonoaudiológica, diagnóstico e tratamento, é feito por meio da avaliação geriátrica ampla na qual é identificada a demanda à avaliação da fonoaudiologia, torna-se importante conhecer o perfil desses idosos. Com esse conhecimento, será possível desenvolver ações preventivas e tratamentos qualificados que sejam coerentes com as reais demandas fonoaudiológicas do idoso.

Desta forma, o estudo teve como objetivo caracterizar as alterações e condutas fonoaudiológicas mais frequentes em relação aos idosos avaliados pela equipe de fonoaudiologia do Programa MV, no Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção ao Idoso (IJAF), além de estabelecer uma relação entre o motivo do encaminhamento médico e os achados fonoaudiológicos.

Material e Método

Trata-se de um estudo exploratório transversal retrospectivo de levantamento de dados de prontuários realizado no IJAF, Centro de Referência em atenção ao idoso, localizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram coletados dados de prontuários de idosos encaminhados pela geriatria para avaliação clínica fonoaudiológica no período de janeiro a julho de 2012. Os itens coletados foram: o motivo do encaminhamento médico à fonoaudiologia, o diagnóstico e a conduta fonoaudiológica, as sugestões de encaminhamentos realizados pela fonoaudiologia, bem como sexo e idade. Foram incluídos no estudo os prontuários

que continham os itens a serem coletados e excluídos os que foram considerados incompletos.

Os motivos de encaminhamento médico foram agrupados da seguinte forma: distúrbios da deglutição (disfagia); distúrbios da comunicação (linguagem, fala, voz e audição) e distúrbios do equilíbrio corporal (vertigem posicional paroxística benigna- VPPB e outros tipos de tontura).

Os diagnósticos fonoaudiológicos também foram agrupados: distúrbios da deglutição (presença de disfagia); distúrbios da comunicação (perda auditiva, disartria, disфония, alteração de linguagem); distúrbios do equilíbrio corporal (VPPB, desequilíbrio multifatorial do idoso e outros tipos de tontura).

As informações coletadas foram digitadas em um banco de dados desenvolvido no Epidata®. Para as análises de dados adotou-se o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18.0 for windows – SPSS Incorporation, Chicago, Illinois, Estados Unidos da América, 2008. Foram feitas tabelas de distribuição de frequências para análise das variáveis categóricas. Realizou-se ainda análise de frequência para verificar a concordância entre o motivo de encaminhamento fonoaudiológico e diagnóstico fonoaudiológico.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP, sob parecer favorável número

CAAE – 06539012.0.0000.5149. Por se tratar de análise de dados de prontuários, as pesquisadoras obtiveram a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Características da população

Foram incluídos 514 idosos; destes, 186 (36%) eram do sexo masculino, e 328 (64%) do sexo feminino. A idade mínima dos participantes foi de 60 anos, e a máxima de 103 anos, sendo a média de 78 anos (DP+- 8). Por não atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa, foram excluídos 66 prontuários (11%).

Encaminhamentos médicos realizados à fonoaudiologia.

Em relação aos motivos de encaminhamento, verificou-se um total de 557. O número superior à quantidade de idosos justifica-se pelo fato de que os mesmos podem ser encaminhados à fonoaudiologia por mais de um motivo.

Conforme já descrito, os motivos de encaminhamento foram agrupados da seguinte forma: distúrbios da deglutição (disfagia); distúrbios da comunicação (linguagem, fala, voz e audição) e distúrbios do equilíbrio corporal (tontura, vertigem posicional paroxística benigna – VPPB). Os resultados podem ser visualizados na Tabela 1.

Tabela 1- Frequência dos principais motivos de encaminhamentos médicos realizados ao setor de fonoaudiologia no período de janeiro a julho de 2012 n=557

Motivo do encaminhamento		Número	Frequência (%)
Distúrbio da deglutição	Disfagia	180	32,32
	Distúrbio da comunicação		
	Audição	162	29,08
	Voz	15	2,69
	Fala	13	2,33
	Linguagem	7	1,26
Distúrbio do equilíbrio corporal	VPPB	111	19,93
	Outros tipos de Tontura	65	11,67
Outros motivos		4	0,72
	Total	557	100

VPPB: Vertigem posicional paroxística benigna

Os encaminhamentos devidos aos distúrbios da comunicação foram os mais frequentes (35,4%), seguidos pelos distúrbios da deglutição (32,3%) e do equilíbrio corporal (31,6%).

Diagnósticos Fonoaudiológicos

Para cada motivo de encaminhamento médico à fonoaudiologia, o idoso foi avaliado e definiu-se o diagnóstico fonoaudiológico.

A frequência desses diagnósticos pode ser visualizada na tabela 2.

Tabela 2- Frequência dos principais diagnósticos fonoaudiológicos realizados no período de janeiro a julho de 2012. n=557. Belo Horizonte.

Diagnóstico fonoaudiológico		Número	Frequência (%)
Distúrbio da comunicação	Perda auditiva	120	21,54
	Disartria	12	2,15
	Disfonia	13	2,33
	Alteração de linguagem	7	1,26
	Distúrbio da deglutição	Disfagia	147
Distúrbio do equilíbrio corporal	VPPB	54	9,69
	Desequilíbrio multifatorial	16	2,87
	Outros tipos de tontura	25	4,49
Ausência de diagnóstico fonoaudiológico		93	16,7
Ausência de comprometimento fonoaudiológico		67	12,03
Outro		3	0,54
Total		557	100

VPPB: Vertigem posicional paroxística benigna

O diagnóstico fonoaudiológico mais frequente foi o de distúrbio da comunicação (27,3%), seguido de distúrbio da deglutição (26,4%) e de distúrbio do equilíbrio corporal (17,1%).

Dos 143 indivíduos que realizaram a avaliação da audição por meio de exames (audiometria tonal limiar e logoaudiometria), 37 (26%) apresentaram perda auditiva bilateral neurossensorial de grau leve; 56 (39%) de grau moderado, moderadamente severo, severo ou profundo; 27 (19%) perda auditiva mista ou condutiva em uma ou ambas as orelhas, e 23 (16%) não apresentaram perda auditiva.

Dentre os 557 motivos de encaminhamentos, foi possível estabelecer o diagnóstico fonoaudiológico

em 464 casos (83%). Houve concordância entre o motivo e o diagnóstico em 77% (n=357) dos casos e a ausência de concordância esteve presente em 23% (n=107). Para esses cálculos foram considerados apenas os casos nos quais foi possível estabelecer o diagnóstico fonoaudiológico.

Condutas Fonoaudiológicas

Para cada idoso avaliado, foi definida uma ou mais condutas fonoaudiológicas. A tabela 3 apresenta a frequência e o percentual dessas condutas.

Tabela 3- Percentual de condutas fonoaudiológicas realizadas no período de janeiro a julho de 2012. n=514. Belo Horizonte.

Conduta Fonoaudiológica	Número	Frequência (%)
Apenas orientações	210	40,86
Acompanhamento pelo NASF	51	9,92
Reabilitação fonoaudiológica	142	27,63
Aguarda definição de quadro clínico	55	10,70
Encaminhamento ao Programa de Saúde Auditiva	56	10,89
Total	514	100,00

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Além das condutas descritas, estiveram presentes em 100% dos casos as orientações fonoaudiológicas realizadas com finalidade de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Em alguns casos, após a avaliação fonoaudiológica, foram sugeridos encaminhamentos para outras categorias profissionais ou realização de exames complementares. A tabela 4 apresenta a frequência desses encaminhamentos.

Tabela 4- Percentual de sugestão de encaminhamentos realizados pela fonoaudiologia no período de janeiro a julho de 2012. n=162. Belo Horizonte.

Conduta Fonoaudiológica	Número
Odontologia	37
Otorrinolaringologia	58
Nutrição	18
Terapia Ocupacional	2
Teste Vestibular	21
Audiometria	19
Avaliação objetiva da deglutição	3
Psicologia	1
Neuropsicologia	1
Gastroenterologia	2
Total	162

Discussão

Características da população

Corroborando a literatura e o fenômeno da Feminização na Velhice, houve um predomínio do sexo feminino na amostra^{1,5}.

O número de idosos avaliados pela fonoaudiologia, no período da pesquisa, não coincide com a quantidade de encaminhamentos realizados pela geriatria, devido ao não comparecimento dos idosos às consultas.

Motivos de encaminhamento médico à fonoaudiologia versus Diagnósticos fonoaudiológicos

O distúrbio de comunicação foi o principal motivo de encaminhamento médico. A comunicação é a capacidade de estabelecer relação com o meio, principalmente através da audição, fala e visão, sendo que cerca de um quinto dos indivíduos com mais de 65 anos apresenta problemas de comunicação⁶. O declínio dessa função estabelece no idoso a incapacidade comunicativa, que está relacionada com a perda ou restrição da participação social (funcionalidade), comprometendo a capacidade de execução de tomada de decisões, afetando diretamente a independência e a qualidade de vida⁷⁻⁹. O envelhecimento acarreta a deterioração da função auditiva, conhecida como presbiacusia, levando o indivíduo a experimentar impactos negativos¹⁰. Estudos constataram que, apesar de os idosos informarem ouvir normalmente, durante a anamnese audiológica notou-se grande dificuldade na compreensão da fala, e após a avaliação auditiva observou-se presença de perda auditiva nesses

indivíduos⁹. É também relatado na literatura que a perda auditiva é, em muitos casos, negligenciada, por se considerar natural no processo de envelhecimento^{6,10}.

Dentre as funções de comunicação, a audição representou a maior parte deles (29% dos casos), e, conseqüentemente, a presença de perda auditiva foi um diagnóstico fonoaudiológico frequente (22% dos casos).

Em relação aos encaminhamentos devido à audição, observa-se que é comum a suspeita clínica de hipoacusia durante a dificuldade na entrevista médica devido à percepção subjetiva de dificuldade em ouvir, prestar atenção na fala ou compreender o que é dito. Esse raciocínio é válido para perdas auditivas moderadas ou severas, uma vez que déficits auditivos leves são dificilmente detectados durante a comunicação, fazendo-se necessária uma avaliação objetiva da função da audição. Tal fato explica a possibilidade de perdas auditivas, principalmente de grau leve, serem diagnosticadas tardiamente^{8,10}. Percebe-se, na prática clínica, que a dificuldade de audição pode ser uma queixa apenas dos familiares ou cuidadores, já que essa queixa nem sempre condiz com a percepção do idoso com relação à sua função auditiva.

O tipo de perda auditiva encontrada nos idosos do nosso estudo demonstra a ocorrência da presbiacusia. É importante a avaliação audiológica periódica nessa população, uma vez que, na maior parte da amostra, foi constatada a presença da perda auditiva de grau moderado a profundo. Há casos em que não há queixa quanto à redução da acuidade auditiva, nem quanto à compreensão da

fala, mas o indivíduo apresenta a presbiacusia com perda auditiva de grau leve.

Além da audição, a literatura descreve outras causas de distúrbios da comunicação em idosos, como alterações de linguagem, fala e voz³. Neste estudo, verificou-se um número reduzido de encaminhamentos para avaliação dessas funções. Essa conduta pode ser justificada pela definição de prioridade realizada pelo geriatra, gestor do cuidado, no momento da consulta, para a avaliação específica da fonoaudiologia. Esses domínios da comunicação, não necessariamente negligenciados durante a consulta geriátrica, não foram definidos como prioridade. Como consequência, também foi baixo o índice de diagnósticos realizados pela fonoaudiologia de alterações dessas funções.

O distúrbio da deglutição foi o segundo motivo mais frequente tanto de encaminhamento médico (32%) quanto de diagnóstico fonoaudiológico presença de disfagia (26%).

Esses resultados evidenciam a preocupação dos geriatras com os idosos frágeis. Devido aos comprometimentos físicos ou cognitivos, esses indivíduos podem não ser capazes de realizar as adaptações necessárias, acarretando o desenvolvimento da disfagia. Dentre esses comprometimentos, descrita por diversos autores, há a presbi-fagia, que ocorre devido à diminuição da reserva funcional dos órgãos e sistemas, com deterioração das funções tanto motoras quanto sensitivas^{11,12}. É decorrente da redução da sensibilidade e mobilidade orofacial a diminuição da saliva, perdas dos dentes e uso de próteses dentárias. Estudos mostram que uma porcentagem importante dos idosos apresenta algum tipo de queixa com relação à alimentação¹¹⁻¹³.

Alguns sinais e sintomas clínicos sugestivos de distúrbios da deglutição são visíveis e objetivos, como a tosse e/ou engasgos durante a alimentação. Esses aspectos são naturalmente observados e relatados por familiares, cuidadores ou pelo próprio idoso e facilmente detectados em uma consulta geriátrica, o que irá resultar, possivelmente, num encaminhamento para avaliação fonoaudiológica. Um estudo mostrou que 13,3% dos idosos queixaram-se de engasgos frequentes durante a alimentação, 33,3% às vezes e 6,7% raramente¹⁴. Com base na autopercepção, 80% deles apresentaram dificuldades de alimentação com alguma consistência, e, destes, 33,3% também acrescentaram dificuldade para deglutir comprimidos¹⁵.

Considera-se importante o encaminhamento dos idosos para a avaliação fonoaudiológica, mesmo na ausência desses sinais durante a alimentação, principalmente quando se tratar de quadros com probabilidade de desenvolver a disfagia. Estudos apontam que o fenômeno da aspiração silente, a disfagia com ausência desses sinais clínicos, está associado aos mecanismos que são comuns na população idosa, como fraqueza ou incoordenação da musculatura faríngea, redução da sensibilidade laringofaríngea e redução da capacidade de produzir tosse reflexa¹⁶.

Além disso, na população idosa encontra-se alta prevalência de quadros neurológicos, com risco para desenvolvimento das disfagias como acidentes vasculares encefálicos (AVE), doença de Parkinson (DP) e quadros demenciais¹⁷⁻²¹. Os distúrbios de deglutição também apresentam diferentes graus de severidade, o que pode comprometer a nutrição e hidratação do idoso, além de envolver o risco de complicações pulmonares, sobretudo a pneumonia aspirativa, que pode levar ao óbito^{18,21}.

Os distúrbios do equilíbrio corporal também foram frequentes como motivos de encaminhamentos médicos e diagnósticos fonoaudiológicos, dentre os quais o mais significativo foi a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB). Este dado justifica-se pelo fato de essa vestibulopatia possuir diagnóstico e tratamento simples e rápido por meio das manobras posturais^{22,23}. Essas são as opções terapêuticas mais utilizadas na prática clínica, e podem ser realizadas em apenas uma consulta, sem necessidade de procedimentos mais complexos. Dos idosos encaminhados à fonoaudiologia, foi possível constatar a presença da VPPB e realizar o tratamento em quase metade dos indivíduos que apresentaram queixa condizente com esse tipo de vestibulopatia.

Segundo a literatura, e de acordo com os achados deste estudo, dentre os tipos de tontura, a VPPB é a causa mais comum de vertigem no idoso, sendo que, por volta dos 70 anos, 30% dos indivíduos já tiveram a experiência desse tipo de vertigem pelo menos uma vez^{23,27}. A VPPB é causada pela disfunção dos canais semicirculares, os quais são estruturas do ouvido interno relacionadas ao equilíbrio corporal, desencadeada pelo deslocamento de otólitos desses canais. Mais precisamente, episódios de vertigem com curta duração, náusea e/ou nistagmo associado à movimentação cefálica^{26,27}. Estudos comprovaram que o mecanismo causador

de quedas em idosos com vestibulopatia crônica mais frequente foi o aparecimento súbito da tontura, sendo a VPPB o diagnóstico mais prevalente, representando 43,8% dos casos²⁴. Outros estudos já provam que o número de quedas em idosos diminui consideravelmente após o tratamento da VPPB²⁷. Observa-se então a preocupação dos serviços de saúde com idosos no que diz respeito à tontura como um fator de risco de queda, com possíveis fraturas e potencial desenvolvimento da síndrome da imobilidade, levando o indivíduo à dependência completa.

Estudos epidemiológicos apontam prevalência de 45% de tontura em idosos. A tontura rotatória, vertigem, é referida por cerca de 70,4% dessa população, e 43,8% relataram já ter passado por crises vertiginosas em algum momento da vida. A tontura está ainda associada ao receio e risco de quedas, o que pode comprometer a capacidade funcional, prejudicando suas atividades de vida diária e, como consequência, a independência e qualidade de vida do idoso²².

A literatura descreve também como a prevalência da tontura aumenta significativamente com o avançar da idade²³. Estudos populacionais recentes apontam prevalências que variam de 11,0% a 32,5%^{22,23}. Em estudos longitudinais com idosos acima de 65 anos, verificou-se que a queixa de tontura esteve presente em 27% dos indivíduos com 70 anos e em 54% entre os de 90 anos ou mais²³. A tontura, abordada como instabilidade postural, que por sua vez é caracterizada como uma síndrome geriátrica, é uma condição de saúde multifatorial que decorre do efeito acumulativo de déficits em múltiplos sistemas, imputando aos idosos maior vulnerabilidade²⁴. Algumas condições de saúde têm sido relacionadas à tontura, como ansiedade, depressão, déficit auditivo, polifarmácia, fadiga, hipotensão postural e distúrbios do equilíbrio corporal. Estudos sobre prevalência de alterações metabólicas (diabetes, hipertensão, dislipidemia, alterações da tireóide) em idosos com disfunções do sistema vestibular, um dos pilares do equilíbrio corporal, concluíram que essas podem influenciar o desencadeamento de sintomas cócleo-vestibulares²⁵. Esses dados demonstram a importância de uma abordagem multifatorial e, portanto, multiprofissional em idosos com tontura^{23,24}. Verificou-se a ausência de diagnóstico após a avaliação fonoaudiológica em 17% dos prontuários analisados.

Nesses casos, o fonoaudiólogo aguardava a complementação da avaliação para definir o diagnóstico, como o parecer de outros profissionais, exames das funções de audição e sistema vestibular. Além desses, registraram-se casos nos quais o diagnóstico não era de competência da fonoaudiologia, como suspeita de disfagia esofágica, tontura de origem metabólica, vertigens do tipo cervical ou postural fônica e hipotensão ortostática. Esses dados demonstram a importância do profissional fonoaudiólogo qualificado e experiente, considerando-se a complexidade clínica da assistência ao idoso e o fato de que a avaliação no Programa Mais Vida ocorre num único momento.

Em alguns casos, foi constatada a ausência do comprometimento funcional, ou seja, o idoso encaminhado para avaliação fonoaudiológica não apresentava comprometimento da função comunicativa, de deglutição ou equilíbrio corporal. Isso se justifica pelo fato de se tratar de indivíduos com quadros clínicos ou comorbidades que poderiam gerar alterações dessas funções, mas que, no momento da avaliação fonoaudiológica, não apresentaram comprometimentos. Em geral, esses idosos apresentavam quadros iniciais de demência, Parkinson e outros. Nota-se, então, a preocupação do geriatra com as possíveis repercussões já nas fases iniciais dessas doenças, visando à qualidade de vida do idoso por meio da manutenção da funcionalidade.

Em relação ao motivo do encaminhamento médico e ao diagnóstico fonoaudiológico, houve concordância na maioria dos casos, sendo a concordância definida quando o idoso apresentava comprometimento da função pela qual o geriatra solicitou a avaliação fonoaudiológica. Na prática, observa-se que a estrutura do Centro Mais Vida permite a comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional, o que favorece o cuidado e a atenção ao idoso. Em muitas das vezes, o caso era previamente discutido entre os profissionais antes de um possível encaminhamento formal para a avaliação da fonoaudiologia. Os resultados ainda demonstraram a importância da assistência especializada ao idoso, uma vez que o profissional da geriatria se dedica à visão de cuidado ao indivíduo como um todo, detectando e elencando as demandas prioritárias do idoso. Esses aspectos favoreceram, portanto, a concordância encontrada. A ausência de concordância ocorreu quando não se

observou comprometimento da função pela qual o geriatra solicitou a avaliação fonoaudiológica.

Conduas Fonoaudiológicas

Quanto à conduta fonoaudiológica, constatou-se que todos os idosos avaliados receberam orientações. Estas foram realizadas verbalmente e/ou por escrito quanto aos aspectos de comunicação (fala, voz, linguagem e audição), equilíbrio corporal e cuidados com a alimentação, visando à funcionalidade da deglutição. Essas ações tinham o objetivo de promover saúde e/ou prevenir agravos.

Em relação à segunda conduta mais frequente, a necessidade de reabilitação fonoaudiológica, o tratamento foi oferecido no próprio Centro de Referência, IJAF, ou o idoso foi encaminhado a outro local. Foram referenciados casos de alterações de deglutição, fala, voz, linguagem e equilíbrio corporal, a partir dos encaminhamentos realizados à fonoaudiologia.

Outro tipo de encaminhamento realizado foi ao programa de saúde auditiva, indicado a candidatos ao uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). Nesse encaminhamento incluíam-se orientações fonoaudiológicas relativas à audição, estratégias de comunicação e sobre o AASI, bem como consulta e parecer otorrinolaringológico para que o idoso pudesse passar pela avaliação do programa de saúde auditiva e verificar a possibilidade de utilização do aparelho.

Já a conduta de solicitação de acompanhamento do caso pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) justifica-se em casos com necessidade de gerenciamento das funções de deglutição e comunicação em quadros de doenças neurodegenerativas, que podem ocasionar a disfagia ou comprometimento da comunicação conforme o avanço da doença. Por se tratar de um Centro de Referência que recebe idosos frágeis para o atendimento especializado, outro critério para adotar essa conduta foi o idoso apresentar restrição de mobilidade e locomoção com necessidade de assistência domiciliar. O NASF apresenta a possibilidade dessa modalidade de atendimento.

Com relação à não definição da conduta fonoaudiológica, devido à necessidade de aguardar a complementação da avaliação clínica, verifica-se que tal fato reforça mais uma vez a importância do trabalho multiprofissional com o idoso. Sendo assim, por vezes há necessidade de se indicar avaliações de outros profissionais e a

realização de exames para uma abordagem ampla e ao mesmo tempo cautelosa, considerando o risco de iatrogenia.

Ainda dentre as condutas, a equipe de fonoaudiologia sugeriu ao geriatra alguns encaminhamentos quando esses não haviam sido realizados. Em geral, o geriatra já havia encaminhado os idosos aos outros profissionais, o que justifica, portanto, o número reduzido de sugestões de encaminhamento a algumas categorias profissionais.

A sugestão mais frequente de encaminhamento foi à otorrinolaringologia, justificada pelos casos de tontura e distúrbios do equilíbrio corporal com etiologias não identificadas em avaliação fonoaudiológica. Comumente, os idosos também apresentavam excesso de cerume nas orelhas, observado na inspeção do meato acústico externo (meatoscopia), podendo ocasionar dificuldade de audição, além de impossibilitar a correta realização dos exames da função auditiva. Assim, esses casos e os de indivíduos com perda auditiva candidatos ao uso do AASI foram encaminhados àquela especialidade. A odontologia também esteve presente como sugestão de encaminhamento. Durante a consulta fonoaudiológica, principalmente na avaliação do sistema sensorio motor oral e das funções de mastigação e deglutição, a cavidade oral era sempre inspecionada, e, quando verificada alguma alteração, sugeria-se o encaminhamento. Além disso, era comum a presença de dentição em estado de conservação precário ou a má adaptação das próteses dentárias com comprometimento das fases preparatória e oral da deglutição, dificultando o processo da alimentação.

A avaliação da nutrição foi indicada quando se identificou um idoso com perda ponderal importante, distúrbios nutricionais ou necessidade de mudança ou adaptação das consistências alimentares de acordo com a avaliação fonoaudiológica.

O fonoaudiólogo realizava a sugestão de encaminhamento, ficando a critério do geriatra, gestor do cuidado, efetuar-la ou não.

Conclusão

No presente estudo, foi possível identificar as características dos idosos avaliados pela fonoaudiologia bem como as condutas fonoaudiológicas mais frequentes em um Centro de Referência. Os motivos de encaminhamentos e as alterações fonoaudiológicas mais frequentes foram os distúrbios

de comunicação, de deglutição e do equilíbrio corporal. Esse reconhecimento proporciona a instrumentalização para subsidiar intervenções de orientação, informação e educação para a saúde, isto é, ações que auxiliem o processo de produção e sistematização de práticas de cuidado em saúde, que correspondam às necessidades da população idosa.

Observou-se ainda, na maioria dos casos, a presença de concordância entre o motivo do encaminhamento médico e os achados fonoaudiológicos, confirmando a importância da equipe multiprofissional, possibilitando o diálogo da geriatria e da fonoaudiologia gerontológica no compartilhamento de conceitos e condutas de avaliação e intervenção, para que se alcance um discurso unificado cada vez mais interdisciplinar, respondendo aos objetivos do Programa Mais Vida.

Iniciativas de promoção à saúde, assistência e reabilitação devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do idoso pelo maior tempo possível, valorizando a sua autonomia e independência tanto física quanto mental.

Referências Bibliográficas

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: Estudos e pesquisas, 2010. [Acesso em 15 agosto 2013]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/214IE>.
2. Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde: Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, jul/set 2009; 18(3):209-18. [Acesso em 13 janeiro 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol18_n3.pdf.
3. Mac-kay APMG. Linguagem e Gerontologia. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPGP (orgs). Tratado de Fonoaudiologia. 2º Ed. São Paulo: Ed Roca; 2010; 386-90.
4. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Rede Mais Vida: A rede de atenção ao idoso em Minas Gerais, jan/ 2012. [Acesso em 15 out 2013]. Disponível em: http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/870_Programa Mais Vida em Minas Gerais.pdf.
5. Brasil. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, DF, 2004. [Acesso em 2 julho 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.
6. Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. RMMG, 2010; 20(1):54-66.
7. Carmo LC, Silveira JAM, Marona SAM, D'ottaviano FG, Zagati LL, Lins EMDVS. Estudo audiológico de uma população idosa brasileira. Rev. Bras. Otorrinolaringol. Mai/Jun 2008;74(3):342-9.
8. Baraldi GS, Almeida LC, Borges ACC. Evolução da perda auditiva no decorrer do envelhecimento. Rev. Bras. Otorrinolaringol. Jan/Fev 2007;73(1):64-70.
9. Kano CE, Mezzena LH, Guida HL. Estudo comparativo da classificação do grau de perda auditiva em idosos institucionalizados. Rev. CEFAC. Jul/Set 2009; 11(3):473-7.
10. Calais LL, Borges ACLC, Baraldi GS, Almeida LC. Queixas e preocupações otológicas e as dificuldades de comunicação de indivíduos idosos. Rev. CEFAC. 2008;13(1):12-9.
11. Gutierrez SM, Zanato LE, Pelegrini P, Cordeiro RC. Queixas fonoaudiológicas de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Dist. Comun. São Paulo. Abr/2009; 21(1): 21-30.
12. Feijó AV, Rieder CAM. Distúrbios da deglutição em idosos. In: Acosta NB, Cardoso MCAF. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. RBCEH. Jan/Abr. 2012; 9(1): 143-54.
13. Bilton T. Estudo da dinâmica da deglutição e suas variações associadas ao envelhecimento avaliadas por videodeglutiosofagograma, em adultos assintomáticos de 20 a 86 anos [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Unifesp, 2000.
14. Cardoso, MCAF, Dias BKP. Características da função de deglutição em grupo de idosas institucionalizadas. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Porto Alegre, 2009; 14(1):107-24.
15. Tanure, CMC, Barbosa JP, Amaral JP, Motta AR. Deglutição no processo normal de envelhecimento. Rev. CEFAC. São Paulo. Abr/Jun. 2005; 7(2):171-7.
16. Rodrigues B, Nóbrega AC, Sampaio M, Argolo N, Melo A. Silent saliva aspiration in parkinson's disease movement disorders. Mov. Disord. Jan 2011; 26(1):138-41.
17. Galhardo MMAMC, Amaral AKFJ, Vieira ACC. Caracterização dos distúrbios cognitivos na Doença de Parkinson, Rev. CEFAC. 2009; 11(2): 251-7.
18. Silva LM. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso. Rev. Bra. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2006; 9(2): 93-106.
19. Talmelli, LFS, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo. Dez/2010; 44(4):933-9.
20. Gauoni J, Pedroso KCA, Grolli EB. Avaliação fonoaudiológica funcional em pacientes portadores de doença de Parkinson. Rev. CEFAC, 2003; 5:223-6.
21. Almeida APRS, Mourão LF. Estudo das alterações na deglutição na doença de Parkinson. XV Congresso Interno de Iniciação Científica da Unicamp; 26 e 27 set/ 2007; pp.43-43, Campinas, SP, Faculdade de Ciências Médicas – FCM; 2007.
22. Moraes AS, Soares WFS, Rodrigues AS, Fett WCR, Ferriolli E, Perracini MR. Dizziness in community-dwelling older adults: a population-based study. Braz.



- J. Otorhinolaryngol. Nov/Dez 2011;77(6):691-9.
23. Ganança FF, Gazzola JM, Aratani MC, Perracini MR, Ganança MM. Circumstances and consequences of falls in elderly people with vestibular disorder. Rev. Bras. Otorrinolaringol. Mai/jun 2006; 72(3):388-93.
24. Santos EM; Gazzola JM; Ganança CF; Caovilla HH; Ganança FF. Impacto da tontura na qualidade de vida de idosos com vestibulopatia crônica. Rev. CEFAC. Out/dez 2010; 22(4):427-32.
25. Bittar SEM, Zerati MAB, Moraes CLO, Cunha AU, Bento RF. Prevalência das alterações metabólicas em pacientes portadores de queixas vestibulares. Rev. Bras. Otorrinolaringol. Jan/fev 2003; 69(1):64-8.
26. Takano NA, Cavalli SS, Ganança MM, Caovilla HH, Santos MAO, Peluso ETP, Ganança FF. Quality of life in elderly with dizziness. Rev. Bras. Otorrinolaringol. Nov/dez 2010;76(6):769-75.
27. Ganança FF, Gazzola JM, Ganança CF, Caovilla HH, Ganança MM, Cruz OLM. Quedas em idosos com Vertigem Posicional Paroxística Benigna. Rev. Bras. Otorrinolaringol. Jan/fev 2010;76(1):113-20.
São Paulo.; 2011.