

Desconforto do trato vocal e qualidade de vida em deglutição em idosos

Vocal tract discomfort and quality of life in swallowing in the elderly

Incomodidad del tracto vocal y calidad de vida en deglución de adultos mayores

*Mayara dos Santos Cintra**

*Margareth Attianezi**

*Michelle Ferreira Guimarães**

*Elma Heitmann Mares Azevedo**

Resumo

Introdução: O processo do envelhecimento no ser humano se dá por alterações funcionais de forma progressiva e degenerativa, pelo enfraquecimento dos mecanismos de defesa e perda das reservas funcionais que atingem todo o organismo. **Objetivo:** Caracterizar o desconforto do trato vocal e a qualidade de vida relacionada à deglutição em indivíduos idosos. **Métodos:** Estudo transversal, realizado no setor de clínica médica e nos arredores do hospital Universitário. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 1.943.445. Foram aplicados os questionários Escala de Desconforto do Trato Vocal e Qualidade de Vida relacionada à deglutição em dois grupos: idosos internados (n=200), acima de 60 anos, e idosos considerados saudáveis (n=200), acima de 60 anos, de ambos os sexos. **Resultados:** Nos idosos saudáveis houve prevalência do sexo feminino (50,50% n=101) e nos internados houve prevalência do sexo masculino (61,50% n=123). Os idosos internados apresentaram maior frequência e intensidade de sintomas sensoriais de desconforto do trato vocal. Em relação à qualidade de vida em deglutição, os menores escores foram para os domínios sono e fadiga. Houve correlação negativa e fraca entre os sintomas sensoriais de desconforto do trato vocal e qualidade de vida relacionada à deglutição. **Conclusão:** Os idosos internados apresentaram mais sintomas/sensações de desconforto do trato vocal com pior impacto na qualidade de vida em deglutição, quando comparados a idosos saudáveis.

Palavras-chave: Disfagia; Envelhecimento; Qualidade de vida; Transtornos da Deglutição.

* Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil

Contribuição dos autores:

MSC coleta, tabulação e interpretação dos dados;

MA e MFG interpretação dos dados e redação do artigo;

EHMA concepção, delineamento do estudo, orientação e revisão final do artigo.

E-mail para correspondência: Dra Elma Heitmann Mares Azevedo kikahmazevedo@hotmail.com

Recebido: 11/12/2017

Aprovado: 26/05/2018

Abstract

Introduction: The process of aging in the human being is due to functional changes in a progressive and degenerative way, by the weakening of defense mechanisms and loss of functional reserves that affect the whole organism. **Objective:** To characterize the vocal tract discomfort and the quality of life related to swallowing in elderly individuals. **Methods:** Cross-sectional study, carried out in the medical clinic sector and in the vicinity of an University hospital. Approved by the Research Ethics Committee under No. 1,943,445. The questionnaires related to swallowing were analyzed in two groups: hospitalized elderly (n = 200), older than 60 years, and elderly considered healthy (n = 200), older than 60 years, of both genders. **Results:** In the healthy elderly, there was a prevalence of females (50,50% n=101) and in the hospitalized there was a prevalence of males (61,50% n=123). The hospitalized elderly presented higher frequency and intensity of sensory symptoms of vocal tract discomfort. Regarding the quality of life in swallowing, the lowest scores were for the domains sleep and fatigue. There was a negative and weak correlation between the sensorial symptoms of vocal tract discomfort and swallowing related to quality of life. **Conclusion:** The hospitalized elderly presented more symptoms / sensations of vocal tract discomfort with worse impact on swallowing quality of life when compared to healthy elderly.

Keywords: Dysphagia; Aging; Quality of life; Deglutition disorders.

Resumen

Introdução: El proceso del envejecimiento en el ser humano se da por cambios funcionales de forma progresiva y degenerativa, por el debilitamiento de los mecanismos de defensa y pérdida de las reservas funcionales que alcanzan todo el organismo. **Objetivo:** Caracterizar la incomodidad del tracto vocal y la calidad de vida relacionada a la deglución en individuos adultos mayores. **Métodos:** Estudio transversal, realizado en el sector de clínica médica y en los alrededores, de un hospital universitario. Aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo el n° 1.943.445. Se utilizaron los cuestionarios Escala de Incomodidad del Trato Vocal y Calidad de Vida relacionada a la deglución en dos grupos: adultos mayores internados (n=200), con mas de 60 años, y adultos mayores considerados sanos (n=200), con mas de 60 años, de ambos los sexos. **Resultados:** En los ancianos sanos hubo prevalencia del sexo femenino (50,50% n=101) y en los internados hubo prevalencia del sexo masculino (61,50% n=123). Los adultos mayores internados presentaron mayor frecuencia e intensidad de síntomas sensoriales de incomodidad del tracto vocal. En cuanto a la calidad de vida en deglución, los menores escores fueron para los dominios sueño y fatiga. Se observó una correlación negativa y débil entre los síntomas sensoriales de incomodidad del tracto vocal y la calidad de vida relacionada con la deglución. **Conclusión:** Los adultos mayores internados presentaron más síntomas / sensaciones de incomodidad del tracto vocal con peor impacto en la calidad de vida en deglución cuando comparados a adultos mayores sanos.

Palabras claves: Disfagia; Envejecimiento; Calidad de vida; Trastornos de la deglución.

Introdução

O envelhecimento é um processo natural, no qual ocorrem alterações estruturais e funcionais que podem variar de indivíduo para indivíduo caracterizando-se por um decréscimo de força, estabilidade, coordenação e resistência que podem interferir em diferentes funções pela sarcopenia e perda de reserva muscular, fatores importantes para adaptações e/ou compensações diante do estresse fisiológico. Pode haver comprometimento dos órgãos fonoarticulatórios e redução da saliva impactando a biomecânica da deglutição e atividades diárias. Além disso, idosos estão mais suscetíveis às lesões laringeas e a alterações vocais pela fragilidade da mucosa das pregas vocais, dos músculos e cartilagens laringeas. O declínio sensorial também deve ser levado em consideração na população idosa^{1,2,3,4}.

No processo de envelhecimento são esperadas modificações na composição muscular, por diminuição dos componentes da unidade motora e da coordenação, alterando a forma muscular e diminuindo as fibras de rápida contração. Há alteração do sistema estomatognático e redução da quantidade de saliva, podendo ocorrer aumento do tempo de trânsito oral/faríngeo, presença de estases, penetrações e/ou aspirações em diferentes graus e necessidade de mudanças de consistência dos alimentos a fim de manter o suporte nutricional no idoso. As alterações de deglutição, quando não tratadas adequadamente, envolvem risco de desnutrição, desidratação, complicações respiratórias, comprometimento de aspectos sociais, emocionais e de qualidade de vida, além de poder levar o indivíduo a óbito^{4,5}.

Os idosos também são mais suscetíveis às disfonias, em relação aos jovens, devido à fragilidade da mucosa, dos músculos e cartilagens laringeas³. Ressalta-se que a vulnerabilidade física individual, alterações no trato respiratório ou fatores da personalidade podem trazer desconforto e interferir na qualidade de vida⁶. O desconforto durante a produção da voz pode limitar a comunicação oral caracterizando-se por dor, queimação, aperto, secura, garganta dolorida, coceira, garganta sensível, garganta irritada e/ou sensação de bola na garganta. A experiência clínica sugere que indivíduos disfônicos apresentam algum desconforto no trato vocal, provavelmente resultante de esforço excessivo, envolvendo a musculatura perilaringea⁷.

A senescência é um tema cada vez mais explorado, considerando o crescente aumento da população idosa no mundo, principalmente no Brasil. A assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida, considerando o processo de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde⁸. Desta forma, e considerando-se o exposto, este estudo teve por objetivo caracterizar o desconforto do trato vocal e a qualidade de vida relacionada à deglutição em idosos.

Método

Trata-se de um estudo transversal, realizado no setor de clínica médica e nos arredores do hospital universitário. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa foram avisados previamente dos procedimentos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem sob o nº 1.943.445.

Foram incluídos idosos internados, acima de 60 anos, pacientes do setor de clínica médica e idosos considerados saudáveis, acima de 60 anos, encontrados nos arredores do hospital, de ambos os sexos. Foram excluídos indivíduos com menos de 60 anos, sem comunicação oral, com comprometimento cognitivo, idosos considerados saudáveis com histórico de doença neurológica, oncológica e/ou cardíaca e/ou qualquer doença que pudesse interferir na dinâmica da deglutição.

Foram aplicados os questionários Escala de Desconforto do Trato Vocal (EDTV)⁹ e Qualidade de Vida relacionada à deglutição (SWAL-QOL)¹⁰. A EDTV é um instrumento que mensura, por meio de uma escala Likert de 7 pontos, a frequência e intensidade de 8 sintomas de desconforto do trato vocal: queimação, aperto, secura, garganta dolorida, coceira, garganta sensível, garganta irritada e bola na garganta. A escala considera a frequência e a intensidade do sintoma e a marcação da pontuação pode variar de “0 a 6”. Em relação à frequência do sintoma, “0” corresponde a “nunca” e “6” a “sempre”. Em relação à intensidade, “0” refere-se a “nenhuma” e “6” refere-se a “extrema”. Quanto maior a pontuação, maior a presença de desconforto do trato vocal, tanto em relação à frequência quanto à intensidade. O SWAL-QOL aborda o impacto da disfagia na qualidade de vida dos indivíduos.

É composto por 44 questões que avaliam onze domínios: deglutição como um fardo, desejo de se alimentar, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção de alimentos, comunicação, medo de se alimentar, saúde mental, social, sono e fadiga; A pontuação varia de 0 a 100. Quanto menor a pontuação, pior a qualidade de vida relacionada à deglutição. Os valores de cada resposta dentro de cada domínio são somados e o resultado é dividido pelo número de questões do domínio analisado.

Para a análise estatística foram utilizados o teste U de Mann-Whitney e análise de correlação de Kendall por meio do *software* estatístico R através das funções *wilcox.test* e *cor.test*, respectivamente. O nível de significância adotado foi ≤ 0.05 .

Resultados

Participaram da pesquisa 400 indivíduos idosos. Destes, 200 foram considerados saudáveis e 200 internados na clínica médica do hospital. Nos idosos saudáveis houve prevalência do sexo feminino (50,50% n=101) e nos idosos internados houve prevalência do sexo masculino (61,50% n=123). A maior parte dos pacientes apresentou diferentes doenças de base excluindo as de origem oncológica e neurológica. Todos os indivíduos tinham mais de 60 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos idosos saudáveis e internados

Caracterização	Saudáveis		Internados		
	N	(%)	N	(%)	
Sexo	Masculino	99	(49,5)	123	(61,5)
	Feminino	101	(50,5)	77	(38,5)
Doença base	Neurológica	-	-	3	(1,5)
	Oncológica	-	-	32	(16,0)
	Outros	-	-	165	(82,5)

Em relação ao EDTV, os idosos internados apresentaram maior frequência e intensidade de queimação, aperto, secura, garganta dolorida, irritada e bola na garganta, quando comparados aos idosos saudáveis. O sintoma sensorial decoceira foi mais intenso para os idosos internados quando comparados aos idosos saudáveis (Tabela 2).

Quanto aos domínios do *SWAL-QOL*, os idosos internados apresentaram os menores escores médios para sono e fadiga. A maioria dos domínios apresentou diferença estatística entre idosos

internados e idosos saudáveis, exceto os domínios: social e comunicação (Tabela 3).

Nos idosos internados houve correlação negativa fraca entre os domínios deglutição como um fardo, desejo de se alimentar, duração de alimentação, frequência de sintomas, seleção de alimentos, medo de se alimentar, saúde mental e os oito sintomas sensoriais da EDTV. E, entre os domínios sono e fadiga e o sintoma aperto e secura. Nos idosos saudáveis houve correlação negativa fraca entre o domínio sono e o sintoma sensorial aperto e o domínio fadiga e o sintomacoceira (Tabela 4).

Tabela 2. Distribuição e Comparação dos Sintomas Sensoriais da EDTV em idosos Internados e Saudáveis

SINTOMA / SENSACÃO	FREQUÊNCIA			p-valor	INTENSIDADE			p-valor
	Saudáveis		Internados		Saudáveis		Internados	
	Grau	n(%)	n(%)		Grau	n(%)	n(%)	
QUEIMAÇÃO	0		196 (98)	0		196 (98)	0.045*	
	1		-	1		-		
	2	200 (100)	2 (1)	2	200 (100)	2 (1)		
	3		1 (0.5)	3		2 (1)		
	4		1 (0.5)	4		-		
APERTO	0		181 (90.5)	0		181 (90.5)	0.000*	
	1	198 (95)	1 (0.5)	1		1 (0.5)		
	2		11 (5.5)	2	198 (99)	11 (5.5)		
	3		1 (0.5)	3		4 (2)		
	4		6 (3)	4	2 (1)	3 (1.5)		
SECURA	0		162 (81)	0		162 (81)	0.003*	
	1		3 (1.5)	1		-		
	2	182 (91)	17 (8.5)	2	15 (7.5)	23 (7.5)		
	3		-	3	1 (0.5)	9 (4.5)		
	4		16 (8)	4	2 (1)	5 (2.5)		
GARGANTA DOLORIDA	0	198 (99)	191 (95.5)	0		190 (95)	0.032*	
	1		-	1		-		
	2		2 (1)	2	197 (98.5)	7 (3.5)		
	3		-	3		2 (1)		
	4		6 (3)	4	3 (1.5)	1 (0.5)		
COCEIRA	0		194 (97)	0		194 (97)	0.056	
	1		1 (0.5)	1		-		
	2	199 (99.5)	-	2		5 (2.5)		
	3		1 (0.5)	3	200 (100)	1 (0.5)		
	4		3 (1.5)	4		-		
GARGANTA SENSÍVEL	0		196 (98)	0		196 (98)	0.177	
	1		-	1		-		
	2	199 (99.5)	2 (1)	2	199 (99.5)	1 (0.5)		
	3		-	3		1 (0.5)		
	4		2 (1)	4	1 (0.5)	2 (1)		
GARGANTA IRRITADA	0		195 (97.5)	0		195 (97.5)	0.0248*	
	1		2 (1)	1		1 (0.5)		
	2		1 (0.5)	2		2 (1)		
	3	200 (100)	1 (0.5)	3	200 (100)	-		
	4		1 (0.5)	4		1 (0.5)		
BOLA NA GARGANTA	0		191 (95.5)	0		191 (95.5)	0.002*	
	1		2 (1)	1		-		
	2		3 (1.5)	2		6 (3)		
	3	200 (100)	-	3	200 (100)	1 (0.5)		
	4		4 (2)	4		2 (1)		

*valores significantes (<0.05) teste de Mann-Whitney.
 Legenda: EDTV = Escala de desconforto do trato vocal.

Tabela 3. Caracterização dos Domínios do SWAL-QOL em Idosos Saudáveis e Internados

Domínio	Idosos	Mediana	Média	Desvio Padrão	Min-Max	p-valor
Deglutição como um fardo	Saudáveis	100	100	0	100-100	0.000*
	Internados	100	90.5	23.95	0-100	
Desejo de se alimentar	Saudáveis	100	100	0	100-100	0.000*
	Internados	100	93.29	14.70	0-100	
Duração da alimentação	Saudáveis	100	100	0	100-100	0.000*
	Internados	100	93	15.98	0-100	
Frequência de sintomas	Saudáveis	100	99.68	1.35	91.07-100	0.000*
	Internados	96.43	93.21	8.99	60.71-100	
Seleção de alimentos	Saudáveis	100	100	0	100-100	0.000*
	Internados	100	97.75	10.76	0-100	
Comunicação	Saudáveis	100	99.88	1.25	87.50-100	0.569
	Internados	100	99.75	3.54	50-100	
Medo de se alimentar	Saudáveis	100	99.88	1.77	75-100	0.000*
	Internados	100	97.97	7.70	37.50-100	
Saúde mental	Saudáveis	100	100	0	100-100	0.000*
	Internados	100	97.78	8.85	30-100	
Social	Saudáveis	100	100	0	100-100	0.32
	Internados	100	99.83	2.47	65-100	
Sono	Saudáveis	100	91.31	18.60	0-100	0.000*
	Internados	100	81.81	25.92	0-100	
Fadiga	Saudáveis	100	98.21	7.03	33.33-100	0.000*
	Internados	75	77.71	17.30	25-100	
Escore Total	Saudáveis	100	99	2.19	84.85-100	0.000*
	Internados	95.48	92.96	8.72	51.63-100	

*valores significantes (<0.05) teste de Mann-Whitney.

Legenda: SWAL-QOL = Qualidade de Vida relacionada à deglutição.

Tabela 4. Correlação entre a frequência e intensidade dos sintomas *EDTV* com os domínios do protocolo *SWAL-QOL*

SWAL-QOL		EDTV								
		Idosos	Queimação	Aperto	Secura	Garganta Dolorida	Coceira	Garganta sensível	Garganta irritada	Bolo na garganta
Deglutição como fardo	Saudáveis p-valor*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Internados p-valor*	-0.33 0.000*	-0.56 0.000*	-0.62 0.000*	-0.41 0.000*	-0.35 0.000*	-0.33 0.000*	-0.33 0.000*	-0.32 0.000*	
Desejo de se alimentar	Saudáveis p-valor*	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Internados p-valor*	-0.27 0.000*	-0.35 0.000*	-0.38 0.000*	-0.27 0.000*	-0.32 0.000*	-0.27 0.000*	-0.30 0.000*	-0.34 0.000*	
Duração de alimentação	Saudáveis p-valor*	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Internados p-valor*	0.29 0.000*	-0.33 0.000*	-0.34 0.000*	-0.31 0.000*	-0.34 0.000*	-0.30 0.000*	-0.31 0.000*	-0.36 0.000*	
Frequência de sintomas	Saudáveis p-valor*	-	0.03 0.709	0.01 0.877	0.03 0.709	0.02 0.792	0.02 0.792	-	-	
	Internados p-valor*	-0.19 0.002*	-0.41 0.000*	-0.48 0.000*	-0.29 0.000*	-0.20 0.001*	-0.20 0.002*	-0.16 0.01*	-0.18 0.004*	
Seleção de alimentos	Saudáveis p-valor*	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Internados p-valor*	-0.21 0.002*	-0.34 0.000*	-0.37 0.000*	-0.29 0.000*	-0.17 0.017*	-0.22 0.001*	-0.31 0.000*	-0.30 0.000*	
Comunicação	Saudáveis p-valor*	-	0.01 0.887	0.03 0.656	0.01 0.887	0.01 0.92	0.01 0.92	-	-	
	Internados p-valor*	0.01 0.886	0.02 0.746	-0.13 0.063	0.02 0.828	0.01 0.860	0.01 0.886	0.01 0.873	0.02 0.828	
Medo de se alimentar	Saudáveis p-valor*	-	0.01 0.92	0.02 0.756	0.01 0.92	0.01 0.944	0.01 0.944	-	-	
	Internados p-valor*	-0.34 0.000*	-0.50 0.000*	-0.48 0.000*	-0.44 0.000*	-0.24 0.000*	-0.33 0.000*	-0.28 0.000*	-0.19 0.005*	
Saúde mental	Saudáveis p-valor*	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Internados p-valor*	-0.42 0.000*	-0.45 0.000*	-0.56 0.000*	-0.32 0.000*	-0.24 0.001*	-0.32 0.000*	-0.16 0.024*	-0.17 0.012*	
Social	Saudáveis p-valor*	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Internados p-valor*	0.01 0.886	0.02 0.746	-0.13 0.063	0.02 0.828	0.01 0.860	0.01 0.886	0.01 0.873	0.02 0.828	
Sono	Saudáveis p-valor*	-	-0.20 0.004*	-0.01 0.917	-0.07 0.321	-0.11 0.114	0.04 0.604	-	-	
	Internados p-valor*	-0.06 0.395	-0.20 0.002*	-0.20 0.002*	-0.08 0.201	0.01 0.865	-0.06 0.376	0.01 0.891	-0.07 0.263	
Fadiga	Saudáveis p-valor*	-	0.03 0.637	-0.01 0.899	0.03 0.637	-0.20 0.005*	0.02 0.739	-	-	
	Internados p-valor*	-0.07 0.237	-0.19 0.002*	-0.22 0.000*	-0.11 0.084	-0.05 0.383	-0.13 0.046*	-0.04 0.524	-0.11 0.09	

Legenda: *EDTV* = Escala de desconforto do trato vocal; *SWAL-QOL* = Qualidade de vida relacionada à deglutição. células em branco: valores não obtidos devido ao desvio-padrão zero de alguns sintomas.

negrito: valores da correlação significantes pelo teste Kendall.

- p-valor não obtido devido ao desvio-padrão zero de alguns sintomas.

* p-valor < 0.05.

Discussão

Uma das limitações do estudo é não ter dados de idade, hábitos como tabagismo e etilismo que podem influenciar nos sinais e sintomas sensoriais, bem como na qualidade de vida.

Neste estudo, observou-se prevalência do sexo masculino nos idosos internados, o que pode estar

relacionado à pior condição do estado de saúde, a comorbidades pré-existentes e a questões comportamentais, específicas do sexo masculino, que dependem de fatores culturais e sociais como comportamento frente à doença, à procura por serviços de saúde, ao hábito de fumar, ao alcoolismo, ao tipo de dieta, ao ambiente de trabalho, à atividade física, ao peso corporal, entre outros¹¹. Tais questões são

representadas pela população geral, uma vez que considera-se que mulheres são mais propensas às práticas preventivas enquanto homens são mais aptos a práticas curativas¹².

A maior parte dos idosos, em ambos os grupos, não apresentou a ocorrência de desconforto de trato vocal, embora quando presente a queimação, aperto, segura, garganta dolorida, irritada e bola na garganta foram os mais frequentes e intensos nos idosos internados. A segura apresentou maior impacto em ambos os grupos. A presença de sintomas laringeos pode gerar desconfortos que pode interferir tanto na comunicação oral, quanto na deglutição do indivíduo¹³. Poucos são os estudos, em indivíduos saudáveis, que associam ambas as funções¹⁴.

Os achados deste estudo estão de acordo com um estudo realizado com professores, no qual segura também apareceu como o sintoma sensorial de maior frequência/intensidade¹⁵; no entanto, é importante destacar que a amostra do estudo é bastante diferente em aspectos fisiológicos do grupo de professores. Em pacientes submetidos à tireoidectomia, o sintoma sensorial de desconforto do trato vocal mais frequente, no pré-operatório, foi “segura” e, no pós-operatório, “coceira”. Não foi encontrado na literatura algo que justifique tais desconfortos, no entanto acredita-se que a segura pode estar associada à demanda vocal e/ou falta de hidratação¹⁶. A ocorrência desses desconfortos no trato vocal podem se dar por manifestação natural do envelhecimento vocal, por redução da lubrificação do trato vocal, devido ao uso de medicamentos, ou ser resultante de refluxo gastroesofágico que pode ter maior ocorrência nessa faixa etária.

Acredita-se que idosos internados têm reservas fisiológicas limitadas e maior chance de desenvolver complicações¹⁷. Ainda que não se consiga determinar com precisão quanto e como o desconforto do trato vocal afeta a vida dos idosos, tais desconfortos devem ser considerados e investigados para assegurar uma abordagem mais abrangente e relevante de acordo com as necessidades do paciente, uma vez que interferem em sua vida diária¹⁵.

Qualidade de vida é um conceito subjetivo e multidimensional que pode ser influenciado por variáveis como estado físico, psicológico, econômico e sociocultural, cuja percepção varia entre indivíduos¹⁸. No presente estudo, houve pontuação próxima a 100 (score máximo), em ambos

os grupos, indicando percepção positiva quanto à qualidade de vida em relação à deglutição. Porém, os idosos internados apresentaram os menores escores médios para sono e fadiga.

A alteração do sono é fisiológica e, quando associada a alguma doença, suas consequências para o idoso são inquestionáveis. É uma das queixas mais referidas pelo indivíduo adulto, com crescente prevalência ao longo da vida, atingindo o seu pico na população idosa. Acima de 50% dos indivíduos, com idade superior a 65 anos, apresentam queixas relacionadas ao sono, com maior incidência no sexo feminino. Com o envelhecimento, há inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de alterações do sono^{19,20}. No presente estudo, os idosos internados, com diagnósticos de diversas doenças, apresentaram os menores escores médios para sono.

A fadiga é outro sintoma referido pelo indivíduo idoso. Fatores clínicos, físicos, funcionais, psicoemocionais, hábitos de vida e alterações nas concentrações dos mediadores inflamatórios podem estar associados à fadiga que tem perspectiva multifatorial e é pouco estudada^{21,23,23,24,25}. Alguns autores referem que o descondicionamento físico pode começar no segundo dia de hospitalização tornando os pacientes vulneráveis à fraqueza e imobilidade muscular^{26,27}. O repouso prolongado no leito causa maior chance de sensação de fadiga¹⁷. Estes dados vão ao encontro dos dados encontrados no presente estudo em relação à fadiga.

De acordo com Cassol, Galli, Zamberlan e Dassist-Leite (2012)²⁸ idosos saudáveis apresentam percepção positiva quanto à qualidade de vida relacionada à deglutição. Homens e mulheres diferenciam-se apenas nos domínios “Sono” e “Fadiga”, em que mulheres apresentaram médias inferiores. No presente estudo não houve análise por sexo.

Indivíduos com câncer de cabeça e pescoço, doenças vasculares, neurológicas, doenças degenerativas e doenças respiratórias obstrutivas apresentam pior percepção de qualidade de vida¹⁸. Este dado corrobora o encontrado no presente estudo cujas médias mais baixas ocorreram nos domínios fadiga e sono para idosos internados, embora o escore geral do protocolo tenha sido bom demonstrando percepção positiva da qualidade de vida relacionada à deglutição.

Não foi encontrado na literatura estudos que correlacionem sintomas sensoriais de desconforto do trato vocal com qualidade de vida relacionada à deglutição. No presente estudo foi encontrada

correlação negativa fraca, nesta população, no entanto acredita-se que os desconfortos do trato vocal encontrados não tiveram impacto na qualidade de vida relacionada à deglutição nos idosos estudados.

A maior parte dos idosos não referiu dificuldades relacionadas à deglutição. Pode-se inferir que sintomas leves, tais como tosses eventuais, dificuldades de mastigação e pigarros, associados a uma adaptação ao processo de envelhecimento das estruturas envolvidas na deglutição, são fatores considerados pelos idosos como parte do processo natural do envelhecimento, colaborando, assim, para que não haja uma queixa específica relacionada à deglutição²⁹.

É fundamental realizar estratégias de prevenção e/ou promoção de saúde por meio de rastreios para identificar sintomatologia que possa alterar não somente a funcionalidade do indivíduo assim como impactar sua qualidade de vida. Da mesma forma, torna-se fundamental a realização de treinamento e/ou formação dos demais profissionais da saúde que estão inseridos na equipe multidisciplinar.

Estudos futuros devem considerar dados de idade, hábitos como tabagismo e etilismo, além de outros fatores que podem influenciar nos sinais e sintomas sensoriais do trato vocal, bem como na qualidade de vida relacionada à deglutição.

Conclusão

A maior parte dos idosos saudáveis não referiu sintomas/sensações de desconforto do trato vocal e, quando presente, o sintoma/sensação mais frequente foi segura com intensidade leve. Os idosos internados apresentaram maior frequência e intensidade leve de queimação, aperto, segura, garganta dolorida, irritada e bola na garganta. Em relação à qualidade de vida relacionada à deglutição, houve pior impacto para os idosos internados nos domínios sono e fadiga.

Houve correlação negativa fraca entre desconforto do trato vocal e qualidade de vida relacionada à deglutição em ambos os grupos.

Referências bibliográficas

1. Gleeson DC. Oropharyngeal swallowing and aging: a review. *J Commun Disord.* 1999; 32(6): 373-95.

2. Campos CM. Impacto da voz na qualidade de vida de mulheres idosas [mestrado]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
3. Hamdan AL, Moukarbel RV, Farhat F, Obeid M. Vocal cord paralysis after open-heart surgery. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2002; 21(4): 671-4.
4. Maksud SS, Reis LFN. Disfagia no Idoso: Risco (In) Visível. *Revista CEFAC.* 2003; 5(3): 251-7.
5. Kikawada M, Iwamoto T, Takasaki M. Aspiration and infection in the elderly. *Drugs Aging.* 2005; 22(2): 115-30.
6. Fawcus M. Disfonias: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
7. Rodrigues G, Zambon F, Mathieson L, Behlau M. Vocal tract discomfort in teachers: Its relationship to self-reported voice disorders. *J Voice.* 2013; 27(4): 473-80.
8. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, Rocha ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(2): 1763-8.
9. Mathieson L, Hirani SP, Epstein R, Baken RJ, Wood G, Rubin JS. Laryngeal manual therapy: a preliminary study to examine its treatment effects in the management of muscle tension dysphonia. *J Voice.* 2009; 23(3): 353-66.
10. McHorney CA, Robins J, Lomax K, et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for orofaryngeal dysphagia in adults: III - Documentation of reliability and validity. *Dysphagia.* 2002; 17: 97-114.
11. Laurenti, R, Mello Jorge MHP, Gotlieb, SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cien Saúde Colet.* 2005; 10(1): 35-46.
12. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R et al. Necessidades de saúde e masculinidade: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(5): 961-70.
13. Menoncin LCM, Jurkiewicz AL, Silvério KCA, Camargo, PM, Wolf NMN. Alterações musculares e esqueléticas em mulheres disfônicas. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2010; 14(4): 461-66.
14. Andrade LGC. Estudo da correlação entre qualidade vocal e disfagia pós-acidente vascular cerebral: aspectos acústicos, fisiológicos e perceptivos [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.
15. Rodrigues G, Zambon F, Mathieson L, Behlau M. Vocal tract discomfort in teachers: Its relationship to self-reported voice disorders. *J Voice.* 2013; 27(4): 473-80.
16. Araújo LF et al. Sintomas sensoriais em pacientes submetidos à tireoidectomia. *CoDAS.* 2017; 29(3): 2317-1782.
17. Kawasaki K, Diogo MJD'E. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica.* 2005; 12(2): 55-60.
18. Gaspar MDRDF, Pinto GDSA, Gomes RSH, Santos RS, Leonor VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. *Rev. CEFAC.* 2015; 17(6): 1939-45.
19. Haimov I, Shatil E. Cognitive Training Improves Sleep Quality and Cognitive Function among Older Adults with Insomnia. *PLoS One.* 2013; 8(4): 1-17.
20. Roepke SK, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Indian Journal of Medical Research.* 2010; 131(2): 302-310.



21. Poluri A, Mores J, Cook DB, Findley TW, Cristian A. Fatigue in the elderly population. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2005; 16(1): 91-108.
22. Tralongo P, Respini D, Ferrau F. Fatigue and aging. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2003; 48(Suppl): 57-64.
23. Vestergaard S, Nayfield SG, Patel KV, Eldadah B, Cesari M, Ferrucci L, et al. Fatigue in a representative population of older persons and its association with functional impairment, functional limitation, and disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009; 64(1): 76-82.
24. Lim W, Hong S, Nelesen R, Dimsdale JE. The association of obesity, cytokine levels, and depressive symptoms with diverse measures of fatigue in healthy subjects. *Arch Intern Med*. 2005; 165(8): 910-5.
25. Silva JP, Pereira DS, Coelho FM, Lustosa LP, Dias JMD, Pereira LSM. Fatores clínicos, funcionais e inflamatórios associados à fadiga muscular e à fadiga autopercebida em idosos da comunidade. *Rev Bras Fisioter*. 2011; 15(3): 241-8.
26. Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(8): 1263 -70.
27. Covinsky KE, et al. Functional status before hospitalization in acutely ill older adults: validity and clinical importance of BRAS. *Geriatrics e Gerontologia*. 2006; 8(1): 9-20.
28. Cassol K, Galli JFM, Zamberlan NE, Dassie-Leite AP. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012; 24(3): 223-32.
29. Cardoso SV., Teixeira AR, Baltezan RL, Olchik MR. O impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*. 2014; 17(1): 231-245.