

O impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados

*The impact of swallowing disorders on quality of life of
institutionalized elderly*

Sabrina Vilanova Cardoso
Adriane Ribeiro Teixeira
Rute Lopes Baltezan
Maira Rozenfeld Olchik

RESUMO: O Objetivo desse estudo foi investigar o impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados. Aplicou-se uma avaliação de motricidade orofacial, o mini-exame de estado mental e o questionário *Quality of Life in Swallowing Disorders* - SWAL-QOL. Observamos que, embora as alterações de deglutição causem impacto na qualidade de vida dos idosos, esses não têm consciência do problema, entendendo o mesmo como uma alteração inerente ao processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento; Qualidade de Vida; Fonoaudiologia.

ABSTRACT: *The aim of this study was to investigate the impact of swallowing disorders on quality of life of institutionalized elderly. Applied an evaluation of orofacial myofunctional evaluation, the mini mental state examination and the questionnaire Quality of Life in Swallowing Disorders - SWAL-QOL. Although changes in swallowing cause major impact on quality of life of older people, these elderly are unaware of this problem, understanding it as a change inherent to the aging process.*

Keywords: *Aging; Quality of life; Speech; Language and Hearing Sciences.*

Introdução

Atualmente muito se tem falado sobre o envelhecimento populacional e a mudança no perfil demográfico. O Brasil, assim como outros países, vem apresentando sinais da inversão da pirâmide etária. Dados do Censo (2010) como o aumento da expectativa de vida e a redução da natalidade são indicadores que demonstram de forma objetiva o envelhecimento populacional brasileiro (IBGE, 2010).

No Brasil, esta mudança no perfil demográfico, mais especificamente o aumento do número de idosos, trará implicações nos âmbitos: econômico, político e social (Camarano, 2002); dentre estas implicações, está o aumento crescente da busca por instituições de longa permanência para idosos (ILPI), que são apontadas como a modalidade mais antiga e universal para atendimento ao idoso fora de seu convívio familiar (Camarano & Kanso, 2010).

Muitas vezes a família não tem estrutura suficiente para prestar cuidados aos mais velhos, não conseguindo manter o idoso em seu ambiente familiar, o que nos leva ao questionamento sobre a necessidade de buscar uma instituição que possa oferecer cuidados adequados ao idoso (Kamarano & Kanso, 2010; Bessa & Silva, 2007; Perlini, Leite & Furini, 2007).

Dentro das equipes de assistência aos idosos nas ILPIs, encontra-se a fonoaudiologia. A partir da ótica fonoaudiológica, no processo do envelhecimento, podem ocorrer diversas alterações morfofisiológicas que comprometem a comunicação humana, entre elas: alterações de linguagem, motricidade orofacial, audição e de voz (Mac-Kay, 2004; Gutierrez, Zanato, Pelegrini & Cordeiro, 2009).

Sabe-se que o idoso passa por diversas modificações anatômicas e funcionais que podem afetar o sistema estomatognático: suas estruturas - língua, lábios, bochechas, mandíbula, área oclusal e palato, e suas funções - sucção, mastigação, respiração, deglutição e fala (Lima *et al.*, 2009; Jales *et al.*, 2005).

Dentre as alterações das funções estomatognáticas, as alterações de deglutição são frequentes e significativas (Gutierrez *et al.*, 2009), podendo trazer sérias implicações para os idosos, como, por exemplo, desnutrição, desidratação, aspiração traqueal e, conseqüentemente, pneumonia aspirativa. As restrições alimentares vivenciadas por idosos, devido a alterações de deglutição, podem trazer sentimentos de frustração, desânimo,

vergonha e constrangimento diante de seus familiares e/ou amigos. Esses sentimentos podem fazer com que os idosos realizem sozinhos suas refeições ou evitem alimentar-se diante de outras pessoas, o que pode resultar em isolamento social (Cabre *et al.*, 2010). Todas essas modificações ou adaptações podem interferir nas atividades cotidianas dos idosos, como na alimentação e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida (Gutierrez *et al.*, 2009; Lima *et al.*, 2009; Jales, Cabral, Silva & Cunha, 2005; Furkim, Duarte, Hildebrandt & Rodrigues, 2010).

Segundo a OMS, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que ele vive, e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, satisfação no trabalho, na vida familiar, social e condições ambientais” (WHOQOL, 1994).

Avaliar a qualidade de vida é uma tarefa difícil, uma vez que está é abstrata e subjetiva, além de envolver aspectos pessoais, sociais, profissionais, emocionais, históricos e culturais.

Existem diversos instrumentos para se avaliar a qualidade de vida, dentre estes, um questionário que avalia especificamente o impacto das alterações da deglutição na qualidade de vida, chamado *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QOL). O SWAL-QOL é composto por 44 questões que avaliam onze domínios, sendo eles: deglutição como um fardo, desejo de se alimentar, tempo de se alimentar, frequência de sintomas, seleção de alimentos, comunicação, medo de se alimentar, saúde mental, função social, sono e fadiga. O SWAL-QOL é o único questionário que, independentemente da etiologia, contempla, de forma abrangente, a avaliação da qualidade de vida na disfagia (Portas, 2009).

Poucos estudos fazem referência às alterações de deglutição em idosos institucionalizados, e esse número torna-se ainda menor quando é associado à avaliação da qualidade de vida. Assim, o presente estudo tem como objetivo investigar o impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados.

Métodos

O presente estudo foi realizado em uma instituição de longa permanência para idosos situada na cidade de Porto Alegre (RS). A instituição abriga 124 idosos, entre homens e mulheres, e conta com uma equipe interdisciplinar composta por: médico, enfermeiros,

fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista, cirurgião-dentista, educador físico e assistente social.

A realização desta pesquisa foi precedida da apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 19921.

Foram incluídos na pesquisa os idosos que, na avaliação de motricidade orofacial, apresentaram alteração de deglutição, com ou sem a presença de queixa, e que aceitaram participar de todas as etapas do estudo. Foram excluídos da pesquisa os sujeitos com diagnóstico médico de demência, ou com suspeita de comprometimento cognitivo detectado pelo Mini-Exame de Estado Mental (MEEM), os sujeitos com perda auditiva importante e/ou alteração de linguagem grave que comprometesse a compreensão de alguma das etapas da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu semanalmente, durante o período de março a agosto de 2013. Os idosos foram abordados de forma aleatória, sempre dentro das dependências da instituição, em seus dormitórios ou nas áreas de uso comum. Inicialmente, foram questionados sobre a presença de queixas relacionadas à deglutição e, após, foram submetidos a uma avaliação de Motricidade Orofacial (MO), onde foram analisadas as estruturas do sistema estomatognático quanto à tonicidade, mobilidade e sensibilidade; e as funções do sistema estomatognático: respiração, mastigação, deglutição, e fala, com objetivo de identificar os idosos com alteração de deglutição. As funções de mastigação e deglutição foram avaliadas por meio da ingestão de uma porção limitada de pão francês e água.

Após a realização da avaliação de MO, todos os idosos que apresentaram alterações de deglutição realizaram o MEEM (Brucki et al., 2003), um teste amplamente utilizado em pesquisas, de fácil aplicação, e que avalia aspectos cognitivos gerais, tais como: orientação, memória, linguagem, planejamento e praxia, com o objetivo de detectar possíveis alterações cognitivas, que pudessem comprometer as respostas do questionário de qualidade de vida. Por fim, todos os sujeitos que alcançaram a pontuação necessária no MEEM responderam ao SWAL-QOL, com a finalidade de mensurar o impacto das alterações da deglutição na qualidade de vida. O SWAL-QOL foi lido para todos os participantes da pesquisa pelos pesquisadores.

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada com o *Software Statistical Package for Social Science* SPSS v. 18.0 for Windows; para cruzamento dos dados utilizou-se o teste *t-test*, e o índice de significância estatística adotado foi de 5%.

Resultados

Dos 124 moradores da instituição, foram entrevistados 84 idosos, os quais não estavam na enfermaria e dispunham de autonomia para responder aos questionários do estudo. Dentre os entrevistados, 72,6% (n=61) foram excluídos da amostra, sendo que: 77,0% (n=47) apresentavam diagnóstico médico de demência, 9,8% (n=6) apresentavam alterações cognitivas sem diagnóstico médico, 3,2% (n=2) apresentavam deficiência auditiva profunda sem uso de prótese auditiva, 3,2% (n=2) apresentavam afasia de expressão, e 6,5% (n=4) se recusaram a participar da pesquisa.

Dos 23 idosos que preencheram os critérios de inclusão no estudo, 60,9% (n=14) eram do sexo feminino, e a média de idade da amostra ficou em 78,3 anos ($\pm 7,8$ DP). A escolaridade foi mensurada em anos, ficando a média em 2,6 anos de estudo ($\pm 3,3$ DP). O tempo médio de institucionalização foi de 3,1 anos ($\pm 2,8$ DP). Com relação ao MEEM, o escore médio foi de 23 pontos ($\pm 3,4$ DP).

Foram avaliadas as seguintes estruturas do sistema miofuncional orofacial: bochechas, lábios, língua e dentes. Com relação às bochechas, observou-se que 60,9% (n=14) dos idosos apresentou bochechas assimétricas com diminuição do tônus. Não foram encontradas alterações significativas referentes à mobilidade e sensibilidade. Verificou-se também que 73,9% (n=17) dos avaliados apresentou tonicidade reduzida. Não foram observadas outras alterações significativas referentes a esta estrutura. Os lábios superiores apresentaram-se hipotônicos em 60,9% da amostra (n=14), e, nos lábios inferiores, observou-se hipotensão em 39,1% (n=9) da amostra.

Com relação à dentição, verificou-se que 73,9% dos idosos (n=17) utilizam algum tipo de prótese dentária. Ao analisar as arcadas superior e inferior separadamente, verificou-se que 65,2% (n=15) dos idosos utilizam prótese dentária na arcada superior, sendo a prótese total removível o único tipo de prótese utilizada. Observou-se, também, um caso de edentulismo (4,3%). Já na arcada inferior, verificou-se que o uso de prótese ocorre em 39,1% (n=9) dos idosos e constatou-se a ocorrência de três casos de edentulismo (13%). O tipo de prótese mais utilizada, em ambas as arcadas, foi a total removível.

No que se refere à respiração, constatou-se que 21,7% (n=5) dos idosos apresentou respiração oronasal, não foram encontradas outras alterações nesta função. Na avaliação da voz e da fala, constatou-se que 34,8% (n=8) dos idosos apresentou a qualidade vocal alterada, e 21,7% (n=5) dos idosos, alteração de fala.

A avaliação da mastigação apontou que 60,9% dos idosos (n= 14) apresentou mastigação do tipo unilateral, também foi verificada a ocorrência de mastigação com movimentos predominantemente verticais em 13% dos idosos (n=3) e amassamento do alimento em 13% (n=3) dos idosos.

A análise do tipo de corte revelou que 60,9% dos idosos (n=14) realizou o corte do alimento (pão) com a mão. O tempo de mastigação foi medido em segundos, ficando a média em 38,4 segundos por ($\pm 11,4$ DP).

Quando questionados sobre a presença de queixa de deglutição, 65,2% (n=15) relatou não ter queixa alguma, embora todos tenham apresentado alteração de deglutição na avaliação de motricidade orofacial. A alteração de deglutição mais prevalente neste estudo foi a presbifagia, encontrada em 82,6% dos idosos e 17,3% dos idosos apresentou disfagia orofaríngea neurogênica.

Na tabela 1, podemos observar a ocorrência dos sinais clínicos de alteração de deglutição encontrados durante a avaliação de MO.

Tabela 1 - Ocorrência dos sinais clínicos de alteração de deglutição

Sinais de alteração	N	%
Presença de mais de um sinal de alteração de deglutição	14	60,9
Resíduo alimentar	5	21,7
Projeção anterior de língua	1	4,3
Engasgos	1	4,3
Projeção de cabeça	1	4,3
Contração de musculatura periorbicular	1	4,3
TOTAL		99,8

Com relação à análise dos domínios do SWAL-QOL, quanto mais próximo do escore 100 se encontrar o resultado, menor é o impacto sofrido pelo indivíduo na qualidade de vida em relação à disfagia. Na Tabela 2, pode-se observar os escores do SWAL-QOL por

domínios. Observa-se que o domínio menos afetado foi o domínio social, com escore médio de 95 pontos, e o domínio mais afetado foi o domínio sono, com escore médio de 64,6.

Tabela 2 - Escore do SWAL-QOL por domínios

Domínios SWAL-QOL	Escore Médio (0-100)
Deglutição como um fardo	86,9
Desejo de se alimentar	71,3
Tempo de se alimentar	72,8
Frequência dos sintomas	82,9
Seleção de alimentos	82,1
Comunicação	83,1
Medo de se alimentar	72,5
Saúde mental	93,6
Função social	95
Sono	64,6
Fadiga	82,1

Para análise do SWAL-QOL, optou-se também por separar a amostra em dois grupos, de acordo com a presença ou não de queixa relacionada à deglutição. Os resultados podem ser observados na tabela 3.

Tabela 3 - Comparação no Escore SWAL_QOL entre grupos de acordo com a presença ou ausência de queixa de deglutição

Domínios SWAL-QOL	Presença de queixa	N	Média	DP	P valor*
Deglutição como um fardo	Refere queixa	8	84,3	18,6	0,693
	Não refere queixa	15	88,3	28,1	
desejo de se alimentar					

	Refere queixa	8	72,9	28,8	
	Não refere queixa	15	70,5	27,4	0,722
Tempo de se alimentar	Refere queixa	8	59,3	42,1	
	Não refere queixa	15	80,0	30,1	0,211
Frequência dos sintomas	Refere queixa	8	79,2	9,1	
	Não refere queixa	15	84,8	12,0	0,364
Seleção de alimentos	Refere queixa	8	73,4	27,0	
	Não refere queixa	15	86,6	20,3	0,565
Comunicação	Refere queixa	8	76,5	27,0	
	Não refere queixa	15	86,6	24,3	0,486
Medo de se alimentar	Refere queixa	8	54,6	28,8	
	Não refere queixa	15	80,4	30,5	0,941
Saúde mental	Refere queixa	8	93,6	12,7	
	Não refere queixa	15	93,7	11,5	0,978
Função social	Refere queixa	8	98,1	5,3	
	Não refere queixa	15	93,3	19,9	0,169
Sono	Refere queixa	8	68,7	25,8	
	Não refere queixa	15	62,5	37,5	0,141
Fadiga	Refere queixa	8	82,2	22,0	
	Não refere queixa	15	81,9	19,5	0,922

*Teste T-Student / Significância estatística de 5%

Discussão

Dentre os critérios de exclusão da pesquisa, 72,6% dos idosos apresentaram problemas cognitivos. Estudos apontam que, dentre os diagnósticos médicos mais prevalentes em idosos, estão às síndromes demenciais. Roque, Bonfim e Chiari (2010) estudaram a dinâmica da alimentação de idosas institucionalizadas, e apontaram que 50% delas apresentavam diagnóstico de demência. Pode-se observar também, estudos que indicam um pior desempenho dos idosos institucionalizados em testes de cognição (Plati, Covre, Lukasova, &

Macedo, 2006; Nogueira & Reis, 2013). Desta forma, pode-se perceber que os critérios de exclusão deste estudo concordam com a literatura encontrada.

O sexo feminino (60,9%) foi predominante na amostra, corroborando com a literatura. Del Duca, Silva, Thumé, Santos e Hallai (2012), em seu estudo sobre indicadores da institucionalização de idosos, apontaram que 73,8% da amostra era composta pelo sexo feminino. O mesmo ocorre em outros estudos (Gutierrez *et al.*, 2009; Plati *et al.*, 2006; Trindade, Barboza, Oliveira & Borges, 2013; Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013). A baixa média de escolaridade encontrada nesta pesquisa está em conformidade com os estudos acerca de idosos institucionalizados pesquisados (Roque, Bonfim & Chiari, 2010).

Com relação à cognição, analisou-se o resultado do MEEM, segundo o critério proposto por Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci e Okamoto (2003). A pontuação média de da amostra foi de 23 pontos ($\pm 3,4$ DP). Um estudo sobre a repercussão do declínio cognitivo, na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados (Trindade *et al.*, 2013), demonstrou que os idosos institucionalizados apresentam desempenho inferior ao de idosos não institucionalizados no MEEM.

As estruturas orofaciais avaliadas: lábios, língua e bochechas, apresentaram predominantemente alteração de hipotonicidade. Essa mesma alteração foi encontrada no estudo Lima *et al.* (2009). Com relação à dentição, observou-se que 73,9% dos idosos utilizam algum tipo de prótese dentária, sendo que a prótese mais utilizada é a removível superior (69,2%), o que corrobora os resultados encontrados na literatura (Lima *et al.*, 2009; Cavalcanti & Bianchini, 2008). Muitos idosos relataram que a prótese dentária estava mal adaptada, fato este que foi confirmado após a avaliação fonoaudiológica clínica. Neste estudo, verificou-se um baixo percentual de idosos edêntulos, 17,3% (n=4), o que diverge com a literatura pesquisada (Caldas Júnior, Oliveira, Amorim & Barros, 2005), que aponta um maior número de idosos edêntulos. Essa discordância com a literatura pode ser explicada pela existência de um ambulatório de atendimento adontológico dentro da instituição.

Na análise da mastigação detectou-se que o tipo predominante é o unilateral, igualmente ao verificado no estudo de Dias & Cardoso (2009), porém discordando do estudo realizado por Lima *et al.* (2009), em que 70,6% dos idosos apresentaram mastigação adaptada. Pode-se inferir que as alterações e adaptações presentes na mastigação dos idosos da nossa amostra são decorrentes não só de fatores comuns do envelhecimento como, por exemplo, a perda de tonicidade muscular das estruturas orofaciais, mas também da falta de dentes e das próteses mal adaptadas. Observou-se, ainda, idosos com movimentos de

mastigação predominantemente verticais, e, que os idosos edêntulos realizavam amassamento do alimento.

A análise do tipo de corte/incisão do alimento, apontou que parte da amostra (60,9%) realizou o corte do alimento com a mão, o que vai ao encontro do estudo realizado por Cavalcanti e Bianchini (2008), em que se verificou que 71,9% dos idosos usuários de prótese dentária apresentou alterações no corte do alimento.

O tempo de mastigação foi medido em segundos, ficando a média em 38,4s, o que é considerado um tempo elevado, quando compara-se com dados da literatura (Cavalcanti & Bianchini, 2008). A elevação no tempo de mastigação encontrada neste estudo possivelmente seja decorrente do alto número de idosos com prótese mal adaptada, do edentulismo e da hipotonicidade presente nas estruturas orofaciais envolvidas no processo de mastigação.

Ao serem questionados sobre a presença de queixa de deglutição, 34,7% dos idosos referiu algum tipo de queixa. Rozenfeld (2003) realizou um estudo sobre a percepção do engasgo por idosos institucionalizados, sendo apontado que 33,3% dos idosos relataram queixa de deglutição. Ainda, em relação à queixa de deglutição, em seu estudo sobre a deglutição de um grupo de idosas institucionalizadas, Dias & Cardoso (2009) apontaram que 27% dos idosos apresentam queixa de deglutição, corroborando, assim, com o percentual de idosos queixosos encontrados em nosso estudo. Pode-se inferir que a diferença entre a presença ou ausência de queixa possa ser explicada pelo grau de alteração de deglutição que os idosos apresentam: quanto maior o prejuízo na deglutição, maior a percepção do problema, e, conseqüentemente, maior será o impacto na qualidade de vida.

O tipo de alteração de deglutição encontrada em nosso estudo, 82,6% da amostra estudada apresenta presbifagia, e 17,3% apresenta disfagia orofaríngea neurogênica. Segundo a literatura (Nogueira & Reis, 2013), a presbifagia é caracterizada como modificações na função da deglutição decorrentes do processo de envelhecimento. Segundo Roy, Stemple, Merrill e Thomas (2007), à medida que envelhecemos, a habilidade de deglutir de forma segura passa por mudanças anatômicas e fisiológicas, o que pode favorecer o risco de ocorrer uma deglutição alterada. Como as alterações decorrentes da presbifagia não tem início súbito é comum que os idosos criem estratégias para controlar ou evitar os sintomas da mesma.

Foi possível perceber em nossa avaliação que muitos idosos realizaram de forma instintiva algumas estratégias para evitar engasgos, dentre elas: não falar durante a alimentação, comer devagar, cortar a comida em pedaços pequenos, evitar consistências e tomar água para auxiliar a deglutição de alimentos sólidos. Pode-se inferir que o uso dessas

estratégias seria uma das justificativas pelas quais os idosos não apresentam queixa, apesar de terem a alteração.

Verificou-se que os idosos que apresentaram disfagia neurogênica têm uma grande percepção das suas dificuldades de deglutição já que esses sintomas normalmente ocorrem de forma abrupta e com severidade variada, de acordo com a lesão pela qual o idoso é acometido (Roy *et al.*, 2007; Santoro, 2008). Dentre as causas mais frequentes de disfagia neurogênica está o acidente vascular encefálico (AVE). Segundo a literatura, cerca de 20 a 40% dos pacientes pós-AVE apresentam disfagia (Santoro, 2008). Em nossa amostra, todos os idosos com disfagia neurogênica (17,3%) foram acometidos por AVE, concordando, assim, com a literatura.

Embora 65,2% dos idosos não tenham referido queixa de deglutição, durante a avaliação foram encontrados diversos sinais de alteração desta função, tais como: resíduo alimentar em cavidade oral, projeção anterior de língua, engasgos, projeção de cabeça e contração de musculatura periorbicular. Estas mesmas compensações foram encontradas na literatura pesquisada (Lima *et al.*, 2009).

No que se refere à qualidade de vida, observamos que o impacto que as alterações de deglutição têm na qualidade de vida dos idosos varia de acordo com o domínio pesquisado. Os escores obtidos em nosso estudo variam de 64,6 a 95. O domínio com pior pontuação foi o referente ao sono, com escore médio de 64,6, seguido pelo domínio desejo de se alimentar que ficou com média 71,3. O domínio com melhor pontuação foi o social com média de 95 pontos, seguido do domínio da saúde mental, com pontuação de 70,6.

Cassol, Galli, Zamberlan e Dassie-Leite (2012) estudaram a percepção da qualidade de vida na deglutição de idosos saudáveis utilizando o SWAL-QOL. Todos os resultados dessa amostra ficaram próximos ao escore máximo (100 pontos), sendo que o domínio mais afetado foi o referente ao tempo de alimentação, e o menos afetado foi o domínio social. No estudo de validação do instrumento SWAL-QOL para o Brasil (Portas, 2009), foram encontradas médias variando em torno de 50,3 a 77,1 pontos em uma população composta de indivíduos com câncer de cabeça e pescoço, doenças vasculares neurológicas, doenças degenerativas e doenças respiratórias obstrutivas.

Ao compararmos os resultados obtidos no SWAL-QOL separando-se os idosos por grupos de acordo com a presença ou ausência de queixa, pode-se observar que, embora não haja uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o grupo queixoso apresenta escores mais baixos em relação ao grupo não queixoso, principalmente nos domínios tempo e medo de se alimentar. O único domínio, em que o grupo queixoso obteve um escore melhor

do que o grupo que não queixoso, foi o domínio sono; pode-se inferir que este resultado possa ser justificado devido à dificuldade que os idosos têm em relacionar seus problemas de sono com suas alterações de deglutição.

Em nosso estudo, parte dos idosos não referiram 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 deglutição.

Ao analisarmos qualitativamente os questionários de qualidade de vida, podemos observar que as alterações de deglutição causam impacto na qualidade de vida desses idosos, que, em sua maior parte, acabam por não ter queixa e tentam de maneira espontânea se adaptar às suas limitações, através da realização de estratégias ou até mesmo eliminação de certas consistências alimentares.

Conclusão

As alterações de deglutição causaram um importante impacto na qualidade de vida dos idosos institucionalizados deste estudo. Apesar de não apresentarem queixas específicas, esses idosos realizam mudanças e adaptações na sua rotina alimentar que mascaram a importância do problema, entendido como uma alteração inerente ao envelhecimento. Sendo assim, é de grande importância a detecção precoce das alterações de deglutição, a orientação bem como a intervenção nos distúrbios de deglutição, com intuito de minimizar os impactos causados por essas alterações.

Referências

Bessa, M.E.P. & Silva, M.J. (2007). Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto Contexto-Enferm.*,17(2), 258-265.

Brasil (2010). IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE.

- Brucki, S.M.D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F. & Okamoto, I.H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro Psiquiatr.*, 61(3B), 777-781.
- Cabre, M., Serra-Prat, M., Palomera, E., Almirall, J., Pallares, R. & Clavé, P. (2010). Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing*, 39(1), 39-45.
- Caldas Júnior, A.F., Oliveira, M.R.M., Amorim, A.A., Barros, P.M.F. (2005). O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. *Rev. Ciênc. Med.*, 14(3), 229-238.
- Camarano, A.A. & Kanso, S. (2010, jan.-jun.). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*, 27, 233-235.
- Camarano, A.A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cançado, F.A.X.C., Gorzoni, M.L. & Joll, J. *Tratado de geriatria e gerontologia*, 258-271. (3^a ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Cassol, K., Galli, J.F.M., Zamberlan, N.E. & Dassie-Leite, A.P. (2012). Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *J Soc Bras Fonoaudiol.*, 24(3), 223-232.
- Cavalcanti, R.V.A. & Bianchini, E.M.G. (2008). Verificação e análise morfofuncional das características da mastigação em usuários de prótese dentária removível. *Rev CEFAC*, 10(4), 490-502.
- Del Duca, G.F., Silva, S.G., Thumé, E., Santos, I.S. & Hallai, P. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública*, 46(1), 147-153.
- Dias, B.K.P. & Cardoso, M.C.A.F. (2009). Características da função de deglutição em um grupo de idosos institucionalizados. Porto Alegre (RS): *Estud. interdiscipl. Envelhec.*, 14(1), 107-124.
- Furkim, A.M., Duarte, S.T., Hildebrandt, P.T. & Rodrigues, K.A. (2010, nov.-dez.). A instituição asilar como fator potencializador da disfagia. *Rev. CEFAC*, 12(6), 954-963.
- Gutierrez, S.M., Zanato, L.E., Pelegrini, P., Cordeiro, R.C. (2009). Queixas fonoaudiológicas de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Distúrb Comum.*, 21(1), 21-30.
- Jales, M.A., Cabral, R.R., Silva, H.J. & Cunha, D.A. (2005). Características do sistema estomatognático em idosos: diferenças entre instituição pública e privada. *Rev CEFAC*, 5; 7(2), 178-187.
- Lima, R.M.F., Amaral, A.K.F.J., Aroucha, E.B.L., Vasconcelos, T.M.J., Silva, H.J. & Cunha, D.A. (2009). Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev CEFAC*, 11(3), 405-422.
- Mac-Kay, A.P.M.G. (2004). Linguagem e gerontologia. In: Ferreira, L.P., Befi-Lopes, D.M. & Limongi, S.C.O. (Orgs.). *Tratado de fonoaudiologia*, 903-910. São Paulo (SP): Roca.
- Nogueira, D. & Reis, E. (2013). Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained? *Clin Interv Aging.*, 8, 221-227.
- Perlini, N.M.O.G., Leite, M.T. & Furini, A.C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev. Esc. Enferm.*, 41(2), 229-236.

- Plati, M.C.F., Covre, P., Lukasova, K. & Macedo, E.C. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity program. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 28(2), 118-121.
- Portas, J.G. (2009). *Validação para a língua portuguesa-brasileira dos questionários: qualidade de vida em disfagia (SWAL-QOL) e satisfação do paciente e qualidade do cuidado no tratamento da disfagia (SWAL-CARE)*. Dissertação de mestrado. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente.
- Roque, F.P., Bonfim, F.M.S. & Chiari, B.M. (2010). Descrição da dinâmica de alimentação de idosas institucionalizadas. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.*, 15(2), 256-263.
- Roy, N., Stemple, J., Merrill, R.M. & Thomas, L. (2007). Dysphagia in the elderly: preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol.*, 116(11), 858-865.
- Rozenfeld, M. (2003). *A percepção subjetiva do engasgo em pessoas idosas*. Dissertação de mestrado. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Santoro, P.P. (2008). Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. *Revista CEFAC*, 10(2), 1-5.
- The WHOQOL Group. (1994). The Development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley, J., Kuyken, W. Editors. *Quality of Life Assessment: international perspectives*, 41-60. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Trindade, A.P.N.T., Barboza, M.A., Oliveira, F.B., & Borges, A.P. (2013, abr/jun). Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioter Mov.*, 26(2), 281-289.
- Vitorino, L.M., Paskulin, L.M.G., & Vianna, L.A.C. (2013, jan/fev). Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(Spec): [09 telas].

Recebido em 28/02/2014

Aceito em 28/03/2014

Sabrina Vilanova Cardoso – Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: sabrinavilanova@hotmail.com

Adriane Ribeiro Teixeira – Fonoaudióloga, Doutora em Gerontologia Biomédica. Professora do Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: adriane.teixeira@ufrgs.br; adriane.teixeira@gmail.com

Ruth Lopes Baltezan – Fonoaudióloga Clínica, graduada pelo IPA, Especialista em Saúde de Idosos pelo GHC.

E-mail: rute.fono@gmail.com

Maira Rozenfeld Olchik – Fonoaudióloga. Doutora em Educação. Professora do Departamento de Cirurgia e Ortopedia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Faculdade de Odontologia.

E-mail: mairarozefeld@hotmail.com