

DISFAGIA NO IDOSO: RISCO (IN) VISÍVEL*

Dysphagia in aging: (in) visible risk

Simone Siqueira Maksud ⁽¹⁾
Luciana Francisca Nicolau Reis ⁽¹⁾

RESUMO

Objetivo: verificar se idosos sem queixa de disfagia apresentam alterações importantes que comprometam a fase oral da deglutição. **Métodos:** avaliou-se 20 idosos de duas instituições (Recanto Feliz – pública e Maioridade – Espaço de convivência para o idoso – particular), com idade acima de 65 anos, de ambos os sexos, sem queixas de problemas de deglutição, que foram submetidos a um protocolo contendo anamnese, avaliação dos órgãos fonoarticulatórios e do processo de deglutição. **Resultados:** os resultados indicaram que 100% dos idosos pesquisados apresentavam algum tipo de alteração fisiológica, mas como o envelhecimento é um processo gradativo, essas alterações foram compensadas pela ocorrência de adaptações, que garantiram a funcionalidade adequada do sistema estomatognático. **Conclusão:** muitos sinais que eram vistos como alterações, na realidade são adaptações.

DESCRIPTORIOS: Transtornos de deglutição; Envelhecimento; Sistema estomatognático; Idoso

■ INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve um aumento significativo da população idosa, acima de 60 anos. No Brasil, os idosos, que representavam 4,2% da população em 1950, hoje perfazem 10,5 milhões, ou seja, 7,1% do total ⁽¹⁾. Esse aumento deve-se não a uma melhora sócio-econômica do país e, sim, à importação de tecnologia medicinal como antibióticos e vacinas. Com isso, pode-se curar e sobreviver por mais tempo, diminuindo o risco de mortalidade por doenças infectocontagiosas. Por outro lado, aumentando a ocorrência de seqüelas e complicações de doenças crônicas. Ou seja, aumentaram-se os anos vividos e não a qualidade de vida ⁽¹⁾.

Sendo assim, é de extrema importância a investigação de aspectos que comprovem as alterações advindas do envelhecimento senescente ou senil, pois, através de programas de prevenção e reabilitação pode-se proporcionar condições para uma maior qualidade de vida a estes indivíduos ⁽²⁾.

O fonoaudiólogo, lidando com a população idosa, aprimora técnicas que previnam, reabilitem ou minimizem as alterações do sistema estomatognático, a fim de viabilizar um funcionamento coordenado das funções de respiração, mastigação e deglutição. Observando-se, através de estudos, que a alteração de deglutição (disfagia) vem se tornando um problema muito freqüente na população geriátrica ⁽³⁻⁷⁾. Tal distúrbio é encontrado em 40% a 60% da população de idosos institucionalizados, sendo que desta porcentagem, 22% referem queixa de distúrbios de deglutição durante a avaliação ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Apesar de tais porcentagens perfilarem muitos estudos, outros autores afirmam que a exata prevalência das desordens de deglutição no envelhecimento não é conhecida e, muitas vezes dificultada, pela multifatorialidade da dificuldade de diagnóstico preciso da disfagia no idoso ^(3,11-12). Dentre os fatores que dificultam o diagnóstico preciso da disfagia, cita-se os quadros de depressão, disfunção cognitiva, mudança de comportamento, dificuldades motoras, de postura, de locomoção e dependência físico-social-econômica ⁽³⁾.

Esses impedimentos reforçam a importância do exame clínico da deglutição, que em muitos casos pode ser o único procedimento acessível para avaliar os idosos. Entretanto, o fonoaudiólogo deve ser cuidadoso ao realizar uma avaliação clínica, sendo pré-requisito para tal exame, o entendimento da natureza da deglutição em idosos sem queixa de disfagia, a fim de detectar as alterações do sistema estomatognático, para saber a real necessidade da indicação de um exame complementar ^(5,13-14).

*Instituição de Origem: Faculdades Metodistas Integradas Izabela Hendrix

¹Especialização em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC)

Descrever todas as alterações do sistema estomatognático é uma tarefa demasiadamente extensa, fazendo com que haja dados excessivos e menor qualidade de análise dos mesmos. Assim sendo, o objetivo desse artigo é detectar se idosos sem queixa de disfagia apresentam alterações importantes que comprometam a fase oral da deglutição.

■ MÉTODOS

Foram avaliados 20 idosos, do sexo feminino, com idade superior a 65 anos, sendo 12 (60%) na instituição Maioridade - espaço de convivência do idoso (instituição privada) e 8 (40%) na instituição Recanto Feliz (instituição pública), ambas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Sudeste do Brasil.

Esses sujeitos foram submetidos a:

1) *entrevistas contendo dados de identificação, preferências e hábitos alimentares e informações sobre o uso de medicamentos, dentre outras.*

2) *aplicação de protocolo de avaliação dos órgãos fonoarticulatórios (OFA) e do processo de deglutição funcional.*

O protocolo foi adaptado de roteiros existentes na área¹⁵⁻¹⁶ tendo sido aplicado, em outubro de 2002, simultaneamente por duas fonoaudiólogas, em consultório particular, de forma individual.

Foram excluídos da pesquisa idosos que apresentavam queixa ou sinal de disfagia e que possuíam acuidade auditiva e visual que comprometeriam a realização do exame, dados fornecidos pela anamnese, ficha clínica dos sujeitos e acrescentados de informações colhidas com a enfermagem das instituições.

O material usado para a avaliação foi: luvas de látex de procedimentos; lanterna para melhor visualização da cavidade oral; abaixadores de língua, gazes e cotonetes para possibilitar os toques intra-orais variando texturas.

Na avaliação com oferecimento de dieta, optou-se por utilizar uma tabela para marcação mais didática. Para cada item, enumerou-se fatores a serem observados e que correspondem às letras a, b, c e d. Quando esses fatores ocorrerem em determinada consistência, deve-se preencher a coluna com a letra referente.

Ofereceu-se uma fatia de alimento em consistência sólida (pão francês); 100ml em consistência pastosa (água com 2 colheres de sopa rasas de espessante alimentar); 100 ml em consistência líquido engrossado (água com 1 colher de sopa rasa de espessante) e líquido fino (água).

Ética: esta pesquisa foi avaliada e aprovada com o nº 085/

02 pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC) e considerada como baixo risco e com necessidade do consentimento pós - informado.

Estatística: a seleção do corpus foi feita conforme os critérios abaixo apresentados:

1- *20% da população total de cada instituição.*

2- *Elaborar uma lista com o nome de todos os integrantes da população e numerá-los de 1 até n, onde n é o número total de elementos da amostra.*

3- *Escolher a terceira e a quarta colunas de cima para baixo, para fazer o sorteio, segundo a tábua de números aleatórios. Se essas duas colunas não forem suficientes, escolher a quinta e sexta colunas de cima para baixo.*

4- *E assim, sortear os elementos da amostra.*

Na instituição pública (total de 40 idosos), a amostra deverá ter oito idosos.

Na instituição particular (total de 56 idosos), a amostra deverá ter 12 idosos.

Como esse trabalho tem a metodologia baseada na aplicação de um protocolo, todos os dados encontrados são significativos, não sendo possível, até mesmo pela sua natureza subjetiva, ou seja, qualitativa, estabelecer um desvio padrão para tais dados. Então, não é possível estabelecer um limite de aceitabilidade, normalmente presente nas pesquisas. Portanto, a análise será baseada na comparação qualitativa dos dados.

■ RESULTADOS

Da aplicação do protocolo obtiveram-se os seguintes resultados:

Quanto à condição de força da musculatura fásico-cervical, os músculos temporal e cervicais encontram-se dentro da normalidade esperada para a idade dos idosos, já para masseter encontrou-se 10% dos indivíduos (2 de 20) com força aumentada e 30% (6 de 20) com força diminuída. A alteração no músculo bucinador foi notada apenas como força diminuída e no músculo mental somente como força aumentada, ambos 60% (12 de 20).

Da análise da praxia dos movimentos de OFA, observou-se que todos os idosos foram capazes de realizá-los [excetuando-se os movimentos de elevação e lateralização de língua, que foram realizados respectivamente por 80% (16 de 20) e 90% (18 de 20) dos indivíduos pesquisados], embora tenha

sido notado algum grau de imprecisão nos movimentos realizados. Para movimentos de mandíbula [abrir/fechar = 100% de precisão; e lateralizar = 60% (12 de 20) de imprecisão]; para movimentos de lábios [retração/protrusão 50% (10 de 20) e compressão 90% (18 de 20) com precisão] e para movimentos de língua [retração/protrusão = 55% (11 de 20), elevação 56,3% (9 de 16) e lateralização 61,1% (11 de 18) imprecisos).

Da observação da postura da laringe ao repouso, notou-se que a maioria dos idosos apresentava postura normal 75% (15 de 20); baixa 10% (2 de 20) elevada 15% (3 de 20).

Com relação aos lábios, 95% (19 de 20) dos indivíduos apresentavam selamento ao repouso; a força dos lábios encontrou-se alterada, sendo aumentada no lábio superior 65% (13 de 20) e diminuída no lábio inferior 65% (13 de 20) [esses dados foram analisados em separado].

Quanto à presença de desvios anatômicos de língua, notou-se 30% (6 de 20).

Observou-se que a maioria dos idosos apresentava como alteração somente diminuição da força de língua 70% (14 de 20) (não sendo encontrado nenhum caso de aumento de força de língua).

Dos indivíduos analisados, 60% (12 de 20) não possuíam dentes naturais, sendo que os 40% (8 de 20) restantes todos tinham falhas dentárias. Dos 60% (12 de 20) protetizados, a maioria 83,3% (10 de 12) tinha prótese em ambas arcadas e

16,7% (2 de 12) tinham somente prótese inferior somado de dentes naturais na arcada inferior. A qualidade de adaptação das próteses, no geral estava ruim, somente superior, 100% (2 de 2) e ambas 66,7% (8 de 12).

Foi observado que a maioria dos idosos 60% (12 de 20) apresentava ulcerações na cavidade oral; que 90% (18 de 20) apresentava quantidade normal de saliva; 80% (16 de 20) apresentava higiene oral precária; 100% (20 de 20) tinha reflexo de tosse presente; 85% (17 de 20) apresentava reflexo de gag e 90% (18 de 20) alimentou-se com postura ereta, sendo somente 10% (2 de 20) os idosos que se alimentaram inclinados para todas as consistências.

Ao oferecimento de dieta observou-se que 70% (14 de 20) dos indivíduos apresentaram volume de captação alterado, sendo a maioria com redução do volume de captação [sólido = 64,2 (9 de 14); pastoso / líquido engrossado e líquido = 85% (12 de 14)]; e 60% (12 de 20) dos indivíduos pesquisados apresentaram vedamento labial para sólido e 95% (19 de 20) apresentaram tal aspecto para as demais consistências.

A análise dos aspectos de mastigação e deglutição está apresentada respectivamente nas tabelas 1 e 2.

Os resultados indicaram que 100% dos idosos pesquisados apresentavam algum tipo de alteração fisiológica, mas como o envelhecimento é um processo gradativo, essas alterações foram compensadas pela ocorrência de adaptações, que garantiram a funcionalidade adequada do sistema estomatognático.

Tabela 1. Análise funcional da mastigação (aspectos clínicos analisados x consistências).

Item	Total	Observações	Sólida	Pastosa	Líq.-engrossada	Líquido
Postura para alimentar	20 100%	Sentado ereto	18 - 90%	18 - 90%	18 - 90%	18-90%
		Sentado inclinado	2 - 10%	2 - 10%	2 - 10%	2 - 10%
Volume de Captação do Bolo	20 100%	Adequado	6 - 30%	6 - 30%	6 - 30%	6 - 30%
		Aumentado	5 - 25%	2 - 10%	2 - 10%	2 - 10%
Vedamento Labial	20 100%	Diminuído	9 - 45%	12 - 60%	12 - 60%	12 - 60%
		presente	12 - 60%	19 - 95%	19 - 95%	19 - 95%
Trituração do alimento	20 100%	ausente	8 - 40%	1 - 5%	1 - 5%	1 - 5%
		mastiga	9 - 45%			
Movimento mastigatório	20 100%	amassa	11 - 55%			
		unilateral	10 - 50%			
		bilateral	10 - 50%			
		vertical	7 - 35%			
Velocidade de mastigação	20 100%	rotatório	13 - 65%			
		normal	6 - 30%			
		lento	8 - 40%			
		rápido	6 - 30%			

Tabela 2. Análise funcional da fase oral da deglutição (aspectos clínicos analisados x consistências).

Item	Total	Observações	Sólida	Pastosa	Líqu.-engrossada	Líquida
Preparo do Bolo	20	eficiente	7 - 35%	20 - 100%	20 - 100%	20-100%
	100%	ineficiente	13-65%			
Tempo de trânsito oral	20	normal	6 - 30%	16 - 80%	18 - 90%	19 - 95%
	100%	aumentado	12 - 60%	4 - 20%	2 - 10%	1 - 5%
		reduzido	2 - 10%			
Elevação da laringe	20	normal	18 - 90%	19 - 95%	19 - 95%	19 - 95%
	100%	diminuída	2 - 10%	1 - 5%	1 - 5%	1 - 5%
Movimento compensatório ao deglutir	20	anteriorização da cabeça	12 - 60%	11 - 65%	10 - 50%	10 - 50%
	100%	flexão da cabeça	3 - 15%	8 - 40%	9 - 45%	8 - 40%
		extensão da cabeça				
Deglutições	20	presente	13 - 65%	13 - 65%		
Múltiplas	100%	ausente	7 - 35%	7 - 35%		
Estase oral	20	presente	20 - 100%	3 - 15%		
	100%	ausente		17 - 85%	20 - 100%	20-100%

DISCUSSÃO

No processo de envelhecimento ocorrem alterações estruturais e funcionais que reduzem a capacidade funcional de cada sistema do nosso organismo e, apesar de variarem de um idoso para outro, são característica dessa fase.

As queixas de dificuldade de funcionamento do sistema estomatognático, incluindo a deglutição, são normalmente consideradas como associadas, particularmente, ao indivíduo mais idoso, ou seja, com mais de 60 anos de idade. Isso justifica a escolha do corpus do artigo, com idosos acima de 65 anos, sem o estabelecimento de um teto máximo para a idade, tendo em vista que não serão notadas alterações significativas na fase orofaríngea de idosos sem queixa de disfagia. Além disso, entre os idosos de diversas faixas etárias, nota-se apenas alterações na fase esofágica⁽¹⁷⁾.

Das diversas formas de avaliação da deglutição optou-se por realizar o exame clínico, tendo em vista a supremacia dos achados de tal exame, pois somente a partir desses é que se indica a realização de um exame complementar, que é sempre dependente de alguns dados da anamnese e avaliação clínica, além de ser de alto custo, invasivo, inconveniente para o paciente idoso e necessitar que o paciente tenha postura adequada para sua realização. Somado a esses fatos, estudos têm demonstrado que os resultados do exame clínico e da videofluoroscopia têm uma significativa concordância⁽¹⁸⁾, quando o fonoaudiólogo está bem preparado para a realização de tal avaliação.

Esse olhar clínico somente desenvolve-se a partir do conhecimento das mudanças que ocorrem no sistema estomatognático como consequência natural do envelhecimen-

to. Tais alterações ocorrem devido a uma modificação na composição dos músculos, ou seja, há uma redução dos componentes da unidade motora e de sua coordenação, alterando a forma (ficando mais largas) e tendo menos número de fibras de rápida contração. Além disso, há redução de certas enzimas como aquelas necessárias para a ocorrência do processo de contração muscular⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Como consequência disso, é normal no envelhecimento, ocorrerem algumas modificações como alteração de força e mobilidade de OFA (órgãos fonarticulatórios); diminuição da quantidade de saliva, seja em função da idade ou do uso de medicamentos; lentificação dos processos de mastigação e deglutição; mudança na consistência alimentar, quase sempre por problemas dentários; fracionamento das refeições; diminuição da capacidade de deglutição quando o sistema está sob estresse; lentificação e descoordenação, às vezes, do trânsito do bolo alimentar; presença de estase oral e em seios piriformes; um pouco de tosse e pequenos níveis de aspiração, entre outras^(7,21).

Ou seja, ao avaliar o idoso deve-se saber se a modificação encontrada é fisiologicamente normal para a idade ou se realmente existe por uma possível patologia. Assim, ao aplicar-se o protocolo, usou-se como grupo controle, as características esperadas para o indivíduo idoso e, não, o adulto jovem, como ocorre na maioria dos estudos. Dessa forma, desconsiderou-se uma ligeira flacidez de musculatura fásio-cervical, ligeira dispraxia dos movimentos dos OFAs, ligeira redução de saliva, ou seja, aspectos alterados pelo envelhecimento, que não comprometiam a estrutura em sua individualidade, bem como, durante a realização das funções estomatognáticas. Então, considerou-se alteração aquilo que ultrapassa os limites do fisio-

lógico esperado para a faixa etária pesquisada.

A diminuição de força encontrada nos músculos masseter (30% 6 de 20) e bucinador (60% 12 de 20) justifica-se devido ao fato dos idosos não mastigarem e sim amassarem os alimentos com eficácia, o que comprovou-se na aplicação do protocolo (55% 11 de 20). Já o músculo mental, verificou-se que teve um aumento de força, (60% 12 de 20) acredita-se que isso seja decorrente do estiramento provocado nos tecidos pelo espaço ocupado pelas próteses e também pelo esforço para contê-las, associado, ainda, à vergonha de usá-las⁽²²⁾. Esse é o mesmo motivo que explica a alteração na força da musculatura labial, sendo superior aumentada (65% 13 de 20) e inferior diminuída (65% 13 de 20). Ou seja, para conter a prótese, o indivíduo utiliza em excesso as forças de mental e lábio superior, ficando o lábio inferior evertido, com função diminuída.

A praxia dos OFAs foi considerada adequada, pois a maioria dos idosos conseguiu realizar as ações (vide resultados), apesar de apresentar imprecisão na realização do movimento isolado, que se deve, além da deterioração muscular fisiologicamente explicada acima, ao uso da prótese⁽⁴⁾. Tais alterações não são significativamente relevantes, pois apesar das dificuldades de realização do movimento isolado, houve adaptação que possibilitou a manutenção da funcionalidade do sistema estomatognático.

A presença de desvio anatômico de língua foi notada em 30% (6 de 20), que foi encaminhada para diagnóstico, sendo possíveis alguma alteração neurológica ou interferência de mal adaptação da prótese dentária.

A ausência de dentes naturais foi grande na população pesquisada (60% eram protetizados e 40% restante tinham falhas dentárias) e a qualidade de adaptação das próteses dentárias dos indivíduos era ruim (somente arcada superior (100% 2 de 2) e ambas (66 % 8 de 12) o que pode explicar a quantidade de ulcerações na cavidade oral dos idosos (60% 12 de 20).

A quantidade de saliva foi considerada normal (90% 18 de 20) tendo em vista que no idoso há uma diminuição natural da produção de saliva, porém os idosos pesquisados não usavam nenhum tipo de medicamento que agravaria o quadro. O teste foi subjetivo, sendo possível, em futuras pesquisas, realizar um exame quantitativo usando o azul de metileno.

A higiene oral dos idosos analisados foi considerada muito ruim. Por não possuir dentes, associada à desinformação da importância de se escovar a língua, a maioria desses indivíduos perde o hábito de realizar a higiene oral estando sujeitos ao aumento de cáries e perdas dentárias, a periodontite, ulcerações (detectadas) e mau hálito⁽²³⁾.

Da análise do reflexo de gag, somente 15% (3 de 20) da população não apresentaram tal reflexo, porém apesar de sua pesquisa ser tradicionalmente parte da avaliação dos distúrbios de deglutição, há dúvidas quanto a sua relevância clínica,

pois sabe-se que a ausência do reflexo de gag não prediz a ocorrência de disfagia. É importante notar que o reflexo de gag não é parte da deglutição normal e ele está ausente em mais de um terço dos adultos saudáveis sem disfagia^(7,24).

Tendo em vista que todos os indivíduos analisados estavam com boas condições clínicas, não foi notada nenhuma alteração postural que interferisse na deglutição. Sabe-se que a postura de 90° durante a alimentação previne tosse e aspiração e, além disso, a gravidade auxilia a passagem do alimento para o estômago⁽⁹⁾.

Ao se analisar o volume de captação do bolo, nota-se uma diminuição deste aspecto pela maioria dos idosos, em todas as consistências, (sólido = 9-45%; pastoso, líquido e líquido-engrossado = 12 - 60%), que pode estar relacionado à má qualidade de adaptação das próteses dentárias, o que agrava, ainda mais, a diminuição da precisão do movimento de captação e da amplitude de abertura bucal, comprometendo a mordida do alimento. Além disso, hipotetiza-se que o volume de captação do bolo esteja diretamente relacionado à competência do vedamento labial e à ocorrência de escape oral. Assim, o vedamento labial verificado na maioria dos idosos analisados justifica-se tendo em vista a pouca quantidade de alimento captada pelos idosos durante avaliação. Este aspecto é favorável na alimentação dos idosos, pois estudos apontam que a ingestão de quantidade reduzida de alimento minimiza ou previne a aspiração⁽⁹⁾.

O padrão mastigatório encontrado na maioria dos idosos foi: mastigação associada ao amassamento (14-70%); movimentos verticais (18- 90%) unilateral- mente (20 - 100%). O padrão unilateral é considerado desfavorável para adaptação da prótese, pois acarreta movimento de bascula o que proporcionará o deslocamento desta. Além disso, haverá introdução de alimentos dentro da prótese, o que poderá provocar lesões na mucosa oral⁽²²⁾.

Quanto ao preparo do bolo alimentar, só foi possível analisar a consistência sólida, tendo em vista que o exame era clínico e que não foi possível avaliar a presença de resíduos com os alimentos utilizados na avaliação, além disso, a formação do bolo nas demais consistências pode ser verificada somente nos exames complementares. Para tal aspecto verificou-se que a maioria dos idosos apresentou preparo ineficiente para sólido (13 - 65%) que está relacionado à perda da dentição natural combinada com a perda da força mastigatória e com o uso de próteses dentárias mal adaptadas, que interferem nos receptores mecânicos e sensoriais do palato duro⁽⁵⁾. Essa ineficiência na preparação do bolo foi observada através da presença de estase de alimento na cavidade oral após a deglutição (20-100%) para a consistência sólida. Alguns estudos, que avaliam as dificuldades de alimentação em instituições para idosos, apontam que 43% (150 - 349) desses indivíduos tiveram resíduos de alimentos após a alimentação⁽²²⁾.

Quanto ao tempo de trânsito oral, apesar da literatura apon-

tar um aumento desse aspecto, associado à presença da prótese dentária, que causa um bloqueio dos receptores do palato, dificultando o controle do bolo alimentar⁽³⁾. Nesta análise, encontrou-se na maioria dos idosos, aumento do trânsito oral somente para a consistência sólida (12-60%), estando as demais com tempo normal (líquido 19-95%; líquido-engrossado 18-90% e pastoso 16-80%). No sólido esse aumento foi verificado devido à dificuldade de mastigação, controle da prótese dentária e formação do bolo alimentar. A discordância dos achados entre a literatura e essa pesquisa deve-se à diferença de metodologia, pois o padrão analisado para o idoso, pelos diversos autores, é extraído da comparação com a alimentação do adulto jovem. Já essa pesquisa busca o perfil do idoso sem ter no corpus um grupo controle.

Quanto à elevação de laringe a maioria dos idosos analisados apresentou elevação normal tendo em vista que estavam clinicamente estáveis, sem apresentar alteração da musculatura que sustenta a laringe.

Foram notados movimentos compensatórios ao deglutir na maioria dos idosos, como resposta adaptativa para garantir a funcionalidade da deglutição.

Na maioria dos idosos, verificou-se a presença de deglutições múltiplas (13-65%) para todas as consistências. Dado presente na literatura, que cita que 74% (39 de 53) da população idosa precisam de mais de uma deglutição para

limpar a cavidade oral após a ingestão⁽⁷⁾.

Nessa pesquisa não se teve a intenção de diferenciar as instituições pública e privada.

A escolha de ambas foi unicamente com o intuito de se atingir o corpus necessário para a análise do perfil de alimentação dos idosos, que aponta para a ocorrência de adaptações graduais que progridem com o envelhecimento, permitindo que, apesar dos efeitos da idade, o indivíduo continue se alimentando funcionalmente. Tais efeitos, encarados como alterações por vários anos, são agora identificados como adaptações e, ao invés de serem aspectos patológicos, devem ser vistos como aspectos inerentes ao envelhecimento. Estudos, que acompanharam os idosos na faixa etária de 60-97 anos, demonstram que a fase orofaríngea da deglutição não declina com a idade^(3-4,7,9).

CONCLUSÃO

Verificou-se que muito do que se considerava alteração na fase oral da deglutição de idosos, na verdade são adaptações graduais em resposta ao envelhecimento que garantem a funcionalidade da deglutição. Sendo assim, cabe ao fonoaudiólogo aprimorar sua experiência clínica a fim de detectar o que é adaptação e o que é sinal de disfagia, para na presença do mesmo, fazer diagnóstico, encaminhamentos complementares e intervenção precoces.

ABSTRACT

Purpose: to verify if elderly people without complaints of dysphagia had important alterations that could compromise the oral phase of deglutition. **Methods:** it was evaluated 20 elderly of two institutions one public and another private (Recanto Feliz and Maiordade – espaço de convivência do idoso), above 65 years old, of both genders, without complaints of deglutition problems. They were submitted to protocol that contain history, evaluation of the stomatognathic systems structures and the deglutition process. **Results:** the results pointed 100% of them had physiological alterations, but, as aging is a gradual process, those alterations are compensated by adaptations occurrences, that assured stomatognathic systems functions. **Conclusion:** most signs that were considered alterations were, in reality, adaptations.

KEYWORDS: Deglutition disorders; Aging; Stomatognathic system; Aged

REFERÊNCIAS

1. Netto MP, Ponte JR. Aspectos gerais do envelhecimento. In: Netto MP, Ponte JR. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1997. p.3-12.
2. Bacha SMC, Giglio VP, Ribeiro JML, Sousa MV. Perfil fonoaudiológico do idoso institucionalizado. Pró-fono 1999;11:1-7.
3. Schindler JS, Kelly JH. Swallowing disorders in the elderly. Laryngoscope 2002;112:589-602.
4. Fucile S, Wright PM, Chan I, Yee S, Langlais ME, Gisel EG. Functional oral-motor skills: do they change with age?. Dysphagia 1998;13:195-201.
5. Groher ME. Distúrbios de deglutição em idosos. In: Furkim AM, Santini CS. Disfagias orofaríngeas. Carapicuíba, São Paulo:Pró-fono;1999. p.97-107.
6. Bilton T, Soares LT, Tega LV, Santos CAF. Acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados. Distúrbio Comun 1999;11:85-100.
7. Nilson H, Ekberg O, Olsson R, Hindfelt B. Quantitative aspects of swallowing in an elderly nondysphagic population. Dysphagia 1996;11:180-4.
8. Shanley C, O'Loughlin G. Dysphagia among nursing home residents: an assessment and management

- protocol. *J Gerontol Nurs* 2000;26:35-48.
9. Kayser - Jones J, Pengilly K. Dysphagia among nursing home residents. *Geriatr Nurs* 1999;20:77-82.
 10. O'Loughlin G, Shanley C. Swallowing problems in the nursing home: a novel training response. *Dysphagia* 1998;13:172-83.
 11. Shapiro J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. *Compr Ther* 2000;26:203-9.
 12. Finiels H, Strubel D, Jaquot JM. Deglutition disorders in the elderly. Epidemiological aspects. *Presse Med* 2001;30:1623-34.
 13. Zenner PM, Losinski DS, Mills RH. Using cervical auscultation in the clinical dysphagia examination in long-term care. *Dysphagia* 1995;10:27-31.
 14. Rademaker AW, Pauloski BR, Colangelo LA, Logemann JA. Age and volume effects on liquid swallowing function in normal women. *J Speech Lang Hear Res* 1998;41:275-84.
 15. Bilton TL. Estudo da deglutição do adulto pelo videoglutoesofagograma [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
 16. Furkim AM, Silva RG. Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frôntis; 1999.
 17. Suzuki H, Duprat A, Lederman HM, Bilton T, Tega LPV. Comparando avaliação fonoaudiológica, nasolaringoscopia e videofluoroscopia em idosos sem queixa de deglutição. *Disturb Comun* 1998;10:91-109.
 18. Zenner PM, Losinski DS, Mills RH. Using cervical auscultation in the clinical dysphagia examination in long-term care. *Dysphagia* 1995;10:27-31.
 19. Douglas CR. Fisiologia do processo de envelhecimento. In: Douglas CR. Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada à odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Pancast; 1998. p.405-23.
 20. Douglas CR. Fisiologia e fisiopatologia do envelhecimento. In: Douglas CR. Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde. São Paulo: Robe; 1994. p.1357-79.
 21. Marchesan IQ. Distúrbios da motricidade oral. In: Russo IP. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. p.83-100.
 22. Cunha CC, Felício CN, Bataglion C. Condições miofuncionais orais em usuários de próteses totais. *Pró-fono* 1999;11:21-6.
 23. Sanches EP, Bilton T, Ramos LR. Análise descritiva da alimentação de idosos com demência. *Disturb Comun* 2000;11:227-49.
 24. Leder SB. Gag reflex and dysphagia. *Head-Neck* 1996;18:138-41.

RECEBIDO EM: 16/01/03

ACEITO EM: 28/04/03

Endereço para correspondência:

Rua Leopoldino dos Passos, 350 — 31275-010 — Belo Horizonte — MG.

Fone: (31)3441-5978

E-mail: maksudnicolau@hotmail.com