

A PERCEPÇÃO DO ENGASGO POR IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Maira Rozenfeld*

Resumo

Existe uma alta incidência de alterações de deglutição em idosos institucionalizados. Os sentidos associados a essa queixa, com base nas representações e significados que os idosos atribuem a este sintoma, apontam um caminho para uma proposta educativa. Esta proposta tem por objetivo desmistificar o engasgo como algo inerente à velhice, possibilitando assim um novo olhar que permita a redução deste sintoma através do esclarecimento não só aos idosos, que tenham a queixa, mas a toda a população. Desta forma, uma ressignificação do sintoma implica em uma melhor qualidade de vida. Este trabalho inicialmente realiza uma revisão de literatura a respeito das alterações de deglutição, suas questões objetivas e subjetivas (as marcas que este sintoma traz para o idoso), logo após é realizada uma discussão a respeito das representações que um grupo de idosos institucionalizados atribui a este sintoma e finaliza com uma proposta educativa.

Palavras-chave: Idosos. Alterações de Deglutição. Engasgos. Institucionalização. Educação.

1 Fundamentação Teórica

A experiência fonoaudiológica com pacientes com alterações de deglutição me levou a pensar na possibilidade e na necessidade de abordar não apenas o corpo, mas também a subjetividade do paciente. Acredito que as intervenções envolvem interações significativas, tendo por isso um sentido importante na história do sujeito. Sendo assim, esta revisão de literatura tem por objetivo abordar tanto as questões objetivas quanto as questões subjetivas relacionadas ao sintoma engasgo.

* Fonoaudióloga, mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), doutoranda em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: mairarozenfeld@hotmail.com

1.1 Alteração de Deglutição em Idosos

A deglutição normal é dividida didaticamente em fases, podendo essa divisão variar de acordo com os autores. Jaradeh (1994) e Groher (1999) dividiram a deglutição em três fases: oral, faríngea e esofágica, e Logemann (1997); Macedo Filho (1999); Shaker e Staff (2001) em quatro: preparatória, oral, faríngea e esofágica. Leopold, Kagel (1997) consideram a fase antecipatória como sendo a fase anterior à preparatória, por ser o momento em que os estímulos sensoriais gustativos e olfativos estão acentuados, ocorrendo à vontade de comer.

A primeira dessas fases, a oral preparatória, pode ser entendida como a aquisição do alimento, posicionamento do mesmo na cavidade oral e preparação do bolo alimentar ou líquido por meio da mastigação. Nesse momento há um fechamento da porção anterior da boca, os lábios criam uma pressão positiva, iniciando assim a fase oral propriamente dita. O alimento, transformado em bolo alimentar, é posicionado na língua que se eleva e inicia o movimento propulsivo, realizando força contra o palato e a região glosso-palatal, conduzindo assim o bolo alimentar até a faringe, que através da elevação do véu palatino fecha a comunicação com a rinofaringe.

A fase faríngea, também chamada de reflexa, ocorre quando o bolo alimentar faz a passagem da faringe até o esôfago. Para esse transporte se realizar de maneira efetiva, é necessário o fechamento velo-faríngeo (prevenindo o escape alimentar pela rinofaringe), contrações dos músculos da faringe (iniciam a peristalse responsável pela movimentação do bolo na faringe), anteriorização e elevação do osso hióide e estruturas ligadas à laringe, fechamento glótico e a abertura do esfíncter esofágico superior.

Durante essa fase, as vias aéreas são protegidas da entrada de corpo estranho por meio da elevação e anteriorização da laringe, abaixamento da epiglote e fechamento das pregas vocais. A falha nesse mecanismo leva a engasgos e/ ou à aspiração de saliva ou alimentos.

A última fase da deglutição, a esofágica, considerada involuntária e inconsciente, é a condução do bolo do esôfago ao estômago através de movimentos (ondas) peristálticos primários e secundários, iniciada pelos constritores da faringe. Através da abertura do esfíncter esofágico superior, o bolo alimentar é propelido, por meio da atividade peristáltica primária chegando ao esôfago distal, o esfíncter esofágico inferior é aberto pela força do bolo que só retorna ao repouso após o término da passagem do mesmo ao estômago, esvaziando

assim o esôfago por completo, encerrando a deglutição (MACEDO FILHO, 1999; SHAKER; STAFF, 2001).

Qualquer alteração nessas fases pode comprometer a deglutição e levar a riscos de desnutrição, desidratação ou aspiração de alimentos (quando o alimento vai para a via errada, ao invés de ir para o estômago vai para o pulmão), fato que caracteriza a disfagia. Esse termo vem do grego “*dys*” = alteração / “*phagem*” = comer, usado para designar qualquer alteração no transporte do bolo da boca até o estômago, podendo ser dividida em disfagia orofaríngea referente à dificuldade da boca ao esôfago ou esofágica, do esôfago ao estômago. (CECCONELLO *et al.*, 1999). Há uma diferença entre aspiração de alimentos, que ocorre quando o mesmo se encontra nas pregas vocais ou abaixo delas e penetração que significa a presença de saliva e/ou alimento no vestíbulo laríngeo (antes, durante ou depois da deglutição).

Em idosos, a incidência de disfagia é grande e aparece como um sintoma de doenças – Acidente Vascular Cerebral (AVC), Parkinson, Alzheimer, que, freqüentemente, acometem essa população (GROHER, 1999). Além disso, segundo Groher (1992) há um envelhecimento das estruturas que envolvem a deglutição, os efeitos isolados deste envelhecimento não causam disfagia, apenas deixam o mecanismo da deglutição mais vulnerável. Quanto mais adaptado estiver o idoso às doenças crônicas próprias do envelhecimento, mais fácil será a adaptação a esta fase da vida.

Há um consenso entre os autores Jaradeh (1994); Shaker; Lang (1994); Groher (1999) e Shaker; Staff (2001) em relação à existência de modificações nas estruturas da deglutição em idosos. Os autores concordam que não há comprometimento na efetividade e nem na segurança da deglutição em idosos saudáveis. As alterações ocasionadas pelo envelhecimento por si só não ocasionam a aspiração de saliva e/ou alimento nessa população (TRACY *et al.*, 1989; DEJAEGER *et al.*, 1997; BILTON, 2000).

Em se tratando de idosos institucionalizados, alguns estudos apontam para uma maior incidência de alterações de deglutição nesta população. Trupe; Siebens; Siebens (1984) relataram uma incidência de 74% de idosos com um tipo ou mais de alteração na deglutição, sendo que 47% desses necessitam de auxílio para se alimentar, 58% precisou de modificação na dieta e 59% apresentou sinais clínicos de disfagia.

O'Brien; Barrow¹ citados por O'Loughlin; Shanley também encontraram uma alta incidência de disfagia nesta população, sendo que 53% dos idosos apresentaram alterações em fase oral e/ou faríngea.

Shaker; Staff (2001) referem que 50% a 60% da população institucionalizada apresenta disfagia. Essa porcentagem diminui em se tratando de idosos sob cuidados médicos para 10% a 30%, mesmo assim a incidência de pneumonia por aspiração ainda é considerada alta nessa população.

Concordando com os autores anteriores, Groher (1999) indica a alta incidência de idosos disfágicos em casa de repouso. Em seu estudo (GROHER, 1992), 90% dos idosos estavam recebendo a dieta incompatível com seus quadros de alteração de deglutição.

Já os estudos feitos com a população brasileira institucionalizada apresentam dados diferentes. Bacha *et al.* (1998) encontraram um pequeno número de idosos com dificuldade na alimentação porém os autores questionam que possivelmente a alteração no tipo do alimento e na quantidade durante o exame modificariam os achados da pesquisa.

Matsuda (2001) observou que 100% da população não referiu engasgos durante a alimentação, e o mesmo pôde ser constatado com o exame, independentemente da consistência oferecida. Foram encontrados 58,3% dos idosos realizando movimentos compensatórios para auxiliar a deglutição de sólidos, 52,8% para pastosos (iogurte) e 38,9% para líquidos, sendo que 30,6% solicitaram água para ajudar na deglutição.

A diferença nos achados brasileiros e estrangeiros deve-se a algumas razões: as instituições asilares brasileiras abrigam, em sua maioria, idosos independentes e dependentes, sendo uma população diversificada. Já as instituições estrangeiras são separadas por níveis de dependência, sendo os estudos realizados com um mesmo perfil de pacientes (em sua maioria com pacientes mais dependentes, que apresentam mais problemas de saúde e necessitam de alimentação diferenciada).

Sendo assim, com os trabalhos acima citados, entende-se que as alterações ocorrem mais frequentemente em idosos hospitalizados, fragilizados por doenças infecciosas, crônicas ou degenerativas.

Com relação às condutas terapêuticas fonoaudiológicas tradicionais para tratar das alterações de deglutição, são realizados exercícios que têm

¹ O'BRIEN, Peter C.; BARROW, Dalna. Prevalence of Eating Problems of Nursing Home Residents. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, Glebe, v. 19, n. 1, p. 35-43, 1991. *Apud* O'LOUGHLIN; SHANLEY, 1998.

por objetivo melhorar a força, a mobilidade, a sensibilidade e a agilidade das estruturas envolvidas na deglutição. Muitas vezes, somente esses exercícios não são suficientes e são também necessárias manobras posturais ou compensatórias, além de mudança na consistência alimentar com o objetivo de garantir a deglutição segura do idoso (LEONARD *et al.*, 1997).

Para o clínico saber desde o funcionamento das estruturas da deglutição até questões específicas da deglutição é de extrema importância para a realização de um bom diagnóstico o que conseqüentemente possibilita uma boa intervenção.

Todas essas intervenções e alterações realizadas nos hábitos dos pacientes freqüentemente são difíceis de serem aceitas e realizadas, pois, muito mais do que a alimentação está sendo alterado um costume alimentar, uma situação habitual do cotidiano de uma pessoa.

Nessa condição, apenas a atuação técnica do fonoaudiólogo pautada num enfoque normalizador das estruturas da deglutição que visa somente ao funcionamento do corpo e à eliminação do sintoma não é suficiente e precisa ser ultrapassada. A subjetividade também precisa estar na cena. Vale ressaltar que, na ótica proposta, a técnica para o trabalho com as alterações de deglutição em idosos não é desconsiderada, ela continua sendo bastante necessária, porém não é mais vista como única.

1.2 Sintoma e Corpo: um olhar subjetivo

As intervenções e alterações realizadas nos hábitos dos pacientes refletem tradições de família e de cultura que marcam a origem sociocultural do indivíduo. A impossibilidade de manter costumes alimentares específicos pode ser de grande impacto para o indivíduo, o que era importante culturalmente e prazeroso deixa de sê-lo.

A partir deste olhar é possível entender que a subjetividade também precisa fazer parte do processo terapêutico. É preciso pensar em diminuir o sofrimento corporal, existencial e social do idoso que apresenta como sintoma o engasgo.

A queixa de alteração de deglutição pode, assim, ser entendida dentro de uma rede ampla de sentidos que precisam ser não apenas escutados, mas também ressignificados para transformar o sofrimento. Nessa perspectiva, surge a necessidade da criação de um espaço que dê conta de orientar essa população, indicando outros caminhos para encarar a velhice, possibilitando

dissociar o envelhecimento das queixas de deglutição além de apontar um novo caminho para finalizar com este sintoma.

Assim, para pensar nesta proposta educacional é importante ver o corpo e a mente de forma não-dicotomizados, o que nos permite entender que as modificações no corpo, advindos das alterações de deglutição (ou de qualquer outra alteração) virão acompanhadas, necessariamente, de conteúdos subjetivos que deverão ser trabalhados no processo terapêutico fonoaudiológico. Esse tipo de visão implica compreender o ser na dimensão da complexidade.

Friedman (2003) afirma que entender o homem na dimensão da complexidade implica compreendê-lo na articulação entre suas características biológicas singulares, sejam elas herdadas ou adquiridas, e sua história de vida, sendo que tal articulação se dá a partir da vivência do indivíduo no mundo, perpassado pela cultura, por valores específicos. Todos esses elementos afetam o indivíduo em sua constituição de subjetividade.

Pensando no sujeito como um todo ao elaborar uma proposta educacional para idosos é importante entender conceitos como o da imagem do corpo, momento em que a imagem que temos de nós mesmos é deslocada do lugar e do tempo transparecendo o nosso imaginário puro, é inconsciente, individual e ligada à história de cada sujeito (DOLTO, 1996). Já o esquema corporal, que não diferencia muito de indivíduo para indivíduo (de uma mesma idade) é estabelecido de acordo com o lugar e época.

Sendo assim, o esquema é uma realidade de fato, podendo ser entendido como o corpo atual, evolutivo no tempo e espaço e independente da linguagem (entendida para DOLTO (1996) como a história relacional do sujeito com os outros), já a imagem corporal é a representação do inconsciente, que se origina no desejo do sujeito.

Dessa maneira, apesar de muitas vezes as questões de alterações na deglutição ficarem mais em evidência, por serem questões objetivas e passíveis de serem vistas em exames ou avaliações, as questões subjetivas relativas ao indivíduo e ao seu envelhecimento não podem ser esquecidas. Entendemos que se todas as questões relativas ao homem em sua complexidade forem abordadas e entendidas, o idoso terá um atendimento mais humano o que garantirá que as orientações e os ensinamentos com relação as questões de deglutição possa acontecer com maior sucesso.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é apontar as representações de um grupo de idosos com relação ao engasgo. Apontar caminhos para

uma proposta educativa que possibilite o esclarecimento da população com relação ao processo de envelhecimento, diferenciando o normal do patológico, nas alterações de deglutição.

2 Método

Este trabalho foi realizado na instituição asilar “Lar dos Velhos Golda Meir” localizada no bairro Vila Mariana, em São Paulo.

O grupo definido como participante desse trabalho foi de idosos que realizassem suas refeições em um mesmo refeitório. Todos os sujeitos utilizam o refeitório do primeiro andar que se caracteriza por ser um refeitório para idosos independentes e semidependentes e com autonomia. Essa população de 70 idosos não necessitava de auxílio para a alimentação. Foram excluídos os idosos que apresentaram déficits cognitivos (avaliados através do Mini Exame do Estado Mental – MEEM)² e déficits sensoriais (problemas auditivos que inviabilizassem a compreensão das tarefas).

A seleção dos participantes ocorreu em três etapas. A primeira etapa realizada foi uma entrevista fechada (ANEXO A) com todos os idosos acima definidos, tendo por objetivo localizar aqueles indivíduos que apresentassem queixa de alteração de deglutição (engasgos). Dos 70 idosos, chamados para participar da primeira etapa, dez (10) não compareceram. Efetivamente, a entrevista fechada foi realizada com 60 idosos (100%), sendo 46 mulheres (76,67%) e catorze homens (23,33%), com idade média de 86 anos.

A segunda etapa foi a realização de uma avaliação funcional, sendo essa realizada durante os horários de alimentação, no próprio refeitório da instituição. As avaliações foram realizadas com a comida oferecida para cada idoso naquele momento, para que a observação pudesse ocorrer da forma mais natural possível, evitando que os idosos utilizassem alguma estratégia não-habitual, sendo possível assim observar as alterações de deglutição que esses indivíduos apresentaram. Essa etapa não excluía nenhum dos participantes e teve por objetivo apenas possibilitar uma melhor caracterização dos participantes desta pesquisa.

Dos 60 idosos entrevistados, vinte referiram na entrevista queixas de engasgos, participando assim da segunda etapa dessa pesquisa. Dos vinte,

² FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R. Mini-mental State: a practical method for grading cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

dezessete eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Quanto às queixas, oito relataram *sempre* engasgar e doze apresentaram queixas de engasgar *às vezes*.

A terceira etapa foi a realização de entrevistas abertas, em que foi usada a proposta descrita por Spink e Medrado-Dantas (1999) de práticas discursivas e produção de sentidos, na qual participaram quinze idosos.

Essa proposta se caracteriza por ser um trabalho inserido no campo da investigação construcionista que entende a pesquisa científica como sendo uma atividade reflexiva, crítica, social e histórica na qual o objeto e o sujeito fazem parte de uma construção sócio-histórica, em que a realidade somente pode existir a partir do momento em que a acessamos.

Nessa perspectiva, as práticas discursivas socialmente contextualizadas por possibilitarem a circulação de idéias nos permitem ter acesso a diferentes realidades e aos sentidos que se produzem para os sujeitos que dela fazem parte.

Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de associação de idéias, que consiste na realização de entrevistas abertas a partir do fornecimento ao entrevistado de palavras ou expressões chamadas de eliciadoras. Diante da palavra eliciadora, o entrevistado é solicitado a fazer relações que lhe vierem à mente. As associações feitas pelo entrevistado, a partir da palavra eliciadora, são entendidas como repertórios interpretativos que são os conteúdos. A construção desses repertórios foi influenciada pela história e pela cultura.

A análise qualitativa dos dados se refere à análise dos discursos produzidos que se inicia primeiramente com a realização de uma leitura flutuante (leituras e releituras sem se prender a nenhuma particularidade), para permitir a emergência de categorias ou temas subjacentes ao discurso (SPINK; MEDRADO-DANTAS, 1999). Em um segundo momento, foram estabelecidas as categorias que englobaram todo o discurso produzido, dando acesso aos seus sentidos.

1ª ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DAS QUEIXAS/REALIZAÇÃO DE QUESTIONÁRIO FECHADO

Inicialmente foram chamados 70 idosos.

Efetivamente 60 idosos fizeram parte desta etapa, sendo 46 mulheres e catorze homens.



2ª ETAPA: AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Vinte idosos apresentaram queixas de alteração de deglutição. As queixas foram divididas em sempre (oito idosos) e às vezes (doze idosos). Esses vinte idosos participaram da avaliação funcional que foi realizada durante os horários de refeição.



3ª ETAPA: ENTREVISTA QUALITATIVA

As entrevistas foram realizadas com quinze idosos (cinco idosos da etapa anterior não concordaram com a entrevista). A entrevista aberta foi pautada no método proposto por Spink e Medrado-Dantas (1999) e teve por objetivo conhecer os sentidos que as alterações de deglutição tem para esses idosos.

FIGURA 1 – Etapas da pesquisa

3 Resultados

Após realização da triagem, os dados nos permitiram classificar as queixas de engasgos com alimento e/ou saliva com relação à frequência da ocorrência relatada pelos próprios idosos, sendo divididas em: *sempre* – para aqueles que relataram engasgar com muita frequência; *às vezes* – para aqueles que tinham queixa, porém assistemáticas; *raramente* – nos casos em que os idosos não tinham uma queixa inicial, porém, ao serem perguntados mais de uma vez, referiam-se ao engasgo como sendo algo muito esporádico e *nunca* – para aqueles idosos que não apresentaram queixa.

De acordo com o quadro abaixo: seis idosos (10%) apresentaram queixas de engasgos *sempre*, havendo apenas mulheres nessa população, catorze idosos (23,33%) apresentaram queixas de *às vezes*, sendo dez do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Outros seis idosos (10%) relataram engasgar *raramente*, sendo cinco mulheres e um homem, e 34 idosos (56,66%) referiram não engasgar *nunca*, sendo 25 mulheres e nove homens.

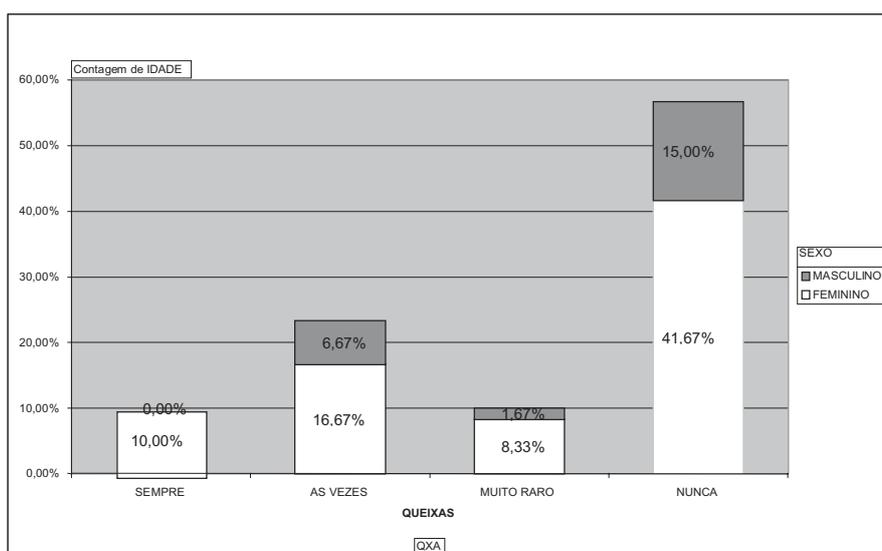


GRÁFICO 1 – Queixas de Engasgo (1ª etapa)

Com relação à idade média dos participantes deste estudo foi de 83 anos, com idade mínima de 72 anos e idade máxima de 94 anos. Não houve relação entre a média de idade e as quatro queixas referidas pelos idosos, conforme pode ser visto no quadro 2, localizado abaixo.

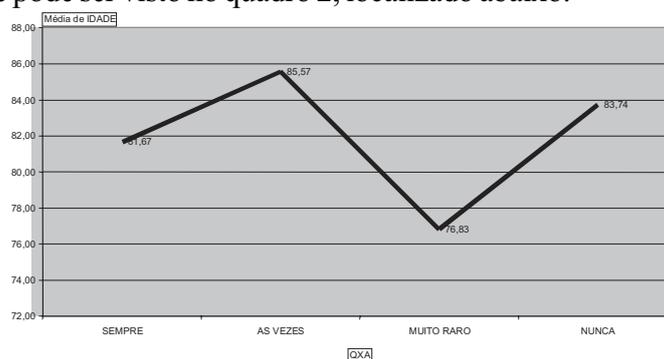


GRÁFICO 2 – Idade x Queixas

Já nas entrevistas foram sendo produzidos sentidos a respeito do que a população de idosos entrevistada pensava e sentia diante das alterações de deglutição; diante do engasgo. De acordo com a metodologia adotada de Spink; Medrado-Dantas (1999) foram delineadas categorias. Por categoria entende-se um termo suficientemente abrangente para abarcar todos os sentidos pertinentes a um mesmo tema do discurso do entrevistado. Sendo assim, nos discursos destes idosos foram encontradas as seguintes categorias: **SENTIMENTOS/SENSAÇÕES, CAUSAS, ESTRATÉGIAS, SOLUÇÕES, COM O QUÊ e LEMBRANÇAS.**

A categoria **SENTIMENTOS/SENSAÇÕES** surgiu como a categoria mais marcante, por ser a única encontrada em todos os discursos dos entrevistados. Ela nos mostrou que os idosos com queixa de problemas de deglutição sofrem efetivamente com o sintoma, pois este é visto de maneira muito negativa, ligando-o à morte, à falta de ar, ao medo ou à negação do sintoma.

Entrevistado 1	“Ah, mas essa é a sensação de quem possui este negócio de engasgo, é uma sensação terrível porque parece que não tem fim só quando ele restabelece a posição exata.” “[. . .] de desespero, é uma questão de segundos, mas nestes segundos passa tudo isso porque não sei o tempo da demora deste engasgo então o problema é da aquela aflição, aquela aflição, aquele desespero...”
Entrevistada 2	“Então parece que estou no fim da vida, e ele também, no fim começava a engasgar todo o tempo.”

FIGURA 2 – Categoria Sentimentos/Sensações

A categoria **CAUSAS** nos mostrou que os idosos se sentem impotentes ou subjugados diante do engasgo, já que a principal visão que têm de sua causa, no caso a velhice, os deixa sem possibilidade de solucioná-lo: nem podem superar a velhice, nem podem evitar o que é defeito ou falha física.

Entrevistado 11	“Esse organismo já é bastante velho tem diferentes, diferentes parafusos fracos e alguns desprendidos.” “Seguramente deve ter alguma coisa mal funcionando senão a gente não engasga.” “É muito frio e 92 anos e este aparelho não funciona muito bem.”[pondo a mão na garganta]
Entrevistado 9	“Então, então são coisas de velhice.” “[. . .] como eu já lhe falei que, com o tempo, a gente perde a força, a mente boa...” “É a vida natural de uma pessoa de 91.”

FIGURA 3 – Categoria Causas

A categoria **ESTRATÉGIAS** nos mostrou que, de modo geral, os idosos se empenham para controlar ou evitar o aparecimento do sintoma, na tentativa de evitar sofrimento. Indicou também que os idosos não têm nenhum conhecimento específico para lidar com o sintoma.

Entrevistada 8	“Que não pode falar muito durante a refeição, tem que comer com calma e com atenção na comida.”
Entrevistada 15	“Eu em geral não tenho pressa para comer, para mim, pode levar meia hora, uma hora, ao contrário, se alguém está perto de mim e come rápido eu não acho bom isso.”

FIGURA 4 – Categoria Estratégias

A categoria **SOLUÇÕES** nos mostrou que alguns idosos têm uma posição passiva em relação ao sintoma, que diz respeito ao fato de não acreditarem em solução para o engasgo, outros em uma posição ativa, que diz respeito ao fato de acreditarem que de alguma forma poderão superar o aparecimento do sintoma.

Entrevistada 2	“Não tem solução.” “Outros que de levantar os braços, é vou fazer ginástica no tempo do almoço para todos olharem para mim como se fosse louca.”
-----------------------	---

FIGURA 5 – Categoria Soluções

Sendo assim, quanto ao sentido geral ligado ao engasgo, vemos que esses idosos estão em sofrimento (categoria **SENTIMENTOS/SENSAÇÕES**), se vêem como sujeitos subjugados ao sintoma (categoria **CAUSAS**) e lutam de diversas formas para evitá-lo (categoria **ESTRATÉGIAS**), sem esperança de solucionar o sintoma definitivamente (categoria **SOLUÇÕES**).

Não foi possível estabelecer uma relação entre a frequência do engasgo e o sentido que os idosos atribuíram ao sintoma no discurso, houveram idosos que apresentaram engasgo esporádicos porém na entrevista mostravam ter bastante incomodo com este sintoma. Acredito que o aprofundamento nestas relações possa ser tema de um outro trabalho. A relação da institucionalização com o aparecimento do sintoma não foi observado em nenhuma das entrevistas. Acredito que isso tenha ocorrido pela característica da população estudada, que foi institucionalizada não por problemas na saúde.

Com relação aos achados de outros autores, nossos dados mostraram um maior número de idosos com queixa de deglutição do que Bacha et al. (1998) e Matsuda (2001). Acredito que esta diferença deva-se a forma como foi realizada a avaliação, em ambas as pesquisas citadas a triagem foi realizada apenas com um alimento de cada consistência enquanto os idosos participantes desse trabalho foram avaliados durante a refeição, contando com quantidades maiores de alimentos e variedade. Já os estudos realizados por O'Brien, Barrow (1991), Trupe; Siebens; Siebens (1984), e Shaker, Staff (2001) mostram uma população mais dependente e com mais problemas de saúde do que a população estudada.

Estes dados apontam que a população institucionalizada (independente e semi dependente, caso deste perfil de participantes) não precisa ser observada de forma diferente de idosos não institucionalizados, uma vez que as questões de deglutição estão muito mais ligadas a fragilidade do idoso frente as doenças do que a institucionalização.

Com relação à proposta educacional, foi observado que nenhum dos idosos mostrou ter informações mais esclarecidas sobre a natureza do engasgo e, como consequência, vimos que não tinham conhecimento sobre as formas de lidar com esse problema. Isso nos mostrou a necessidade da atuação fonoaudiológica educativa junto à população em geral e aos idosos mais especificamente, para que possam desvincular este sintoma da velhice e ressignificar este engasgo possibilitando entender o sintoma como algo possível de ser tratado, recebendo ajuda especializada, diminuindo este problema que tanto sofrimento traz para os idosos.

Para possibilitar o entendimento além da queixa é preciso propiciar uma abertura para que todas as demandas da pessoa possam ser trazidas à tona e trabalhadas. Essas questões, mais uma vez, nos indicam a necessidade de abordar não apenas com o sintoma, mas também com a subjetividade, no sentido da ressignificação da imagem corporal do idoso, para que se possa entender que nem tudo está relacionado ao envelhecimento, sendo importante diferenciar assim o que é normal e o que é patológico.

As questões expostas ainda assinalam não apenas a necessidade de escutar, apreender e ressignificar os sentidos que são associados ao sintoma de engasgo dos idosos, mas também a necessidade de apontar caminhos e mostrar possibilidades tanto aos idosos como à sociedade em geral, no que se refere à possibilidade de aumentar o bem estar daqueles que apresentam

alterações de deglutição, criando assim um novo sentido para o sintoma do engasgo, devolvendo assim o prazer da alimentação.

4 Conclusão

Este trabalho mostrou a importância de se criar meios para difundir informações sobre as alterações de deglutição nos idosos, suas causas e como tratá-las, para que essa população tenha acesso às maneiras de amenizar esse sintoma, melhorando assim a qualidade de vida do idoso. Entendemos que é necessário orientar a queixa no sentido de que os idosos e as pessoas em geral não continuem a pensar que é especificamente pelo envelhecimento que ocorrem as alterações de deglutição e que não há nada a fazer para melhorar o seu bem estar. Isso gerará a possibilidade de ampliar socialmente o conhecimento sobre o que é a Fonoaudiologia e sobre o campo de atuação do fonoaudiólogo.

Esta proposta é um caminho longo a ser percorrido pois visa mudar idéias cristalizadas de uma sociedade, não apenas com relação às alterações de deglutição mas também a respeito da possibilidade de um envelhecimento bem sucedido. Portanto é de suma importância que possam ser abertos espaços para este tipo de discussão, que não sejam apenas de relação clínica mas que isso possa ser difundido para um número maior de pessoas através de palestras, artigos e material explicativo.

Outra conclusão refere-se à necessidade de olhar para o idoso não apenas como alguém portador de um sintoma, mas como um sujeito que é afetado por esse sintoma. Sendo assim, é necessário não só entender, mas também acolher e ressignificar suas demandas, indicando-lhes novos caminhos e possibilidades, para que ele possa passar com menos sofrimento pela velhice.

THE PERCEPTION OF SWALLOWING ON THE ELDERLY AT THE NURSING HOMES

Abstract

Being known as the high prevalence of swallowing disorders on the elderly at a nursing home. I realized that the meaning related with this symptom show us a way to do an educative proposed. This is necessary to give more

information to the elderly and to the population in general. The nature of swallowing disorders and the means of minimizing them improve their quality of life. This work starts with a literature review about swallowing disorders, recognizing how elderly people at nursing home perceive their problem symptom and finishes with an educative proposed to the population.

Keywords: Elderly. Swallowing Disorders. Gagging. Nursing Home. Education.

REFERÊNCIAS

BACHA, Stella Maris Cortez; GIGLIO, Vanessa Ponsano; RIBEIRO, Joana Maria Lima; SOUZA, Magali Villalva de. Perfil Fonoaudiológico do Idoso Institucionalizado. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, São Paulo, 1998, v. 11, n. 2, p. 1-7, 1998.

BILTON, Tereza Loffredo. *Estudo da Dinâmica da Deglutição e das suas Variações Associadas ao Envelhecimento, Avaliadas por Videodeglutiesofagograma em Adultos Assintomáticos*. 2000. Tese (Doutorado em Ciências Radiológicas) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

CECCONELLO, Ivan; CARVALHO, Paula; NASI, Ary; PINOTTI, Henrique Walter. Disfagia no Indivíduo Idoso. In: MACEDO FILHO, Evaldo Dacheux de; PISANI, Julio César; CARNEIRO, José Henrique; GOMES, Guilherme Francisco. *Disfagia: abordagem multidisciplinar*. 2. ed. São Paulo: Frontis, 1999. P. 47-56.

DEJAEGER, Eddy; PELEMANS, Walter; PONETTE, Eric; JOOSTEN, Etienne. Mechanism Involved in Postdeglutition Retention in the Elderly. *Dysphagia*, New York, v. 12, n. 2, p. 63-67, 1997.

DOLTO, Fraçoise. *A Imagem Inconsciente do Corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1996.

FRIEDMAN, Silvia. Imagem de Falante e Qualidade de Vida. *Saúde em Revista*, Piracicaba, n. 9, v. 5, p. 7-12, jan./abr. 2003.

GROHER, Michael E. Distúrbios da Deglutição em Idosos. In: FURKIM, Ana Maria; SANTINI, Célia Salviano (Org.). *Disfagias Orofaríngeas*. São Paulo: Pró Fono, 1999. P. 97- 107.

GROHER, Michael E. Establishing a Swallowing Program. In: GROHER, Michael E. *Dysphagia Diagnosis and Management*. 2nd ed. New York: Butterworth-Heinemann, 1992. P. 313-25.

JARADEH, Safwan. Neurophysiology of Swallowing in the Age. *Dysphagia*, New York, v. 9, n. 4, p. 218-220, 1994.

LEONARD, Rebecca; KENDALL, Katherine; MCKENZIE, Susan W.; GOODRICH, Susan. The Treatment Plan. In: LEONARD, Rebecca; KENDALL, Katherine. *Dysphagia Assessment and Treatment Planning: a team approach*. California: Singular, 1997. P. 181- 210. (Dysphagia Series)

LEOPOLD, Norman A.; KAGEL, Marion C. Dysphagia: ingestion or deglutition? A proposed paradigm. *Dysphagia*, New York, v. 12, n. 4, p. 2002-2006, 1997.

LOGEMANN, Jeri A. Therapy for Oropharyngeal Swallowing Disorders. In: PERLMAN, Adrienne L.; SCHULZE-DELRIEU, Konrad S. *Deglutition and its Disorders: anatomy, physiology, clinical diagnosis and management*. Califórnia: Singular, 1997. P. 449-61.

MACEDO FILHO, Evaldo Dacheux de. Fisiologia Aplicada a Deglutição. In: MACEDO-FILHO, Evaldo Dacheux de.; PISANI, Júlio César; CARNEIRO, José; GOMES, Guilherme Francisco. (Ed.). *Disfagia Multidisciplinar*. 2. ed. São Paulo: Frontis Editorial, 1999. (Série Medicina & saúde). P. 3- 6.

MATSUDA, Rosangela Nair Tironi. *Hábitos Alimentares de Idosos Institucionalizados: uma visão fonoaudiológica*. 93 f. 2001. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

O'LOUGHLIN, Grainne; SHANLEY, Chris. Swallowing Problems in the Nursing Home: a novel training response. *Dysphagia*, New York, v. 13, n. 3, p. 172-183, 1998.

SHAKER, Reza; LANG, Ivan M. Effect of Aging on the Deglutitive Oral, Pharyngeal, and Esophageal Motor Function. *Dysphagia*, New York, v. 9, n. 4, p. 221-228, 1994.

SHAKER, Reza; STAFF, David. Esophageal Disorders in Elderly. *Gastroenterology Clinics of North America*, Philadelphia, v. 30, n. 2, p. 335-361, 2001.

SPINK, Mary Jane Paris; MEDRADO-DANTAS, Benedito. Produção de Sentido no Cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane Paris. *Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. P. 41-61.

TRACY, Julie F.; LOGEMANN, Jeri; KAHRILAS, Peter; JACOB, Pother; KOBARA, Mindy, KRUGLER, Christine. Preliminary Observations on the Effects of Age on Oropharyngeal Deglutition. *Dysphagia*, New York, v. 4, n. 2, p. 90-94, 1989.

TRUPE, Argye Elizabeth Hillis; SIEBENS Hilary C., SIEBENS Arthur A. Prevalence of Feeding and Swallowing Disorders in a Nursing Home. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, New York, v. 65, n. 10, p. 651-652, 1984.