

Disfagia e refluxo gastroesofágico em idosos institucionalizados

Dysphagia and gastroesophageal reflux in institutionalized elderly

Disfagia y reflujo gastroesofágico en ancianos institucionalizados

Recebido: 27/11/2021 | Revisado: 03/12/2021 | Aceito: 13/12/2021 | Publicado: 21/12/2021

Hayala Maria Vieira Penaforte

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2255-3381>
Centro Universitário de João Pessoa, Brasil
E-mail: hayala_una14@hotmail.com

Iliada Lima Franco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5341-9305>
Centro Universitário de João Pessoa, Brasil
E-mail: iliadafrancofga@gmail.com

Estevão Silvestre da Silva Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7514-7723>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: silvestreestevao18@gmail.com

Ana Karênina de Freitas Jordão do Amaral

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7470-7717>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: akfjafono@hotmail.com

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência de refluxo gastroesofágico e disfagia em idosos institucionalizados. **Método:** Trata-se de um estudo documental retrospectivo, analítico, quantitativo, no qual foram consultados prontuários de 191 idosos institucionalizados residentes nas cinco instituições de longa permanência localizadas na cidade de João Pessoa-PB. O instrumento utilizado para a coleta de dados nos prontuários foi um formulário elaborado para esse fim, adaptado a partir dos protocolos de triagem RADI (Rastreamento de disfagia orofaríngea em idosos) e ISR (índice de sintomas de refluxo). A análise estatística foi realizada para obtenção de medidas de tendência central e inferencial por meio dos testes de correlação e o teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para testar a normalidade da distribuição da amostra. Para análise da associação entre as duas variáveis dependentes ter ou não disfagia e ter ou não refluxo, foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson ou Texto exato de Fisher. **Resultados:** Maior parte da amostra do estudo foi composta por mulheres (n 144 / 75,4%), dentre os idosos a maioria apresentou recusa ao algum alimento, ao mesmo tempo em que a minoria relatou queda de alimento da boca em quanto, a maioria dos idosos relatou demora a se alimentar e dificuldade para comer algum alimento, observou-se que quanto maior a idade maior a presença de recusa alimentar e perda de peso nessa população. **Conclusão:** Observou-se que os idosos do estudo mostraram uma baixa presença de sintomas de refluxo gastroesofágico, com alguns sinais e sintomas de disfagia associados.

Palavras-chave: Refluxo gastroesofágico; Transtorno da deglutição; Instituição de longa permanência para idosos; Idoso fragilizado.

Abstract

Objective: The aim of this study was to identify the prevalence of gastroesophageal reflux and dysphagia in institutionalized elderly people. **Method:** This is a retrospective, analytical, quantitative documentary study, in which medical records of 191 institutionalized elderly people living in five long- stay institutions located in the city of João Pessoa-PB were consulted. The instrument used for data collection from medical records was a form elaborated for this purpose, adapted from the triage protocols RADI (Screening of Elder Oropharyngeal Dysphagia) and SSI (Index of Reflux Symptoms). The statistical analysis was performed to obtain measures of central and inferential tendency through the correlation tests and the Kolmogorov-Smirnov test was applied to test the normality of the sample distribution. To analyze the association between the two dependent variables, having or not dysphagia and having or not reflux, Pearson's chi-square tests or Fisher's exact text were applied. **Results:** Most of the study sample was composed of women (n=144 / 75.4%); among the elderly in the study group, the majority presented with some food refusal, delay to eat and difficulty to eat some food, and, the higher the age, the greater the presence of food refusal and weight loss in this age group. **Conclusion:** The elderly in the study showed a low presence of gastroesophageal reflux symptoms, with some associated signs and symptoms of dysphagia.

Keywords: Gastroesophageal reflux; Deglutition disorders; Long-term institution for the elderly; Frail elderly.

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de reflujo gastroesofágico y disfagia en ancianos institucionalizados. **Método:** Se trata de un estudio documental retrospectivo, analítico y cuantitativo, en el que se consultaron las historias clínicas de 191 ancianos institucionalizados que viven en las cinco instituciones de atención a largo plazo ubicadas en la ciudad de João Pessoa-PB. El instrumento utilizado para la recogida de datos en las historias clínicas fue un formulario elaborado para este fin, adaptado a partir de los protocolos de cribado RADI (cribado de disfagia orofarina en ancianos) y SSI (índice de síntomas de reflujo). Se realizó un análisis estadístico para obtener medidas de tendencia central e inferencial a través de pruebas de correlación y se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para probar la normalidad de la distribución de la muestra. Se aplicaron las pruebas de chi-cuadrado de Pearson o de texto exacto de Fisher para analizar la asociación entre las dos variables dependientes o no tener disfagia y tener o no reflujo. **Resultados:** La mayor parte de la muestra del estudio consistió en mujeres (n 144 / 75.4%), entre los ancianos, la mayoría se negó a algunos alimentos, mientras que la minoría informó una caída en los alimentos en la boca en cuánto, la mayoría de los ancianos informaron retraso en la alimentación y dificultad para comer algún alimento, se observó que cuanto mayor era la presencia de rechazo de alimentos y pérdida de peso en esta población. **Conclusión:** Se observó que los ancianos en el estudio mostraron una baja presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, con algunos signos y síntomas de disfagia asociada.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico; Trastornos de la deglución; Institución de Atención a Largo Plazo para Ancianos; Ancianos frágiles.

1. Introdução

Considera-se o envelhecimento como um processo natural, dinâmico e progressivo, que simboliza um aumento da fragilidade acarretado pelas modificações fisiológicas, bioquímicas, morfológicas e psicológicas, os quais geram perdas gradativas da capacidade de adaptação ao meio em que está inserida a pessoa idosa e o aumento da dependência (Marinho *et al.*, 2013; Trindade *et al.*, 2013).

A Presbifagia refere-se ao envelhecimento natural das estruturas que participam do mecanismo de deglutição em razão da degeneração do sistema neuromuscular e modificações morfofisiológicas que ocorrem no sistema estomatognático. Estas modificações podem gerar alterações nas funções orais oriundas de alguns fatores como prótese dentária mal adaptada e o surgimento de sintomas de doenças decorrentes do processo de envelhecimento (Lima *et al.*, 2009; Marchesan, 2004).

Entretanto na disfagia observa-se dificuldade para transportar o alimento da cavidade oral até o estômago, refletindo em impedimentos na realização de uma alimentação eficaz e segura, gerando consequências negativas nos aspectos nutricionais e de hidratação, que são essenciais para um estado de saúde adequado. Sendo caracterizada pela presença da boca muito seca ou sialorreia, dificuldade para mastigar e/ou manter o alimento na boca, necessidade de deglutições múltiplas, tosse, engasgos frequentes, mudanças de postura de cabeça na deglutição, cansaço após as refeições, não percepção de resíduos alimentares na cavidade oral e recusa alimentar (Macedo *et al.*, 2000; Marchesan, 2004). As modificações da deglutição em idosos encontram-se, geralmente na fase oral, faríngea e esofágica, contribuindo para uma deglutição menos eficiente (Feijó & Rieder, 2004).

O refluxo gastroesofágico (RGE), trata-se de uma afecção advinda do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gástrico para o esôfago, podendo atingir órgãos adjacentes, sendo a afecção esofágica mais prevalente, com evolução crônica e recorrente em idosos. O risco de desenvolver DRGE (Doença do Refluxo Gastroesofágico) aumenta com a idade, principalmente em pessoas acima de 40 anos. Pesquisas realizadas em 2001 mostram que no Brasil há uma prevalência de cerca de 50% de casos de DRGE ao ano. Infelizmente há poucos estudos epidemiológicos sobre este assunto (Branco & Cunha, 2011; Moraes *et al.*, 2002; Oliveira *et al.*, 2005).

O DRGE é multifatorial no qual estão envolvidas alterações da barreira esofágica, gástrica e fatores como sensibilidade á exposição ácida e variações comportamentais ou psiquiátricas, e ainda em algumas hipóteses infecções pelo *Helicobacter pylori*. Pode acometer órgãos contínuos ao esôfago como laringe, faringe, pulmões e boca, como também lesões da mucosa dos órgãos acometidos, causando assim impacto na qualidade de vida (Branco & Cunha, 2011).

Alterações de deglutição são frequentes em pacientes com DRGE, cerca de dois terços de pacientes com refluxo possuem sintomas disfágicos. Sendo assim, esse sintoma pode ser considerado um alarmante para a gravidade da doença (Branco

& Cunha, 2011). A disfagia na DRGE pode ser causada por três possíveis fatores: irritação direta das estruturas laringofaríngeas, desconforto na região cervical secundário à disfunção esofágica e disfunção do esfíncter superior do esôfago (Burati *et al.*, 2003; Gurski *et al.*, 2006). Em um estudo de 1000 pacientes consecutivos portadores de refluxo gastroesofágico, relataram que 51% apresentavam disfagia faringoesofágica (Henderson *et al.*, 1976).

Este estudo teve como objetivo a identificação da prevalência de refluxo gastroesofágico e disfagia, além da associação entre os sintomas e sinais dessas alterações em idosos institucionalizados. Permite o mapeamento da população de risco, os conhecimentos de como essas alterações se relacionam entre si e possibilita a administração dos problemas de alimentação e deglutição desta população, a fim de determinar intervenções individuais e coletivas, tanto fonoaudiológicas como interdisciplinares, visando não somente ao bem-estar de cada idoso, mas a qualidade de vida.

2. Metodologia

O estudo é documental retrospectivo, analítico, quantitativo (Romanowski *et al.*, 2019). A coleta foi realizada nas cinco instituições de longa permanência para idosos da cidade de João Pessoa no período de dezembro de 2019. As instituições foram: Casa da Divina Misericórdia, ASPAN, Vila Vicentina Júlia Freire, Lar da Providência Carneiro da Cunha e Instituição Espírita Nosso Lar.

A amostra de idosos institucionalizados foi do tipo de conveniência, composta por todos os indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. Obteve-se uma amostra de 191 prontuários, que serão considerados em seu todo, no período de referência do estudo.

Não foi necessária a aceitação voluntária do idoso, pois não houve nenhum contato pessoal, apenas consulta aos prontuários; foram excluídos àqueles prontuários de pessoas com idade abaixo de 60 anos, e que não residem integralmente nas instituições de longa permanência acima citadas.

Inicialmente, as instituições foram contatadas para esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa e encaminhado o termo de anuência. Posteriormente os pesquisadores fizeram o levantamento dos prontuários e laudos médicos.

O instrumento utilizado para a coleta de dados nos prontuários foi um formulário elaborado para esse fim composto por dados de identificação, itens de sinais e sintomas de refluxo gastresofágico e disfagia. O formulário foi adaptado a partir dos protocolos de triagem Rastreo de disfagia orofaríngea em idosos (RADI) e Índice de sintomas de refluxo (ISR), publicados respectivamente nos anos de 2018 e 2012 (Magalhães, 2018; Farahat, 2012).

Foram coletados, no primeiro momento, dados referentes à idade, sexo, tempo de institucionalização, estado civil, laudo médico. No segundo momento, as pesquisadoras preencheram o roteiro de busca, com o intuito de filtrar as informações presentes nos prontuários.

O presente estudo teve como base a resolução nº 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPE) sob parecer de número 3.662.403/2019.

Os dados coletados foram categorizados e alocados em planilha digital e a análise estatística foi realizada por meio do software SPSS 22.0, para obtenção de medidas de tendência central e inferencial por meio dos testes de correlação. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para testar a normalidade da distribuição da amostra e para análise da associação entre as duas variáveis dependentes foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson ou Texto exato de Fisher. A significância considerada foi de 5%.

3. Resultados

A amostra do estudo está caracterizada na Tabela 1. Na Tabela 2 está apresentada a distribuição descritiva dos domínios.

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos de acordo com as variáveis independentes. João Pessoa, PB, 2020.

Variáveis Investigadas	n	%
Gênero		
Masculino	47	24.6
Feminino	144	75.4
Tempo de Admissão		
Nada Consta	9	4.7
1 a 10	148	77.5
11 a 20	30	15.7
21 a 30	4	2.1
Diagnóstico		
Sem laudo	45	23.5
Sequela de AVC	26	13.7
Alt. Psiquiátricas	40	20.9
Demência	48	25.1
Alt. Neurológicas	4	2.1
Outros	28	14.7
Total	12	100.0

Legenda: Tempo de admissão em anos. Alt. Neurológicas: acidente vascular encefálico, doença de Parkinson e Esclerose Lateral Amiotrófica. Fonte: Autores.

Tabela 2. Distribuição descritiva dos domínios (média, desvio padrão, mínimo e máximo). João Pessoa, PB, 2020.

Domínio	Média	DP	Mínimo	Máximo
1. Enquanto come o alimento cai da boca?	0.49	0.78	0	2
2. Demora a se alimentar?	0.57	0.75	0	2
3. Recusa-se a comer algum alimento?	0.81	0.89	0	2
4. Tem dificuldade de comer algum alimento?	0.54	0.75	0	2
5. Faz muito esforço para comer? Parece cansado depois da refeição?	0.55	0.85	0	2
6. Precisa tomar água para engolir?	0.55	0.86	0	2
7. Tem tosse irritante ou pigarro?	0.64	0.81	0	2
8. Engasga-se com frequência?	0.50	0.77	0	2
9. Perda de peso?	0.57	0.80	0	2
10. Dor ao comer?	0.63	0.92	0	2
11. Queimação? Dor no peito?	0.65	0.91	0	2
12. Excesso de catarro?	0.61	0.90	0	2
13. Queimação?	0.65	0.90	0	2
14. Indigestão?	0.66	0.91	0	2
15. Refluxo?	0.65	0.89	0	2
16. Comida parada na garganta?	0.60	0.91	0	2

Legenda: DP = desvio padrão. Fonte: Autores.

A área com maior pontuação média foi a “Q3” e o domínio com a menor média é a “Q1”. Os domínios que apresentaram o menor desvio padrão foram “Q2 e Q4”, mostrando assim uma menor variabilidade nas respostas. O campo “Q10” tem o maior desvio padrão, indicando uma maior variabilidade nas respostas.

Na Tabela 3 estão apresentadas as correlações dos sinais e sintomas de refluxo gastroesofágico e disfagia na amostra em estudo, segundo a variável sexo.

Tabela 3. Distribuição dos domínios de sinais e sintomas de RGE e disfagia do questionário de acordo com a variável "Sexo".
 João Pessoa, PB, 2020.

	Gênero	Média	DP	Valor de P.
1. Enquanto come o alimento cai da boca?	Masculino	0.11	0.42	0.000*
	Feminino	0.62	0.83	
2. Demora a se alimentar?	Masculino	0.11	0.42	0.000*
	Feminino	0.58	0.79	
3. Recusa-se a comer algum alimento?	Masculino	0.66	0.89	0.179
	Feminino	0.86	0.89	
4. Tem dificuldade de comer algum alimento?	Masculino	0.19	0.44	0.000*
	Feminino	0.66	0.80	
5. Faz muito esforço para comer? Parece cansado depois da refeição?	Masculino	0.15	0.51	0.000*
	Feminino	0.68	0.82	
6. Precisa tomar água para engolir?	Masculino	0.11	0.42	0.000*
	Feminino	0.70	0.92	
7. Tem tosse irritante ou pigarro?	Masculino	0.26	0.57	0.000*
	Feminino	0.76	0.84	
8. Engasga-se com frequência?	Masculino	0.11	0.37	0.000*
	Feminino	0.63	0.82	
9. Perda de peso?	Masculino	0.19	0.53	0.000*
	Feminino	0.69	0.84	
10. Dor ao comer?	Masculino	0.15	0.51	0.000*
	Feminino	0.79	0.97	
11. Queimação? Dor no peito?	Masculino	0.15	0.51	0.000*
	Feminino	0.81	0.96	
12. Excesso de catarro?	Masculino	0.11	0.42	0.000*
	Feminino	0.78	0.95	
13. Queimação?	Masculino	0.21	0.54	0.000*
	Feminino	0.79	0.95	
14. Indigestão?	Masculino	0.19	0.53	0.000*
	Feminino	0.82	0.96	
15. Refluxo?	Masculino	0.19	0.53	0.000*
	Feminino	0.81	0.93	
16. Comida parada na garganta?	Masculino	0.13	0.49	0.000*
	Feminino	0.75	0.96	

Teste *t* para amostras independentes. * Significativo como 0,05. Legenda: DP = desvio padrão.
 Fonte: Autores.

Em relação à comparação das pontuações totais médias no questionário entre os sexos, os resultados mostraram diferença significativa na média observada nos campos em relação ao gênero masculino e feminino apresentaram médias semelhantes $p < 0,05$, com exceção da Q3 na qual a hipótese das médias é igual ($p > 0,05$).

Na Tabela 4 estão apresentadas as correlações entre as médias dos domínios dos sinais e sintomas de refluxo gastroesofágico e disfagia na amostra em estudo, segundo a variável idade.

Tabela 4. Correlação entre a média dos domínios de sinais e sintomas de RGE e disfagia do questionário e a variável "Idade". João Pessoa, PB, 2020.

Domínio	Correlação	Valor de P
1. Enquanto come o alimento cai da boca?	0.118	0.103
2. Demora a se alimentar?	0.130	0.073
3. Recusa-se a comer algum alimento?	0,183	0.011*
4. Tem dificuldade de comer algum alimento?	0,034	0.064
5. Faz muito esforço para comer?	0,090	0.123
Parece cansado depois da refeição?		
6. Precisa tomar água para engolir?	0,104	0.153
7. Tem tosse irritante ou pigarro?	0,099	0.175
8. Engasga-se com frequência?	0,101	0.165
9. Perda de peso?	0,162	0.025*
10. Dor ao comer?	0,138	0.057
11. Queimação? Dor no peito?	0,128	0.077
12. Excesso de catarro?	0,133	0.067
13. Queimação?	0.136	0.061
14. Indigestão?	0,147	0.042
15. Refluxo?	0,130	0.074
16. Comida parada na garganta?	0,104	0.154

Correlação tau de Kendall. *Valores significativos $p < 0.05$. Fonte: Autores.

Os resultados da correlação entre os escores nas 16 perguntas do questionário e idade mostram que existe uma relação entre a pergunta Q3 e Q9, essa relação é expressa de forma positiva, ou seja, quanto maior a idade, maior também o escore desses domínios. O valor foi de (0,011 e 0.025), indicando uma correlação fraca.

4. Discussão

Na Tabela 1, observa-se que há um maior número de mulheres em relação aos homens na ILPI, e essa proporção encontrada se apoia no censo populacional de 2010, na qual 55,5% dos aproximados 21 milhões de idosos no Brasil já eram do sexo feminino. Esta informação está de acordo, com o presente estudo, entretanto, vale ressaltar que uma das instituições, na qual foi realizada a coleta dos dados, só eram permitidas idosas, o que pode justificar esse número bem maior de mulheres.

Um estudo anterior buscou identificar as adaptações de idosos em ILPI e verificou que há diferença em função do sexo. Os idosos do sexo feminino encontram-se mais adaptadas à institucionalização do que os do sexo masculino (Carvalho & Dias, 2011). Outro fator importante é que homens vivem menos anos que mulheres, por isso há mais indivíduos do sexo feminino em instituições (Vallin, 2015).

O tempo de internação nas ILPIs da maioria dos idosos coletados encontra-se de 1 a 10 anos, fato que é compatível com o estudo realizado em 2011. Resultado que é justificado por vários fatores como dificuldade de autocuidado, falta de recursos econômicos, falta de habitação, não ter família, falta de apoio familiar ou o próprio idoso preferir viver na instituição (Carvalho & Dias, 2011).

Ainda na tabela 1, com relação aos laudos encontrados nas ILPIs, Segundo Paulo e Yassuda (2010), o envelhecimento induz o aparecimento de doenças neurodegenerativas com maior incidência para a Doença de Alzheimer. Em um estudo de 2014 foi avaliado o risco de disfagia em idosos com Alzheimer e o resultado mostrou que quanto mais grave o estágio da doença mais

alto será o risco de disfagia (Goes *et al.*, 2014).

Hipóteses indicam que 15% dos idosos apresentam sintomas depressivos e que a depressão seja frequente em idosos residentes em instituições de longa permanência (Coutinho *et al.*, 2003). Entre variados estudos no Brasil, a prevalência de alterações psiquiátricas entre idosos residentes em ILPI, variou entre 32,1% e 80,1% o que vai de encontro com alta porcentagem de idosos com laudos médicos de alteração psiquiatra presente em nosso estudo (Gorzoni & Pires, 2006).

Jacinto *et al.* (2011), citam que a perda da cognição é uma das principais razões para a institucionalização do idoso, já que leva a uma maior dependência. Entretanto, no caso dos idosos institucionalizados, que possuem uma rotina diária, as atividades que exigem muito da memória são escassas, podendo tornar difícil à percepção da ocorrência do declínio cognitivo ocasionando uma lentidão no diagnóstico de uma alteração psíquica (Bertolucci & Minett, 2007).

Na Tabela 2, é possível considerar que a área com maior pontuação média se encontra na questão três, indicando que parte dos idosos recusa-se a comer algum alimento, o que pode ser ocasionado por alguma dificuldade na mastigação e/ou deglutição (Cardoso & Bujes, 2010).

Sabe-se que a alimentação corresponde ao processo pelo qual os organismos assimilam alimentos para a manutenção de suas funções vitais. É realizada pelas estruturas do sistema estomatognático, que sofrem uma debilidade estrutural e fisiológica com o envelhecimento, e cujas funções são dependentes. A perda de elementos dentários, por exemplo, é bastante frequente e contribui de maneira negativa na recusa em comer algum alimento (Bilton, 2000; Lima *et al.*, 2009).

A menor média encontra foi em relação ao alimento cair da boca enquanto come, ou seja, segundo os protocolos a minoria dos idosos apresenta esse escape anterior durante a deglutição. Entretanto, durante o processo de mastigação, a capacidade para controlar o bolo alimentar usualmente é afetada em conformidade com o funcionamento dos músculos da deglutição.

É possível destacar alterações que interferem nesse processo como o vedamento labial ineficiente, movimento ondulatório e de ejeção de língua ineficientes (controle reduzido de língua), modificações que influenciam o tecido mole das bochechas, ausência de dentes, movimento de mandíbula reduzido, porque esses aspectos que podem comprometer o ato de posicionar, preparar, qualificar e mastigar o alimento na cavidade oral, estando relacionados a presença de escape extra e intra-oral (Costa, 1998a, 1998b; Jotz *et al.*, 2009).

A metade dos idosos desse estudo apresentou uma demora em se alimentar, que está relacionada à diminuição do ritmo mastigatório. De acordo com Marchesan (2004), o envelhecimento humano é seguido pela redução da produção de saliva, vagarosidade no processo de mastigação e de deglutição e trânsito do bolo alimentar. Outra modificação fisiológica que ocorre no idoso é o aumento do tempo do estágio oral, que pode estar relacionada à diminuição de força (Fazito *et al.*, 2004), a dificuldade de preparação de o bolo alimentar, ocasionado entre outros fatores, pela perda progressiva dos dentes.

Esta condição prejudica diretamente a etapa mastigatória, podendo levar a recusa alimentar, por parte do idoso, e a dificuldade de mastigar algum alimento que exija esforço muscular maior e a preparação do bolo alimentar adequada (Amaral *et al.*, 2009). Em pesquisa realizada com idosos de duas instituições, sendo uma da rede pública e outra da rede privada de Recife, foi constatado que a maioria dos idosos deu preferência por alimentos macios em ambos os locais (Furkim *et al.*, 2010; Queiroz *et al.*, 2008).

O estudo de Oliveira *et al.* (2014), confirma os achados anteriores, exceto no que diz respeito ao refluxo gastroesofágico, em que o refluxo está presente em quase 50% de sua amostra. Outro problema encontrado na rotina asilar foi que muitos idosos dormiam logo após a refeição, com exceção de duas instituições. Deitar-se após a refeição pode lentificar o trânsito esofágico, o que favorece a ocorrência de refluxo gastroesofágico nessa população (Silva *et al.*, 2005). Caso ocorram episódios repetidos do RGE, pode favorecer o aparecimento de alterações anatômicas como a estenose esofágica (Germain *et al.*, 2006).

O item quatro do questionário investiga a possível dificuldade que idosos sentem em comer algum alimento, 21.98%

possuem essa dificuldade, enquanto 16.23% não. Estudo anterior afirma que o ato de envelhecer provoca distúrbio na deglutição, hipofunção das estruturas do sistema estomatognático, má higienização oral, padrão mastigatório adaptado. Além disso, a maioria dos asilos (brasileiros) não tem condições de ter uma estrutura adequada para tratar do idoso a partir de uma equipe multiprofissional, contando apenas com os atendimentos básicos à saúde, como médico e enfermagem (Santos *et al.*, 2018).

Um estudo realizado em 2012 teve como objetivo avaliar o desempenho de idosos brasileiros no teste de deglutição de 100 ml de água. Os resultados obtidos não apontaram a possível diferença entre o sexo masculino e feminino. O mesmo resultado não concorda com o presente estudo (Moreira & Pereira, 2012).

Observa-se na Tabela 4, que quanto maior a idade, maior o tempo para se alimentar e maior a perda de peso. De uma maneira geral, nota-se que as modificações dos hábitos alimentares que surgem de forma natural e gradativa no idoso, como forma de adaptação às modificações das estruturas estomatognáticas, não são respeitadas pelas instituições asilar. Além disto, é inegável que essa população esteja mais suscetível a descompensação do mecanismo de deglutição, porém conseguem se adaptar a essas mudanças de forma que essas alterações não comprometam a saúde do indivíduo de forma tão grave (Furkim *et al.*, 2010; White *et al.*, 2008). Assim, torna-se possível pensar que a falta de estrutura e preparo dessas instituições podem ocasionar consequências mais importantes para a saúde geral do idoso asilado, quando comparado ao idoso não asilado.

Foram realizadas várias visitas para consultar os prontuários; as pesquisadoras foram informadas sobre vários achados que se situam entre o idoso e uma equipe multiprofissional, uma equipe que ainda apresenta carência de profissionais fonoaudiólogos. Isso explica o porquê de mais da metade das questões pesquisadas possuírem o item “nada consta”. Este fato é um ponto negativo que ao mesmo tempo incentiva o ingresso e importância da fonoaudiologia dentro da equipe multiprofissional em instituições asilar, cujo objetivo seria o melhor e mais completo reestabelecimento da saúde do idoso.

5. Conclusão

Observou-se que os idosos do estudo mostraram uma baixa presença de sintomas de refluxo gastroesofágico, com alguns sinais e sintomas de disfagia associados. Sugere-se mais estudos semelhantes em outros municípios a fim de possibilitar a compreensão da saúde de idosos institucionalizados, especialmente quanto a disfagia e refluxo gastroesofágico. Desse modo será possível planejar melhores ações, capacitar cuidadores e equipes que acompanhem idosos maximizando o cuidado voltado para essa população.

Agradecimentos

Agradecemos as instituições asilares que aceitaram participar deste projeto, oferecendo todo o suporte e disponibilização dos dados necessários.

Referências

- Amaral, A. K. F. J., Silva, H. J., & Cabral, E. D. (2009). Fatores determinantes do tempo de maceração dos alimentos em idosas edêntulas totais. *Rev CEFAC*, 11(3), 398-404. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000700016>
- Bertolucci, P. H. F., & Minett, T. S. C. (2007). Perda de memória e demência. In: Prado, F. C., Ramos, J., & Valle, J. R., organizadores. *Atualização terapêutica*. São Paulo: Artes Médicas, 23ed.
- Bilton, T. L. (2000). *Estudo da dinâmica da deglutição e suas variações associadas ao envelhecimento, avaliadas por videodeglutoesofagograma, em adultos assintomáticos de 20 a 86 ano* (Doutorado em Ciências Radiológicas). – Universidade Federal de São Paulo. 92f.
- Branco, A., & Cunha, M. (2011). Doença do Refluxo Gastroesofágico. In: Rehder, M. I., & Branco, A. organized. *Disfonia e Disfagia. Interface, atualização e prática clínica*. Revinter.
- Burati, D., Duprat, A. D. C., Cláudia, A. E., & Henrique, O. C. (2003). Doença do refluxo gastroesofágico: análise de 157 pacientes. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 69(4), 458-462. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992003000400004>
- Cardoso, M. C. A. F., & Bujes, R. V. A. (2010). A saúde bucal e as funções de mastigação e deglutição nos idosos. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 15(1), 53-67.

<https://doi.org/10.22456/2316-2171.9580>

- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, 40(16), 161-184.
- Costa, M. M. B. (1998a). Dinâmica da deglutição: fase oral e faríngea. In: Costa, M. M. B., Lemme, E. M. O., & Koch, H. A. *Deglutição e disfagia abordagem multidisciplinar* (pp. 1-11). Rio de Janeiro: Paedo.
- Costa, M. M. B. (1998b). Avaliação videofluoroscópica do significado funcional da epiglote no homem adulto. *Arq Gastroenterol*, 35(3), 164-174.
- Coutinho, M. P. L., Gontíes, B., Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteiras: representações sociais entre crianças e idosos. *PSICOL USF*, 8(2), 182-91. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000200010>
- Farahat, M. (2012). Validity and reliability of voice handicap index-10. *Saudi J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*, 14(1), 11-18. <https://doi.org/10.4103/1319-8491.274765>
- Fazito, L. T., Perim, J. V., & Di Ninno, C. Q. M. S. (2004). Comparação das queixas alimentares de idosos com e sem prótese dentária. *Rev. CEFAC*, 6(2), 143-150.
- Feijó, A. V., & Rieder, C. R. M. (2004). Distúrbios da Deglutição em Idosos. In: Jacobi, J. S., Levy, D. S., & Silva, L. M. C. *Disfagia: avaliação e tratamento* (pp. 225-231). Rio de Janeiro: Revinter.
- Furkim, A. M., Silvana, T. D., Hildebrand, P. T., & Rodrigues, K. A. (2010). A instituição asilar como fator potencializador da disfagia. *Rev CEFAC*, 12(6), 954-963. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462010000600006>
- Germain, I., Dufresne, T., & Gray-Donald, K. (2006). A novel dysphagia diet improves the nutrient intake of institutionalized elders. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(10), 1614–1623. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.07.008>
- Goes, V. F., Mello-Carpes, P. B., De Oliveira, L. O., Hack, J., Magro, M., & Bonini, J. S. (2014). Avaliação do risco de disfagia, estado nutricional e ingestão calórica em idosos com Alzheimer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(2), 317-324. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3252.2418>
- Gorzoni, M. L., & Pires, S. L. (2006). Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Rev. Psiq. Clín*, 33(1), 18-23. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000100003>
- Gurski, R. R., Rosa, A. R. P., Valle, E., Borba, M. A., & Valiati, A. A. (2006). Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico (Extrasophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease). *J Bras Pneumol*, 32(2), 150-160. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000200011>
- Henderson, R. D., Woolf, C., & Marryatt, G. (1976). Pharyngoesophageal dysphagia and gastroesophageal reflux. *The Laryngoscope*, 86(10), 1531–1539. <https://doi.org/10.1288/00005537-197610000-00007>
- Jacinto, A. F., Brucki, S., Porto, C. S., Martins, M. A., & Nitrini, R. (2011). Detection of cognitive impairment in the elderly by general internists in Brazil. *Clinics*, 66(8), 1379-1384. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322011000800012>
- Jotz, G. P., Angelis, E. C., & Barros, A. P. (2009). *Tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança*. Revinter.
- 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 fonarticulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev CEFAC*, 11(3), 405-422. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000700017>
- Macedo, E. D. F., Gomes, G. F., & Furkim, A. M. (2000). *Manual de cuidados do paciente com disfagia*. Lovise LTDA.
- Magalhães, H. V. J. (2018). *Evidências de validades do questionário autorreferido para rastreamento de disfagia orofaríngea em idosos – RaDI*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 148f. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/25636>
- Marchesan, I. Q. (2004). Distúrbios da motricidade oral. In: Russo, I. P. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade* (pp. 83-99). Revinter.
- Marinho, L. M., Vieira, M. A., Costa, S. D. M., & Andrade, J. M. O. (2013). Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Gaúcha Enferm*, 34(1), 104-110. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100013>
- Moraes, J. F., Ceconello, I., Gama-Rodrigues, J., Castro, L., Henry, M. A., Meneghelli, U. G., Quigley, E., & Brazilian Consensus Group. (2002). Brazilian consensus on gastroesophageal reflux disease: proposals for assessment, classification, and management. *The American journal of gastroenterology*, 97(2), 241–248. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2002.05476.x>
- Moreira, G. M. M., & Pereira, S. R. M. (2012). Desempenho de idosos brasileiros no teste de deglutição de 100 ml de água. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.*, 17(1), 9-14. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000100004>
- Oliveira, B. S. D., Delgado, S. E., & Brescovici, S. M. (2014). Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 17(3), 575-587. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13065>
- Oliveira, S. S., Santos, I. D. S. D., Silva, J. F. P. D., & Machado, E. C. (2005). Prevalência e fatores associados a doença do refluxo gastroesofágico. *Arq Gastroenterol*, 42(2), 116-121. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032005000200010>
- Paulo, D. L. V., & Yassuda, M. S. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiq Clín*, 37(1), 23-26. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100005>
- Queiroz, C. M., Rezende, C. M., Molena, C. C. L., Denardin, O. V. P., & Rapoport, A. (2008). Avaliação da condição periodontal no idoso. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 37(3), 156-159.

Romanowski, F. N. A., Castro, M. B., & Neris, N. W. (2019). *Manual de tipos de estudo* (Produção técnica do programa de pós-graduação em odontologia) – Centro Universitário de Anápolis. 39f.

Santos, B. P., Cunha Andrade, M. G., Silva, R. O., & Menezes, E. D. C. (2018). Disfagia no idoso em instituições de longa permanência-revisão sistemática da literatura. *Revista CEFAC*, 20(1), 123-130. <https://doi.org/10.1590/1982-021620182013817>

Silva, F. M. L., Neves, S. R. P. C., & Silva, M. M. M. L. (2005). Processo de envelhecimento e suas alterações nos diversos sistemas orgânicos. *J. Bras. Med*, 88(4), 34-40.

Trindade, A. P. N. T., Barboza, M. A., Oliveira, F. B., & Borges, A. P. O. (2013). Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioter Mov*, 26(2), 281-289. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000200005>

Vallin, J. (2015). Mortalidade, sexo e gênero. *Séries Demográficas*, 2, 15-54.

White, G. N., O'Rourke, F., Ong, B. S., Cordato, D. J., & Chan, D. K. Y. (2008). Dysphagia: causes, assessment, treatment and management. *Geriatrics*, 63(5), 15-20.