



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
GERONTOLOGIA



DIVANY GUEDES PEREIRA DA CUNHA

**VÍDEO PARA CUIDADORES DE IDOSOS: ASPECTOS DA ALIMENTAÇÃO E
COMUNICAÇÃO**

João Pessoa-PB

2018

DIVANY GUEDES PEREIRA DA CUNHA

VÍDEO PARA CUIDADORES DE IDOSOS: ASPECTOS DA ALIMENTAÇÃO E
COMUNICAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Linha de Pesquisa: Envelhecimento e Tecnologia Inovadoras para o Cuidado à Pessoa Idosa.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Karênina de Freitas Jordão do Amaral

João Pessoa-PB

2018

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C972v Cunha, Divany Guedes Pereira da.

Vídeo para cuidadores de idosos: aspectos da
alimentação e comunicação / Divany Guedes Pereira da
Cunha. - João Pessoa, 2018.

90 f. : il.

Orientação: Ana Karênina de Freitas Jordão do Amaral.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Gerontologia. 2. Instituições- idosos. 3. Disfagia
em idosos. 4. Cuidadores de idosos- orientações
fonoaudiológica. 5. Comunicação do idoso. I. Amaral,
Ana Karênina de Freitas Jordão do. II. Título.

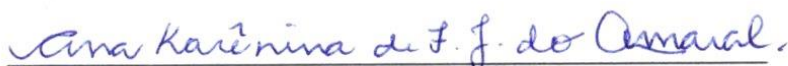
UFPB/BC

DIVANY GUEDES PEREIRA DA CUNHA
VÍDEO PARA CUIDADORES DE IDOSOS: ASPECTOS DA ALIMENTAÇÃO E
COMUNICAÇÃO

Dissertação apresentada e submetida à
avaliação da comissão julgadora como
requisito para a obtenção do título de
Mestre do Programa de Mestrado
Profissional em Gerontologia da
Universidade Federal da Paraíba.

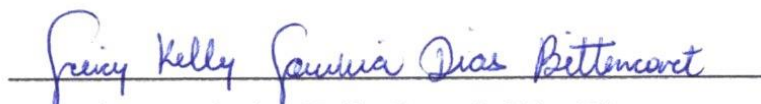
Aprovada em: 30 de Janeiro de 2018

COMISSÃO JULGADORA



Profª. Dra. Ana Karênina de Freitas Jordão do Amaral

Orientadora – PMPG/UFPB



Profª. Dra. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt

Membro interno titular – PMPG/UFPB



Prof. Dr. Giorvan Anderson dos Santos Alves

Membro externo titular – Departamento de Fonoaudiologia/UFPB

Profª. Dra. Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge

Membro interno suplente – PMPG/UFPB

Profª. Dra. Luciane Spinelli de Figueiredo Pessoa

Membro externo suplente – Departamento de Fonoaudiologia/UFPB

Dedico esta dissertação a quem sonhou junto comigo, acreditou, rezou e comemorou a aprovação deste mestrado: minha mãe Cleide. Sinto seu apoio e sua presença nesta fase da minha vida, mesmo estando em outro plano espiritual.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ser presença constante em minha vida, por ter dado força, coragem e permitido a realização de mais um sonho.

Aos meus orientadores Ana Karênina e Giorvan Ânderson pela dedicação, disponibilidade demonstrada e valiosas contribuições.

A todos os docentes do programa do mestrado, pelos ensinamentos e contribuições para realização deste trabalho.

Aos amigos do mestrado pela amizade construída, apoio nos momentos difíceis e gratificantes momentos de estudos.

Aos amigos do NELF (Núcleo de Estudos em Linguagem e Funções Estomatognáticas) pelo aprendizado e ampliação dos conhecimentos.

Aos cuidadores de idosos pela ativa participação na pesquisa.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para concretização desta pesquisa.

Agradeço a Rafaela Gambarra e a Larissa Nadjara pelas valiosas contribuições no meu estudo.

As amigas fonoaudiólogas do HULW em especial agradeço a Priscilla Gambarra pelo incentivo na realização deste mestrado.

Ao meu filho, Davi, e ao meu esposo, Júnior, pela paciência, carinho e compreensão dos momentos ausentes. Agradeço a vocês, meus amores, por terem sido minha fortaleza nessa caminhada.

A minha família, tios, primos pelo apoio em todos os momentos de minha vida.

CUNHA, Divany Guedes Pereira. **Vídeo para Cuidadores de Idosos: aspectos da alimentação e comunicação**. 89f. (Dissertação) Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2018.

RESUMO

Introdução: O Brasil vem passando por mudanças no seu perfil demográfico em virtude da redução da taxa de mortalidade e do aumento da expectativa de vida. O Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento registrou que o número de pessoas com mais de 60 anos no país deverá crescer muito mais rápido do que a média internacional. Em virtude disso, tornou-se fundamental investir em estudos sobre o processo de envelhecimento e todo o conteúdo que permeia, inclusive, a orientação direcionada aos cuidadores de idosos. A justificativa deste estudo consiste no fato de que idosos que possuem cuidadores treinados com relação as funções de alimentação e comunicação apresentam prognóstico melhor, sendo tais constatações evidenciadas em atendimentos fonoaudiológicos ambulatoriais. **Objetivos:** 1. Identificar e analisar estudos sobre a disfagia em idosos institucionalizados; 2. Identificar e analisar estudos sobre linguagem e cognição nos idosos; 3. Analisar o conhecimento dos cuidadores formais com relação aos aspectos da alimentação e comunicação da pessoa idosa e elaborar um vídeo com orientações para o cuidador formal. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em quatro instituições de longa permanência, no município de João Pessoa. A amostra correspondeu à população e foi constituída por todos os cuidadores de idosos das instituições, totalizando 34 voluntários. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aprovado pelo nº 2.190.153, de 27 de julho de 2017, CAAE; 67103917.6.0000.5188 **Resultados:** Esta pesquisa originou três artigos. O primeiro, de revisão da literatura sobre a análise dos estudos relacionados a disfagia em instituições de longa permanência, mostrou a existência de risco para a disfagia nesse âmbito como também a falta de conhecimento dos cuidadores em relação as estratégias que minimizam risco de aspiração laríngea. O segundo artigo tratou-se de uma revisão da literatura sobre linguagem e cognição em idosos e os resultados mostraram que o processo de envelhecimento acarreta alterações linguísticas e cognitivas, ressaltando a importância do treino cognitivo para a memória, a linguagem, a comunicação e a socialização da pessoa idosa. O terceiro artigo (original) analisou o conhecimento dos cuidadores de idosos sobre os aspectos de comunicação e de alimentação, constando-se que eles não têm conhecimento sobre as dificuldades de fala, audição, cognição do idoso e das estratégias que facilitam essas funções. Também não mostram conhecer dificuldades de alimentação embora realizem práticas facilitadoras. **Conclusões:** As revisões da literatura mostraram que o processo de envelhecimento está relacionado às disfagias, ao declínio na linguagem e na cognição. Elaborou-se, como produto tecnológico resultante desse estudo, um vídeo para orientar os cuidadores de idosos com relação à alimentação e à comunicação, o que possibilitará melhorias na qualidade de vida dos idosos nas instituições de longa permanência.

DESCRIPTORIOS: Idoso; Fonoaudiologia; Instituição de longa permanência para idosos; disfagia; linguagem; Cuidadores.

CUNHA, Divany Guedes Pereira. **Video for Elderly Caregivers: aspects of food and communication**. 89 p. (Dissertation) Professional Master's Program in Gerontology - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2018.

ABSTRACT

Introduction: Brazil has been undergoing changes in its demographic profile due to the reduction in the rate of mortality and increased life expectancy. The World report on Health and Aging stated that the number of people aged over 60 in the country should grow much faster than the international average. As a result, it has become essential to invest in studies about the aging process and all the content that permeates even the orientation directed to caregivers for the elderly. The rationale of this study consists in the fact that elderly people who have trained caregivers with respect to the roles of power and communication have better prognosis, being such findings evidenced in ambulatory care speech. **Objectives:** 1. Identify and analyze studies on the dysphagia in institutionalized elderly; 2. Identify and analyze studies on language and cognition in the elderly; 3. Analyze the knowledge of formal caregivers with respect to aspects of the power and communication of the elderly person and draw up a video with guidelines for the formal caregiver. **Method:** This is a methodological study of quantitative approach. The research was performed in four long-term institutions, in the municipality of João Pessoa. The sample corresponded to the population and was composed by all caregivers of elderly institutions, totaling 34 volunteers. The project was submitted to the Research Ethics Committee at the Health Sciences Center of the Federal University of Paraíba and approved by N 2,190.153, 27th July, 2017, CAAE; 67103917.6.0000.5188. **Results:** This study originated three articles: two for qualification and one for defense. The first review of the literature on the analysis of the studies related to the dysphagia in long term care institutions, which showed the existence of risk to the dysphagia in this context as well as lack of knowledge of professionals with regard to strategies that minimize the risk of laryngeal aspiration. The second article was a review of the literature on language and cognition in the elderly and the results showed that the aging process entails linguistic and cognitive changes, emphasizing the importance of the cognitive training for memory, language, communication and socialization of the elderly person. . The third article (original) analyzed the knowledge of caregivers of elderly on aspects of communication and power, showing that they are aware of the difficulties of speech, hearing, and cognition of the elderly and of strategies that facilitate these functions. Also has no knowledge of feeding difficulties although performed facilitative practices. **Conclusions:** The reviews of the literature showed that the process of aging is related to dysphagia, declines in language and cognition. The article of defense confirmed the importance of video to guide the caregivers of elderly with respect to power and communication, enabling an improvement in the quality of life in long term care institutions.

DESCRIPTORES: Aged; Speech; Institution of long-term care facilities for the elderly; dysphagia; language; Caregivers.

CUNHA, Divany Guedes Pereira. **Vídeo para Cuidadores de ancianos: aspectos de la alimentación y comunicación.** 89 h. (Disertación) Programa de Maestría Profesional en Gerontología - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2018.

RESUMEN

Introducción: Brasil ha venido experimentando cambios en su perfil demográfico debido a la reducción en la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. El informe mundial sobre la salud y el envejecimiento informó de que el número de personas mayores de 60 años en el país debería crecer mucho más rápidamente que el promedio internacional. Como resultado, se ha convertido en esencial para invertir en estudios sobre el proceso de envejecimiento y todo el contenido que impregna incluso la orientación dirigida a cuidadores de ancianos. La justificación de este estudio consiste en el hecho de que los ancianos que tienen cuidadores capacitados con respecto a las funciones de alimentación y comunicación tienen mejor pronóstico, siendo tales hallazgos evidenciaron en atención fonoaudióloga ambulatoria. **Objetivos:** 1. Identificar y analizar estudios sobre la disfagia en ancianos institucionalizados; 2. Identificar y analizar estudios sobre el lenguaje y la cognición en los ancianos; 3. Analizar el conocimiento de los cuidadores formales con respecto a los aspectos de la alimentación y de la comunicación de la persona anciana y elaborar un vídeo con directrices para el cuidador formal. **Método:** Este es un estudio metodológico del enfoque cuantitativo. La investigación se realizó en cuatro instituciones a largo plazo, en el municipio de João Pessoa. La muestra correspondió a la población y fue compuesta por todos los cuidadores de ancianos, instituciones, totalizando 34 voluntarios. El proyecto fue presentado a la Comisión de Ética en Investigación en el Centro de Ciencias de Salud de la Universidad Federal de Paraíba y aprobado por 2,190.153, 27 de julio de 2017, CAAE; 67103917.6.0000.5188. **Resultados:** Este estudio se originó tres artículos: dos para la calificación y uno para la defensa. La primera revisión de la literatura sobre el análisis de los estudios relacionados con la disfagia en instituciones de cuidado a largo plazo, lo que pone de manifiesto la existencia de riesgo para la disfagia en este contexto así como la falta de conocimiento de los profesionales con respecto a las estrategias que minimizan el riesgo de aspiración laríngea. El segundo artículo es una revisión de la literatura sobre el lenguaje y la cognición en el anciano y los resultados mostraron que el proceso de envejecimiento implica cambios cognitivos y lingüísticos, destacando la importancia de la formación cognitiva de la memoria, el lenguaje, la comunicación y la socialización de la persona de edad. El tercer artículo (original) se analizó el conocimiento de cuidadores de ancianos en los aspectos de comunicación y poder, demostrando que son conscientes de las dificultades del habla, la audición, la cognición de los ancianos y de las estrategias que facilitan estas funciones. Tampoco tiene conocimiento de las dificultades para alimentarse, aunque realice prácticas de facilitación. **Conclusiones:** Las revisiones de la literatura mostraron que el proceso de envejecimiento se relaciona con disfgias, descensos en el lenguaje y la cognición. El artículo de defensa confirmó la importancia del vídeo para guiar a los cuidadores de adultos mayores con respecto a la energía y las comunicaciones, permitiendo una mejora en la calidad de vida en las instituciones de cuidado a largo plazo.

Palabras clave: Adulto mayor; Discurso; Institución de los establecimientos de atención a largo plazo para los ancianos; disfagia; lenguaje; Cuidadores.

LISTA DE QUADROS

Artigo 1

Quadro 1 -Sinais e sintomas nos diferentes momentos da alimentação da pessoa idosa com indicativos de alteração na deglutição	29
--	----

Artigo 2

Quadro 1 -Distribuição dos artigos sobre linguagem e cognição, segundo os autores, o ano de publicação, o periódicos, a amostra e o objetivo, 2007-2016 (n=7)	44
--	----

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1 - Processo de seleção dos artigos pesquisados sobre disfagia em idosos de instituição de longa permanência, de 2007 a 2016.....36

Artigo 2

Figura 2 - Processo de seleção dos artigos relacionados a linguagem e cognição nos idosos, 2007-2016 (n=7).....44

LISTA DE TABELAS

Artigo 3

- Tabela 1** - Distribuição dos cuidadores segundo a sua opinião sobre as dificuldades de comunicação apresentadas pelos idosos. João Pessoa, Paraíba, 2017 (n=34).....56
- Tabela 2** - Distribuição dos cuidadores segundo a ajuda relatada na comunicação dos idosos. João Pessoa, Paraíba, 2017 (n=34) 57
- Tabela 3** - Distribuição dos cuidadores segundo a sua opinião sobre as maiores dificuldades de alimentação encontradas nos idosos. João Pessoa, Paraíba, 2017 (n=34) 57
- Tabela 4** - Distribuição dos cuidadores segundo as suas atitudes para melhorar a alimentação do idoso. João Pessoa, Paraíba, 2017 (n=34).....58
- Tabela 5** - Distribuição dos juízes em relação às cenas do vídeo com orientações para o cuidador formal por meio do script. João Pessoa, Paraíba, 2017 (n=6) 58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADEPT - *Adult Development and Enrichment Program*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BVS - Biblioteca Virtual da Saúde

CBO - Código Brasileira de Ocupações

DA - Doença de Alzheimer

DP - Doença de Parkinson

ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica

LILACS - *Literature Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

NIETI - Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas na Terceira Idade.

ONU - Organização das Nações Unidas

SPSS - *Statistical Package for Social Science*

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	13
1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO.....	16
2.2	DISFAGIA NO IDOSO.....	20
2.3	COMUNICAÇÃO DO IDOSO: aspecto da linguagem nos idosos.....	21
2.3.1	Aspectos cognitivos na terceira idade.....	26
2.4	ORIENTAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS AO PROFISSIONAL CUIDADOR...	27
3	MÉTODO.....	31
3.1	Tipo do Estudo.....	31
3.2	População e Amostra.....	31
3.3	Análise dos Dados.....	32
3.4	Posicionamento Ético da Pesquisadora.....	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
4.1	Artigo 1: Disfagia em Idosos Institucionalizados.....	41
4.2	Artigo 2: Linguagem e Cognição na Pessoa Idosa.....	53
4.3	Artigo 3: Alimentação e Comunicação: vídeo para orientação de cuidadores de idosos.....	66
5	CONCLUSÃO.....	66
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
	APÊNDICES	75
	ANEXOS	81

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro envolve diferentes áreas da saúde, inclusive a fonoaudiologia. Essa área do conhecimento contribui nos aspectos da linguagem, voz, audição e funções estomatognáticas tais como: mastigação, deglutição, respiração e fala, favorecendo para melhora da comunicação e alimentação da pessoa idosa.

O interesse em produzir essa dissertação surgiu da experiência profissional nos atendimentos ambulatoriais nos quais percebi que os idosos que possuíam cuidadores orientados e esclarecidos apresentavam prognóstico melhor. Infelizmente essa realidade ocorria ocasionalmente. Pensando nisso, idealizei um vídeo que pudesse sintetizar as principais orientações para cuidadores de idosos com relação a alimentação e a comunicação.

Esta dissertação está apresentada da seguinte forma: um referencial teórico embasado na literatura pertinente e três artigos, sendo dois artigos de revisão e um artigo original. Os artigos de revisão são intitulados: “Disfagia em idosos institucionalizados” e “Linguagem e cognição na pessoa idosa” e o original intitulado: “Alimentação e comunicação: vídeo para orientação de cuidadores de idosos”.

Como produto final do Mestrado Profissional, preparei um vídeo para cuidadores, fornecendo novas informações com relação ao cuidado nas funções de alimentação e comunicação, com a perspectiva de possibilitar melhora na qualidade de vida dos idosos.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por mudanças no seu perfil demográfico em virtude da redução da taxa de mortalidade e aumento da expectativa de vida. O relatório Mundial de Saúde e envelhecimento registrou que o número de pessoas com mais de 60 anos no país deverá crescer muito mais rápido do que a média internacional. Enquanto a quantidade de idosos vai duplicar no mundo até o ano de 2050, ela quase triplicará no Brasil (SORDI, 2015).

A gerontologia é a ciência que estuda o envelhecimento nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A fonoaudiologia, em interface com a gerontologia, vem integrar a equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista) como um profissional da saúde que visa manter o idoso inserido em suas atividades do cotidiano tais como a comunicação, a alimentação e a socialização, garantindo assim a melhora na qualidade de vida. O fonoaudiólogo é o profissional com graduação plena em fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como no aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz (BRASIL, 1981).

O sistema sensorio motor oral e as suas funções estomatognáticas sofrem modificações com o processo de envelhecimento comprometendo a alimentação da pessoa idosa. Os longevos apresentam dificuldades alimentares em virtude da redução da reserva funcional dos vários órgãos e sistemas do organismo, como deterioração do sistema sensorial e da função motora (ESTRELA; MOTA; ELIAS, 2010). Outra modificação funcional que apresenta é a dificuldade de comunicação e dos aspectos cognitivos visto que sofre influência direta do processo fisiológico do envelhecimento, principalmente quando associado às patologias neurológicas frequentes nessa população. Diante desses comprometimentos, os idosos das instituições de longa permanência necessitam de cuidados que são fornecidos pelo cuidador formal. Este é um profissional contratado pela instituição e necessita ser capacitado para prestar os cuidados adequados e possibilitar melhora na qualidade de vida do idoso residente neste âmbito.

Portanto, este estudo justifica-se pois é evidente que os idosos que possuem cuidadores treinados em relação às funções de alimentação e comunicação apresentam prognóstico melhor, sendo tais observações constatadas em atendimentos fonoaudiológicos ambulatoriais.

O interesse para este estudo surgiu a partir das seguintes questões norteadoras: os cuidadores de idosos das instituições de longa permanência têm conhecimento das

dificuldades de alimentação e comunicação dos idosos. Esses profissionais realizam estratégias que favorecem a alimentação e a comunicação dos idosos?

Desta forma, os objetivos desse estudo são analisar o conhecimento dos cuidadores de idosos com relação a alimentação e a comunicação da pessoa idosa e elaborar um vídeo sobre práticas alimentares e estratégias de comunicação para cuidadores de idosos. Espera-se que o produto final (vídeo) proporcione melhoria na alimentação, socialização e qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO

O Brasil é um país que envelhece rapidamente e apresenta mudanças no perfil demográfico. O aumento da expectativa de vida faz com que deixe de ser um país de jovem. Até 2060, a população com 80 anos ou mais deve somar 19 milhões de pessoas (MARTINS, 2017).

Baseados em dados da Organização das Nações Unidas (ONU) o Brasil terá a 9ª população de idosos do mundo até 2050. Acrescenta-se a isso o levantamento do *Pew Research Center*, dos Estados Unidos, com base na ONU, que mostra que em 2050 o Brasil terá 22,5% de idosos (PINTO; CASTRO, 2014).

As mudanças no perfil demográfico nacional vêm ocorrendo desde 1950 e foram marcadas por quedas nos níveis de natalidade, fecundidade e mortalidade ocasionando aumento da proporção de idosos (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Ainda nesse processo destacam-se a redução de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento no número de doenças crônicas-degenerativas, muitas delas tendo alguns fatores de risco associados às condições de vida em grandes áreas urbanas, como o sedentarismo e o estresse (AZAMBUJA *et al*, 2011).

A transição demográfica não ocorreu de forma simultânea e homogênea ao longo do território brasileiro visto que existem variações nas tendências de crescimento dos segmentos da população jovem, adulta e idosa. Portanto, esse envelhecimento da população brasileira possibilita a reflexão sobre as políticas de saúde aplicadas aos idosos e a ampliação do Sistema Único de Saúde voltado para atenção à saúde da pessoa idosa (CASTIGLIONI, 2012).

O envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo que ocorre durante o curso de vida do homem, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte. Pode ser entendido por meio da dimensão biológica, cronológica e social (POPOV, 2014).

O processo de envelhecimento não é uma doença, mas uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, intelectuais, e ainda, na própria comunicação (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Associado ao processo fisiológico de envelhecimento do ser humano existem patologias que, coadjuvantes a esse processo, ocasionam limitações e incapacidade em áreas como a movimentação, a comunicação, a alimentação e a cognição. Muitas vezes os idosos necessitam de cuidados que podem ser fornecidos por um cuidador que é membro da família ou um cuidador formal. Muitas famílias não assumem tal responsabilidade e, então, cabe ao Estado e ao mercado privado assumir. Uma opção é a instituição de longa permanência dos idosos a qual acolhe essa população, possibilitando o convívio com outros idosos e assumindo as necessidades de moradia, alimentação e cuidados (CAMARANO; KANSO, 2010).

O surgimento de organizações para acolher idosos não é recente. Antes da instituição religiosa, mais precisamente do Cristianismo, os seres humanos agiam por impulsos humanitários que os faziam oferecer socorro aos que não pertenciam ao seu círculo imediato. Existem relatos de formas de “ajuda” aos necessitados normalizadas no Código de Hamurabi e lá já haviam sido estabelecidas algumas normas sobre a ajuda ao desprovido e sobre a ética das relações sociais. Nos séculos XVII e XVIII acreditava-se que os “velhos” desamparados deveriam ser escondido em um espaço isolado da sociedade. Alguns estabelecimentos sociais foram chamados de “instituições totais” para cuidar de idosos, indigentes, loucos e incapazes (BALESTRA, 2015).

No Brasil a origem das instituições de longa permanência está ligada aos asilos, inicialmente dirigidos à população carente que necessitava de abrigo, frutos da caridade cristã diante da ausência de políticas públicas (CAMARANO; KANSO, 2010). Define-se asilo (do grego *ásylos*, pelo latim *asylu*) como casa de assistência social onde são recolhidas, para sustento ou também para educação, as pessoas pobres e desamparadas; como os mendigos, as crianças abandonadas, os órfãos e os velhos. Considera-se ainda asilo o lugar onde ficam isentos da execução das leis, os que a ele recolhem-se. Relaciona-se assim, a ideia de guarita, abrigo e proteção ao local denominado asilo, independente do seu caráter social, político, ou de cuidados às pessoas com dependências físicas e/ou mentais. Devido ao caráter genérico dessa definição outros termos surgiram para denominar locais de assistência aos idosos como, por exemplo: abrigo, lar, casa de repouso e clínica geriátrica. Na busca para padronizar a nomenclatura, tem sido proposta a denominação de instituições de longa permanência para idosos, definindo-as como estabelecimento para o atendimento integral aos idosos, dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem (SBGG, 2008).

O envelhecimento interfere diretamente na saúde dos idosos, comprometendo muitas vezes a sua capacidade mental e física para desempenhar suas atividades e cuidados da vida diária. Muitos desses indivíduos precisam de cuidadores e/ou familiares para auxiliar em suas atividades. As transformações ocorridas na sociedade como a inserção da mulher no mercado de trabalho e o número menor de filhos vem fazendo com que as atribuições para cuidar do idoso não sejam exclusivas da esfera familiar, sendo atendidas por organizações alheias à família (OLIVEIRA; ROZENDO, 2014).

As instituições de longa permanência dos idosos são entidades governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (ANVISA, 2005). As referidas instituições podem ser públicas, privadas, filantrópicas ou mistas e cada uma possui seus critérios de inclusão e exclusão para admitir o idoso. Nas filantrópicas, segundo o Estatuto do Idoso capítulo VIII, artigo 35, o idoso poderá repassar financeiramente à entidade até 70% do benefício previdenciário ou de assistência social, quando estas existirem (BRASIL, 2003). Um estudo realizado nessas instituições, em Minas Gerais, mostrou a real necessidade de expansão da oferta de vaga para o idoso e a importância de repensar a assistência direcionada aos com maior grau de dependência (CAMARGOS, 2014).

Essas entidades possuem regulamento técnico para funcionamento, o qual estabelece as normas gerais de funcionamento e seis indicadores de notificação anual e obrigatória para a avaliação de desempenho e do padrão das instituições de longa permanência (ANVISA, 2005). Esses locais devem prover as necessidades sociais (atividade de lazer e religiosas), emocionais e de assistência à saúde do idoso, com o atendimento multidisciplinar especializado (LEOCÁDIO, 2011), incluindo a presença do fonoaudiólogo, o qual possui competência técnica-científica para obter a melhora nas funções estomatognáticas e na comunicação dos idosos que aí residem.

Cada vez mais estão sendo realizados estudos e pesquisas da fonoaudiologia associada à gerontologia em prol da prevenção e reabilitação das patologias fonoaudiológicas. Considerando os avanços conquistados pela ciência fonoaudiológica e a expressiva produção científica em revistas indexadas e livros, bem como o grande número de pesquisas de graduação, pós-graduação na modalidade de especialização, de mestrado e de doutorado que são desenvolvidos em instituições de ensino das mais diversas regiões do Brasil, o Conselho Federal de Fonoaudiologia por meio da Resolução nº453/2014 reconhece a gerontologia como área de especialidade da fonoaudiologia (BRASIL, 2014). Essa interdisciplinaridade

possibilita numerosos benefícios na área da comunicação e alimentação da pessoa idosa. Consolida-se, assim, mais uma especialidade como área de atuação em Fonoaudiologia que há tantos anos já cumpria o papel reabilitador e promovedor de saúde.

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado (BRASIL, 2008).

O cuidador é considerado aquela pessoa que dedica a tarefa de cuidar de um idoso, que pode ser membro de sua família ou não. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações-CBO sob código 5162, que o define como alguém que baseado nos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, cuida do idoso, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BRASIL, 2008)

A profissão de cuidador de idoso é regulamentada pela Lei 4702/2012 que ressalta a necessidade do cuidador de idosos ter mais de 18 anos com ensino fundamental completo, com aproveitamento, com curso de formação de cuidador de pessoa idosa, de natureza presencial ou semipresencial, conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público federal, estadual ou municipal competente. Inicialmente, foi dispensado da exigência de curso de formação os cuidadores de idoso que estivessem exercendo a função há, no mínimo, dois anos antes da lei entrar em vigor. Esses cuidadores tiveram cinco anos para concluir um curso de formação ou programa de certificação de saberes reconhecido pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2012).

O cuidador de idoso tem como funções ajudar na alimentação, estimular as atividades reabilitadoras e interagir com a equipe terapêutica (MAFFIOLETTI; LOYOLA; NIGRI, 2006). A pessoa contratada para executar essas tarefas é nomeada de cuidador formal, contratado com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição. Deste modo, deve haver uma preparação específica para o desempenho deste papel, estando integrado no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com as competências próprias (CARRILHO, 2012).

Entretanto, a condição de ser cuidador denota uma sobrecarga de trabalho e a falta de informação necessária ao desempenho do cuidado (NASCIMENTO *et al*, 2008). Alguns estudos referem um nível alto de estresse, além da falta do conhecimento adequado para determinadas situações. Diante dessas informações ressalta-se a importância do vídeo educativo objetivando facilitar o acesso às informações referentes as práticas alimentares e

estratégias de comunicação da pessoa idosa. Esse produto tecnológico poderá ser acessado a qualquer momento, nos horários convenientes aos profissionais.

2.2 DISFAGIA NO IDOSO

As disfagias são definidas como comportamentos anormais da deglutição devido as alterações na coordenação, obstrução ou fraqueza da biomecânica dessa função. São descritas de acordo com a sintomatologia, achados clínicos/radiográficos e podem decorrer de alterações encontradas desde a orofaringe até o estômago e do sistema nervoso central e/ou periférico (MANGILLI; MORAES; MEDEIROS, 2012). Podem ser definidas como dificuldades que vão além do ato de nutrir-se e envolvem aspectos emocionais, físicos e socioculturais, podendo acarretar complicações fatais (MARQUES *et al*, 2017).

A disfagia refere-se a uma manifestação clínica de um comprometimento na deglutição, causado por qualquer condição que afete a estrutura e/ou a função de estruturas orais, faríngeas, laríngeas ou esofágicas, alterando o transporte do bolo alimentar ou de saliva da boca até o estômago e que pode levar à diversas consequências orgânicas, sociais e emocionais (DONADELI, 2012). Tais consequências são: aspiração laringo-traqueal, tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares, desidratação, desnutrição, sepse, perda de peso e morte (PIRES *et al*, 2012).

Seus principais sinais e sintomas são diminuição no controle de língua, fraqueza da musculatura facial, aumento no tempo de mastigação e de alimentação, dificuldade para o consumo de consistências alimentares, saída de alimento pelo nariz ou boca, presença de tosse e pneumonias recorrentes (MANGILLI; MORAES; MEDEIROS, 2012). Os autores acrescentam, ainda, os seguintes sinais: engasgos, tosse, falta de ar e mal-estar geral (ESTRELA; MOTA; ELIAS, 2010). Esses, são indicativos de disfagia e podem levar à morte.

Em contrapartida a modificação na deglutição proveniente do processo normal do envelhecimento é conhecida como presbifagia e caracteriza-se por alterações do mecanismo de deglutição em virtude do envelhecimento das fibras nervosas e musculares e degeneração do mecanismo da deglutição (REIS *et al*, 2015). Consiste em modificação na função da deglutição durante o envelhecimento do ser humano; desencadeia uma adaptação ao processo de alimentação e deixa o idoso propenso a desenvolver a disfagia (ACOSTA; CARDOSO, 2012).

Outros aspectos que interferem diretamente na disfagia do idosos são os problemas da mastigação em virtude da diminuição de tônus e força muscular, ausência dos dentes e

próteses dentária mal adaptadas. A ausência dos dentes interfere na coesão do bolo alimentar impossibilitando a deglutição eficiente, prejudicando a alimentação e a nutrição (CARDOSO; BUJES, 2010). Um estudo realizado em uma instituição de longa permanência para idosos em Canoas-RS, analisou o processo de alimentação de idosos institucionalizados. As principais modificações encontradas foram: alteração de tonicidade e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, adaptação da mastigação e deglutição por meio da participação exagerada da musculatura perioral e do ritmo mastigatório lentificado (OLIVEIRA; DELGADO; BRESCOVICI, 2014).

Essa população idosa apresenta alteração nas fases da deglutição. Na fase oral observa-se lentificação na manipulação do alimento e, até mesmo, escape anterior devido à dificuldade de vedamento labial e atraso na ejeção do bolo alimentar sendo devido a diminuição da força da língua (MARCOLINO *et al* 2009). Na fase faríngea observa-se estases alimentares em valéculas, nos recessos piriformes, na parede posterior da faringe, e no vestíbulo laríngeo. Como, também, ausência ou ineficiência dos reflexos de proteção laríngea como tosse e pigarro, penetração laríngea e aspiração traqueal (BUSH *et al*, 2013).

As alterações fisiológicas do processo de deglutição podem ser agravadas quando o idoso possui associada uma patologia neurológica, como: acidente vascular cerebral (AVC), doença de Parkinson e demências. As enfermidades neurológicas causam ruptura do processo neurológico normal e, geralmente, trazem no seu quadro clínico alterações no mecanismo da deglutição (COLA; GATTO, 2011).

A incidência de disfagia orofaríngea pós acidente vascular cerebral é significativa e consiste em alterações no encéfalo, transitórias ou definitivas, do tipo isquêmico e/ou hemorrágico, nas quais um ou mais vasos sanguíneos são envolvidos em um processo patológico (SANTANA; BARROS, 2010). Os idosos acometidos por AVC de acidente vascular cerebral podem apresentar alteração na deglutição comprometendo a alimentação de forma segura e funcional.

Outras patologias neurológicas associadas ao envelhecimento e que ocasionam alteração na capacidade de alimentação são as demências. Dentre as mais frequentes estão a doença de Alzheimer e a demência vascular (WHO, 2006).

2.3 COMUNICAÇÃO DO IDOSO: aspectos da linguagem nos idosos

A comunicação corresponde à emissão e recepção de mensagens verbais e não verbais (CORREIA; MANSUR, 2015). Refere-se a forma como as pessoas relacionam-se entre si,

dividindo e trocando experiências, ideias, sentimentos, informações e modificando mutuamente a sociedade em que estão inseridas, proporcionando a interação social. As modificações na fala ou qualquer alteração da comunicação do idoso, por motivos orgânicos, emocionais ou ambientais, podem deixá-lo isolado do mundo (sem se comunicar) levando-o ao sofrimento (DONADELI, 2012).

O processo de envelhecimento ocasiona alterações fisiológicas na linguagem oral comprometendo a comunicação e a socialização da pessoa idosa. Numerosos estudos nas últimas décadas comprovam a hipótese de que o avanço da idade apresenta uma relação direta na deterioração da linguagem, afetando o vocabulário, a sintaxe e a organização do discurso (ALVES *et al*, 2013). Portanto, os comprometimentos na linguagem podem ocorrer em virtude do processo normal do envelhecimento ou proveniente de comprometimentos do sistema nervoso central, tais como o AVC e as demências.

O AVC consiste em uma síndrome neurológica frequente em adultos, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade em todo mundo (GILES; ROTHWELL, 2008). Pode ser classificado em dois tipos: isquêmico e hemorrágico, sendo o primeiro o tipo mais frequente, atingindo uma taxa de aproximadamente entre 80% e 85% dos casos (MOREIRA *et al*, 2013). A referida patologia pode ocasionar comprometimento na linguagem conhecido como afasia.

A afasia consiste em um comprometimento na fala e/ou na escrita após uma lesão cerebral adquirida e, na maioria dos casos, existem manifestações associadas; tais como: alterações visuais, auditivas, paralisias ou paresias de membros superiores e/ou inferiores, quadros de disartria e/ou apraxia, disfagia, problemas emocionais e sociais (GALLI; OLIVEIRA; DELIBERATO, 2009). Geralmente é dividida em afasia de recepção (sensorial, fluente ou de Wernicke) ou afasia de expressão (motora, não fluente ou Broca). A primeira é ocasionada por um distúrbio na parte posterior do giro temporal superior do hemisfério dominante para a linguagem e caracteriza-se por dificuldade na compreensão de palavras ou no reconhecimento de símbolos auditivos, visuais ou táteis. E a afasia de Broca resulta de um distúrbio na parte dominante frontal esquerda ou área frontoparietal, incluindo a área de Broca e compromete a capacidade de elaborar palavras, embora a compreensão e capacidade de formar conceito estão preservados (HUANG, 2017).

Um estudo retrospectivo por meio da análise dos prontuários dos pacientes atendidos em 5 anos (2002 a 2006) no Núcleo de Investigação e Intervenção Fonoaudiológica em Neuropsicolinguística do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo mostrou que a afasia foi o transtorno de linguagem mais prevalente; o mesmo ocorreu

com disartria em relação à fala. O AVC foi a etiologia neurológica predominante em relação ao número geral de casos avaliados (TALARICO; VENEGAS; ORTIZ, 2011).

Uma pesquisa observacional foi realizada com 22 indivíduos afásicos fluentes com queixas de dificuldade discursiva e que apresentavam alteração de linguagem após acometimento de AVC. Estes foram pareados com indivíduos saudáveis de mesma idade e escolaridade e ambos os grupos foram submetidos a um protocolo de tarefas discursivas orais para a avaliação dos discursos: narrativo, explicativo, convencional e procedural. Nesse estudo concluiu-se que indivíduos afásicos apresentaram maior facilidade no discurso narrativo e maior dificuldade nos demais discursos, porém comparando-os aos que estavam saudáveis apresentaram maior dificuldade em todos os gêneros discursivos orais (MEDEIROS *et al*, 2016).

Os avanços terapêuticos da afasia foram ressaltados em uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), periódicos Capes e *Public Medline* (PubMed) e teve como objetivo resumir o conhecimento científico sobre esse tema. Os resultados mostraram que os tratamentos para afasia descritos na literatura recente não indicam superioridade de uma abordagem terapêutica sobre outra. A maioria dos estudos revisados não apresentava bom grau de generalidade externa, indicando a necessidade de estudos controlados com amostras mais representativas (FONTANESI; SCHMIDT, 2016).

Os idosos também podem ser acometidos pelas demências, que por sua vez ocasionam alterações na linguagem. As demências consistem em deteriorizações cognitivas, físicas e emocionais que interferem na autonomia e na independência do idoso (FRANÇA, 2010).

Portanto, no processo de envelhecimento, a linguagem sofre diversas modificações que interferem nos contextos sociais, emocionais e familiares. Tais comprometimentos podem ser agravados pela ausência de intervenção do profissional fonoaudiólogo ou estimulação do cuidador, que muitas vezes não está capacitado para realizar a estimulação de linguagem. Essa falta de estímulo ocasiona modificações nos mecanismos linguísticos e, conseqüentemente, na comunicação.

O fonoaudiólogo é o profissional que acompanha o processo de envelhecimento, orienta familiares e cuidadores como também realiza a intervenção fonoaudiológica. A reabilitação/manutenção da linguagem deve envolver toda a equipe responsável incluindo o cuidador como também as pessoas que convivem diretamente com o idoso. O objetivo é desenvolver e manter o senso de identidade, transmitir e receber informações para o

autocuidado, criar estratégias para a comunicação, amenizar dificuldades de produção de linguagem e diminuir as dificuldades de compreensão por meio de estratégias orais que incentivem o idoso a melhorar ou adaptar a sua vida às dificuldades apresentadas, evitando o isolamento social, a angústia e a depressão (BILTON; SOARES; VENITES, 2011).

A fala é caracterizada pela atividade de utilizar a linguagem oral recorrendo aos sons e as palavras que sejam comuns a uma comunidade, para que todos possam ser compreendidos (RUA, 2015). Consiste em um comportamento complexo cuja produção requer a contração coordenada de um vasto número de músculos, incluindo os dos lábios, da maxila, da língua, do palato mole, da faringe, da laringe, bem como os músculos da respiração. A contração dessa musculatura é controlada por impulsos nervosos que se originam no córtex cerebral e são transmitidos aos músculos pelas vias motoras (MURDOCH, 2005).

A comunicação do idoso pode se tornar comprometida pela apraxia da fala, definida como um transtorno da articulação no qual há comprometimento da capacidade de programar voluntariamente a posição da musculatura dos órgãos fonoarticulatórios e a sequência de movimentos musculares para a produção de fonemas e palavras (BRANDÃO *et al*, 2011).

A apraxia de fala ou verbal é a incapacidade de produzir as unidades básicas da fala, devido a uma anomalia na iniciação, na coordenação ou na sequência dos movimentos musculares necessários para falar e pode resultar de um AVC, de tumor, de ferimento ou de demência (HUANG, 2017).

A referida patologia de fala pode estar relacionada à doença de Parkinson e constitui uma perda da capacidade de executar movimentos voluntários com um determinado fim, apesar dos sistemas neuromusculares permanecerem intactos. A doença de Parkinson possui sinais motores (bradicinesia, tremor, distúrbios posturais) que influenciam a produção de fala, interferindo, de forma negativa, na expressão comunicativa (PRESOTTO; OLCHEK, 2011).

A doença de Alzheimer consiste em uma patologia que também compromete a fala. Um estudo realizado com noventa pacientes com essa enfermidade, trinta em cada fase da doença (leve, moderada e grave) objetivou identificar as manifestações da apraxia de fala em diferentes estágios da doença e verificar as similaridades entre as suas ocorrências. Os resultados mostraram que na fase leve, as proporções de ensaio, repetição e adição foram semelhantes, assim como a omissão, substituição e autocorreção. Na fase moderada foram semelhantes: repetição, substituição, omissão e adição e autocorreção. Na fase grave, todas as manifestações assemelharam-se, exceto a adição. O erro do tipo adição diferenciou os pacientes em relação às fases da doença. Portanto, os pacientes dos três estágios da doença apresentam diferentes padrões de manifestações práxicas verbais (CERA *et al*, 2011).

Uma revisão integrativa realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde incluindo a MEDLINE identificou uma lacuna com relação a escassez de estudos brasileiros publicados nos últimos dez anos sobre a apraxia de fala no idoso. O referido estudo ressaltou a relação existente entre a apraxia de fala e a população idosa, afirmando que a apraxia de fala pode ser um sinal isolado ou associado às lesões neurológicas e sua gravidade está relacionada à doença degenerativa (ALVES *et al*, 2017).

Um outro comprometimento de fala em idosos é a disartria ou disartrofia e caracteriza-se por sintomas motores que influenciam o padrão vocal, articulatório e de deglutição repercutindo negativamente na sua qualidade de vida, principalmente, em seu contexto social (BARATA *et al*, 2009). Na disartrofia, além do prejuízo da articulação, propriamente dito, existe o envolvimento de uma ou mais funções que participam da fonação como a voz, a entonação, o ritmo de fala, os órgãos fonoarticulatórios e a respiração (BUSH; SANCHEZ; ZACANTI, 2013).

Os idosos acometidos da doença de Parkinson podem apresentar disartria hipocinética ou disartrofia, que se caracteriza por monotonia e redução da intensidade da voz, articulação imprecisa e distúrbio do ritmo (DIAS; LIMONGI, 2003). Uma pesquisa do tipo transversal foi realizada com 25 sujeitos, sendo 13 com doença de Parkinson e 12 com indivíduos neurologicamente sadios objetivando descobrir se as características da fonoarticulação estão relacionadas à doença de Parkinson ou ao processo normal de envelhecimento e investigar o impacto que a disartria acarreta à qualidade de vida desses sujeitos. O resultado mostrou que o grau de modificação da fonoarticulação dos pacientes com Doença de Parkinson assemelha-se aos presentes no processo normal do envelhecimento, com exceção da prosódia e da frequência habitual, que estão relacionadas com o impacto negativo na qualidade de vida dos sujeitos com doença de Parkinson (LIRANI-SILVA; MOURÃO; GOBBI, 2015).

A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) consiste em uma doença neurodegenerativa, de evolução rápida, que também acomete pessoas idosas e paralisa os músculos, conduzindo à morte. Afeta a fala, articulação verbal-oral, voz e respiração, motricidade orofacial e deglutição (AMORIM; ROCHA; ALMEIDA, 2009). Um estudo realizado com 32 sujeitos divididos em grupo controle e grupo estudo objetivou analisar o impacto da disartria na qualidade de vida de pacientes com ELA. A investigação mostrou que a disartria afeta todos os parâmetros da fala avaliados, em graus variados, o que dificulta a comunicação e causa impacto negativo na qualidade de vida dessas pessoas. Portanto torna-se importante a

avaliação e acompanhamento da disartria a fim de prover melhor tratamento e possibilitar inserção social mesmo nas fases avançadas (LEITE NETO; CONSTANTINI, 2017).

Portanto, as alterações de fala podem comprometer a comunicação, a socialização e a qualidade de vida do idoso. Ressalta-se a importância do profissional fonoaudiólogo na avaliação, diagnóstico diferencial e intervenção das patologias de fala objetivando melhora no prognóstico da pessoa idosa.

2.3.1 Aspectos cognitivos na terceira idade

As funções cognitivas são controladas pelo cérebro no qual o córtex pré frontal mantém linhas de comunicação com as demais áreas possibilitando a coordenação e a integração das funções cognitivas e conativas na aprendizagem (FONSECA, 2014). Com o processo fisiológico do envelhecimento a cognição sofre um declínio. A natureza exata destas mudanças, no entanto, não é uma certeza e problemas relacionados à linha que separa este declínio de possibilidades de uma possível demência são muito tênues, principalmente por não haver ainda uma referência consistente frente à demanda nesta faixa etária (ARGIMON, 2006).

A Doença de Alzheimer (DA) é uma patologia (demência) que se caracteriza pela presença de placas amiloides e emaranhados neurofibrilares no cérebro, bem como diminuição geral do cérebro e do número de neurônios (STEELE, 2011). Dentre as demências, essa enfermidade é a mais prevalente entre os idosos, possui um caráter clínico e progressivo levando às perdas de funções cognitivas e tardiamente, também, As funções cognitivas são controladas pelo cérebro no qual o córtex pré frontal mantém linhas de comunicação com as demais áreas possibilitando a coordenação e a integração das funções cognitivas e conativas na aprendizagem de funções motoras (MEDEIROS *et al*, 2015).

Um estudo realizado sobre estimulação cognitiva em idosos com DA, através de cuidadores treinados e supervisionados por enfermeiros objetivou-se conhecer a influência desta modalidade de estimulação cognitiva, como tecnologia de cuidado domiciliar. Os cuidadores e idosos foram beneficiados com a implantação desta estratégia, pois contribuiu para melhorar a compreensão dos cuidadores em relação a dar continuidade à atividade iniciada nas oficinas terapêuticas. Também foi possível identificar melhora da cognição (período de três meses), através do resultado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (CRUZ *et al*, 2015).

A Doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade crônica e progressiva, consequente à degeneração dos neurônios dopaminérgicos da parte compacta da substância negra e que fazem parte de um conjunto de núcleos dispersos na substância branca subcortical (PIEMONTE, 2011). O comprometimento acontece, não apenas do sistema motor do paciente mas, entre outras manifestações, provoca alterações cognitivas que podem estar presentes logo no início da doença. Essas alterações podem progredir com o avançar do tempo, configurando um quadro de demência (MELO; BARBOSA; CARAMELLI, 2007).

Dentre as modalidades não farmacológicas de intervenção para idosos, o treino cognitivo apresenta-se como uma alternativa promissora para atenuar ou retardar os efeitos do envelhecimento sobre a cognição. Alguns estudos apresentam procedimentos de desenvolvimento de um protocolo de treino cognitivo para idosos saudáveis em contexto brasileiro, com a sistematização de exercícios mentais e estratégias cognitivas (GOLINA; FLORES-MENDOZA, 2016).

Diante das explanações percebe-se que as alterações cognitivas podem estar presentes em idosos sem ou com alterações neurológicas comprometendo, significativamente, a redução da qualidade de vida. É importante ressaltar a importância de cuidadores de idosos treinados para estimular os aspectos cognitivos tais como: a atenção, a concentração, a percepção e a memória.

2.4 ORIENTAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS AO PROFISSIONAL CUIDADOR

Os cuidadores de idosos têm papel essencial na melhoria de vida dos idosos visto que sua função é zelar pela saúde, alimentação, comunicação e bem-estar dessa população. O fonoaudiólogo pode contribuir nos aspectos da alimentação e comunicação, por meio de cartilhas, manuais ou vídeos explicativos para o cuidador, como também realizar avaliações e reabilitações fonoaudiológicas.

As orientações com relação a alimentação devem envolver a postura correta do idoso ao se alimentar, um ambiente de alimentação adequado, a importância da identificação dos sinais e sintomas da disfagia, a utilização de consistências alimentares e a realização adequada da manobra de *Heimlich*.

A postura que o idoso deve ficar para se alimentar é sentado ou com o decúbito elevado a 80° ou 90°, caso esteja acamado. Deve-se mantê-lo sentado (ou com o leito elevado) por cerca de 30 minutos após as refeições (DONADELI, 2012). Durante as refeições e cerca de 20 minutos após, ele deve permanecer sentado, com o tronco ereto e a cabeça

erguida.. O local de alimentação deve ser tranquilo e os aparelhos de televisão devem manter-se desligados para não provocar distração.

Outro aspecto importante é o cuidador saber identificar no idoso os sinais da presbifagia / disfagia e, então, encaminhá-lo ao fonoaudiólogo, que realizará a sua avaliação profissional específica, as orientações ao cuidador como também o tratamento fonoterápico, objetivando minimizar as consequências da disfagia.

Os sinais da presbifagia são: a alteração no vedamento labial, a redução da força mastigatória e a redução da elevação laríngea. Essas alterações podem ser agravadas em virtude de problemas bucais como perda de dentes e próteses mal adaptadas, que interferem, diretamente, na mastigação (CASSOL *et al*, 2012). Outro sintoma muito frequente nos idosos é a “sensação de boca seca” ou xerostomia. Esse sintoma pode ocorrer em virtude de hipossalivação e compromete a deglutição e a fala (ABRANTES, 2014). Entre os fatores contribuintes da xerostomia, pode-se citar as medicações para hipertensão, depressão, ansiolíticos, anticolinérgicos, anti-histamínicos; como, também, a terapia radioativa para o tratamento do câncer, que deixa os idosos mais vulneráveis a esse tipo de problema (ROSA *et al*, 2008).

Alguns idosos, especialmente os portadores de doenças crônicas, podem apresentar mecanismo deficiente de sensação de sede o que resulta na diminuição da ingestão de líquidos (ARAÚJO, 2013). Nesses casos, os cuidadores devem oferecer bastante água aos que não possuem disfagia e umidificar a cavidade oral daqueles que apresentam dificuldade na deglutição. O uso de alimentos enriquecidos com líquidos, como purê de batatas, vegetais, mingaus, pudins previnem a desidratação (OLIVEIRA; BRAZ, 2010).

O idoso pode apresentar sinais/sintomas nos diferentes momentos da alimentação (antes, durante, após), indicando alteração na deglutição conforme mostra o Quadro 1.

Seus cuidadores também devem ser orientados pelo fonoaudiólogo com relação às consistências alimentares, visto que algumas são facilitadoras para determinadas dificuldades na deglutição. O fonoaudiólogo deve escolher, criteriosamente, o utensílio mais próximo do funcional, bem como a consistência dos alimentos. O néctar, para maioria dos pacientes, e o mel, para alguns, são as consistências mais seguras pois são mais fáceis de serem controlados na cavidade oral do que o líquido. (FURKIM *et al*, 2015). Outra importante ação do cuidador é saber o que fazer no momento do engasgo, que pode ser encorajar o idoso ao tossir e caso não ocorra a desobstrução realizar a manobra *Heimlich* (LEITÃO *et al*, 2008).

ANTES DA ALIMENTAÇÃO	DURANTE A DEGLUTIÇÃO	APÓS A DEGLUTIÇÃO
Ausência ou diminuição do apetite;	Dificuldade em controlar o alimento na cavidade oral;	Observar se há resíduos de alimentos acumulados na língua, bochechas, lábios ou palato;
Existência de acúmulo de saliva ou secreções na cavidade oral;	Dificuldade de mastigação;	Desconforto respiratório, como dispneia ou falta de ar repentina;
Modificação da dieta de consistências mais pastosa e diminuição da quantidade do alimento;	Tosses e engasgos frequentes;	
Perda de peso repentino;	Movimentos com a cabeça no momento de deglutir;	Pigarros ou tosse frequente após a deglutição;
Resíduos da alimentação anterior na boca;	Sensação de sufocação ou lábios e unhas cianosados;	
	Regurgitação de alimento pelo nariz	
	Regurgitação de alimento já deglutido;	
	Sensação de obstrução na região do pescoço ou tórax	
	Deglutição, muitas vezes, a mesma quantidade de alimentos;	

Fonte: Adaptado de Donadeli, 2012.

Quadro 1 – Sinais e sintomas nos diferentes momentos da alimentação da pessoa idosa com indicativos de alteração na deglutição

Os cuidadores de idosos necessitam ser orientados pelo fonoaudiólogo com relação as estratégias de comunicação que devem ser utilizadas. Para aquele com transtorno de linguagem, o fonoaudiólogo podem: reduzir frases, criar técnicas alternativas de comunicação por meio de figuras e desenhos, repetir palavras que expressem o mesmo sentido; procurar não discutir ou convencer o idoso não partindo para conversas mais complexas e de difícil entendimento ou seja falar de forma simples e clara (DONADELI, 2012).

Aqueles que não conseguem a comunicação oral em virtude de alguma patologia devem ser orientados sobre qual a melhor forma de comunicação alternativa, que pode ser gestos, expressão facial, escrita ou uso de prancha de comunicação. Considerada uma das áreas da Tecnologia Assistiva, a comunicação alternativa consiste em uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (CAT, 2007).

A prancha de comunicação é um tipo de comunicação alternativa que ajuda na comunicação do idosos que não conseguem mais verbalizar. Pode ser confeccionadas com uso

do alfabeto, imagens e palavras usuais, dependendo da escolaridade do idoso (CORREIA; MANSUR, 2015).

Portanto, quando possível o cuidador deve estimular a linguagem oral possibilitando a melhora na comunicação. Quando a oralização não é mais viável a comunicação alternativa torna-se uma eficiente possibilidade de interação com o ambiente.

3 MÉTODO

3.1 Tipo do Estudo

No presente estudo, o tipo de estudo realizado foi o metodológico, que consiste na investigação dos métodos de obtenção, organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Tratam também do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011). O estudo ocorreu em cinco etapas, no intuito de garantir a qualidade e confiabilidade na construção do produto tecnológico proposto.

3.2 População e Amostra

A primeira etapa do estudo consistiu na revisão bibliográfica baseada na literatura especializada por meio de consulta aos artigos científicos. A pesquisa em artigos científicos resultou em dois artigos de revisão integrativa e envolveu os dez últimos anos, nas bases da Biblioteca Virtual da Saúde/BVS incluindo a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* - MEDLINE e a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde- LILACS. Os descritores utilizados no artigo 1 foram: idosos, disfagia, instituição de longa permanência para idosos, comunicação, fonoaudiologia, envelhecimento e no artigo 2: linguagem, cognição, idoso, gerontologia, fonoaudiologia, envelhecimento. Os dados de ambos os artigos foram organizados por meio de uma categorização temática.

A segunda etapa ocorreu após os cuidadores de idosos das instituições filantrópicas de longa permanência aceitarem participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), seguido da aplicação do questionário (APÊNDICE B) à essas pessoas acerca do conhecimento com relação à alimentação e à comunicação dos idosos. Foi realizada visita nas instituições (Vila Vicentina, Casa da Divina Misericórdia, ASPAN- Associação Promocional do Ancião Dr. João Meira de Menezes, Instituição Espírita Nosso Lar) e explicitada a proposta da pesquisa. Essas entidades aceitaram participar da pesquisa e emitiram o termo de anuência (ANEXO A) autorizando-a.

O questionário foi construído a partir das explanações da literatura sobre disfagia, linguagem e cognição referidas pelos autores Mangili; Moraes e Medeiros (2012), Pires *et al* (2012), Donadeli (2012), Cassol *et al* (2012), Estrela; Mota; Elias (2010), Santos *et al* (2013), Couto (2000), Furkim *et al* (2015), Moraes *et al* (2010), outros autores, além da experiência desta pesquisadora.

A amostra foi composta por todos os cuidadores de idosos das instituições, sendo da Vila Vicentina (10 cuidadores), da Casa da Divina Misericórdia (8), da ASPAN- Associação Promocional do Ancião Dr. João Meira de Menezes (6) e da Instituição Espírita Nosso Lar (10 cuidadores), totalizando 34 desses profissionais. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser cuidadores de idosos que trabalham em instituições de longa permanência, de ambos os sexos e possuir ou não o curso de cuidador. Já o critério de exclusão correspondeu aos cuidadores que não aceitaram responder o questionário.

3.3 Análise dos Dados

A terceira etapa consistiu na análise estatística descritiva dos dados por meio da frequência absoluta e percentual e no qual foi realizado o teste de proporções objetivando enfatizar os dados mais relevantes. Após essa análise, o *script* do vídeo foi elaborado pela pesquisadora, no qual são encontradas as seguintes cenas: cena 1. dificuldade de comunicação dos idosos, cena 2. estratégias que facilitam a comunicação dos idosos, cena 3. dificuldade de alimentação, práticas alimentares e cena 4. manobra de *Heimlich*. As referidas cenas tiveram como objetivos: esclarecer ao cuidador as dificuldades de comunicação dos idosos, explanar as estratégias que eles devem utilizar para facilitar a comunicação com o idoso, explicitar os sinais e sintomas da disfagia e a relação entre a deglutição e diferentes consistências alimentares, demonstrar as práticas alimentares aos cuidadores e ensinar a manobra que deve ser realizada no momento do engasgo.

A quarta etapa consistiu na avaliação das cenas do vídeo, por seis (6) juízes especialistas da área (fonoaudiólogos docentes e mestres que atuam nas áreas de disfagia e linguagem) por meio de um *check list* (APÊNDICE C) com as opções: concordo, não concordo e não se aplica.

A quinta etapa consistiu na análise estatística (frequência absoluta e percentual) das sugestões realizadas no *check list* pelos juízes especialistas. O conteúdo foi avaliado pela pesquisadora e as sugestões incluídas no vídeo quando julgadas pertinentes. Após esta fase, foi realizada a edição/editoração do vídeo por um profissional capacitado utilizando recursos da animação gráfica, recursos visuais e auditivos.

3.4 Procedimentos Éticos

É importante ressaltar que essa pesquisa atendeu as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, conforme os preceitos éticos legais. O presente estudo está

inserido no projeto intitulado “POLÍTICAS, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS INOVADORAS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA”, apreciado pelo Colegiado do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia, submetido à avaliação do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e aprovado sob. nº; 2.190.153 de 27 de julho de 2017, CAAE; 67103917.6.0000.5188 (ANEXO B).

Os resultados desta dissertação estão apresentados em três artigos:

4.1 ARTIGO 1: DISFAGIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.

4.2 ARTIGO 2: LINGUAGEM E COGNIÇÃO NA PESSOA IDOSA.

4.3 ARTIGO 3: ALIMENTAÇÃO E COMUNICAÇÃO: VÍDEO PARA ORIENTAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ARTIGO 1:

ISSN: 1981-8963

<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a231686p2181-2187-2018>

Cunha DGP da, Pontes ES, Wanderley RMM et al.

Disfagia em Idosos Institucionalizados.



DISFAGIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DYSPHAGIA IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY DISFAGIA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Divany Guedes Pereira da Cunha¹, Emerson Soares Pontes², Renata Maria Mota Wanderley³, Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt⁴, Giorvan Anderson dos Santos Alves⁵, Ana Karênina de Freitas Jordão do Amaral⁶

RESUMO

Objetivo: analisar artigos relacionados à disfagia em idosos de instituição de longa permanência. **Método:** revisão integrativa realizada nas bases de dados da MEDLINE e LILACS, de abril a maio de 2017. Os critérios de elegibilidade foram textos na forma de artigos científicos originais disponíveis *on-line*, na íntegra, que abordassem a temática nos idiomas português ou inglês, publicados no período de 2007 a 2016. **Resultados:** foram selecionados seis estudos onde emergiram as categorias 1. Condições de alimentação e disfagia em idosos institucionalizados e 2. Relação entre disfagia e drogas psicotrópicas nessa população. **Conclusão:** os estudos mostraram que os idosos residentes em instituições de longa permanência têm risco para a disfagia e que os profissionais que atuam no cuidado ao idoso não têm conhecimento das estratégias de alimentação que minimizam o risco de aspiração. É importante ressaltar que apenas uma instituição possuía o profissional fonoaudiólogo e a importância desse profissional nas orientações com relação à alimentação. **Descritores:** Idosos, Disfagia, Instituição de longa permanência para idosos, Comunicação, Fonoaudiologia, Envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: to analyze articles related to dysphagia in the elderly of long-term institutions. **Method:** integrative review carried out in the MEDLINE and LILACS databases, from April to May 2017. The eligibility criteria were texts in the form of original scientific articles available online, in full, that addressed the subject in Portuguese or English, published in the period from 2007 to 2016. **Results:** six studies were selected where the following categories emerged. 1. Feeding and dysphagia conditions in institutionalized elderly people and 2. Relationship between dysphagia and psychotropic drugs in this population. **Conclusion:** studies have shown that elderly people living in long-term institutions are at risk for dysphagia and that professionals who work in the care of the elderly are not aware of feeding strategies that minimize the risk of aspiration. It is important to emphasize that only one institution had the professional speech-language pathologist and the importance of this professional in the guidelines regarding food. **Descriptors:** Elderly; Dysphagia; Long-Term Institutions For The Elderly; Communication; Speech Therapy; Aging.

RESUMEN

Objetivo: analizar artículos relacionados con disfagia en ancianos de institución de larga permanencia. **Método:** revisión integrativa realizada en las bases de datos de MEDLINE y LILACS, de abril a mayo de 2017. Los criterios de elegibilidad fueron textos en forma de documentos originales disponibles *en línea* en su totalidad, que se refirió al tema en Inglés o portugués, publicada 2007-2016. **Resultados:** se seleccionaron seis estudios, donde surgieron las categorías: 1 Condiciones de alimentación y disfagia en ancianos institucionalizados y 2. Relación entre disfagia y drogas psicotrópicas en esa población. **Conclusión:** los estudios mostraron que los ancianos residentes en instituciones de larga permanencia tienen riesgo para la disfagia y que los profesionales que actúan en el cuidado del anciano no tienen conocimiento de las estrategias de alimentación que minimizan el riesgo de aspiración. Es importante resaltar que sólo una institución poseía el profesional fonoaudiólogo y la importancia de este profesional en las orientaciones con relación a la alimentación. **Descriptores:** Anciano; Trastornos de Deglución; Hogares Para Ancianos; Comunicación; Fonoaudiología; Envejecimiento.

^{1,2}Mestradas, Programa de Mestrado profissional em Gerontologia- Nível Mestrado Profissional, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: renata-mota@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4856-0886>; E-mail: divany.pereira@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0114-7840>; ³Fonoaudiólogo (egresso), Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: Emerson-soares21@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8455-016x>; ⁴Doutora, Programa de Mestrado em Enfermagem - Nível Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: greicykel@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5287-8171>; ⁵Doutor, Programa de Pós Graduação em Linguística-PROLING - Nível Doutorado, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: anderson_ufrpb@yahoo.com.br. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1619-0139>; ⁶Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF - Nível Doutorado, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: akfjafono@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7470-7717>

INTRODUÇÃO

O envelhecimento mundial é um fenômeno que tem sido muito discutido na última década e o rápido processo de envelhecimento tem sido observado nos países em desenvolvimento como o Brasil.¹ As projeções indicam que, em 2050, a população brasileira será a quinta maior população do planeta, abaixo apenas dos países da Índia, China, Estados Unidos e Indonésia, ou seja, a população brasileira, que era predominante jovem em um passado nem tão distante, apresenta, nos dias atuais, um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade.²

O envelhecimento pode ser considerado mais uma etapa do desenvolvimento normal do indivíduo. Todo esse processo dinâmico e gradativo é marcado por alterações funcionais, bioquímicas, morfológicas e psicossociais deixando o organismo mais suscetível às agressões extrínsecas e intrínsecas, o que interfere diretamente na função de adaptação do ser humano ao seu ambiente, repercutindo no estilo e na qualidade de vida dessa população.³

A estrutura familiar sofre as consequências do envelhecimento visto que, muitas vezes, por motivos financeiros, emocionais, dentre outros, a família não tem condições de assumir os cuidados de uma pessoa idosa e, então, as instituições de longa permanência se tornam uma opção viável para assumir os cuidados necessários. Essas instituições podem ser consideradas uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família, quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias e que necessitem de cuidados prolongados.⁴

As funções orais relacionadas à fonoaudiologia, tais como a mastigação, a deglutição e a fala, sofrem influência do envelhecimento comprometendo a alimentação de forma segura e funcional. As dificuldades na deglutição são conhecidas como disfagias e podem ocasionar desnutrição e desidratação.

OBJETIVO

- Analisar artigos relacionados à disfagia em idosos de instituição de longa permanência.

MÉTODO

Revisão integrativa⁵ em que foi elaborada a pergunta norteadora: os idosos das instituições de longa permanência têm risco

para a disfagia? O levantamento dos dados foi realizado por meio de consulta ao Portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) incluindo a MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) limitando-se às publicações no intervalo temporal compreendido entre 2007 a 2016.

A busca do material ocorreu nos meses de abril e maio de 2017 considerando os seguintes descritores: idoso, disfagia, instituição de longa permanência para idosos. Para constituir a amostra, foram selecionados como critérios de inclusão: textos no formato de artigos científicos, originais, disponíveis *on-line* na íntegra, que abordassem a temática nos idiomas português ou inglês e publicados no período estabelecido.

Na BVS, utilizando-se a busca integrada, todos os índices e todas as fontes, apareceram 43 textos, sendo utilizado o marcador *booleano* "and" e os descritores acima. Porém, após a filtragem, mediante os critérios de inclusão, foram obtidos 18 textos. Após a leitura dos títulos e resumos, foi suprimida toda publicação baseada nos critérios de exclusão (publicação duplicada, que não correspondia à proposta da pesquisa e que não estava disponível *on-line* na íntegra), restando seis textos. Em seguida, realizou-se a leitura completa dos trabalhos selecionados, sendo as informações organizadas em um instrumento de coleta construído para o trabalho e cujas variáveis foram agrupadas de acordo com os interesses deste estudo.

Nesta pesquisa, adotou-se a prática baseada em evidência na qual o rigor e o delineamento da pesquisa foram classificados de acordo com sete níveis de evidências: nível 1 - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 - evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - evidências provenientes de estudo de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas.⁶

A apresentação dos resultados foi realizada de forma descritiva possibilitando, ao leitor, melhor entendimento da revisão integrativa elaborada. Para a análise e a interpretação dos estudos, foi realizada uma categorização temática: 1 - Condições de alimentação e disfagia em idosos institucionalizados e 2 -

Relação entre disfagia e drogas psicotrópicas nessa população.

RESULTADOS

Inicialmente, procedeu-se à leitura dos títulos dos 43 textos. Segue, abaixo, o fluxograma dos artigos selecionados.

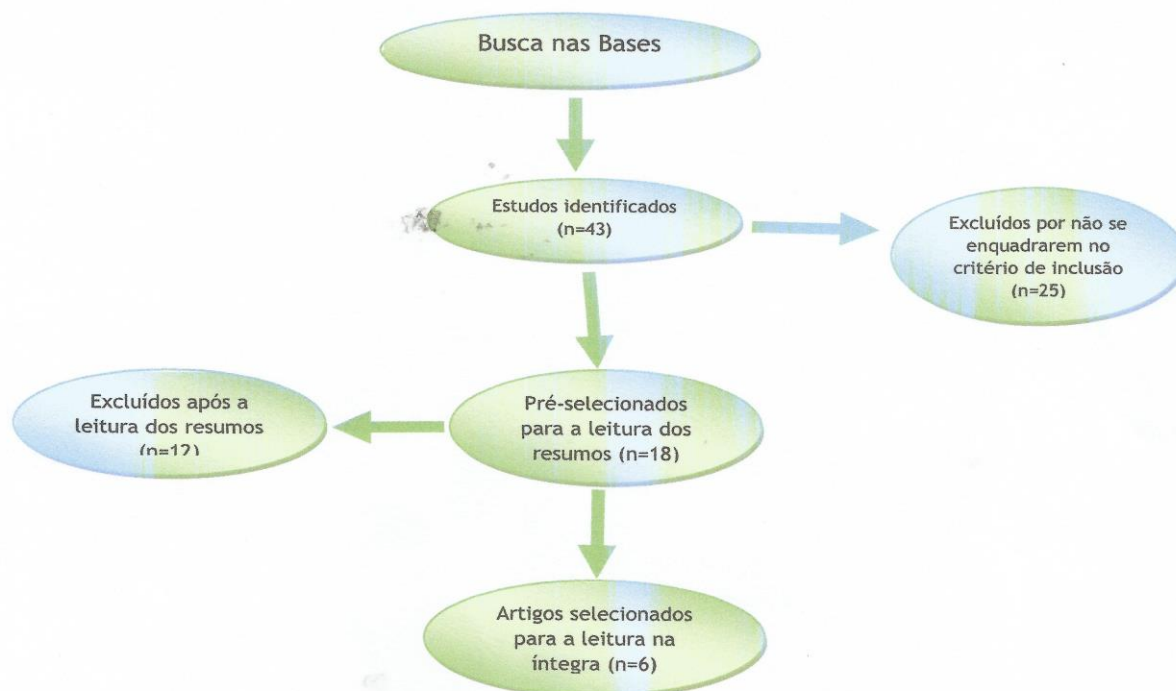


Figura 1. Fluxo do processo de seleção dos artigos pesquisados. João Pessoa (PB), Brasil, 2017.

As informações dos estudos foram sistematizadas e organizadas em instrumento de coleta próprio segundo o título do artigo, autores, ano de publicação, periódicos, amostra, objetivo e nível de evidência, conforme a figura 2.

Título do Artigo	Autor	Ano de Publicação	Periódicos	Amostra	Objetivo	Nível de Evidência
1. Fatores associados a sinais sugestivos de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados	Bomfim et al.	2013	Codas	30	Identificar os fatores associados a sinais sugestivos de disfagia em idosos institucionalizados.	Nível II
2. Avaliação da Função da Deglutição do Idoso em Uso de Medicação Psicotrópica.	Fioravanti et al.	2011	Brazilian Journal of Otorhinolaryngology	47	Observar o efeito dos neurolépticos sobre a deglutição de idosos institucionalizados.	Nível II
3. Descrição da Dinâmica de Alimentação de Idosas Institucionalizadas	Roque et al.	2010	Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	30	Descrever a dinâmica alimentar de idosos institucionalizados no que se refere aos aspectos clínicos de deglutição, cognitivos, comportamentais e ambientais ligados à alimentação.	Nível II
4. Atrofia Cerebral Grave no Idoso como Fator de Risco para Infecção do Trato Respiratório Inferior.	Okada et al.	2012	Clinical Interventions in aging	51	Examinar a hipótese de que a atrofia cerebral pode representar neurodegeneração, que pode resultar em disfagia e infecção respiratória.	Nível IV
5. Efficacy and Effectiveness as Aspects of Cluster Randomized Trials with Nursing Home Residents: Methodological Insights from a Pneumonia Prevention Trial.	Ness et al.	2012	Journal of Contemporary Clinical Trials	828	Identificar fatores de risco modificáveis para a pneumonia adquirida em casa de repouso.	Nível II
6. Distúrbio da deglutição em residências de idosos: como explicar o problema?	Nogueira, Reis	2013	Clinical Interventions in aging	272	Determinar a prevalência de distúrbios da deglutição em idosos; identificar a relação entre distúrbios de deglutição autopercebidos, funções cognitivas, autonomia e depressão, bem como analisar quais variáveis explicam a pontuação do Autoteste de Disfagia (DST).	Nível II

Figura 2. Título do artigo, autores, ano de publicação, periódicos, amostra, objetivo e nível de evidência. João Pessoa (PB), Brasil, 2017.

DISCUSSÃO

Após a leitura dos artigos, a discussão será apresentada em duas categorias temáticas.

♦ Categoria 1: Condições de alimentação e disfagia em idosos institucionalizados

As dificuldades alimentares são frequentes em instituições de longa permanência, o que aumenta a responsabilidade nos cuidados com esses idosos, frequentemente acometidos por outras incapacidades, sendo a pneumonia aspirativa uma das principais causas de morbimortalidade nessa população, associada à internação constante e de longa estada, tornando a assistência onerosa para a instituição.⁷

A pneumonia por aspiração ocorre quando o líquido ou o alimento não é direcionado ao estômago, mas, sim, para a laringe e, conseqüentemente, para a via aérea inferior. No idoso, essa aspiração ocorre em virtude de o processo de envelhecimento ocasionar modificações nas funções orais de mastigação e deglutição. O distúrbio da deglutição proveniente do envelhecimento é conhecido como presbifagia e caracteriza-se por alterações do mecanismo de deglutição em virtude do envelhecimento das fibras nervosas e musculares e degeneração do mecanismo da deglutição.⁸ A presbifagia consiste em modificações na função da deglutição durante o envelhecimento do ser humano que desencadeia uma adaptação ao processo de alimentação.⁹

No ambiente asilar, pode ocorrer o desconhecimento sobre os fatores de risco para a disfagia e a aspiração, o que aumenta o risco à saúde dos residentes. Isso deve ser considerado visto que grande parte dos episódios de aspiração nos idosos é silenciosa, ou seja, sem sinais clínicos imediatos evidentes como a tosse.¹⁰ Dessa forma, a identificação da disfagia se torna mais difícil nessas instituições e os profissionais cuidadores devem ser treinados para auxiliar na identificação da disfagia e nos cuidados adequados.

A literatura refere que o idoso pode apresentar dificuldade nas funções estomatognáticas de mastigação e deglutição. A ingestão de alimentos no idoso pode ser prejudicada durante a fase oral visto que haverá dificuldade na preparação oral do bolo alimentar ocasionando, entre outros fatores, a perda natural dos dentes e, conseqüentemente, o prejuízo na etapa mastigatória.^{11,12}

Um estudo realizado com idosos de uma instituição de longa permanência mostrou a prevalência das alterações de deglutição, que

foi de 23,3%, sendo observados: resíduos alimentares após a deglutição, tosse durante a alimentação e alteração vocal após a deglutição.¹³ É importante ressaltar que os diagnósticos de demência e Acidente Vascular Cerebral (AVC) estiveram frequentemente associados a essas alterações de deglutição, bem como à assistência requerida para se alimentar.

Outra informação importante trazida no estudo anterior foi com relação ao local de alimentação no qual 16% alimentavam-se na cadeira; 2%, na cadeira de rodas e 12%, na cama. Dentre as idosos que se alimentavam na cama, 41,6% apresentavam inadequação de posicionamento. “Cabeça anteriorizada” foi o aspecto mais comumente alterado, seguido por “escorrega para um lado” e “apoio insuficiente”. O posicionamento adequado é importante na prevenção de aspiração e o idoso deve permanecer sentado, com o tronco ereto e a cabeça erguida. Se forem necessários, suportes devem ser utilizados (almofadas, travesseiros, toalhas) para que a cabeça permaneça erguida.¹⁴

Uma pesquisa realizada com 272 idosos de oito asilos em Portugal buscou determinar a prevalência de distúrbios da deglutição. Com relação à alimentação, 43% dos indivíduos relataram problemas relacionados a essa função e quanto ao autoteste de disfagia, 40% apresentaram sinais de disfagia. Ao teste, 38% revelaram, pelo menos, um sintoma, sendo a voz úmida a mais prevalente. Portanto, essa pesquisa mostrou alta prevalência de sinais de disfagia na população idosa.¹⁵

Com o objetivo de melhorar a alimentação dos idosos, um aspecto importante a ser considerado é a consistência alimentar visto que algumas delas são facilitadoras desse processo. Um estudo realizado em cinco instituições de longa permanência mostrou que três instituições ofereciam alimentação pastosa para todos os idosos mais debilitados. Em uma outra instituição, ocorria a diferenciação de consistência de acordo com a aceitação de cada indivíduo e, na última, oferecia-se a mesma refeição quanto ao tipo de alimento e quantidade para todos os idosos indiscriminadamente, sem haver qualquer restrição alimentar.¹⁶

Já em outra instituição de longa permanência, existia uma resistência no preparo de consistências adequadas para cada idosa, apesar das orientações fonoaudiológicas e nutricionais. Existia uma tendência à oferta da consistência pastosa mesmo para as idosos que tinham condições de deglutir alimentos semissólidos.¹⁷ É

importante ressaltar que o profissional responsável pela avaliação da deglutição e indicação da melhor consistência é o fonoaudiólogo. No entanto, esse estudo mostrou que apenas uma instituição possuía o referido profissional.

Com o objetivo de reduzir a pneumonia aspirativa em idosos, foi realizado um outro estudo com relação à aplicação de clorexidina a 0,05%. O mesmo teve resultado positivo visto que propiciou melhora no estado de higiene oral e condição de saúde bucal e, consequentemente, uma redução no risco de desenvolver pneumonia.¹⁸ A pneumonia aspirativa nas instituições de longa permanência pode ser minimizada e até evitada dependendo dos profissionais que atuam nela junto aos idosos. É importante ressaltar que o profissional fonoaudiólogo atua diretamente na disfagia realizando avaliações, reabilitações e orientações possibilitando a melhora na alimentação e na qualidade de vida da pessoa idosa.

◆ Categoria 2: Relação entre disfagia e drogas psicotrópicas na população idosa

Os idosos podem apresentar comprometimento na deglutição em virtude de patologias neurológicas tais como o acidente vascular cerebral (AVC), a doença de Parkinson e as demências. As doenças neurológicas causam a ruptura do processo neurológico normal e, geralmente, trazem, no seu quadro clínico, alterações no mecanismo da deglutição.¹⁹ Outra patologia que acomete os idosos é a atrofia cerebral cortical, que ocasiona a neurodegeneração e aumenta o risco de disfagia e infecção do trato respiratório inferior.²⁰

Uma possibilidade terapêutica para os idosos com as referidas patologias neurológicas e mentais são os medicamentos psicotrópicos, ansiolíticos, antiepiléticos, dentre outros. Em um estudo realizado com 30 idosos de instituições de longa permanência, o uso de medicamento foi indicado para 83,3% delas. Dentre as medicações mais utilizadas pelas idosas, 53% usavam medicações neuropsiquiátricas, incluindo benzodiazepínicos, anticolinérgicos, antidepressivos, antipsicóticos e neurolépticos, e 53% utilizavam anti-hipertensivos.¹³ É importante ressaltar que, no referido estudo, não houve dados comparativos entre a avaliação da deglutição e o uso de medicamentos psicotrópicos.

Pesquisa realizada com idosas institucionalizadas com e sem sinais sugestivos de disfagia orofaríngea mostrou que, no primeiro grupo, houve maior uso de medicação independentemente da classe de

medicação incluindo-se, mas não se restringindo as que comumente causam disfagia.¹⁷

A literatura refere que os medicamentos utilizados na população idosa são produtores de efeitos adversos quem podem interferir na deglutição podendo gerar disfagia pelo fato de ter, como efeitos colaterais, a depressão da atividade do sistema nervoso central, a redução do tônus da musculatura dos órgãos fonoarticulatórios, a diminuição do estado de alerta, o aumento da possibilidade de xerostomia e o crescimento de bactérias patogênicas ao pulmão se aspiradas.²¹

Um estudo realizado com 47 idosos moradores de instituição de longa permanência avaliou usuários e não usuários, por meio teste clínico funcional da deglutição, sendo observado que não houve diferença significativa entre os dois grupos. Os usuários de neurolépticos mostraram porcentagem maior de deglutições múltiplas, enquanto os não usuários apresentaram porcentagem maior de escape oral. Portanto, nesse estudo, concluiu-se que drogas neurolépticas isoladamente não interferem na deglutição de idosos institucionalizados. No entanto, a interferência dessas medicações, na fase orofaríngea da deglutição, deve ser observada com mais acurácia. São necessárias novas investigações que realizem avaliação detalhada, maior número de idosos, a dose e o tempo de uso dos medicamentos.²²

CONCLUSÃO

Os idosos residentes em instituições de longa permanência têm risco para a disfagia e os profissionais que atuam no cuidado do idoso não têm conhecimento das estratégias de alimentação que minimizam o risco de aspiração. Os artigos também referiram interferência das drogas psicotrópicas na deglutição e a importância de novas pesquisas sobre o tema.

Observou-se que existem estudos com idosos institucionalizados objetivando entender os fatores associados à disfagia e à dinâmica de alimentação dessa população. Espera-se que as instituições de longa permanência priorizem a disfagia, visto que a pneumonia aspirativa é uma das principais causas de morbimortalidade, e incluam o fonoaudiólogo na equipe multiprofissional a fim de capacitar cuidadores de idosos possibilitando uma melhora na qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Garrido R, Menezes PR. Brazil is aging: good and bad news from an

ISSN: 1981-8963

<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a231686p2181-2187-2018>

Cunha DGP da, Pontes ES, Wanderley RMM et al.

Disfagia em Idosos Institucionalizados.

- epidemiological perspective. Rev Bras Psiquiatr. 2002 Apr; 24(1):3-6. Doi: 10.1590/S1516-44462002000500002
2. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Demographic transition: the Brazilian experience. Epidemiol Serv Saúde. 2012 Dec;21(4):539-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>
3. Silva FML, Neves SRPC, Silva MML. Processo de envelhecimento e suas alterações nos diversos sistemas orgânicos. JBM. 2005; 88(4):32-6.
4. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev Bras Estud Popul. 2010 June; 27(1):232-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>
5. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: Passos para sua elaboração. Epidemiol Serv Saúde. 2014 Mar; 23(1):183-4. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>
6. Smeltzer SC, Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
7. Langmore SE, Skarupski KA, Park PS, Fries BE. Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. Dysphagia. 2002; 17(4):298-307. Doi: 10.1007/s00455-002-0072-5.
8. Reis RM, Costa FM, Carneiro JÁ, Vieira MA. The role of the audiologist facing language changes of hearing, balance, speech and swallowing: a literature review. Rev CEFAC. 2015 Jan/Feb;17(1):270-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620158414>
9. Acosta NB, Cardoso MCAF. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. RBCEH. 2012 Jan/Apr; 9(1):143-54. Doi: 10.5335/rbceh.2012.1504.
10. Wakasugi Y, Tohara H, Hattori F, Motohashi Y, Nakane A, Goto S, et al. Screening Test for Silent Aspiration at the bedside. Dysphagia. 2008 Dec; 23(4): 364-70. Doi: 10.1007/s00455-008-9150-7.
11. Amaral AKFJ, Silva HJ, Cabral ED. Determinant factors from edentulous aged women for food maceration time. Rev CEFAC. 2009 Aug;11(Suppl 3):398-404. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009000700016>
12. Humbert ID, Robbins J. Dysphagia in the Elderly. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2008 Nov; 19(4):853-66. Doi: 10.1016/j.pmr.2008.06.002.
13. Roque FP, Bomfim FMS, Chiari BM. Description of the feeding dynamics of institutionalized elderly women. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010;15(2):256-63. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342010000200018>.
14. Silvério CC, Cola PC, Silva RG. As ações educativas para adultos com disfagia orofaríngea. São Paulo: Pulso; 2006.
15. Nogueira D, Reis E. Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained? Clin Interv Aging. 2013; 8:221-7. Doi:10.2147/CIA.S39452.
16. Furkim AN, Duarte ST, Hildebrandt PT, Rodrigues KL. The asylum as worsening factor for dysphagia. Rev CEFAC [Internet]. 2010 Nov/Dec [cited 2018 Jan 21]; 12(6):954-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/06.pdf>
17. Bomfim FMS, Chiari BM, Roque FP. Factors associated to suggestive signs of oropharyngeal dysphagia in institutionalized elderly women. CoDAS. 2013; 25(2):154-63. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013000200011>
18. Hollar V, Maarel-Wierink CVD, Putten GJVD, Swart B, Baat C. Effect of daily application a 0,05% chlorhexidine solution on the incidence of (aspiration) pneumonia in care home residents: design of a multicenter cluster randomized controlled clinical trial. BMJ Open. 2015 Dec;5(12):1-7. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-007889
19. Cola PC, Gatto AR. Doenças neurológicas. In: Rehder MI, Branco A. Disfonia e disfagia. São Paulo: Revinter; 2011.
20. Okada R, Okada T, Okada A, Muramoto H, Katsumo M, Sobue G, et al. Severe brain atrophy in the elderly as a risk factor for lower respiratory tract infection. Clin Interv Aging. 2012; 7:481-7. Doi: 10.2147/CIA.S36289
21. Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, Chen Y, Murray JT, Lopatin D. Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? Dysphagia. 1998; 13(2):69-81. Doi: 10.1007/PL00009559
22. Fioravanti MP, Miyahara FB, Cavallari HH, Bretan O. Avaliação funcional da deglutição do idoso em uso de medicação psicotrópica. Braz J Otorhinolaryngol. 2011 July/Aug;77(4):526-30. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942011000400019>

Submissão: 26/12/2017

Aceito: 22/06/2018

Publicado: 01/08/2018

Correspondência

Divany Guedes Pereira da Cunha
Rua Francisco Brandão, 1520, Ap. 1101
Bairro Manaíra
CEP: 58038-521 – João Pessoa (PB). Brasil

4.2 ARTIGO 2:

Linguagem e Cognição na Pessoa Idosa

Language and Cognition in the Elderly

Lenguaje y Cognición en la persona mayor de edad

Divany Guedes Pereira da Cunha ¹

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar os estudos relacionados a linguagem e a cognição nos idosos. **Método:** trabalho de revisão realizado nas bases de dados do Portal da Biblioteca Virtual de Saúde no período 2007 a 2016 e que seguiu as seguintes etapas: seleção do tema e dos descritores; definição das bases de dados; estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; identificação do resultado da busca; análise e interpretação dos resultados. **Resultados:** Após a leitura dos artigos selecionados, estes foram divididos em duas categorias temáticas: 1- alterações cognitivas e de linguagem associadas ao processo de envelhecimento e 2- importância do treino cognitivo em idosos. **Conclusão:** A revisão mostrou o predomínio dos estudos com relação aos déficits cognitivos comparados aos déficits linguísticos associados ao envelhecimento. Espera-se a realização de mais estudos e pesquisas com relação aos déficits linguísticos na terceira idade, principalmente em instituições de longa permanência de idosos, visto que existem poucas publicações desse tema no referido âmbito.

Descritores: Linguagem, Cognição, Idoso, Cuidadores, Fonoaudiologia, Envelhecimento.

¹ Mestranda em Gerontologia, Programa de Mestrado profissional em Gerontologia- Nível Mestrado Profissional, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: divany.pereira@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, os países passaram por uma transformação que na maioria das vezes iniciou-se com a queda na taxa de mortalidade, seguida da queda da taxa de natalidade, provocando mudanças significativas na estrutura etária populacional.¹ No Brasil as modificações ocorridas nos últimos anos pelas transições demográfica e epidemiológica produziram como efeito, o envelhecimento

populacional.² Este envelhecimento é fato consumado e exige o desenvolvimento de programas e ações capazes de contemplar a promoção da saúde na velhice, visando um processo de envelhecer ativo e participativo, conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde.³

Durante esse processo ocorrem mudanças orgânicas e fisiológicas que podem alterar a linguagem, cognição e, conseqüentemente, a comunicação da pessoa idosa. As modificações cognitivas e comunicativas decorrentes do processo de envelhecimento, bem como os fatores de risco e proteção, possibilitam o desenvolvimento de programas de prevenção favoráveis à manutenção da qualidade de vida.⁴

O conhecimento acerca das alterações de linguagem e cognição nessa população permite a elaboração de estratégias preventivas dos distúrbios de comunicação, diagnóstico precoce de algumas patologias e melhora nos aspectos de socialização. A questão norteadora do estudo consistiu em saber: existe relação entre envelhecimento, linguagem e cognição? O objetivo desta pesquisa foi identificar e analisar os estudos relacionados a linguagem e cognição nos idosos.

MÉTODO

Para realização desse estudo utilizou-se a revisão da literatura que consiste em um agrupamento e análise de vários estudos desenvolvidos mediante diferentes metodologias, que sintetiza os resultados e permite o aprofundamento do tema elencado.

O levantamento dos dados foi realizado por meio de consulta ao Portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) incluindo a *MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)* e *LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)*, limitando-se às publicações do período 2007 a 2016.

A busca do material ocorreu nos meses de junho e julho de 2017, considerando os seguintes descritores: linguagem, cognição, idoso. Para constituir a amostra foram selecionados os trabalhos que atenderam aos seguintes critérios: textos no formato de artigos científicos disponíveis *online* na íntegra, que abordassem a temática no idioma português ou espanhol, publicados no período estabelecido.

A busca foi realizada na BVS, sendo utilizado o marcador booleano “and” e os descritores anteriormente mencionados, resultando em 561 textos. Em seguida foi realizada a filtragem mediante os critérios de inclusão obtendo-se 16 textos. Após a leitura dos títulos e resumos, foi excluída toda publicação duplicada, que não correspondia à proposta da pesquisa e que não estava disponível *on line*, restando 7 textos. Em seguida, realizou-se a leitura dos trabalhos selecionados na íntegra, sendo as informações sistematizadas, visando atender ao objetivo da proposta. A apresentação dos resultados dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada. Para a discussão dos dados foi realizada uma categorização temática: 1- Alterações cognitivas e de linguagem associadas ao processo de envelhecimento e 2. Importância do treino cognitivo em idosos.

RESULTADOS

Inicialmente, procedeu-se à leitura dos títulos dos 561 textos. Segue abaixo o fluxograma da seleção dos artigos selecionados.

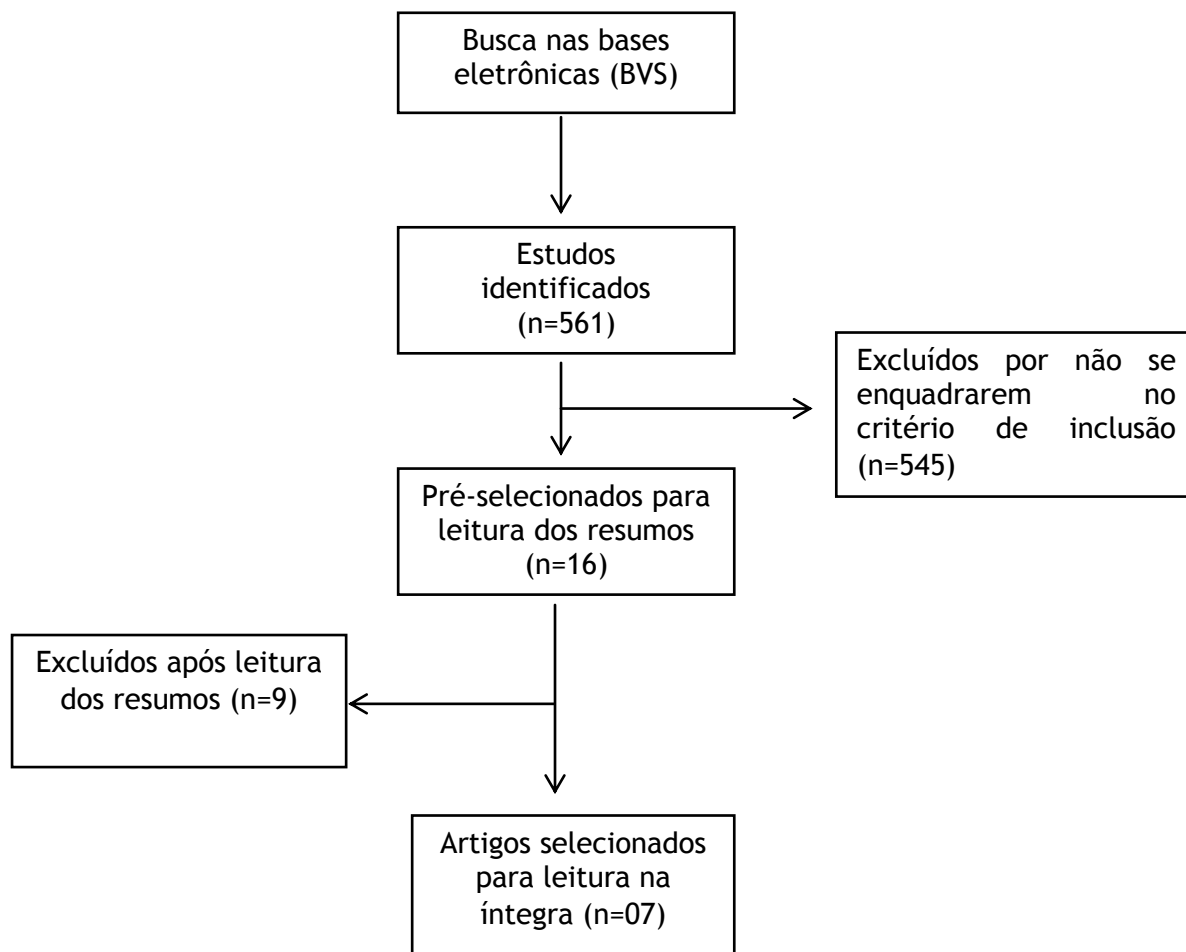


Figura 1: Processo de seleção dos artigos relacionados a linguagem e cognição nos idosos, 2007-2016 (n=7).

As informações dos estudos foram sistematizadas e organizadas segundo título do artigo, autores, ano de publicação, periódicos, amostra e objetivo conforme quadro a seguir.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR	ANO DE PUBLICAÇÃO	PERIÓDICOS	AMOSTRA	OBJETIVO
Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal.	SOUZA <i>et al</i>	2010	CEFAC	50	Analisar as funções cognitivas em idosos no envelhecimento normal e verificar as variáveis como sexo, idade e escolaridade interferem no perfil dessas habilidades
Miniexame do estado mental: capacidade psicométrica e formas de avaliação.	SOUZA <i>et al</i>	2016	Revista de APS- Atenção Primária à Saúde	Não se aplica (revisão)	Realizar uma revisão da literatura, para esclarecimentos das indicações, capacidade psicométrica e formas de avaliação do MEEM (mini exame do estado mental)
Fatores de risco e proteção associados ao declínio cognitivo no envelhecimento: revisão sistemática de literatura.	FORONI; SANTOS	2012	Revista Brasileira Promoção a Saúde	Não se aplica (revisão)	Realizar uma revisão bibliográfica sobre as alterações cognitivas e linguísticas associadas ao processo de envelhecimento, focalizando fatores de risco e proteção.
Estudo longitudinal das habilidades intelectuais de idosos avaliados com a WAIS-III.	MENEZES; NASCIMENTO	2011	Psicologia: Reflexão e Crítica	47	Investigar o desenvolvimento intelectual de idosos em diferentes domínios avaliados pela WAIS- III.
Envelhecimento e letramento: a leitura e a escrita na perspectiva de pessoas com mais de 60 anos de idade.	TORQUATO <i>et al</i>	2011	Psicologia: Reflexão e Crítica	40	Verificar os papéis que práticas de letramento assumem para pessoas com mais de 60 anos.
Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos.	COELHO <i>et al</i>	2012	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	122	Comparar o desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de indivíduos adultos e idosos praticantes de atividade física.
Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis.	IRIGARAY <i>et al</i>	2012	Psicologia: Reflexão e Crítica	76	Verificar os efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis.

Quadro 1: Distribuição dos artigos sobre linguagem e cognição, segundo os autores, o ano de publicação, o periódicos, a amostra e o objetivo, 2007-2016 (n=7).

Fonte: dados da pesquisa, 2017

DISCUSSÃO

Após a leitura dos artigos a discussão foi dividida em duas categorias temáticas. Segue dessa forma, uma breve discussão dos resultados obtidos.

Categoria 1: Alterações cognitivas e de linguagem associadas ao processo de envelhecimento

O aumento do número de idosos na população e as consequências desse fenômeno impulsionaram a expansão do conhecimento das ciências que estudam o envelhecimento humano. Outro aspecto importante foi o esforço crescente da sociedade e do meio acadêmico, por descobertas voltadas para a manutenção da funcionalidade da população mais velha e pela superação de atitudes negativas acerca da velhice.⁵

O processo de envelhecimento ocasiona modificações orgânicas e fisiológicas no indivíduo podendo comprometer funções vitais e inerentes ao ser humano. O processo acarreta alterações físicas, psíquicas e sociais e o declínio biológico natural atinge as pessoas de modo extremamente diverso.⁶

Com o passar do tempo as habilidades de cognição e linguagem podem sofrer alteração; a linguagem espontânea pode se tornar menos precisa e mais repetitiva com o passar do tempo e a presbiacusia fica ressaltada, como causa de prejuízo da compreensão de fala.⁷ Habilidades cognitivas e sofrem declínio com a idade, como a memória de trabalho, a velocidade de pensamento e as habilidades visuoespaciais.

Em decorrência do processo de envelhecimento acarretar modificações cognitivas e comunicativas é importante conhecer os fatores de risco e proteção para as referidas modificações. Um estudo realizado por meio de uma revisão bibliográfica sistemática na *Scielo* e *Pubmed* mostrou uma forte associação entre o declínio cognitivo e a presença de fatores biológicos, tais como sexo, etnia, presença de diabetes, anemia e limitação funcional. Os fatores de riscos psicológicos/comportamentais apontados pelos estudos restringem-se à presença de depressão e ao comportamento de fumar. Já os fatores sociais apareceram nos estudos como condição de proteção. Portanto, os resultados cognitivos positivos

estão associados a um maior nível de escolaridade, participação em atividades sociais e de lazer e à prática de atividades físicas.⁴

Realizou-se um estudo comparativo do desempenho cognitivo de adultos e idosos ativos (que praticavam exercícios físicos) em diferentes níveis de escolaridade. Foi detectado que essa população, em diferentes níveis de escolaridade, apresentam perfil cognitivo similar nos domínios cognitivos, como linguagem, aprendizagem, taxa de esquecimento e funções executivas. Nesse sentido é importante ressaltar a hipótese de que exercícios físicos podem ter proporcionado benefícios nas funções cognitivas e de linguagem dos adultos e idosos que participaram da pesquisa.⁸ A atividade física pode reduzir o risco de problemas vasculares que tendem a piorar o desenvolvimento cognitivo.⁹ A prevalência de deficiência cognitiva é cerca de duas vezes maior em idosos não ativos que nos ativos.¹⁰

O perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal de 50 idosos institucionalizados teve como conclusão que as mulheres têm melhor desempenho nos subtestes que envolvem habilidade de memória. Já em relação à faixa etária, os idosos jovens tiveram melhor desempenho na prova de memória relacionada à evocação quanto à escolaridade, os indivíduos que tiveram um maior grau de instrução obtiveram um melhor desempenho nas habilidades que envolviam linguagem.¹¹

O desempenho intelectual também pode sofrer alteração em virtude do processo de envelhecimento. Estudos relativos a esse desempenho demonstraram que as aptidões cognitivas atingem o seu pico pelos 30 anos, continuam estáveis até a década de 50-60 anos, a partir daí começam a diminuir e essa diminuição acelera-se a partir dos 70 anos.¹²

Um estudo realizado através de imagens de ressonância magnética de alta resolução em 55 idosos verificou a relação entre envelhecimento e volume cerebral por meio de declínios nas densidades de tecido em função da idade nos córtices frontal, parietal e temporal, ou seja, o cérebro perde gradualmente o tecido e apresenta concomitante declínio no desempenho cognitivo.¹³ À medida que se envelhece, a memória pode ir diminuindo na eficiência, mas há a possibilidade de ocorrerem mudanças, por isso, considera-se a memória como o melhor instrumento biológico para se entender o envelhecimento.¹⁴

O desempenho intelectual foi avaliado em Belo Horizonte por meio de idosos saudáveis que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Os idosos jovens tiveram como resultados ganhos nas capacidades de compreensão verbal e linguagem. Já os resultados com idosos-idosos mostraram declínios significativos após 75 anos, sendo os maiores decréscimos observados nas habilidades: organização perceptual, aprendizagem, memória, resolução de problemas e velocidade de processamento, ou seja, os idosos não apresentam declínios nas habilidades intelectual avaliadas até os 74 anos.¹⁵

Portanto, o processo de envelhecimento fisiológico ou patológico ocasiona alterações nos aspectos cognitivos e de linguagem comprometendo a comunicação e socialização da pessoa idosa. É importante a realização de avaliações neuropsicológicas em idosos institucionalizados ou objetivando um diagnóstico e intervenção precoce, com a realização de análises periódicas das funções cognitivas, bem como a inserção de atividades de recreação, sociais e de convivência nas diferentes instituições e comunidades, proporcionado um ambiente estimulador aos idosos.¹¹

Categoria 2: Treino cognitivo em idosos

Uma das estratégias utilizadas para estimular a cognição consiste no treino cognitivo. As pesquisas sobre esse treino iniciaram-se na década de 70 pelo programa ADEPT (*Adult Development and Enrichment Program*) lideradas por *Paul Baltes* e *Sherry Willis* na Universidade de *Penn State*.¹⁶ Nessa época o principal objetivo do programa era tanto avaliar a possibilidade de modificar habilidades que compõem o conceito de inteligência fluida como, também, questionar visões sobre o envelhecimento, no qual se previam apenas a possibilidade de declínio e ausência de ganhos em suas fases tardias. Essas pesquisas pioneiras indicaram um significativo grau de plasticidade na cognição do idoso.¹⁷

Baseado em estudos sobre a cognição, a plasticidade cerebral do idoso e a importância dessas funções na comunicação e socialização, várias pesquisas foram realizadas com relação ao treino cognitivo. Dentre as modalidades não farmacológicas de intervenção para idosos, esse tipo de treino consiste em uma atividade promissora para atenuar ou retardar os efeitos do envelhecimento sobre a cognição.¹⁸

Um estudo realizado em Porto Alegre com idosos entre 60 a 89 anos, autônomos, socialmente ativos e residentes em comunidade analisou os efeitos de um programa de treino de atenção, memória e funções executivas de 12 sessões de 90 minutos cada uma na cognição de idosos saudáveis. Verificou-se que os idosos que receberam a estimulação melhoraram a memória verbal (evocação tardia e reconhecimento), demonstrando a habilidade de adquirir novas informações e usar estratégias para auxiliar a memorização. É importante ressaltar que os referidos treinos estenderam-se para outras funções cognitivas como linguagem, praxia e resolução de problemas, que não eram o foco principal da intervenção, mas que demonstrou a generalização dos benefícios para outras funções não treinadas.¹⁹

Uma outra investigação realizada em uma instituição asilar do Distrito Federal investigou a influência de diferentes treinos cognitivos de memória em idosos institucionalizados. A escolha por esse perfil de idosos justificou-se pela carência de estudos com essa população e a identificação de alguns aspectos que revelem sua condição. Os treinos tinham a duração de 60 minutos e ocorreram duas vezes por semana durante quase quatro semanas. Os resultados do estudo são encorajadores, visto que o programa de treinamento proposto produziu benefícios para idosos institucionalizados. Esta pesquisa corroborou com resultados observados na literatura e, ao mesmo tempo, apontou a possibilidade desses idosos (alfabetizados ou não alfabetizados) serem beneficiados em aspectos cognitivos e emocionais, por meio de treinos cognitivos.²⁰

O treino cognitivo também pode ser realizado por meio de leituras e práticas de exercícios, os quais melhoram o funcionamento cognitivo de idosos e colaboram para a manutenção da boa qualidade de vida e do bem-estar psicológico na velhice.²¹ A leitura tem importante papel no processo de envelhecimento saudável visto que é relevante para trabalhar a cognição. A escrita faz referência tanto ao trabalho motor realizado na produção escrita, como também traz benefícios para o trabalho cognitivo. Portanto, a linguagem escrita insere o idoso em uma sociedade grafocêntrica possibilitando a comunicação, a inserção na sociedade e a independência.³

Além dos benefícios citados do treino cognitivo existem fatores que podem contribuir para melhorar o desempenho cognitivo. A participação em atividades de

lazer, incluindo atividade mental, social e produtiva pode agir como estímulo à cognição, podendo evitar o declínio cognitivo e o desenvolvimento de demências.²²

Diante dessas explicações percebe-se a importância da realização de diferentes estímulos tais como: treino cognitivo, realização de atividades que envolvam leitura e escrita como também inserção do idoso em atividades de lazer objetivando melhora nos aspectos cognitivos, na linguagem e na qualidade de vida desta população.

CONCLUSÃO:

A revisão integrativa mostrou um predomínio dos estudos com relação aos déficits cognitivos comparados aos déficits linguísticos associados ao envelhecimento. Ressaltou que existe relação entre envelhecimento e declínios cognitivos e que pode estar associada aos fatores de risco biológico, psicológico e comportamentais. Os fatores de proteção estão associados a um maior nível de escolaridade, participação em atividades sociais e prática de atividade física.

O estudo também explicitou a importância do treino cognitivo em idosos visto que proporcionará melhores resultados em tarefas de atenção, memória de trabalho, linguagem, dentre outras, contribuindo para a melhora na comunicação, na socialização e na qualidade de vida.

Espera-se da fonoaudiologia a realização de mais estudos e pesquisas com relação aos déficits linguísticos na terceira idade, principalmente em instituições de longa permanência de idosos, visto que existem poucas publicações desse tema no referido âmbito.

REFERÊNCIAS

1. Ávila RI, Machado AM. Transição demográfica brasileira: desafios e oportunidades na educação, no mercado de trabalho e na produtividade. Textos para discussão FEE. 2015; 133:3-23.
2. Souza JGS, Soares LA, Souza TCS, Pereira ARP, Souza AGS. Miniexame do Estado Mental: Capacidade Psicométrica e formas de avaliação. Rev. APS. 2014; 17(1):101-105.

3. Torquato R, Massi G, Santana AP. Envelhecimento e letramento: a leitura e a escrita na perspectiva de pessoas com mais de 60 anos de idade. *Psicol. Reflex. Crit.* 2011; 24(1):89-98. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000100011>.
4. Foroni PM, Santos PL. Fatores de Risco e Proteção associados ao Declínio Cognitivo no Envelhecimento: Revisão Sistemática da Literatura. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2012; 25(3):364-373. Doi: <http://dx.doi.org/10.5020/2267>.
5. Ribeiro PCC. A Psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. *Rev. Interinst. Psicol.* 2015; 8(spe):269-283.
6. Gamburgio LJL, Monteiro MIB. Envelhecimento e linguagem: algumas reflexões sobre aspectos cognitivos na velhice. *Rev Kairós.* 2007; 10(1):35-49
7. Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais.* 2010; 20(1):67-73.
8. Coelho FGM, Vital TM, Novais IP, Costa GA, Stella F, Santos-Galduroz RF. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012; 15(1): 7-15. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100002>.
9. Suzuki M, Umegaki H, Ieda S, Mogi N, Iguchi A. Factors associated with cognitive impairment in elderly patients with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54(3):558-9. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00643_11.x
10. Cavalini LT, Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *Rev. bras. epidemiol.* 2003; 6(1):7-17.
11. Souza, VL, Borges MF, Vitória CMS, Chiappeta ALML. Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. *Rev. CEFAC.* 2010; 12(2):186-192. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009005000056>.

12. Cancela DMG. O processo de envelhecimento. O Portal dos Psicólogos. 2007.
13. Colcombe SJ, Erickson KI, Raz N, Webb AG, Cohen NJ, McAuley E. et al. Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003; 58(2):176-80. Doi: 10.1093/gerona/58.2.M176
14. Oliveira ARR. O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI). *Cuad. Neuropsicol.* 2010; 4(1):31-41.
15. Menezes ACZ, Nascimento E. Estudo Longitudinal das habilidades intelectuais de idosos avaliados com a WAIS-III. *Psicol. Reflex. Crit.* 2011; 24(3):419-428.
16. Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M, Ball K, Elias J, Koepke KM, et al. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA.* 2006; 296(23):2805-2814. Doi: 10.1001 / jama.296.23.2805
17. Silva TBL, Oliveira ACV, Paulo DLV, Malagutti MP, Danzini VMP, Yassuda MS. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(1):65-74. Doi: dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100008.
18. Golino MTS, Flores-Mendoza CE. Desenvolvimento de um programa de treino cognitivo para idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(5):769-785. Doi: dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150144 .
19. Irigaray TQ, Gomes I, Schneider RH. Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis. *Psicol. Reflex. Crit.* 2012; 25(1):182-187. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000100023>.
20. Chariglione IPF, Janczura GA. Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. *Psico-USF*, 2013; 18(1):13-22.

21. Irigaray TQ, Schneider RH, Gomes I. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem estar psicológico de idosos. *Psicol. Reflex. e Crit.* 2011; 24(4): 810-818. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000400022>.
22. Wang HX, Karp MM, Fratiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen Project. *Am J Epidemiol.* 2002; 155(12):1081-7. Doi: [10.1093/aje/155.12.1081](https://doi.org/10.1093/aje/155.12.1081).

4.3 ARTIGO 3:

ALIMENTAÇÃO E COMUNICAÇÃO: VÍDEO PARA ORIENTAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS

ALIMENTACIÓN Y COMUNICACIÓN: VÍDEO PARA ORIENTACIÓN DE CUIDADORES DE IDOSOS

FOOD AND COMMUNICATION: VIDEO FOR ELDERLY CAREGIVERS ORIENTATION

Divany Guedes Pereira da Cunha, Fonoaudióloga. Mestranda em Gerontologia, Programa de Mestrado profissional em Gerontologia, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: divany.pereira@hotmail.com.

RESUMO:

Objetivo: Analisar o conhecimento dos cuidadores formais com relação aos aspectos da alimentação e comunicação da pessoa idosa e elaborar um vídeo com orientações para o cuidador formal. **Método:** Pesquisa do tipo metodológica realizada em instituições de longa permanência para idosos no município de João Pessoa, Paraíba. Tornaram-se participantes 34 cuidadores de idosos. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário construído a partir das explicações da literatura sobre disfagia, linguagem e cognição. Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva por meio da frequência absoluta, percentual e do teste de proporções. Foi elaborado o *script* do vídeo e as cenas avaliadas por 6 juízes. Todos concordaram com as cenas de forma unânime, sendo então o vídeo considerado confiável. Os juízes realizaram sugestões nas cenas e as mesmas foram analisadas por meio da estatística descritiva. Em seguida, foi realizada a edição do vídeo. **Resultados:** Os cuidadores não têm conhecimento das dificuldades de fala, audição, cognição do idoso e das estratégias que facilitam essas funções. Também não mostram conhecer das dificuldades de alimentação dos idosos embora realizem estratégias facilitadoras. Como produto final foi elaborado um vídeo de orientação ao profissional cuidador. **Conclusão:** Ressalta-se a importância do vídeo para orientações com relação a alimentação e comunicação, propiciando melhora na qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada.

Descritores: Idoso; Fonoaudiologia; Instituição de longa permanência para idosos; disfagia; linguagem; cuidadores.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento não é uma doença, mas uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, intelectuais e, ainda, na própria comunicação⁽¹⁾. Associadas ao processo fisiológico de envelhecimento do ser humano existem patologias que, coadjuvadamente a esse processo, ocasionam limitações e incapacidade em diversas áreas: movimento, comunicação, alimentação e cognição.

As transformações ocorridas na sociedade como a inserção da mulher no mercado de trabalho e o número menor de filhos vem provocando mudanças nas atribuições do cuidar da pessoa idosa, que deixam de ser exclusivas da esfera familiar⁽²⁾. Uma opção para o cuidado do idoso consiste na sua inserção nas instituições de longa permanência. Estas instituições são compreendidas como residências coletivas, que atendem tanto aos idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados⁽³⁾.

O cuidador de idoso é um profissional formal, regulamentado pela Lei 4702/2012 e que integra a Classificação Brasileira de Ocupações-CBO sob código 516. Define-se o cuidador como alguém que baseado nos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, cuida do idoso, zelando pelo seu bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer⁽⁴⁾.

Ressalta-se a importância dos cuidados adequados com relação à alimentação e à comunicação do idoso, uma vez que essas funções tornam-se deficitárias com o processo de envelhecimento. E o cuidador formal tem importante função, tanto na identificação dos sinais dos distúrbios da deglutição e da comunicação, como também na realização de estratégias adequadas que facilitem o processo de alimentação e comunicação.

O interesse para este estudo surgiu a partir das seguintes questões norteadoras: os cuidadores de idosos das instituições de longa permanência têm conhecimento das dificuldades de alimentação e de comunicação dos idosos? Esses profissionais realizam estratégias que favorecem a alimentação e a comunicação? O

objetivo desse estudo, foi, portanto, analisar o conhecimento dos cuidadores formais com relação aos aspectos da alimentação e da comunicação da pessoa idosa e elaborar um vídeo com orientações para o cuidador formal.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo metodológica, realizada nas instituições filantrópicas de longa permanência de idosos no município de João Pessoa, Paraíba. Inicialmente foram realizadas visitas às instituições e explicitada a proposta da pesquisa. Quatro instituições aceitaram participar e emitiram o termo de anuência autorizando-a.

O projeto foi submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aprovado, sob parecer nº 2.190.15, de 27 de julho de 2017, CAAE: 67103917.6.0000.5188.

A coleta de dados foi realizada nas instituições de longa permanência, no mês de julho de 2017 e a amostra correspondeu a população, sendo composta por todos os cuidadores de idosos das instituições: instituição “A” (10 cuidadores), “B” (8 cuidadores), “C” (6 cuidadores), “D” (10 cuidadores), totalizando 34 cuidadores formais de idosos. Os critérios de inclusão da amostra foram: cuidadores de idosos que trabalhassem em instituições de longa permanência, tendo realizado ou não o curso de cuidador, de ambos os sexos.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário. O mesmo foi construído a partir das explicações da literatura sobre disfagia, linguagem e cognição referidas pelos autores⁽⁵⁻¹¹⁾.

Para a análise dos dados utilizada foi a estatística descritiva por meio da frequência absoluta e percentual e realizado o teste de proporções objetivando enfatizar os dados mais relevantes. Após essa análise foi elaborado o *script* do vídeo e no qual são encontradas as seguintes cenas: 1. dificuldade de comunicação dos idosos, 2. estratégias que facilitam a comunicação dos idosos, 3. dificuldade de alimentação, 4. práticas alimentares e manobra de *Heimlich*. As referidas cenas tiveram como objetivos, respectivamente: esclarecer ao cuidador as dificuldades de comunicação dos idosos, explicar as estratégias que eles devem utilizar para facilitar a comunicação com o idoso, explicitar os sinais e sintomas da disfagia e a relação entre a deglutição e diferentes consistências alimentares, demonstrar as

práticas alimentares aos cuidadores e ensinar a manobra que deve ser realizada no momento do engasgo.

As cenas foram avaliadas por 6 juízes especialistas da área (fonoaudiólogos docentes e mestres que atuam nas áreas de disfagia e linguagem) por meio de um *check list* com as opções: concordo, não concordo e não se aplica. Esta parte da coleta foi realizada no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018.

Em seguida foi realizada a análise estatística descritiva (frequência absoluta e percentual) das sugestões dos juízes, todas relatadas no *check list*. O conteúdo das sugestões também foi analisado e incluído quando julgado pertinente. Após esta etapa foi editado o vídeo utilizando recursos visuais, auditivos e de animação gráfica.

RESULTADOS

A maior parte dos cuidadores que participaram do estudo são do sexo feminino (n=24), com nível de escolaridade de ensino médio completo (n=10), que passaram por capacitação (n=25). O curso técnico profissional ressaltado pelos cuidadores foi o técnico em enfermagem (n=5) e os cursos de nível superior completo (n=3) foram licenciatura em biologia, fisioterapia e o outro participante não especificou a profissão.

As tabelas de 1 a 4 apresentam a distribuição dos cuidadores em relação à sua opinião sobre as dificuldades de comunicação, frequência de ajuda para comunicação, dificuldades de alimentação e atitudes para melhorar a alimentação dos idosos. E a tabela 5 apresenta a distribuição dos juízes segundo as suas sugestões para as cenas do vídeo por meio do *script*.

Tabela 1: Distribuição dos cuidadores segundo a sua opinião sobre as dificuldades de comunicação apresentadas pelos idosos. João Pessoa, Paraíba, 2017 (n=34).

Variáveis	Respostas dos Cuidadores				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
Ausência de fala	6	17,6	28	82,4	0,0001*
Fala com dificuldade	12	35,3	22	64,7	0,086
Fala sem sentido	13	38,2	21	61,8	0,170
Esquece o que falou	17	50,0	17	50,0	1
Repete a fala várias vezes	17	50,0	17	50,0	1

Dificuldade para ouvir	16	47,1	18	52,9	0,732
Dificuldade de compreensão	10	29,4	24	70,6	0,016*
Dificuldade de memória	7	20,6	27	79,4	0,001*
Repete mesma história	9	26,5	25	73,5	0,006*
Se isola pois não apresenta intenção comunicativa	2	5,9	32	94,1	0,0001*

Teste para proporções; *Valores significativos $p < 0,05$; Fonte: João Pessoa, 2017

Tabela 2: Distribuição dos cuidadores segundo a ajuda relatada na comunicação dos idosos. João Pessoa, Paraíba, 2017 (n=34).

Variáveis	Respostas dos Cuidadores				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
Ignora dificuldades de fala	3	8,8	31	91,2	0,0001*
Corrige os erros de fala do idoso ensinando modelo correto	13	38,2	21	61,8	0,170
Tenta adivinhar o que o idoso quer dizer	22	64,7	12	35,3	0,086
No momento da dificuldade interrompe o idoso e pede para ele recomeçar	9	26,5	25	73,5	0,006*
Fala com o idoso de forma explicada e de frente para ele	14	41,2	20	58,8	0,303
Ajuda a lembrar de fatos	12	38,2	21	61,8	0,170

Teste para proporções; *Valores significativos $p < 0,05$; Fonte: João Pessoa, 2017

Tabela 3: Distribuição dos cuidadores segundo a sua opinião sobre as maiores dificuldades de alimentação encontradas nos idosos. João Pessoa, Paraíba, 2017 (n=34).

Variáveis	Respostas dos Cuidadores				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
Demora muito para mastigar alimentos	17	50,0	17	50,0	1
Dificuldade para engolir líquidos	7	20,6	27	79,4	0,001*
Dificuldade para engolir pastoso	3	8,8	31	91,2	0,0001*
Dificuldade para engolir sólido	8	23,5	26	76,5	0,002*
Engasgos frequentes	19	55,9	15	44,1	0,493
Tosse	8	23,5	26	76,5	0,002*
Alteração do paladar	10	29,4	24	70,6	0,016*
Tempo de alimentação aumentado	14	41,2	20	58,8	0,303

Teste para proporções; *Valores significativos $p < 0,05$; Fonte: João Pessoa, 2017

Tabela 4: Distribuição dos cuidadores segundo as suas atitudes para melhorar a alimentação do idoso. João Pessoa, Paraíba, 2017 (n=34).

Variáveis	Respostas dos Cuidadores				p-valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
Posiciona o idoso sentado	23	67,6	11	32,4	0,040*
Coloca pouco alimento na colher	19	55,9	15	44,1	0,493
Pede para o idoso mastigar bem	21	61,8	13	38,2	0,170
Oferece alimento junto com líquido	7	20,6	27	79,4	0,001*
Oferece alimento machucado	13	38,2	21	61,8	0,170
No momento do engasgo realiza estratégia para ajudar	7	20,6	27	79,4	0,001*

Teste para proporções; *Valores significativos $p < 0,05$; Fonte: João Pessoa, 2017

Tabela 5: Distribuição dos juízes em relação às cenas do vídeo com orientações para o cuidador formal por meio do script. João Pessoa, Paraíba, 2017 (n=6).

Variáveis	Sugestões			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Cena 1	1	16,7	5	83,3
Cena 2	2	33,3	4	66,7
Cena 3	3	50,0	3	50,0
Cena 4	3	50,0	3	50,0
Cena 5	1	16,7	5	83,3

Fonte: João Pessoa, 2017

Com relação aos profissionais que cuidam dos idosos a maioria dos cuidadores referiram os seguintes profissionais: médico (n=29), enfermeiro (n=32), psicólogo (n=26) e fisioterapeuta (n=26).

DISCUSSÃO

A profissão de cuidador de idoso é regulamentada pela Lei 4702/2012 que ressalta que ele deve ter mais de 18 anos, ensino fundamental completo com aproveitamento, curso de formação de cuidador de pessoa idosa, de natureza presencial ou semipresencial, conferido por instituição de ensino reconhecida por

órgão público federal, estadual ou municipal competente. Inicialmente foram dispensados da exigência de curso de formação aqueles cuidadores de idosos que estivessem exercendo a função há, no mínimo, dois anos antes da lei entrar em vigor. Esses cuidadores tiveram o prazo de cinco anos para concluir um curso de formação ou programa de certificação de saberes reconhecido pelo Ministério da Educação⁽¹²⁾.

Percebe-se que os cuidadores das instituições de longa permanência de idosos do município de João Pessoa possuem nível de escolaridade superior à exigida pela lei que regulamenta a profissão. Como também, a maioria desses profissionais já possuem o curso de capacitação para o exercício da função de cuidador.

De acordo com a Tabela 1, os cuidadores relataram que os idosos não apresentam dificuldade de compreensão, memória, perseverança (repetição da mesma história) e não apresentam dificuldade de socialização. A maioria também referiu inexistência de dificuldade de fala e de audição. Tais aspectos não estão de acordo com as explanações da literatura, estudos e pesquisas científicas identificadas.

Alguns estudos nas últimas décadas comprovam a hipótese de que o avanço da idade apresenta uma relação direta na deterioração da linguagem, afetando o vocabulário, a sintaxe e a organização do discurso⁽¹⁰⁾. Uma recente investigação realizada em uma instituição de longa permanência na cidade de Ponta Grossa/Paraná mostrou que a fala, audição e deglutição são os principais distúrbios fonoaudiológicos encontrados nos idosos⁽¹³⁾.

A comunicação também pode ser prejudicada pelo déficit auditivo em virtude da presbiacusia. Esse desgaste fisiológico consiste em uma doença multifatorial caracterizada pela perda progressiva da audição em ambos os ouvidos ao longo da vida e que interfere na comunicação, desempenho social e autoestima. Acredita-se que a hereditariedade e a exposição crônica aos ruídos altos são fatores que contribuem para a referida perda de audição⁽¹⁴⁾. Em virtude da falta de conhecimento do cuidador de idoso com relação aos aspectos da comunicação e envelhecimento elaborou-se uma cena que abordasse tais aspectos. A cena 1, nomeada de “Dificuldade de comunicação dos idosos” tem como objetivo esclarecer ao cuidador as principais dificuldades de comunicação da pessoa idosa.

Diante das dificuldades na linguagem da pessoa idosa percebe-se que o cuidador realiza algumas estratégias que facilitam a comunicação: não ignora as dificuldades de fala, não interrompe o idoso no momento da dificuldade e não corrige erros. Entretanto, é importante ressaltar que ele também utiliza-se de estratégias que não favorecem a comunicação: adivinhar o conteúdo de fala, não falar com idoso de forma explicada e de frente para ele, como também não o ajudar a lembrar-se dos fatos (Tabela 2).

O cuidador pode utilizar as seguintes estratégias para os idosos com transtorno de linguagem: reduzir frases, criar técnicas alternativas de comunicação pelo uso de figuras e desenhos, repetir palavras que expressem o mesmo sentido; procurar não discutir ou convencer o idoso não partindo para conversas mais complexas e de difícil entendimento ou seja, falar de forma simples e clara⁽⁷⁾. Baseado na literatura pertinente, elaborou-se a cena 2 “Estratégias que facilitam a comunicação” com o objetivo de explanar as estratégias que eles devem utilizar para facilitar a comunicação com o idoso. É importante explicitar que o cuidador tem importante função na identificação dos distúrbios de comunicação como também na estimulação da linguagem oral possibilitando melhora na comunicação, independência e socialização da pessoa idosa.

Com base na Tabela 3, constatou-se que os cuidadores de idosos não têm conhecimento dos seguintes aspectos: relação existente entre deglutição e as diferentes consistências alimentares, sinais e sintomas da disfagia e alterações no paladar. A consistência sólida pode ser prejudicada em virtude da diminuição de tônus e força muscular, ausência dos dentes e próteses dentárias mal adaptadas e que interferem diretamente na mastigação. A dificuldade no processo de coesão do bolo alimentar também impossibilita a deglutição eficiente⁽¹⁵⁾. As consistências pastosas são mais seguras pois são mais fáceis de serem controladas na cavidade oral do que as líquidas⁽¹¹⁾. A consistência líquida é mais propensa à penetração laríngea desde adultos saudáveis até os indivíduos com alteração neurológica e os idosos com e sem disfagia⁽⁶⁾.

É importante ressaltar que o profissional fonoaudiólogo é responsável pela indicação da melhor consistência para cada caso, mediante avaliação fonoaudiológica. A prática de utilizar “apenas” o pastoso em virtude da facilidade de controle oral deve ser evitada visto que pode comprometer a nutrição do idoso e privar da possibilidade da vivência de outras consistências. Portanto, o

fonoaudiólogo deve fazer parte da equipe multiprofissional nas instituições de longa permanência promovendo a melhora nas funções estomatognáticas (mastigação/deglutição) e conseqüentemente, na qualidade de vida da pessoa idosa.

Nesta pesquisa, os cuidadores referiram que a tosse e o tempo aumentado de alimentação não são considerados sinais da disfagia. A literatura refere os principais sinais e sintomas da disfagia como: diminuição no controle de língua, fraqueza da musculatura facial, aumento no tempo de mastigação e de alimentação, dificuldade para o consumo de consistências alimentares, saída de alimento pelo nariz ou boca, presença de tosse, engasgos e pneumonias recorrentes⁽⁵⁾. É importante ressaltar que muitas vezes nas instituições de longa permanência a identificação da disfagia acontece quando o idoso está em uma fase avançada apresentando recusa alimentar e a perda de peso⁽¹⁶⁾.

Os participantes da pesquisa demonstraram não ter conhecimento das alterações do paladar associado ao envelhecimento. Estudos mostram que as alterações de sensibilidade gustativa permeiam o processo de envelhecimento com impacto potencial sobre o estado nutricional do idoso⁽¹⁷⁾. Investigação realizada com 13 adultos e 33 idosos residentes de três instituições de longa permanência concordou com as alterações de sensibilidade visto que os idosos tiveram a percepção do sabor reduzida, quando comparado aos adultos, na solução de ácido cítrico⁽¹⁸⁾. Em virtude dos cuidadores não terem conhecimento das dificuldades de alimentação associada ao envelhecimento elaborou-se a cena 3 “Dificuldades de alimentação” com objetivo de esclarecer ao cuidador o conceito de disfagia, seus sinais e sintomas como também a relação entre deglutição e diferentes consistências alimentares.

Com relação à Tabela 4, a maioria dos cuidadores realiza as seguintes estratégias: coloca pouco alimento na colher (n=19; 55,9%), solicita que a pessoa idosa mastigue bem os alimentos para posterior deglutição (n=21; 61,8%) e não oferece o alimento machucado (n=21; 61,8%), sendo a manobra de *Heimlich* referida como também uma das condutas populares sem comprovação científica: “levantar os braços” e “bater nas costas”.

Os cuidadores de idosos tem importante função nas estratégias que facilitam a alimentação da pessoa idosa. A pesquisa mostrou que eles realizam estratégias, tais como: posicionar o idoso sentado durante a oferta dos alimentos, oferecer pouco alimento na colher, solicitar que o idoso mastigue bem e não oferecer duas

consistências alimentares misturadas. A postura que o idoso deve ficar para se alimentar é sentado ou decúbito elevado a 80° ou 90°, caso esteja acamado. Deve-se mantê-lo sentado (ou leito elevado) por cerca de 30 minutos após as refeições⁽⁷⁾.

O volume oferecido deve ser definido após avaliação fonoaudiológica visto que dependerá do desempenho oral e faríngeo do idoso. Há aqueles que apresentam melhora no padrão de deglutição com volume maior. A literatura refere que o volume irá variar de acordo com o desempenho do idoso, iniciando-se preferencialmente com pequenas quantidades⁽¹¹⁾.

Outra atitude do cuidador que facilita o processo de alimentação consiste na solicitação da mastigação, visto que muitos idosos ficam com o bolo alimentar na cavidade oral e por dificuldades cognitivas esquecem de mastigar. Não oferecer duas consistências alimentares misturadas facilita o paladar, como também a dinâmica orofaríngea da deglutição, minimizando o risco de aspiração. Objetivando reforçar as práticas alimentares, portanto, foi elaborada a cena 4 “Práticas alimentares” com vistas a possibilitar uma alimentação segura e funcional.

Outra informação importante e significativa foi com relação a estratégia para ajudar no momento do engasgo, no qual a maioria referiu que não realiza. Destaca-se a manobra de *Heimlich* no salvamento de vidas, visto que desobstrui as vias aéreas acometidas por alimentos ou corpos estranhos. Tal manobra é explicitada “passo a passo” na cena 5 do vídeo.

Em virtude do processo de envelhecimento ocasionar alteração nas diversas funções vitais da pessoa idosa, ela necessita ser acompanhada por diversos profissionais para garantir saúde, qualidade de vida e socialização.

A pesquisa mostrou que os profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas são considerados responsáveis pelo cuidado do idoso, no ponto de vista do cuidador que não consideram o profissional fonoaudiólogo essencial no processo de reabilitação do idoso. Tal fato pode ser entendido pela falta de conhecimento dos cuidadores com relação as dificuldades de alimentação e comunicação do idoso e consequentemente desconsideração do papel do fonoaudiólogo no cuidado a pessoa idosa.

As referidas cenas foram avaliadas por juízes especialistas, por meio de um script anterior a editoração do vídeo. Os juízes concordaram com todas as cenas de forma unânime, tornando o *script* do vídeo confiável. Alguns juízes realizaram

sugestões e a Tabela 5 demonstra que as cenas relacionadas aos aspectos da alimentação (cena 3/ n=3 e cena 4/ n=3) foram as que tiveram maiores sugestões.

Tal fato pode ser justificado porque os juízes especialistas têm a formação científica e compreendem que a alimentação é uma função vital ao ser humano e quando não é realizada de forma correta e segura, pode levar o idoso a desenvolver pneumonia e, até mesmo, seguir ao óbito. Já o cuidador não tem o conhecimento das dificuldades alimentares e realiza as práticas alimentares sem conhecimento científico, baseado em condutas populares. Ressalta-se a importância do conhecimento científico mínimo do cuidador com relação a função da alimentação para que possa identificar comprometimentos e encaminhar para avaliação fonoaudiológica, o mais precocemente possível.

CONCLUSÃO

Os cuidadores de idosos investigados não têm conhecimento das dificuldades de fala, audição, cognição do idoso e das consequências na comunicação, independência e socialização do idoso. Da mesma forma, não conhecem as suas dificuldades de alimentação embora realizem práticas que facilitam este momento.

O *script* do vídeo elaborado foi julgado confiável por juízes especialistas e norteou a sua editoração. O vídeo caracterizou-se por ser de curta duração, linguagem simples e sucinta para facilitar a compreensão do público alvo. Orientará cuidadores de idosos com relação as estratégias de comunicação e práticas alimentares possibilitando melhora na qualidade de vida, socialização e nutrição da pessoa idosa.

O vídeo finalizado será disponibilizado nas instituições de longa permanência de João Pessoa e na *internet* através de um *link* neste artigo, para que as informações possam ser transmitidas aos profissionais cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Schimidt TCG, Silva MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Rev. esc. Enferm.* 2012; 46(3):612-617. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300012>.
2. Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(5):773-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670515>.
3. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *R. Bras. Est. Pop.* 2010; 27(1):233-235. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>.
4. BRASIL. Guia Prático do Cuidador. Série A. Normas e Manuais Técnicos 1º edição. 2008.
5. Mangilli LD, Moraes DP, Medeiros GC. Protocolo de avaliação fonoaudiológica preliminar. In: Andrade CRF, Limongi SCO (Org). *Disfagia: prática baseada em evidências*. São Paulo: Sarvier; 2012. p. 45-61.
6. Pires EC, Sassi FC, Mangilli LD, Limongi SCO, Andrade CRF. Alimentos na consistência líquida e deglutição: uma revisão crítica da literatura. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012; 17(4):482-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000400020>.
7. Donadeli, R.B. Cognição e comunicação do idoso. In: Rosén, JR. *Um olhar para o cuidador do idoso*. São Paulo: Editora palavra do mundo, 2012.
8. Cassol, K, Galli JFM, Zamberlan NE, Dassie-Leite AP. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2012; 24(3):223-232. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2179-64912012000300007>.
9. Estrela F, Motta L, Elias VS. Deglutição e processo de envelhecimento. In: Jotz GP, Carrara-de-Angelis E, Barros APB. *Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança*. Rio de Janeiro: Revinter. 2010. p.54-8.
10. Santos GAA, Lucena BTL, Vasconcelos ML, Delgado IC. Aspectos sociais, linguísticos e cognitivos na terceira idade. *Rev Prolingua.* 2013; 8(2):244-257.
11. Furkim AM, Barata L, Duarte ST, Nascimento Júnior JR. Gerenciamento fonoaudiológico da disfagia no paciente crítico na unidade de terapia intensiva. In:

Furkim AM, Rodrigues KA. Disfagias nas unidades de terapia intensiva. São Paulo: Roca, 2015.p. 117.

12. BRASIL, Nº 4702 de 2012. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências. Disponível em <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1053572.pdf>. Acesso em 29 ago 2017.

13. Luz TDE, Anhol YD, Oliveira BA, Vivan RM, Machado LMB. Disfunções fonoaudiológica encontradas nos idosos. 2017; 38(18):12-19.

14. Pinheiro P. Surdez - Perda auditiva no idoso. MD Saúde, 2015. Disponível em < <http://www.mdsaude.com/2012/01/surdez-deficiencia-auditiva.html>> Acesso em 26 jan 2016.

15. Cardoso MCAF, Bujes RV. A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. Estud interdiscipl envelhec. 2010; 15(1):53-67.

16. Henrique CS. Dificuldade de mastigação e engasgos são sinais de disfagia. Site do Hospital Sírio Libanês. Publicado 29/02/2016. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/dificuldade-mastigacao-engasgos-sinais-disfagia.aspx>. Acesso em 18 de janeiro de 2018

17. Paula RS, Colares FCJ, Toledo JO, Nóbrega OT. Alterações gustativas no envelhecimento. Rev Kairós. 2008; 11(1):217-235.

18. Neumann L, Schauren BC, Adami FS. Sensibilidade gustativa de adultos e idosos. Rev bras geriatr. Gerontol. 2016; 19(5):797-808.

Correspondência: Divany Guedes Pereira da Cunha. Tel: (83) 988245029. divany.pereira@hotmail.com. Rua Francisco Brandão, nº1520, ap: 1101, Manaíra, João Pessoa- Brasil.

5 CONCLUSÃO

O processo de envelhecimento está relacionado às disfagias, declínios na linguagem e na cognição. Os estudos revelam que os idosos residentes de instituições de longa permanência têm risco para disfagia e os profissionais não tem conhecimento das estratégias que minimizam o risco de aspiração. Os declínios da linguagem e cognição estão presentes nessa população e podem ser minimizados com o treino cognitivo visto que resultados eficientes foram observados com relação as tarefas de atenção, memória de trabalho e linguagem em outros estudos realizados com este grupo etário.

Os dados do artigo original mostram que os cuidadores de idosos não tem conhecimento das dificuldades de comunicação nem das estratégias facilitadoras. Com relação a alimentação os cuidadores de idosos não conhecem as dificuldades dessa função associadas ao envelhecimento embora realizem práticas facilitadoras. Diante do exposto, o vídeo construído possibilitará conhecimento com relação as dificuldades apresentadas pelos idosos como também estratégias que minimizam tais dificuldades e que podem ser realizadas pelos cuidadores. Essa produção tecnológica tem curta duração (5 minutos), linguagem simples e pode ser acessado conforme a disponibilidade do profissional.

Espera-se a realização de mais pesquisas nas instituições de longa permanência nas diversas áreas da fonoaudiologia, visto que existem poucas publicações nesse âmbito. Desta forma a fonoaudiologia contribuirá para melhora na qualidade de vida e socialização da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANTES, J.P.M. **A xerostomia no Idoso**. Monografia (Faculdade de Medicina Dentária). Universidade do Porto. 2014. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/74371/2/99575.pdf>. Acesso em: 28 dez 2016.
- ACOSTA, N.B; CARDOSO, M.C.A.F. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, 2012. v. 13, n.3 2012. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/1504>> Acesso em 20 set 2016.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Disponível em <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/rdc-283-2005.pdf>> Acesso em 29 jan 2016.
- ALVES, G.A.S.; LUCENA,B.T.L.; VASCONCELOS, M.L.; DELGADO, I.C. Aspectos sociais, linguísticos e cognitivos na terceira idade. **Revista Prolíngua**, v. 8, nº2, 2013, p. 244. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/prolingua/article/viewFile/19343/10736> Acesso em: 02 de agos de 2017.
- ALVES, G.A.S; VASCONCELOS, M.L.; NEVES, T.M.A.; FREITAS, F.A.F.; CUNHA, D.G.P. Apraxia da fala no idoso: uma revisão integrativa. **Revista prolíngua**, vol.12, número 1, mar/ago 2017, pag 51. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/prolingua/article/view/36631>.Acesso em 16 de outubro de 2017.
- AMORIM, L.; ROCHA, J.; ALMEIDA, A.F.P. Intervenção da terapêutica da fala na esclerose lateral amiotrófica (ELA). **Cadernos de Comunicação e Linguagem**. pag 119-130, 2009. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2881/3/119-130.pdf> Acesso em: 18 de outubro de 2017.
- ARAÚJO, M.L.A. A desidratação no idoso. Dissertação (Universidade Fernando Pessoa). 2013. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4177/1/Tese%20%20A%20desidrata%C3%A7%C3%A3o%20no%20idoso.pdf>. Acesso em 31 de agosto de 2017.
- ARGIMON, I.I.L. Aspectos cognitivos em idosos. **Periódicos Eletrônicos em Psicologia: avaliação psicológica**, v.5, nº2, Porto Alegre, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200015. Acesso em 07 maio 2017.
- AZAMBUJA *et al.* Saúde Urbana, ambiental e desigualdades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 6, n. 19, abr-jun 2011, pag 110-115. Disponível em: <file:///C:/Users/casa/Downloads/151-1651-1-PB.pdf>. Acesso em 02 maio 2017.

BALESTRA, C. DM/Opinião, 02 de julho de 2015. Disponível em: www.dm.com.br/opinioao
O ACOLHIMENTO de pessoas idosas em instituições de longa permanência/ilpi(abrigo),
revela BALESTRA, C. DM/Opinião, 02 de julho de 2015. Disponível em:
www.dm.com.br/opinioao/2015/07/o-acolhimento-de-pessoas-idosas-em-instituicoes-de-longa-permanencia-ilpi-abrigo. Acesso em 17 de dezembro de 2017.

BARATA, L.F.; MIGUEL, L.S.; SILVA, S.A.C.; ANGELIS, E.C. caracterização da fonoarticulação e sua relação com a disfagia em pacientes com disartrofonía em um hospital oncológico. **Distúrbio da Comunicação**, v. 21, nº1, 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/6944>. Acesso em 18 de outubro de 2017.

BILTON, T.L.; SOARES, L.T.; VENITES, J.P. Comunicação e deglutição no idoso. In: PERRACINI, M.R.; FLÓ, C.M. **Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRANDÃO, M.V.T.; MENDES, P.D.; MACIEL, M.S.; RIBEIRO, C.P.S.; ANTONIO, V.E. Distúrbios da Fala: Conceitos Atuais. **Revista Ciências e ideias**, v. 3, nº1, 2011. Disponível: <http://revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/reci/article/view/72/115>. Acesso em 06 de maio de 2017.

BRASIL. Lei Federal nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. **Estatuto do idoso**. Disponível em <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03> Acesso em 28 jan 2016.

BRASIL. Lei nº 6965, de 9 de dezembro de 1981. **Dispõe sobre a regulamentação da profissão de fonoaudiólogo, e determina outras providências**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6965.htm> Acesso em 29 jan 2016.

BRASIL. Resolução nº453, de 26 de setembro de 2014. **“Dispõe sobre o reconhecimento, pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, da Fonoaudiologia Neurofuncional, Fonoaudiologia do Trabalho, Gerontologia e Neuropsicologia como áreas de especialidade da Fonoaudiologia e dá outras providências.”** Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/res-453-2014-novas-especialidades.pdf>. Acessado em 19 de outubro de 2017.

BRASIL, Nº 4702 de 2012. **Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1053572.pdf>. Acesso em 29 ago 2017.

BRASIL. **GUIA PRÁTICO DO CUIDADOR**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1º edição, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acesso em 27 dez 2016

BUSCH, R.; FERNANDES, A.M.F.; ZACANTI, E.; FREITAS, C. Avaliação das disfagias neurogênicas em adultos. In: LOPES FILHO, O.; LEVY, C.C.A.C.; REDONDO, M.C.; ANELLI, W. **Novo Tratado de Fonoaudiologia**. 3 edição. Manole: 2013.

BUSCH, R.; SANCHEZ, C.C.; ZACANTI, E. Protocolo de avaliação das disartrofonias. *In*: LOPES FILHO, O.; LEVY, C.C.A.C.; REDONDO, M.C.; ANELLI, W. **Novo Tratado de Fonoaudiologia**. 3 edição. Manole: 2013.

CAMARANO, A.A. KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudo de População**, Rio de Janeiro, 2010. v. 27, n. 1, p. 233-235. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>> Acesso em 28 jan 2016.

CAMARGOS, M.C.S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Vol 31, nº1, São Paulo 2014. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982014000100012. Acesso em 17 de dezembro de 2017.

CARDOSO, M.C.A.F; BUJES, R.V. A saúde bucal e as funções de mastigação e deglutição nos idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**. v. 20, nº3, 2010. Disponível em: [ww.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000700016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000700016). Acesso em: 29 dez 2016.

CARRILHO, P.M. Epidemiologia dos Acidentes de Trabalho e Exercícios Físicos em Instituições de Apoio a Idosos **Dissertação (Instituto Politécnico de Bragança)**. 2012. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7988/1/Patr%C3%ADcia%20Mendes%20Carrilho.pdf>. Acesso em 28 dez 2016.

CASSOL, et al. Qualidade de Vida em Deglutição em Idosos Saudáveis. **J. Sociedade Brasileira Fonoaudiologia**. v. 24, nº3, São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912012000300007. Acesso em 27 dez 2016.

CASTIGLIONI, A.H. *In*: VASCONCELOS, A.M.N; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia serviço saúde**, Brasília, 2012. vol 21, n. 4. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742012000400003. Acesso em 14 dez 2016.

CAT - Comitê de Ajudas Técnicas. **Ata da Reunião VII, de dezembro de 2007 do Comitê de Ajudas Técnicas**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (CORDE/SEDH/PR), 2007. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/corde/comite.asp>. Acessado em 07 maio 2017.

CERA, M.L.; ORTIZ, K.Z.; BERTOLUCCI, P.H.F.; MINETT, T.S.C. Manifestações da apraxia de fala na doença de Alzheimer. **Revista Brasileira da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. Vol.16, nº3, São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342011000300016 Acesso em 17 de outubro de 2017.

COLA, P.C; GATTO, A.R. Doenças neurológicas. *In*: REHDER, M.I; BRANCO, A. **Disfonia e Disfagia**. São Paulo: Revinter, 2011.

CORREIA, S.M; MANSUR, L.L. Abordagem da comunicação e da linguagem em pacientes na unidade de terapia intensiva. In: FURKIM, A.M; RODRIGUES, K.A. **Disfagias nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Roca, 2015.

CRUZ, T.J.P.; SÁ, S.P.C.; LINDOLPHO, M.C., CALDAS, C.P. Estimulação Cognitiva para idoso com doença de Alzheimer realizada pelo cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, nº3, Brasília, 2015.

DIAS, A.E.; LIMONGI, J.C.P. Tratamento dos distúrbios da voz na doença de Parkinson: o método de Lee Silverman. **Arquivos de neuro- psiquiatria**. Vol 61, nº1, pag 61-66, 2003. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-282X2003000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 de outubro de 2017.

DONADELI, R.B. Cognição e comunicação do idoso. In: ROSÉN, Jenny Rosén. **Um olhar para o cuidador do idoso**. São Paulo: Editora palavra do mundo, 2012.

ESTRELA, F; MOTA, L; ELIAS, V.S. Deglutição e processo de envelhecimento. In: JOTZ, G.P; ANGELIS, E.C; BARROS, A.A.B. **Tratado da deglutição e disfagia no adulto e na criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

FRANÇA, J.C.P.M. **Saúde mental e necessidade nos cuidadores de familiares com demência**. Dissertação a Universidade Fernando Pessoa, Porto. 2010. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1641/2/DM_12943.pdf. Acesso em 2 de novembro de 2017.

FURKIM, A.M.; BARATA, L; DUARTE, S.T.; NASCIMENTO JÚNIOR, J.R. Gerenciamento fonoaudiológico da disfagia no paciente crítico na unidade de terapia intensiva. In: FURKIM, A.M.; RODRIGUES,K.A. **Disfagias nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Roca, 2015.p. 117.

FONSECA, V. Papel das funções cognitivas, conativas e executivas na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. **Revista Psicopedagogia**. Vol 31, nº 96. São Paulo, 2014. Disponível em: pepsic.bvsalud.org. Acesso em 19 de dezembro de 2017.

FONTANESI, S.R.O; SCHMIDT, A. Intervenções em afasia: uma revisão integrativa. **Revista CEFAC**, vol 18 (1), pag 252-262, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n1/1982-0216-rcefac-18-01-00252.pdf>. Acesso em 16 de outubro de 2017.

GALLI, J.F.M.; OLIVEIRA, J.P.; DELIBERATO, D. Introdução da comunicação suplementar e alternativa na terapia com afásicos. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.14, n. 3, São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342009000300018. Acesso em: 08 de out 16.

GILES, M.F.; ROTHWELL, P.M. Measuring the prevalence of stroke. **Neuroepidemiology**. vol 30; 205-6, 2008.

GOLINA, M.T.S.; FLORES-MENDOZA, C.E. Desenvolvimento de um programa de treino cognitivo para idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: 2016. v. 19.p.769-785. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n5/pt_1809-9823-rbgg-19-05-00769.pdf. Acesso em 07 maio 2017.

LEOCÁDIO, P.L.L.F.L. Instituições de Longa Permanência para Idosos. *In*: PERRACINI,M.R.; FLÓ, C.M. **Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

LEITE NETO, L; CONSTANTINI, A.C. Disartria e qualidade de vida em pacientes com Esclerose lateral amiotrófica. **Revista Cefac**. Vol 19 (5), pag 664-673, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v19n5/pt_1982-0216-rcefac-19-05-00664.pdf. Acesso em 2 de novembro de 2017.

LEITÃO, F.B.P.; SOUSA, M.C.; BIROLINI, D.; VIEIRA, J.E. Prevenção e atendimento inicial do trauma e doenças cardiovasculares: um programa de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 32, p.419-423, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a02.pdf>. Acesso em 30 de agosto de 2017.

LIRANI-SILVA, C.; MOURÃO, L.F.; GOBBI, L.T.B. Disartria e qualidade de vida em idosos neurologicamente sadios e pacientes com doença de Parkinson. **Codas**, vol 27, pag 248-254, 2015. Disponível em: [www.scielo.br pt_2317-1782-codas-27-03-00248.pdf](http://www.scielo.br/pdf/codas/v27n03/codas-27-03-00248.pdf). Acesso em 18 de outubro de 2017.

MAFFIOLETTI, Virgínia Lúcia Reis. LOYOLA, Cristina Maria Douat. NIGRI, Fortune. Os sentidos e destinos na preparação dos cuidadores de idosos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, 2006.

MANGILLI, L.D.; MORAES, D.P.; MEDEIROS, G.C. Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica Preliminar (PAP). *In*: ANDRADE, C.R.F.; LIMONGI, S.C.O. **Disfagia Prática Baseada em Evidências**. São Paulo: Sarvier, 2012.

MARCOLINO, J. *et al.* Achados Fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati. **Revista Brasileira de geriatria e gerontologia**. v. 12, p. 193-200, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v12n2/1981-2256-rbgg-12-02-00193.pdf>. Acesso em 02 maio 2017.

MARQUES, R.S.O.; COSTA, A.S.; MEDRADO, A.R.A.P.; MARTINS, G.B.; LIMA,H.R.; CARRERA,M. Qualidade de vida em deglutição e câncer de cabeça e pescoço: revisão da literatura. **Revista bahiana de Odontologia**, vol 8 (1), pag 26-32, 2017.

MARTINS, H. BRASIL tem desafio de garantir envelhecimento populacional com qualidade, revela o IBGE. Agência Brasil em 01 de Outubro de 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-09/brasil-tem-desafio-de-garantir-envelhecimento-populacional-com-qualidade>. Acesso em 17 de dezembro de 2017.

MEDEIROS, J.S.F.; RISSONI, T.C.A.; SANTANA, A.S.K.; ISHIGAKI,E.C.S.S. Análise do discurso de indivíduos afásicos fluentes e com leve dificuldade de compreensão oral. **Revista Cefac**, vol.18. nº3, São Paulo May/june 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462016000300704&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 16 de outubro de 2017.

MEDEIROS, I.M.P.J.; SECURELLA, F.F.; SANTOS, R.C.C.S.; SILVA, K.M.R. A influência da fisioterapia na cognição de idosos com doença de Alzheimer. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**. V.12. nº 29, 2015. Disponível em: revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/686/u2015v12n29e686. Acesso em 18 de dezembro de 2017.

MELO, L.M.; BARBOSA, E.R.; CARAMELLI, P. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. **Revista Psiquiatria clínica**. v. 34, pag 176-183, 2007.

MOREIRA, J.A.; SILVA, S.P.M; BATISTA, T.C.; MARISLEI, S. Acidente vascular cerebral isquêmico: uma emergência para a enfermagem. Revista eletrônica de enfermagem do centro de estudos de enfermagem e nutrição. Vol 4 (4), 2013. Disponível em: [www.ceen.com.br/revista eletrônica](http://www.ceen.com.br/revista_eletronica). Acesso em 19 de dezembro de 2017.

MURDOCH, B.E. **Disartria: uma abordagem fisiológica para avaliação e tratamento**. São Paulo: Lovise, 2005.

NASCIMENTO, L.C.; MORAES, E.R.; SILVA, J.C.; VELOSO, L.C.; VALE, A.R.M.C. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na bases de dados LILACS. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol 61, nº4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/19.pdf>. Acesso em 19 de outubro de 2017.

OLIVEIRA, J.M.; ROZENDO, C.A. Instituição de Longa Permanência para Idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **Revista Brasileira de enfermagem REBEN**. v. 67, n. 5, p.773-779, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0773.pdf>. Acesso em 27 dez 2016.

OLIVEIRA, T.; BRAZ, K.C.C. Desnutrição e desigração. IN: JOTZ, G.P.; ANGELIS, E.C.; BARROS, A.P.B. **Tratado de Deglutição e Disfagia no adulto e na criança**. Revinter: Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, B.S.; DELGADO, S. E.; BRESCOVICI, S.M. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Vol 17, nº3, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-982320140003000575. Acesso em 17 de dezembro de 2017.

PINTO, Paulo Silva. CASTRO, Marinella. Brasil terá a 9º população de idosos até 2050, segundo a ONU. **Correio Brasiliense**, 13 jul 2014. Disponível em < http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2014/07/13/internas_economia,437186/brasil-tera-a-9-populacao-de-idosos-do-mundo-ate-2050-segundo-a-onu.shtml> Acesso em 28 jan 2016.

PIRES *et al.* Alimentos na consistência líquida e deglutição: uma revisão crítica da literatura. **Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiologia**, v. 17 n. 4. São Paulo: 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000400020. Acesso em 17 dez 2016.

PRESOTTO, M.; OLCHIK, M.R. Avaliação da apraxia de fala em idosos com diagnóstico de doença de Parkinson: estudo de revisão. **Revista Ciência em Movimento**, nº27, 2011. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/CMBBS/article/view/127/90>. Acesso em 18 de Outubro de 2017.

PIEMONTE, M.E.P. Tratamento da doença de Parkinson e Parkinsonismo. IN: PERRACINI, M.R.; FLÓ, C.M. **Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: Avaliação de evidências para prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POPOV, D.C.V. **Gerontologia e geriatria: aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento**. São Paulo: Saraiva, 2014

REIS, R.M; COSTA, F.M; CARNEIRO, J.A; VIEIRA, M.A. O papel do fonoaudiólogo frente a alterações fonoaudiológicas de audição, equilíbrio, voz e deglutição: uma revisão de literatura. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 17, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000100270> Acesso 22 jan 2016.

ROSA, L.B.; ZUCCOLOTTO, M.C.C.; BATAGLION, C.; CORONATTO, E.A.S. Odontogeriatría- A saúde bucal na terceira idade. **Revista da Faculdade de Odontologia**. v.13, n.2, p 82-86, 2008. Disponível em: <http://download.upf.br/editora/revistas/rfo/13-02/15.pdf>. Acesso de 31 agos 2017.

RUA, M.M.C. Caracterização do desempenho articulatorio e oromotor de crianças com alterações de fala (dissertação da Escola Superior de Saúde do Alcoitão). 2015. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream>. Acesso em 19 de dezembro de 2017.

SANTANA, R.B.; BARROS, A.P.B. Acidentes Vasculares Encefálicos- AVEs. IN: JOTZ, G.P.; ANGELIS, E.C.; BARROS, A.P.B. **Tratado da Deglutição e Disfagia no Adulto e na Criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). Seção São Paulo - Instituição de Longa Permanência para Idosos: manual de funcionamento. São Paulo, 2008. Disponível em : <https://pt.scribd.com/doc/74303807/ManualSBGG>. Acesso em 26 dez 2016.

STEELE, C.D. **Nurse to nurse: Cuidados na demência em enfermagem**. Porto Alegre: McGraw-Hill, 2011.

SORDI, J. Número de idosos quase triplicará no Brasil até 2050, afirma OMS. **Zero Hora**. 2015. Disponível em: <http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2015/09/numero->

de-idosos-quase-triplicara-no-brasil-ate-2050-afirma-oms-4859566.html. Acesso em 16 agos 2017.

SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA, M.J.P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Revista Escola Enfermagem- USP**. 2012. v. 46, p. 612-617. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033317011/>. Acesso em 30 agos 2017.

TALARICO, T.R.; VENEGAS, M.J.; ORTIZ, K.Z. Perfil Populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrente de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. **Revista CEFAC**, vol 13, nº2, pag 330-339, 2011.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia Serviços Saúde**. V.21, nº4, 2012. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-497420120004000. Acesso em 02 de novembro de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2006. *In*: ANDRADE, C.R.F.; LIMONGI, S.C.O. **Disfagia Prática Baseada em Evidências**. São Paulo: Sarvier, 2012. Pag: 186.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre VÍDEO PARA CUIDADORES DE IDOSOS: ASPECTOS DA ALIMENTAÇÃO E COMUNICAÇÃO e está sendo desenvolvida por Divany Guedes Pereira da Cunha, do Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof(a) Dra. Ana Karenina de Freitas Jordão do Amaral. O presente estudo está inserido no projeto intitulado “POLÍTICAS, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS INOVADORAS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA”, apreciado pelo Colegiado do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia, submetido à avaliação do Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e aprovado sob. nº; 2.190.153 de 27 de julho, CAAE; 67103917.6.0000.5188.

Os objetivos do estudo são analisar o conhecimento dos cuidadores com relação às dificuldades de alimentação e comunicação dos idosos e elaborar um vídeo de treinamento sobre práticas alimentares e estratégias de comunicação. A finalidade deste trabalho é contribuir para melhoria nos cuidados com relação à alimentação e comunicação dos idosos. Desta forma, contribuir na qualidade de vida da pessoa idosa.

Solicitamos a sua colaboração para responder ao questionário: 10 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não possui nenhum risco previsível, apenas possíveis constrangimentos em responder o questionário.

Esclarecemos que sua no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de _____ de _____

Impressão dactiloscópica



Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Divany Guedes Pereira da Cunha Telefone: (83) 988245029 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar, Cidade Universitária, Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 32167964.

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CUIDADORES DE IDOSOS**

Mangili; Moraes e Medeiros (2012), Pires et al (2012), Donadeli (2012), Cassol *et al* (2012), Estrela; Mota; Elias (2010), Santos *et al* (2013), Couto (2000), Furkim *et al* (2015), Moraes *et al* (2010), outros autores.

Data: ____/____/____

1)Tempo de atuação: _____

2)Escolaridade:

- ☐ Ens. Fundamental incompleto
- ☐ Ens. Fundamental completo
- ☐ Ens. Médio incompleto
- ☐ Ens. Médio completo
- ☐ Técnico- profissional. Curso: _____
- ☐ 3º grau incompleto. Curso: _____
- ☐ 3º grau completo. Curso: _____

3) Realizou curso de capacitação para cuidador de idoso:

- ☐ Sim
- ☐ Não

4) Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades de comunicação apresentadas pelos idosos:

- ☐ não fala nada
- ☐ fala com dificuldade
- ☐ fala sem sentido
- ☐ esquece o que falou
- ☐ repete a fala várias vezes
- ☐ dificuldade de ouvir
- ☐ dificuldade de compreender o que foi falado
- ☐ dificuldade de memória
- ☐ repete a mesma história várias vezes
- ☐ não apresenta intenção comunicativa, se isolando

5) O que você realiza para ajudar na comunicação dos idosos:

- ☐ ignora as dificuldades de fala (comunicação) do idoso
- ☐ corrige os erros de fala do idoso, ensinando o modelo correto
- ☐ tenta adivinhar o que o idoso quis dizer
- ☐ no momento da dificuldade de fala interrompe o idoso e pede para ele recomeçar
- ☐ conversa com idoso de frente para ele, falando explicado e bem articulado
- ☐ ajuda o idoso a lembrar dos fatos

6) Na sua opinião, quais as maiores dificuldades de alimentação dos idosos:

- ☐ demora muito para mastigar os alimentos
- ☐ dificuldade para engolir alimentos líquidos
- ☐ dificuldade para engolir alimentos pastosos
- ☐ dificuldade para engolir alimentos sólidos
- ☐ frequentes engasgos
- ☐ tosse
- ☐ não sente o sabor dos alimentos
- ☐ tempo de alimentação aumentado ou seja demora para terminar a alimentação

7) O que você realiza para melhorar a alimentação do idoso:

- ☐ posiciona o idoso sentado
- ☐ coloca pouco alimento na colher
- ☐ pede para idoso mastigar bem os alimentos antes de engolir
- ☐ oferece o alimento junto com o líquido
- ☐ só oferece alimento machucado
- ☐ no momento do engasgo realiza alguma estratégia para ajudar.

Qual: _____

- ☐ no momento do engasgo não realiza nenhuma estratégia

8) Baseado na sua realidade profissional quais são os profissionais que cuidam dos idosos:

- ☐ médico
- ☐ odontólogo
- ☐ enfermeiro
- ☐ psicólogo
- ☐ fonoaudiólogo
- ☐ fisioterapeuta
- ☐ terapeuta ocupacional
- ☐ nutricionista

APÊNDICE C

CHECK LIST APLICADO AOS JUÍZES ESPECIALISTAS

1. APRESENTAÇÃO DO VÍDEO

A proposta do vídeo é atingir a população alvo (cuidadores de idosos) por meio de uma linguagem simples e explicativa. Será de curta duração (aproximadamente 5 minutos) e utilizará os recursos da animação gráfica. É importante ressaltar que as cenas foram elaboradas com base na análise de questionários aplicados aos cuidadores de instituições de longa permanência para idosos do município de João Pessoa.

CENA 1: DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO DOS IDOSOS

Por meio de elementos gráficos representando cuidador de idoso e o idoso será estruturada uma situação comunicativa entre os personagens. Durante a cena as dificuldades de comunicação aparecerão escritas em caixas de diálogo. Os recursos utilizados na cena serão animação gráfica, efeitos sonoros e visuais. A cena tem como finalidade esclarecer ao cuidador as dificuldades de comunicação dos idosos.

Dificuldade na fala.
Perseveração (repetição da mesma história).
Memória prejudicada, principalmente para fatos recentes.
Dificuldade de audição.
Dificuldade de compreensão.
Isolamento

() CONCORDO () NÃO CONCORDO () NÃO SE APLICA

CENA 2: ESTRATÉGIAS QUE FACILITAM A COMUNICAÇÃO DOS IDOSOS

Essa cena utilizará elementos gráficos representando o profissional fonoaudiólogo e o cuidador de idoso. Nessa cena existirá uma lousa na qual o fonoaudiólogo escreverá as estratégias que facilitam a comunicação. O cuidador de idoso estará atento e receptivo às informações transmitidas. Os recursos utilizados serão animação gráfica, efeitos visuais e sonoros. O objetivo da cena é explanar as estratégias que os cuidadores devem utilizar para facilitar a comunicação com o idoso.

Utilize frases curtas
Fale de forma simples e clara
Não grite
Fale de frente para o idoso, devagar e bem articulado
Substitua palavras que sejam complexas
Crie técnicas alternativas de comunicação através de figuras e desenhos.

() CONCORDO () NÃO CONCORDO () NÃO SE APLICA

CENA 3: DIFICULDADE DE ALIMENTAÇÃO

A cena iniciará com o elemento gráfico de um idoso em um contexto de alimentação. Ao se alimentar o idoso apresentará tosse e aparecerá o conceito de disfagia, de forma simples e resumida. Em seguida, serão explicitados os sinais de disfagia em caixas de texto por meio do recurso da animação gráfica. Ao término dos sinais de disfagia será destacada a importância da identificação desses sinais por parte dos cuidadores de idosos para posterior encaminhamento ao profissional fonoaudiólogo.

Na mesma cena será abordado o idoso alimentando-se de três consistências (pão, água, papa) e associado à imagem será destacado em caixas de textos as peculiaridades de cada consistência, conforme o quadro mostrado na sequência. Os recursos utilizados serão a animação gráfica, efeitos sonoros e visuais.

O objetivo da cena é explicitar os sinais e sintomas da disfagia para que os cuidadores possam identificar e a relação entre a deglutição e as diferentes consistências alimentares.

Sinais da disfagia: - Tosse - Dificuldade em algumas consistências alimentares - Tempo de alimentação aumentado - Alteração no paladar
Dificuldade nas consistências alimentares: -Sólido: Em virtude da ausência de dentes e próteses dentárias mal adaptadas -Líquidos: Dificuldade de controle desta consistência na boca -Pastoso: melhor consistência visto que é mais fácil de ser controlada na boca

() CONCORDO () NÃO CONCORDO () NÃO SE APLICA

CENA 4: PRÁTICAS ALIMENTARES:

A pesquisa mostrou que a maioria dos cuidadores de idosos das instituições de longa permanência realizam as práticas alimentares de forma adequada minimizando o risco de aspiração. Em virtude da importância dessas práticas para a saúde do idoso preferiu-se reforçar por meio de elementos gráficos e animações.

Será realizado uma situação de alimentação com as imagens do idoso e do cuidador de idoso. O idoso estará posicionado sentado, com o tronco ereto e a cabeça erguida. Conforme os efeitos de animação acontecem as orientações serão fornecidas na tela: posicione o idoso sentado, com o tronco ereto e a cabeça erguida (pode utilizar almofadas para ajudar no posicionamento), coloque pouco alimento na colher, solicite que mastigue bem, não ofereça alimento junto com líquido, alimentos pastosos facilitam a deglutição. Os recursos utilizados serão a animação gráfica, efeitos sonoros e visuais.

A cena terá como objetivo demonstrar as práticas que os cuidadores devem realizar para propiciar alimentação de forma segura e funcional.

() CONCORDO () NÃO CONCORDO () NÃO SE APLICA

CENA 5: MANOBRA DE *HEIMLICH*

Por meio de elementos gráficos de um idoso e cuidador de idoso será simulado um engasgo no qual o cuidador realizará a manobra de *Heimlich*, salvando a vida do idoso. À medida que o cuidador for realizando a manobra, os procedimentos serão destacados na tela, em caixas de texto, para facilitar o entendimento do procedimento. Em seguida será explanada na tela o objetivo da referida manobra. Os recursos utilizados serão a animação gráfica, os efeitos sonoros e os visuais.

O objetivo da cena é ensinar ao cuidador de idoso a manobra que deve ser realizada no momento do engasgo, na tentativa de salvar a vida do idoso.

Objetivo: desobstrui as vias aéreas acometidas por alimentos/ líquidos, salvando a vida do idoso.
Será ensinada a referida manobra.

() CONCORDO () NÃO CONCORDO () NÃO SE APLICA

Grata por sua colaboração!

ANEXO A**TERMOS DE ANUÊNCIA DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA**

OBRA UNIDA DA SOCIEDADE DE S. VICENTE DE PAULO.

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Marcelo Paulino de Melo, presidente da Instituição de Longa Permanência "Vila Vicentina Júlia Freire", declaro para os devidos fins que concordo em permitir a realização da pesquisa intitulada "ALIMENTAÇÃO E COMUNICAÇÃO": "PROPOSTA DE APERFEIÇOAMENTO AOS CUIDADORES DE IDOSOS", sob orientação do professor Dr. Giovan Anderson Alves, a ser realizada pela aluna: Divany Guedes Pereira da Cunha do Curso Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba.

João Pessoa - PB, 21 de novembro de 2016.

Vila Vicentina Júlia Freire



Marcelo Paulino de Melo
Presidente

CASA DA DIVINA MISERICÓRDIA

CNPJ: 03.303.706/0001-10 – Fundada em 07 de fevereiro de 1999

Endereço: Rua Zélia Medeiros de Araújo – 127 Jardim Cidade Universitária

João Pessoa/ Paraíba – CEP: 58.051-825 – Fones: 3235.0396 e 98813.9125

Instituição de Longa Permanência para Idosas

Termo de Anuência

Eu, Maura Francisca Arruda Perdigão, Coordenadora Geral da Casa da Divina Misericórdia, declaro para os devidos fins que concordo em permitir a realização da pesquisa intitulada “Alimentação e Comunicação: Proposta de aperfeiçoamento aos cuidadores de idosos” sob orientação do Prof. Dr. Giovan Anderson Alves, a ser realizado pela aluna do curso de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade da Universidade Federal da Paraíba, Divany Guedes Pereira da Cunha.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador aos requisitos da resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins de pesquisa.

João Pessoa, 30 de Novembro de 2016


Maura F.A. Perdigão
Coordenadora Geral



ASSOCIAÇÃO PROMOCIONAL DO ANCIÃO "DR. JOÃO MEIRA DE MENEZES"

ASPAN

Fundada em 10 de março de 1983, com registro no Cartório de Títulos e Documentos, sob o nº 43.028, de 07/04/83; reconhecida de utilidade pública pelo Decreto Federal de nº 18.282/99-26 de 10/03/2000 e pela Lei Estadual nº 4.41 de 24/10/83, e pela Lei Municipal nº 4.712, de 19/09/83; registrada no Conselho Nacional de Serviço Social do MEC, Conforme processo Nº 23002001145/83-5, em 06/06/84.

MANTENEDORA:

- DO ABRIGO DE ANCIÃS "DR. ANTONIO DA NÓBREGA FERREIRA"
- DO CENTRO RESIDENCIAL DO IDOSO - CRI "CLODOALDO SOARES DE OLIVEIRA"
- DA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL "PE. PEDRO SERRÃO"

ASPAN- ASSOCIAÇÃO PROMOCIONAL DO ANCIÃO DR. JOÃO
MEIRA DE MENEZES

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, JURANDIR LOURENÇO, diretor da ASPAN- ASSOCIAÇÃO PROMOCIONAL DO ANCIÃO DR. JOÃO MEIRA DE MENEZES, declaro para os devidos fins que concordo em permitir a realização da pesquisa intitulada: **Alimentação e comunicação: Proposta de aperfeiçoamento aos cuidadores de idosos** sob orientação do prof. Dr. Giorvan Anderson Alves, a ser realizada pela aluna do curso de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba, **Divany Guedes Pereira da Cunha**.

João Pessoa, 21 de Novembro de 2016

Cordialmente,


CNPJ 08.558.819/0001-80
ASPAN - Assoc. Promocional do Anião
Dr. João Meira de Menezes
Rua. Antônio Correia de Matos, 55
Cristo Redentor - CEP 58.071-310
João Pessoa / PB

Rua: Antônio Correia de Matos, 55 – Bairro do Cristo Redentor. CEP.: 58.071-310 TEL.: (83) 3223-2163
CNPJ- 08.558.819/0001-80 João Pessoa -PB



INSTITUIÇÃO ESPÍRITA NOSSO LAR

Utilidade Pública Estadual Lei nº 4.215 de 16 de Dezembro de 1980

Municipal nº 9.951 de 20/06/2003 - CNPJ nº 08.301.624/0001-50

Praça Abdon Milanez, 115 - Castelo Branco - João Pessoa/PB - Fone: 99979-0959/ 98803-0936

EMAIL: respontecnicanosolar@gmail.com

DIFUSÃO DOUTRINÁRIA - ASSISTÊNCIA SOCIAL - ILPI

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, LAÉLCIO JOSIAS DE SOUZA, diretor da INSTITUIÇÃO ESPÍRITA NOSSO LAR, declaro para os devidos fins que concordo em permitir a realização da pesquisa intitulada: **Alimentação e comunicação** : Proposta de aperfeiçoamento aos cuidadores de idosos, sob orientação do Prof. Dr. Giorvan Anderson Alves, a ser realizada pela aluna do curso de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba, **Divany Guedes Pereira da Cunha**.

João Pessoa, 29 de novembro de 2016


Laércio Josias de Sousa
Diretor/ Presidente

08.301.624/0001-50
INSTITUIÇÃO ESPÍRITA
"NOSSO LAR"
Praça Abdon Milanez, 115 - Castelo Branco I
CEP 56050-370
João Pessoa - PB

ANEXO B

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLITICAS, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS INOVADORAS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Pesquisador: Antonia Oliveira Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 67103917.6.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.190.153

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, sob a coordenação da professora Antonia Oliveira Silva.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL:

Analisar as políticas e práticas de saúde centradas nas tecnologias inovadoras para o cuidado na Atenção à Saúde da pessoa idosa.

ESPECÍFICOS:

Desenvolver tecnologias inovadoras para o cuidado frente às Políticas e Práticas Profissionais na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa;

Avaliar a cognição da pessoa idosa;

Avaliar os serviços de saúde e a promoção de hábitos saudáveis oferecidos à pessoa idosa;

Realizar avaliação global da pessoa idosa;

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.190.153

Explorar o suporte familiar e social da pessoa idosa;
Desenvolver tecnologias, processos assistenciais e educacionais na atenção à saúde da pessoa idosa;
Promover o estudo de temáticas e de metodologias voltadas à capacitação profissional para o desempenho de ações que objetivem o bem-estar de pessoas idosas;
Elaborar Protocolos de Acolhimento Humanizado à Pessoa Idosa na Atenção à Saúde;
Organizar Guias de Orientações sobre Cuidados da Função Respiratória para a Pessoa Idosa Acamada, Prevenção de Quedas para Idosos em domicílio e Aplicativo de Orientação para Exames à Pessoa Idosa;
Construir Cartilhas de Orientações para Pessoa Idosa sobre Saúde, Práticas Integrativas e Complementares; Apoio Espiritual; Sexualidade; Infecção Sexualmente Transmissível e Doenças Crônicas não Transmissíveis;
Construir Instrumentos de Avaliação da Saúde, Visita Domiciliar para o Agente Comunitário e de Expressividade Vocal da Pessoa Idosa;
Adaptar Programa de Preparo para Aposentadoria no Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba;
Construir um Fluxograma para Literacia em Saúde à Pessoa Idosa;
Construir Cartilha de Orientação sobre Judicialização para Cirurgias de Fraturas em Idosos;
Produzir Vídeo sobre Cuidados com Alimentação e Comunicação para Cuidadores de Idosos em Instituições de Longa Permanência;
Produzir Vídeo Interativo sobre o Uso Adequado do Auxiliar Auditivo em Pessoas idosas;
Construir Tecnologias socioeducativas (jogos educativo-pedagógicos e outros) para Pessoa Idosa;
Construir Instrumentos para Consultas de Enfermagem na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa;
Propor a sistematização da assistência de enfermagem fundamentada nas Políticas e Práticas na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa possui risco mínimo, tendo em vista que no momento da entrevista o colaborador poderá se sentir constrangido, entretanto o mesmo tem o livre arbítrio para desistir da pesquisa.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.190.153

Benefícios:

Considera-se importante promover o desenvolvimento e o uso de tecnologias, processos assistenciais e educacionais na atenção à saúde da pessoa idosa, visando à implementação de políticas públicas em múltiplos contextos de atenção à saúde da pessoa idosa. Destaca-se, ainda, a importância da capacitação profissional para o desempenho de ações que objetivem o bem-estar de pessoas idosas para que articulem conhecimentos atualizados e metodologias pertinentes para atenção à saúde da pessoa idosa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca, principalmente, analisar as políticas e práticas de saúde centradas nas tecnologias inovadoras para o cuidado na Atenção à Saúde da pessoa idosa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

RECOMENDAMOS QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA, A PESQUISADORA RESPONSÁVEL ENCAMINHE AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, RELATÓRIO FINAL, DOCUMENTO DEVOLUTIVO COMPROVANDO QUE OS DADOS FORAM DIVULGADOS JUNTO À INSTITUIÇÃO ONDE OS DADOS PESQUISA NA ÍNTEGRA, TODOS EM PDF, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO, PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DEFINITIVA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o cumprimento das pendências elencadas nos pareceres anteriores, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO DA FORMA COMO SE APRESENTA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.190.153

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_900651.pdf	13/07/2017 22:48:58		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_02.pdf	13/07/2017 22:48:20	Antonia Oliveira Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_1.pdf	13/07/2017 22:32:23	Antonia Oliveira Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	02/06/2017 18:56:01	Antonia Oliveira Silva	Aceito
Outros	grupopesquisa.pdf	12/04/2017 12:06:21	Antonia Oliveira Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	12/04/2017 12:04:01	Antonia Oliveira Silva	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	12/04/2017 11:59:25	Antonia Oliveira Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 27 de Julho de 2017

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com