



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA**



FRANCISCO TIAGO MEIRELES DA SILVA

**FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES DE
DEGLUTIÇÃO E VOZ EM IDOSOS HOSPITALIZADOS**

JOÃO PESSOA
2018

FRANCISCO TIAGO MEIRELES DA SILVA

FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES DE DEGLUTIÇÃO E VOZ EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito obrigatório para
conclusão do Curso de Graduação em
Fonoaudiologia da Universidade Federal da
Paraíba (UFPB).

Orientador: Prof. Dr. Leandro de Araújo
Pernambuco

JOÃO PESSOA
2018

Frequência e fatores associados às alterações de deglutição e voz em idosos hospitalizados

Frequency and associated factors with deglutition and voice disorders in hospitalized elderly.

Título resumido: Deglutição e voz em idosos hospitalizados

Francisco Tiago Meireles da Silva (1), Leandro Pernambuco (2)

(1) Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal da Paraíba – UFPB – João Pessoa (PB), Brasil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal da Paraíba – UFPB – João Pessoa (PB), Brasil.

Trabalho realizado em um Hospital Universitário no estado da Paraíba, Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: *FTMS* contribuiu com a concepção, coleta, análise dos dados, escrita e revisão final do artigo; *LP* contribuiu com concepção, orientação, análise dos dados, escrita e revisão final do artigo.

Autor correspondente:

Leandro Pernambuco

Departamento de Fonoaudiologia

Cidade Universitária, João Pessoa (PB), Brasil, CEP: 58051-900.

E-mail: leandroape@globo.com

Este artigo foi escrito de acordo com as normas para os autores da revista CoDAS, classificada no extrato B1 para a área 21.

RESUMO

Objetivo: Verificar a frequência e os fatores associados às alterações de deglutição e voz em idosos hospitalizados. **Metodologia:** Estudo do tipo observacional, exploratório, transversal e descritivo com 125 idosos internados em um hospital universitário da região Nordeste do Brasil. As frequências foram obtidas por meio dos questionários de Rastreamento de Disfagia em Idosos (RaDI), em sua versão preliminar, e Rastreamento de Alterações Vocais em Idosos (RAVI). As variáveis independentes foram condições socioeconômicas e demográficas, hospitalização, saúde geral e estilo de vida. A análise descritiva dos dados foi feita por meio das frequências absolutas e relativas. Foi feita a análise bivariada através do teste do qui-quadrado de Pearson e do teste exato de Fisher e verificada a magnitude do efeito pela razão de prevalência para as variáveis independentes em relação aos desfechos. O nível de significância foi de 5%.

Resultados: A frequência de alterações de voz foi de 44,8% e a de deglutição 66,4%. A análise bivariada mostrou associação significativa entre alteração vocal e de deglutição com refluxo gastroesofágico, resfriado e inflamações de garganta (mais de três vezes ao ano), problemas de audição, dificuldade para engolir, problemas de voz por mais de duas semanas, tensão ou dor na garganta ou no pescoço e sensação de boca seca. Teve-se ainda associação das variáveis alergia respiratória, sinusite, tensão ou dor na mandíbula e nos ombros e ter cuidador com alteração de voz e Doença pulmonar obstrutiva crônica e praticar exercício físico com alteração de deglutição.

Conclusão: Existe elevada frequência de alterações vocais e de deglutição em idosos hospitalizados e que esta frequência está associada a aspectos de condições de saúde geral e estilo de vida.

Descritores: Idosos; Hospitalização; Voz; Deglutição; Disfonia; Transtornos de deglutição.

ABSTRACT

Purpose: To verify the frequency and associated factors with deglutition and voice disorders in hospitalized elderly. **Methods:** Observational, exploratory, cross-sectional and descriptive study with 125 hospitalized elderly people in a university hospital in the Northeastern region of Brazil. The frequency was obtained through the Screening for Deglutition Disorders in Older People (RADI), in its preliminary version, and Screening for Voice Disorders in Older Adults (RAVI). The independent variables were socioeconomic and demographic conditions, hospitalization, general health and lifestyle. The descriptive analysis of the data was done by means of the absolute and relative frequencies. Bivariate analysis was performed using the Pearson chi-square test and Fisher's exact test and the magnitude of effect was verified by the prevalence ratio for the independent variables in relation to the outcome. The level of significance was 5%. **Results:** The frequency of voice disorders was 44.8% and swallowing was 66.4%. The bivariate analyzes showed significant association between vocal and swallowing disorders with gastroesophageal reflux, cold and sore throats (more than three times a year), hearing problems, swallowing difficulty, voice problems more than two weeks, tension or pain in the throat or neck and dry mouth feeling. There was also association between the variables respiratory allergy, sinusitis, tension or pain in the mandible and shoulders and having a caregiver with voice disorders and chronic obstructive pulmonary disease and practicing physical exercise with swallowing disorders. **Conclusion:** There is a high frequency of vocal and swallowing disorders in hospitalized elderly and this frequency is associated with aspects of general health conditions and lifestyle.

Keywords: elderly; Hospital; voice; Deglutition; Dysphonia; swallowing disorders.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo universal, biológico, intrínseco, progressivo, irreversível, de perdas físicas, mentais, cognitivas e sociais que afeta os órgãos dos sentidos produzindo limitações funcionais, que, a princípio, não devem ser percebidas como doenças. Este processo é diferenciado levando-se em consideração sexo, idade, grupo social, raças, regiões geográficas, clima, etc¹.

Com o aumento da longevidade e a fragilidade inerente ao envelhecimento, observa-se um aumento da demanda de cuidados intensivos e contínuos². Idosos tendem a consumir mais serviços de saúde, apresentando altas taxas de internação hospitalar e uma permanência hospitalar mais prolongada e mais elevada do que as observadas em outros grupos etários³. Dessa forma, o envelhecimento é marcado por uma complexa interação de fatores biopsicossociais de atenção e cuidados específicos que o público idoso precisa devido ao estado de vulnerabilidade e risco de ocorrência de diversos desfechos clínicos como, por exemplo, a hospitalização⁴.

A hospitalização é reconhecida como um fator de risco para o declínio funcional das pessoas idosas, tais como comunicação, mobilidade e humor, devido à perda de independência e autonomia, podendo potencializar um comprometimento funcional já existente, devido à má nutrição, repouso excessivo, privação de sono e a polifarmácia⁵. Existe um elevado custo da atenção médico-hospitalar aos idosos, que não leva como base o custo dos procedimentos e sim a taxa de utilização⁴. Portanto, o processo de hospitalização pode resultar em repercussões na capacidade funcional e afetar diretamente na qualidade de vida dessa população⁶.

O aumento da longevidade e as doenças debilitantes associadas mostra que a população idosa é cada vez mais suscetível a distúrbios de comunicação,

incluindo problemas de voz e de deglutição, que podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos, aparecendo com mais frequência a longo prazo⁷.

Estudos^{8,9} estimam que a prevalência de alteração vocal em idoso varie de 4,8% a 29,1%, contudo, não existe homogeneidade nos métodos utilizados para comprovar a validade dos resultados. Do ponto de vista biológico, há o surgimento de alterações nos parâmetros vocais de acordo com o avanço da idade, não havendo consenso na literatura quanto ao início, tipo e grau dessas mudanças. No público idoso são comumente observados sintomas como fadiga vocal, sensação de bolo na garganta, presença de secreção laringofaríngea, tosse, percepção de sintomas de refluxo gastroesofágico e alterações na sensibilidade.

Em relação às propriedades aerodinâmicas da voz, há uma notável redução da capacidade vital e do tempo máximo de fonação que associados à diminuição da habilidade muscular para articulação, acarretam pausas articulatórias e velocidade de fala reduzida. O processo de envelhecimento pode ocasionar, ainda, uma diminuição do controle de *loudness* e *pitch*, aumento da frequência fundamental para homens e diminuição para as mulheres. É possível observar também presença de soprosidade, rugosidade, tremor, e estratégias inapropriadas para compensação das mudanças vocais na tentativa de produzir uma voz melhor^{8,10}.

No que se refere à deglutição são frequentes as modificações naturais na biodinâmica desta função durante o processo de envelhecimento, caracterizado por decréscimo de força, estabilidade, coordenação e resistência proveniente, em parte, como consequência da sarcopenia e perda de reserva muscular que desencadeiam adaptações ou compensações, podendo deixar o idoso mais vulnerável à disfagia. De forma geral, a deglutição na senescência é caracterizada por alterações nos mecanismos sensoriais, redução da flexibilidade no controle muscular, com declínio

da força muscular e lentidão dos movimentos, dismotilidade esofágica, com redução da pressão, duração diminuída de relaxamento, peristaltismo de baixa amplitude e aumento de rigidez do corpo como um todo¹¹⁻¹³.

Sabe-se que estruturas comuns atuam na fisiologia da deglutição e fonação e, portanto, alterações nestas funções podem coexistir no indivíduo idoso, especialmente em condições adversas como na hospitalização. Neste sentido, é importante compreender a magnitude do problema para identificar as principais necessidades dessa população, sendo assim possível nortear ações de prevenção, promoção e intervenção no que se refere à readaptação funcional fonoaudiológica e atenção multiprofissional ao idoso. Portanto, o objetivo dessa pesquisa é averiguar a frequência e fatores associados às alterações da deglutição e voz em idosos hospitalizados.

METODOLOGIA

Este estudo é de caráter transversal, descritivo e observacional, de base populacional, realizado com idosos hospitalizados nas enfermarias da Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB) da cidade de João Pessoa no período entre maio de 2016 a maio de 2017.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com o marcador temporal para definir o idoso pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e de ambos os sexos. Foram excluídos os idosos que apresentaram incapacidade cognitiva grave, de acordo com os critérios utilizados em estudos prévios^{14,15}, nível de consciência rebaixado; perda auditiva sem uso de dispositivo eletrônico de amplificação sonora bem adaptada ou que não permita conversação; pacientes laringectomizados totais ou parciais e traqueostomizados. Sendo assim, o estudo contou com uma amostra de 125 idosos internados que se enquadraram nos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (CAAE 55858016.2.0000.5183, parecer nº 1.571.609/2016). A coleta de dados incluiu a consulta aos prontuários em busca de voluntários que preenchessem os critérios de elegibilidade. Os idosos participantes e seus acompanhantes receberam instruções a respeito da pesquisa e, quando concordaram em participar da mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em seguida foi procedida a aplicação do Formulário de Coleta, que foi estruturado em formato de entrevista e investigou o estado cognitivo, condições socioeconômicas e demográficas, dados de hospitalização, condições de saúde geral e estilo de vida. Para realizar o rastreamento das alterações vocais e de

deglutição foram utilizados, respectivamente, os questionários “Rastreamento de Alterações Vocais em Idosos (RAVI)”¹⁶⁻¹⁸ e “Rastreamento de Disfagia em Idosos (RaDI)”¹⁹, este último em sua versão ainda não finalizada.

As variáveis dependentes desse estudo foram alteração de deglutição e alteração vocal. Foram aplicados o RAVI e o RaDI, compostos por dez e onze questões, respectivamente, que representam sinais e sintomas autoreferidos associados a alterações de voz e deglutição. Para cada questão o entrevistado possuía a possibilidade de responder “não” ou “sim”, sendo que no caso desta última, investigou-se ainda a frequência do sintoma ou sinal por meio das opções “às vezes” ou “sempre”. Os valores atribuídos a possibilidades de resposta foram: “não” = zero; “às vezes” = um; “sempre” = dois.

Para a análise dos dados, o RAVI gera um escore que varia de 0 a 20, sendo o escore total o resultado da soma dos valores atribuídos às respostas “às vezes” e “sempre”. O escore acima de dois (ponto de corte) indica a presença de alteração vocal e a necessidade de encaminhamento para confirmação diagnóstica. Como o RaDI ainda não possui um ponto de corte definido, a alteração de deglutição foi considerada presente quando o idoso respondia “sim” a um ou mais itens do protocolo.

Foi realizada análise descritiva com apresentação da distribuição absoluta e relativa dos dados, assim como medidas de tendência central e de dispersão. Na análise bivariada foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, com magnitude do efeito verificada pela razão de prevalência para cada uma das variáveis independentes em relação ao desfecho em um nível de confiança de 95%.

RESULTADOS

A média de idade dos 125 idosos participantes da pesquisa foi 69,25 anos ($\pm 7,36$ anos), com tempo médio de internação de 7,44 dias ($\pm 7,17$) e proporção equilibrada entre os sexos. O perfil da casuística foi de indivíduos casados ou em união estável, com filhos, baixa escolaridade, aposentados, renda até um salário mínimo e sem plano de saúde.

Verificou-se grande diversidade de motivos para admissão hospitalar (Tabela 1) e de condições crônicas de saúde (Tabela 2) nos idosos entrevistados, sendo as mais significativas: hipertensão arterial sistêmica, sensação de boca seca, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), dor ou tensão nos ombros, doenças cardíacas e diabetes mellitus.

Quanto ao estilo de vida (tabela 2), verificou-se que a maioria se alimenta junto com outras pessoas, possui cuidador (contratado ou familiar) e tem com quem conversar no dia a dia.

Tabela 1. Caracterização dos idosos quanto às variáveis sociodemográficas e de hospitalização.

Variáveis	n	(%)
Sexo		
Feminino	59	47,2
Masculino	66	52,8
Situação conjugal		
Casado / União estável	68	54,2
Viúvo(a)	26	20,8
Solteiro	19	15,2
Separado(a)	12	9,6
Filhos		
Sim	115	92,0
Não	10	8,0
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	50	40,0
Analfabeto	47	37,6
Ensino Fundamental completo	11	8,8
Ensino Superior	9	7,2
Ensino médio	8	6,4
Anos de estudo		
0-1 anos	51	40,8
1-3 anos	29	23,2
4-8 anos	25	20,0
9 > anos	20	16,0
Condição previdenciária		
Aposentado	99	79,2
Outros	14	11,2
Pensionista	12	9,6
Rendimento Mensal		
Até 1 salário mínimo	90	72,0
Mais de 1 até 2 salários mínimos	18	14,4

Sem renda	9	7,2
2 salário mínimo >	8	6,4
Plano de saúde		
Sim	116	92,8
Não	9	7,2
Tempo de hospitalização		
Há 5 dias no máximo	67	53,6
Acima de 5 dias	58	46,4
Motivo da Hospitalização		
outros	43	34,4
Doenças respiratórias	20	16,0
Doenças cardíacas / Cerebrovasculares	18	14,4
Doença Renal/Hepática	17	13,6
Neoplasia	8	6,4
Causas Ortopédicas	5	4,0
Anemia	4	3,2
Doenças Neurológicas/Psiquiátricas	3	2,4
Doenças da tireoide/endócrinas	3	2,4
Doenças Crônicas	2	1,6
Traumatismo craniano	2	1,6

Tabela 2. Caracterização dos idosos quanto às variáveis de condições gerais de saúde e estilo de vida.

Variáveis	n	(%)
Condições Gerais de saúde		
Hipertensão arterial sistêmica	77	61,6
Sensação de boca seca	76	60,8
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	46	36,8
Dor ou tensão nos ombros	44	35,0
Doenças Cardíacas	41	32,8
Diabetes Mellitus	41	32,8
Problemas de voz mais de duas vezes por semana	39	31,2
Dor na garganta ou pescoço	36	28,8
Alergia respiratória	33	26,4
Refluxo Gastroesofágico ou Laringofaríngeo	30	24,0
Problemas de audição	28	22,4
Sinusite	27	21,6
Resfriado (mais de 3x por ano)	26	20,8
Inflamações de garganta (mais de 3x por ano)	19	15,2
Tensão ou dor na mandíbula	18	14,4
Doenças da tireoide	17	13,5
Depressão	17	13,5
Outros Transtornos	14	11,2
Doenças Cerebrovasculares	13	10,4
Outra Neoplasia	8	6,4
Traumatismo Craniano	5	4,0
Câncer de Cabeça e pescoço	2	1,6
Demência	2	1,6
Doença de Parkinson	1	0,8
Esclerose Lateral amiotrófica	0	0,0
Autopercepção da voz		
Positiva	89	71,2
Negativa	36	28,8
Autopercepção da deglutição		
Positiva	104	83,2
Negativa	21	16,8
Estilo de vida		
Alimenta-se junto com outras pessoas	108	86,4
Possui cuidador (contratado o familiar)	99	79,2
Tem com quem conversar no dia a dia	98	78,4
Participa de atividades sociais	88	70,4
Considera-se uma pessoa ativa	84	67,2
Tem ou teve algum problema com tabagismo por 1 ano no mínimo?	64	51,2
Tem ou teve problemas com alcoolismo por mais de 1 ano?	39	31,2
Pratica exercício físico	36	28,8

Em relação à frequência de alterações de voz nos idosos hospitalizados, 56 (44,8%) apresentaram alteração vocal, sendo 28 homens e 28 mulheres. A Figura 1

demonstra a distribuição dos sintomas de alteração de voz em idosos hospitalizados. Os sintomas mais frequentes foram sensação de garganta seca, pigarro na garganta e coceira na garganta.

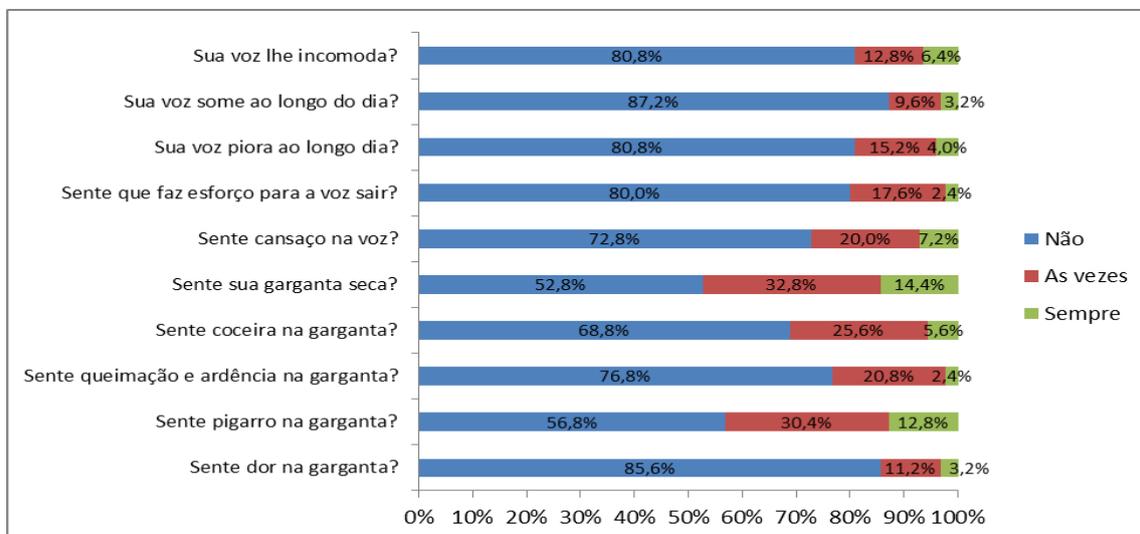


Figura 1 – Distribuição dos sintomas de alteração de voz em idosos hospitalizados.

A Figura 2 demonstra a distribuição dos sintomas de alteração de deglutição em idosos hospitalizados. Os sintomas mais frequentes foram perda de peso por dificuldade de deglutir, pigarro depois de engolir e deixar de comer algum alimento porque acha difícil deglutir. A análise do número de sintomas revelou que 66,4% da amostra referiu, no mínimo, um sintoma de alteração na deglutição.

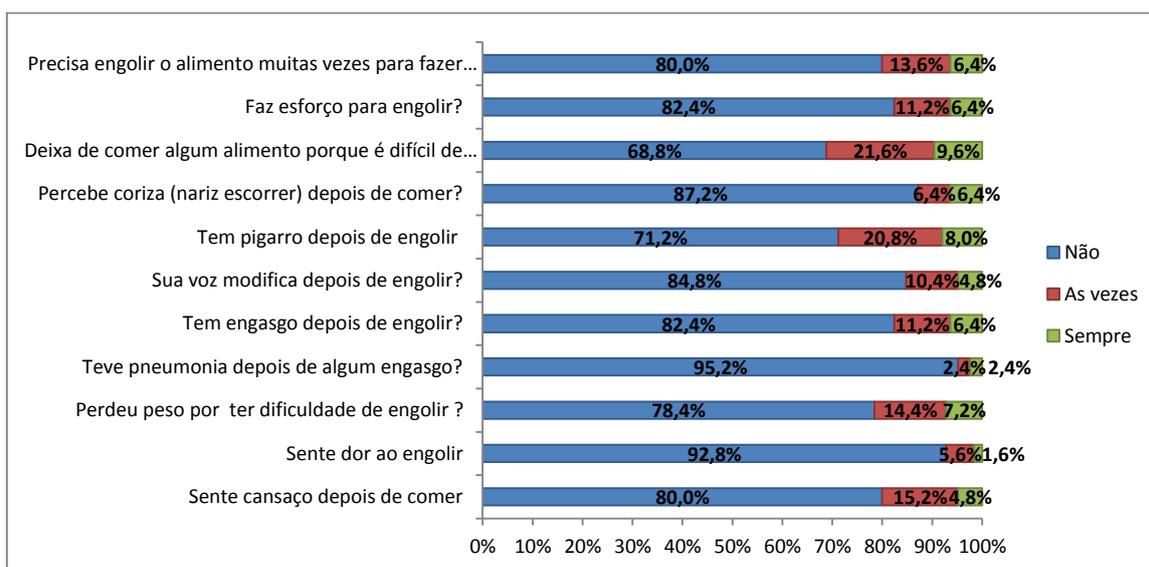


Figura 2– Distribuição dos sintomas de alteração de deglutição em idosos hospitalizados.

Os resultados das análises bivariadas entre alteração vocal e as variáveis independentes demonstraram associação significativa de alteração vocal com refluxo gastroesofágico, alergia respiratória, sinusite, resfriado (mais de três vezes por ano), inflamações de garganta (mais de três vezes por ano), problemas de audição, dificuldade para engolir, problemas de voz por mais de duas semanas, sensação de tensão ou dor na garganta ou no pescoço, tensão ou dor na mandíbula, tensão ou dor ombros, boca seca e tem cuidador (familiar ou contratado) (Tabela 3).

Quanto à alteração de voz, a prevalência de alteração vocal foi 67% e 86% maior para quem relatou ter alergia respiratória e sinusite em relação a quem não possui, respectivamente; duas vezes maior para os indivíduos que possuem ou possuíram refluxo gastroesofágico, resfriado e inflamação na garganta (mais de três vezes ao ano), dificuldade para engolir e problemas de voz por mais de duas semanas; 58% maior em quem relatou ter problema de audição; duas vezes maior para quem referiu possuir dificuldade para engolir, ter problemas de voz por mais de duas semanas e sensação de boca seca; 99%, 98% e 71% maior em quem relatou possuir tensão ou dor na garganta ou no pescoço, tensão ou dor na mandíbula e tensão ou dor ombros, respectivamente. 46% menor nos idosos que possuem cuidador em relação aos que não possuem cuidador.

Tabela 3. Associação entre alteração vocal e variáveis relacionadas às condições socioeconômicas e demográficas, hospitalização, saúde geral e estilo de vida em idosos hospitalizados (n=125). João Pessoa, PB, 2017.

	Alteração vocal				p	RP (IC 95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Gênero						
Masculino	28	47,5	31	52,5	0,572 ^a	1,11 (0,75 - 1,65)
Feminino	28	42,4	38	57,6		
Situação conjugal						
Com companheiro	35	52,2	32	47,8	0,072 ^a	0,69 (,459 - 1,04)
Sem companheiro	21	36,2	37	63,8		

Filhos						
Sim	50	43,5	65	56,5	0,341 ^b	1,380
Não	6	60,0	4	40,0		(0,79 - 2,38)
Anos de estudo						
0 a 3 anos de estudo	37	45,7	44	54,3	0,789 ^a	1,05
Acima de 3 anos de estudo	19	43,2	25	56,8		(0,69 - 1,60)
Rendimento mensal						
Sem renda/até 1 salário mínimo	44	44,4	55	55,6	0,876 ^a	0,96
Acima de 1 salário mínimo	12	46,2	14	53,8		(0,60 - 1,54)
Tempo de hospitalização						
Até 5 dias	34	50,7	33	49,3	0,151 ^a	0,74
Acima de 5 dias	22	37,9	36	62,1		(0,49 - 1,12)
Doença pulmonar obstrutiva crônica						
Sim	24	52,2%	22	47,8%	0,206 ^a	1,28
Não	32	40,5%	47	59,5%		(0,87-1,89)
Hipertensão Arterial Sistêmica						
Sim	34	44,2%	43	55,8%	0,854 ^a	0,96
Não	22	45,8%	26	54,2%		(0,64-1,43)
Doenças cerebrovasculares						
Sim	5	38,5	8	61,5	0,771 ^b	0,84
Não	8	45,5	61	54,5		(0,41-1,73)
Doenças Cardíacas						
Sim	19	46,3	22	53,7	0,809 ^a	1,05
Não	37	44,0	47	56,0		(0,70-1,58)
Traumatismo Craniano						
Sim	4	80,0	1	20,0	0,172 ^b	1,84
Não	52	43,3	68	56,7		(1,13-2,99)
Diabetes Mellitus						
Sim	19	46,3	22	53,7	0,809 ^a	1,05
Não	37	44,0	47	56,0		(0,70-1,58)
Doenças da Tireoide						
Sim	10	58,8	7	41,2	0,211 ^a	1,38
Não	46	42,6	62	57,4		(0,87-2,17)
Demência						
Sim	0	0,00	2	100,0	0,501 ^b	-----
Não	56	45,5	67	54,5		
Depressão						
Sim	11	64,7	6	35,4	0,076 ^a	1,55
Não	45	41,7	63	58,3		(1,02-2,35)
Outros Transtornos						
Sim	9	64,3	5	35,7	0,156 ^b	1,51
Não	47	42,3	64	57,7		(0,97-2,37)
Refluxo gastroesofágico						
Sim	23	76,7	7	23,3	0,000^a	2,20
Não	33	34,7	62	65,3		(1,57-3,09)
Alergia respiratória						
Sim	21	63,6	12	38	0,011^a	1,67
Não	35	36,4	57	62		(1,15 - 2,41)
Sinusite						
Sim	19	70,4	8	29,6	0,003^a	1,86
Não	37	37,8	61	62,2		(1,31 - 2,65)
Resfriado (mais de 3x por ano)						
Sim	22	84,6	4	15,4	0,000^b	2,46
Não	34	34,3	65	65,7		(1,79 - 3,38)

Inflamações de garganta (mais de 3x por ano)						
Sim	17	89,5	02	10,5	0,000^b	2,43
Não	39	36,8	67	63,2		(1,81 – 3,26)
Problemas de audição						
Sim	20	71,4	08	28,6	0,001^a	1,92
Não	36	37,1	61	62,9		(1,35 – 2,72)
Tem dificuldade para engolir						
Sim	16	80,0	4	20,0	0,001^b	2,10
Não	40	38,1	65	61,9		(1,51-2,91)
Tem problemas de voz por mais de duas semanas						
Sim	30	76,9	9	23,1	0,000^a	2,54
Não	26	30,2	60	69,8		(1,76-3,66)
Sente tensão ou dor na garganta ou no pescoço						
Sim	25	69,4	11	30,6	0,000^a	1,99
Não	31	34,8	58	65,2		(1,39 - 2,85)
Sente tensão ou dor na mandíbula						
Sim	14	77,8	4	22,2	0,004^b	1,98
Não	42	39,3	65	60,7		(1,40-2,78)
Sente tensão ou dor ombros						
Sim	27	61,4	17	38,6	0,006^b	1,71
Não	29	35,8	52	64,2		(1,17-2,49)
Sente boca seca						
Sim	45	59,2	31	40,8	0,000^a	2,63
Não	11	22,4	38	77,6		(1,51-4,58)
Considera-se uma pessoa						
Ativa	40	47,6	44	52,4	0,349 ^a	0,82
Inativa	16	39,0	25	61,0		(0,52 - 1,27)
Tem ou teve problemas c/ alcoolismo por mais de 1 ano						
Sim	18	46,2	21	53,8	0,838 ^a	1,04
Não	38	44,8	48	55,8		(0,69-1,58)
Tem ou teve algum problema c/ tabagismo por 1 ano no mínimo						
Sim	27	42,2	37	57,8	0,547 ^a	0,88
Não	29	47,5	32	52,5		(0,60 - 1,31)
Pratica algum exercício físico						
Sim	40	44,9	49	55,1	0,959 ^a	1,01
Não	16	44,4	20	55,6		(0,65 - 1,55)
Participa de atividades sociais						
Sim	39	44,3	49	55,7	0,867 ^a	1,03
Não	17	45,9	20	54,1		(0,68 - 1,57)
Alimenta-se junto com outras pessoas						
Sim	49	45,4	59	54,6	0,747 ^a	0,90
Não	7	41,2	10	58,8		(0,49 - 1,66)
Tem cuidador (familiar ou contratado)						
Sim	7	26,9	19	73,1	0,039^a	0,54
Não	49	49,5	50	50,5		(0,28 - 1,05)
Tem com quem conversar no dia-a-dia						
Sim	46	46,9	52	53,1	0,360 ^a	0,78
Não	10	37,0	17	63,0		(0,46 - 1,34)

Legenda: $p \leq 0,05$; a = testes qui-quadrado de Pearson; b = teste exato de Fisher; RP = Razão de prevalência.

Os resultados das análises bivariadas entre alteração de deglutição e as variáveis independentes demonstraram associação significativa de alteração vocal com doença pulmonar obstrutiva crônica, refluxo gastroesofágico, alergia

respiratória, sinusite, resfriados e inflamações na garganta por mais de três vezes ao ano, problemas de audição, dificuldade para engolir, problemas de voz por mais de duas semanas, sensação de tensão ou dor na garganta ou no pescoço, boca seca e se pratica algum exercício físico. (tabela 4).

Quanto à alteração de deglutição, encontrou-se que a prevalência de alteração de deglutição foi 95% maior para os indivíduos que possuem histórico de DPOC do que nos idosos que não possuem; 44% maior para os indivíduos que têm histórico de refluxo gastroesofágico; 54% maior nos idosos com relato de resfriado por mais de três vezes ao ano e inflamação na garganta mais de três vezes ao ano; 58% maior em quem relatou ter problema de audição; duas vezes maior em quem relatou possuir dificuldade para engolir e problemas de voz por mais de duas semanas; 47% e 41% maior em quem relatou possuir tensão ou dor na garganta ou no pescoço e sensação de boca seca, respectivamente; 25% menor nos idosos que praticam alguma atividade física em relação aos que não praticam.

Tabela 4. Associação entre alteração de deglutição e variáveis relacionadas à condições socioeconômicas e demográficas, hospitalização, saúde geral e estilo de vida em idosos hospitalizados (n=125). João Pessoa, PB, 2017.

	Alteração de deglutição				p	RP (IC95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Gênero						
Masculino	41	69,5	18	30,5	0,489a	1,09 (0,75 - 1,65)
Feminino	42	63,6	24	36,4		
Situação conjugal						
Com companheiro	35	52,2	32	47,8	0,072 ^a	0,69 (0,85- 1,40)
Sem companheiro	21	36,2	37	63,8		
Filhos						
Sim	75	65,2	40	34,8	0,342 ^b	1,22 (0,87 - 1,71)
Não	8	80,0	2	20,0		
Anos de estudo						
0 a 3 anos de estudo	52	64,2	29	35,8	0,479a	0,91 (0,70 - 1,17)
Acima de 3 anos de estudo	31	70,5	13	29,5		
Rendimento mensal						
Sem renda/até 1 salário mínimo	70	70,7	29	29,3	0,047a	,141 (0,94 - 2,12)
Acima de 1 salário mínimo	13	50,0	13	50,0		

Tempo de hospitalização						
Até 5 dias	39	67,2	19	32,8	0,853 ^a	1,02
Acima de 5 dias	44	65,7	23	34,3		(0,79 - 1,31)
Doença pulmonar obstrutiva crônica						
Sim	33	71,7	13	28,3	0,000^a	1,95
Não	29	36,7	50	63,3		(1,38-2,75)
Hipertensão Arterial Sistêmica						
Sim	36	46,8	41	53,2	0,420 ^a	0,86
Não	26	54,2	22	45,8		(0,60-1,22)
Doenças cerebrovasculares						
Sim	4	30,8	9	69,2	0,241 ^b	0,59
Não	58	51,8	54	48,2		(0,25-1,36)
Doenças Cardíacas						
Sim	20	48,8	21	51,2	0,898 ^a	0,97
Não	42	50,0	42	50,0		(0,66-1,42)
Traumatismo Craniano						
Sim	4	80,0	1	20,0	0,207 ^b	1,65
Não	58	48,3	62	51,7		(1,02-2,66)
Diabetes Mellitus						
Sim	22	53,7	19	46,3	0,526 ^a	1,12
Não	40	47,6	44	52,4		(0,78-1,61)
Doenças da Tireoide						
Sim	10	58,8	7	41,2	0,413 ^a	1,22
Não	52	48,1	56	51,9		(0,78-1,90)
Demência						
Sim	1	50,0	1	50,0	1,000 ^b	1,00
Não	61	49,6	62	50,4		(0,24-4,07)
Depressão						
Sim	11	64,7	6	35,3	0,180 ^a	1,37
Não	51	47,2	57	52,8		(0,91-2,05)
Outros Transtornos						
Sim	7	50,0	7	50,0	0,975 ^a	1,00
Não	55	49,5	56	50,5		(0,57-1,76)
Refluxo gastroesofágico						
Sim	26	86,7	04	13,3%	0,008^b	1,44
Não	57	60,0	38	40,0%		(1,16 – 1,79)
Alergia respiratória						
Sim	24	72,7	09	27,3	0,370 ^a	1,13
Não	59	64,1	33	35,9		(0,87 – 1,46)
Sinusite						
Sim	21	77,8	06	22,2	0,157 ^a	1,22
Não	62	63,3	36	36,7		(0,95 – 1,58)
Resfriado (mais de 3x por ano)						
Sim	24	92,3	02	7,7	0,001^b	1,54
Não	59	59,6	40	40,4		(1,27 – 1,88)
Inflamações de garganta (mais de 3x por ano)						
Sim	18	94,7	01	5,3	0,003^b	1,54
Não	65	61,3	41	38,7		(1,28 – 1,85)
Problemas de audição						
Sim	26	92,9	02	7,1	0,001^b	1,58
Não	57	58,8	40	41,2		(1,29 – 1,92)
Tem dificuldade para engolir						
Sim	18	90,0	2	10,0	0,000^b	2,14
Não	44	44,0	61	58,1		(1,64-2,80)
Tem problemas de voz por mais de duas semanas						
Sim	32	82,1	7	17,9	0,000^a	2,35
Não	30	34,9	56	65,1		(1,79-3,25)

Sente tensão ou dor na garganta ou no pescoço						
Sim	31	86,1	05	13,9	0,003^b	1,47
Não	52	58,4	37	41,6		(1,18 - 1,83)
Sente tensão ou dor na mandíbula						
Sim	15	83,3	03	16,7	0,114 ^b	1,31
Não	68	63,6	39	36,4		(1,02-1,68)
Sente tensão ou dor ombros						
Sim	33	75,0	11	25,0	0,134 ^a	1,21
Não	50	61,7	31	38,3		(0,95-1,54)
Sente boca seca						
Sim	57	75,0	19	25,0	0,011^a	1,41
Não	26	53,1	23	46,9		(1,05-,1,89)
Considera-se uma pessoa						
Ativa	25	61,0	16	39,0	0,370 ^a	0,88
Inativa	58	69,0	26	31,0		(0,66- 1,17)
Tem ou teve problemas c/ alcoolismo por mais de 1 ano						
Sim	30	76,9	09	23,1	0,093 ^a	1,24
Não	53	61,6	33	38,4		(0,98 - 1,58)
Tem ou teve algum problema c/ tabagismo por 1 ano no mínimo						
Sim	43	67,2	21	32,8	0,849 ^a	1,02
Não	40	65,6	21	34,4		(0,79 - 1,31)
Pratica algum exercício físico						
Sim	54	60,7	35	39,3	0,033^a	0,75
Não	29	80,6	07	19,4		(0,59 - 0,95)
Participa de atividades sociais						
Sim	25	67,6	12	32,4	0,858 ^a	1,02
Não	58	65,9	30	34,1		(0,78 - 1,34)
Alimenta-se junto com outras pessoas						
Sim	12	70,6	05	29,4	0,788 ^a	1,07
Não	71	65,7	37	34,3		(0,76 – 1,50)
Tem cuidador (familiar ou contratado)						
Sim	66	66,7	33	33,3	0,902 ^a	1,02
Não	17	65,4	09	34,6		(0,74 - 1,39)
Tem com quem conversar no dia-a-dia						
Sim	20	74,1	07	25,9	0,340 ^a	1,15
Não	63	64,3	35	35,7		(0,88 - 1,50)

Legenda: $p \leq 0,05$; a = testes qui-quadrado de Pearson; b = teste exato de Fisher; RP = Razão de prevalência.

DISCUSSÃO

Alterações vocais e de deglutição podem ocorrer em uma proporção considerável da população geriátrica, com eventuais impactos negativos sobre a qualidade de vida dessas pessoas. No ambiente hospitalar, mesmo que as intervenções médicas e cirúrgicas sejam bem sucedidas, pacientes idosos têm elevada prevalência de incapacidade funcional. Nesse sentido, o ambiente hospitalar pode deixar o idoso mais vulnerável a alterações vocais e de deglutição¹⁵, o que pode ser atestado pelas elevadas frequências de alterações nessas duas funções encontradas neste estudo com idosos hospitalizados.

Em relação à disfagia, alguns estudos têm determinado a prevalência da mesma no âmbito hospitalar levando-se em consideração pacientes com alterações neurológicas, como doença de Parkinson, por exemplo. Contrastando com essas pesquisas, existem poucos estudos que avaliam a disfagia de modo amplo e geral no público idoso hospitalizado, sendo que a prevalência de disfagia nesses estudos varia entre 9 a 71% dependendo do método utilizado¹⁴.

Quanto às alterações vocais, a gama de estudos sobre o tema em idosos hospitalizados é ainda menor. Foram encontrados apenas dois estudos^{20,21} após realização de uma revisão extensa da literatura sobre o tema, sendo a grande parte dos mesmos voltados para o público idoso em geral, considerando apenas o fator envelhecimento na maioria dos casos.

Neste estudo, a distribuição de idosos hospitalizados de acordo com o sexo foi equilibrada, mas a frequência do sexo masculino foi discretamente maior em relação ao sexo feminino. Deve ser levada em consideração a maior suscetibilidade masculina a piores condições de saúde e maior frequência de comorbidades devido aos hábitos prejudiciais mais frequentes no sexo masculino, tais como, tabagismo,

consumo de álcool e hábitos alimentares inadequados²². Outro fator importante se dá na questão da menor procura por serviços de saúde por esse público, prejudicando o uso de medicamentos e vacinas, além da realização de exames preventivos¹⁹.

Quanto ao estado geral de saúde, as doenças mais relatadas foram: hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardíacas, diabetes mellitus, sensação de boca seca, problemas de voz mais de duas vezes por semana. Esses dados confirmam o que já foi encontrado em estudos anteriores, principalmente em relação à HAS e sensação de boca seca^{22, 23}.

Em relação à frequência de sintomas relacionados à alteração de voz (sensação da garganta seca, pigarro e coceira na garganta) é justificada pela natural redução de secreção salivar na cavidade oral e diminuição da lubrificação laringofaríngea que ocorre ao envelhecer. Nesse sentido, com a diminuição do volume do muco secretado e associado ao espessamento da secreção há uma restrição do movimento mucondulatório de pregas vocais, sensação de ressecamento e reações de tentativa de limpeza do conteúdo acumulado, resultando na tosse e no pigarro⁹.

Em relação aos sinais e sintomas associados à deglutição referidos pelos idosos hospitalizados, dois (deixar de comer algum alimento e perda de peso) têm relação direta com a manutenção do estado nutricional. Quando estão hospitalizados os idosos ficam mais suscetíveis ao declínio nutricional, esse declínio pode ser em virtude da disfagia, pois estes pacientes raramente consomem uma quantidade correta de alimentos por medo de comer, restrição de dieta por via oral ou ainda pela própria dificuldade para a alimentação oral. Já cansaço após a deglutição é uma das características mais frequentes em pacientes que apresentam

o quadro clínico de disfagia²³. Naturalmente os idosos que apresentam disfagia (presença da boca muito seca ou de baba, grande dificuldade para mastigar ou de manter o alimento na boca, a presença de movimentos incoordenados da língua e mandíbula na mastigação) a necessidade de deglutir várias vezes o mesmo alimento, mudanças de postura de cabeça na deglutição, são condições que contribuem de forma direta para que se gere a fadiga nos músculos envolvidos nesse processo e por consequência o cansaço após a deglutição²⁴.

Neste estudo foi encontrada associação significativa entre disfagia e Disfunção Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Têm-se na literatura diversos estudos prévios que confirmam o referido achado, na qual foi observada elevação laríngea reduzida durante a deglutição, alteração do músculo cricofaríngeo, presença de aspiração e penetração laríngea e diminuição da força respiratória e da habilidade de limpeza laríngea, com comprometimento da proteção de via aérea. Nessa condição, a alteração do padrão respiratório e/ventilatório pode ocasionar um processo de incoordenação entre a deglutição e a respiração, sendo o sincronismo entre as estruturas de extrema importância para uma proteção adequada da via aérea inferior²⁵.

Outro estudo afirma que, embora as evidências não sejam fortes, pacientes com DPOC apresentavam alterações no início da fase faríngea da deglutição, sendo a mesma sugestiva de fator de risco para a exacerbação da doença. Nesse âmbito, são necessários estudos mais aprofundados para uma melhor compreensão das características e fatores de riscos das alterações da deglutição em pacientes com DPOC²⁶.

Em relação à associação encontrada entre alergia respiratória, sinusite, resfriado (mais de 3x por ano) e inflamações de garganta (mais de 3x por ano) com

alteração de voz e de deglutição as mesmas enquadram no campo infecções virais, nas quais há o comprometimento infeccioso das vias aéreas superiores e inferiores. Doenças virais agudas e com alto nível de transmissão que afetam o trato respiratório superior e inferior estão entre as doenças mais comuns que afetam a população mundial²⁷.

Alguns sintomas dessas infecções virais, tais como mialgia, tosse, dor na garganta, espirros e coriza nasal afetam diretamente as estruturas responsáveis pela respiração, fonação e deglutição, podendo ocasionar então disfonia, xerostomia e dor retroesternal, que influenciam na deglutição adequada desses pacientes. Isso se deve pelo fato das vias aéreas compartilharem das estruturas anatômicas e funcionais envolvidas no processo de deglutição e fonação, além de auxiliar nos mecanismos que envolvam esforços físicos²⁷. Um ponto interessante a se destacar é que um estudo mostra que pacientes idosos portadores de comorbidades e que contraem infecções virais tem uma taxa de hospitalização que muda de 20 para mais de 1000 por 100.000 indivíduos, podendo existir a chance de ocasionar complicações em idosos²⁸.

Houve associação dos sintomas de boca seca com alterações de voz e disfagia, com predomínio dos sintomas no gênero feminino. A sensação de boca seca pode ser consequência ou não da diminuição da função das glândulas salivares menores, naturalmente distribuídas por toda orofaringe e até mesmo pela redução total do número de glândulas, além ainda, da administração de alguns medicamentos que também podem contribuir para o surgimento desses sintomas. Além disso, a baixa ingestão hídrica, comum em idosos, pode potencializar as sensações investigadas²⁹⁻³¹.

Quanto à associação entre refluxo gastroesofágico com alteração de deglutição e de voz, pode ser explicada por pelo menos dois mecanismos possíveis: queixas laringeas e lesões epiteliais causadas pelo reflexo do esôfago distal mediado pelo nervo vago, sensível ao ácido gástrico e dano direto das estruturas da laringe causados pelos fluidos ácidos. Um ponto importante a mencionar é que existem alguns mecanismos de defesa contra a ação corrosiva suco ácido gástrico. Dentre eles temos a resistência salivar e a secreção salivar. Dessa forma, idosos estão propensos, como já mencionado, a desencadear ou maximizar a sensação de boca seca/xerostomia dentro de o ambiente hospitalar, ou seja, um dos mecanismos de defesa contra os sucos gástricos pode se tornar falho^{32, 33}.

Em relação à voz, a associação pode ser diretamente influenciada por edema e hiperemia nas pregas vocais determinados pelo refluxo gastroesofágico, que afeta o funcionamento adequado da produção vocal. Já em relação à disfagia, a alteração pode ser causada pela irritação direta das estruturas laringofaríngeas, desconforto na região cervical secundário à disfunção esofágica e disfunção do esfíncter superior do esôfago. Os resultados dessa pesquisa possuem achados parecidos aos encontrados em um estudo³² realizado com 157 pacientes com refluxo gastroesofágico, no qual as queixas mais frequentes foram: rouquidão, globus faríngeo, pigarro, azia, tosse, odinofagia, disfagia e engasgos.

Em alguns ambientes hospitalares, diferentes fatores sujeitam os pacientes internados à inatividade e às alterações na função muscular, que podem estar relacionadas a desfechos clínicos importantes, como incapacidade física e até mortalidade. Um estudo³⁴ observou que os sintomas de desconforto orocervical têm associação com alteração vocal. Por vezes, as sensações físicas provocadas pelos sintomas orocervicais podem ser mais incômodas para o idoso do que os sintomas

auditivos. Em relação a essa questão, autores²³ afirmam que sintomas de desconforto cervical e alterações vocais estão relacionadas principalmente pela presença de retração e tensão muscular cervical, comprometendo o trato vocal e a musculatura esquelética cervical e, desta forma, provocando encurtamento muscular, dor e fadiga nessas regiões. Em idosos, a questão muscular é bem mais evidenciada pelo fato de haver diminuição progressiva da massa e da força muscular como consequência funcional naturalmente esperada.

Em relação à associação entre alteração de voz e tensão ou dor na mandíbula, tem-se na literatura que o grau de abertura da mandíbula influencia na fonação, no que tange a resistência à passagem de ar, ocasionando maior esforço ao realizar a fonação, e o padrão de abertura horizontal leva a um estado de hipercontração da musculatura suprahióidea. Há achados quanto à existência de distorções e disfonias em pacientes com DTM, tendo relação significativa principalmente em caso onde se tem redução de amplitude articulatória acompanhada por movimentos mandibulares compensatórios. O grau da sintomatologia da DTM será um fato desencadeante dessa alteração vocal, ou seja, quanto mais intensa a DTM, mais propenso o paciente está a desencadear uma alteração vocal³⁵.

Em relação à significância encontrada entre a variável “Tem problemas de voz por mais de duas semanas” com alteração vocal e alteração de deglutição é importante se atentar às alterações fisiológicas naturais ao envelhecimento já mencionadas acima e, onde a gravidade e intensidade dessas alterações podem variar de pessoa para pessoa. Dessa forma, alterações vocais podem afetar negativamente a qualidade de vida, a autonomia, a socialização, o psicológico e estruturas físicas relacionadas à produção vocal, sendo assim, uma alteração de

fácil autopercepção e muitas vezes ignorada pelo mesmo, por achar algo natural ao envelhecimento. Portanto, a adequada percepção de problemas vocais por parte dos idosos pode vir a se tornar uma ferramenta importante para detecção e diminuição da alta prevalência de alteração vocal nessa população³⁶.

Em relação à associação entre dor ao deglutir (odinofagia) e alteração de deglutição e voz, sabe-se que com o processo de envelhecimento o ato de deglutir é diferenciado devido à diminuição nas reservas funcionais de diversos órgãos e sistemas que podem causar alterações, tais como redução na elevação laríngea, presença de resíduo alimentar após a deglutição, atrofia dos músculos mastigatórios, diminuição da mobilidade dos músculos faríngeos e da produção salivar e disfunção da cartilagem epiglótica. Com isso, os indivíduos idosos tendem a apresentar problemas de saúde ou utilizar estratégias compensatórias, como por exemplo, deglutição com força e aumento da pressão da língua na cavidade oral para facilitar a propulsão alimentar, além ainda de estarem propensos à fadiga e hipotonia das fibras da musculatura da mastigação por conta do envelhecimento, ocasionado uma mastigação ineficiente³⁷.

Em relação à voz, alguns autores³⁸ colocam que uma série de causas podem influenciar, contribuir ou desencadear crises disfônicas, sendo evidenciado que os distúrbios faríngeos, incluindo as dores de garganta, podem estar ligadas a questões inflamatória ou infecciosa, como também de um ajuste motor hipertônico^{37,38}.

Foi encontrada significância entre a variável “Problemas de audição” com alteração de voz e de deglutição. Em relação à alteração de voz, sabe-se que com a perda auditiva há prejuízo em âmbito linguístico, vocal, ou mesmo, para problemas emocionais e/ou de humor, visto que envolve a perda da condição de participar ativamente de conversas no dia a dia, dificuldades em manter-se informado pelos

meios de comunicação e diminuição do lazer, por exemplo. As alterações estão diretamente relacionadas ao grau da perda auditiva, acarretando prejuízos na expressão e compreensão da linguagem oral, principalmente em ambientes ruidosos. Alterações na voz estão ligadas a problemas de audição, tais como, perda auditiva, otites, zumbidos, entre outros, pela incapacidade de retroalimentação auditiva e controle da mesma, podendo ocasionar ajustes musculares impróprios, mais esforço e aumento da intensidade vocal durante a fala^{39- 41}.

Em relação à categoria estilo de vida, constatou-se associação significativa para fator de proteção entre as variáveis “tem cuidador” com alteração vocal e “pratica exercício físico” com alteração de deglutição. Sendo assim, pode-se inferir que os idosos que não possuem cuidador acabam sendo mais independentes, usam mais a voz e frequentando diversos ambientes, possuindo, dessa forma, uma condição cotidiana mais funcional em comparação com os que possuem cuidador, que geralmente são aqueles idosos mais debilitados e dependentes de cuidados. Já em relação à associação com disfagia, praticar exercícios físicos se transforma em um fator de proteção para o idoso não possuir alteração na deglutição, levando-se em consideração a inferência de que idosos mais ativos acabam possuindo uma condição muscular mais saudável e resistente do que idosos que não praticam nenhum exercício.

Um dado importante a se analisar, se dá na questão da associação entre a autopercepção da voz e da deglutição com alteração de voz e deglutição. Em relação ao resultado da autopercepção da voz, estudos sobre a percepção das desvantagens da fonação e sobre o impacto funcional de distúrbios vocais na vida diária têm mostrado que a população idosa parece não ser muito propensa a

autodeclarar alterações de voz e deglutição, por considerar essas alterações normais para a sua idade⁴².

Por estar fortemente associada ao estado “real” ou “objetivo” de saúde das pessoas, incorporando seus aspectos físicos, cognitivos e emocionais a autopercepção/autoavaliação tem sido utilizada em estudos populacionais em todo o mundo. Por ser uma medida de autorreferência é facilmente analisada em amostra ampla da população, de forma rápida, acessível e econômica. Além de ser um indicador recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para verificar a saúde das populações.

No processo de autoavaliação, a comparação com pessoas em piores condições de saúde exerce um papel importante na adaptação dos idosos, pois contribui para minimizar os efeitos negativos da percepção de perdas associadas ao envelhecimento relativas à redução do nível de atividades, de participação social e da própria motivação para o autocuidado em saúde. Entretanto, esses estudos têm produzido resultados controversos, talvez em virtude das diferenças na forma de elaborar a questão e nas opções de resposta, sendo necessária uma uniformização para melhorar a comparação entre os resultados das pesquisas⁴⁰.

Uma problemática encontrada ao se utilizar uma avaliação de autopercepção em idosos hospitalizados se dá no fato de que em muitos casos o idoso acaba omitindo sintomas propositalmente porque sentem ou têm medo de prolongar seu tempo de internação, e assim, podem ocasionar dados não confiáveis e errôneos para estudos com esse público.

CONCLUSÃO

Conclui-se que existe elevada frequência de alterações vocais e de deglutição em idosos hospitalizados e que esta frequência está associada a aspectos de condições de saúde geral e estilo de vida.

REFERÊNCIAS

1. Julio R, Mac-Kay APG. Interface entre fonoaudiologia e nutrição: aspectos da alimentação em pacientes idosos hospitalizados. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa casa*. 2005; 50(3): 110-116.
2. Menezes LV, Vicente LC. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. *Revista CEFAC [online]*. 2007; 9(1): p. 90-98.
3. Amaral ACS, *et al*. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(6): 1617-1626.
4. Castro VC, *et al*. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde. *Rev Rene*. 2013; 14(4): 791-800.
5. Pereira EEB, *et al*. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol [online]*. 2014; 17(1): 165-176.
6. Cunha FCM, Cintra MTG, Cunha LCM, Couto EAB, Giacomini KC. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]*. 2009; 12(3): 475-487.
7. PITTIONI MEM. Fonoaudiologia hospitalar: uma realidade necessária. [Monografia]. Londrina: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 2001.
8. Gampel D, Karsch UM, Ferreira LP. Percepção de voz e qualidade de vida em idosos professores e não professores. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2907-2916.
9. Gois ACB. Prevalência e fatores associados às alterações vocais em idosos residentes na comunidade. [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; 2017.

10. Santos M, et al. Rastreo de alterações vocais no idoso (RAVI) - Validação de questionário. Revista portuguesa de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial. 2017; 55(1).
11. Panissa CO, Vassimon HS. Risco de desnutrição de idosos hospitalizados: avaliando ingestão alimentar e antropometria. Demetra; 2012; 7(1): 13-22.
12. Acosta NB, Cardoso MCAF. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. RBCEH. 2012; 9(1):143-154.
13. Pernambuco LA. Prevalência e fatores associados à alteração vocal em idosos institucionalizados com capacidade cognitiva preservada. [Tese]. Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.
14. Jerez-Roig, *et al.* Prevalence of Self-Medication and Associated Factors in an Elderly Population: A Systematic Review. Drugs Aging. 2014; 31: 883.
15. Góis ACB, Pernambuco LA, Lima KC. Prevalence and Associated Factors with Voice Disorders in Brazilian Community-dwelling Older Adults. Journal of Voice. 2018.
16. Pernambuco, LA, *et al.* Screening for Voice Disorders in Older Adults (Rastreamento de Alterações Vocais em Idosos - RAVI) - Part I: validity evidence based on test content and response processes. Journal of Voice. 2016; 30(2): 246.e 09-246.e17.
17. Pernambuco, LA, *et al.* Screening for Voice Disorders in Older Adults (Rastreamento de Alterações Vocais em Idosos – RAVI) – Part II: validity evidence and reliability. Journal of Voice. 2016; 30(2): 246.e19 - 246.e27.
18. Pernambuco, LA, *et al.* Screening for Voice Disorders in Older Adults (Rastreamento de Alterações Vocais em Idosos – RAVI) – Part III: validity evidence and reliability. Journal of Voice. 2017; 31(1): 117.e17-117.e22.

19. Magalhães HP, Pernambuco LA. Screening for oropharyngeal dysphagia. *CoDAS*. 2015; 27: 874-877.
20. Monini S, *et al.* Perceived disability from hearing and voice changes in the elderly. *Geriatrics & Gerontology International*. 2014; 15(2): 147–155.
21. Martins SEM, Oliveira DSF. Correlação do grau da disfagia orofaríngea neurogênica com grau da disfonia em idosos: análises correlatas. *J. res.: fundam. care* [online]. 2013; 6(3): 1191-1201
22. Fortes FSG; Imamura R, Tsuji DH, Sennes LU. Perfil dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2007; 73(1): 27-31.
23. Menoncin LCM, Jurkiewicz AL, Silvério KCA, Camargo PM, Wolff NMM.. Alterações musculares e esqueléticas cervicais em mulheres disfônicas. *Arquivos Int. Otorrinolaringol. (Impr.)* [online]. 2010; 14(4): 461-466.
24. Furnkim AM, SANTINI CRQS. *Disfagias orofaríngeas: volume 2*. Pró Fono, 2008.
25. Chaves RD, Carvalho CRF, Cukier A, Stelmach R, Andrade RF. Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC. *J Bras Pneumol*. 2011;37(2):176-183.
26. O’Kane L, Groher M. oropharyngeal dysphagia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Rev. CEFAC*. 2009; 11(3): 499-506.
27. Hueb MM. Como diagnosticar e tratar infecções de vias aéreas superiores. *RBM*. 2011; 68(1): 5-15.
28. Martin R. Por que as infecções de vias aéreas superiores devem ser consideradas uma doença de cuidado comunitário prioritária?. *Revista Connection Line*. 2017; 16: 55-65.

29. Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Cruz IR, Lange C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. Texto contexto enfermagem. 2007; 16(3): 536-45.
30. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC. Fatores associados ao estado nutricional no envelhecimento. Revista Médica de Minas Gerais. 2006; 16(3): 160-164.
31. Bigal A, Harumi D, Luz M, Luccia G, Bilton T. Disfagia do idoso: estudo videofluoroscópico de idosos com e sem doença de Parkinson Alessandra Bigal. Distúrbios da Comunicação. 2012; 19(2): 213-223.
32. Burati DO, Duprat AC, Eckley CA, Costa HO. Doença do refluxo gastroesofágico: análise de 157 pacientes. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003; 69(4): 458-62.
33. Fortes FSG; Imamura R, Tsuji DH, Sennes LU. Perfil dos profissionais da voz com queixas vocais atendidos em um centro terciário de saúde. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007; 73(1): 27-31.
34. Martinez BP, Alves GAA. Avaliação muscular em terapia intensiva. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; Martins JA, Andrade FMD, Beraldo MA, organizadores. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 51–79. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).
35. Rockland A, Teixeira AVA, Silva JV, Lima SAA, Oliveira AV. Influência da Disfunção Temporomandibular Muscular nas Alterações da Qualidade Vocal. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2010; 51(1): 41-47.

36. Pernambuco LA, Espelt A, Magalhães Júnior HV, Cavalcanti RV, de Lima KC. Screening for Voice Disorders in Older Adults (Rastreamento de Alterações Vocais em Idosos--RAVI)--Part I: Validity Evidence Based on Test Content and Response Processes. *J Voice*. 2016; 30(2): 246.e9-17.
37. Chaves N. Relação entre fatores de risco de disfagia com avaliação funcional da alimentação em idosos institucionalizados. [Monografia] Florianópolis, Universidade federal de Santa catarina – UFSC, 2013.
38. Behlau M, Madazio G, Feijó D, Pontes P. Avaliação de voz. In: Behlau M, organizador. *Voz: o livro do especialista*. vol. 1. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 85-245.
39. Madalozzo B, Aoki MCS, Soria F, Santos RS, Furkim AM. Análise acústica do tempo de deglutição através do Sonar Doppler. *Rev. CEFAC*. 2017; 19(3): 350-359.
40. Lima RMF, Amaral AKFJ, Aroucha EBL, Vasconcelos TMJ, Silva HJ, Cunha DA. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev CEFAC*. 2009; 11(3): 405-422.
41. Santiago LM, Graça CML, Rodrigues COM, Santos GB. Caracterização da saúde de idosos numa perspectiva fonoaudiológica. *Rev. CEFAC*. 2016; 18(5): 1088-1096.
42. Penteado RZ, Penteado LAPB. Percepção da voz e saúde vocal em idosos coralistas. *Rev. CEFAC [online]* 2010; 12(2): 288-298.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa **FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO E VOZ EM IDOSOS ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW/UFPB)**, coordenada pelo professor **Leandro de Araújo Pernambuco**, do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Esta pesquisa procura identificar alterações de deglutição e voz, bem como aspectos associados a essas alterações, entre as pessoas com 60 anos ou mais, atendidas nas enfermarias da clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Conhecer a frequência e os fatores associados a essas alterações nessa população pode auxiliar a propor ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamentos relacionados à deglutição e voz.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) a uma entrevista com perguntas específicas sobre sintomas relacionados à sua deglutição e voz, além de perguntas sobre seus dados pessoais, seu estado de saúde e hábitos do dia a dia.

Os riscos envolvidos com sua participação são o constrangimento em responder ao questionário, mas o(a) senhor(a) tem o direito de se recusar a responder mesmo sendo avisado sobre o sigilo da sua identificação. A entrevista será realizada em ambiente discreto, preferencialmente sua presença e do avaliador. Contudo, o(a) senhor(a) tem o direito de se recusar a participar.

O(a) senhor(a) terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: identificação de possíveis alterações na deglutição e voz, encaminhamento para os serviços necessários caso alguma alteração seja detectada, orientações sobre os cuidados para prevenir ou minimizar alterações de deglutição e voz.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o responsável, Prof. Dr. Leandro de Araújo Pernambuco, no endereço Jardim Universitário, S/N, Castelo Branco, João Pessoa, PB, 58051-900 ou pelo telefone 83 32167831.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley no 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.

“Após compreensão dos objetivos, procedimentos, direitos e deveres envolvidos nesta pesquisa, declaro que não tenho quaisquer dúvidas e concordo voluntariamente em participar deste estudo. Poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE dará autorização ao patrocinador do estudo e a Instituição responsável de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade”.

“Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.”

João Pessoa, _____ de _____ de _____
Nome e Assinatura do voluntário

Nome e Assinatura do pesquisador responsável

**Impressão
Dactiloscópica**



APÊNDICE B

PROJETO DE PESQUISA
 “FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO E VOZ EM IDOSOS
 ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW/UFPA)”



FICHA DE COLETA

DATA DA COLETA: _____ SAME(HULW) _____ NÚMERO _____

Nome: _____

INVESTIGAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO (JEREZ-ROIG et al., 2014; PERNAMBUCO et al., 2016)		
LOCALIZAÇÃO TEMPORAL		
Em que ano estamos?	() ACERTO	() ERRO
MANEJO DE RECURSOS FINANCEIROS		
É capaz de administrar os próprios recursos financeiros?	() SIM	() NÃO
TESTE DE PFEIFFER		
	ACERTO	ERRO
Que dia é hoje? (dia/mês/ano)		
Qual é o dia da semana?		
Onde nós encontramos?		
Qual é o seu telefone o seu endereço?		
Quantos anos você tem?		
Qual é a data do seu nascimento?		
Quem é o presidente/a do Brasil?		
Quem foi o anterior presidente/a do Brasil?		
Quais são os dois sobrenomes da sua mãe?		
Quanto é 20 menos 3? E menos 3? E menos 3? ...		
TOTAL		
1. Intacto (0-2 erros) / 2. Declínio cognitivo leve (3-4 erros) / 3. Declínio cognitivo moderado (5-7 erros) / 4. Declínio cognitivo severo (8-10 erros). NOTA: Se analfabeto se admite um erro a mais e se o nível de escolaridade é alto (nível superior) se admite um erro a menos.		
HABILIDADE DE COMPREENSÃO		
É capaz de responder questionários?	() SIM	() NÃO

Apresenta bom desempenho em pelo menos dois dos critérios acima?	() SIM	() NÃO
---	---------	---------

CONDIÇÕES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Sexo: () M⁰ () F¹ Idade: _____
 Situação conjugal: () solteiro⁰ () separado¹ () viúvo² () casado/em união estável³
 Filhos: () Não⁰ () Sim¹. Quantos? _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 Ocupação: _____
 Escolaridade: () Analfabeto⁰ () ensino fundamental incompleto¹ () ensino fundamental completo² () ensino médio³ () ensino superior⁴
 Anos de estudo: () 0-1ano⁰; () 1-3 anos¹; () 4 a 8 anos²; () 9 anos ou mais³
 Condição previdenciária: () aposentado⁰; () pensionista¹; () aposentado e pensionista² () outros³
 Rendimento mensal: () sem renda⁰ () até 1 SM¹; () mais de 1 até 2SM²; () mais de 2 SM³
 Tem plano de Saúde: () Não⁰ () Sim¹

HOSPITALIZAÇÃO

Tempo de internação (dias): _____	
Motivo da internação:	
1. DPOC	()
2. Hipertensão arterial sistêmica	()
3. Doenças cerebrovasculares (AVE, hemorragia intracraniana)	()
4. Doenças cardíacas (infarto agudo, outras doenças isquêmicas)	()
5. Traumatismo craniano	()
6. Diabetes Mellitus	()
7. Doenças da tireóide	()
8. Demência	()
9. Depressão	()
10. Outros transtornos (esquizofrenia, fobias, pânico)	()
11. Câncer de cabeça e pescoço	()

12. Outra neoplasia	()
13. Refluxo gastroesofágico	()
14. ELA	()
15. Doença de Parkinson	()
Outras (especificar):	

CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE		
Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada: <i>um médico ou profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) tem ou teve:</i>		
1. DPOC	() Sim ⁰	() Não ¹
Doenças do aparelho circulatório: <i>um médico ou profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) tem ou teve:</i>		
2. Hipertensão arterial sistêmica	() Sim ⁰	() Não ¹
3. Doenças cerebrovasculares (AVC, hemorragia intracraniana)	() Sim ⁰	() Não ¹
4. Doenças cardíacas (infarto agudo, outras doenças isquêmicas)	() Sim ⁰	() Não ¹
Lesões por causas externas: <i>um médico ou profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) tem ou teve:</i>		
5. Traumatismo craniano	() Sim ⁰	() Não ¹
Doenças metabólicas endócrinas: <i>um médico ou profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) tem ou teve:</i>		
6. Diabetes Mellitus	() Sim ⁰	() Não ¹
7. Doenças da tireóide	() Sim ⁰	() Não ¹
Transtornos mentais e comportamentais: <i>um médico ou profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) tem ou teve:</i>		
8. Demência	() Sim ⁰	() Não ¹
9. Depressão	() Sim ⁰	() Não ¹
10. Outros transtornos (esquizofrenia, fobias, pânico)	() Sim ⁰	() Não ¹
Neoplasias: <i>um médico ou profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) tem ou teve:</i>		
11. Câncer de cabeça e pescoço	() Sim ⁰	() Não ¹
12. Outra neoplasia	() Sim ⁰	() Não ¹
Doenças do aparelho digestivo: <i>um médico ou profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) tem ou teve:</i>		
13. Refluxo gastroesofágico	() Sim ⁰	() Não ¹
Doenças do sistema nervoso: <i>um médico ou profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) tem ou teve:</i>		
14. ELA	() Sim ⁰	() Não ¹
15. Doença de Parkinson	() Sim ⁰	() Não ¹
Condições otorrinolaringológicas: <i>um médico ou profissional de saúde disse que o(a) senhor(a) tem ou teve:</i>		
16. Refluxo gastroesofágico ou laringofaríngeo	() Sim ⁰	() Não ¹
17. Alergias respiratória	() Sim ⁰	() Não ¹
18. Sinusite	() Sim ⁰	() Não ¹
19. Resfriados (+ de 3 vezes por ano)	() Sim ⁰	() Não ¹
20. Inflamações de garganta (+ de 3vezes por ano)	() Sim ⁰	() Não ¹
21. Problemas de audição (<i>também pode ser autorreferido</i>)	() Sim ⁰	() Não ¹
Outras doenças		
22. Especificar:	() Sim ⁰	() Não ¹
TOTAL - condições crônicas (marcados com 0)		

SINTOMAS DE DESCONFORTO ORAL E CERVICAL		
23. Tem dificuldades para engolir? (queixa)	() Sim ⁰	() Não ¹
24. Problemas de voz por mais de duas semanas (rouca, soprosa, tensa, fraca, trêmula)	() Sim ⁰	() Não ¹
25. Sente tensão ou dor no pescoço ou na garganta?	() Sim ⁰	() Não ¹
26. Sente tensão ou dor na mandíbula?	() Sim ⁰	() Não ¹
27. Sente tensão ou dor nos ombros?	() Sim ⁰	() Não ¹
28. Sente a boca seca?		
TOTAL - sintomas de desconforto (marcados com 0)		

ESTILO DE VIDA, SOCIALIZAÇÃO E CUIDADO ESPECÍFICO (E.V, S, C.E.)		
29. Considera-se uma pessoa?	() inativa ⁰	() ativa ¹
30. Tem ou teve problemas com alcoolismo, por 1 ano, no mínimo?	() Sim ⁰	() Não ¹
31. Tem ou teve problema de tabagismo, por 1 ano, no mínimo?	() Sim ⁰	() Não ¹
32. Pratica algum exercício físico?	() Não ⁰	() Sim ¹
33. Participa de atividades sociais (aniversários, momentos de oração, coral, dança, reuniões com amigos, familiares)?	() Não ⁰	() Sim ¹
34. Alimenta-se junto com outras pessoas?	() Não ⁰	() Sim ¹
35. Tem cuidador (familiar ou contratado)?	() Sim ⁰	() Não ¹
36. Tem com quem conversar no dia a dia?	() Sim ⁰	() Não ¹
TOTAL E.V, S, C.E (marcados com 0)		

RASTREAMENTO DE DISFAGIA EM IDOSOS - RaDI (MAGALHÃES JUNIOR et al., 2015)

Nome: _____ Prontuário HU: _____

Como o(a) senhor(a) avalia sua DEGLUTIÇÃO? () EXCELENTE () MUITO BOA () BOA () RAZOÁVEL () RUIM

As perguntas que farei são relacionadas à sua deglutição. Quando sua resposta for “sim”, indique qual a alternativa que melhor expressa o quanto o sintoma é frequente no seu dia a dia (“às vezes” ou “sempre”).

RASTREAMENTO DE DISFAGIA EM IDOSOS (RaDI)			
Perguntas	Não (0)	Se a resposta for “sim”	
		Às vezes (1)	Sempre (2)
Precisa engolir muitas vezes o alimento para fazê-lo descer?			
Faz esforço para engolir?			
Deixa de comer algum alimento que acha difícil de engolir?			
Percebe coriza (nariz escorrer) depois de comer?			
Tem pigarro depois de engolir?			
Sua voz modifica depois de engolir?			
Tem engasgo depois de engolir?			
Teve pneumonia depois de algum engasgo?			
Perdeu peso por ter dificuldade de engolir?			
Sente dor ao engolir?			
Sente cansaço depois de comer?			
PONTUAÇÃO TOTAL DO RaDI			

O escore total será o resultado da soma dos valores atribuídos às respostas “às vezes” e “sempre”. O escore mínimo é 0 e o escore máximo é 22.

RASTREAMENTO DE ALTERAÇÕES VOCAIS EM IDOSOS – RAVI (PERNAMBUCO et al., 2016a, PERNAMBUCO et al., 2016b)

Nome: _____ Prontuário: _____

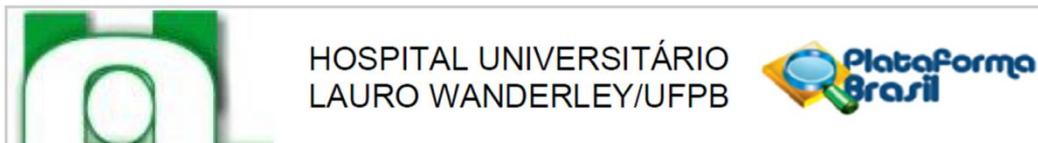
Como o(a) senhor(a) avalia sua própria VOZ? () EXCELENTE () MUITO BOA () BOA () RAZOÁVEL () RUIM

As perguntas que farei são relacionadas à sua voz e às possíveis sensações de irritação ou desconforto na sua garganta. Quando sua resposta for “sim”, indique qual a alternativa que melhor expressa o quanto o sintoma é frequente no seu dia a dia (“às vezes” ou “sempre”).

RASTREAMENTO DE ALTERAÇÕES VOCAIS EM IDOSOS (RAVI)			
Perguntas	NÃO (0 pontos)	SIM	
		ÀS VEZES (1 ponto)	SEMPRE (2 pontos)
Sua voz lhe incomoda?			
Sua voz some ao longo do dia?			
Sua voz piora ao longo do dia?			
Sente que faz esforço para a voz sair?			
Sente cansaço na voz?			
Sente sua garganta seca?			
Sente coceira na garganta?			
Sente queimação, ardência na garganta?			
Sente pigarro na garganta?			
Sente dor na garganta?			
Pontuação Total			

 O escore total será o resultado da soma dos valores atribuídos às respostas “às vezes” e “sempre”. O escore mínimo é 0 e o escore máximo é 20. **Se o resultado for acima de 2, o indivíduo precisa ser encaminhado para avaliação especializada (PERNAMBUCO, ESPELT, LIMA, 2016).**

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO E VOZ EM IDOSOS ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY (HULW/UFPB)

Pesquisador: Leandro de Araujo Pernambuco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55858016.2.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

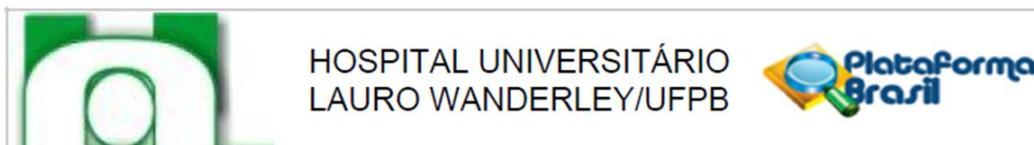
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.571.609

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo do tipo observacional, exploratório, transversal, descritivo que pretende verificar a frequência e fatores associados às alterações vocais e da deglutição em idosos atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB). Considerando que a voz e a deglutição podem ser acometidas pela exposição do indivíduo aos efeitos do envelhecimento e da maior predisposição a algumas doenças nesta etapa da vida, o estudo também leva em conta que no ambiente hospitalar o idoso pode estar mais exposto a fatores ambientais que, associados aos contextos pessoais, podem deixá-lo mais vulnerável a alterações na deglutição e na voz. Portanto, o estudo se justifica pela importância de identificar precocemente a presença dessas condições de saúde na população atendida no HULW, bem como compreender quais os fatores associados, para que assim possam ser propostas ações gerenciais de prevenção dos agravos. A população investigada será composta por 900 idosos (com 60 anos ou mais) internados no HULW e que apresentem condições de responder questionários. Como procedimento de coleta de dados serão aplicados entrevista estruturada (composta por variáveis associadas à alterações vocais e de deglutição, incluindo aspectos socioeconômico-demográficos e de saúde em geral), o instrumento "Rastreamento de Alterações Vocais em Idosos (RAVI)" e o instrumento "Rastreamento de Disfagia em Idosos (RaDi). Para análise será utilizado o teste do qui-quadrado para verificar a associação

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica@hulw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 1.571.609

entre as variáveis. Aquelas que atenderem aos requisitos previstos serão incluídas no modelo de regressão logística para definição dos fatores associados.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a frequência e fatores associados às alterações vocais e da deglutição em idosos atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, o estudo refere que existe a possibilidade de constrangimento em responder ao protocolo estando assegurado ao(à) voluntário(a) o direito de se recusar a responder, mesmo alertado(a) sobre a confidencialidade dos dados. O(a) voluntário(a) será esclarecido que o protocolo será realizado em ambiente discreto, preferencialmente na presença apenas do avaliador e do voluntário.

No que diz respeito aos benefícios, a pesquisa refere que o estudo proporcionará o conhecimento sobre a frequência de alterações de deglutição e voz na população idosa assistida no HULW/EBSERH/UFPB, permitindo identificar as principais necessidades desses indivíduos e nortear ações de promoção de saúde, prevenção da disfonia e intervenção fonoaudiológica. Também poderá contribuir com resultados que sirvam de suporte para o planejamento estratégico de ações de intervenção e melhorias do serviço, além de gerar conhecimento para a elaboração de futuras pesquisas. O voluntário poderá ser diretamente beneficiado com o rastreamento de alterações de deglutição e voz e caso seja detectada a necessidade, os devidos encaminhamentos serão realizados. Cita ainda que os voluntários e cuidadores ainda receberão orientações sobre os cuidados para evitar ou minimizar os transtornos de deglutição e voz. A instituição também será beneficiada ao receber este projeto em seu espaço e ofertar aos seus usuários um procedimento de triagem rápido, simples, válido e confiável que poderá ser futuramente incluído na rotina do serviço.

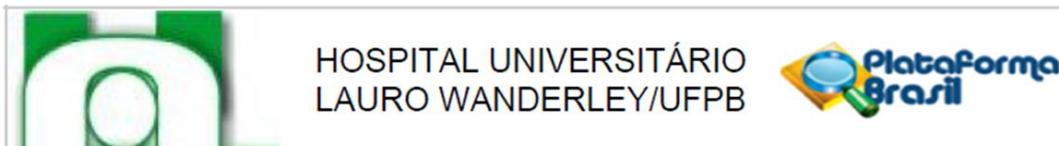
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa se encontra instruído de maneira completa e adequada, apresentando os documentos exigidos no processo.

Apresenta valor científico e pertinência metodológica, com possibilidade de proporcionar benefícios evidentes à população envolvida, aos profissionais responsáveis pelos atendimentos da mesma e à comunidade científica da área da saúde em geral.

Considera com propriedade o grau de vulnerabilidade dos participantes, bem como as medidas

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.			
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 58.059-900	
UF: PB	Município: JOAO PESSOA		
Telefone: (83)3216-7964	Fax: (83)3216-7522	E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br	



Continuação do Parecer: 1.571.609

protetoras propostas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos de apresentação obrigatórios.

Os instrumentos de coleta que serão utilizados não se encontram anexados à Plataforma, mas constam no projeto detalhado.

Em relação ao cronograma, convém ressaltar que o início da coleta de dados só deverá ser realizado após aprovação do estudo pelo CEP.

Recomendações:

Recomenda-se que o pesquisador responsável e demais colaboradores, CUMPRAM, EM TODAS AS FASES DO ESTUDO, A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW. Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o pesquisador responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o protocolo de pesquisa apresenta viabilidade ética e metodológica e atende aos requisitos mínimos exigidos para pesquisa em seres humanos, adotados pela Resolução 466/2012, do CNS/MS, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer APROVADO, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em Reunião Ordinária, realizada em 31 de maio de 2016.

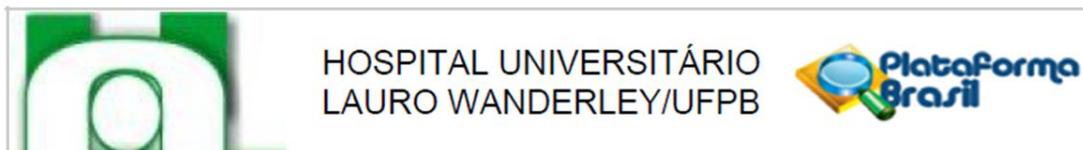
Ressaltamos que, antes de iniciar a pesquisa, o pesquisador responsável deverá comparecer a este CEP, para receber o PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO do projeto.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

. O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha.

. O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer dano ou prejuízo à assistência que

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 1.571.609

esteja recebendo.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

. Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar , online via Plataforma Brasil, através de Notificação, o Relatório final ao CEP/HULW para emissão da Certidão Definitiva por este CEP.. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_699059.pdf	08/05/2016 08:17:40		Aceito
Outros	FORMULARIO_CADASTRO_GEP_HULW.pdf	08/05/2016 08:16:50	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Outros	CERTIDAO_DEPARTAMENTO.pdf	08/05/2016 08:15:41	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/05/2016 08:05:45	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_HULW_DISFAGIA_DISFONIA_FATORES_ASSOCIADOS.pdf	08/05/2016 08:05:22	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	08/05/2016 07:50:56	Leandro de Araujo Pernambuco	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.

Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900

UF: PB Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7964

Fax: (83)3216-7522

E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 1.571.609

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 02 de Junho de 2016

Assinado por:
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE
(Coordenador)

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica@hulw.ufpb.br