

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

Michele Rocha da Silva

**Instrumentos de Triagem e
Avaliação Clínica da Deglutição para
Idosos: Uma Revisão Sistemática e
Metanálise**

UFCSPA

Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Porto Alegre

2024

Michele Rocha da Silva

Instrumentos de Triagem e Avaliação Clínica da Deglutição para Idosos: Uma Revisão Sistemática e Metanálise

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para o título de Doutor em Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina
de Almeida Freitas Cardoso

Porto Alegre

2024

Catálogo na Publicação

Rocha, Michele

Instrumentos de Triagem e Avaliação Clínica da
Deglutição para Idosos: Uma Revisão Sistemática e
Metanálise / Michele Rocha. -- 2024.

67 f. : graf., tab. ; 30 cm.

Tese (doutorado) -- Universidade Federal de Ciências
da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Reabilitação, 2024.

Orientador(a): Dra. Maria Cristina de Almeida Freitas
Cardoso.

1. Deglutição . 2. Idoso. 3. Transtornos de
deglutição. I. Título.

Instrumentos de Triagem e Avaliação Clínica da Deglutição para Idosos: Uma Revisão Sistemática e Metanálise

BANCA AVALIADORA

Dr^a. Barbara da Costa Beber

Departamento de Fonoaudiologia

Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Dr^a. Marcia Angelica Peter Maahs

Departamento de Fonoaudiologia

Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Dr^a. Zayanna Lindôso

Departamento de Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Pelotas

Porto Alegre
2024

AGRADECIMENTO

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre pela oportunidade de desenvolver a tese de Doutorado. À minha orientadora de quase 20 anos, Dra. Maria Cristina Cardoso, uma inspiração de profissional, que não desistiu de mim, que aguentou firme comigo, que tenho orgulho enorme em dizer que conheço, que é muito mais que uma orientadora é uma amiga, admiração

Agradeço aos parceiros de pesquisa Fga. Ms. Liliane Menzen e Fga. Ms. Allessandra Fraga Da Ré. Às Doutoradas, Zayanna Lindôso, Barbara da Costa Beber e Marcia Angelica Peter Maahs, por aceitarem o convite para compor a banca de defesa desta Tese.

Agradeço a Deus, por todas as experiências vividas até aqui, à minha família, meu porto seguro, minha rede de apoio, para quem quero voltar todos os dias, para minha amada mãe, gratidão eterna, sem ela não estaria concretizando esse sonho que é nosso, hoje sendo mãe compreendo ainda mais sobre esse amor incondicional e essa força de leoa que nos trouxe até aqui, pois sabemos que vencemos muitas barreiras, grandes dificuldades, conseguimos!

Ao meu marido Gustavo que me manteve firme nos momentos de fraqueza, que me apoiou e compreendeu as ausências, que me fez mãe do nosso amado filho Miguel, te amo e sou grata por tudo!

Minha irmã Renata inspiração constante na minha vida, mulher forte, guerreira, humana e apaixonada pela sua profissão, através dela conheci a fonoaudiologia e com apenas 13 anos de idade, tomei a decisão de ser fonoaudióloga, sou grata por sempre estar ao meu lado, passamos por muitas dificuldades depois AVC da nossa amada mãe e juntas estamos superando a cada dia e entendendo o propósito de tudo, te amo!

Meus cunhados, Ivan e Silvia obrigada por estarem sempre presentes e apoiarem sempre que necessário.

A todos que contribuíram para concretização de mais essa etapa!

Muito Obrigada!

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO	09
2 CONCLUSÃO GERAL.....	14
3 REFERENCIAS.....	17
6 IMPACTOS DO TRABALHO	18

RESUMO

Introdução: As modificações anatomofisiológicas próprias do envelhecimento são capazes de afetar os aspectos orais e podem influenciar nas dificuldades alimentares, sendo fundamental entendê-las e imprescindível poder detectá-las precocemente. A disfagia afeta a segurança e eficiência da deglutição, podendo causar, pneumonia por broncoaspiração e prejuízos às necessidades nutricionais e hídricas do idoso. **Objetivo:** Identificar instrumentos de triagem e de avaliação clínica da deglutição ou de distúrbio de deglutição para idosos e verificar a influência dos aspectos da fase oral da deglutição nesta população. **Método:** Este estudo se constituiu de dois artigos, ou seja, de uma revisão sistemática da literatura, na qual foram pesquisados estudos indexados nas bases de dados, com o desfecho na ocorrência de modificações nas estruturas da fase oral e nas etapas subsequentes da deglutição e poderiam desencadear a ocorrência de disfagia nos idosos. O segundo artigo foi estruturado a partir de uma metanálise, elaborada considerando uma revisão sistemática da literatura pesquisada em estudos indexados em bases de dados, cujo desfecho foi a identificação de instrumentos de triagem e de avaliação clínica da deglutição ou de distúrbio da deglutição para idosos. Considerando a estratégia PICOS, os estudos para cada artigo foram selecionados a partir de descritores específicos e seguiram as diretrizes do instrumento PRISMA. Os dois artigos foram analisados por três juízes cada um, sendo os dois primeiros os responsáveis pela sua seleção e o terceiro acionado frente a alguma discordância entre os primeiros. **Resultados:** Para o primeiro artigo foram identificados nas bases de dados 198 artigos e após a análise dos juízes foram considerados 4 estudos, a partir dos descritores e/ou termos: *Aged; Elderly; Swallowing; Dysphagia; Deglutition Disorders; Questionnaire; Health Surveys; Evaluation; Screening; Assessment; Oral Phase, Oral Stage, Swallowing Disorder, Assessment e/ou swallow videofluoroscopic*. No segundo artigo foram encontrados 119 estudos, que resultaram em 10 estudos para a sua estruturação, tendo sido considerado os descritores *Aged; Elderly; Swallowing; Dysphagia; Deglutition Disorders; Questionnaire; Health Surveys; Evaluation; Screening; Assessment*. Os resultados da análise sugerem que, enquanto o Eating Assessment Tool EAT-10, parece ser um indicador útil para o risco de disfagia, as variações substanciais entre os estudos exigem uma análise cuidadosa dos contextos clínicos específicos e das populações de pacientes, também indica uma associação positiva entre os instrumentos de identificação de disfagia e a ocorrência de desnutrição. **Conclusão:** O primeiro artigo encontrou a presença de resíduos após a deglutição como fator importante para risco de penetração e/ou aspiração laríngea em idosos, sendo este aspecto comum a todos os estudos analisados. O segundo artigo identificou o instrumento de triagem EAT-10, como o mais recorrente nos estudos e um estudo que utilizou o instrumento de triagem específico para população idosa o *Dysphagia Risk Assessment for the Community- dwelling Elderly - DRACE*.

Palavras-chave: Deglutição; idoso; distúrbios de deglutição.

ABSTRACT

Introduction: The anatomophysiological changes typical of aging can affect oral aspects and can influence eating difficulties, making it essential to understand them and essential to be able to detect them early. Dysphagia affects the safety and efficiency of swallowing and can cause pneumonia due to bronchoaspiration and harm to the nutritional and water needs of the elderly. **Objective:** Identify screening and clinical evaluation instruments for swallowing or swallowing disorders for the elderly and verify the influence of aspects of the oral phase of swallowing in this population. **Method:** This study consisted of two articles, that is, a systematic review of the literature, in which studies indexed in the databases were searched, with the outcome in the occurrence of changes in the structures of the oral phase and in the subsequent stages of swallowing that could trigger the occurrence of dysphagia in the elderly. The second article was structured based on a meta-analysis, organized based on a systematic review of the literature researched in studies indexed in databases, whose outcome was the identification of screening instruments and clinical assessment of swallowing or swallowing disorders for elderly. Considering the PICOS strategy, studies for each article were selected based on specific descriptors and followed the guidelines of the PRISMA instrument. The two articles were analyzed by three judges each, with the first two being responsible for their selection and the third acting in the event of any disagreement between the first. **Results:** For the first article, 198 articles were identified in the databases and after the judges' analysis, 4 studies were considered, based on the descriptors and/or terms: Aged; Elderly; Swallowing; Dysphagia; Swallowing Disorders; Questionnaire; Health Surveys; Evaluation; Screening; Assessment; Oral Phase, Oral Stage, Swallowing Disorder, Assessment and/or videofluoroscopic swallow. For the second article, 119 studies were found, which resulted in 10 studies for its structuring, considering the descriptors Aged; Elderly; Swallowing; Dysphagia; Swallowing Disorders; Questionnaire; Health Surveys; Evaluation; Screening; Assessment. The results of the analysis suggest that while Eating Assessment Tool - EAT-10, appears to be a useful indicator for dysphagia risk, substantial variations between studies require careful analysis of specific clinical contexts and patient populations, it also indicates a positive association between instruments for identifying dysphagia and the occurrence of malnutrition. **Conclusion:** The first article found the presence of residue after swallowing as an important factor for the risk of laryngeal penetration and/or aspiration in the elderly, this aspect being common to all the studies analyzed. The second article identified the risk screening instrument EAT-10 as the most recurrent in studies and a study that used the specific screening instrument for the elderly population, the Dysphagia Risk Assessment for the Community-dwelling Elderly - DRACE.

Keywords: Swallowing; elderly; swallowing disorders.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A deglutição é um processo dinâmico e complexo, ocorrendo em uma série de movimentos rápidos, sinérgicos e integrados, sendo uma atividade neuromuscular complexa que se inicia de forma consciente (COSTA; CASTRO, 2003). Compreende uma ação motora autônoma e em partes, reflexa, envolvendo diversos músculos da região oral, laríngea, faríngea e respiratória (TÚBERO; 2006) tendo como objetivo transportar o bolo alimentar e líquidos da cavidade oral até o estômago, hidratando e nutrindo o organismo (COSTA; CASTRO, 2003).

A fisiologia da deglutição pode ser dividida em cinco fases: antecipatória, preparatória oral, oral, faríngea e esofágica (ALMEIDA; HAGUETTE, 2011).

A fase antecipatória está relacionada com os aspectos da intencionalidade de se alimentar, assim, o odor da comida, o estômago vazio ou o desequilíbrio eletrolítico vão informar ao cérebro (paredes laterais do hipotálamo) a necessidade de comer e, dessa forma, começa a haver produção de saliva para o adequado preparo do bolo alimentar (CICHERO, 2006; ZANCAN *et al.*, 2017).

Na fase preparatória oral ocorre a captação do alimento, e a função de mastigação nas três etapas: incisão, trituração e pulverização, sendo que a mistura deste conteúdo insalivado formará o bolo alimentar na consistência adequada, para que seja posicionado entre a língua e palato duro e, nesse momento, a ponta da língua se posiciona nas rugas palatinas, atrás dos incisivos centrais superiores e, logo, a base da língua se eleva em direção ao palato duro, pela ação dos músculos digástricos, genioglossos, genio-hióides e milo-hióideos e, em seguida, a língua realiza um movimento de retração em direção à orofaringe, fazendo com que o alimento, depositado no dorso da língua, alcance esta área da cavidade oral (MARCHESAN, 2008).

As bochechas e os lábios igualmente colaboram para impulsionar o bolo alimentar. Concomitantemente a este movimento da língua, a mandíbula faz um movimento rápido e discreto de depressão e elevação. Nessa fase, ainda ocorre contração da musculatura perioral para que haja selamento dos lábios, o que é

fundamental para que o alimento não escape para fora da boca(CICHERO, 2006; MARCHESAN, 2008; JOTZ; DORNELLES, 2010).

Para que a fase oral aconteça da maneira correta, são fundamentais a atuação dos lábios, bochechas e língua (CICHERO, 2006; MARCHESAN, 2008; JOTZ; DORNELLES, 2010). Esta etapa ocorre a partir da centralização do bolo alimentar na região da língua para que se inicie o propulsão deste à região da faringe, o contato do palato mole contra a base da língua pela ação do palatoglossos, permite a respiração nasal, promovendo assim, o direcionamento do bolo alimentar para as demais fases: faríngea e esofágica, onde inicia-se um processo involuntário, determinado pela transferência pressórica do bolo alimentar da cavidade oral para a faringe (COSTA, 2013; MARCHESAN, 2008).

Durante a fase faríngea da deglutição, uma sequência rápida de eventos promove a transferência do bolo alimentar da orofaringe para o esôfago. A laringe e o osso hioide elevam-se e anteriorizam-se, favorecendo a inversão da epiglote no intuito de ocluir a via aérea. Simultaneamente, há aumento na atividade dos músculos adutores das pregas vocais, auxiliada pelos músculos constritores da laringe, que promovem o fechamento glótico, sendo este um dos reflexos mais essenciais que permite a deglutição sem aspiração de alimentos, corpos estranhos ou secreções (CICHERO, 2006; JOTZ; DORNELLES, 2010).

Em sequência, de forma extremamente ligada à fase faríngea, inicia a fase esofágica, a partir de uma ação peristáltica, que se origina na porção final faríngea e continua sequencialmente através do esôfago até a entrada no estômago (COSTA, 2013).

O processo de deglutição é um mecanismo complexo com ação de uma série de estruturas, como órgãos, músculos e pares cranianos, sendo dependente da integridade de todas essas estruturas para que ocorra de maneira eficiente e coordenada. Alterações nessas estruturas, próprias do envelhecimento podem comprometer uma ou mais fases do processo de deglutição (PAIVA *et al.*, 2019).

De acordo com Quilici *et al.*, (2018) o envelhecimento é um processo natural onde acontecem importantes modificações morfofisiológicas, dentre elas as mudanças na motricidade orofacial e musculatura laríngea. Consequentemente o ato de envelhecer seguramente acarretará implicações na deglutição do idoso, principalmente em função de alterações químicas,

morfológicas e sensório-motoras resultantes desse processo. As modificações naturais da deglutição, derivadas das condições anatômicas, fisiológicas, psicológicas e do funcionamento típico da deglutição pelo envelhecimento é chamada de presbifagia. Essa condição ocasiona uma diminuição na eficiência da deglutição, originando diferentes tipos de prejuízos ao idoso, principalmente no que se refere à ingestão segura dos alimentos.

O processo de envelhecimento desencadeia também, alterações no olfato e na sensação gustativa, que podem afetar o apetite, causando a seleção da dieta e interferindo na quantidade de ingestão oral (MOLFENTER; LENELL; LAZARUS, 2019).

As modificações das estruturas fonoarticulatórias e da deglutição, se correlacionam com diversos aspectos como: a redução da quantidade de saliva, xerostomia (podendo estar relacionada com o a idade ou pelo uso de medicações), lentificando os processos de mastigação e deglutição, elevando o tempo de trânsito oral, que pode causar resíduos em recessos piriformes (ACOSTA; CARDOSO, 2019).

As principais modificações da deglutição no idoso são: na fase preparatória e oral, os músculos labiais apresentam redução de massa muscular; hipertrofia lingual devido ao aumento de gordura e redução de massa muscular, provocando redução da força lingual; alterações na mucosa oral; redução em número das papilas gustativas; devido ao aumento da quantidade de tecido conjuntivo da língua, a perda da dentição e ou próteses dentárias mal adaptada, além da redução dos ciclos mastigatórios, diminuição da força mastigatória e no prolongamento da fase orofaríngea; na fase faríngea, apresenta redução do grau de elevação anteriorização da laringe, atraso no início da excursão hiolaríngea, discreto aumento do trânsito faríngeo, ampliação da duração da onda de pressão faríngea; e na fase esofágica, que tem maior duração, devido ao maior tempo de relaxamento do esfíncter esofágico superior (GROHER, 2006; SEGURO *et al.*, 2009; BILTON *et al.*, 2014).

Embora as dificuldades provocadas pela presbifagia, as modificações retratam o processo fisiológico natural e suas implicações podem ser reduzidas por mecanismos de compensação junto à terapia fonoaudiológica especializada e, portanto, não determinam uma condição de incapacidade e adoecimento. Dessa forma, um controle adequado das condições que caracterizam o

envelhecimento permite que o idoso possa conviver de forma saudável com as eventuais limitações provocadas pela idade (BILTON *et al.*, 2014; DÉA *et al.*, 2016).

Entretanto, a associação da presbifagia a outros fatores poderão conduzir ao aparecimento de algumas complicações. A mudança no processo da deglutição pode levar a consequências graves para a saúde do idoso, como a desnutrição, desidratação e pneumonias de repetição, podendo levar até a morte (MARCOLINO *et al.*, 2009).

A disfagia orofaríngea é caracterizada por qualquer dificuldade no decurso das fases da deglutição que impossibilite a adequada condução do bolo alimentar da cavidade oral até o estômago (SANTINI, 2008). Manifestações clínicas podem estar associadas a alguns sinais e sintomas perceptíveis, como: a dificuldade de mastigação, dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal, tosse e/ou engasgo durante as refeições e sensação de alimento parado na garganta. Podendo se manifestar de forma silenciosa, como nos casos em que ocorre perda de peso gradual, desnutrição, desidratação e complicações pulmonares (PADOVANI *et al.*, 2007; HAMMOND, 2008; SANTINI, 2008).

Os procedimentos mais utilizados para avaliação da deglutição são a avaliação clínica e exames instrumentais como a videofluoroscopia da deglutição (VFD) e a videoendoscopia da deglutição (VED). A avaliação clínica é um método econômico, não invasivo, que visa identificar a presença de sinais e sintomas de disfagia, iniciado por uma anamnese detalhada, seguida de uma avaliação estrutural dos órgãos fonoarticulatórios, da verificação da qualidade vocal e da avaliação funcional com a oferta de alimento, auxiliando na segurança da ingestão por via oral, na verificação de risco aspirativo, no risco nutricional e hídrico, cujos resultados determinarão se a avaliação instrumental da deglutição será necessária (JOTZ; DORNELLES, 2010; FURKIM; WOLF, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2013).

A VFD é o exame mais usual de avaliação instrumental. Na VFD, diferentes volumes e viscosidades de bário são ofertados e a região orofaríngea é visualizada radiograficamente. O fonoaudiólogo pode definir as dificuldades específicas apresentadas na deglutição, assim como a segurança e eficiência da deglutição. Podendo, também, usar esse exame para determinar se certas estratégias de intervenção, como mudanças posturais, modificações na dieta,

manobras de deglutição são eficazes para melhorar a função da deglutição, assim como nortear o plano de tratamento (CHRISTMAS; ROGUS-PULIA, 2019).

A VED geralmente é realizada com um fonoaudiólogo e um otorrinolaringologista, um laringoscópio de fibra óptica flexível que é passado pelo nariz e posicionado na hipofaringe, com vídeo projetando a visão da supraglote e da glote, onde diferentes consistências de alimentos, são testados. Possibilita avaliar mobilidade das pregas vocais, o manejo de secreções orais e testar sensação laríngea. Por não necessitar de radiação pode ser realizada à beira do leito. Porém não é possível avaliar as fases preparatória, oral e esofágica, “white out” que limita o exame durante a contração faríngea (PAVITHRAN et al., 2020; ARMSTRONG, REYNOLDS, CARROLL, STURDIVANT, SUTERWALA, 2019; MILLER, WILLGING, 2020).

Não há definições de qual avaliação tem melhor desempenho, o que podemos afirmar é a complementaridade das informações que podem ser coletadas em cada exame. A escolha do exame a ser realizado deve considerar os dados de cada caso, a análise das limitações de cada exame e o que se pretende observar (ROCHA; CARDOSO, 2019).

Os estudos desenvolvidos sobre a deglutição e disfagia em idosos publicados estão relacionados as complicações clinicamente importantes devido a uma diminuição na eficiência da deglutição que pode acarretar desnutrição e desidratação, e uma redução na segurança da deglutição que pode ocasionar aspiração e pneumonia (SARABIA-COBO et al., 2016).

Diante do aumento da população idosa e preocupação em relação aos distúrbios de deglutição e casos de desnutrição e desidratação ao longo do processo de envelhecimento, faz-se necessário a identificação de instrumentos de triagem e avaliação efetivos que permitam a identificação precoce nesta população.

Este estudo buscou integrar as informações referentes a disfagia no idoso e as triagens e/ou avaliações utilizadas para identificar os distúrbios de deglutição em idosos e verificar a influência dos aspectos da fase oral da deglutição nesta população.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, N. B.; CARDOSO, M. C. A. F. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. **Rev. Brasileira de Cienc. Envelhecim.**, v. 9, n. 1, p. 143 – 154, 2012.

ALMEIDA, R. de C. de A.; HAGUETTE, R. C. B.; ANDRADE, I. S. N. de. Deglutição com e sem comando verbal: achados videofluoroscópicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, n. 16, p. 291–297, 1 set. 2011.

ARMSTRONG ES.; REYNOLDS J.; CARROLL S.; STURDIVANT C.; SUTERWALA, M. S. Comparing videofluoroscopy and endoscopy to assess swallowing in bottle-fed young infants in the neonatal intensive care unit. **J. Perinatol.**, 2019; 39(9): 1249-1256.

BILTON, T. L.; ROQUE, F. P.; SUZUKI, H. S. Deglutição no envelhecimento. In: MARCHESAN, I. Q.; SILVA, H. J.; TOME, M. C. **Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

CHRISTMAS, C.; ROGUS-PULIA, N. Swallowing Disorders in the Older Population. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 67, n. 12, p. 2643–2649, 20 ago. 2019.

CICHERO, J. Applied Anatomy and Physiology of the Normal Swallow. *In*: Cichero, Jay, Murdoch Be. **Dysphagia: Foundation, Theory and Practice**. Califórnia: British Library, 2006. Cap. 1, p. 3–25.

COOK, I. J. Oropharyngeal dysphagia. **Gastroenterol Clin North Am**, 2009; 38(3):411- 431.

COSTA, M.; CASTRO, L. de P. **Tópicos em Deglutição e Disfagia**. 1. ed., v. 1. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 2003, p. 10–11.

COSTA, M. M. B. **Deglutição e disfagia: bases morfofuncionais e videofluoroscópica**. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

DEA, V. H. S. D. *et al.* **Envelhecimento: informações, programa de atividade física e pesquisas**. São Paulo: Phorte, 2016.

FURKIM, A. M.; WOLF, A. E. Avaliação clínica e instrumental da deglutição. *In*: Rehder, MIBC, Branco, A. **Disfonia e disfagia: interface, atualização e prática clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011. Cap 2, p. 12-21.

GONÇALVES, M. I.; REMAILI, C. B.; BEHLAU, M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool-EAT-10. **CoDAS**, 2013;25(6):601-4.

GROHER, M. E. *et al.* The Impact of Rheologically Controlled Materials on the Identification of Airway Compromise on the Clinical and Videofluoroscopic Swallowing Examinations. **Dysphagia**, v. 21, n. 4, p. 218–225, 4 jan. 2007.

HAMMOND, C. S. Cough and aspiration of food and liquids due to oral pharyngeal dysphagia. **Lung**, v. 186, Suppl. 1, p. S35–S40, 2008.

JOTZ, G. P.; DORNELLES, S. Fisiologia da Deglutição. *In*: JOTZ, G. P.; CARRARADE ANGELIS, E.; BARROS, A. P. B. **Tratado de deglutição e disfagia: no adulto e na criança**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. Cap. 2, p. 16–9.

MARCHESAN, I. Deglutição- normalidade. *In*: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. R. Q. S. **Disfagias orofaríngeas**. 1ª reimpressão da 2. ed. São Paulo: Pró-Fono, 2008. Cap. 1, p. 3–18.

MARCOLINO, J.; CZECHOWSKI, A. E.; VENSON, C.; *et al.* Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati – Paraná. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**, v. 12, n. 2, p. 193–200, 2009.

MILLER, C. K.; WILLGING, J. P. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in infants and children: protocol, safety, and clinical efficacy: 25 years of experience. **Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.**, 2020, 129(5): 469-481.

MOLFENTER, S. M.; LENELL, C.; LAZARUS, C. L. Volumetric changes to the pharynx in healthy aging: Consequence for pharyngeal swallow mechanics and function. **Dysphagia**, v. 34, n. 1, p. 129–137, 1 fev. 2019.

PADOVANI, A. R.; MORAES, D. P.; MANGILI, L. D.; ANDRADE, C. R. F. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, v. 12, n. 3, p. 199–205, 2007.

PAVITHRAN, J.; PUTHIYOTTIL, I. V.; KUMAR M. *et al.* Exploring the utility of fibreoptic endoscopic evaluation of swallowing in young children- a comparison with videofluoroscopy. **Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.**, 2020; 138:110339.

QUILICI, F. A. *et al.* **A gastroenterologia no idoso**. São Paulo: Manole, 2018. 271 p.

ROCHA, M.; CARDOSO, M. C. Métodos de avaliação dos distúrbios da deglutição. OLIVEIRA JR., A. A. de; CARDOSO, M. C. **Fundamentos-e-aplicação-clínica-em-Ciências-da-Reabilitação**. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2019, pp. 25-41.

RODRIGUES, A. *et al.* Artigo Original Original Article. **CoDAS**, v. 25, n. 1, p. 1–7, 2013.

SANTINI, C. S. Disfagia neurogênica. *In*: FURKIM, A. M.; SANTINI, S. C. **Disfagias orofaríngeas**. 1. reimpr., 2. ed. São Paulo: Pró-Fono, 2008. Cap. 2, p. 19–34.

SARABIA-COBO, C. M.; PÉREZ, V.; DE LORENA, P.; DOMÍNGUEZ, E.; HERMOSILLA, C.; NUÑEZ, M.J. et al. A incidência e implicações prognósticas da disfagia em pacientes idosos institucionalizados: um estudo multicêntrico na Espanha. **Appl Nur Res.**, 2016;30:6—9.

SEGURO, S. *et al.* Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati - Paraná. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 193–200, 2009.

TUBERO, A. L. Videofluoroscopia da deglutição. *In*: MUTARELLI, E. G. **Manual de exames complementares em Neurologia**. São Paulo: Sarvier, 2006.

ZANCAN, M. *et al.* Locais de início da fase faríngea da deglutição: meta-análise. **CoDAS**, v. 29, n. 2, 2017.

5 CONCLUSÃO GERAL

Com base na revisão sistemática da influência da fase oral da deglutição no idoso, constatamos que embora os métodos de avaliação da deglutição tenham se apresentado de forma heterogênea e não específicas para a população idosa, foram encontrados achados importantes e recorrentes nos estudos, como a presença de resíduos após a deglutição, fator de risco de penetração e ou aspiração laríngea. O controle lingual, redução da força posterior de língua, ausência de oclusão molar e o atraso do início da deglutição além do escape prematuro representam aspectos de uma deglutição incompetente em idosos.

Através da revisão sistemática para identificação dos instrumentos de triagem e avaliação clínica da deglutição para população idosa, identificamos a carência de protocolos específicos de avaliação para esta faixa etária, considerando a projeção do aumento da expectativa de vida, se faz necessário a elaboração de protocolos próprios para as particularidades desta população. Visto que a importante relação entre disfagia e desnutrição foi sinalizada como agente alarmante responsáveis por desfechos clínicos negativos.

Sugerimos que novas pesquisas sejam realizadas para que possa compreender detalhadamente as particularidades da deglutição no idoso e que conduzam a precocidade do diagnóstico de disfagia, com a intenção de qualificar o atendimento fonoaudiológico para esta população.

6 IMPACTOS DO TRABALHO

Tem-se que as alterações consequentes do envelhecimento são capazes de afetar os aspectos orais e podem influenciar nas dificuldades alimentares, assim como desencadear uma disfagia orofaríngea, visualiza-se diretrizes clínicas que indicam a identificação precoce do risco de disfagia e, desta maneira, o uso de instrumentos para o seu rastreamento (opção prática, econômica e acessível).

Cabe ao fonoaudiólogo conhecer as alterações fisiológicas e patológicas próprias do envelhecimento, bem como saber eleger, protocolos de rastreio, triagem, avaliação clínica e ou objetiva, a fim de oferecer um atendimento de qualidade à população idosa.