

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
FACULDADE DE FONOAUDIOLOGIA**

JOYCE MOURA BORGES

**O PAPEL DO FONOAUDIÓLOGO JUNTO AO IDOSO HOSPITALIZADO:
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

**CAMPINAS
2021**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
FACULDADE DE FONOAUDIOLOGIA

JOYCE MOURA BORGES

**O PAPEL DO FONOAUDIÓLOGO JUNTO AO IDOSO HOSPITALIZADO:
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Fonoaudiologia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Orientadora: Prof.a Dra. Iara Bittante de Oliveira

CAMPINAS
2021



Ficha catalográfica elaborada por Fabiana A Bracchi CRB
8/10221 Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI -
PUC-Campinas

Borges, Joyce Moura

O papel do fonoaudiólogo junto ao idoso hospitalizado: revisão integrativa de literatura /
Joyce Moura Borges. - Campinas: PUC-Campinas, 2021.

44 f.: il.

Orientador: Iara Bittante de Oliveira.

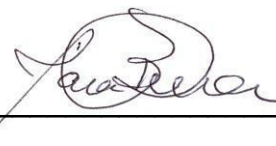
TCC (Bacharelado em Fonoaudiologia) - Faculdade de Fonoaudiologia, Centro de Ciências
da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2021.

1. Idoso. 2. Hospitalização. 3. Transtornos de deglutição. I. Oliveira, Iara Bittante de . II.
Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Faculdade de
Fonoaudiologia. III. Título.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
FACULDADE DE FONOAUDIOLOGIA
JOYCE MOURA BORGES**

**O PAPEL DO FONOAUDIÓLOGO JUNTO AO IDOSO HOSPITALIZADO:
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
defendido e aprovado em 24 de novembro
de 2021 pela comissão examinadora:



Profa. Dra. Iara Bittante de Oliveira
Orientadora e presidente da
comissão examinadora.

Pontifícia Universidade Católica de
Campinas



Profa. Dra. Paula Maria Martins Duarte
Pontifícia Universidade Católica de
Campinas

CAMPINAS

2021



AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por me permitir continuar.

À Sra. Helena e ao Sr. Eduardo,

Por terem feito da minha vida um sonho.

Ao Bruno,

Pela paciência infinita e generosidade de todos os dias.

À Prof.a Dra Lara Bittante de Oliveira,

Que persistiu e acreditou muito que daria certo.

À Prof.a Dra Paula Maria Martins Duarte,

Por aceitar prontamente fazer parte deste trabalho.

Às minhas amigas,

Por serem tão compreensivas durante todos os anos de curso.



“A única coisa que faz sentido é lutar por um esclarecimento coletivo maior.”

Elon Musk



Borges, JM. O Papel do Fonoaudiólogo Junto ao Idoso Hospitalizado: Revisão Integrativa de Literatura. Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Fonoaudiologia 2021. 41F. Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

RESUMO

Introdução: Com o envelhecimento populacional no Brasil estima-se que em 2050 a população idosa corresponderá a 30% da população brasileira, ao passo que as crianças representarão 14%. O crescimento da população idosa brasileira tem-se mostrado rápido, uma vez que a taxa de expectativa de vida ao nascer foi apontada em 2016, em 75,72 anos, conseqüentemente o perfil da população idosa vem se modificando. **Objetivo:** Caracterizar a atuação do fonoaudiólogo no ambiente hospitalar, especificamente com pacientes idosos, internados em enfermarias ou em unidades de terapia intensiva. **Metodologia:** Estudo de revisão integrativa de literatura, de caráter qualitativo, analítico descritivo em que foram selecionados e analisados artigos científicos originais, nacionais, publicados na íntegra, entre os anos de 2011 e 2020, que estudaram e avaliaram a atuação fonoaudiológica hospitalar com pacientes idosos. A procura pelos artigos foi feita nas bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde, com os descritores Idoso, Hospitalização, Geriatria, Fonoaudiologia e Transtornos de Deglutição. **Resultados:** Foram selecionados quatro artigos que responderam aos critérios de inclusão. Foi possível perceber predomínio do sexo feminino nas amostras dos estudos selecionados, voltados ao idoso hospitalizado, que receberam cuidados fonoaudiológicos, havendo média de idade de 72,61 anos. Obtiveram-se como principais causas de adoecimento e conseqüente internação da população estudada as demências de diferentes ordens e os cânceres, sendo a disfagia a queixa de maior prevalência, resultando o motivo da atuação fonoaudiológica junto a estes pacientes. No entanto, não foram encontrados nos artigos propostas de intervenção voltadas a comprometimentos de comunicação. **Discussão:** Os estudos consideraram como idosas, pessoas a partir de 60 anos (média de 72,61 anos), no entanto àquele período dos estudos a lei que considera idosa a pessoa cuja idade é 65 anos ainda não estava em vigor. Observaram-se como causas principais das demências dos idosos hospitalizados atendidos em fonoaudiologia a Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson, ambas as doenças de ordem neurológica que têm dentre outras conseqüências, a disfagia. Nos estudos encontraram-se atuações da fonoaudiologia com pacientes que se encontravam em vias alternativas de alimentação, para os quais o fonoaudiólogo interveio em avaliação visando a retirada de via alternativa de alimentação ou mesmo decidindo pela colocação da mesma e ainda, avaliando o risco de broncoaspiração. A intervenção fonoaudiológica envolveu ações como modificação de consistências alimentares, técnica de múltiplas deglutições e deglutição com esforço, estimulação sensorial, exercícios oromiofuncionais e técnicas vocais. **Conclusão:** Os casos mais atendidos pelos fonoaudiólogos no ambiente hospitalar, com os pacientes idosos estão relacionados à disfagia mecânica, neurogênica e/ou mista. Há necessidade de mais estudos que discutam a atuação do fonoaudiólogo junto a idosos hospitalizados principalmente relacionado aos comprometimentos de comunicação, que não foram citados nos estudos.



Palavras-chave: idoso, hospitalização, geriatria, fonoaudiologia, transtornos de deglutição.

Borges, JM. The Role of the Speech-Language Pathologist with the Hospitalized Elderly: Integrative Literature Review. Undergraduate Final Year Project of the Faculty of Speech Therapy 2021. 41P. Center for Life Sciences of the Pontifical Catholic University of Campinas

ABSTRACT

Introduction: With the population-ageing in Brazil, it is estimated that by 2050 elderly people will correspond to 30% of the Brazilian population, and children will correspond to 14%. This increase has been fast, along with the living expectation rate, which recorded an average of 75.72 years in 2016. **Objective:** To characterize the speech therapist's work at a hospital, specifically with the elderly patients admitted in infirmary care or at the intensive care unities. **Methodology:** Integrative literature review study, with qualitative disposition, analytical and descriptive in which originals, nationals' whole scientific articles were selected and analyzed, between years 2011 and 2020, that studied and evaluated the speech therapist's work at a hospital with elderly patients. The search for articles was made in the Scientific Electronic Library Online and in the Latin American and Caribbean Health Science Literature databases, with the descriptors Elderly, Hospitalization, Geriatrics, Speech Therapy and Swallowing Disorders. **Results:** Were selected four articles that matched the inclusion criteria. It was possible to notice the female gender prevalence in the sample of the selected articles, related to hospitalized elderly that received speech therapy care, with an average of 72,61 years. The main causes of illness and hospitalization were different types of dementia and cancer, being dysphagia the higher complaint, explaining the work of speech therapist along with these patients. However, there wasn't found in the article's intervention proposals aimed at communication commitments. **Discussion:** The articles considered as "elderly", people older than 60 years (average of 72,61 years), however it was the current law for the articles' time. In the list of diseases, dementias were the most common, including Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease. Both diseases are neurological which have, among other consequences, dysphagia. During the research, the speech therapist work were also related to needs of an Alternative Feeding Routes, for these cases, the speech therapist must evaluate the patient's possibility of removal or placement of an alternative feeding route, also evaluating the risk of bronchoaspiration. The speech therapist therapeutic techniques involved actions such as food's consistency modification, multiple swallows, effort swallow, sensorial stimulation, oromiofunctional exercises and vocal techniques. **Conclusion:** The cases most seen by speech therapists at the hospital environment, with hospitalized elderly patients, are related to dysphagia (mechanical, neurogenic and mixed). There is a need for more studies to discuss the role of the speech therapist



with hospitalized elderly mainly related to communication compromises, that were not cited in the studies.

Keywords: elderly, hospitalization, geriatrics, speech therapy, swallowing disorders.



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Envelhecimento	12
2.1.2 O Idoso e o adoecimento	13
2.1.3 Doenças ligadas a processos cognitivos e de comunicação	13
2.1.4 O idoso no âmbito hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva – UTI	15
2.1.5 Fonoaudiologia na senescência	16
2.1.6 Fonoaudiologia no contexto hospitalar	16
3. OBJETIVO	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4. METODOLOGIA	19
4.1 Processo de busca e seleção de artigos	19
5. RESULTADOS	22
6. DISCUSSÃO	28
7. CONCLUSÃO	35
8. REFERÊNCIAS	36



1. INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional no Brasil estima-se que em 2050 a população idosa corresponderá a 30% da população brasileira, ao passo que as crianças representarão 14%¹. O crescimento da população idosa brasileira tem-se mostrado rápido, sendo que a taxa de expectativa de vida ao nascer foi apontada em 2016, em 75,72 anos¹, conseqüentemente o perfil da população idosa vem se modificando.

O envelhecimento ocorre, para cada indivíduo, de maneira diferente. Uma parte dos idosos é capaz de manter a independência, já outra parte depende de apoio e acompanhamento diário. Com o envelhecimento, certas doenças podem se intensificar, as quais necessitarão de cuidados de longa duração, ou até mesmo o acolhimento hospitalar¹, como no caso da doença pulmonar obstrutiva, doença arterial coronariana, diabetes, hipertensão entre outras^{1,2}.

Parte dos idosos irá precisar, em algum momento, de internação hospitalar³. Receber a notícia de que será hospitalizado, é estressante para qualquer pessoa independentemente da idade, principalmente se houver necessidade de cuidados intensivos durante a internação. Para os pacientes idosos, esse sentimento é muitas vezes ligado ao abandono dos familiares⁴.

Ao tratar-se de hospitalização do idoso, deparamo-nos com um processo custoso e longo que, em sua maioria, as causas são doenças crônicas, e as maiores prioridades de tratamento são doenças infecciosas e desnutrição⁵.

Grande parte dos pacientes idosos internados no hospital e que precisam de avaliação e, eventualmente, terapia fonoaudiológica, entram pelo serviço de cardiologia e neurologia. Segundo o *American Heart Association* as três doenças que mais levam a óbito são cânceres, doenças cardíacas e o acidente vascular cerebral – AVC, essas doenças são mais frequentes com a idade⁶.



O AVC é uma das doenças que deixam complicações como disfagia, aspiração pulmonar e pneumonia e hemiparesia, que deverão ser acompanhadas por profissional fonoaudiólogo ainda no leito hospitalar⁶.

Os casos que demandam intervenção fonoaudiológica com idoso hospitalizado são aqueles que envolvem dificuldades de fala, deglutição e voz, sua atuação é cada vez mais requisitada nos setores de cabeça e pescoço⁷.

Este estudo tem como objetivo conhecer e analisar a atuação do fonoaudiólogo junto ao idoso hospitalizado, além de conhecer qual o perfil do idoso que necessita de hospitalização.



2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento

O conceito de uma pessoa saudável vai além de ter ou não problemas de saúde em si⁸. Para Paschoal, a qualidade de vida e a qualidade de vida do idoso seguem a regra de percepção de o quanto uma pessoa sente-se bem, está feliz e realizada com o que conquistou com base naquilo que considera importante, o que tem para si como “qualidade de vida”⁹.

É possível dividir o modelo de "qualidade de vida na velhice" em três condições. A primeira diz respeito ao ambiente onde aquele idoso está inserido e como ele se adapta, ou seja, o contexto físico, ecológico e o construído pelo homem fundamentam o ser humano e suas capacidades (emocional, cognitiva e comportamental). Sabe-se que o ambiente deve oferecer condições adequadas à vida das pessoas. A segunda condição é nomeada de Competência Comportamental, e recebe influência do contexto histórico-cultural do idoso, diz respeito a forma de reagir e lidar com cada situação da vida. A terceira condição chama-se Qualidade de Vida Percebida que é de fato uma autoavaliação da própria vida, das situações do seu ambiente, seu físico e social. A quarta condição, é traduzida pelo quanto e como o sujeito sente-se consigo mesmo nos aspectos globais que estão a sua volta (ambiente, adaptação e notoriedade da sua própria qualidade de vida)^{9,10}.

É importante que os idosos se sintam e façam parte de um grupo social pois, apesar de muitos cuidarem da saúde, de contarem com aposentadoria e de estarem bem fisicamente, a solidão é por vezes inevitável¹¹.



2.1.2 O Idoso e o adoecimento

Principais doenças na senescência

Para traçar a atuação fonoaudiológica com idosos internados, é necessário conhecer as causas de internação e qual o perfil dos idosos. Um estudo de 2013, listou as 6 causas que mais levam idosos a internação na rede pública do Paraná, nos anos de 2008 a 2011. Por ordem de número de internação, as doenças são: doença do cerebrovasculares (28,7%), do aparelho respiratório (21,3%), neoplasias (8,85%), aparelho digestivo (8,7%) e doença infecciosa/parasitária (5,6%). Outras causas e causas externas representam juntas 26,9% do total de hospitalização e a faixa etária de pesquisa foi a partir de 60 anos¹².

Neste estudo foi possível observar ainda que os homens representam 50,3% do total de idosos internados¹².

2.1.3 Doenças ligadas a processos cognitivos e de comunicação

Doenças Cerebrovasculares

As doenças do aparelho circulatório (DAC), foram as causas de morte de 28% dos óbitos em países em desenvolvimento no ano de 2009¹³. As doenças compreendidas pela DAC são: cardiopatia congênita, hipertensão arterial elevada, doenças cerebrovasculares, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca¹⁴.

A Insuficiência Cardíaca é definida pela dificuldade do coração para bombear sangue para o corpo corretamente em termos quantitativos, causada por outra doença primária. A Hipertensão Arterial tem múltiplas causas, ela é caracterizada pelo nível elevado pressórico acima do que se considera normal no intervalo diastólico (<85mmHg) ou sistólico (<140mmHg)¹⁵. O acidente vascular encefálico (AVE) é a mais comum das Doenças Cerebrovasculares, é a que mais incapacita o homem em 50% das realizações de atividade diária, ela deixa sequelas



e hospitaliza muitos idosos acima de 65 anos¹⁶. Ao acúmulo de gordura nas paredes arteriais periféricas e acometimento da aorta e seus ramos, nomeia-se Doença Arterial Periférica ou DAP, em idosos com mais de 70 anos ela tem prevalência de 80%¹⁷.

Doenças do Aparelho Respiratório

As doenças do aparelho respiratório podem ser divididas entre via aérea superior (influenza e pneumonia) e inferior (bronquite, enfisema e asma)¹⁸.

Segundo o Caderno de Atenção Básica para Doenças Crônicas Respiratórias (DCR), os fatores de risco são poluição ambiental, agentes ocupacionais, alérgenos e tabagismo. Compõem as DCRs em adultos e idosos asma (resposta excessiva das vias aéreas inferiores e limita o fluxo aéreo) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) na qual ocorre a obstrução do fluxo aéreo¹⁹.

O enfisema pulmonar é causado por mudanças estruturais do brônquio terminal (dilatação de espaços aéreos) e é definido como “um processo obstrutivo crônico”²⁰.

Neoplasias

As neoplasias constituem os tumores²¹ e, em grande parte são descobertas após os 60 anos de idade. Os dados epidemiológicos apontam que 80% dos casos são por conta do tempo de exposição ao agente causador e as mulheres são mais acometidas^{21,22}.

Doenças Neurodegenerativas

A demência é a alteração mais recorrente relacionada ao envelhecimento. Dentre as demências, o Alzheimer se destaca atingindo de 50% a 60% dos casos^{23,24}, e é a primeira maior causa de doenças neurodegenerativas^{25,26}. Na doença de Alzheimer (DA) os sintomas iniciais estão relacionados a confusão e ao esquecer de acontecimentos recentes, os sintomas intermediários ou moderados são as dificuldades para realizar tarefas no dia a dia como vestir-se, a fase grave é caracterizada por complicações de linguagem²⁷. A DA é formada por uma tríade com



apraxia, agnosia e afasia²³. De acordo com o DataSUS, a quantidade de internações por DA cresce desde 2008, totalizando 1085 internações no ano de 2014²⁸.

A doença de Parkinson (DP) é a segunda maior doença neurodegenerativa²⁹. A DP é uma doença caracterizada por bradicinesia, tremor de repouso, instabilidade postural e rigidez²⁶. O tremor de repouso é a característica mais conhecida²⁵. Uma pesquisa feita em 2020 coletou dados de 2010 a 2019 e mostrou que, neste período, aconteceram 9317 internações por conta da doença de Parkinson no Brasil, e em 88,7% dos casos de internações os pacientes tinham mais de 50 anos²⁶.

Outra característica que pode estar presente tanto na doença de Alzheimer quanto em Parkinson é a disfagia⁹. Por conta de toda a alteração neuronal e funcional que as demências causam em pacientes idosos, estes estão suscetíveis a terem disfagia que, afeta de 28 a 45% destes idosos³⁰.

Causas externas

Existem ainda causas externas^{12,31}. Acidentes de transporte, quedas, agressões, acidentes no geral e lesões autoprovocadas estão dentre as causas externas que mais levam idosos a precisar de uma internação de acordo com a gravidade. As internações por quedas são as mais frequentes, seguido por acidentes gerais e acidentes de transporte. Delas são resultados: as fraturas de cabeça, pescoço, tórax, coluna; queimaduras e sequelas³¹.

2.1.4 O idoso no âmbito hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva – UTI

Quando um paciente se encontra em estado de saúde agravado, na qual a internação comum não será suficiente para tratá-lo, ele deve ser tratado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)³².

Nas UTIs estão todos os tipos de paciente que requerem tratamento mais complexo, o espaço físico é próprio para o tratamento e a tecnologia precisa ser avançada. Por esse motivo, as UTIs têm maior custo^{32,33}.



Em 2015, segundo o Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, as maiores razões pelas quais os idosos precisavam do serviço de UTI eram: choques sépticos, cardiogênicos e hipovolêmicos; pós-operatórios; insuficiências cardíacas, coronariana, renal aguda e respiratórias e traumas³².

Muitos idosos na internação em UTI, apresentam doenças pré-existentes e que não estão relacionadas com o motivo da hospitalização³².

2.1.5 Fonoaudiologia na senescência

Por volta dos anos 90, a fonoaudiologia deu os primeiros passos na atuação com idosos, a fim de compreender o envelhecimento como parte do desenvolvimento humano, e com o objetivo de “promoção e reabilitação do idoso”^{34,35}.

A fonoaudiologia atua em diversas áreas, com diferentes público e em todas as idades. Quanto à senescência atua em: pesquisa, prevenção, avaliação, assessoria, consultoria, perícia, diagnóstico, terapia, ensino, orientação, promoção de saúde, nas áreas de Linguagem, Voz, Audiologia, Motricidade Orofacial e Saúde Coletiva³⁴.

Na saúde coletiva a fonoaudiologia faz parte de uma equipe multidisciplinar, ou seja, atua com profissionais de outras áreas. Dessa forma é possível ter mais integração e discussão de casos entre profissionais, e procura-se o cuidado além do tratamento de doenças proporcionando melhor qualidade de vida para pacientes, principalmente aqueles em estado de saúde mental ou física vulnerável³⁴.

2.1.6 Fonoaudiologia no contexto hospitalar

O fonoaudiólogo no ambiente hospitalar atua com pacientes de todas as idades bem como com os próprios profissionais que trabalham no local (com objetivo de melhorar as condições de trabalho e de saúde)³⁵.



Há quatro grandes áreas hospitalares onde a fonoaudiologia atua: no alojamento conjunto, nas enfermarias com os pacientes internados, na UTI neonatal e adulta e nos setores de cuidados paliativos³⁵.

No alojamento conjunto e UTI neonatal, a fonoaudiologia tem objetivo de auxiliar puérperas e mães de recém-nascidos internados na amamentação, realizar testes da orelhinha e da linguinha nos bebês, orientar quanto ao desenvolvimento de fala e linguagem entre outras intervenções com mães e bebês³⁵.

Nas enfermarias estão os pacientes internados e os pré e pós-cirúrgicos. Quando o profissional da fonoaudiologia é requisitado, deverá atuar de forma preventiva, precoce e intensiva com estes pacientes. Ele deve avaliar; orientar quanto aos procedimentos cirúrgicos, estabelecer prognósticos; orientar quanto à sonda (qual tipo usar e adequar funções para removê-la); decidir com nutricionista e médicos sobre a dieta de pacientes e manter o risco de broncoaspiração em níveis baixos³⁵.

Na UTI adulta as demandas são para reabilitação em Motricidade Orofacial (MO), disfagia e linguagem^{35,36}. Um estudo de feito em 2013 caracterizou o perfil do público atendido por fonoaudiólogos em um hospital universitário. Dentre os casos, os três tipos de doenças que mais ocorreram foram: doenças do cerebrovasculares, doenças do aparelho digestório e doenças do sistema nervoso. Na avaliação fonoaudiológica os pacientes apresentaram algum tipo de disfagia (orofaríngea neurogênica/mecânica/esofágica), afasia e disartria³⁷.

No setor de cuidados paliativos deve-se prezar pela qualidade de vida do paciente pois, nesta etapa, ele está muitas vezes em estágio avançado de alguma doença³⁵. Nos cuidados paliativos trabalha-se junto aos outros profissionais para promoção de segurança e bem-estar geral, no caso da fonoaudiologia, o foco é em habilidades de comunicação e deglutição³⁸.

O fonoaudiólogo deve avaliar os parâmetros da deglutição como: o desempenho e eficiência, até o nível faríngeo, das consistências (líquido, pastoso e sólido), das secreções orais e saliva. Nos comprometimentos da comunicação, é importante promover a reabilitação da linguagem oral do paciente ou estabelecer



uma comunicação não verbal. O objetivo é orientar e trabalhar com o paciente, a fim de desenvolver suas potencialidades, de uma maneira humanizada, respeitando suas expectativas e limites^{38,39}.



3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Caracterizar a atuação fonoaudiológica junto ao idoso hospitalizado, na internação e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1. Levantar o perfil dos idosos hospitalizados em enfermarias e UTI cuja intervenção fonoaudiológica foi necessária.

3.2.2. Analisar e discutir a intervenção fonoaudiológica de idosos hospitalizados e internados nas enfermarias ou nas UTIs.

1.



4. METODOLOGIA

Este estudo trata de uma revisão integrativa de literatura, de caráter qualitativo, analítico descritivo em que foram selecionados e analisados artigos científicos originais, nacionais, publicados na íntegra, entre os anos de 2011 e 2020, que estudaram e avaliaram a atuação fonoaudiológica hospitalar com pacientes idosos. Buscou-se compreender os tipos de atuação da fonoaudiologia no ambiente hospitalar na internação de pacientes idosos, bem como em UTI.

Para identificação dos artigos científicos foram consultadas as bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS).

4.1 Processo de busca e seleção de artigos

Para a pesquisa dos artigos foram utilizados os seguintes descritores em português, encontrados por meio de pesquisa nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): idoso, hospitalização, geriatria, fonoaudiologia, transtornos de deglutição.

O descritor “idoso” foi o principal, sendo este combinado com os demais descritores utilizando-se o operador booleano “AND”, como mostrado na Figura 1.



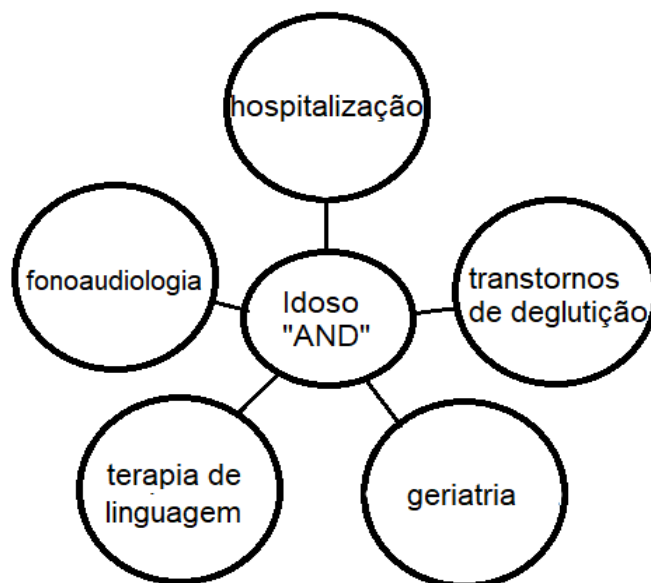


Figura 1. Organograma do uso dos DeCS para procura de artigos.

Com a finalidade de verificação do atendimento aos critérios de inclusão destes foi elaborado um teste de relevância apresentado na Figura 2, os quais são apresentados a seguir.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos científicos originais divulgados nas bases de dados, publicados em português; artigos publicados no período de 2011 a 2020; artigos publicados na íntegra; artigos relacionados a atuação fonoaudiológica com idosos hospitalizados.

Os critérios de exclusão consistiram em: artigos de revisão de literatura e estudos de caso, dissertações e teses; publicações fora do período de análise estipulado; artigos que não estivessem publicados na íntegra; estudos que envolveram pacientes adultos e crianças; estudos que envolvessem atuação fonoaudiológica fora do ambiente hospitalar.

Questões		
	Sim	Não
O artigo foi publicado no período de 2011-2020?		
Trata-se de um artigo científico original nacional?		
Trata-se de um artigo publicado na íntegra?		
A publicação aborda atuação fonoaudiológica com idosos hospitalizados, em centros de internação ou UTIs?		

Figura 2. Formulário do teste de relevância aplicado para seleção dos artigos.

Foram encontrados 258 artigos, dos quais 13 foram excluídos por serem repetidos. Assim, foram analisados 245 artigos a partir dos títulos e resumos. Destes, 30 foram selecionados para leitura na íntegra e após tal procedimento 26 estudos foram excluídos, por não atenderem aos critérios de inclusão contidos no teste de relevância. Portanto, quatro artigos foram incluídos para compor esta revisão.

5. RESULTADOS

Após o processo de seleção dos artigos, conforme discorrido anteriormente, visando ao atendimento dos critérios de inclusão deste estudo, quatro artigos foram incluídos para compor esta revisão.

O Quadro 1 apresenta os artigos selecionados para este estudo. Foram coletadas as seguintes informações: título, autores e ano e local de publicação. Cada artigo recebeu um número de identificação (Nº) para ser utilizado no estudo.

Quadro 1. Identificação dos artigos selecionados.

Nº	Título do artigo	Autores e ano de publicação	Local de publicação
1	Prevalência e fatores de risco para disfagia orofaríngea em idosos frágeis com fraturas traumato-ortopédicas ⁴⁰	Delevatti C, Rodrigues ED, Almeida ST, Santos KW (2020)	<i>Audiology-Communication Research</i>
2	Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea ⁴¹	Santos LB, Mituuti CT, Luchesi KF. (2020)	<i>Audiology-Communication Research</i>
3	Perfil dos idosos usuários de via alternativa de alimentação reinternados em hospital público ⁴²	do Valle Gonçalves ML, Broglio GA, Lozano AC, Lamari NM. (2015)	Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano
4	Deglutição após tratamento não cirúrgico (radioterápico/radioquimioterápico) do câncer de laringe ⁴³	Portas J, Socci CP, Scian EP, Queija DD, Ferreira AS, Dedivitis RA, Barros AP. (2011)	<i>Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.</i>

Os quatro artigos relataram a amostra de pacientes e incluíram também o gênero. Um artigo⁴¹ trabalhou com 20 pacientes, entretanto, somente 16 destes possuíam mais de 65 anos. Os outros artigos tiveram somente idosos participando do estudo. Para estes dados, foi elaborada a Tabela 1, com idade e gênero dos artigos.



Tabela 1. Amostra de pacientes e gênero dos estudos selecionados.

Artigo	Amostra total		Gênero feminino		Gênero Masculino	
	N	%	N	%	N	%
1	229	64,50	180	78,60	49	21,40
2	20	5,65	7	35	13	65
3	86	24,20	35	40,70	51	59,30
4	20	5,65	4	20	16	80
Total	355	100	226	63,67	129	36,33

A média de idade dos quatro artigos totaliza 72,61 anos. A Figura 3 identifica a média das idades trabalhadas por fonoaudiólogos nos artigos. Quatro dos artigos incluíram adultos com 60 anos, considerando-os idosos pois, seguiram a lei nº 10.048 que considerava idoso aquele com idade igual ou superior a 60 anos⁴⁴.

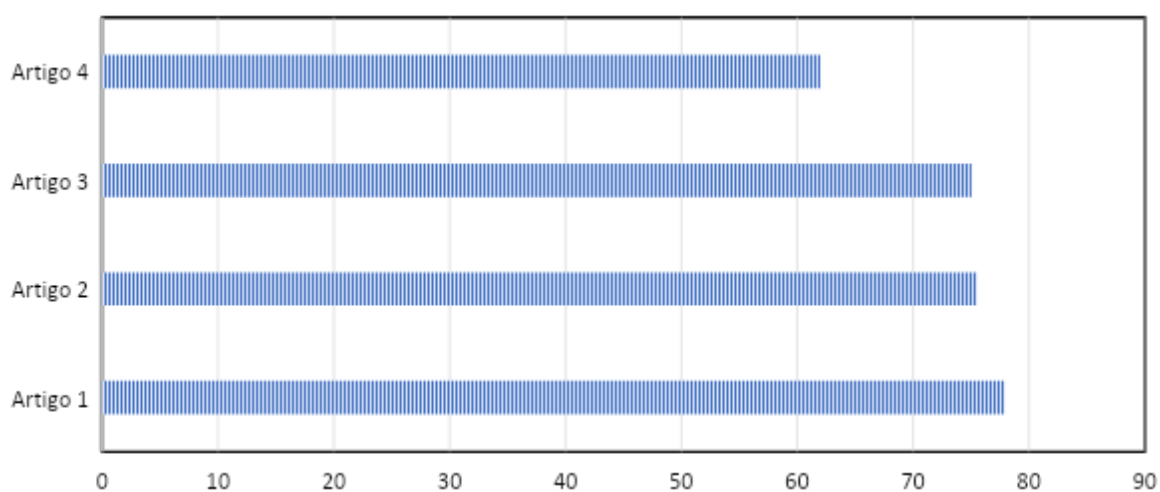


Figura 3. Média de idades de pacientes idosos que compuseram as amostras dos estudos selecionados com os quais o fonoaudiólogo atuou.

Os artigos informaram o local de atuação fonoaudiológica, como ilustrado na Figura 4. As enfermarias com pacientes idosos internados foram os locais mais recorrentes, citada em três dos quatro artigos.

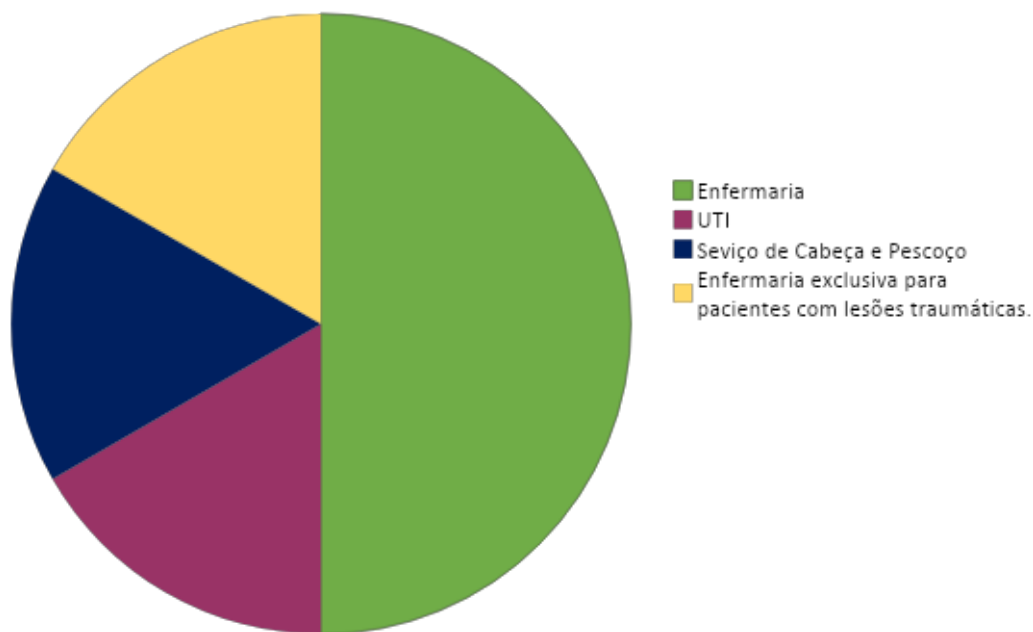


Figura 4. Atuação da fonoaudiologia por setor

O Quadro 2 descreve com quais pacientes idosos internados os fonoaudiólogos atuaram, de acordo com o local de intervenção. Um artigo⁴⁰ não especificou o local dentro do ambiente hospitalar que houve atuação fonoaudiológica, apenas que foi com pacientes idosos e internados.

Quadro 2. Especificação dos locais de atuação fonoaudiológica relatados nos estudos.

Artigo	Local de atuação fonoaudiológica
2	Pacientes na enfermaria de um hospital e em cuidados paliativos.
3	O estudo foi feito com os pacientes das enfermarias do hospital que estavam em Via Alternativa de Alimentação (VAA).

4	Pacientes do Serviço de Cabeça e Pescoço de uma Instituição.
---	--

Todos os artigos descreveram a conduta fonoaudiológica com os pacientes idosos internados, como mostra o Quadro 3. Os artigos avaliaram e classificaram os pacientes de diferentes formas e é possível notar constância da disfagia como ponto principal de estudo, afinal, todos os quatro artigos tiveram como queixa inicial questões de mastigação e alimentação.

Quadro 3. Intervenções feitas pelo serviço de fonoaudiologia com pacientes idosos hospitalizados.

Artigo	Tipo de intervenção realizada
1	Os pesquisadores avaliaram os pacientes internados por fraturas traumato-ortopédicas para o risco de disfagia.
2	Coleta de dados dos prontuários, avaliação das fases da mastigação, avaliação funcional da deglutição e classificação de acordo com a <i>Functional Oral Intake</i> (FOIS). Foram anotados quais os exercícios passados para melhora da função da deglutição para os pacientes em cuidados paliativos.
3	O estudo foi realizado para classificar quais pacientes em Via Alternativa de Alimentação eram admitidos na internação.
4	Realização de videofluoroscopia em todos os pacientes para observar alterações de deglutição.

Conforme objetivo do estudo, elaborou-se o Quadro 4 que distribui qual o tipo de atuação dos fonoaudiólogos por ambiente (enfermaria, UTI ou em outro setor específico) com pacientes idosos internados.



Quadro 4. Especificação da atuação fonoaudiológica em função do setor de atuação

Ambiente	Atuação fonoaudiológica
Enfermaria exclusiva para pacientes com lesões traumáticas.	Avaliação para risco de disfagia, não foi avaliada fala e discurso.
Enfermarias	Avaliação para risco de disfagia, não foi avaliada fala e discurso.
UTI	Avaliação para uso ou retirada de VAA e avaliação para broncoaspiração.
Em cuidados paliativos na enfermaria	Coleta de dados dos prontuários, avaliação das fases da mastigação, avaliação e classificação funcional da deglutição; intervenção terapêutica.
Serviço de Cabeça e Pescoço	Análise da deglutição a partir de exame de videofluoroscopia.

O Quadro 5 apresenta uma relação das doenças dos pacientes em que houve atuação da fonoaudiologia, quais as causas do adoecimento do idoso que resultaram em internação hospitalar.

Quadro 5. Causas de adoecimento do idoso resultante em internação hospitalar.

Artigo(s) que citaram a doença	Doença
3	Acidente vascular encefálico (AVE)
3 e 4	Cânceres
4	Câncer de laringe
1	Causas externas (fraturas e quedas)
2	Cuidados paliativos
1 e 2	Demência
2 e 3	Doença de Alzheimer
1 e 3	Doenças cardiovasculares
1	Doença gastrointestinal
1,2,3 e 4	Doenças neurológicas

1	Doença de Parkinson
2 e 3	Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
2	Esclerose lateral amiotrófica (ELA)

Os artigos^{40,41} apresentaram protocolos de uso em comum, no Quadro 6 foram listados os protocolos e em quais estudos eles foram usados.

Quadro 6. Artigos que utilizaram protocolos e resumo destes.

Artigo	Protocolo usado	Avaliação
1	Eating Assessment Tool (EAT-10)	Avaliação da autopercepção do desempenho de deglutição para identificação do risco de disfagia ⁴⁰ .
1	Avaliação Miofuncional Orofacial para Pessoas Idosas (AMIOFE)	Identificação, classificação e graduação do sistema estomatognático em idosos ⁴⁰ .
1	Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST)	É aplicado em pessoas com disfagia com risco de complicações respiratórias e nutricionais ⁴⁰ .
1 e 2	Functional Oral Intake Scale (FOIS)	Trata-se de uma escala de classificação de desempenho da deglutição ^{40, 41} .

Dentre os quatro artigos encontrados, apenas um⁴¹ registrou intervenções fonoaudiológicas e resultados obtidos após tratamento e reavaliação. Com os dados colhidos pelo artigo foi possível saber com quais doenças os fonoaudiólogos trabalharam, quais as intervenções feitas e os resultados da reavaliação após tratamento. Modificação de consistência, múltiplas deglutições, deglutição com esforço, estimulação sensorial, exercícios oromiofuncionais e técnicas vocais foram os tipos de intervenção terapêutica propostas aos pacientes conforme relata o estudo⁴¹. As autoras enfatizaram a importância do trabalho em equipe multiprofissional para a obtenção de melhores resultados junto ao paciente.



6. DISCUSSÃO

Com base nos resultados obtidos com a pesquisa, foi possível caracterizar a atuação do fonoaudiólogo com o idoso hospitalizado e definir qual o perfil do idoso internado que precisou de intervenção fonoaudiológica. Foram selecionados 4 artigos, que relacionaram a atuação fonoaudiológica com o idoso hospitalizado.

Quanto ao gênero dos idosos hospitalizados, observou-se que a maior parte das hospitalizações é caracterizada por mulheres (63,67%), os idosos do gênero masculino representam 36,33%. Este dado é contrário ao que se encontra na revisão de literatura científica, na qual um estudo¹² afirma que 50,3% dos pacientes idosos internados pertenciam ao gênero masculino.

Os estudos selecionados afirmaram incluir na amostra pacientes com 60 anos ou mais, na época dos estudos estava em vigor a lei n° 10.048 que considerava idoso aquele com idade igual ou superior a 60 anos⁴⁴. Entretanto, os artigos^{40,42,43} informam a média de idade dos idosos e não a idade exata de cada um, como foi feito em um dos quatro artigos⁴¹. A idade média dos pacientes idosos internados com quem os fonoaudiólogos atuaram foi de 72,61 anos.

A partir dos dados obtidos, é possível saber quais os locais de atuação do fonoaudiólogo no hospital com os pacientes idosos. O local que o fonoaudiólogo mais atua/está presente é na enfermaria, ou seja, trabalhando com os pacientes que estão aguardando a realização de uma cirurgia ou outro procedimento, os que já realizaram e estão em recuperação e os pacientes que por conta de complicação de alguma doença pré-existente precisaram de internação⁴⁵.

Somente um artigo⁴¹ relatou qual intervenção foi realizada com os pacientes para além da avaliação, e neste caso observou-se que houve modificação de consistência, técnica de múltiplas deglutições, deglutição com esforço, estimulação sensorial, exercícios oromiofuncionais e técnicas vocais. Isso enriquece o conhecimento a respeito das possibilidades de utilização de técnicas e procedimentos em fonoaudiologia junto ao idoso hospitalizado.



O câncer foi listado nas doenças cujas quais a fonoaudiologia atuou com o idoso hospitalizado, citado em três dos artigos encontrados^{41,42,43}. Incluindo atuação em cuidados paliativos pós câncer⁴¹ e atuação com câncer de laringe⁴³.

A literatura científica mostra que a maior causa de hospitalização de idosos é a doença cerebrovascular¹², na qual está incluso o Acidente Vascular Encefálico (AVE) que deixa sequelas como: disfagia, distúrbios de linguagem⁴⁶ e a demência vascular (DV)⁴⁷, ou seja, os dados encontrados na leitura dos artigos confirmam o que é visto na literatura científica. As causas mais apontadas pelos artigos^{40,41,42} justificando a internação do idoso estão ligadas a quadros neurológicos, com destaque à demência. Nestes casos, existiram alterações que levaram à necessidade de avaliação fonoaudiológica.

As demências relatadas em três estudos^{40,41,42} constituem um dado relevante pois, trata-se da doença de Alzheimer (DA) e da doença de Parkinson (DP) que são, nesta ordem, as doenças neurodegenerativas que mais atingem os idosos^{25,26,29} que corrobora o que foi encontrado na revisão de literatura científica, ou seja, que ambas aparecessem dentre as maiores causas de internação do idoso.

No caso da demência a involução da memória afeta no mínimo uma das funções cognitivas: funções executivas, gnosias, praxias e linguagem, que terá também um grau de intensidade que vai influenciar nas relações sociais e no meio profissional do indivíduo⁴⁸.

As chances de a demência acometer o idoso cresce conforme a idade, de certa forma, quanto mais se vive mais suscetível a doença pode-se estar. De 65 a 69 anos o percentual de demência entre idosos é de 1,6% segundo um estudo⁴⁹, esta porcentagem amplia-se em 38,9% quando pesquisa-se idosos acima de 84 anos⁴⁹. A doença de Alzheimer (DA) e a doença de Parkinson (DP) foram as duas mais apontadas pelos estudos.

A Doença de Alzheimer é o tipo de demência que mais acomete a população idosa, atingindo de 50% a 60% aqueles com 65 anos ou mais^{23,24,49}, na DA encontram-se sintomas como confusão e esquecimento de eventos recentes²⁷, seguida por alterações de linguagem e distúrbios de planejamento conforme avanço



e piora do quadro da doença ^{10,27}. O fonoaudiólogo irá atuar inicialmente com as dificuldades de linguagem e comunicação, e depois com os comprometimentos na alimentação, ou seja, de mastigação e deglutição^{50,51}. Com o progresso da DA, a alimentação do paciente modifica-se, por vezes ele mesmo quem o faz a fim de adaptar-se, existem ainda as indicações médicas de mudança de dieta⁵². As causas que levam a disfagia no idoso com DA são sintomas como: diminuição da força muscular, desgaste ou perda dos dentes, xerostomia (menor produção de saliva que leva a cavidade oral a ficar ressecada) e redução da percepção gustativa e olfativa^{50,53}.

O segundo tipo de demência comentado nos artigos foi a Doença de Parkinson (DP). A DP trata-se de uma doença neurológica neurodegenerativa progressiva, na qual a falta de neurotransmissores dopaminérgicos, serotoninérgicos, colinérgicos e noradrenérgicos⁵⁴ acometem o funcionamento muscular e levam o paciente a ter sintomas como bradicinesia (movimento lento e realizado com dificuldade), tremor de repouso instabilidade postural e rigidez²⁶. Um estudo com 32 indivíduos com DP e idade média de 75 anos mostrou que, destes, 75% eram do sexo masculino e os sintomas relacionados a fonoaudiologia que eles apresentaram foram: rigidez da musculatura, ineficiência glótica, hipercontração de pregas vocais, reflexos orais (tosse e pigarreio), anosmia (ausência de olfato) e irregularidade respiratória^{54,55}. Estes efeitos do Parkinson, além de influenciar na fala geram dificuldades de alimentação facilitando engasgos e aspirações, levando a uma disfagia⁵⁴.

A atuação do fonoaudiólogo com os pacientes das cirurgias de cabeça e pescoço está relacionada com as complicações pós-operatórias que envolvem a fonoaudiologia nos setores de internação do idoso, por exemplo: a disfagia.

Desta forma, os dados entre os artigos encontrados na pesquisa estão em concordância, no setor de cabeça e pescoço são tratados, entre outros, os pacientes disfágicos que possuem dificuldades na fonação, mastigação e deglutição.

Os artigos^{40,41,42,43} selecionados para esta revisão em seu conjunto evidenciam que a atuação fonoaudiológica com o idoso hospitalizado é predominantemente relacionada a dificuldades de deglutição, à disfagia em diferentes graus de



severidade, muitas vezes com o paciente que se alimenta por alguma via alternativa de alimentação (VAA).

No artigo que houve relato da atuação direta com o paciente pós avaliação fonoaudiológica, além de coletados os dados de avaliação e intervenção, foram realizadas discussões sobre quais os resultados do trabalho fonoaudiológico com os pacientes dos cuidados paliativos, ou seja, se as técnicas aplicadas os ajudaram a alcançar seus objetivos (eliminar ou minimizar os efeitos da disfagia⁴¹).

A disfagia tem comprometimentos como emagrecimento devido nutrição inadequada e risco de condições graves (pneumonia e aspiração traqueal), o que torna necessária a participação do fonoaudiólogo no tratamento destes pacientes⁵⁶.

A atuação da fonoaudiologia com os idosos internados disfágicos foi citada em 3 dos artigos^{40,41,43}. Deve-se entender disto que existiu uma doença ou uma condição inicial que levou o idoso a necessitar de internação e que a disfagia foi uma complicação ou seqüela em decorrência da condição inicial.

Padovani, Moraes, Mangili e Andrade⁵⁷ definem e explicam a disfagia como:

“A disfagia é um distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais. Pode ser decorrente de traumas de cabeça e pescoço, de acidente vascular encefálico, de doenças neuromusculares degenerativas, de câncer de cabeça e pescoço, de demências e encefalopatias. A disfagia mais frequentemente reflete problemas envolvendo a cavidade oral, faringe, esôfago ou transição esofagogástrica. A disfagia ou dificuldade na deglutição pode resultar na entrada de alimento na via aérea, resultando em tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e aspiração. Também, gera déficits nutricionais, desidratação com resultado em perda de peso, pneumonia e morte.” (Padovani, Moraes, Mangili e Andrade, 2007, p. 199-200).

A disfagia pode ser do tipo mecânica que é quando não há comprometimento neural do processo de deglutição, mas existem comprometimentos estruturais e são causadas em decorrência de cânceres de cabeça e pescoço, traumas, infecções, próteses orais mal adaptadas dentre outras causas⁵⁸. Existe a disfagia do tipo neurogênica na qual há comprometimento neural (sensório- motor) da deglutição, nas fases oral, faríngea ou ambas. A disfagia neurogênica está relacionada com as demências, paralisias cerebrais, acidente vascular encefálico e traumatismos



encefálicos^{58,59}. O terceiro tipo de disfagia é o misto, ou seja, há comprometimento dos processos mecânicos e neurais da deglutição.

O objetivo da atuação fonoaudiológica nos casos de disfagia é reabilitar, para que o paciente volte a alimentar-se de forma segura ou em casos mais complexos é para manter o aporte nutricional dele⁶⁰. Como citado, a disfagia pode causar sufocação/asfixia, alterações pulmonares e aspiração⁵⁷. Por tanto, é necessário a intervenção fonoaudiológica desde o início da dificuldade de deglutição, visto que a alimentação é indispensável para saúde e sobrevivência humana. Este monitoramento da deglutição segura e eficiente é reafirmado nos artigos^{40,41}.

Em um dos artigos⁴⁰ conclui-se que a pesquisa de risco de disfagia em idosos com fraturas é importante para alertar que desde cedo, o quadro inicial de entrada do paciente na internação (fratura) pode levá-lo a dificuldade de alimentação, se o trauma acontecer em região de cabeça e pescoço, sugere-se desde então o acompanhamento com fonoaudiólogo. No tópico "Causas externas de internação de indivíduos idosos" na revisão de literatura científica do presente trabalho observa-se que a internação por queda é a mais frequente seguida por acidentes em geral³¹. Portanto, o artigo⁴⁰ corrobora com a revisão de literatura científica, no sentido de concordar sobre a promoção de uma vigilância maior para o risco de disfagia no paciente idoso e que teve uma fratura e está hospitalizado.

Um artigo⁴¹ relata toda a intervenção com pacientes idosos internados no serviço de cuidados paliativos. Este serviço tem como objetivo proporcionar um final de vida com melhor qualidade ao paciente e a alimentação é importante nesse processo, principalmente uma alimentação prazerosa e segura/eficiente.

As avaliações de disfagia ou de alteração de deglutição com os pacientes fazem parte da intervenção fonoaudiológica, e nos artigos^{40,41,43} que envolvem disfagia sempre foi realizada análise e avaliação da deglutição. No artigo⁴⁰ usou-se quatro protocolos diferentes para avaliação, isto mostra que há boa quantidade de protocolos de avaliação disponíveis, que analisam e classificam desde como o paciente percebe a sua deglutição, quais riscos a disfagia oferece a aquela pessoa no âmbito respiratório e nutricional⁴⁰ e o quão eficiente é a deglutição do



paciente^{40,41}. O protocolo AMIOFE (Avaliação Miofuncional Orofacial para Pessoas Idosas) destaca-se por sua especificidade de avaliar, em idosos, o estado geral do sistema estomatognático⁴⁰, que trata-se de um sistema de extrema importância para uma deglutição correta e segura. Dois dos artigos^{40,41} usaram um protocolo em comum: o *Functional Oral Intake Scale* (FOIS), já outro artigo⁴³ relata avaliação por meio do exame de videofluoroscopia.

Mencionou-se em um artigo⁴⁰ o exame de videofluoroscopia, também utilizado na avaliação de disfagia, e que existem alternativas para ele pois, costuma ser um exame caro e de difícil acesso⁴⁰. Já outro artigo fez análise da deglutição exclusivamente pelo exame de videofluoroscopia, tal exame foi realizado pelos próprios pesquisadores⁴³.

O artigo intitulado de “Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea”⁴¹, detalha o tratamento como componente da intervenção fonoaudiológica com idosos hospitalizados e disfágicos. O objetivo, de acordo com o artigo, da terapia fonoaudiológica é “minimizar ou eliminar as alterações de deglutição”. A pesquisa diz quais as técnicas que foram realizadas para atingir tal objetivo com os pacientes hospitalizados no setor de cuidados paliativos, dentre elas estão: modificação de consistência do alimento, múltiplas deglutições, deglutição com esforço. Existem ainda os exercícios para estimulação sensorial (tátil-térmica), exercícios oromiofuncionais de mobilidade e força de língua, técnicas vocais para elevação, anteriorização e estabilização da laringe e coaptação glótica⁴¹.

A literatura apresenta outras formas de tratamento e, modificação da consistência e volume do alimento, estimulação sensorial/fria e deglutição múltipla são encontradas nesse artigo^{42,60}. As outras opções consistem em *biofeedback*, técnicas de deglutição voluntária, intervenção cirúrgica, uso de alimentação enteral, manobras compensatórias de cabeça, e exercício de Shaker; estes métodos de intervenção devem ser aplicados de acordo com o tipo e grau de disfagia do paciente⁶⁰.

Além da disfagia, a Via Alternativa de Alimentação (VAA) também foi trabalhada pelos fonoaudiólogos. A dificuldade, risco ou impossibilidade de alimentar-se por via oral implica na necessidade de uma via alternativa de alimentação (VAA)⁶¹.

Dentre os resultados deste trabalho, um artigo⁴² teve a VAA como centro de pesquisa. Ele classifica quais os pacientes readmitidos na internação e que usam alguma VAA, o foco foi na determinação de quais pacientes idosos hospitalizados com VAA que a fonoaudiologia atua e não na VAA em si, por este motivo é necessário buscar por mais referências que possibilitem o entender sobre a VAA e seus aspectos.

A VAA é indicada por fonoaudiólogos quando: o paciente não possui condições de manter-se nutrido e hidratado de forma segura, pois há riscos grandes de aspiração, por exemplo, este risco intensifica-se com a idade e se o paciente já tem quadro disfágico. Também indica-se quando a deglutição do paciente não é eficiente e não supriria suas necessidades diárias⁶¹.

O nível de consciência do paciente representa boa parte da decisão final para VAA, pode - se utilizar a escala de Glasgow para avaliação do nível de consciência do paciente, é recomendado aplicá-la mais de uma vez a fim de saber se o nível de consciência se mantém estável⁶².

A respiração também é indicadora de qual o melhor tipo de alimentação do paciente. Períodos de apneia durante a deglutição, por exemplo, podem complicar-se levando a incoordenação. Por tanto, faz-se a verificação se o quadro respiratório do paciente está normalizado ou alterado^{57,63}.

A classificação da VAA pode ser de dois tipos: parenteral ou enteral. Quando a alimentação ocorre pelo acesso intravenoso na corrente sanguínea, trata-se do tipo parenteral. A via enteral é a nutrição por sonda, que pode ser nasogástrica (introduz-se a sonda no nariz até o estômago), nasoentérica (introdução da sonda no nariz, mas o alimento é conduzido por ela até o intestino), por gastrostomia (procedimento cirúrgico no qual a sonda conduz o alimento diretamente para o



estômago) ou por jejunostomia (também cirúrgico, com introdução da sonda no intestino)⁶⁴.

O artigo⁴² caracterizou os pacientes em VAA e reinternados, a idade variou de 60 a 90 anos e, por tanto, apenas idosos. Destes, encontram-se aqueles que já passaram por ventilação mecânica e cirurgia de traqueostomia (47,6% total na soma de ambos os processos). Foi possível conhecer também quais as dificuldades destes pacientes: engasgo, tosse, odinofagia, escape oral e sensação de alimento parado⁴². Parte dos pacientes usou espessante para adequar a consistência do alimento, que é equivalente ao que se encontra na literatura científica^{43,60}.

Este estudo permitiu caracterizar com quais idosos o fonoaudiólogo trabalha no ambiente hospitalar, definindo a idade, doença e qual a intervenção realizada. Analisou-se ainda a relação dos resultados obtidos com o que é dito e encontrado na literatura científica.

7. CONCLUSÃO

Esta revisão possibilitou levantar o perfil dos idosos hospitalizados em enfermarias e UTI, bem como caracterizar, analisar e discutir a intervenção fonoaudiológica junto com a estes.

A disfagia mostrou-se em predomínio de atendimento do fonoaudiólogo com idosos hospitalizados, podendo ser ela mecânica, neurogênica ou do tipo misto.

Muitas das causas de tais disfagias podem ser evitadas a partir de educação e orientação visando minimização dos casos ou postergando sua ocorrência, cuidando para um envelhecimento mais saudável.

Há necessidade de mais estudos que discutam a atuação do fonoaudiólogo junto a idosos hospitalizados principalmente relacionado aos comprometimentos de comunicação, que não foram citados nos estudos.



8. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 2018;13-14.
2. Silvestre JA, Costa Neto MMD. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cadernos de Saúde Pública. [Internet]. 2004;19:839-847.
3. Carvalho TC, Valle AP, Jacinto AF, Mayoral VF, Boas PJ. Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: A cohort study. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2018 Apr;21(2):134-42.
4. Furuya RK, Birolim MM, Biazin DT, Rossi Lídia A. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. Rev. enferm. UERJ, 2011 [acesso em 31 mar 2021]; 19(1): 158-162. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317458728_A_integralidade_e_suas_interfaces_no_cuidado_ao_idoso_em_unidade_de_terapia_intensiva
5. Amaral AC, Coeli CM, Costa MD, Cardoso VD, Toledo AL, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20:1617-26.
6. Itaquy RB, Favero SR, Ribeiro MD, Barea LM, Almeida ST, Mancopes R. Dysphagia and cerebrovascular accident: relationship between severity degree and level of neurological impairment. Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. 2011 Dec;23(4):385-9.
7. Calheiros A, Albuquerque C. A vivência da fonoaudiologia na equipe de cuidados paliativos de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2012;11(2).
8. Almeida BL, Souza ME, Rocha FC, Fernandes TF, Evangelista CB, Ribeiro KS. Quality of life of elderly people who practice physical activities/Qualidade de vida de idosos que praticam atividade física. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. 2020 Jul 2 [acesso em 30 mar 2021];12:432-6. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/8451/pdf_1
9. de Freitas EV, PY L, Neri AL, Cançado FA, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2017.
10. Neri AL. Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. 2007.



11. Bittar C, de Lima LC. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. Revista Kairós: Gerontologia. 2011 [acesso em 26 abril 2021];14(3):101-18. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10053/7482>
12. de Castro VC, Borghi AC, Mariano PP, Fernandes CA, de Freitas Mathias TA, Carreira L. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Rev Rene. 2013 [acesso em 30 mar 2021];14(4):791-800. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324028459016.pdf>
13. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 23 abril 2021]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_en.pdf
14. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health. Integrated management of cardiovascular risk: report of a WHO meeting; 2002 July 9-12; Geneva: World Health Organization; 2002 [acesso em 23 abril 2021].
15. Pimenta AM, Alves M, Sena RR. Desenvolvimento do método indireto de aferição da pressão arterial e dos critérios de diagnóstico da hipertensão. Revista Mineira de Enfermagem. 2008 [acessado em 23 abril 2021];12(4):564-71. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/302>
16. Furukawa TS, Mathias TA, Marcon SS. Mortalidade por doenças cérebro vasculares por residência e local de ocorrência do óbito: Paraná, Brasil, 2007. Cad. Saúde Pública. 2011 [acesso em 24 abril 2021];27(2):327-334.
17. Vieira EC, Cardoso AC, Macêdo LB, Dias CM. Ocorrência de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório no estado da Bahia. Revista Pesquisa em Fisioterapia. 2016 Jun 14 [acesso em 23 abril 2021];6(2). Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/920/607>
18. Dias FL, Mendonça FD, Pinto GM, Borges IS, de Oliveira SV. Doenças respiratórias no Triângulo Mineiro: Análise epidemiológica e projetiva com a pandemia de COVID-19. Journal of Health & Biological Sciences. 2020 Apr 24 [acesso em 25 abril 2021];8(1):1-6. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/3219/1098>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010 [acesso em 25 abril 2021]; 8-50.
20. Di Petta A. Patogenia do enfisema pulmonar—eventos celulares e moleculares. Einstein (São Paulo). 2010 Jun [acesso em 25 abril 2021];8(2):248-51. Disponível em:



https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000200248&script=sci_artext&tlng=pt

21. Pilger C, Lentsck MH, de Vargas G, Baratieri T. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2011 Oct 25 [acesso em 25 abril 2021];1(3):394-402. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3186/2407>
22. Gois ALB, Veras RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2010 [acesso em 25 abril 2021];15 (6): 2859-2869.
23. Kato EM. IN: Perracini MR, Fló CM. *Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.
24. Dantas RC, de Oliveira Dantas DC. Internações por Doença de Alzheimer: Panorama Brasileiro. *Anais CIEH*. 2015;2(1).
25. Rodrigues RC, Dall'Asta JA, Palangani EA, Jasinski AF, Guerra LT, Peraro GB. Doença de Parkinson no Paraná e Rio Grande do Sul Incidência sobre Internações. *Revista Uningá*. 2021 Jan 22;57(S1):039-40.
26. de Oliveira LS, de Araújo Felix LD, Paes NC, Lima TM. Análise Epidemiológica das Internações por Doença de Parkinson no Brasil nos Últimos 10 anos. In *Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG*. 2021;1(1).
27. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1093-9.
28. Brasil. DataSUS. *Informações de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
29. Lopes AC, et al. *Tratado de Clínica Médica*. 3ª ed. São Paulo: Roca. 2016.
30. Lages DR, Fonseca LC, Tedrus GM, Oliveira IB. The relationship between dysphagia and clinical and cognitive aspects in elderly patients presented with dementia. *Revista CEFAC*. 2020;22(2).
31. Gawryszewski VP, Jorge MH, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Revista da associação médica brasileira*. 2004 [acesso em 21 abril 2021];50(1):97-103. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302004000100044&script=sci_artext&tlng=pt
32. de Oliveira Arruda L, Dantas AG, de Fátima Ferreira M. Uso de analgésicos em idosos hospitalizados em uma UTI Adulto. 2015 [acesso em 31 mar 2021].

Disponível

em:

http://editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2015/TRABALHO_EV040_MD4_SA_3_ID41_27082015173510.pdf

33. Leite MT, Schons VF, da Silva LA, Muller LA, Pinno C, Hildebrandt LM. A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. 2015 [acesso em 01 abril 2021];20(2). Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46060/35456>
34. de Sousa AC, Sousa RA. Contribuições da fonoaudiologia para o envelhecimento ativo estudo de caso: idosa de 78 anos. Revista Longevidade. 2012 [acesso em 01 abril 2021];(23):38-41. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/541/579>
35. Oliveira LC. Análise da produção científica brasileira sobre fonoaudiologia hospitalar. 2017 [acesso em 02 abril 2021]; 9-10. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/24451/1/2017_LuannaCarlaFelixOliveira_tcc.pdf
36. Silva EGF, Dornelas R, Freitas MCR, Ferreira LP. Pacientes com câncer de laringe no nordeste: intervenção cirúrgica e reabilitação fonoaudiológica. Rev CEFAC. 2016 Jan-Fev [acesso em 02 abril 2021];18(1):151-7. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462016000100151&script=sci_abstract&tlng=pt
37. Faria KC, Pessoa AC, Araújo LI, de Faria Paiva ML. The profile of a patient receiving speech-language therapy assistance at a school hospital emergency unit. Audiology-Communication Research. 2013 [acesso em 03 abril 2021];18(4):308-13. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=en
38. Calheiros AS, Albuquerque CL. A vivência da Fonoaudiologia na equipe de cuidados paliativos de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Rev HUPE. Abr/Jun 2012 [acesso em 12 maio 2021];94-8.
39. Taquemori LY. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade – Fonoaudiologia; In: Cuidado Paliativo. São Paulo: CREMESP; 2008 [acesso em 12 maio 2021];64-66.
40. Delevatti C, Rodrigues ED, Almeida ST, Santos KW. Prevalência e fatores de risco para disfagia orofaríngea em idosos frágeis com fraturas traumato-ortopédicas. Audiology-Communication Research. 2020;25. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/dJSn7TDCHzS4w36H4zKGLtL/?lang=pt>

41. Santos LB, Mituuti CT, Luchesi KF. Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. *Audiology-Communication Research*. 2020;25. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/YDXg5wWrrsDGK7cdjDKRxRx/?lang=pt>
42. do Valle Gonçalves ML, Broglio GA, Lozano AC, Lamari NM. Perfil dos idosos usuários de via alternativa de alimentação reinternados em hospital público. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2015 May 20;12(1). Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/4548/pdf>
43. Portas J, Socci CP, Scian EP, Queija DD, Ferreira AS, Dedivitis RA, Barros AP. Deglutição após tratamento não cirúrgico (radioterápico/radioquimioterápico) do câncer de laringe. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2011 Feb;77(1):96-101. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/hZr43r9958HySdPKM3zybQs/?lang=pt#>
44. Brasil. Lei nº. 10.048, de 08 de novembro de 2000. Câmara dos Deputados. *Diário Oficial da União* 08 nov 2000; 1.
45. Unicamp. Manual de Processo de Trabalho das Enfermarias. Unicamp: Campinas; 2013. 2º ed. [acesso em 2021 jul 22]. Disponível em: <https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/enfermarias.pdf>
46. Jacques A, Cardoso MC. Acidente Vascular Cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. *Revista Neurociências*. 2011 [acesso em jul 23];19(2):229-36. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8371/5905>
47. Caramelli P, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2002 Apr [acesso jul 23];24:7-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/wK6prKZXgrZwcyTB9TScPpH/?lang=pt>
48. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Fourth ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994. p. 143-7.
49. Herrera E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Psiquiatr Clin* 1998;25:70-3.
50. Tavares TE, Carvalho CM. Características de mastigação e deglutição na doença de Alzheimer. *Revista CEFAC*. 2012;14:122-37.
51. Mansur LL, Carthbery MT, Caramelli P, Nitrini R. Linguagem e Cognição na Doença de Alzheimer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005; 18(3): 300-7.

52. Silva LBC, Antunes AE, Paula A, Botelho MI, Silva AA, Amaya-Farfán J. Nutrition and dysphagia: body mass index, food consistency and food intake. *Rev Bras Nutr Clin*. 2008;23(2):91-6.
53. Marchesan IQ. Distúrbios da Motricidade Oral. In: Russo IP. *Intervenção Fonoaudiológica na Terceira Idade*. São Paulo: Revinter, 2004.
54. Palermo S, Basto IC, Mendes MF, Tavares EF, Santo DC, Ribeiro AF. Avaliação e intervenção fonoaudiológica na doença de Parkinson. Análise clínica-epidemiológica de 32 pacientes. *Rev Bras Neurol*. 2009 Out;45(4):17-24.
55. Teive AGH, Etiopatogenia da doença de Parkinson *Revista Neurociência V13 N4 out/dez, 2005 (201-214)*.
56. Gaspar MD, Pinto GD, Gomes RH, Santos RS, Leonor VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. *Revista CEFAC*. 2015 [acesso em nov 17]:1939-45. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/7x9SBSwqWZLf6RSrNGbvN6r/?lang=pt>
57. Padovani AR, Moraes DP, Mangili LD, Andrade CR. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2007;12:199-205.
58. Gonçalves BF, Bastilha GR, Costa CD, Mancopes R. Utilização de protocolos de qualidade de vida em disfagia: revisão de literatura. *Revista Cefac*. 2015 Jul;17:1333-40.
59. Vale-Prodromo LP, Carrara de-Angelis E, Barros APB. Avaliação clínica fonoaudiológica das disfagias. In: Jotz GP, Carrara de-Angelis E, Barros APB. *Tratado de deglutição e disfagia: no adulto e na criança*. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. cap. 6. p. 61-7.
60. Silva RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007;19:123-30.
61. Barroqueiro PC, Lopes MK, Moraes AM. Critérios fonoaudiológicos para indicação de via alternativa de alimentação em unidade de terapia intensiva em um hospital universitário. *Revista Cefac*. 2017 Mar;19:190-7.
62. Furmann N, Costa FM. Critérios clínicos utilizados por profissionais para liberação de dieta via oral em pacientes adultos hospitalizados. *Rev. CEFAC*. 2015;17(4):127-8.
63. Drozd DRC, Costa CC, Jesus PRO, Trindade MS, Weiss G, et al. Análise da fase faríngea da deglutição em portadores de tosse crônica. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2012;16(4):502-8.
64. Duarte CM, Pereira LP, da Silva RN. *Disfagia, Vias Alternativas de Alimentação e suas Implicações na Vida do Sujeito*.

