

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**



**“ DECIFRA-ME OU DEVORO-TE ”
DIFICULDADES DE ALIMENTAÇÃO DOS IDOSOS E SEUS ENIGMAS**

VANESSA PONSANO GIGLIO

CAMPO GRANDE - MS

2003

VANESSA PONSANO GIGLIO

**“DECIFRA-ME OU DEVORO-TE”:
DIFICULDADES DE ALIMENTAÇÃO DOS IDOSOS E SEUS ENIGMAS**

CAMPO GRANDE, MS

2003

VANESSA PONSANO GIGLIO

**“DECIFRA-ME OU DEVORO-TE”:
DIFICULDADES DE ALIMENTAÇÃO DOS IDOSOS E SEUS ENIGMAS**

Dissertação apresentada como exigência final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva à Comissão Julgadora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação da professora Dra. Ana Maria Gomes.

CAMPO GRANDE, MS

2003

Dedico à minha família as linhas que aqui escrevi.

Aos meus pais, que me forneceram o exemplo e a base moral para o entendimento da vida e possibilitaram minha formação educacional e profissional.

Ao Silvio, pela sua presença, incentivo e compreensão.

À Melissa e ao Leandro, que me acompanharam madrugadas afora, trazendo inspiração, crescendo e se desenvolvendo paralelamente a essa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Ele, que com sua sabedoria, me conduziu a caminhar por trilhas seguras e iluminadas.

À orientadora , Profa. Ana Maria Gomes, que me encaminhou sabiamente durante todo o trajeto percorrido neste estudo e contribuiu com sua maneira única de ser, agir e pensar.

Às professoras Maria Irismar de Almeida e Eurize Caldas Pessanha, pelas sugestões construtivas junto ao exame de qualificação.

À coordenadora do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Católica Dom Bosco, Profa. Maria Eugênia Guerra Vieira, pela amizade e incentivo.

À diretora do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Católica Dom Bosco, Profa. Mainaide Zanutto Velasques, pelo apoio imprescindível no início do curso de mestrado.

À direção do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e, em especial, ao chefe da Divisão de Medicina, Dr. Wilson de Barros Cantero, por autorizar e conceder o tempo necessário à realização deste estudo.

À Assistente Social do SESC, Mazé, que com simpatia abriu as portas de acesso ao Grupo da Terceira Idade.

À Irmã Marlene, que autorizou minha aproximação junto aos internos do Asilo São João Bosco.

Às minhas amigas e colegas de trabalho, Jaqueline, Marta e Maria Inesila que se dispuseram a alterar seus horários em favorecimento aos meus.

À Emanuella Germana Santos de Mesquita, pelo auxílio meigo durante a aplicação dos questionários.

À Gabriela Zambianco de Figueiredo pela simpatia e disponibilidade durante o auxílio no computador.

À Milena e Juliana, pela disposição pronta e sincera sempre que precisei.

À minha irmã Elisa, que sempre me incentivou com suas palavras e seu exemplo, além das dicas importantes em português e inglês.

À Isaura Regina Castelo Branco Martins, por sua receptividade e confiança, possibilitando o acesso a grande parte da bibliografia aqui utilizada.

Aos meus pacientes e alunos, por compreenderem minha necessidade de afastamento.

À Professora e fonoaudióloga Tereza Lofredo Bilton que me encaminhou amavelmente para o estudo aprofundado sobre a relação entre a fonoaudiologia e o envelhecimento.

À Fonoaudióloga Ana Maria Furkim que me transmitiu seus conhecimentos a respeito da disfagia enfatizando sempre a importância do prazer alimentar.

Ao Dr. Olle Ekberg, membro diretivo da Dysphagia Research Society, que durante o IV Encontro Brasileiro de Disfagia, realizado em maio de 2002 em Curitiba, forneceu-me fonte de encorajamento para o tipo de abordagem escolhida neste estudo e que, mesmo após ter retornado para a Suécia, gentilmente se prontificou a enviar-me suas publicações e contribuições na área.

À todos os professores do curso de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul que contribuíram partilhando seus conhecimentos.

À Terenilce, secretária do mestrado em Saúde Coletiva, pelo auxílio e pelas dicas durante o desenvolvimento do curso.

Aos entrevistados desta pesquisa, pela disponibilidade e confiança, pelas revelações íntimas presentes na incessante luta pela vida.

RESUMO

Estudos demonstram que os níveis relativos à qualidade de vida dos idosos podem ser determinados pelas condições de saúde física e mental, pelas relações sociais e pelo ambiente em que eles vivem. Levando-se esse fato em consideração, neste estudo, foram coletadas informações sobre dificuldades alimentares enfrentadas pelo idoso no cotidiano, com o objetivo de identificar as limitações de qualidade de vida que incidem no idoso disfágico. Idosos de ambos os sexos, acima de 60 anos, foram selecionados para participar da pesquisa, conforme caracterização da Organização das Nações Unidas para o início da terceira idade. De quarenta e dois idosos que responderam a um questionário aplicado, 24 relataram dificuldades durante a alimentação, confirmando a presença da disfagia. Destes, 10 indivíduos em condições favoráveis de comunicação concordaram em responder verbalmente a uma entrevista semi-estruturada que possibilitou o aprofundamento de questões relacionadas à disfagia, em seus aspectos orgânico e social. Pôde-se constatar que a presença da disfagia determina modificações na rotina alimentar do idoso e no seu reconhecimento sobre aquilo que lhe dá prazer, gerando efeitos que o marginalizam e subestimam suas emoções e auto-estima. As condições desfavoráveis de assistência à saúde aliadas à alimentação inadequada evidenciaram o prejuízo na qualidade de vida dos idosos. O estudo enfatiza a necessidade de se reverter a disfagia em idosos, como forma de restabelecer e manter um bom estado nutricional, capaz de proporcionar saúde e bem-estar geral e assegurar uma boa qualidade de vida a essas pessoas.

Palavras-chave: Alimentação, Disfagia, idoso disfágico, qualidade de vida.

ABSTRACT

Studies have shown that elderly people quality of life levels may be determined by their physical and mental health, by their social relations and by the environment they live in. Taking this fact into account, in this work, information about feeding difficulties daily faced by elderly people was collected, with the purpose of checking the limitations in the quality of life of dysphagics elderly people. People above 60 years old from both sexes were selected to participate of the research, according to the United Nations Organizations classification for the beginning of "third-age". From forty-two people that answered to an applied questionnaire, twenty-four referred to difficulties during feeding, corroborating to the presence of dysphagia. Among these, ten people with good communication ability agreed in orally answer to a semi structured interview, enabling a profound study on the dysphagia subject, at both organic and social aspects. It was verified that dysphagia causes changes in the elderly people feeding habits, well as in his understanding about joyful things, leading to segregation effects and underestimation of emotions and self-respect. The unfavorable health assistance conditions and the unsuitable feeding turned evident the prejudice in elderly people quality of life. The study claims to the recovering of dysphagics elderly people as a way to restore and maintain their good nutritional conditions, lead to good general health and ensure good quality of life.

Keywords: Feeding, dysphagia, dysphagic elderly people, quality of life

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – ASPECTOS REFERENTES AO ENVELHECIMENTO	17
1.1 CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO	17
1.2 A FASE IDOSA DA VIDA	21
1.3 ALTERAÇÕES GERAIS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO	23
1.4 DISFAGIA E PRESBIFAGIA	25
CAPÍTULO 2 – NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA ALIMENTAÇÃO DOS IDOSOS	33
2.1 NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	33
2.2 PRAZER ALIMENTAR	36
2.3 ASPECTOS SOCIAIS QUE ENVOLVEM A ALIMENTAÇÃO	39
CAPÍTULO 3 – ALIMENTAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS	46
3.1 DIFICULDADES PRESENTES NA VIDA COTIDIANA DOS IDOSOS E SUA ROTINA ALIMENTAR	46
3.2 FONOAUDIOLOGIA, EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS	50
CAPÍTULO 4 – TRAJETOS PERCORRIDOS: ABORDAGEM METODOLÓGICA	59
4.1 NATUREZA DO ESTUDO	59
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO	60
4.3 INSTRUMENTOS	61
4.4 PROCEDIMENTOS	62
4.5 TRATAMENTO DOS DADOS E CONFIGURAÇÃO DAS CATEGORIAS	64
CAPÍTULO 5 - DECIFRA-ME OU DEVORO-TÊ: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS POR CATEGORIAS	66
5.1 EVIDÊNCIAS DA INABILIDADE DURANTE A ALIMENTAÇÃO	67
5.2 MODIFICAÇÕES NA ROTINA ALIMENTAR E SUAS CONSEQUÊNCIAS	74
5.3 A ALIMENTAÇÃO NUM CONTEXTO SOCIAL	85
5.4 LIMITAÇÕES DA QUALIDADE DE VIDA IMPOSTAS PELA DISFAGIA	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS	115
APÊNDICES E ANEXOS	116
APÊNDICE A - Questionário aplicado com os idosos	117
APÊNDICE B – Entrevista semi-estruturada aplicada aos idosos	120
ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	121
ANEXO B – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122

INTRODUÇÃO

A Tigela de Madeira

Um senhor de idade foi morar com seu filho, nora e o neto de quatro anos. As mãos do velho eram trêmulas, sua visão embaçada e seus passos vacilantes. A família comia reunida à mesa. Mas, as mãos trêmulas e a visão falha do avô o atrapalhavam na hora de comer. Ervilhas rolavam de sua colher e caíam no chão. Ao pegar o copo, leite era derramado na toalha da mesa. Às vezes, ao escorregarem pelas mãos, os talheres feriam os ouvidos com seu ruído ao tocarem o chão. O filho e a nora irritaram-se com a bagunça. “Precisamos tomar uma providência com respeito ao papai”, disse o filho. “Já tivemos suficiente leite derramado, barulho de gente comendo com a boca aberta e comida pelo chão.” E eles então decidiram colocar uma pequena mesa no cantinho da cozinha. Ali, o avô comia sozinho enquanto o restante da família fazia as refeições à mesa, com satisfação. Desde que o velho quebrara um ou dois pratos, sua comida passou a ser servida numa tigela de madeira. Quando a família olhava para o avô, sentado ali sozinho, percebiam que seus olhos estavam cheios de lágrimas. Mesmo assim, apenas palavras ríspidas eram dirigidas à ele quando um talher ou comida caíam ao chão. O menino de quatro anos de idade assistia a tudo em silêncio. Uma noite, antes do jantar, o pai percebeu que o filho pequeno estava no chão, manuseando pedaços de madeira. Ele perguntou delicadamente à criança: “O que você está fazendo?” O menino respondeu docemente: “Estou fazendo uma tigela para você e mamãe comerem quando eu crescer.” O garoto de quatro anos sorriu e voltou ao trabalho. Aquelas palavras tiveram impacto tão grande nos pais que ele emudeceram. Embora ninguém tivesse falado nada, ambos sabiam o que deveria ser feito. Naquela noite, o pai tomou o avô pelas mãos e o conduziu gentilmente à mesa da família. Assim foram as refeições subsequentes até o final de seus dias. (autor desconhecido)

É a partir das frases expressas acima que se introduz o presente estudo, numa proposta de abordar questões relativas aos idosos, enfatizando a alimentação e as dificuldades encontradas por essa população para efetivá-la. A estória acima descrita evidencia elementos que vem de encontro com essa proposta e põe em relevo as preocupações com a saúde e a qualidade de vida desses indivíduos. Estudos acerca do envelhecimento têm sido motivo de muitas pesquisas e projetos nos últimos cinco anos, ressaltando-se as políticas de atenção ao idoso e a Campanha da Fraternidade de 2003, que tem como tema, “*Fraternidade e Pessoas Idosas*”.

O interesse inicial pelo estudo e aprofundamento sobre a saúde do idoso, a maneira de se alimentar e a relação com a qualidade de vida surgiu a partir de inquietações que se fizeram presentes ao longo da atuação profissional com essa clientela específica no âmbito assistencial. No caminho percorrido desde 1992, foi possível vivenciar experiências em instituições hospitalares ligadas a universidades com diferentes condições e realidades, passando pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP de Bauru, Hospital da Universidade Complutense de Madrid (Espanha) e Núcleo Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Nestes onze anos, a possibilidade de acompanhar os casos de indivíduos idosos, dependentes ou não, com dificuldades durante a alimentação, associou-se às oportunidades de pesquisa nesta área, reforçada pelas constantes indagações vindas de alunos no campo da docência.

Por meio da escuta das queixas e da observação dos reflexos causados pela dificuldade durante a alimentação que levavam os idosos a uma série de modificações e adaptações de seu cotidiano alimentar, percebeu-se que as consequências poderiam ir além do âmbito orgânico, marcando de forma determinante essa fase da vida, envolvendo as relações sociais, os prazeres e sentimentos, e interferindo em aspectos considerados importantes no estudo sobre as condições de qualidade de vida do ser humano.

A observação empírica dos idosos hospitalizados com dificuldades de deglutição, também possibilitou verificar a grande expectativa que existe por parte da família, perante a adequação dos distúrbios relacionados com a alimentação, fator este que determina a alta hospitalar mais precoce. Não se pode afirmar que a família esteja preparada de forma satisfatória para auxiliar a alimentação por via oral, no momento da alta hospitalar do idoso, e enfrentar os riscos a que o paciente está exposto quando necessita da ajuda de terceiros para garantir sua alimentação fora da unidade hospitalar. Os sérios riscos a que está exposto o indivíduo com dificuldades de deglutição, destacando-se a aspiração de alimentos para a árvore traqueobrônquica, vêm sendo estudados e comprovados cientificamente ao longo do tempo.

Apresentar sintomas como descontrole oral e escape do alimento pela boca ou nariz, dificuldade em efetivar a mastigação ou iniciar a deglutição, a ocorrência de engasgos, tosse, refluxo, entre outros, possibilitam não só indicar que pode haver uma doença em curso, como alertar para os riscos de aspiração e subnutrição, fatores estes que são de relevante preocupação e interesse no campo da saúde coletiva. Também as atitudes de escolher alimentos mais fáceis de engolir, evitar os momentos de refeição em conjunto com a família, isolar-se de atividades sociais que incluam a alimentação e a própria perda do prazer alimentar podem ser indicativos de mudanças importantes na rotina alimentar do indivíduo e chamam a atenção para as implicações sociais que essa dificuldade pode acarretar.

Tendo em vista a perspectiva crescente do aumento do tempo de vida e o conseqüente aumento da população idosa no Brasil e no mundo, é propósito deste estudo abordar o campo de investigação de aspectos ligados à saúde e alimentação dos idosos, chamando a atenção para a qualidade de vida estabelecida por essa população. Apropriadamente, coloca Garcia de los Rios (1991, p.361) que “La mayor sobrevida constituye un logro muy deseable, pero sólo se si acompaña, al mismo tiempo, de una buena calidad de vida para los sujetos que alcanzan edades avanzadas.”

Além da ocorrência de uma progressiva deterioração biológica exposta na literatura, o envelhecimento é freqüentemente relacionado com o aumento de alterações de saúde, resultantes da interação de fatores genéticos e ambientais, que incluem estilo de vida, autonomia, hábitos alimentares, atividade física, presença de enfermidades, estado psicológico e interações sociais.

Todos os indivíduos apresentam modificações com o passar da idade, evidenciando características variadas no que diz respeito à idade cronológica e fisiológica. Neste contexto, a alimentação, além de suprir de energia e nutrientes essenciais ao organismo, representa um papel importante dentro do processo de envelhecimento, pois pode modular as alterações observadas em vários órgãos e sistemas do organismo e atuar como modalidade terapêutica no tratamento de várias enfermidades crônicas, como o diabetes, hipertensão arterial, obesidade, osteoporose, dentre outras. A qualidade de nutrientes e a quantidade de alimentos ingeridos podem determinar o estado nutricional do indivíduo idoso, porém a

habilidade em alimentar-se de forma satisfatória é influenciada por outros fatores, como o estilo de vida, a manutenção de relações familiares e sociais, nível de integridade da atividade mental e psicológica, estado de saúde ou enfermidade, além das restrições econômicas individuais envolvidas.

Nutrição e saúde estão intimamente ligadas e se remetem à noção de um estilo de vida saudável que inclua a possibilidade de manter-se fisicamente ativo e independente, de forma a garantir uma alimentação satisfatória que contribua para a manutenção de uma qualidade de vida que vem atrelada a fatores como integridade mental, emocional e social.

Quando se refere à fase idosa da vida, tem-se que considerá-la inserida em suas peculiaridades, uma vez que o processo de envelhecimento pode se dar diferentemente para os indivíduos, conforme a condição de saúde, cultura, posição e *status* que ocupa, e conforme a imagem que faz de si próprio, considerando que vive num sistema social continuamente exposto a transformações. Todas essas questões e mais uma série de elementos importantes são relatadas na literatura como contribuintes ou não para um estado de qualidade de vida. Souza e Moreira (1998, p:55) quando se reportam à qualidade de vida na terceira idade, enfatizam a nutrição como fator determinante para que o indivíduo possa manter uma inter-relação harmoniosa de variados fatores que moldam e que diferenciam o seu cotidiano, como saúde física e mental, satisfação no trabalho e nas relações familiares, disposição, dignidade, espiritualidade e longevidade.

Não se desconsideram neste estudo os aspectos já estudados e determinados por tantos autores na abordagem relativa à qualidade de vida, mas propõe-se que o olhar ao idoso com dificuldades em estabelecer uma alimentação segura e prazerosa seja mais um ponto a ser considerado nesse tipo de avaliação da condição de vida, uma vez que destaca e associa alguns dos pilares enfocados, tais como: o acesso à saúde, à alimentação e ao bem-estar em sociedade.

A realidade do cotidiano demonstrada pelos idosos com dificuldades durante a alimentação conduziu esta pesquisadora à busca e ao estudo mais aprofundado sobre o tema, na tentativa de compreender as necessidades deles, não só relativas ao aspecto nutricional, mas também no que se refere às sensações vivenciadas durante a situação alimentar, o contexto em que ocorre e de que forma

as relações sociais podem estar afetadas. Algumas alterações orgânicas podem acompanhar o processo de envelhecimento, interferindo na qualidade de desfrute da alimentação. Outras aparecem como consequência de acometimentos patológicos surgidos ao longo da vida e que muitas vezes, de acordo com a gravidade, podem até interromper a possibilidade de recebimento do alimento pela via oral. Isto conduz o indivíduo sondado a adaptar-se a essa via alternativa alimentar que muito se distancia da forma natural de alimentação e que consolida uma auto-imagem distorcida, reforça sentimentos de isolamento pela aparência, requer mais cuidados de higiene e manutenção, além de trazer privações do alimento em si, com todas as sensações que proporciona, como sentir o sabor, a temperatura, ter a possibilidade de triturá-lo conforme a necessidade, pondo em exercício a essencial função dos dentes. Outras alterações, porém, poderiam ser contornadas com orientações específicas por meio de medidas paliativas e preventivas se houvesse uma assistência dirigida à saúde do idoso, considerando as múltiplas e particulares necessidades nessa etapa da vida.

Beauvoir (1990: p.16), em exaustivo estudo sobre a velhice, faz importantes considerações sobre o destino dos idosos:

... se a velhice, enquanto destino biológico, é uma realidade que transcende a história, não é menos verdade que este destino é vivido de maneira variável, segundo o contexto social; inversamente: o sentido ou o não sentido de que se reveste a velhice no seio de uma sociedade coloca toda essa sociedade em questão, uma vez que, através dela, desvenda-se o sentido ou o não sentido de qualquer vida anterior.

Independente do curso biológico que o indivíduo passa a assumir com a chegada do envelhecimento, a história de vida e a forma como reagirá perante as mudanças observadas estarão atreladas ao contexto social vivenciado.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia concorda que a atenção dedicada à velhice deve ir além do enfoque puramente patológico, abrangendo a totalidade do bem-estar do idoso, levando em conta a interdependência dos fatores físicos, mentais, sociais e ambientais, porque considera que a evolução biológica do ser humano é afetada decisivamente por esses fatores que podem encurtar ou promover o prolongamento da vida (SOUZA e PIMENTEL, 1997).

Tanto na infância, como na senectude, é possível encontrar mais limitação social, uma vez que o indivíduo passa a depender, às vezes de forma vital, da sociedade que o envolve e o assiste. Leme e Silva (1996, p.92) relatam que “Como a base e a raiz da estrutura social é a família, pode-se inferir que o estudo do relacionamento do idoso com a família é de primordial importância no estudo das peculiaridades da vida e da saúde nesta fase da vida.”

Para Gordilho (2000), as transformações culturais e conjunturais, pelas quais a família vem passando, entre elas, o divórcio, o segundo e terceiro casamento, a contínua migração dos mais jovens na busca de mercados promissores e o aumento das famílias em que a mulher exerce o papel de chefe, precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira. Todas essas questões geram reflexos no convívio e assistência prestada ao idoso que apresenta limitações e considerando que o momento das refeições é comumente realizado em família, mudanças nessa rotina podem ser consideradas importantes.

Veras (1996: p.384) pontua claramente que “a manutenção da autonomia está intimamente ligada à qualidade de vida”. Uma forma de se medir o grau de autonomia do idoso, para realizar funções de forma independente, é observar a capacidade em cuidar-se de si próprio, nas atividades de alimentação, higiene pessoal, compras, manutenção básica da casa, entre outras.

Enfim, preocupar-se com as possibilidades de manter um cotidiano alimentar dentro do que se considera prazeroso pode significar a garantia de se manterem íntegras as relações sociais, pois, freqüentemente, observa-se que os dias festivos, comemorações, reuniões de trabalho e outras ocasiões que reúnem a família e amigos ocorrem permeando as ocasiões alimentares, quer seja com ceias, almoços, pequenos lanches, ou apenas com um brinde que é compartilhado com a presença do outro.

O prazer das refeições realizadas em comum e a função social da alimentação evidencia-se desde as primeiras civilizações. Reportando-se a essa época, Joannés (1996: p.56) refere que

Todo acordo algo solene que reuna indivíduos e, sobretudo, grupos familiares concretiza-se pela realização de uma refeição. Ela simboliza o acordo, a partilha da bebida e da comida, que constitui a contrapartida material da redação de um contrato. (...) O que funda a refeição ou o banquete é a comensalidade entre os participantes, que remete a uma das expressões de solidariedade básica do grupo familiar ou da comunidade.

Considerando que as condições de saúde física e mental, as relações sociais e o ambiente onde se encontra o indivíduo idoso podem determinar níveis relativos à sua qualidade de vida, busca-se neste estudo, abordar o campo de investigação de aspectos ligados à saúde e alimentação dos idosos, buscando compreender suas necessidades frente às dificuldades enfrentadas no dia-a-dia durante o momento de alimentação, evidenciando suas variáveis, desde o aspecto fisiológico que as determina até as conseqüências psicossociais, verificando possíveis limitações à qualidade de vida.

O presente estudo desdobra-se num conjunto de cinco capítulos, sendo os três primeiros responsáveis pela apresentação e aprofundamento do tema proposto, seguido pela abordagem metodológica e pela apresentação dos resultados com análise de dados por categorias.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS REFERENTES AO ENVELHECIMENTO

Para procedermos à abordagem sobre os aspectos referentes ao envelhecimento, torna-se necessária a compreensão de dados gerais e específicos que orientem e aprofundem o conhecimento a respeito do tema proposto. Assim, apresentam-se, neste capítulo, os fatores que contribuem para o aumento da população de idosos, a conceituação empregada ao referir-se à fase idosa da vida, as alterações que normalmente são descritas pela literatura como próprias de indivíduos com idades mais avançadas e, finalmente, as definições sobre a disfagia, entendida aqui como “(...) a condição resultante de qualquer interrupção no prazer alimentar ou da manutenção das condições nutricionais e de hidratação” (BUCHHOLZ,1994 citado por FURKIM e SILVA,1999, p.6), além de considerações sobre sua ocorrência nos idosos – a presbifagia.

1.1 CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO

Perante a realidade do aumento da expectativa de vida, surge a necessidade de compreender os idosos como seres altamente complexos e diferenciados (PEREIRA,1999). A compreensão do elemento humano, no processo de envelhecimento com suas reais necessidades, possibilita a contribuição de diferentes áreas para que essa etapa da vida possa ser vivida com qualidade, independente de processos degenerativos que decorram do envelhecimento e/ou doenças associadas. Sem essa compreensão e envolvimento, o olhar se restringe a fatores isolados e, no entanto, tem-se que considerar o idoso em todos os aspectos: biológico, psíquico e social. Segundo Jordão Netto (1999), os fatores acima mencionados têm um significado muito sério e conseqüências profundas na questão

do envelhecimento e velhice, quer seja nas relações familiares, na composição da força de trabalho, nos programas de saúde, nos recursos da seguridade social, nas necessidades dos equipamentos urbanos, nos processos de participação social, entre outros.

As informações referentes aos idosos, em especial à saúde deles, vêm merecendo destaque na discussão de diversos especialistas. Muitos fatores contribuem para que o interesse no estudo de questões relativas ao envelhecimento se acentue, uma vez que apresenta importantes repercussões nos campos social e econômico. A alteração da pirâmide populacional decorrente do rápido processo de transição demográfica com aumento da população idosa e suas futuras consequências em termos de qualidade de vida, parece ser o fator que impulsiona tal interesse.

O envelhecimento da população, decorrente da notável diminuição da fecundidade e mortalidade infantil em geral, aliadas ao avanço da medicina, é uma característica demográfica que vem merecendo destaque e importância no país. Apesar disso, Veras e Alves (1995) relatam que a produção científica brasileira, a respeito do tema sobre terceira idade e suas repercussões na saúde, ainda é pequena quando comparada a outros países com similar padrão de crescimento populacional, fato observado na escassez de artigos publicados nas revistas brasileiras da área da saúde coletiva.

Salgado (1997, p.32) destaca o fato de que o mundo caminha para o envelhecimento e cita que “em pouco tempo os velhos serão a maioria populacional”. Esse mesmo autor, baseado em dados da Organização das Nações Unidas (ONU), apresenta a seguinte projeção mundial para o envelhecimento demográfico:

- a) 1950 - 214 milhões de idosos;
- b) 1975 - 350 milhões de idosos;
- c) 2000 - 610 milhões de idosos;
- d) 2025 - 1 bilhão e 100 milhões (considerando uma população global de 8 bilhões e 200 milhões).

Os dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que no mundo, em 2050, um quinto da população será de idosos. Segundo o IBGE (2002), o crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançou 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas, montante equivalente à população infantil de 0 a 14 anos de idade. Uma das explicações para esse fenômeno é o aumento verificado desde 1950, de 19 anos na esperança de vida ao nascer em todo o mundo. Atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais e, para 2050, estima-se que a relação será de uma para cinco em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos. Segundo as projeções, o número de pessoas com 100 anos de idade ou mais aumentará 15 vezes, passando de 145.000 pessoas em 1999 para 2,2 milhões em 2050.

No Brasil, os centenários somavam 13.865 em 1991, e já em 2000 chegaram a 24.576 pessoas, isto é, um aumento de 77%. São Paulo tem o maior número de pessoas com 100 anos ou mais (4.457), seguido pela Bahia (2.808), Minas Gerais (2.765) e Rio de Janeiro (2.029). Mato Grosso do Sul tem 157.093 habitantes acima de 60 anos, o que representa 7,3% da população do Estado. Deste total, 50,14% são homens. A cidade de Campo Grande é a oitava capital do país com a maior incidência de pessoas com mais de 60 anos que moram sozinhas, 18,3% da população idosa.

A realidade do envelhecimento da população se destaca no mundo como algo crescente e carente de atenção especializada, pois múltiplas são as necessidades presentes nessa caminhada. O segmento de idosos, considerado crescente na população nacional, vem requerendo e utilizando cada vez mais os recursos dos sistemas de saúde. Medidas voltadas para estas necessidades favorecem aspectos ligados ao dia-a-dia e contribuem para a manutenção da vida em sociedade. É sabido que países mais desenvolvidos contam com uma política voltada para essa clientela, criando estratégias que facilitam e beneficiam o indivíduo idoso. No Brasil, por causa da carência de recursos e pouco incentivo na área,

constata-se que muito ainda se pode fazer para garantir que os direitos do idoso previstos na Constituição não fiquem limitados aos escritos e sejam respeitados na íntegra.

As razões que justificam o aumento do crescimento demográfico na população de idosos nos países mais desenvolvidos não são diferentes das observadas no país. Ocorrem, porém, de forma posterior e se deparam com abrangentes dificuldades que intensificam a problemática da condição do idoso. Para melhor compreensão das mudanças que geraram o aumento da população idosa, Gordilho (2000) afirma que o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultante do movimento migratório iniciado na década de 1960, motivado pela industrialização e políticas desenvolvimentistas, que propiciaram maior acesso da população aos serviços de saúde e saneamento, contribuindo para a queda da mortalidade e maior acesso a programas de planejamento familiar e métodos anticoncepcionais.

A redução da taxa de fecundidade e a diminuição das taxas de mortalidade, juntas, resultam no aumento da expectativa de vida média da população e, segundo Veras (1995), estima-se que em 2025 os habitantes com mais de 60 anos comporão um contingente de 31,8 milhões de pessoas no Brasil, situando-o como o sexto país em termos de massa de idosos.

Dados do IBGE (2002) demonstram que, nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final desse período. Em 2000, segundo o Censo (IBGE, 2002), a população de 60 anos ou mais de idade era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991. O peso relativo da população idosa no início da década representava 7,3%, enquanto, em 2000, essa proporção atingia 8,6%. Verifica-se ainda que a proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente que a proporção de crianças. Em 1980, existiam cerca de 16 idosos para cada 100 crianças; em 2000, essa relação praticamente dobrou, passando para quase 30 idosos por 100 crianças. A queda da taxa de fecundidade ainda é a principal responsável pela redução do número de crianças, mas a longevidade vem contribuindo progressivamente para o aumento de idosos na população. Um exemplo é o grupo das pessoas de 75 anos ou mais de idade que teve o maior

crescimento relativo (49,3%) nos últimos dez anos, em relação ao total da população idosa. No que se refere às diferenças quanto à expectativa de vida entre os sexos feminino e masculino, observa-se que no Brasil, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens. Em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos; em 2000, passaram para 55,1%. Portanto, em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos. Outra conclusão revelada pelo IBGE (2002) é que o fato de residir na cidade pode beneficiar a idosa, especialmente aquela que é viúva, por causa da proximidade com seus filhos, dos serviços especializados de saúde e de outros facilitadores do cotidiano. Assim, o grau de urbanização da população idosa também acompanha a tendência da população total, ficando em torno de 81% em 2000. A proporção de idosos residentes nas áreas rurais caiu de 23,3%, em 1991, para 18,6%, em 2000.

Segundo Petramale (2001: p.11),

Os avanços da medicina possibilitaram um aumento da expectativa média de vida, no entanto, hábitos e comportamentos associados ao estilo de vida e alimentação vêm interferindo de forma negativa na qualidade de vida das populações, em especial dos idosos, configurando-se em desastre para os sistemas públicos de previdência e assistência médica.

Ainda que se tenha a possibilidade de aumento da expectativa de vida, isto não representa fator de regozijo. A garantia de uma vida de qualidade é o que todos almejam, com condições de manter íntegras a saúde física e mental, prezando a qualidade e não apenas a quantidade de anos vividos.

1.2 A FASE IDOSA DA VIDA

Verifica-se que, mesmo perante constatação de crescimento dessa população, ainda é tarefa difícil conceituar o idoso e as diferentes formas de reportar-se a essa fase da vida. A velhice não é necessariamente ligada à doença ou incapacidades, mas apresenta características individualizadas que se diferenciam conforme as condições de vida que o indivíduo pode desfrutar ao longo dos anos e

que envolve tipo de alimentação, saúde, higiene, trabalho, posição, lazer, vida em família e sociedade, além de cultura e crenças. Vários autores tentaram definir a terceira idade baseados em diferentes conceitos. Swine (1992) citado por Behlau (1999) reforça que o processo de envelhecimento é acompanhado por modificações que não devem ser consideradas patológicas e que, portanto, o envelhecimento não é uma doença que requeira tratamento.

Difícil tarefa seria falar sobre o idoso fragmentando os aspectos nos quais está inserido. Os estudos sobre o envelhecimento, sob diferentes vertentes, sempre consideram em maior ou menor grau os fatores biológicos, psíquicos e sociais que abarcam essa realidade.

Deecken (1998) reporta-se às descobertas da gerontologia que definem três diferentes idades ao mesmo tempo: a idade cronológica, determinada pelo número de anos que viveu, idade biológica, determinada pela condição e estado de seu corpo e idade psicológica, avaliada por aquela que a pessoa sente que tem e demonstra ter, na sua maneira de agir.

Considerando o idoso e o processo de envelhecimento como eixo desta pesquisa, cabe ressaltar algumas terminologias encontradas na literatura aqui consultada e exposta:

- a) envelhecimento: a maioria dos autores o conceitua como “uma etapa da vida em que há um comprometimento da homeostase, isto é, do equilíbrio do meio interno, o que fragilizaria o indivíduo, causando progressiva vulnerabilidade do indivíduo perante uma eventual sobrecarga fisiológica”;
- b) envelhecimento saudável: é o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida;
- c) idoso: a Organização das Nações Unidas, desde 1982, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. O Brasil, na Lei nº 8.842/94, adota esta mesma faixa etária. (Art. 2º do Cap. I).

Também parece pertinente e curioso expor algumas colocações feitas durante o 1º Simpósio Internacional de Saúde Mental e Qualidade de Vida a respeito da definição e diferenciação sobre os termos “terceira” e “quarta idade”, comumente utilizados para designarem a etapa da vida que corresponde ao envelhecimento. Tais termos, provenientes de outros países, sofreram adaptações, modificações e contestações da realidade local brasileira. A categoria chamada de “terceira idade” tem suas origens na França na década de 1960, mas atualmente, importa parte de seus valores e ideologias dos Estados Unidos. Em decorrência da solidão e marginalização dos velhos nas sociedades européias e americanas da referida época, a gerontologia criou programas que combatessem esse estereótipo de discriminação da imagem do idoso, criando conceitos que se associaram ao “envelhecimento bem sucedido”, direcionados à classe média dos grandes centros urbanos que consumia, votava e era saudável, um novo mercado baseado em atividades de grupo, universidades para essa faixa etária, bailes, bingos. Já os idosos com condições financeiras menos favorecidas e que não podiam participar das atividades e manter sua aparência juvenil, além dos idosos incapacitados, doentes, incapazes de mascarar a velhice, foram incluídos na categoria da “quarta idade”, que pode representar os indivíduos idosos com menos anos para viver. Como consequência, observa-se dupla exclusão da quarta idade, pois responsabiliza os idosos nesta condição pelo envelhecimento “não bem-sucedido”, além do estereótipo de discriminação já determinado antes disso (LEIBING, 2002).

1.3 ALTERAÇÕES GERAIS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO

Além das transformações demográficas que evidenciam o aumento da população de idosos, as mudanças referentes ao perfil epidemiológico mostram que, em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbidade de uma população jovem para um perfil caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados (GORDILHO et al., 2000).

Beauvoir (1990, p.37) relata que

Há uma relação de reciprocidade entre velhice e doença; esta última acelera a senilidade e a idade avançada predispõe a perturbações patológicas, particularmente aos processos degenerativos que a caracterizam. É muito raro encontrar o que poderíamos chamar de “velhice no estado puro”. As pessoas idosas são acometidas de uma polipatologia crônica.

Ao considerar o envelhecimento do ser humano, torna-se fundamental a distinção entre o que é consequência deste processo e o que é decorrente de patologias próprias dessa fase da vida. Assim, ainda que muitas vezes seja difícil a diferenciação, cabe ressaltar o que vem a ser senescência ou senectude e senilidade. Entende-se por senescência ou senectude, as alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento e, por senilidade, as modificações secundárias a doenças que freqüentemente acometem os indivíduos idosos.

Dentre as alterações orgânicas gerais observadas durante o processo de envelhecimento, citam-se:

- a) composição corpórea: apresenta menor massa celular; redução do componente aquoso no organismo, fato que o leva a ser considerado como “desidratado crônico”; aumento do componente adiposo; diminuição de peso e volume da maioria dos órgãos; redução do conteúdo mineral ósseo;
- b) estatura: a partir de 40 anos, ocorre a redução de cerca de um centímetro por década, acentuando tal redução após os 70 anos;
- c) peso: por causa da diminuição de massa celular do organismo, a maioria dos órgãos apresenta redução de peso no envelhecimento.

As alterações morfológicas incluem: aumento da circunferência do crânio, aumento da amplitude do nariz e pavilhões auditivos, aumento do diâmetro ântero-posterior e redução do diâmetro transversal do tórax que constitui o tórax senil, aumento do diâmetro ântero-posterior do abdome e do diâmetro biilíaco, redução da prega cutânea tricípita e manutenção da subescapular.

Os comprometimentos funcionais podem ocorrer em todos os setores do organismo, variando de indivíduo para indivíduo. Podem comprometer funções diversas como a cardíaca, pulmonar, renal e hepática ou sistemas, como, o nervoso, endócrino e imunológico. Duas classificações propostas por Kenney citado por Carvalho Filho (1996) permitem reunir tais alterações por grupos:

a) primeira classificação:

- funções totalmente perdidas;
- funções que se alteram paralelamente às modificações morfológicas;
- funções alteradas sem modificação morfológica correspondente;
- alterações secundárias à interrupção de um mecanismo de controle;
- aumento da função pode ser observada em alguns setores, em, determinadas condições.

b) segunda classificação:

- função afetada em condições basais ou de repouso. É o que ocorre com as alterações dos órgãos dos sentidos (presbiopia, presbiacusia, alteração do olfato e gustação);
- função afetada apenas quando o órgão ou sistema é solicitado a aumentar a atividade. Ocorre nas funções cardíaca, pulmonar, renal e hepática.

1.4 DISFAGIA E PRESBIFAGIA

O envelhecimento não deve ser visto como algo que impeça o indivíduo de ser manter ativo no meio em que vive, desfrutando de seu ambiente. A exemplo disso, basta olhar ao nosso redor para observarmos que muitos idosos mantêm-se inseridos de forma positiva na sociedade. Isso contradiz afirmações rígidas sobre o

envelhecimento que o associam à idéia de perda da funcionalidade biológica, da gradativa degeneração de funções que nos mantêm ativos, produtivos e integrados.

A literatura, porém, aponta várias dificuldades que acompanham o envelhecimento, dentre elas, a diminuição da capacidade de ouvir, ver, caminhar, falar, memorizar, além do elevado risco a doenças crônico-degenerativas que se evidenciam. Comparada a estas, pouca atenção tem sido dada à diminuição das habilidades necessárias à função alimentar, função esta imprescindível para uma nutrição adequada que garanta saúde, bem-estar e boas condições de vida.

Para Feijó e Rieder (2003, p.225) “apesar do envelhecimento “fisiológico” não ser, isoladamente, uma causa de disfagia, ele pode produzir maior vulnerabilidade aos distúrbios da deglutição em indivíduos mais susceptíveis”.

Groher (1999) afirma que, por sua prevalência em idosos, as doenças específicas e os estados doentios podem causar disfagia secundária a doenças neurológicas. Dentre estas, podemos citar os acidentes vasculares encefálicos, doenças neuromusculares, Parkinson, distúrbios reumatóides e metabólicos, além de neoplasmas em qualquer das estruturas periféricas da deglutição e em controles neurológicos periféricos ou centrais da deglutição que são vistos mais comumente nos idosos.

Neste tópico, serão discutidos aspectos relacionados com os indivíduos disfágicos, isto é, com comprometimentos que alteram a ingestão do alimento em seu trajeto habitual que vai desde a boca até o estômago. Ao se considerar os indivíduos idosos acometidos por tal dificuldade, está se referindo ao que alguns autores denominam por presbifagia. Assim, cabe inicialmente proceder a uma conceituação sobre presbifagia a fim de que se possa compreender melhor a adoção dessa terminologia.

Robbins (1999), citado por Vidigal, Rodrigues e Nasri (2001) se refere à presbifagia como sendo a degeneração fisiológica do mecanismo de deglutição pelo envelhecimento sadio das fibras nervosas e musculares.

Para Cervato et al. (1997), o processo de envelhecimento pode trazer alterações funcionais e estruturais em vários órgãos do aparelho digestivo do idoso.

Na boca, pode-se observar:

- a) insuficiência da secreção salivar: decorrente da atrofia da glândula parótida, degeneração acinar, aderência e obstrução de ductos, agravada ainda pelo hábito de respiração bucal, próteses mal adaptadas, febre ou utilização de determinadas drogas. Como consequência a essas alterações, podem ocorrer alterações no paladar, dificuldades de mastigação e deglutição que contribuem para má digestão e aceleração da deteriorização dos dentes;
- b) alterações involutivas de dentes, gengiva, mandíbula e maxilar: levam ao ressecamento da mucosa oral, gerando processos inflamatórios e dificultando a mastigação.

No esôfago pode ocorrer diminuição da amplitude das contrações peristálticas e aparecimento de ondas terciárias, proporcionando o aparecimento freqüente de disfagias no idoso.

No estômago, ocorre redução da atividade funcional, queda progressiva da secreção ácida e pepsina, diminuição da motilidade e esvaziamento gástrico. (CERVATO et al., 1997),

Estudos realizados por Jaradeh (1994), citado por Vidigal, Rodrigues e Nasri (2001) indicam que dois terços dos idosos apresentam alterações na fase oral, um quarto na fase faríngea e um terço na fase esofágica. As alterações primárias da fase oral consistem no aumento da quantidade de tecido conjuntivo da língua, perda da dentição, redução de força mastigatória e prolongamento da fase orofaríngea. As alterações relacionadas com a fase faríngea seguem com redução da elevação anterior da laringe, atraso no início da excursão hiolaríngea, discreto aumento do trânsito faríngeo (em mulheres), aumento da duração da onda da pressão faríngea (em homens). As alterações características da fase esofágica referem-se ao aumento em sua duração, maior tempo de relaxação do esfíncter esofágico superior (EES), redução da pressão do EES, assimetria axial maior do EES no sexo masculino e pressão do EES maior após a deglutição do alimento no sexo feminino.

Numa pesquisa realizada com dois grupos de adultos com faixa etária de 21 a 29 anos e 80 a 94 anos, Logemann et al. (2000) compararam as características

temporais e biomecânicas da deglutição orofaríngea, verificando redução de reserva muscular na deglutição dos idosos quando comparada à deglutição dos mais jovens. Os indivíduos acima de 80 anos também exibiram diminuição da abertura cricofaríngea frente ao volume de 10 ml oferecido para testagem, indicando menor flexibilidade do esfíncter esofágico superior e mudanças significativas com relação a elevação do hióide e duração da abertura cricofaríngea com o aumento do volume líquido deglutido. Para os autores, estes resultados podem explicar os sérios problemas médicos que ocorrem no envelhecimento, particularmente a ocorrência de pneumonia, considerada a principal causa de morte nos indivíduos acima de 80 anos. Os autores consideram que, se os idosos se tornam fragilizados por uma doença, a carência de reserva muscular pode causar a diminuição da movimentação hiolaríngea necessária para abrir adequadamente o esfíncter esofágico superior, resultando numa disfagia e aspiração inesperadas que podem levar à pneumonia.

Silva Netto (2003, p.73) divide os efeitos da idade sobre o mecanismo da deglutição em três tipos: 1) efeitos primários, que são decorrentes do próprio envelhecimento; 2) efeitos secundários, oriundos de enfermidades dos idosos; 3) efeitos terciários, que envolvem alterações relacionadas aos fatores ambiental, social e psicológico.

Dentre os efeitos primários, o autor acima aponta como características: o declínio da força muscular, diminuição do número de unidades motoras musculares funcionantes, redução da pressão entre a língua e o palato, diminuição neuromotora e quimiossensória (sentidos do gosto e olfato), diminuição no tempo de abertura do segmento faringoesofágico e fibrose no cricofaríngeo, aumento da gordura e tecido conjuntivo da língua, redução da força mastigatória e do tônus muscular do esôfago que passa por alterações estruturais e queda na posição laringiana.

Os mais frequentes sintomas que acompanham os distúrbios de deglutição nos idosos são apontados por Feijó e Rieder (2003) como: hesitação ao deglutir, sensação de “bolo” ou dor na região da hipofaringe, regurgitação nasal, pigarro frequente, desconforto torácico ao deglutir, redução de peso, pneumonias, intolerância a sólidos e/ou líquidos, perda de saliva pela boca, alteração vocal após a alimentação e necessidade de ingerir líquidos após alimentos sólidos. Para esses

autores, as principais razões da disfagia em idosos são: o próprio envelhecimento, a maior prevalência de doenças associadas e o maior uso de medicação.

Rosa et al. (1992), citados por Sanches, Bilton, Ramos (2000: p.230) salientam que a alimentação do idoso brasileiro tem o agravante da precariedade da saúde bucal, com altos índices de cáries na terceira idade, elevado índice de extrações dentárias e doenças periodontais que influem sobre a mastigação, digestão, gustação, pronúncia e estética.

Nasi et al. (1999: p. 48) explicam a elevada ocorrência de disfagia em idosos por variados fatores, como: problemas na mastigação decorrentes de deficiência na arcada dentária ou próteses mal adaptadas, diminuição do volume da saliva, denervação senil do esôfago, presença de afecções associadas, como neuropatias, miopatias, diabetes entre outras, além do uso de medicamentos que podem comprometer a atividade muscular dos órgãos envolvidos na deglutição. O mesmo autor relata pesquisas realizadas na Europa, onde mais de 16% da população de idosos queixa-se de disfagia, com elevação de 60% desta cifra para idosos internados em asilos.

Taylor (1997) salienta que a capacidade para deglutir com coordenação íntegra diminui com o aumento da idade, a fase de preparação do bolo alimentar é maior e a deglutição muitas vezes é feita com um volume maior ao apropriado por causa da redução da sensibilidade ocasionada com a idade.

Ekberg et al. (2002) concluíram em pesquisa realizada na Espanha, Inglaterra, Alemanha e França, com 360 pacientes idosos disfágicos, que apenas 39% acreditam que suas dificuldades poderiam ser tratadas. Destes, 50% alegaram estar comendo “menos” por causa do desconforto vivido durante a alimentação, um terço dos pacientes permanecem com fome ou sede após suas refeições e 44% referem redução de seu peso. Salientam ainda que os clínicos precisam estar atentos para os efeitos adversos da disfagia no que se refere à auto-estima, na socialização e no desfrute da vida desta grande parcela da população idosa que aceita a disfagia como sendo algo intratável dentro do processo de envelhecimento. Não foram encontrados estudos brasileiros que aprofundem a problemática da disfagia sob essa perspectiva que extrapola o âmbito físico.

A respeito dos hábitos alimentares, os mesmos autores relatam que 55% dos pacientes necessitavam de modificações em decorrência de distúrbios na deglutição, sendo difícil comer determinados alimentos, a menos que sua consistência seja alterada para caldos finos ou purês.

Também se ressaltam algumas considerações sobre a perda dos dentes com o avançar da idade. Marchesan (1999) pontua com muita propriedade que existe uma errônea crença de que perdê-los é um fato normal que acompanha o envelhecimento. Verifica-se que o ser humano hoje reage à perda do primeiro dente chorando, apesar de saber que isto ocorrerá algum dia. Por representar um fato marcante, com essa perda, marca-se a passagem da juventude para a velhice... por isso, o choro. A perda do segundo dente já não é tão sentida, sendo encarada como normal em virtude do envelhecimento, o que o direciona para o uso das próteses. Como consequência da perda dentária, pode-se observar não só os abalos emocionais que afetam a auto-estima, como também as dificuldades no modo de falar, mastigar e engolir. Gradativamente, ao se adaptar à perda dos dentes, o indivíduo se autolimita, diminuindo o funcionamento adequado dos papéis exercidos pela boca: falar e comer. É importante salientar que “dentes na boca levam à melhor qualidade de vida”; por isso, os cuidados para a manutenção deles até o final da vida devem ser tarefa de todos os profissionais da saúde, enfatiza a autora acima citada.

Duarte e Giachetti (1997) também concordam que é comum encontrar em falhas dentárias, alterações de força e amplitude dos movimentos orais que acarretam prejuízos relacionados com a fala e alimentação dos idosos, contribuindo para a piora das condições de vida deles.

Logemann (1983) citada por Suzuki et al. (1998, p.99) afirma que se não houver mudanças na arcada dentária, existirão poucas mudanças na deglutição dos indivíduos até 80 anos. Entende-se por esta afirmação que as alterações dentárias existentes podem representar limitações durante a mastigação e deglutição dos alimentos, porém não significa que os idosos estarão impedidos de se alimentarem.

Pantin (1990) destaca que a perda dos dentes, a atrofia da musculatura orofacial associada a problemas orgânicos, a diminuição das capacidades funcionais do estômago e intestino levam facilmente à diminuição progressiva do consumo de

alimentos e que, com o transcorrer dos anos, podem ocorrer a presença de desnutrição, transtornos na gustação e olfato, além do constante questionamento se vale a pena cozinhar para dividir com o gato a solidão anciã. Tais fatos podem resultar na diminuição das capacidades imunológicas e esse desgaste se intensificará ao unir-se à hipofagia que leva à diminuição do apetite, com efeitos importantes no que se refere a infecções de repetição.

Considerando os pacientes idosos com disfagia prolongada, é importante ressaltar que estes podem apresentar maior duração de estadia hospitalar, mais complicações médicas e maior necessidade de cuidados domiciliares. Gordilho et al. (2000, p.16) referem-se que:

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares nesta população são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perdurando por vários anos e exigindo acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes com, com intervenções freqüentes.

As dificuldades encontradas na fase oral da deglutição, em que ocorre todo o processo necessário de preparação e de propulsão do bolo alimentar, não são apontadas como doença. Os prejuízos ocorridos nessa fase podem decorrer de alguma patologia, do uso de medicação ou de processos degenerativos observados no envelhecimento e ter importantes reflexos que influenciam o aspecto nutricional e social do indivíduo.

Santini (1999) afirma que estudos recentes têm demonstrado que a disfagia – dificuldade para deglutir - é bastante comum após o acidente vascular cerebral (AVC), principalmente durante os primeiros dias, estando presente em 51% dos pacientes até o segundo dia e caindo para 27% após sete dias. A maioria das dificuldades de deglutição está resolvida até o sexto mês, porém cerca de 8% dos casos mantêm tais dificuldades.

Em razão da dificuldade em alimentarem-se sozinhos, os idosos deparam-se com privações que interferem no prazer alimentar, no convívio com terceiros em momentos de refeições, além da possibilidade de poderem vir a serem dependentes de ações e cuidados de seus familiares no que se refere ao aspecto

alimentar. Neste sentido, faz-se necessário resgatar o papel do idoso, reconhecendo sua importância e permitindo a busca por soluções ou adaptações nas limitações que possibilitem viver em harmonia no meio em que está inserido.

CAPÍTULO 2

NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA ALIMENTAÇÃO DOS IDOSOS

2.1 NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

Fatores como crenças e práticas culturais, idade, estado de integração social, grau de mobilidade física, situação econômica e de saúde podem ter influências na qualidade da alimentação, tornando relevante a atenção especial dada à nutrição. As substâncias nutritivas fornecem calor e energia, permitindo processos de reparação, crescimento e regulação do metabolismo. O envelhecimento, porém, pode trazer mudanças fisiológicas que afetam as necessidades de certos nutrientes e que podem, em maior ou menor intensidade, interferir no estado nutricional do indivíduo (CERVATO et al. 1997).

O alimento fornece nutrientes, isto é, substâncias que no organismo terão funções específicas e atuarão no metabolismo de formas diferentes. As características sensoriais dos alimentos são percebidas pelo corpo humano por meio dos órgãos dos sentidos, como olfato, tato, paladar e visão, captadas por estímulos nervosos e encaminhadas ao Sistema Nervoso Central que as decodifica e emite uma resposta (BERNARDES et al., 1996).

Para Hirschbruch e Castilho (1999), a chave para a manutenção da saúde está na alimentação e isto se torna complicado quando se trata das dificuldades que podem ocorrer na terceira idade. Embora a ciência esteja comprovando que uma alimentação saudável ajuda a prevenir certas doenças, beneficiando o estado geral do organismo e a qualidade de vida, a realidade é que os idosos têm se alimentado muito mal em decorrência de consumo alimentar insuficiente, de baixas condições financeiras, do abandono da família, da falta de dentes, da solidão e outros.

Também os hábitos alimentares cultivados por um mercado consumista têm denegrido as condições de nutrição e saúde da população em geral.

Braggion (2000) afirma que o consumo alimentar pode não só representar um excelente indicador do estado de saúde na terceira idade como também servir de base para o diagnóstico e intervenção das alterações nutricionais. Deve-se considerar, porém, que as deficiências nutricionais podem vir atreladas a uma gama variada de fatores, incluindo as dificuldades de mastigação e deglutição que alteram e influenciam não só o aspecto nutricional, mas também outros aspectos da vida do idoso.

Em seu artigo sobre alimentação e medicina no mundo antigo, Mazzini (1996) refere que a alimentação aplicada à saúde baseia-se numa série de conhecimentos que fazem dela um dos ramos fundamentais da medicina. Para o autor, a saúde e a doença manifestam-se respectivamente por um equilíbrio e um desequilíbrio de elementos que compõem o corpo humano. Quando este equilíbrio se encontra ameaçado por causas independentes ou não da vontade do homem, pode ser recuperado graças a uma atenção particular sobre as relações entre a alimentação e o trabalho e/ou ginástica e graças aos métodos dietéticos, cirúrgicos e farmacológicos. Refere ainda que muitas dietas alimentares foram estabelecidas em função da idade, da profissão e das condições particulares de vida dos indivíduos. O autor apresenta uma passagem de Galeno (séc.II d.C.) que curiosamente revela a preocupação com a alimentação dos idosos e indica o regime alimentar apropriado para eles:

“ Os velhos não devem comer muita espelta, queijos, ovos cozidos, moluscos, bulbos, lentilhas, carne de porco, eles devem, ainda, ter cuidado com as enguias, as ostras e com os animais cuja carne é de difícil digestão; pela mesma razão, todos os animais fechados em uma casca ou cartilagosos não são indicados, assim como o atum e os cetáceos e a carne de cervo, de cabra e de boi [...]. No entanto, a carne de cordeiro não é ruim para os velhos, como tampouco o é a das aves que vivem longe dos pântanos, dos rios e dos lagos. Todas as carnes salgadas são melhores que as carnes frescas. Como quer que seja, [...] é preciso sobretudo ter cuidados com alimentos que provoquem indigestão [...]. No que diz respeito ao pão, os velhos devem evitar os que não são salgados, fermentados, amassados nem bem cozidos, assim como a farinha mais fina e os alimentos que são preparados com ela [...]. Nada é mais perigoso para os homens, principalmente para os velhos, do que deixar de misturar bastante mel aos bolos preparados com manteiga e farinha.”

Considerando que as doenças crônico-degenerativas e suas incapacitações são responsáveis pelo elevado número de internações da população de idosos, a alimentação deve representar um papel primordial, atuando na manutenção de saúde desses indivíduos (DUARTE e NASCIMENTO,1996).

Ekberg et al. (2002) relatam que pacientes disfágicos correm freqüentemente o risco de desenvolverem outras complicações médicas e a dificuldade de tratá-las pode conduzir a uma desidratação, desnutrição, infecção respiratória e morte. A associação de desnutrição e disfagia pode levar à letargia e decréscimo nas habilidades de realizar os cuidados higiênicos pessoais, de mobilidade, de trabalho e de manutenção dos contatos sociais.

Quanto à hidratação, Diogo (1996) diz que na idade avançada o idoso apresenta redução do mecanismo de sede decorrente de alteração nos mecanismos fisiológicos do equilíbrio hídrico durante o envelhecimento e sugere a ingestão de dois litros de líquido por dia, quando não há contra-indicação.

Brevis (2000) pontua que a perda de água tem profundas conseqüências sobre a saúde do idoso, pois ela é um dos nutrientes mais importantes para a manutenção da homeostase do organismo por causa do seu papel na regulação do volume celular, no transporte de nutrientes, na remoção de resíduos e na regulação da temperatura. Refere que a água corporal total diminui com a idade e que a sede é o principal mecanismo de controle da ingestão de água, fato que nos alerta para o risco de desidratação dos idosos. A perda de água apresenta múltiplas implicações na manutenção da saúde e no tratamento de enfermidades e sua ocorrência pode contribuir para a elevação da concentração de medicamentos por quilo, representando um potencial efeito tóxico nos idosos desidratados. A água também pode atuar como proteção na hipertermia ou hipotermia, uma vez que os idosos apresentam redução da resposta termoregulatória e da sudorese.

Diante desses dados torna-se importante a garantia de que o idoso possa ingerir quantidades suficientes de água pois caso esteja presente a inabilidade para deglutir líquidos, corre-se o risco de agravar as condições acima citadas, ampliando as necessidades de cuidados com o indivíduo. Não podemos menosprezar que vivemos num país tropical, onde o calor e a necessidade de reposição de líquidos se torna fator imprescindível em nosso cotidiano. Nos casos de pacientes sondados e

com distúrbios de deglutição, devemos propiciar a freqüente umidificação dos lábios e da cavidade oral propiciando maior bem-estar ao indivíduo, além de garantir o fornecimento em níveis apropriados de líquido através da via alternativa alimentar que garantam suas necessidades particulares.

2.2 PRAZER ALIMENTAR

Referindo-se aos sentidos, Flandrin (1996: p.684) reporta-se a César de Rochefort que escreveu “ Embora o gosto não seja o mais nobre de todos os sentidos, é, todavia, o mais necessário.” O autor cita também São Jerônimo que diz: “ao contrário dos outros sentidos, sem o gosto o homem não pode ter uma vida longa.”

As considerações acerca da importância em se perceber o gosto do alimento e ingeri-lo de forma satisfatória se associam, na visão do autor, à questão nutricional e aos consequentes ganhos em termos de saúde e longevidade.

Em 1764, Voltaire apresenta em seu *Dictionnaire philosophique* o conceito de gosto, entendido sob dois contextos:

O “Gosto”, esse sentido, esse dom de discernir nossos alimentos, produziu em todos os idiomas conhecidos a metáfora que expressa, pela palavra gosto, o sentimento das belezas e defeitos em todas as artes: trata-se de um discernimento rápido, como o da língua e do palato, e que predispõe como ele à reflexão; como ele, é sensível e voluptuoso em relação ao bom; rejeita, como ele, o mau de forma violenta [...] Do mesmo modo que o mau gosto, do ponto de vista físico, consiste em ser lisonjeado apenas por temperos picantes e rebuscados em demasia, assim também o mau gosto nas artes é se comprazer apenas com ornamentos artificiais e não sentir a bela natureza (FLANDRIN, 1996: p.685).

Para Bernardes et al. (1996), de todos os sentidos, o gosto é o que fornece maior prazer, pois o ato de comer é o único que praticado com moderação, não é seguido de fadiga; existe em todos os tempos, idades e condições; é repetido pelo menos uma vez ao dia; gera bem-estar indefinível que resulta da consciência instintiva de que comer repara as perdas e prolonga a existência; pode misturar-se a todos os outros, e até consolar a ausência desses; as impressões que ele recebe

são duráveis e dependentes da nossa vontade. Os autores citam Savarin (1989) quando considera que a sensibilidade para perceber o gosto pode atuar de forma a reparar, com prazer, as perdas contínuas que o indivíduo sofre, e ajudar a escolher o alimento, entre as diversas substâncias que a natureza oferece. Refere ainda que o prazer de comer é a sensação atual e direta de uma necessidade que encontra satisfação, salientando que o prazer da mesa é a sensação refletida que nasce dos fatos, local, coisas e pessoas que estão presentes. “Depois de uma boa refeição, o corpo e o EU gozam de um bem-estar especial, o cérebro se refresca, a fisionomia se alegre, as cores se acentuam os olhos brilham e um calor se espalha pelos membros.” (SAVARIN, 1989 citado por BERNARDES et al., 1996, p. 364).

Os problemas relacionados com a nutrição e hidratação são comuns entre os idosos, podendo ser desencadeados tanto por fatores intrínsecos do envelhecimento como por fatores econômicos, sociais e culturais. A inatividade e fatores emocionais, como solidão e depressão, podem gerar a perda ou diminuição da motivação para a ingestão de alimentos, por isso torna-se importante a presença de uma companhia durante as refeições, assim também como a boa aparência dos pratos, de forma a estimular o apetite (DIOGO, 1996).

Para Furkim (1999), o ato da alimentação envolve o funcionamento integrado dos sentidos, ou seja, ver, cheirar e sentir o gosto daquilo que se come. A visão e o olfato antecedem o gosto e preparam o indivíduo para essa sensação durante a alimentação. As estimulações visuais e olfativas preparam fisiologicamente o organismo para receber o alimento, pois esses estímulos promovem o aumento da salivação e encorajamento para a efetivação da alimentação por via oral, eliciando prazer na presença do alimento. Por isso, aspectos referentes ao preparo/apresentação, sabor, odor, cor, além da consistência, volume e temperatura dos alimentos oferecidos representam importante fator de motivação alimentar.

O paladar está ligado às papilas gustativas da cavidade bucal, onde o indivíduo seleciona o alimento de acordo com seu desejo ou pela necessidade dos tecidos, podendo escolher entre as sensações primárias de doce, salgado, azedo ou amargo, percebendo centenas de diferentes gostos. O sabor pode ou não ser atributo de um alimento e estimula os órgãos sensoriais unidos ao aroma deles. A

textura é um importante atributo físico que, com a variedade dos alimentos, proporciona satisfação ao indivíduo e o exercício mastigatório, mantendo a saúde dentária. O olfato ainda se apresenta como um sistema pouco esclarecido por causa da localização da memória olfativa que se encontra na parte alta do nariz, dificultando seu estudo. No que diz respeito à visão, é interessante que os alimentos sejam coloridos e com combinações agradáveis a fim de corresponderem à sensibilidade inata do organismo em excitarem as células neuronais de acordo com o contraste das cores. A cor está relacionada com a aceitabilidade, podendo o alimento ser rejeitado caso sua aparência não seja do agrado (BERNARDES et al., 1996).

A presença do prazer durante as refeições representa grande importância e interferência no processo de alimentação. Tendo em vista que a função alimentar está presente desde o nascimento, o desfrute do prazer nestas situações, desde que não comprometido, pode ser verificado em qualquer fase da vida, mas comumente é apontado como um dos últimos prazeres dos idosos. Bresciani (1996) confirma tal idéia quando se refere às primeiras civilizações do Antigo Egito que acreditavam que a saúde e a longevidade dependiam dos prazeres desfrutados à mesa.

Chevance (2000: p.124), em suas considerações, afirma “(...) os prazeres da mesa são, para inúmeros idosos, o último prazer (ocorrendo com o sexual, no sentido psicanalítico do termo) que eles podem usufruir.”

A palavra mesa, segundo Romagnoli (1996) é usada em vários contextos, conforme pode ser lida na frase anterior. A autora salienta ser comum o uso de expressões como “passar à mesa”, “estar à mesa”; assim também como os códigos de boas maneiras “à mesa”, “toalhas de mesa”, etc. Há também os provérbios italianos que aproveitam esse tema, como: “À mesa não se envelhece”.

Pode-se supor que tal provérbio deriva da relação que se faz entre o desfrute da alimentação e o benefício nutricional, que juntos, resultam na capacidade do indivíduo em manter-se com níveis de saúde satisfatórios, contribuindo para uma vida mais longa. Outra interpretação pode ser dada se entendemos que o estado de felicidade despertado durante uma refeição prazerosa beneficie também o estado de saúde, contribuindo com a longevidade e com a qualidade de vida.

2.3 ASPECTOS SOCIAIS QUE ENVOLVEM A SITUAÇÃO ALIMENTAR

Motivado pela busca de evidências que demonstrassem de que forma o homem se distingue do animal em sua alimentação, Flandrin (1996) expõe algumas hipóteses a respeito da humanização das condutas alimentares, tais como, pelo tipo de alimentos que consome, pelo modo que os prepara ou pelo cerimonial que envolve o seu consumo. Acredita, porém, que o comportamento alimentar do homem distingue-se do dos animais, não apenas pela cozinha, mas também pela comensalidade e pela função social das refeições.

Para ilustrar como se iniciou a comensalidade entre os povos, o mesmo autor se reporta ao período paleolítico, época em que se estruturou uma organização sócio-econômica que reunia várias famílias para tocar rebanhos de grandes animais rumo às armadilhas. Tal fato implicava na partilha da carne entre as famílias que tinham contribuído para a caça, tarefa essencialmente coletiva. A seguir, as famílias se reuniam em grandes festas para consumirem juntas uma parte da carne abatida, constituindo assim a função social que envolve a alimentação.

O livro “O Tabu do Corpo” evidencia algumas considerações importantes sobre a representação social do ato de alimentar-se. Rodrigues (1983, p.66) destaca que:

(...) não se pode comer e beber de uma maneira qualquer. Há alimentos especiais para cada ocasião. Há alimentos proibidos a determinadas pessoas. Há quantidades estabelecidas para cada tipo de pessoas, ou para cada sexo. Há maneiras especiais de prepará-los, de servi-los e de comê-los. Há alimentos de ricos e alimentos de pobres. Há alimentos com virtudes excepcionais. Alguns alimentos se servem em horas fixas; outros podem ser comidos a qualquer tempo. As refeições, em algumas culturas, se fazem normalmente a sós, noutras com o grupo familiar, ou com toda a comunidade. No ato de comer, alguns membros ocupam uma posição, no tempo e no espaço, especial. Certos alimentos podem ser tomados diretamente com as mãos, outros exigem algum instrumento mediador. A alimentação exige, às vezes, purificação anterior; outras vezes; posterior, e às vezes negligencia esta atitude. Certos assuntos podem ser mencionados à refeição, outros são tabu e muitas vezes se exige silêncio. Há povos que usam mesas e povos que não as conhecem.

Todos esses hábitos, que cada cultura elege ao seu gosto particular, configuram princípios normativos que muitas vezes definem a condição de humanidade. É comum uma pessoa não conseguir comer ao lado de outra que observa práticas diferentes, sobretudo se se colocam em evidência os

distanciamentos sociais e as regras de higiene. Nessas horas, como em todas, o estômago se submete ao intelecto. A alimentação contém algumas das primordiais doutrinações a que o homem assiste ao se socializar.

Savarin (1989), citado por Bernardes et al. (1996), salienta que o ato de comer é muito mais abrangente do que se imagina, interferindo na vida e personalidade do indivíduo a todo o momento e que a mesa reúne sentimentos como amor e amizade, os negócios e especulações, o poder, as solicitações, a proteção, a ambição e a entrega.

Romagnoli (1996: p.497), em seu aprofundado estudo a respeito das boas maneiras à mesa, refere que:

A mesa é, por excelência, o lugar da sociabilidade, assim como o espaço onde se encontram o corpo e a alma, a matéria e o espírito, a exterioridade da etiqueta e a interioridade da ética. O comportamento à mesa é regido portanto, por uma dupla preocupação: trata-se ao mesmo tempo de controlar e conter os gestos, os movimentos do corpo e de zelar pelos movimentos do espírito e guiá-los, com o objetivo ético e social que as circunstâncias exigem."

É possível encontrar nas situações alimentares o estabelecimento de hierarquia e relações de poder. Tais relações podem ser expressas pelo lugar que se ocupa à mesa, pelos critérios de repartição dos alimentos ou pelo tipo de alimento servido para cada um (MONTANARI, 1996).

É comum observar em algumas famílias que o homem é o primeiro a servir-se, iniciando-se assim o momento das refeições e autorizando através de sua atitude que os outros se sirvam a seguir. Em geral, é o pai que carrega em sua figura e na posição em que ocupa à mesa, a representação do domínio e poder. A mulher por sua vez, relegada ao preparo do alimento, só se dá ao prazer e desfrute das refeições após servir aos demais. Nesta reflexão, alguns fatos são aqui lembrados e descritos, como no conto "Feliz Aniversário" onde Clarice Lispector desvenda sentimentos e pensamentos de uma família reunida à mesa na tentativa de manterem seus laços familiares. Esta pesquisadora tem recordações das diversas refeições partilhadas com a sua extensa família, cada qual carregada de atitudes relacionadas com uma cultura determinada, costumes e crenças. Recordações dos domingos na fazenda onde o cardápio de lasanha com frango se repetia anos

seguidos. A farofa de banana era feita especialmente para alegrar ao genro e, independente da fome, meio-dia era hora de servir o almoço e só saía da mesa quem comesse tudo. O avô, apesar das restrições médicas sobre determinados alimentos, é incentivado a comer, afinal...”este é um dos únicos prazeres que se pode ter nesta etapa da vida”, dizem os demais familiares. A avó, apesar da falta de apetite e da dificuldade com certos alimentos, concorda com a insistência dos demais e tenta disfarçar a quantidade de comida ingerida, jogando-a embaixo da mesa ou escondendo-a no guardanapo. São ações rotineiras que quando se pára para recordar, passa-se a investir significados diferenciados, à parte da mera questão de comer para nutrir.

Dolader (1996: p.378) refere que “ A reunião envolta da mesa obedece a um certo cerimonial, porque não se trata apenas de um lugar onde se come, mas também de um micro-espço para onde convergem os diversos atores unidos por laços de parentesco ou amizade.”

Para Montanari (1996: p.108), “ (...) o homem civilizado come não somente por fome, para satisfazer a uma necessidade elementar do corpo, mas, também, para transformar essa ocasião em um momento de sociabilidade, em um ato carregado de forte conteúdo social e de grande poder de comunicação”. O autor cita Plutarco: “Nós não nos sentamos à mesa para comer, mas para comer junto”.

Para Boog e col. (1985), citados por Bernardes et al. (1996, p.365), além das necessidades orgânicas, o comportamento alimentar envolve necessidades sociais e psicológicas. No que se refere ao aspecto social, enfatizam a integração do indivíduo no grupo e no aspecto psicológico, relacionam a personalidade do indivíduo aos seus conceitos, sentimentos e experiências pessoais, influenciados por diversos fatores como família, comunidade, padrões culturais, tradição, crenças e tabus, filosofias de vida, conhecimentos anteriores. Para esses autores, “quando as necessidades sociais ou psicológicas de um indivíduo correspondem àquelas que são satisfeitas pelo grupo em que vive, sente-se atraído a experimentá-lo.”

Souza e Moreira (1998) chamam atenção para as mudanças na percepção que podem alterar o comportamento da alimentação. A redução da habilidade de ouvir, ver e identificar odores pode reduzir o aproveitamento dos aspectos sociais da alimentação, contribuindo para uma ingestão alimentar

diminuída. Outros fatores também podem influenciar nas escolhas alimentares dos idosos, como é o caso do fator econômico e a composição familiar que se relaciona com quem realiza a compra, escolha e preparação dos comestíveis. Os fatores psicológicos influenciam ainda na escolha dos alimentos, considerando o ato de comer como atividade psicossocial importante que serve como um símbolo de criatividade, prestígio, amizade e recompensa.

Moeselli et al. (1997) fazem algumas considerações a respeito do desenvolvimento humano relacionados com os aspectos científico, tecnológico e social, revelando a condição do idoso. Relatam que os povos nômades e sedentários viviam sempre em busca do alimento, mas este era negado ao velho por causa da falta de condições para realizar esta busca por si próprio. Por fazer parte da cultura desse grupo, tal situação era aceita naturalmente pelos velhos que se viam como inúteis dentro do seu grupo social.

Em épocas anteriores, o respeito dedicado aos idosos era fruto da posição de superioridade perante os jovens, as suas capacidades, a rica experiência e conhecimento acumulados. Com a industrialização e toda a mudança de valores dentro da família, porém, o idoso passou a ser visto como algo supérfluo e às margens da sociedade. Embora a existência de um marcador biológico para determinar o início da velhice seja alvo de discussões, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu como limite divisório entre adulto e idoso a idade de 60 anos, critério este adotado por várias instituições e trabalhos científicos (BALDESSIN, 1996).

Entretanto, observa-se que, na sociedade atual, este marco de 60 anos é fator de muitas controvérsias e de formas diferenciadas de entendimento do idoso. Sentir-se velho não é uma questão meramente de contar os dias, meses e anos vividos. O meio em que está inserido o indivíduo, a manutenção de sua atividade laboral e de suas relações sociais, sua saúde física e mental, seu status e sua forma de encarar a vida determinam não só a percepção que o idoso faz de si próprio, mas também a percepção dos outros sobre este indivíduo.

Leibing (2002) menciona que quando Fernanda Montenegro foi indicada como melhor atriz para o Oscar de 1999, virou uma heroína nacional, não apenas por aumentar a auto-estima dos brasileiros, mas também por estar, aos sessenta e

nove anos, concorrendo com as glamourosas e jovens atrizes de Hollywood. Sugere ainda que as pessoas ricas ou poderosas só passam a ser consideradas velhas quando atingem uma idade muito avançada. O que dizer de tantos outros que já passaram dos sessenta anos, e que, desfrutando de boas condições de vida e de uma posição que lhes garanta status, fama, realizações pessoais e profissionais, dentre outros fatores, não são vistos como velhos ?

Indevidamente, observa-se que a fase "idosa" da vida tornou-se imprópria na sociedade, sendo muitas vezes rejeitada pelos familiares que a vêem como um fardo, dispensando tratamento desrespeitoso e agressivo, por não contemplarem a pessoa humana que o idoso incorpora. O cessar de uma atividade produtiva pode levar à redução do contato com as pessoas, com o ambiente, gerar angústia por compreender que seu tempo de vida é cada vez mais restrito, redução da auto-estima que se manifesta por meio da depressão, mal-estar e desconforto contínuo (SINÉSIO, 2000).

Socialmente, as características das pessoas idosas variam de acordo com o quadro cultural, com as gerações e com as condições de vida e trabalho a que estão submetidos os membros dessa sociedade, sendo que as desigualdades dessas condições levam a desigualdades no processo de envelhecer (PASCHOAL, 1996).

A política de desenvolvimento das sociedades industrializadas e urbanizadas sempre apresentou interesse maior na assistência materno-infantil e de jovens. O retorno previsto nesses investimentos não pode ser comparado ao destinado aos idosos, sendo que, para estes, os cuidados médicos-sociais se direcionam à tentativa de manutenção de uma vida saudável àqueles que tanto deram de si para as gerações futuras. Por representarem um grupo etário politicamente frágil, os idosos não apresentaram muitas respostas às suas reivindicações mais elementares (PAPALÉO NETO e BORGONOVÍ; PONTE, 1996).

Ekberg et al. (2002) dizem que comer e beber são experiências sociais e prazerosas para pessoas sadias, e que as refeições são freqüentemente o foco das celebrações familiares e de feriados religiosos. A disfagia, para os autores, pode destruir as oportunidades sociais e o prazer às refeições, afetando a qualidade das relações de convívio com seus cuidadores ou familiares, e pode, além disso, debilitar

a saúde. Pacientes com disfagia podem se tornar isolados, sentirem-se excluídos dos demais e ficarem ansiosos e estressados durante as refeições, afetando sua dignidade, sua auto-estima e a consideração e respeito dos outros.

Pensando no caso de idosos que apresentam tais características, nos remetemos à Montanari (1996: p.109) quando nos lembra que: “ a mesa funciona não apenas como agente de agregação e de unidade, mas, também de separação e de marginalização.”

A presença da disfagia e de comportamentos desagradáveis à mesa podem levar o indivíduo idoso a sentir-se discriminado frente a uma normatização de condutas que foram estabelecidas ao longo do tempo e da história da alimentação. Romagnoli (1996: p.505) cita alguns comportamentos deselegantes e desagradáveis que além de evitados, são repelidos a fim de não representarem um incômodo aos outros. Dentre eles, “(...) que se tome cuidado com a tosse e os espirros: não devem cair gotas de saliva na mesa.” A autora salienta que em meados do século XVI a mesa era vista como um lugar “de alegria e não de escândalo” com comportamentos inapropriados e revela que já nessa época, não era de se estranhar que um médico demonstrasse preocupações de ordem sanitária quando orientava que falar de boca cheia representava um perigo pois poderia causar sufocação.

Moragas (1997) relata que as necessidades fisiológicas de alimentação na velhice são muito importantes, e as refeições realizadas com a família mantêm sua qualidade, fato que não ocorre quando se vive sozinho. Pesquisas indicam que idosos que vivem sozinhos não comem equilibradamente e que a convivência do idoso com a família possibilita dietas mais equilibradas, visto que a refeição em família, além de satisfazer a uma necessidade fisiológica, é um ato eminentemente social. A relação do idoso com sua família é fator de saúde física, por causa do controle e da qualidade da alimentação.

Corrêa (2000, p.90) relata que:

Os distúrbios alimentares do idoso requerem além de cuidados médicos já conhecidos, uma atenção especial ao seu aspecto bio-psico-social. O sentimento de isolamento, de rejeição familiar e social, a perda do status sócio-econômico, as perdas físicas e emocionais que diariamente lhe ocorrem, as feridas narcísicas trazidas com a perda da beleza do corpo e do enfraquecimento do raciocínio e da memória, fazem com que muitos idosos, percam suas referências com o mundo que os cerca. O alimento, meio de

aproximação mais disponível com a realidade exterior, passa a se tornar dispensável para aquele que nada mais espera do mundo que já não é mais o seu.. Tudo aquilo que a pessoa valorizava no passado já não mais existe. Por quê viver? Aqui se inscreve, portanto, o dilema: como forçar o alimento em alguém que não quer viver? (...) É algo como o enigma da esfinge: “decifra-me ou devoro-te” às avessas. Todos aqueles que passaram por este mundo, que aqui deixaram suas produções, por pequenas que sejam, que deixaram um rastro de alegria e tristezas, de sonhos realizados e desfeitos, podem chegar a um momento crucial de suas vidas em que decidem não mais continuar sua jornada, já por demais pesada. Cabe a nós, profissionais da saúde, tentarmos a solução deste enigma, melhorando o fim da vida destas pessoas ou aliviando-as no seu sofrimento, pois senão, poderemos, também nós, sermos devorados pela culpa de nada termos feito.

Assim como a alimentação não pode ser discutida sem que se considere sua importância no aspecto social, também as dificuldades enfrentadas durante a realização das refeições têm implicações marcantes na vida cotidiana dos idosos. Aspectos básicos do convívio social poderão estar interrompidos frente à modificação da rotina alimentar ou privação da alimentação na presença de outras pessoas. Afinal, come-se e bebe-se não apenas para garantir a sobrevivência, mas também para desfrutar do prazer que isso proporciona.

Os reflexos provocados por distúrbios alimentares de natureza diversa parecem afetar de forma abrangente vários aspectos da vida humana. O isolamento, a rejeição e as perdas acumuladas no decorrer dos anos conferem o gosto amargo da velhice vivida sem desfrute. Os sentimentos ocultos vividos pelos idosos com disfagia precisam ser revelados, decifrados na íntegra a fim de possibilitar um maior conhecimento e gerenciamento dessa problemática.

CAPÍTULO 3

ALIMENTAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

3.1 DIFICULDADES PRESENTES NA VIDA COTIDIANA DOS IDOSOS E SUA ROTINA ALIMENTAR

Aliados a outros indicadores, a alimentação pode ser considerada como um dos aspectos que contribuem para a qualidade de vida dos idosos, pois por meio dela é possível a manutenção de um estado nutricional que lhe garanta saúde, possibilitando o desfrute da vida em vários aspectos. Discutir sobre a qualidade de vida na Saúde Coletiva parece ser algo que vem preocupando políticos, cientistas, pesquisadores e a própria população, além da recente análise feita pela ONU a respeito do índice de desenvolvimento humano que foi apresentada em jornais da rede televisiva nacional em novembro de 2002.

A crescente preocupação com questões relativas à alimentação é decorrente do conhecimento da estreita ligação entre a nutrição e saúde que contribuem para o bem-estar geral, uma vez que cada fase da vida merece seus cuidados especiais, conduzindo assim para uma vida de qualidade dos indivíduos.

Anderson et al. (1998, p: 23) dizem que:

A saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais do que em outros grupos etários, sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, sociais e culturais. Assim, avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional.

O conceito de qualidade de vida, controverso, mas comumente utilizado e definido pela Organização Mundial de Saúde, baseia-se na própria definição de saúde, considerando-a como um completo bem-estar físico e mental (FERRAZ, 1998).

Esse conceito, porém, pode ser empregado como parâmetro de avaliação na pesquisa em saúde, em especial nos idosos, com os quais, em decorrência do envelhecimento, ocorrem alterações no organismo que podem ser agravadas por doenças, problemas sociais e outros, interferindo na alimentação e necessidades nutricionais. Incluem-se aqui os fatores físicos, fisiológicos, metabólicos, patológicos, psicossociais e culturais que podem apresentar relação direta com as dificuldades encontradas durante a alimentação, interferindo de forma resultante nas necessidades nutricionais do idoso.

Referindo-se à terceira idade, forma pela qual se reportam a esta etapa da vida, Souza e Moreira (1998) enfatizam que as considerações feitas a respeito do conceito de expectativa de vida devem vir atreladas ao conceito de qualidade de vida e a uma nova visão de saúde que ressalta que cada pessoa tem a capacidade e responsabilidade em otimizar seu senso de bem-estar e auto-estima no que diz respeito à criação de condições e sentimentos que possam auxiliar na prevenção de doenças. Associados às alterações fisiológicas que acompanham o envelhecimento, outros fatores, como a presença de doenças crônico-degenerativas, uso de medicamentos, alimentação, prática de atividades físicas e aspectos psicossociais, interferem conjuntamente na resultante qualidade de vida dos idosos.

Pantin (1990) enfatiza que a alimentação e a atividade física são os fatores que contribuem para diminuir os efeitos do tempo transcorrido, prevenir enfermidades limitantes e criar condições que permitam superá-las quando se apresentem. O autor considera que a integração dos dois fatores é um dos principais determinantes para a qualidade de vida em qualquer idade e, em especial, na velhice. Referindo-se aos asilos, pontua que a forma como o tempo transcorre em muitas instituições parece não ser capaz de superar a solidão que tanto afeta a qualidade de vida, destacando o fato de que comer menos do que deveria, associado a baixos níveis de atividade física, contribui para uma velhice estática, dependente e doente, distanciando-se muito do que se busca alcançar hoje em dia com bons níveis de alimentação e atividade, de acordo com as capacidades para comer e atuar daqueles que têm a sorte de chegarem à velhice.

Em decorrência de alterações físicas, pode-se apontar as dificuldades de movimentos e locomoção que inviabilizem tanto a compra e preparo do alimento

como a sua ingestão. As alterações fisiológicas incluem a diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos, com a ocorrência de alterações do paladar, olfato, visão, audição e tato que podem levar à perda do apetite e à necessidade de utilização de alimentos muito temperados. Também as alterações gastrointestinais podem revelar uma série de modificações importantes, como ausência parcial ou total de dentes, uso de próteses, diminuição da secreção salivar, doenças periodontais e cáries radiculares, alterações dos movimentos peristálticos entre outros, que geram dificuldades na mastigação e deglutição, resultando na diminuição do consumo de frutas, verduras, carnes, ocorrendo a preferência por outros alimentos, como café com leite, sopas e mingaus. Além destas, a diminuição da secreção gástrica e enzimática, atrofia da mucosa intestinal e alteração dos movimentos peristálticos podem causar dificuldades de digestão, diminuição da absorção de nutrientes e obstipação. As dificuldades na digestão podem ainda estar relacionadas com as alterações no pâncreas, fígado e rins, associados a fatores patológicos. Cabe ainda salientar que os hábitos alimentares inadequados, sinais de isolamento, solidão e depressão, a perda dos papéis sociais e a desvalorização do idoso podem causar comportamento alimentar inadequado (CERVATO et al., 1997).

Todas essas mudanças que podem ocorrer durante o envelhecimento trazem reflexos na vida cotidiana dos idosos que se deparam com a necessidade de se adaptarem a novas situações relativas a hábitos antigos. A ocorrência de inabilidades orais nos idosos, sejam funcionais ou motoras, pode gerar alterações significativas nas capacidades de deglutir, mastigar, degustar e falar, afetando também a vida dos indivíduos no que se refere ao seu desfrute e qualidade.

Marchesan (1999, p.98) destaca que:

É normal no envelhecimento, a diminuição da quantidade de saliva na boca, seja pela idade, seja por alguns tipos de medicamentos que passamos a ingerir. É normal ainda, a lentificação dos processos de mastigar e engolir. Escolha de alimentos mais moles, comer só uma refeição e à noite, um pequeno lanche, são também considerados hábitos normais dos idosos. O trânsito do bolo alimentar se lentifica e, às vezes, pode estar discretamente descoordenado. Sobras de pequenas quantidades nos seios piriformes e um pouco de tosse também fazem parte da normalidade ao envelhecer.

Diante de tais colocações, a mesma autora questiona então o que não seria normal para essa população especificada e conclui considerando como indicativos de alterações os seguintes problemas:

(...) boca muito seca ou a presença de baba, grandes dificuldades para mastigar, dificuldade para manter o alimento na boca, movimentos repetitivos e incoordenados da língua e da mandíbula durante a mastigação, ficar deglutindo várias vezes o mesmo alimento que foi colocado na boca, dificuldade em iniciar a deglutição, tosse e engasgos freqüentes, refluxo nasal, ficar constantemente asfixiado durante as refeições, muito cansaço ao comer, sobrar restos de alimento na boca após a refeição e não notar, pigarro e mau hálito, febres constantes, ficar rouco após as refeições e a mudança nos hábitos alimentares, como a escolha de alimentos mais pastosos ou evitar comê-los.

Apesar de tantas evidências orgânicas já constatadas, relatadas e cientificamente comprovadas, pode-se partir do pressuposto de que outras percepções sobre o idoso disfágico podem ser discutidas em âmbito não só orgânico, uma vez que a alimentação envolve uma série de peculiaridades que se relaciona ao seu grau de independência, ao contato com a família e amigos, a possibilidade de acesso e preparo do alimento, ao prazer e desfrute, à saúde e nutrição.

Referindo-se às conseqüências dos problemas agudos e/ou crônicos da deglutição nos idosos, Feijó e Rieder (2003) salientam que além da desidratação, e do risco de aspiração que leva a pneumonias de repetição, são observados ainda depressão, perda do prazer para alimentar-se e isolamento social. Frente ao transtorno na deglutição, alguns indivíduos idosos reagem evitando alimentar-se e, portanto acarretando sérios problemas nutricionais. Dentre os transtornos psicossociais, a ansiedade no período das refeições é a mais freqüente.

Numa pesquisa da população idosa que incluiu quatro países europeus, Ekberg et al. (2002) demonstram que a disfagia tem conseqüências sociais e psicológicas que afetam a qualidade de vida. Os pesquisadores descobriram que a disfagia era pouco reconhecida, recebia pobre diagnóstico e gerenciamento, além de ter impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela dificuldade de alimentação. Embora os pesquisadores não associem claramente a relação feita entre os pacientes disfágicos e o isolamento social, o estudo atribuiu à disfagia o aumento do isolamento dos idosos e a redução de sua auto-estima.

Ansiedade e pânico foram observados em 41% dos indivíduos idosos disfágicos, fato que sugeriu uma relação íntima entre a presença de disfagia e a redução de funções sociais e psicológicas, sendo formulada a hipótese de que a redução da qualidade de vida é uma consequência da disfagia. Os estudos demonstraram que a presença da disfagia afeta todos os aspectos da vida, sendo expressa pela redução na auto-estima, na segurança, no lazer, na capacidade para trabalhar e se exercitar. Os autores relatam ainda que a possibilidade de acesso a orientações e tratamentos apropriados para a disfagia podem prevenir a ocorrência de prejuízos psicológicos, sociais e físicos. Não foram encontrados estudos brasileiros ou na América Latina que relacionem diretamente a presença da presbifagia com a qualidade de vida.

3.2 FONOAUDIOLOGIA, EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS

Atualmente, podem ser encontrados trabalhos voltados para o estudo de questões do envelhecimento feitos por diversos profissionais, fato que destaca o início de uma prática interdisciplinar e não mais o predomínio do modelo biocêntrico, com ênfase exclusiva no tratamento dos grandes sistemas vitais do ser humano. Tal posicionamento, direcionado apenas para o distúrbio em si, sem considerá-lo de forma abrangente e contextualizada, ainda pode ser observado em várias categorias de profissionais da área de saúde. Parece que, em virtude da pressão da doença ou do distúrbio, não sobra tempo suficiente para contextualizar a problemática em questão, dificultando seu entendimento dentro de uma abordagem que extrapole os limites da cura imediata. Ainda se está caminhando para a busca de uma atenção à saúde que envolva os vários aspectos que a influenciam e determinam a qualidade de vida das pessoas. Além da atenção à saúde orgânica do indivíduo podem ser considerados outros aspectos que determinam ou influenciam: a saúde mental, o contexto social em que ocorrem e as variáveis determinantes. Para isso, há a necessidade da confluência de vários olhares críticos.

Veras (1996, p. 391) enfatiza a "necessidade de equipes multidisciplinares treinadas para proporcionar cuidados especificamente dirigidos à terceira idade, sob pena de se recair em modelos ultrapassados de atendimento que apenas medicalizam problemas." Esse mesmo autor alerta para a compreensão da equipe de saúde que não se deve restringir ao campo das ciências da saúde a fim de estruturarem corretamente as equipes multidisciplinares necessárias no atendimento aos idosos.

Para Pellegrini e Junqueira (1996, p.380),

A chamada epidemiologia social, tendo como eixo a saúde coletiva, tenta oferecer respostas sociais às demandas por saúde e bem-estar partindo de um outro olhar. Busca-se compreender o indivíduo, suas queixas, necessidades e problemas localizando-o no interior de seu grupo social e apreendendo as vinculações desta situação com o que se passa no plano geral daquela sociedade concreta. Portanto a situação da saúde só pode ser entendida e explicada com as conseqüentes respostas que precisam ser estruturadas, a partir de suas conexões com as condições de vida dos indivíduos e grupos sociais.

Russo (1999) salienta ser imprescindível que também os fonoaudiólogos se voltem para questões relativas aos idosos, promovendo o estudo científico do envelhecimento e suas perspectivas, estimulando a troca de experiências entre cientistas, pesquisadores, professores e profissionais da saúde.

Japiassu, citado por Nunes (1995, p.96), trata da questão da interdisciplinaridade dizendo que "O conhecimento interdisciplinar, até bem pouco tempo condenado ao ostracismo pelos preconceitos positivistas, fundados numa epistemologia da dissociação do saber, começa a ganhar direitos de cidadania, a ponto de correr o risco de converter-se em moda."

A importância da participação de vários profissionais no estudo sobre o envelhecimento, vista sob diferentes aspectos, dá a dimensão de fatores que podem, se considerados conjuntamente, contribuir para o entendimento do idoso e suas necessidades. Leme e Silva (1996) destacam o fato de que, se a equipe de saúde não valorizar os dados biográficos dos pacientes idosos, estará ignorando a maioria de sua estrutura pessoal, cujo bem integral é o escopo do tratamento de saúde.

Paralelo às outras funções do corpo, estudos relativos aos idosos abarcando áreas da Fonoaudiologia, como audição, voz, fala e motricidade oral, têm demonstrado de forma científica os efeitos que decorrem do processo de envelhecimento. Para ilustrar o envolvimento dessa profissão com a saúde dos idosos, algumas considerações serão feitas, revelando a complexidade de fatores que essa população proporciona enquanto pesquisa científica de valor para a saúde coletiva.

Pode-se citar o impacto do envelhecimento na voz, na qual se observa uma deteriorização em grau variável, mais acentuada no sexo masculino. Segundo Behlau (1999, p.30-43),

... deve-se compreender a presbifonia como parte do processo de envelhecimento normal do indivíduo e não como uma desordem vocal, embora muitas vezes seja difícil estabelecer-se um limite sobre o que é o processo vocal fisiológico da idade e o que é uma desordem vocal estabelecida.

A mesma autora relata que “... muitas alterações constituem-se num verdadeiro problema para o indivíduo profissionalmente ativo, com desempenho social constante ou com uma família que valoriza sua participação”.

A constância do processo de comunicação e informação é determinante na manutenção dos indivíduos ativos na sociedade. Assim, a presbiacusia, ou seja, a perda da sensibilidade auditiva resultante do envelhecimento, pode comprometer a compreensão da palavra falada e dificultar a comunicação do idoso com as pessoas que o cercam. Dentre todas as privações sensoriais, Russo (1999) salienta que a incapacidade de se comunicar com os outros, em decorrência da deficiência auditiva, é uma das conseqüências mais frustrantes, que gera implicações psicossociais sérias para a vida desse indivíduo e para aqueles que convivem com ele diariamente. As frustrações vivenciadas, pela inabilidade em compreender o que familiares e amigos estão falando, contribuem para o afastamento das situações nas quais ocorra a comunicação. Preocupados com essa questão, fonoaudiólogos vem se dedicando de forma mais atuante nos programas de indicação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual, contribuindo para uma melhor integração do idoso em seu meio social, nesses casos.

Além da privação da audição, o processo de comunicação também pode ser dificultado em decorrência de alterações de linguagem e perante as alterações anatômicas e funcionais do sistema sensorio motor oral, resultando não só em déficits na fala como também em outras funções, como mastigação e deglutição.

Romagnoli (1996: p. 504) refere que “ a relação com os alimentos e com as bebidas passa inevitavelmente pelo gestual: servir-se, levá-los à boca, mastigá-los, cortá-los, oferecê-los ou recebê-los...” Também a “palavra” é apontada como outro aspecto importante da vida social ligado à refeição em comum. Esses aspectos apresentam íntima ligação com a área de atuação da Fonoaudiologia, tanto no que se refere ao verbal, como gestual da situação alimentar.

Segundo Bresciani (1996:p.68),

“Na escrita hieroglífica, um mesmo signo – um homem levando a mão à boca – significa tanto “falar” quanto “comer”. Portanto, os antigos egípcios tinham consciência da ligação entre estas duas “oralidades”, a emissão de palavras e a absorção dos alimentos, e da relação primordial que existe entre a vida e a nutrição, a ponto de os termos serem quase sinônimos na linguagem “real”, assim como metafórica.”

Segundo Marchesan (1999, p.96), “a deglutição pode se modificar por diversas causas, desde o simples envelhecimento das estruturas envolvidas neste ato até como consequência de diferentes doenças”. Além de comprometer o sistema respiratório e a nutrição, a presença da disfagia pode resultar em problemas sociais, provocando a ocorrência de isolamento, tanto por parte da família como do próprio idoso, além de trazer modificações em sua rotina que estarão diretamente relacionadas com a questão do prazer alimentar e subsistência. Embora tenha se referido aos aspectos sociais referentes ao isolamento dos idosos, Marchesan (1999) não aprofunda tais conceitos e volta-se mais para a discussão relativa ao aspecto biológico, destacando que os problemas de deglutição que ocorrem com a idade decorrem de ações motoras mais lentificadas e descoordenadas, além dos problemas dentários. Pode-se verificar, porém, que os relatos dos pacientes avaliados por Marchesan, entre os anos de 1987 e 1997, vêm carregados de queixas e circunstâncias que enfatizam a necessidade de uma atenção mais pormenorizada que extrapole o âmbito terapêutico. A preocupação da autora coincide com esta discussão, no sentido de que algumas queixas que ainda não

tenham caráter de risco imediato nem sempre são valorizadas pela equipe de saúde. No entanto, não se pode prever se queixas iniciais se tornarão ou não potenciais num futuro mais próximo, trazendo repercussão quanto aos riscos à saúde e qualidade de vida. Muitas vezes, verificam-se idosos poliqueixosos que não encontram a escuta que gostariam de receber e acabam por retornarem com as mesmas queixas, encobrendo uma gama variada de aspectos que poderia ser sanada ou recuperada, visando melhores condições de vida e contribuindo para manutenção do estado de saúde.

Enquanto os idosos não vivenciam alguma dificuldade de alimentação, não se dão conta da importância que esse ato representa para a manutenção de uma condição favorável de vida, quer seja ligada ao aspecto nutricional, quer seja ligada ao aspecto de prazer alimentar. Na sociedade moderna, comer é mais um dos muitos compromissos assumidos; ainda que feita de forma prazerosa por alguns privilegiados, muitos outros ainda passam fome.

Sorcinelli (1996: p.792) refere segundo Massimo Montanari, “ que se a fome “não traz fatalmente a morte”, porque “os homens têm uma grande capacidade de resistência e adaptação”, não deixa de ser verdade que “as freqüentes penúrias, o medo de que a alimentação venha a faltar ou que a próxima colheita seja ruim são realidades de tal modo ancoradas na vida cotidiana que provocam profundos déficits fisiológicos e psicológicos” que atingem a sociedade em seu conjunto.”

A realidade da situação política, social e econômica brasileira revela como a questão da alimentação precisa de atenção. Atenção esta não só de pesquisadores e estatísticos para averiguar o grau de desnutrição, mas dos próprios governantes, numa proposta de distribuição mais igualitária de rendas, de atenção à saúde e de possibilidades para todos. Neste sentido, não basta dispor do alimento em si, em quantidade suficiente para suprir as carências alimentares da população pois a fome não parece ser proveniente da falta de produção de alimentos. Torna-se necessário que a população disponha de poder de compra, que facilite o acesso ao alimento, à nutrição e, conseqüentemente, à saúde e bem estar geral.

Considerando que o fonoaudiólogo tem um papel importante relacionado também com as habilidades de comunicação e alimentação, verifica-se que estas são atividades desempenhadas na intenção de serem mantidas ligações com o meio

social. Não é comum falar sozinho, como também não é comum ouvir apenas as próprias palavras. Precisa-se do outro para se relacionar, trocar, ouvir e propor novas idéias. Também o momento das refeições está comumente associado à presença do outro, em especial, da família, propiciando uma vez mais o momento da comunicação e freqüentemente relacionado com as atividades sociais e de lazer.

As relações vivenciadas pelos idosos com disfagia em seu ambiente familiar também são pouco mencionadas nos estudos e pesquisas realizados. Isto se traduz na dificuldade de se encontrarem dados que tratem desse assunto dentro de uma perspectiva social, contribuindo para um entendimento melhor dos reflexos provocados pela modificação dos hábitos alimentares durante o processo de envelhecimento e suas conseqüentes relações familiares, com diferentes posturas assumidas nesse ambiente. Alguns indicadores de discriminação dos idosos podem ser referidos na literatura, atendo-se, porém, de forma mais direta às variáveis como situação social e econômica. Queiroz (1987, p.24) pontua que

(...) enquanto economicamente auto-suficientes e socialmente reconhecidos pelo exercício de alguma atividade significativa, dotados de boa saúde física e mental, ou seja, enquanto idosos válidos, eles têm o seu lugar ao sol e preservado o seu espaço dentro do grupo familiar.

Talvez por serem mais evidentes, os relatos sobre o isolamento social do idoso com problemas de fala e audição têm sido enfocados de forma mais freqüente, uma vez que esses prejuízos podem interromper de forma significativa o elo da comunicação. Todavia, discussões relativas às implicações sociais vivenciadas por idosos disfágicos, incluindo-se aqui o isolamento do idoso de seu ambiente familiar, foram pouco consideradas nos atuais estudos, pois a preocupação dos pesquisadores tem sido mais voltada para os aspectos fisiológicos, etiológicos e das possibilidades de adequação do distúrbio propriamente dito. A disfagia nos idosos é algo que vem sendo estudado recentemente e, por representar fator de relevância para a saúde coletiva, confirma a necessidade de se conhecer melhor o que essa clientela pensa a respeito, como lida com a dificuldade na alimentação, que tipo de modificações são determinadas e o que gera como resposta social em seu meio familiar, destacando não só o isolamento dos idosos como também a dependência de um membro cuidador.

A necessidade de modificação da rotina alimentar dos idosos pode provocar reflexos em seu ambiente social. Considerar tais modificações pressupõe que se pode encontrar diferentes condutas por parte da família e das pessoas que convivem com idosos, fato que incita este estudo a fim de verificar os fatores que contribuem e os que não contribuem para a qualidade de vida dos idosos. A dependência durante a alimentação pode resultar em diferentes atitudes assumidas pela família que podem ir desde o cuidado excessivo dos idosos até ao seu isolamento.

Pontuando a necessidade da família atuar como cuidador no auxílio à alimentação dos idosos disfágicos, cita-se a definição de Leme e Silva (1996, p.95), os quais se referem aos cuidadores informais como sendo uma

(...) legião de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como sua maior arma sua disponibilidade e boa vontade.

Independente de uma ação integrada, vários profissionais atuam no sentido de fornecer orientações no momento da alta hospitalar para os familiares de pacientes que egressam do hospital ainda com seqüelas no processo de deglutição. Dentre eles, o médico, o nutricionista, o enfermeiro e o fonoaudiólogo. Nem sempre, porém, existe um programa de acompanhamento posterior desses indivíduos quando apresentam alterações relacionadas com a função alimentar, e aqueles que não evoluem para um bom prognóstico só são identificados quando retornam à unidade hospitalar com prejuízos pulmonares ou nutricionais e, conseqüentemente, várias implicações na rotina alimentar e familiar podem ser identificadas nesse percurso. Tornam-se pertinentes reflexões sobre os fatores que determinam uma boa ou má evolução desses casos, relacionando-os com fatores como: se a família colabora para o seguimento das condutas propostas, se negligencia, discrimina ou isola aquele idoso em sua necessidade e dependência, se tem consciência dos riscos a que o distúrbio de deglutição expõe ao indivíduo ou não. Pode-se ainda pensar se o serviço de saúde está suficientemente ciente da necessidade de lidar com essa problemática de forma a compensar os prejuízos evidenciados.

A dependência, as atitudes assumidas pela família no cuidado aos idosos e as dificuldades encontradas para lidar com as modificações da rotina alimentar são fatores que interferem na sua rotina e que podem fornecer dados que contribuem no entendimento e efetivação de novas propostas de ação nestes casos.

Minayo e Souza (1989, p.82) afirmam que

As Ciências Sociais nos revelam, através de estudos empíricos, que os fenômenos da saúde-doença não se reduzem a uma evidência “orgânica”, “natural”, “objetiva”. Estão intimamente relacionados às características de cada sociedade, onde tanto a concepção de saúde-doença é construída, como o doente é um personagem social.

A busca pelo conhecimento dessas questões afeta a todos enquanto coletividade, enquanto seres que envelhecem também. Apropriadamente adverte Lévy Strauss (1975) citado por Minayo (1992, p.21) quando refere que “Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação”. Aprofundar conhecimentos a respeito dos fatores que modificam as relações familiares, desperta interesse para as coisas simples realizadas diariamente, tais como a própria alimentação.

Silva (1987, p.47) afirma que “A família é a melhor garantia do bem estar material e espiritual de seus membros mais velhos”. Não se pode esquecer, porém da violência e maus tratos que fazem parte de uma realidade também presente no interior da família. É no convívio desta que ocorrem os fatos históricos, sejam eles benéficos ou não, que marcam, de forma significativa, a presença nesta vida. A saúde e a doença também são marcos que reportam àqueles que, em conjunto, dividem os acontecimentos do dia-a-dia. As dificuldades, quando vivenciadas de forma isolada, dão margem a prejuízos diversos, não só de uma função delimitada, mas sim de uma relação que se consolida no meio social. Por isso, a família tem seu papel de destaque no acompanhamento ao idoso, seja sadio, dependente, com limitações ou não. Conhecer, refletir, discutir atitudes da família perante o idoso é garantir que tais discussões suscitem mudanças necessárias, favorecendo questões pertinentes ao aspecto social em que o indivíduo está inserido.

Adorno (1998, p.112) afirma que:

(...) seu modo de ser, de sentir, de falar, de agir, é algo imposto pela sociedade, que os cerca, os rodeia, os envolve.” Isto nos leva a buscar uma compreensão sobre a forma como o idoso vivencia suas dificuldades durante a alimentação e o que determina suas diferentes reações, desde o seu próprio isolamento como a necessidade de manter-se dependente de cuidados de terceiros . O mesmo autor pontua que “Essa teia de normas, fatos, vozes, sensações, faz parte desse corpo social que dá vida aos indivíduos, na sua maneira de sentar à mesa, comer, sentir pânico ou revolta, insegurança, felicidade. Todos esses fatos são registros da ação da sociedade, que os cercam, e é como o ar que se respira.

Veras (1996, p.392) conclui em seu artigo “A Atenção Preventiva ao Idoso: Uma Abordagem de Saúde Coletiva” que:

(...) as pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes por tanto tempo quanto for possível, se o apoio adequado lhes for proporcionado. Os idosos encontram-se potencialmente em risco, não apenas porque são velhos, mas porque são vulneráveis à incapacidade a partir de suas próprias mentes, seus corpos e seu meio físico social. Portanto, esse apoio adequado é necessário tanto para os idosos quanto para os que deles cuidam.

Ainda persistem na sociedade moderna atitudes de desvalorização do idoso, não sendo incomum que no momento de uma consulta o acompanhante assuma a apresentação das queixas, modulando-as e interrompendo qualquer iniciativa por parte do idoso em manifestar-se de forma independente.

É necessário centralizar a atenção nesses casos, valorizando as queixas que o idoso traz, buscando compreender o significado que trazem, suas expectativas em relação não só ao diagnóstico e tratamento dos distúrbios de deglutição, mas, sobretudo, em relação à vida (NASI et al., 1999).

CAPÍTULO 4

TRAJETOS PERCORRIDOS: ABORDAGEM METODOLÓGICA

NATUREZA DO ESTUDO

Como o objetivo deste estudo é o de verificar quais as limitações da qualidade de vida que incidem no idoso que apresenta alterações nas habilidades necessárias à função alimentar, buscou-se, com base na visão integral do ser humano, reunir fatos, queixas e sentimentos que possibilitassem a discussão sobre a problemática decorrente dessa dificuldade específica, relacionando-a com a qualidade de vida deles. Para tal, a realização e apresentação deste estudo foi conduzida com base na pesquisa documental bibliográfica, questionário aplicado e entrevista semi-estruturada aplicada nos sujeitos sociais envolvidos - os idosos - supondo a abordagem de informações relativas às dificuldades específicas durante a alimentação, aos cuidados ao idoso e ao aspecto social que envolve a situação alimentar, pontos básicos nos quais se pretendeu produzir o conhecimento do objeto em estudo. Posteriormente, essas questões foram agrupadas aos pontos enfocados nas entrevistas, tornando-se as categorias analisadas, que serão descritas à parte.

Através da pesquisa qualitativa, baseada na análise de conteúdo, foram investigadas não só as modificações necessárias para a adaptação à nova condição de alimentação, como também, evidenciaram-se as relações entre os familiares e cuidadores que se responsabilizam pela assistência prestada aos idosos.

Segundo Chizzotti (1991, p.85), a pesquisa qualitativa não exige um modelo único e estandarizado, ela é uma criação do pesquisador que a conduzirá

conforme sua habilidade e perspicácia perante os problemas enfrentados com as pessoas que participam da investigação e revela que

... observando a vida cotidiana em seu contexto ecológico, ouvindo as narrativas, lembranças e biografias, e analisando documentos, obtém-se um valor qualitativo de dados originais e relevantes, não filtrados por conceitos operacionais, nem por índices quantitativos.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Seguindo as colocações de Minayo (1992, p.22), contemplar o aspecto qualitativo numa investigação implica considerar como sujeito de estudo: “gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe social, com suas crenças, valores e significados”.

Todas essas características foram consideradas para este estudo, onde elegeram-se indivíduos de ambos os sexos acima de 60 anos, conforme a ONU caracteriza o início da terceira idade.

Para a realização da pesquisa, dois ambientes diferentes de convivência de idosos possibilitaram a coleta e análise das informações pretendidas:

- a) idosos do Asilo para a Velhice Desamparada e Indigentes São João Bosco de Campo Grande, MS, que contam com a assistência de funcionários e voluntários no que se refere ao preparo e oferecimento da alimentação, além de estarem privados de um contato social significativo que envolva a alimentação e o convívio familiar. O asilo, fundado em 1923 pela igreja católica, é mantido por meio de contribuições financeiras da sociedade e por verba pública. Possui 150 vagas para idosos, sendo 65 destas destinadas ao sexo feminino e 85 para o sexo masculino. O quadro de funcionários é composto de uma diretoria, quatro auxiliares de enfermagem, cozinheiras e prestadores de serviços gerais. Também estão presentes estagiários de diversos cursos acadêmicos, além do atendimento voluntário de profissionais

das áreas de assistência social, medicina, odontologia, barbearia e cabeleireiros;

- b) idosos do Grupo da Terceira Idade do Serviço Social do Comércio (SESC) de Campo Grande, MS, inseridos no ambiente familiar e participantes de atividades de socialização que incluem a situação de alimentação. Esse grupo foi criado há 20 anos e faz parte do Programa de Assistência do SESC, com a coordenação de um assistente social, um técnico responsável e dois estagiários de apoio ao programa, com o objetivo de contribuir com a valorização do idoso na família e comunidade, despertar para a manutenção da auto-estima e auto-realização, além de incentivar a integração e participação em atividades sociais. Atualmente, conta com 280 inscritos, sendo 80% do sexo feminino. Participam das reuniões semanais cerca de 130 idosos de ambos os sexos, prevalecendo de forma significativa, os do sexo feminino.

Numa seleção aleatória, responderam ao questionário um total de 42 indivíduos, de 60 a 96 anos, com condições de compreender e responder verbalmente aos questionamentos. Deste total, 24 indivíduos apresentaram queixas relativas a dificuldades de alimentação e foram selecionados para participarem da entrevista posterior. Participaram da entrevista 10 indivíduos com faixa etária variando entre 60 e 78 anos, que concordaram em participar deste estudo e forneceram informações significativas para o tipo de análise pretendida.

4.3 INSTRUMENTOS

Um questionário foi desenvolvido pela pesquisadora, buscando enfatizar a ocorrência de dificuldades durante a alimentação, abordando não só aspectos orgânicos envolvidos nessa problemática, mas também informações acerca de aspectos sociais. O questionário aplicado consistiu em 14 questões que ressaltaram

dados de identificação do sujeito, do problema de deglutição e suas correlações, dados referentes aos cuidados com o idoso e dos aspectos sociais que se encontra inserido (Apêndice A).

Após a aplicação do questionário, foram feitas as entrevistas semi-estruturadas (Apêndice B) direcionadas aos indivíduos idosos com queixas de dificuldades durante a alimentação. Para tal, elaborou-se um roteiro de forma que o entrevistado pudesse ter livre expressão dos assuntos abordados, relatando situações em que a dificuldade esteve presente, sentimentos de prazer alimentar no cotidiano, a relação do indivíduo com a alimentação e sua importância, além das limitações decorrentes do distúrbio.

Minayo (1992) esclarece que, enquanto o questionário pressupõe hipóteses e questões bastante fechadas, cujo ponto de partida são as referências do pesquisador, o roteiro de entrevista difere deste sentido tradicional, visando apreender o ponto de vista dos atores sociais, com poucas questões.

A entrevista semi-estruturada, empregada neste estudo, combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

4.4 PROCEDIMENTOS

Em respeito às normas previstas, o projeto de pesquisa, constando os instrumentos elaborados, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A partir de sua aprovação, iniciou-se a coleta dos dados (Anexo A).

Antecederam ao questionário e entrevista, uma conversa informal com o intuito de propiciar confiabilidade dos sujeitos com o pesquisador, favorecendo a oferta e qualidade de informações fornecidas sobre o assunto abordado.

Os questionários e entrevistas foram aplicados no período de abril a junho de 2002 e os participantes foram anteriormente orientados a respeito deste estudo, autorizando ou não a sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que assegura o sigilo no que diz respeito à identificação dos sujeitos. (Anexo B)

A aplicação dos questionários (Apêndice A) e entrevistas (Apêndice B), nos indivíduos participantes do grupo de terceira idade do SESC, foi feita durante as reuniões semanais realizadas a cada terça-feira no salão social. Já para os idosos do Asilo, não houve um dia especificamente estipulado para a aplicação, sendo respeitados os horários da instituição no que se refere à alimentação, descanso e higiene. Todos os dados fornecidos foram documentados por escrito e gravados em fita K-7.

Os indivíduos previamente selecionados no questionário participaram da entrevista posterior, partindo-se para a investigação sobre as modificações na rotina alimentar, as queixas relacionadas com a inabilidade de deglutição referidas e as relações entre o idoso e o membro da família ou cuidador. Neste roteiro, foi possível enfatizar alguns pontos demarcados, os quais possibilitaram o aprofundamento de questões como: dados de identificação que relacionam o idoso com o seu contexto social; história pessoal que envolve o distúrbio de deglutição; visão do idoso sobre os cuidados prestados pela família ou cuidador. Desta forma, foi possível verificar como os idosos lidam com o distúrbio de deglutição no seu dia-a-dia, verificando as limitações determinadas por essa realidade que podem trazer prejuízos à qualidade de vida do idoso.

Referindo-se às teorias e técnicas de investigação, Minayo (1992) salienta que a capacidade criadora e a experiência do pesquisador podem relativizar o instrumental técnico e superá-lo pela arte. Para a autora, isso é possível através da capacidade de perceber, através das questões específicas levantadas, as correlações multilaterais e sempre mutáveis que cercam a realidade objetiva, evidenciando um imbricamento entre a habilidade do produtor, sua experiência e seu rigor científico.

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS E CONFIGURAÇÃO DAS CATEGORIAS

O tratamento dos dados obtidos nas entrevistas foi baseado na Análise de Conteúdo, que na concepção de Bardin (1979, p.42) consiste em

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

No conjunto das técnicas de análise de conteúdo, a análise por categorias foi empregada neste estudo, reunindo um grupo de elementos sob um título genérico em razão dos caracteres comuns obtidos a partir do relato dos idosos. Sua aplicação seguiu a seqüência das três etapas expostas por Bardin: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.

Na fase da pré-análise, a leitura flutuante possibilitou maior clareza do conteúdo lido, direcionando para a elaboração de indicadores que orientaram a interpretação final. A transcrição literal das entrevistas foi feita em fita magnética e os relatos extraídos foram analisados e considerados como fonte de reflexão, crítica e discussão.

Na exploração do material, o texto transcrito das falas dos idosos foi decomposto em agrupamentos, tendo como base as isotopias (falas com sentidos iguais). As informações extraídas dos relatos dos idosos foram aliadas aos demais dados que se sobressaíram no questionário e que foram considerados de relevância na etapa exploratória do material.

Após a decomposição das entrevistas, estas foram reorganizadas e distribuídas em Categorias Temáticas criadas pela pesquisadora de forma a dar sentido à discussão proposta, possibilitando melhor entendimento do conteúdo expresso pelos idosos durante a pesquisa. Assim, foram criadas as seguintes categorias temáticas:

- a) Situações que evidenciam a inabilidade para deglutir;
- b) Modificações da rotina alimentar e suas conseqüências;
- c) A alimentação num contexto social;
- d) Limitações da qualidade de vida impostas pela disfagia.

Para proporcionar melhor visualização a respeito dos sujeitos envolvidos e da problemática abordada, foram utilizados quadros, ressaltando os valores encontrados de acordo com o assunto discutido.

CAPÍTULO 5

DECIFRA-ME OU DEVORO-TE: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS POR CATEGORIAS

“Decifra-me ou Devoro-te”, dizia a mitológica esfinge postada nos portais de Tebas aos viajantes que dela se aproximavam. Aqueles que não adivinhassem o seu segredo seriam sacrificados, vítimas da sua própria perplexidade frente ao enigma. As dificuldades durante a alimentação dos idosos também podem ser vistas além da mera identificação de seus sintomas orgânicos. A presença da disfagia envolve uma gama variada de aspectos ocultos que podem ser considerados como enigmas a serem desvendados pelos profissionais da área de saúde e, em especial, pelos fonoaudiólogos que lidam diretamente com tal comprometimento.

A instigante busca por revelações expressas nas falas apresentadas nesse capítulo, contribui para que não sejamos “engolidos” por um distúrbio de deglutição, livrando-nos de sermos vítimas desse contexto na fase idosa da vida.

As frases expressas durante as entrevistas parecem estar mais intimamente ligadas a questão do prazer alimentar, que claramente é posto em segundo plano, quando se observa o relato dos indivíduos pesquisados. Deixar de comer algo não é apontado como regra, mas torna-se evidente nesses relatos que o momento de alimentação não é mais realizado com o mesmo prazer de outros tempos. Resulta daí que as sensações pós-prandiais tampouco são iguais as de outrora, quando a dificuldade não se fazia presente. Restringir de alguma forma a alimentação, deixar de comer o que se gosta, ter que escolher o alimento, privar-se de determinados sabores ou consistências, sentir medo de comer ou prever que algo ruim poderá acontecer durante a alimentação não podem ser considerados como sentimentos e atitudes que conduzam ao desfrute de um prazer.

Desta forma, na tentativa de absorver o conteúdo das informações dos sujeitos entrevistados, os relatos foram fragmentados e distribuídos em diferentes categorias temáticas analisadas a seguir.

5.1 EVIDÊNCIAS DA INABILIDADE DURANTE A ALIMENTAÇÃO

Embora a literatura apresente evidências comprovadas sobre as modificações orgânicas e morfológicas que acompanham o processo de envelhecimento e que podem alterar a habilidade em desfrutar uma alimentação sem prejuízos, isto não quer dizer que todos os idosos serão, nessa fase da vida, considerados disfágicos em maior ou menor grau. Decorre da análise deste estudo que muitas são as variáveis que alteram o momento das refeições realizadas por essa clientela idosa, independente da dificuldade em si instalada, associando fatores importantes como o prazer alimentar, os relacionamentos que envolvem a situação alimentar, o estado nutricional e de saúde dos indivíduos, além de aspectos psicológicos que se mesclam e permeiam os demais, evidenciando uma série de emoções e sentimentos. Muito se tem pesquisado e constatado sobre o idoso disfágico, mas as considerações a respeito do aspecto social em que está inserida a alimentação têm sido enfocadas de forma superficial, destacando-se frequentemente os aspectos fisiológicos que determinam tal problemática.

Para melhor visualização dos resultados obtidos no questionário aplicado, optou-se pela utilização de quadros. O Quadro 1 apresenta o total de idosos que participaram desse estudo, demonstrando o aparecimento da queixa de dificuldades durante a alimentação em ambos os sexos. Participaram do questionário 42 indivíduos que variaram entre as idades de 60 e 96 anos. Dos 27 sujeitos do sexo feminino, 18 apresentaram queixas durante a alimentação e dos 15 indivíduos do sexo masculino, 6 se referiram a tal queixa, totalizando 24 indivíduos com alguma dificuldade, caracterizando a presença de disfagia.

QUADRO 1 – Distribuição do total de idosos pesquisados e idosos com dificuldades durante a alimentação quanto ao sexo

Discriminação	Feminino	Masculino	Total
Idosos pesquisados no Asilo e no Serviço Social do Comércio	27	15	42
Idosos com queixas de dificuldades na alimentação	18	6	24

Enfatiza-se que mais da metade dos indivíduos apresentou alguma queixa relacionada com a alimentação, incluindo, por ordem de aparecimento, dificuldades na mastigação e colocação do alimento na parte posterior da língua, engasgos, tosse, dificuldade para desencadear a deglutição, boca seca que dificulta o preparo do alimento, necessidade de deglutições múltiplas, medo de engolir, fadiga ou sonolência, dificuldades no olfato e na percepção de sabores, fraqueza nos movimentos da língua para ejetar o alimento, alteração respiratória, sudorese, odinofagia e necessidade de expelir determinados alimentos. Esses dados confirmam os autores que citam os comprometimentos observados na presbifagia e indicam que a alimentação feita com tais dificuldades pode alterar o cotidiano alimentar do indivíduo idoso que apresenta tais características (CARVALHO FILHO, 1996; TAYLOR, 1997; CERVATO et al., 1997; MARCHESAN, 1999; NASI et al., 1999). Não é difícil encontrar tais características já evidenciadas nos estudos anteriores sobre a disfagia, porém são raras as evidências que confirmam e contextualizam esta problemática no meio social, abordando de que forma isto interfere na vida do idoso.

Com relação ao início dessas dificuldades apontadas durante a alimentação, 21 indivíduos relatam que o seu aparecimento deu-se após os 60 anos, e três observaram o surgimento dessa alteração antes da referida faixa etária. Concorde-se aqui que a disfagia pode ter seu aparecimento em qualquer fase da vida e por causas diferentes que a justifiquem, independente de alterações decorrentes do envelhecimento, porém é notório que a maioria tenha apresentado sintomas de dificuldades de alimentação após os 60 anos (Quadro 2).

QUADRO 2 – Idade aproximada em que iniciaram as dificuldades durante a alimentação

Início da Dificuldade	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Antes dos 60 anos	3	0	3
Após os 60 anos	15	6	21
Total	18	6	24

A evidência da inabilidade durante a alimentação se revela de forma mais abrangente nos relatos solicitados durante as entrevistas. Para expressá-la, poucos indivíduos conseguiram evocar uma “situação específica” que demonstrasse sua ocorrência, generalizando os fatos e revelando que a variedade de dificuldades encontradas está presente no dia-a-dia e que permanece, às vezes, já inseridas no cotidiano dos entrevistados.

Essas coisas fazem parte da vida da gente. (S.R.O./a)

A não identificação da dificuldade durante a alimentação, como algo que pode trazer malefícios à saúde e à qualidade de vida, pode estar sendo subconsiderada em relação aos demais prejuízos vistos como mais graves e que acompanham a velhice. Aceitar, porém, tais inabilidades como fazendo parte da vida é aceitar que o envelhecimento deva, incontestavelmente, vir acompanhado de dificuldades e limitações. É como se ocorresse a interiorização do problema e a aceitação dessa situação como uma fatalidade.

Uma reflexão um pouco mais acurada poderia supor que a caminhada rumo à velhice é vista de forma negativa, sem gosto pela vida, anos que serão vividos sem “tempero”. Sensação errônea apresenta a fala anteriormente citada, considerando que embora haja a dificuldade, ela é vivida como fazendo parte de algo aceitável. No papel de críticos da situação, buscam-se alternativas e tem-se a

chance de alcançar novas realidades com ou sem a possibilidade de vencer os obstáculos encontrados. O contrário, a renúncia a essa ambição parece compactuar com a perda da vitalidade.

Quando eu não consigo engolir alguma coisa eu procuro outra comida que seja mais fácil. Dando para comer, tá tranquilo. (M.J.S./a)

Perante as dificuldades observadas durante a deglutição do alimento e que denunciam alterações na vida diária, os idosos apresentam atitudes adaptativas que lhes permitem manter a alimentação, ainda que esta não se efetive da forma desejada.

Deixar de comer alguns alimentos não me chateia, nem me deprime não, eu sou muito boa de boca, se eu não como isso aqui, eu como outra coisa e como outra e pronto. (A.B.V./s)

A necessidade de privação do alimento pode ser evidenciada nesse relato, embora a manutenção do desejo de comer, de alimentar-se, permaneça nesses indivíduos, ainda que de alguma forma, modificado. Essas modificações podem estar ou não associadas aos sentimentos de prazer e satisfação. Parecem, por vezes, agir exclusivamente com o objetivo de nutrir, preencher-se para se manter vivo, porém sem considerar os aspectos emocionais e sociais que participam do ato de alimentação. Comer qualquer coisa não é o mesmo que comer aquilo que se gosta e sente prazer. Comer qualquer coisa é renunciar ao seu desejo e vontade. Comer qualquer coisa pode representar comer aquilo que menos se aprecia e privar-se das sensações que o alimento desejado propiciaria. Comer qualquer coisa pode significar a recusa da partilha do alimento com o outro num momento determinado.

A gente engasga na hora da alimentação e fica com falta de ar . Aí é aquele desespero, tossindo, tossindo e faltando o fôlego, aquela agonia toda com o engasgo e sai até água dos olhos da gente por causa de tanto esforço que a gente faz. A gente chega a suar. Isso incomoda porque às vezes eu estou almoçando e engasgo. Às vezes até com água eu engasgo... Mas eu não ligo. Eu como tudo, mesmo com dificuldade. (D.P.M./s)

Tantos incômodos evidenciados e mesclados, desde os sintomas visíveis como a alteração respiratória, os engasgos e tosse, até aqueles que passam despercebidos, como sentimentos de agonia e esforço, todos alterando de alguma forma a maneira de ser e agir do idoso, afetando sua maneira de pensar e reagir à problemática vivenciada.

Essa fala remete ao questionamento sobre qual será a maior fonte de preocupação com a alimentação dos indivíduos que se encontram nessa faixa etária. Os clínicos e a equipe de saúde envolvida no atendimento ao idoso oferecem uma gama de informações relativas à qualidade dos alimentos ingeridos. Até a mídia, incansavelmente, reporta os benefícios curativos de determinados alimentos, promovendo-os como fonte de vida longa. Não são poucas as orientações sobre os cuidados necessários quanto à ingestão de açúcares, calorias, gorduras, cuidados com o peso ideal... No entanto, em qual momento são feitas orientações aos idosos com relação ao ato prazeroso de ingerir o alimento de forma salutar e, ao mesmo tempo, desfrutá-lo, de forma a atingir a satisfação plena e não apenas física ? A digestão de um alimento que é deglutido com dificuldades não pode ter a mesma representação de uma refeição feita sem percalços.

Eu não sou muito apavorada e quando acontece de eu engasgar, eu vou deixando e vou pigarreando até dar uma melhoradinha (A.C.L/s)

O conhecimento a respeito da disfagia, sua definição e sinais, o porquê e como ocorre, não é ainda de domínio da população. Muitas das dificuldades são vistas como fazendo parte de um processo de degeneração que acompanha a velhice, sem perspectivas para detê-la, adequá-la ou revertê-la. Parece mais ser encarada como uma adaptação à nova condição existente. A inabilidade se manifesta e se instala, mas a contrapartida para encará-la é feita por meio da aceitação e manutenção das próprias dificuldades.

Não existem com freqüência e qualidade de divulgação programas de orientação e prevenção deste distúrbio – a disfagia. Se é esperado que apareça na velhice, pode ser explorado como tantos outros temas ligados à saúde dos idosos, integrando programas de educação em saúde dirigidos à população. Foge, muitas

vezes, inclusive do conhecimento dos profissionais de saúde que atendem a essa clientela e que buscam por causas determinadas para os sintomas palpáveis, desprezando o relato de fatos que contribuem para a saúde e qualidade de vida, como no caso das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia durante a alimentação. Ressalta-se a importância da educação continuada, formando equipes bem preparadas para a escuta do idosos, investigando suas queixas de forma contextualizada a fim de entenderem que, além de um sintoma físico, outros prejuízos podem ocorrer de forma a influenciar determinantemente na qualidade de vida dessa população. A preocupação por parte dos profissionais na saúde coletiva deve abranger essa visão que extrapola o orgânico e enfatiza as necessidades psicossociais da comunidade.

É sabido que o interesse pelos estudos relativos às pessoas idosas vem se intensificando nos últimos tempos por causa do saliente crescimento demográfico observado no mundo com relação à faixa etária acima de 60 anos. Exames laboratoriais e instrumentais aliados ao avanço tecnológico e ao estudo científico contribuem de forma significativa para a obtenção de recursos que viabilizam tratamentos curativos e preventivos. No entanto, as experiências vivenciadas e reveladas pelas pessoas mais velhas, suas falas, seus relatos representam os grandes tesouros da história de cada ser humano e que acabam por resultar na própria história da humanidade, na qual todos estão inseridos.

Ainda predomina nas condutas da área médica e de reabilitação a atenção voltada aos sistemas vitais do indivíduo, com ênfase na doença ou no distúrbio em si. As equipes de saúde, porém, necessitam “treinar, afinar” seus ouvidos possibilitando a escuta de dados encobertos pelo sintoma físico. Baseados no conceito de saúde que garanta bem-estar físico, mental, social, moral e espiritual ao indivíduo, esses profissionais estarão mais atentos ao contexto em que a problemática em questão vem ocorrendo e de que forma isto interfere na qualidade de vida das pessoas, em suas relações sociais e na relação do indivíduo com a sua própria limitação.

Eu já tinha ido a vários médicos, fiz vários exames, estava cansada de tratar, fui a tudo quanto era médico: do pulmão, coração, tudo, tudo. E nada. Ai eu fui no meu médico e disse: Doutor, eu já cheguei à conclusão que o meu problema é motivado pelo sistema nervoso. Eu mesma falei para ele, o senhor me dá um calmante que não seja muito forte que eu acho que vai acabar com essa tosse insuportável. E ele disse: Isso mesmo, eu vou dar para a senhora um calmante. Menina, foi como se tirasse com a mão, eu não tinha idéia mas nem os médicos, né, fizeram tanto exame e não perceberam que poderia ser o sistema nervoso. Porque eu tenho um marido muito neurótico e às vezes ele briga sem motivo e isso me irritava de um jeito tremendo. Depois disso parou a tosse e os engasgos. Agora eu só engasgo se eu teimar em comer uma farofa seca ou um pão torrado, fora isso não. (A.B.V/s)

São tantos os questionamentos a respeito da saúde física dos idosos. Com os avanços tecnológicos atuais, pode-se recorrer a uma bateria de exames complementares de investigação de muitos órgãos do corpo. Mas, para a mente e os sentimentos, não. Pode-se identificar uma série de alterações de deglutição num exame de videofluoroscopia ou numa avaliação endoscópica, porém nenhum deles será capaz de trazer a identificação dos medos, anseios e expectativas embutidas nos indivíduos enquanto seres sociais. Talvez o tempo destinado à escuta das queixas, a interpretação das falas e entrelinhas dos indivíduos tragam, sem maiores dados numéricos ou gráficos, a resposta de tantas fobias, tantas frustrações e tantos “não ditos” que alteram a saúde geral da população.

Este estudo verificou que, além das queixas que ocorrem durante a alimentação e caracterizam a presença da disfagia, os idosos também apresentam alguns sinais que alertam para essa problemática após o término das refeições. Por ordem decrescente de queixas, foram relatados: a permanência de restos de alimentos na boca, sensação de comida parada na garganta, refluxo do alimento e necessidade em pigarrear para propiciar limpeza e alívio, tosse e mudança da qualidade vocal após a alimentação, além de sensação de dor e mau hálito. Com as queixas referidas durante a alimentação, tais características foram relatadas de forma mais significativa por indivíduos da faixa etária específica de 70 a 80 anos. (Quadro 3).

QUADRO 3 – Faixa etária dos indivíduos pesquisados com queixa de disfagia

Faixa etária (anos)	Idosos com queixa de disfagia
60 a 70 anos	5
70 a 80 anos	15
80 a 90 anos	3
Mais de 90 anos	1
Total	24

5.2 MODIFICAÇÕES NA ROTINA ALIMENTAR E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Considera-se aqui a reação do sujeito que se depara com a necessidade de adaptar-se a uma nova rotina imposta por um distúrbio relacionado com a mastigação e deglutição do alimento, enfatizando, por meio de seus relatos, a maneira como o idoso convive com essas limitações e de que forma busca por estratégias para driblá-las, de forma a continuar, apesar da necessidade de adaptações, a alimentar-se de alguma forma.

Muitas podem ser as privações decorrentes da dificuldade durante a alimentação e que fragmentam os sujeitos idosos envolvidos, que passam a agir conforme o obstáculo encontrado e não mais naturalmente em sua vida cotidiana. Infelizmente, muitas pessoas desanimam diante das limitações impostas pela idade. As atitudes passam a ser determinadas em razão da dificuldade e a aceitação é entendida como fazendo parte do processo de envelhecimento.

Quando eu vejo a comida no meu prato e sei que eu não posso com aquela alimentação, eu deixo do lado. A minha mãe me ensinou assim, quando eu era criança: “se não gosta, deixa de lado”. Então eu faço assim, até hoje. (E.P./a)

A menção à infância traz o sentimento de prazer em comer o que se gosta. Diferença nada sutil seria comparar o que não se quer comer, com aquilo que

se deseja comer mas não se pode. A atitude permanece desde a infância, mas o que a motiva são dificuldades que talvez pudessem não acompanhar esse processo. A mãe ensinou a deixar de lado a comida de que não gosta, mas ninguém ensinou o que fazer com a comida que não se consegue comer. Deixar de lado a comida, deixar de lado a infância e os anos vividos, deixar de lado os prazeres e o desfrute, destacando a renúncia como opção mais fácil do que a busca por alternativas que lhe garantam vencer um obstáculo imposto pela idade. Algumas pessoas encaram a etapa vivida na velhice como um retrocesso à infância, dizendo que “ser velho” é como “ser criança” pois eles precisam de auxílio para comer, para banhar e para os cuidados gerais. Bom seria se os cuidados médico-preventivos e a atenção do Estado ao idoso garantissem programas de assistência adequada a cada etapa da vida, não subestimando as necessidades do idoso. Também sabe-se que a convivência num ambiente institucional, como é o caso da senhora que evidencia a fala citada por último, não é cercada de muitos estímulos. Ao contrário, a rotina do asilo não apresenta mudanças no dia-a-dia, fato que empobrece o acesso à informação e ao mundo exterior. Esse ambiente pode resultar em alterações relativas à percepção particular dos internos sobre a vida, empobrecendo seu mundo interior e ocasionando regressão intelectual ou comportamental no ambiente social em que estão inseridos, dando a impressão de agirem novamente como se fossem crianças.

... A gente engole essa alimentação sem mastigar... a comida é envolvida na saliva e a gente engole. A gente põe a mão para tampar a boca quando vai conversar, sorrir, comer e parece que fica incomodado. Na hora em que eu vou me alimentar, eu evito, porque eu já tenho a experiência de que se eu tentar engolir sem mastigar, vai dar problema. Isso me restringe, porque evito de comer muitas coisas que gosto. (L.H.B./a)

Modificar seus gostos e hábitos alimentares, evitando determinados alimentos é como deixar para trás toda a juventude, o prestígio roubado pela condição do idoso, a saúde, o vigor e ainda... deixar também para trás as coisas gostosas, como comer, sentir-se saciado, sentir o gosto que se aprecia, gozar do tempero e da consistência do prato predileto. Para alguns, esses fatos podem parecer rotineiros, esperados para a humanidade. Outros, porém, deprimem sua saúde e bem-estar em decorrência das perdas observadas no envelhecimento. Viver

já não é mais prazeroso se tenho que me privar de coisas simples... como comer... ou até partilhar de uma refeição com a família e amigos.

As modificações impostas pela dificuldade durante a alimentação extrapolam o incômodo físico resultante. Elas vão além, abrangendo aspectos de interação com o outro, a vergonha, a necessidade de ocultar-se, impedir sua expressão, seu sorriso. Oculta-se, com o sorriso, toda a felicidade que se pode sentir durante o desfrute de uma boa alimentação e de uma vida feliz.

A comida pára na garganta e aí eu empurro aquela comida, engolindo várias vezes para empurrar e essa sensação é desagradável porque dá trabalho para comer. Eu demoro para engolir o que está na boca. Quando ponho a comida na boca eu caço um jeito de agasalhar a comida na boca e daí engulo. Aí eu pelejo, pelejo, mastigo, mastigo, mas para engolir, não desce. A gente aborrece e já larga daquela comida. (M.J.S/a)

A necessidade de “empurrar a comida” parece ser comparada à necessidade de empurrar os dias para que os anos passem, para que esta vida, já vivida sem prazeres, passe também. Os dias na velhice parecem demorar, assim como o alimento, que demora na boca antes de ser engolido. Como uma tentativa de prolongar algo... a vida? A batalha incansável do ser humano, que “peleja, peleja”, para obter saúde, educação, trabalho, moradia, alimentação, bem-estar, mas que “mastiga” a desigualdade, a discriminação, a falta de oportunidades e respeito. E isso tudo aborrece... deprime, e parece ser chegada a hora de desistir...

Eu precisava “cuidar muito” durante a alimentação ou quando ia tomar alguma coisa porque eu engasgava e depois ficava com tosse, tosse. Eu tomo água, um suco e depois passa. Tive que deixar de comer essas coisas, eu evito. (A.B.V/s)

Eu tomo cuidado para não engasgar, cortando as coisas bem pequenas, comer devagar e ajudar com líquido. Eu tenho que prestar muita atenção na hora da alimentação, porque se tiver um pedaço de carne, eu tenho que cortar miudinho senão eu engasgo e fico no sufoco, com falta de ar e desespero. Para desengasgar eu tomo bastante água. (T.A.B./s)

A alimentação já não ocorre de forma natural, mas sim, é cercada de medos e cuidados que alteram a rotina alimentar e interferem na vida cotidiana do idoso. Algo que persegue é sempre incômodo, pois parece roubar a liberdade. E a liberdade também interfere na vida em termos de qualidade, pois possibilita escolhas baseadas em livre-arbítrio. Comer, sendo perseguida pela necessidade de estar atenta a algum prejuízo maior que possa ocorrer rouba a liberdade de ser, de comer, de sentir prazer, e limita as ações condicionadas à dificuldade apresentada. Rouba qualidade de vida, priva da possibilidade de ser aquilo que quer ser e de agir de forma que alcance saúde, bem-estar e felicidade.

Eu comia devagar para poder engolir. No começo eu me alimentava mal, demorava e tinha coisas que eu não podia comer. Era ruim não poder comer algumas coisas porque eu não podia me alimentar bem, não podia sentir o sabor das coisas que eu gostava, e era ruim porque quando gente come, a gente quer sentir o sabor das coisas. (T.A.B./s)

A preocupação tão evidente com a qualidade da alimentação na terceira idade não pode ser colocada em primeiro plano quando se depara com esse tipo de queixa. De que forma se pode comer algo que faz bem à saúde, se não for possível degluti-lo? Embora conscientes de que a alimentação pode representar um indicador do estado de saúde nos idosos, não se pode esquecer que se a ocorrência de alterações nutricionais for determinada por uma dificuldade específica durante a deglutição, há necessidade de uma investigação mais ampla do que o restrito questionamento sobre os hábitos alimentares e dieta atual do indivíduo. A necessidade de contextualizar a problemática e entender sua dimensão pode representar a contribuição que se almeja atingir quando se refere aos níveis de saúde e bem-estar que se busca.

Engasgo com qualquer coisa, com saliva, às vezes à toa assim e afoga. E tusso, tusso, tusso. Aí eu tomo água, me limpa a coceira na garganta. (G.N.M./s)

Acontece que a gente engasga na hora da alimentação e fica com falta de ar. Aí aquele desespero, tossindo, tossindo e faltando o fôlego, aquela agonia toda com o engasgo e sai até água dos olhos da gente por causa de tanto esforço que a gente faz. A gente chega a suar. . Antigamente, mandavam a gente levantar os braços, soprar no ouvido para sair do engasgo. Quando eu como algum pedaço de qualquer coisa que eu engulo e que vai machucando, aí eu tomo um pouco de água ou de refrigerante, faço força para engolir e pronto. (D.P.M./s)

Eu não sou muito apavorada, então, quando acontece de eu engasgar, eu vou deixando e vou pigarreando até dar uma melhoradinha e aí eu converso qualquer coisa e depois eu sinto que ele continua prendendo ali. Para sair do engasgo ou eu tomo água ou eu como alguma outra coisa mais seca para ver se sai, se limpa aquilo que está atrapalhando. O que eu faço é prestar muita atenção na hora de comer e comer devagarzinho para não engasgar. A minha boca também é muito seca e isso dificulta o jeito de comer. (A.C.L./S)

À toa, do nada, parecem surgir tantos comportamentos que não faziam parte do cotidiano desses indivíduos e que trazem transformações em sua forma de agir. A tosse, a coceira, a falta de fôlego, lacrimejamento, tanto esforço, suor... Sintomas físicos que pedem atenção... vejam... “algo está atrapalhando a minha alimentação”. Crenças antigas de erguer os braços talvez façam efeito, pois sinalizam o pedido de auxílio. “Sobre nos meus ouvidos, estamos carentes de orientação”. Continuar vivendo e convivendo com essa limitação exige força, esforço, ainda que tais fatos passem pela vida arranhando, machucando... é necessário um banho, água limpa que alivie, renove, tire do sufoco e da secura do cotidiano.

Eu tenho dificuldade para tomar comprimido, ele fica parado na garganta e eu tenho que comer banana ou pão para conseguir engolir. Tenho que comer alguma outra coisa para empurrar o comprimido para eu poder ficar aliviada, sentir que desceu bem. (D.P.M./s)

Muitos problemas que se tentam resolver na velhice não recebem a atenção necessária. Uma vez mais se denota que pouca importância tem sido dada às queixas de indivíduos disfágicos. Se existe a necessidade de uma alimentação balanceada, ou a necessidade da ingestão de remédios em forma de comprimidos, deve haver também a preocupação com a possibilidade de ingestão deles sem

riscos. Não se pode garantir resultados satisfatórios se não se retira a causa, ou ao menos torne conhecido o fato.

Na tentativa de demonstrar um pouco as conseqüências observadas nas pessoas idosas com dificuldades durante a alimentação, evidenciam-se certos sentimentos que muitas vezes aparecem embutidos em falas pouco precisas. A dificuldade em exteriorizar os sentimentos parece ser semelhante à dificuldade em reconhecer, valorizar e enfrentar a inabilidade encontrada durante a alimentação. A convivência do idoso com sentimentos novos, que surgem em decorrência dessas limitações, gera modificações na sua rotina e em seu modo de desfrutar a vida e reconhecer o que lhe dá prazer daquilo que lhe priva de viver.

Eu me sinto fraca, me dá fraqueza, eu sinto tontura, muito tonta e a gente vai ficando assim. A gente se sente triste. (S.R.O./a)

Quando a gente gosta de alguma coisa, a gente come com vontade, com uma gula...Quando eu como algo que gosto muito eu me sinto alegre, contente... (S.R.O./a)

Assim como a fraqueza pode ser considerada uma conseqüência do distúrbio alimentar, também os sinais de tristeza e alegria se contrapõem nos relatos referindo-se, respectivamente, ao ato incômodo ou prazeroso de ingerir o alimento. Deecken (1998) relata que a expressão de bondade, calma, paciência, tranquilidade, sorridente, observada nas pessoas mais maduras, representa para as outras pessoas sentimentos de encorajamento, estímulo e guia. Refere-se ainda que as expressões de felicidade e alegria não apresentam na velhice o mesmo atrativo presente na mocidade. Muitos idosos desconsideram os novos tipos de experiências felizes a que são expostos e tornam a idade avançada difícil. O que faz o indivíduo buscar pela longevidade se tiver o exemplo de pouco desfrute nos avançados anos da existência? De que adianta valer-se do aumento da expectativa de vida observada nos dias atuais sem a qualidade e felicidade que todos almejam conquistar?

Parece que o controle desses sentimentos, tristeza e alegria, se torna inviável quando motivado por situações específicas. A vida em si não está limitada

ao ato da alimentação, mas, ao mesmo tempo, os ouvidos estão freqüentemente ouvindo a máxima de que sem o alimento não há vida. O que pensar, então, da tristeza daqueles que não têm o que comer por uma condição pouco digna oferecida pelo Estado e governantes, diante de um salário ou de uma aposentadoria irreal. Está o ser humano apto a identificar outras fontes de alegria, outras possibilidades de prazer? O mesmo parece acontecer com aqueles que consideram a alimentação como um dos últimos prazeres a serem desfrutados na velhice. Os sentimentos resultantes no desfrute da alimentação, tristeza ou alegria, estarão condicionados, respectivamente, à dificuldade ou facilidade de efetivá-la.

Me deu uma coisa esquisita que eu não sei nem dizer, me deu medo. (E.P./a)

Eu tinha medo de comer muita coisa que não era molinha, era difícil para engolir no começo. Eu não sentia muito prazer. (T.A.B./s)

Em meio a tantos outros sentimentos, aparece também o medo durante as refeições. Já não basta o temor sobre o que engorda, o que faz bem ou mal à saúde, sobre a procedência do alimento, sobre o uso de agrotóxicos, do efeito dos transgênicos, da higiene empregada no preparo das refeições.

Medo, um sentimento que para Deecken (1998) corresponde simultaneamente a uma ameaça e provação àqueles que entram na velhice. Para o autor, medo e ansiedade são ambivalentes, ou seja, podem ser paralisantes e destruidores se o homem se deixa dominar por eles, ou podem ser salutares, se o homem os enfrenta e controla de maneira adequada.

Visto pelo lado positivo, supõe-se que a experiência do medo, vivenciado durante a alimentação, pode despertar o indivíduo idoso para o confronto tanto de suas fraquezas, como também de suas possibilidades, identificando melhor suas limitações e buscando por formas alternativas de enfrentá-las. Nessa perspectiva, o medo passa a ser visto como uma experiência sadia que propicia o confronto com a dificuldade em si na busca por novos caminhos, novas soluções, na tentativa de recuperar uma vida digna, plena, entendida aqui como vida com qualidade. A ação

gerenciadora e reabilitadora da Fonoaudiologia nesse contexto propiciará a orientação precisa a cada dificuldade apresentada durante a alimentação, apontando assim, novos caminhos e soluções frente a problemática vivenciada.

Nunca mais comi essas coisas e acho que perdi um pouco do prazer. Eu tenho saudades. (E.P./a)

A necessidade de abrir mão do prazer e sentir saudades de determinados alimentos denota que a rotina alimentar sofreu transformações e que seu desfrute não ocorre mais como antes.

Conforme já discutido na literatura pesquisada, os prejuízos observados no idoso disfágico podem ter várias causas, podendo relacionar-se especificamente à própria senescência ou ser decorrente de um processo de senilidade ligado a patologias determinadas. Neste estudo, verificou-se que a maioria das queixas durante a alimentação relatadas pelos entrevistados refere-se às alterações na mastigação decorrentes de perdas dentárias, próteses mal adaptadas e da dificuldade de acesso ao serviço odontológico público e de qualidade, fato que confirma a maior incidência de dificuldades encontradas com alimentos de consistência sólida, que representam a necessidade de dentes íntegros para desempenharem sua função mastigatória.

Evidencia-se no Quadro 4 que os idosos pesquisados associam a presença da disfagia à algum fator desencadeante, apontando possíveis causas tais como as alterações dentárias, disfunções gástricas, uso de medicações e acometimento por patologias específicas, além do próprio processo de envelhecimento.

QUADRO 4 – Dificuldades associadas à presença da disfagia segundo o relato dos idosos

Dificuldade associada	Total
à problema dentário	7
à idade	3
à doenças específicas	3
à alteração gástrica	3
a outros	3
à medicação	2
à problema dentário + alteração gástrica	2
à problema dentário + medicação	1
Total	24

Além da dificuldade encontrada com os alimentos sólidos que necessitam de condições prévias de trituração, também as queixas relativas a dificuldades com alimentos “secos” apareceram de forma significativa nos resultados obtidos e podem sugerir relação com o uso de medicações comumente utilizadas por idosos e que podem interferir na produção de saliva, dificultando a fase de umidificação e preparo do bolo alimentar na cavidade oral (Quadro 5). Esse fato alerta para a reflexão a respeito da prescrição de determinados medicamentos que podem potencializar a problemática encontrada por indivíduos disfágicos.

QUADRO 5 – Dificuldades encontradas pelos idosos quanto à consistência dos alimentos

Consistência	Total
Sólida	9
Seca	7
Seca e sólida	2
Líquida + sólida	2
Seca + líquida + sólida	2
Seca + líquida	1
Não soube referir	1
Total	24

Garantir programas de assistência à saúde do idoso, na busca pela manutenção de boas condições dentárias, poderia facilitar a ingestão de alimentos com consistências variadas, contribuindo assim para a qualidade de vida. No entanto, considerando a precariedade da saúde bucal em idosos no Brasil, assunto já abordado neste estudo, há a necessidade de se atentar para as corretas indicações a respeito do alimento que o idoso disfágico pode receber.

Alguns idosos não apresentam condições de comerem mais do que uma consistência de purês ou caldos líquidos e sentem-se ameaçados na apresentação do prato do dia, não compatível com suas possibilidades de ingestão do alimento. Nesses casos, faz-se necessária a atuação fonoaudiológica no que diz respeito à adequação do volume, da temperatura e da consistência do alimento de forma que favoreçam uma alimentação sem riscos à saúde e ao bem-estar do indivíduo, com ganhos nutricionais e satisfação após a refeição. Além destes, cuidados relativos à posição da cabeça e tronco durante as refeições podem garantir a efetividade que se almeja para uma alimentação mais fácil e segura, desde que cada caso seja analisado considerando suas particularidades.

Verifica-se, porém, que essas possibilidades de gerenciamento da dificuldade apresentada são pouco exploradas, principalmente em ambientes que cuidam de idosos como as instituições asilares, por causa da precariedade de condições de funcionamento, da falta de recursos e conhecimento disponíveis, poucos funcionários para atenderem a uma quantidade grande de indivíduos que deixam seus lares ou são deixados por seus familiares para integrarem um novo ambiente de convívio social na qual exige novas atitudes e adaptações.

Eu sinto um tremor por tudo, na boca também. Às vezes a gente come e tem repulsa. Eu me sinto mal e pejo para comer e aquela comida não quer descer. A gente aborrece e já larga daquela comida. E essa sensação é desagradável porque dá trabalho para comer. As vezes eu vou comer alguma coisa e aquela comida embucha na boca e cansa, a alimentação fica cansativa. (M.J.S./a)

O alimento, antes visto como fonte de vida e prazer, passa a assumir uma nova representação - um ato sofrido. Modifica-se não só a alimentação em si, mas também a percepção subjetiva sobre a situação alimentar.

O ato de comer está comumente associado ao aumento da força, resistência e disposição, porém não é o que parece ocorrer neste caso, onde o gasto energético durante o consumo alimentar é tão evidente que acaba não sendo suficiente para colaborar com as necessidades físicas do indivíduo, tampouco com as necessidades emocionais consideradas importantes durante a alimentação. O cansaço durante a refeição, decorrente da dificuldade, resulta numa situação de desprazer pelo momento, pela vida. Ao contrário de representar fonte de vitalidade por meio da sensação de estar nutrido, sadio e satisfeito, o momento de alimentação traz o peso e o cansaço dos dias aborrecidos que se arrastam e reforçam uma forma negativa de conceber a velhice.

Isso incomoda porque às vezes eu estou almoçando e engasgo. Hoje em dia eu como para não ficar fraca mas já não tenho mais “aquela” vontade de comer, que te faz ficar triste se não tem aquilo que você gosta. Hoje eu como qualquer coisa mas não como com prazer. (D.P.M./s)

Comem para continuarem vivos e confirmando a veracidade dos dados demográficos a respeito do crescimento populacional de idosos no Brasil e no mundo. Confirma-se que a expectativa de vida da população aumentou, mas às custas de que nível de qualidade de vida? Comer para não enfraquecer, comer para viver sem prazer, comer e se manter na tristeza dos dias que se seguem, comer para não morrer. O que se almeja para os idosos do mundo e para cada indivíduo, num futuro bem próximo, é acrescentar vida aos anos e não propriamente anos à vida. Para isto, além do idoso buscar por seus direitos como cidadão de forma consciente, há a necessidade de maior envolvimento dos setores de saúde, social, político e econômico, no compromisso de enfrentarem os problemas numa ação interligada.

Paralelo à perda do prazer alimentar durante a alimentação, alguns idosos apresentam, em decorrência da disfagia, redução de peso em vistas do consumo alimentar diminuído. Verificou-se neste estudo que, dos 24 idosos questionados, 11 apresentaram queixa de redução de peso em virtude das dificuldades enfrentadas durante a alimentação. Ao se referir à redução de peso em idosos, não se desconsidera neste estudo que isto possa estar relacionado com uma

variedade de outros fatores. No entanto, considerando que a dificuldade enfrentada pelos indivíduos disfágicos durante a alimentação pode alterar significativamente na quantidade e qualidade de alimentos ingeridos, este dado foi relacionado e averiguado para que seja um alerta importante sobre as condições de manutenção do estado nutricional, de saúde e bem-estar do indivíduo idoso, fato que tem reflexos quando existe a preocupação com a qualidade de vida.

Não se considera como característico do processo de envelhecimento o fato de “comer menos”, tampouco como “propiciador” de níveis de saúde e bem-estar físico e mental que contribuam para a qualidade de vida dos idosos. Permanecer com fome ou sede após as refeições dá a consciência dos prejuízos acarretados pela restrição alimentar, limitação referente não só à quantidade ingerida, mas também à ingestão de determinados alimentos, fato que representa o abandono de algo importante que mantém os idosos ativos na vida .

5.3 A ALIMENTAÇÃO NUM CONTEXTO SOCIAL

Perante a manifestação de uma dificuldade durante a alimentação, por um lado, a reação das pessoas que convivem com os idosos, sejam familiares ou não, pode agravar o desconforto vivido. Por outro, pode garantir apoio e condutas que beneficiem seu estado geral, se empregadas estratégias direcionadas a essa problemática. O que se observa nos relatos é, em sua maioria, um sentimento de inferioridade pela condição de uma coletividade discriminada na velhice.

Muitas vezes a gente evita de ficar falando por não ter os dentes e as pessoas ficam reparando na gente e isso bate no sentido da gente. (L.H.B./a)

A ausência dos dentes, imprescindíveis para a mastigação do alimento, traz incômodos que se estendem nas formas de relacionamento do ser humano. A boca é o meio, o canal utilizado para manifestar a comunicação verbal – fala, e não verbal – gestos, mímica. Por meio do sorriso, tremor dos lábios, bicos e da própria

articulação destes, está-se evidenciando algo que se quer expressar. A mensagem expressa por esse sujeito parece ser: “Esqueceram de colocar em prática medidas efetivas que garantam o direito à saúde e alimentação previstas na legislação brasileira.”

A gente sente grandemente a falta dos dentes para mastigar. E a gente fica retraído para conversar, fica mostrando a gengiva e então parece que a gente se sente assim retraído da maneira como está a boca da gente. A gente põe a mão para tampar a boca quando vai conversar, sorrir, comer e parece que fica incomodado. Se tentar comer essa comida, pode machucar a gengiva, e como vai comer depois com essa gengiva machucada? A gente se sente retraído, mas isso não me impede de comer junto com os companheiros. A gente come igual um animal que come aquilo que está no cocho. (L.H.B./a)

A comparação feita com o animal que come no cocho carrega significados fortes que podem ser traduzidos como a perda da condição humana, cuja característica é viver em sociedade. Estar inserido de forma digna no meio social em que se vive oportuniza a partilha de relações e situações com o outro. A perda desses valores, porém, dignidade e respeito, fragmenta tais relações, interfere no bem-estar pessoal e dos demais. Comparar-se ao animal torna-se algo muito incômodo, considerando que tal fato seja provocado pela falta de reconhecimento, respeito e assistência ao idoso, às necessidades de saúde bucal e geral, à necessidade de alimentação apropriada e à evidente necessidade de valorização humana.

Novaes (1997) pontua que no passado era garantido aos velhos o poder, a honra e o respeito, mas, atualmente, o que se observa é que a idade avançada é vista como desprovida de força, incapaz de prazer, solitária e repleta de amargura. Sentir saudades de algo que se passou e parece não mais retornar é relatado como mais um dos sentimentos de perda na velhice. Pensando em termos da alimentação, pode-se oferecer algumas estratégias que devolvam ao indivíduo idoso o prazer durante as refeições. Ele não precisa abrir mão do prazer de comer pela ausência ou precariedade dos dentes. O Estado pode garantir, conforme previstos nas leis e estatutos, serviços especializados de saúde bucal, mantendo a integridade não apenas dos dentes, mas do ser humano, que deve ser respeitado no que se refere aos seus direitos para uma qualidade de vida digna em sua existência.

Eu fiquei chateada naquela hora com a reação da minha cunhada porque ela achou que aquilo estava demais, eu não parava mais de tossir. (A.C.L./s)

O relato expressa a consciência desse idoso no que se refere a sua desvalorização social. Deecken (1998, p.17) afirma que “... uma das grandes tentações da velhice é escapar de um presente hostil e de um futuro que nada promete, refugiando-se nas agradáveis lembranças do passado”. Relata, ainda, que com o passar da idade, a atenção e o respeito da comunidade e família parecem diminuir, trazendo a perda da auto-estima e sentimento de amargura quanto à falta de reconhecimento e gratidão das pessoas.

Nossa, eu fiquei ruim, afogada, me deu tosse. Aí bateram nas minhas costas. (E.P./a)

Tentativas e crenças que nem sempre auxiliam, por vezes pioram... Mas evidenciam bem que o outro também se incomoda, de forma diferente do idoso, com a dificuldade apresentada.

Quando eu engasgo na frente de outras pessoas, aí eu fico chateada, com vergonha, porque escorre o nariz, fico ruim, fico chateada de estar tossindo na frente das outras pessoas. (G.N.M./s)

Às vezes até com água eu engasgo e quando eu vou em restaurante e isso acontece, fica demais de feio, as pessoas olham para a gente e ficam com dó ou qualquer coisa. (D.P.M./s)

Às vezes, a dificuldade de alimentação em si fica reduzida quando comparada ao sentimento de inferioridade ou o incômodo causado pela reação daqueles que não sabem o que significa ter disfagia. “Eles ficam com dó ou qualquer coisa”, não se sabe o que é essa tal de “qualquer coisa” e isso dá margem a fantasiar sobre o que estão pensando sobre eles. Os outros não sentem a limitação como o idoso vivencia, mas o fato está presente e envolve o meio social em questão.

Eu acho que o comprimido fica parado na garganta, mas o meu filho diz que é impressão minha porque amígdala eu não tenho mais, então, tinha que passar direto, né. (D.P.M./s)

Novaes (1997, p.30) se reporta a Malcolm Cowley que diz “começamos a envelhecer nos olhos das outras pessoas, e então, lentamente, passamos a pensar como elas”.

Não parece importar o que realmente sente o indivíduo ou o desconforto que ele experimenta. Denota-se um certo descrédito na fala do idoso que perde o valor de seus conteúdos com o tempo, como se passasse a sentir e expressar aquilo que o outro espera que se possa sentir, passa a ser e agir conforme a expectativa e entendimento do outro. Assim, o indivíduo perde sua autonomia e singularidade, aceitando sua limitação e passando a enxergá-la conforme hipóteses externas a si próprio. Perde-se o senso crítico.

Eu sinto aquela coisa que incomoda por estar engasgada. Eu sentia vergonha, calor, essas coisas. (A.B.V./s)

Os sintomas não se limitam ao estado físico de engasgar, eles extrapolam por meio de manifestações que envolvem a presença do outro. A vergonha perante os demais em uma situação incômoda que o impede de partilhar do momento de alimentação restringe as relações sociais, colabora para o aparecimento de condutas de isolamento do idoso e de atitudes de evitar situações que envolvam a alimentação, restringindo a manutenção e desfrute de atividades de socialização que incluam a alimentação. Dados obtidos no questionário aplicado confirmam tais manifestações e revelam que a dificuldade durante a alimentação pode propagar efeitos prejudiciais à saúde, ao aspecto nutricional, às relações sociais e emocionais do indivíduo (Quadro 6).

QUADRO 6 – Consequências apontadas pelos idosos em decorrência da dificuldade durante a alimentação

Consequências	Nº de queixas
Comer menos do que o desejado	11
Aparecimento de depressão	10
Evitar situações sociais que envolvam a alimentação	7
Ocorrência de limitação pessoal ou social	5
Presença de constrangimento perante o outro	4

Eu sentia essa afogação, engasgação. Eu fico sem fôlego, sem ar, fico desesperada, quase acaba meu ar. Isso me deixa angustiada, irritada, fico pensando: mas que coisa ! Tusso, espirro, faço xixi na roupa...porque não controlo a tosse e solto o xixi. Eu me sinto mal, deprimida. (G.N.M./s)

Os incômodos permanecem, tanto os relativos à dificuldade com determinados alimentos como aqueles deles advindos, que provocam mal-estar interior dos idosos, com sentimentos que agravam a possível ocorrência de depressão e angústia próprias dessa faixa etária e que se exteriorizam por meio da impossibilidade de controle vesical, extravasando toda a repressão vivenciada naquele momento alimentar. Quem não se sentiria irritado e deprimido em uma situação como esta? A compreensão desse fato e sua repercussão não parecem ser assimiladas tão facilmente pelo indivíduo idoso, tampouco pelos que com ele convivem.

O local de moradia e a convivência de idosos com demais pessoas também podem revelar dificuldades ou facilidades importantes no que se refere ao momento de alimentação. Os indivíduos que relataram dificuldades específicas durante a alimentação apresentaram variação de respostas no questionário aplicado, com relação ao local de moradia e companhia, mas este dado nos alerta para a grande quantidade de idosos com tal limitação e que se encontram em asilos sem condições de efetuar um acompanhamento individualizado ao idoso, tampouco uma alimentação diferenciada para cada necessidade particular. Pode-se supor que, os indivíduos inseridos em ambiente familiar possuem condições de receberem

atenção específica com adaptações alimentares adequadas às suas dificuldades e/ou cuidados individualizados. O fato de estarem inseridos em ambiente familiar porém, não garante que exista conscientização dos demais familiares a respeito das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia do idoso (Quadro 7).

QUADRO 7 – Distribuição dos idosos com dificuldades de alimentação quanto ao local de moradia e companhia

Local de moradia e companhia	Feminino	Masculino	Total
Mora sozinho	2	1	3
Mora com a família	11	1	12
Mora no Asilo	5	4	9
Total	18	6	24

Parece ser curioso pontuar que observa-se um maior número de idosos do sexo masculino nos asilos do que do sexo feminino. As mulheres idosas permaneçam mais tempo inseridas na família e têm maior representatividade em atividades sociais. Essa observação, feita tanto por parte da coordenação do grupo de Terceira Idade do SESC, como pela direção do asilo, revela que as mulheres, por terem mais talentos domésticos que os homens, permanecem por mais tempo no ambiente familiar onde, apesar da idade, podem executar tarefas que mantenham o bom andamento da casa, como cuidar de crianças, preparar as refeições, supervisionar funcionários, costurar, entre outros. Também revelam que as mulheres apresentam um perfil mais fácil de convívio enquanto os homens, em geral, são mais irritadiços e “rabugentos”, fato que restringe a liberdade de condutas por parte da família, não oferecem auxílios domésticos de benefício, mas sim potencializam o trabalho relativo aos seus cuidados pessoais, alterando o cotidiano e fazendo com que sejam encaminhados às instituições de assistência de forma mais acentuada do que as mulheres. Os homens também participam de maneira mais discreta das atividades de socialização, enquanto que as mulheres parecem manifestar presença mais assídua nos programas que incentivam a execução de atividades em geral

relacionadas com o sexo feminino, tais como: costurar, pintar, participar de chás e atividades festivas, com música e dança, reforçando suas relações sociais e interpessoais, proporcionando a valorização de sua auto-estima.

Oportunizar a escuta e a fala dos idosos, desvendando suas necessidades, parece ser o caminho para uma nova abordagem na melhoria da saúde coletiva. Desta forma, propicia-se um atendimento mais humanizado e o direito à informação, com o intuito de minimizar o sofrimento dos idosos acometidos por dificuldades particulares. Considerando a realidade do cotidiano vivenciado por idosos em asilos, torna-se relevante que a instituição, que visa ao atendimento integral a esse indivíduo, forneça condições que colaborem com a saúde e bem-estar deles. Os alimentos, porém, provém de doações, não há adaptações alimentares específicas e individualizadas e tampouco a conscientização desta necessidade. A problemática vem sendo vivenciada de forma isolada, apenas pelo idoso com tal limitação, fato que se agrava em meio a uma série de outros fatores que determinam a condição discriminada do velho asilado da sociedade.

Deecken (1998, p.64), referindo-se às pessoas idosas, diz que “... um dos maiores problemas é o pensamento alarmante da falta de sentido da vida na idade avançada. Aos poucos, vão tendo a impressão de que talvez um dia não sejam mais necessários no lugar onde trabalham, na família e na sociedade.”

A comida servida aqui no asilo não é uma comida apropriada para as pessoas que não tem os dentes. Como aqui não tem diferenciação da alimentação, o que vem para um, vem para todos. Mas deveria a própria diretora e cozinheira especificar as pessoas que precisariam comer uma comida mais cozida e outra normal. Falta o conhecimento das pessoas que estão distribuindo a comida porque não poderia dar essa carne para a gente porque não tem como comer. (L.H.B./a)

Mas o ímpeto crítico daqueles que mantêm a consciência de sua importância pode ser verificada na fala anterior, que clama por olhos mais atentos às necessidades do idoso, sua saúde, sua alimentação e bem-estar, na tentativa de distanciar fatores que contribuem para um falecimento social.

A maioria das respostas afirmativas dos idosos, durante o questionário sobre “comer o que gosta”, “comer com vontade” e “realizar as refeições em

conjunto da família”, foi obtida por indivíduos que preparam sua própria alimentação e que manifestam prazer tanto na sua escolha e preparo como em seu consumo (Quadro 8).

QUADRO 8 – Situação em que são realizadas as refeições dos idosos com dificuldades de alimentação

Situação durante a alimentação	Total
Com grupo de pessoas	6
Sozinho	9
Com a família	9
Total	24

Já os indivíduos com queixas a respeito da “consistência e aparência alimentar”, “preferência por comer sozinho, isolando-se do convívio de terceiros no momento das refeições” e “necessidade de comer em horários programados independente de sua vontade (ou necessidade)” corresponderam aos indivíduos que não têm acesso à escolha e preparo de sua própria alimentação, ou seja, restritos ao ambiente do asilo (Quadro 9).

QUADRO 9 – Preferência por comerem sozinho referida pelos idosos com dificuldades durante a alimentação

Gosta de comer sozinho	Total
Não	16
Sim	6
Tanto faz	2
Total	24

A privação da possibilidade de partilhar ou decidir sobre o alimento que se deseja leva a uma privação social que exprime relações de poder, de domínio e até de exclusão. A exclusão social e a ausência de cuidados destinados aos indivíduos acometidos por transtornos durante a alimentação apontam para a necessidade de se reverem modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades dos idosos.

A frase apresentada a seguir revela a preocupante situação dos idosos que não podem contar com uma assistência adequada as suas necessidades, especificamente, como no caso de dificuldades durante a alimentação. Idosos com disfagia apresentam a necessidade de maior tempo durante a alimentação a fim de poderem lidar com as dificuldades na mastigação, com a lentidão da musculatura envolvida, com o processo de umidificação, preparo e posicionamento do alimento para ser deglutido posteriormente. Entretanto, os poucos funcionários presentes em instituições asilares de recursos escassos parecem não ter acesso a essas informações, tampouco parecem dispor de tempo suficiente em meio a tantos outros afazeres, para destinar às necessidades particulares de uma demanda grande de idosos carentes de atenção.

Eu me alimento sozinha, graças a Deus. Não quero depender dos outros, não, pois “peixe morre pela boca”, né! Eles aqui não dão comida direito para as pessoas. Uma loucura! Eu vejo que elas não tratam bem das “avós”. A “avó” ainda quer comer mais e elas dizem: “Não quer mais, né, vó?!” Isso aqui precisa trocar de povo, Deus nos guarde! (S.R.O./a)

Indivíduos com queixas de dificuldades na alimentação e inseridos em ambiente familiar podem contar com apoio de familiares/cuidadores, na sua maioria do sexo feminino. Já os indivíduos pertencentes à instituição asilar, mesmo com dificuldades graves durante a alimentação, não relataram poder contar com assistência profissional, familiar ou alimentação apropriada às suas dificuldades (Quadro 10).

QUADRO 10 – Necessidade de auxílio durante a alimentação realizada pelos idosos

Necessidade de auxílio	Total
Não necessito	11
Sofro, mas como sozinho	1
Funcionário da instituição	1
Marido	2
Filha	7
Nora	1
Irmã	1
Total	24

Percebe-se aqui o destaque do sexo feminino quando se refere aos cuidados com idosos. Em geral, esse papel é assumido pela mulher e é visto pela sociedade como algo que faz parte de sua natureza. Uma análise de gênero torna-se necessária, ressaltando que, além do marido, apenas os familiares do sexo feminino foram apontados como responsáveis pelos cuidados direcionados ao idoso.

Moragas (1997) relata que a mulher possui potencial maior de funcionalidade social e econômica do que o homem. Somente ela pode realizar a função biológica e social de transmitir a vida, função esta de importância para a sobrevivência da sociedade. Embora não reconhecido social e economicamente, o trabalho doméstico realizado pela mulher possibilita o trabalho de outros. A previdência social prevê o descanso da mulher durante a amamentação do filho, porém não há disposição legal que a auxilie economicamente a cuidar dos idosos na família. O mesmo autor sugere que se fossem contabilizados os gastos públicos na assistência aos idosos, poder-se-ia comprovar que é mais econômico e seguro proporcionar licenças remuneradas àquelas responsáveis pelos cuidados aos idosos.

As ciências sociais reconhecem a importância do trabalho da mulher analisando sua contribuição real à sociedade, por meio de várias funções, desde de geradora da vida, educadora até como cuidadora de idosos e provedora da maior parte da infra-estrutura econômica e de serviços do lar.

Silva (1995), citado por Karsch (1998, p.57,147-168) diz que:

Na nossa sociedade é usual afirmar que cuidar da casa, de filhos ou de idosos é função da mulher, porque esta é destinada, por natureza, para a vida doméstica, para ser mãe e cuidar da família. Assim, são atribuídas à mulher funções que são vistas pelo senso comum como funções femininas.

A mesma autora, em seu estudo a respeito de cuidadores de pessoas idosas, verificou que estes se constituíam de pessoas do sexo feminino em sua maioria (93,6%). Algumas considerações a respeito do relato obtido pelos sujeitos da sua pesquisa indicam que as figuras masculinas são lembradas sempre vinculadas ao trabalho, ao poder, nas funções normativas, decisórias, de repressão e proteção à família, enquanto que as figuras femininas evocadas (avós, mães, tias) apresentavam o característico estereótipo feminino, ou seja, passivas, submissas, dóceis, altruístas, responsáveis pelos cuidados, pelo amor e felicidade dos outros.

A literatura em geral confirma a maior incidência de cuidadores domiciliares femininos, configurando-se o cuidar do outro como mais uma das tarefas “naturais” da mulher e não como uma construção histórico-social que se dá no seio familiar. A constatação, porém, de que a função da mulher é determinada pelo modo de organização social derruba as concepções que associam o cuidar a uma condição biológica, dita “natural”.

A “naturalização” do papel de cuidar não pode ser aceita, uma vez que as mulheres apenas re-significam um papel socialmente atribuído a elas. Tais papéis são construídos social e culturalmente em relações sociais amplas e não limitados às relações circunstanciais de homens e mulheres em seus domicílios. A mulher, que já tem um vínculo social maior com o privado, acaba por reforçá-lo após assumir-se como cuidadora. Os cuidados de um paciente idoso dependente atrelam a mulher ainda mais ao âmbito privado familiar, aumentando sua exclusão do espaço público e político.

5.4 LIMITAÇÕES DA QUALIDADE DE VIDA IMPOSTAS PELA DISFAGIA

O fato de serem idosos e acometidos por uma dificuldade específica que impeça uma alimentação bem sucedida não impede estes indivíduos de expressarem o que almejam na busca de atingirem melhores condições de saúde e vida, considerando os diversos aspectos biopsicossociais envolvidos no processo de envelhecimento.

A gente quer comer de tudo e se eu pudesse comer de tudo, eu comia. Às vezes eu acabo de comer e parece que eu nem comi. A gente não pode fazer nada para mudar, né? Se eu pudesse e tivesse dinheiro para mudar isso, mudaria. (S.R.O./a)

Cada um anseia e busca por uma melhoria de sua condição conforme sua realidade. Sabe-se que os fatores socioeconômicos têm influência importante na determinação da qualidade de vida das pessoas. Talvez para esses idosos a condição financeira represente a possibilidade de trazer de volta uma alimentação segura, prazerosa, de acordo com as suas necessidades específicas, trazendo mais qualidade de vida.

Eu gosto de comer sem dificuldade, sem trabalho. (M.J.S/a)

A circunstância atual dessa alimentação parece não coincidir com um momento de satisfação alimentar. A dificuldade interfere no aporte nutricional, resulta em cansaço, interfere na qualidade de vida.

Eu fiquei meio sem graça, (...) fiquei chateada e com vergonha porque eu não parava de tossir. (A.C.L./s)

Vergonha, desespero, angústia, irritação, desmotivação, depressão, tristeza... Uma somatória de sentimentos descritos na literatura como sendo característicos da velhice. Nenhum destes combina com o sentido real de prazer. O

inverso, a possibilidade de manter o prazer, pode gerar mudança desse quadro, deixando de lado os sentimentos negativos que deterioram a saúde e bem-estar do indivíduo.

Novaes (1997) cita que tanto as doenças somáticas como as psíquicas se fundem e têm conseqüências recíprocas, e que o sintoma apresentado tem sempre um significado, uma forma de chamar a atenção, para se beneficiar de uma escuta ou demonstrar um conflito.

Os conflitos, aqui considerados como os sentimentos já descritos, podem representar a exteriorização da própria dificuldade durante a alimentação e o pedido de auxílio. Ao mesmo tempo, a reparação dessa dificuldade pode recuperar valores e sentimentos negativos presentes no dia-a-dia dos idosos, colaborando para melhores níveis de saúde e bem-estar.

Fiquei desesperada e mais tarde acabei indo para o hospital, “(...) Dessa vez eu passei mal, me senti chateada e falei: “Por que é que eu gosto de peixe, não devia gostar de peixe. A minha boca também é muito seca e isso dificulta o jeito de comer. (A.C.L./s)

A dificuldade aqui é vista como culpa, mas quem determina aquilo que se deve apreciar ou não? Bernardes et al. (1996, p.364) referem-se à ingestão dos alimentos como um fenômeno voluntário controlado por meio de sensações conscientes denominadas: sensação de fome e saciedade. Para abordar esses conceitos, a autora cita Douglas (1994), explicando que:

Fisiologicamente, fome é o conjunto de sensações despertadas pela necessidade de alimento, que levam o indivíduo à ingestão deste; já saciedade, corresponde à sensação consciente da cessação de fome, que leva a recusa do alimento. O apetite, corresponde ao desejo físico ou emocional de comer determinado alimento, é uma sensação dirigida a satisfazer um estado afetivo sem estar relacionada a necessidade orgânica do alimento.

Considerando que todo esse mecanismo é regulado pelo hipotálamo, não se pode culpar a si mesmo pelo desejo físico ou emocional de querer ingerir determinados alimentos que proporcionam fonte de prazer, mas sim cultivá-los para

que as refeições continuem com sua representação agradável, contribuindo tanto com os aspectos nutricionais como os de saciedade, fato que terá seus reflexos em termos de qualidade de vida.

Em geral, as estratégias utilizadas para “driblar” a disfagia são evitar determinados alimentos ou ingerir algo que facilite o seu transporte desde a cavidade oral até o estômago. Por mais acentuada que se manifeste a dificuldade, seja por causa dos problemas na mastigação, por falta de dentes, ou por estase do alimento ao longo de seu trajeto, percebe-se que as formas de adaptação ao distúrbio são próprias de cada indivíduo e relativas às suas particularidades. Entretanto, tais opções confirmam as propostas de modificação de condutas já estudadas e expostas na bibliografia existente na área.

O prazer alimentar pode encontrar barreiras quando se depara com outros sentimentos contraditórios, tais como: medo, desespero, angústia, agonia... Será possível desfrutar o sabor, a consistência, a temperatura e todas as qualidades dos alimentos, vivenciando sentimentos que se aproximam de algo desgastado pelo tempo?

O prazer alimentar, em seu significado amplo e subjetivo, foi caracterizado de forma semelhante pelos entrevistados, sugerindo aspectos ligados à alegria, felicidade, satisfação... A seguir, tenta-se extrair o que aqui se considera como palavras-chave dentro das diferentes significações fornecidas pelos entrevistados a respeito de prazer alimentar.

Eu sinto prazer de comer, pois como eu te falei, faz parte da vida da gente. Porque a gente tem que se alimentar para poder sobreviver. Prazer alimentar é comer aquilo que está gostoso, que está bom... a gente fica alegre. (S.R.O./a)

Se se tentasse traduzir esse relato, destacando e relacionando as palavras sobrevivência e alegria, poderia inferir que, para esse idoso, vivenciar o prazer alimentar representa continuar existindo de forma contente e satisfeita depois de outra pessoa ou de outra coisa, embriagado pela vida em si. Tudo isso como consequência de uma boa alimentação.

Eu tenho prazer em comer, mas eu não sei dizer o que é prazer alimentar. Eu gosto de comer quibe, nhoque e quando eu como essas coisas eu me sinto bem, eu gosto tanto de me alimentar bem. Eu gosto muito de comer chocolate, gosto tanto e nem sei explicar. Sinto uma alegria, me sinto contente, sinto ânimo. (E.P./a)

A importância do ânimo para a continuidade da vida, com valor, coragem, intenção de viver bem, buscando sempre por estratégias que garantam melhores condições de vida, com qualidade, além de quantidade. A possibilidade de escolher o alimento, a satisfação em degustar seu sabor e apreciar o momento da alimentação é determinante para o aumento da sensação de bem-estar que os alimentos podem fornecer.

Eu sinto prazer em comer, a gente sente o sabor da alimentação, a gostosura, a gente aprecia a hora em que está comendo e se sente bem na hora em que se está alimentando. (L.H.B./a)

A importância de comer o que se gosta pode garantir o desfrute de uma boa alimentação e de sensações de bem-estar como referido. Flandrin (1996: p.486) confirma tal fato quando afirma que “ se digere melhor aquilo que se come com prazer.” Com relação à possibilidade de comer algo que lhe agrada e proporcione prazer, 18 indivíduos pesquisados responderam durante o questionário que sempre comem o que gostam, enquanto 06 indivíduos se encontram limitados desse desfrute, comendo raramente alimentos que lhes propiciam sensações prazerosas durante a alimentação.

Manifestar desejo de comer algo ou comer quando se tem vontade também interfere na forma como esse alimento será digerido e aproveitado pelo organismo. Comer sem ter vontade para tal significa não estar desfrutando de todas as propriedades oferecidas pela alimentação. Nos resultados obtidos pelo questionamento, observou-se que muitos idosos comem apenas com a intenção de não perderem aquilo que está sendo ofertado naquele momento, pois não sabem se o terão depois. É o caso dos indivíduos que se encontram nos asilos e que seguem os horários previstos para o café da manhã, almoço, lanche e jantar. Mesmo que não seja do agrado, ou que o indivíduo não esteja com apetite naquele momento, é necessário garantir a ingestão do alimento. É como revela este relato:

...então, quando tem, eu como. Quando não tem... Aqui vem muita doação, mas eles não trazem para nós. Vem tanta coisa, mas eles não dão. Eu acho isso errado porque os nossos olhos, às vezes, não vêem, mas os olhos de Deus estão atentos. Na véspera do Natal, dizem que nós ganhamos cem queijos, e só lá alguma vez é que nós comemos. (S.R.O./a)

A comida aqui é ruim às vezes, mas quando está boa, eu sinto prazer em comer, ou seja, o estômago aceita o alimento. Eu me sinto bem comendo uma coisa que gosto, a gente fica satisfeito, feliz, nutrido. A gente alimentando, a gente fica satisfeito. (M.J.S./a)

Quando eu como peixe, ou quibe, mesmo que eu engasgue, eu como feliz, eu estou comendo aquilo que eu gosto. Comer para mim é um fator de alegria, eu gosto. Como para sentir o prazer de comer alguma coisa que a gente gosta. (A.C.L./s)

Estar atento às necessidades particulares do idoso pode representar ganhos importantes no que se refere à boa aceitação da alimentação, sua digestão, saúde e bem-estar. Oferecer um alimento que não é de seu agrado, ou que não está de acordo com sua cultura, ou que tenha aparência ou cheiro desagradável acentua os efeitos que podem ocorrer caso esteja presente uma dificuldade específica relacionada com o transporte do alimento, desde a cavidade oral até o estômago.

A possibilidade de experimentar sentimentos de felicidade e satisfação após estar adequadamente nutrido, traz significações de saciedade, aprazimento, agrado, prazer, ventura e contentamento que conduzem ao bem-estar, nutrindo não só o corpo, mas deixando a alma robusta e repleta de vida.

A alimentação é importante porque ajuda a minha vida. A alimentação rejuvenesce. Comer bem é achar a comida gostosa, comer o que gosta, sentir prazer...Sentir prazer na hora de se alimentar significa que eu vou viver mais anos, com mais saúde e alegria, prazer. (G.N.M./s)

Se se considerar que “vida” é um estado de atividade funcional, de existência, de tempo decorrido desde o nascimento, pode-se considerar que o modo de viver e de manter a subsistência deva ocorrer de maneira ativa, intensa e penetrante, de forma a garantir “saúde”, ou seja, estado em que se espera a manutenção das funções orgânicas em seu estado normal, com vigor e robustez.

Assim, com a garantia de uma alimentação prazerosa e sem riscos à saúde, haverá a possibilidade de rejuvenescer as esperanças, os anseios em busca de uma qualidade de vida digna ao idoso.

Comer com prazer é quando a gente fica satisfeita, fica contente. (D.P.M./s)

Os enunciados parecem trazer nomes variados a uma mesma impressão resultante. Entende-se que o significado de prazer alimentar nesses indivíduos pode ter uma representação muito subjetiva, sendo difícil encontrar um único significado que aborde todas as sensações que ele propicia. Mas uma breve consulta aos dicionários pôde confirmar a notória mescla que se faz presente nos termos mencionados e relacionados com o prazer durante a alimentação.

Comer para mim é um prazer muito grande. (A.B.V./s)

Talvez esse relato defina, em si, a reciprocidade entre o ato de comer e o resultado final de sensação de prazer alimentar. Todas as tentativas de oferecer um significado ao prazer alimentar apresentaram a mesma linha de sensações que ambiciosamente se gostaria que estivessem presentes na vida daqueles que buscam por qualidade e bem-estar em qualquer etapa da vida, incluindo a velhice.

Vale a pena ressaltar que o conceito de qualidade de vida está pautado no próprio conceito de saúde, ou seja, o completo bem-estar físico, mental, social e emocional. Desta forma, não há como desvincular a alimentação e sua efetividade como garantia de uma qualidade de vida estável à população idosa. Os hábitos inadequados de alimentação, as limitações encontradas e os sentimentos que isso desperta interferem de forma negativa na qualidade de vida dessas populações.

Se eu tivesse os dentes, eu me sentiria mais feliz na aparência e na alimentação, a falta dos dentes me incomoda bastante. É uma falta muito grande que eu sinto e que precisaria recuperar o quanto mais breve possível para melhorar tanto a saúde, quanto a fisionomia da gente. (L.H.B./a)

As considerações dos idosos a respeito de suas condições de saúde são mediadas pela subjetividade, dentro do contexto em que estão inseridos. Neste sentido, também a maneira como o idoso avalia a sua qualidade de vida pode estar atrelada a uma variedade de fatores que incluem sua cultura, hábitos, saúde, nível socioeconômico, possibilidades de lazer e convívio com a família. Esses fatores podem relacionar-se ao ato de comer, com suas raízes culturais, crenças, qualidade e quantidade disponível de nutrientes, atividades sociais que incluem a alimentação e a sua partilha com familiares ou amigos.

Como cidadão, os direitos do idoso estão previstos na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, porém a contradição de seu conteúdo pode ser comparada à situação real do idoso brasileiro, que não pode contar com uma assistência específica à sua saúde, como no caso das crianças. Sabe-se que os cuidados médico-sociais, destinados ao idoso na tentativa de manter uma vida saudável, têm um custo elevado e que o investimento feito numa criança tem retorno potencial de pelo menos 60 anos de vida útil e produtiva, o que não acontece com os idosos.

Aqui no asilo, a diretoria deveria tomar providências para nós, porque eu sei que não só eu passo essa luta, tem outras pessoas até piores do que eu que não tem os dentes e sofrem como eu. Se a diretoria enxergasse esse ponto de vida, deveria nos ajudar, dar uma comida mais cozida para nós pessoas que não tem dentes e tomar providências de dar um cirurgião dentista ou um médico próprio para nos ajudar o mais breve possível, porque nós estamos desde janeiro aqui sem ninguém colocar uma chapa, sem extrair um dente, e essa é uma atividade que não poderia parar aqui dentro para o nosso bem. (L.H.B./a)

Verifica-se que o crescimento da população idosa exige maior preocupação e ação governamental, que garantam direitos através da implementação de medidas que possam atenuar a diversidade de problemáticas que acompanham o envelhecimento. Dentre estas, a preocupação com a saúde geral, a saúde bucal, a alimentação e o lazer, além de uma aposentadoria digna, são fatores que não vêm recebendo a atenção desejada por essa coletividade.

Nessa hora eu penso: tenho que desengasgar ! (T.A.B./s)

Eu não quero comer para engordar, quero comer uma coisa que eu gosto para ficar bem, eu prefiro comer as coisas que me garantem saúde. Como para sentir o prazer de comer alguma coisa que a gente gosta. (A.C.L./s)

Não foram significativos os dados sobre privação social que incluía a alimentação, mas sim a privação do consumo de determinados alimentos que outrora traziam prazer alimentar e que representam fonte nutricional. Tais limitações puderam ser observadas tanto no Asilo, onde, além da dificuldade, não há possibilidade de escolha do próprio alimento, como no SESC, pois embora possam participar da escolha e preparo do alimento, privam-se deste em decorrência da dificuldade apresentada durante a alimentação (Quadro 11).

QUADRO 11 – Responsável pela preparação do alimento consumido pelos idosos com dificuldades durante a alimentação

Responsável pelo preparo do alimento	Total
O próprio entrevistado	12
Funcionário de domicílio	0
Funcionário da Instituição	9
Família	2
Comida pronta	1
Total	24

Souza e Moreira (1998) pontuam que, seja quem for o responsável pelo planejamento e preparo das refeições do idoso, deve atentar-se para os seus gostos, necessidades e limitações. Quando podem, os idosos escolhem alimentos que sejam compatíveis com seus valores, selecionando aqueles que simbolizam o conforto, alegria e prazer que necessitam. Mesmo respeitando as preferências e hábitos dos idosos, porém, é necessário o cuidado com suas necessidades nutricionais, com as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento e com hábitos inadequados relacionados com a alimentação, pois estes aspectos contribuem para a manutenção e melhoria da saúde nesses indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo pôde trazer à luz discussões importantes no que se refere aos aspectos ligados à saúde do idoso, considerado aqui como uma coletividade que abrange de forma ampla considerações biopsicossociais que se inter-relacionaram.

Pode-se verificar nos resultados obtidos que a população idosa, embora emergente e alvo de tantos estudos, continua à margem da sociedade, não sendo respeitados os direitos previstos na legislação e que lhe asseguram condições dignas de vida. No que se refere aos serviços de saúde, evidencia-se a carência de recursos odontológicos oferecidos a essa população e os prejuízos acarretados na alimentação, na saúde bucal e, conseqüentemente, no bem-estar físico e social resultante.

Considerando a especificidade do tema deste estudo, que buscou verificar quais as limitações da qualidade de vida que incidem no idoso que apresenta alterações nas habilidades necessárias à função alimentar, observou-se que a presença dessa dificuldade influencia vários aspectos da vida cotidiana, comprovando as limitações, as renúncias e desconforto decorrentes da problemática abordada.

Se se partir do pressuposto de que para ter qualidade de vida, necessita-se de condições básicas que incluam saúde, alimentação, moradia, trabalho e lazer, entre outros, verifica-se que alguns desses aspectos foram apontados como alterados. Não só a dificuldade durante a alimentação apresentou reflexos negativos para a qualidade de vida dos idosos, mas também as poucas condições que lhes são oferecidas para a garantia de recebimento de uma alimentação adequada e condições de assistência à saúde.

Observa-se que os idosos com dificuldades durante a alimentação não estão conscientes de que essa problemática pode ser minimizada, contornada e

gerenciada de forma a propiciar momentos mais agradáveis durante as refeições. Simultaneamente, observa-se no relato das situações vivenciadas que tampouco os profissionais de saúde destinam orientações a esse respeito, fato evidenciado pela falta de conhecimento dos sujeitos e aceitação do distúrbio como algo que acompanha o processo de envelhecimento. Faz-se necessário um olhar plural e uma escuta atenta que conduza ao entendimento do distúrbio em seu contexto geral, desnudando as reais necessidades dos idosos e identificando de que forma ele interfere na qualidade de vida das pessoas, nas relações sociais e na relação do indivíduo com a sua própria limitação.

Verifica-se que a maioria das dificuldades relatadas está associada aos problemas dentários e pela dificuldade de acesso aos serviços odontológicos. Pode-se supor que possibilitar o acesso a esses serviços contribuiria de forma significativa para a melhoria dessa dificuldade, reduzindo, assim, as demais consequências provocadas pelo distúrbio em si.

Também se observou que o fato de apresentar dificuldades na alimentação não representa determinantemente o isolamento do indivíduo do convívio de seus familiares ou amigos, mas traz efeitos psicológicos que marginalizam o idoso no que se refere aos seus sentimentos, subestimando suas emoções, seu prazer, sua auto-estima. Ao privar-se de determinados alimentos, o idoso disfágico priva-se também de sentimentos de prazer e satisfação durante a alimentação, além da situação de partilha do alimento com o outro, num contexto social.

Os idosos inseridos no Asilo demonstraram grande insatisfação na qualidade da alimentação oferecida que não condiz com suas reais necessidades e limitações. Evidencia-se a necessidade de políticas públicas adequadas que se responsabilizem por garantir condições básicas que assegurem a sobrevivência do idoso desamparado. O ato de comer para esses idosos atinge a satisfação física mas não plena, uma vez que se desconsideram os fatores emocionais envolvidos na alimentação.

Considera-se que, se uma boa alimentação pode levar o indivíduo a ter condições satisfatórias de saúde, a forma como essa alimentação é realizada também contribui para o despertar de sentimentos prazerosos que geram uma vida

mais feliz e de qualidade. Assim, se a alimentação se torna algo passageiro na fase idosa da vida, sem o desfrute do prazer, suas conseqüências serão percebidas tanto no declínio da saúde como na qualidade de vida. Qualquer avaliação a respeito do nível nutricional e de saúde do indivíduo idoso deve abarcar informações sobre os demais aspectos que incluem este contexto, ou seja, estilo de vida, relações sociais e familiares, atividade mental e psicológica, presença de enfermidades, restrições econômicas, dentre outros, a fim de que se possa compreender a causa de possíveis dificuldades e definir as intervenções adequadas e sua eficácia.

A preocupação em garantir que o idoso possa desfrutar integralmente de uma alimentação que lhe proporcione energia se estende para as possibilidades que isto determina, pois, quanto mais completa for a alimentação, mais nutridos estarão os idosos, quanto mais prazerosa, mais felizes estarão, quanto mais segura for realizada, mais saúde estará garantida e quanto mais refeições forem realizadas junto a outras pessoas, mais reforçados estarão os laços que os unem em sociedade.

Os argumentos aqui apresentados reforçam a necessidade de se enfatizar que a prevenção, também nessa etapa da vida, é primordial. Não se tem a pretensão de sugerir a prevenção do processo de envelhecimento em si, mas de buscar estratégias que colaborem para a prevenção de tudo que depõe contra a qualidade de vida que se almeja para a sociedade e para cada pessoa.

A atenção voltada às necessidades dos idosos com dificuldades específicas durante a alimentação pode garantir a manutenção de um estado nutricional adequado que lhe proporcione saúde e bem-estar geral, contribuindo para a qualidade de vida que a pessoa idosa espera gozar até os últimos anos de sua vida.

Os idosos, vistos como um grupo de alta fragilidade se considerado o descaso no que se refere aos direitos humanos e de cidadania, apresentam necessidades básicas em sua rotina diária que lhe assegurem uma vida plena e de melhor qualidade. Dentre tais necessidades, esta pesquisadora compactua com algumas colocações de Loyola (2002,p:70) e destaca, a partir de reflexões direcionadas especificamente ao caso de idosos disfágicos, que este estudo apontou a necessidade de maior atenção dos profissionais da área da saúde

coletiva, de forma a contribuir, por meio de ações direcionadas, para que o idoso possa lograr :

- a) do direito à igualdade de oportunidades, independente da faixa etária a que se referiu, com condições de acesso à saúde, alimentação, moradia, produção, lazer e convivência;
- b) do direito ao respeito e valorização por meio do reconhecimento de suas experiências, suas queixas, sua representação perante a sociedade;
- c) do direito à liberdade de expressão, participando de discussões que tenham impacto sobre seu estilo de vida e de condutas, exercendo escolhas apropriadas às necessidades particulares, dentro das limitações, conforme é conduzida sua existência;
- d) do direito à cidadania, garantindo a possibilidade de desempenhar um papel ativo, propondo e participando de ações que lhe assegurem condição de bem-estar na família e em sociedade;
- e) do direito à prioridade de suas capacidades, enfatizando não apenas a problemática, mas aprendendo e sugerindo com ela, de forma a avançar nos estudos e pesquisas sobre o envelhecimento e contribuindo para benefícios da saúde e das condições de vida.

Partindo desta identificação relativa às necessidades do idoso com dificuldades durante a alimentação, propõe-se uma atenção voltada à busca de intervenções direcionadas ao propósito de melhorar ou restabelecer tais dificuldades que resultam no prejuízo da qualidade de vida. Desta forma, propõem-se ações integradas de várias áreas a fim de possibilitar:

- a) uma assistência social que auxilie os idosos no que se refere ao acesso, preparo e ingestão de uma alimentação condizente com as limitações e necessidades próprias de sua faixa etária;
- b) educação continuada dirigida aos profissionais da equipe de saúde, viabilizando maior aprofundamento sobre os conhecimentos acerca do envelhecimento;

- c) educação em saúde, viabilizando através da equipe de saúde, orientações a respeito da abrangência de conceitos que envolvem uma alimentação prazerosa, sem riscos à saúde e que mantenha as sensações de prazer alimentar dentro de um convívio social e familiar saudável;
- d) acesso aos serviços de saúde, não apenas no que se refere ao aspecto imediatista dos distúrbios orgânicos, mas enfatizando a assistência à saúde bucal que contribui para a redução das alterações na mastigação aqui apontadas e à saúde mental que tem importante representação na motivação e habilidade para satisfazer as necessidades nutricionais individuais.

Enfim, as queixas e relatos aqui reunidos evidenciam que a presença da disfagia determina limitações ao idoso, com modificações em sua rotina alimentar, em seu modo de desfrutar a vida e na maneira de reconhecer aquilo que lhe dá prazer. O alimento, antes visto como fonte de prazer adquire nova representação frente às dificuldades durante a alimentação: um ato sofrido e cercado de sentimentos que não são exteriorizados facilmente pelos idosos e por isso tornam-se enigmas que impedem a atenção voltada ao fato.

A possibilidade de escolher o alimento desejado, desfrutar de suas características e das sensações que ele proporciona, deglutir de forma eficiente sem riscos à saúde e participar de atividades sociais que incluam a alimentação permite uma melhor qualidade de vida ao idoso pois a motivação, o conforto e o prazer estarão preservados durante a atividade que garantirá sua existência: a alimentação.

O fonoaudiólogo, na sua atuação específica dirigida aos distúrbios de mastigação e deglutição, em conjunto com os demais profissionais da área de saúde devem desempenhar um papel ativo que colabore com um programa de assistência à saúde do idoso. Além disso, torna-se importante a participação junto à sociedade na busca por equidade nas condições de vida e de saúde, no acesso e utilização dos serviços, na garantia de uma atenção integral e resolutive por parte do governo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, R. de C.F. Sociologia: um ensaio de introdução ao seu campo e algumas de suas vertentes. In: BOTAZZO, C. (org.). **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. Unesp/Edusc, 1998.

AGUILLA, M. B. Importância da avaliação das condições nutricionais do idoso. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

ANDERSON, Maria Inez P.; ASSIS, Mônica de; PACHECO, Liliane C.; SILVA, Efigênia A. da; MENEZES, Isis S.; DUARTE, Therezinha; STORINO, Flávio; MOTTA, Luciana. Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. **Textos sobre envelhecimento**, n.1, p.23-40, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 101520**: Informação e Documentação: apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e Documentação: referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: Informação e Documentação: trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2001.

BALDESSIN, Anísio. O idoso: viver e morrer com dignidade. In PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Brasil: Atheneu, 1996.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEHLAU, M.S. Presbifonia: envelhecimento vocal inerente à idade. In: RUSSO, I. P. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

BERNARDES, S.M. et al. Aplicação do alimento na composição de dietas e preparações: uma visão holística. **Revista O Mundo da Saúde**, Faculdades Integradas São Camilo, v. 20, n. 10, 1996.

BRAGGION, G.F. Avaliação do consumo alimentar. In: MATSUDO, S. M. M. **Avaliação do idoso: física e funcional**. Londrina: Midiograf, 2000.

BRESCIANI, E. Alimentos e bebidas do Antigo Egito. In: FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. Paris: Librairie Fayard, 1996.

BREVIS, C. A. Evaluacion del estado nutricional en el anciano. **Boletín de la Escuela de Medicina**, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2000

CAMPOS, C. M. T. et al. Prevenção em geriatria. In. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

CARVALHO FILHO, Eurico T. de. Fisiologia do envelhecimento. In PAPALÉO NETTO, Matheus; **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Brasil: Atheneu, 1996.

CARVALHO FILHO, Eurico T. de; ALENCAR, Yolanda M. G. de. Teorias do envelhecimento. In PAPALÉO NETTO, Matheus; CARVALHO FILHO, Eurico T. de. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994.

CERVATO, Ana Maria et al. **Alimentação na terceira idade**. São Paulo: Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública/Genute–Grupo de Estudos de Nutrição na Terceira Idade, 1997.

CHEVANCE, A. **O inconsciente e os interditos alimentares: o desejo e o prazer ainda tem lugar na vida do idoso ?** Revista Psicologia em estudo, v.5, n.2, DPI/CCH/Universidade Estadual de Maringá, 2000.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CORRÊA, A.C.O. Distúrbios alimentares no idoso. **Arquivos de geriatria e gerontologia**, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.4, Rio de Janeiro: ECN ed., 2000.

DEECKEN, A. **Saber envelhecer**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

DIOGO, M.J.D. Consulta de enfermagem em gerontologia. In PAPALÉO NETTO, Matheus; **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Brasil: Atheneu, 1996.

DOLADER, M. A. M. A alimentação judia na Idade Média. In: FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. Paris: Librairie Fayard, 1996.

DOUGLAS, C. R. **Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde**. São Paulo: Robe, 1994.

DUARTE, V.G.; GIACHETI, C.M. A fonoaudiologia nas instituições. In. LAGROTTA, M. G. M. et al. **Programa de atuação fonoaudiológica junto a idosos institucionalizados**. São Paulo: Lovise, 1997.

DUARTE,A.L.N.; NASCIMENTO, M. de L. do. Condutas dietéticas. In PAPALÉO NETTO, Matheus; **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Brasil: Atheneu, 1996.

EKBERG, O. et al. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. **Dysphagia**, New York, n. 17, p.139-146, 2002.

FERRAZ, Marcos Bosi. Qualidade de vida: conceito e um breve histórico. **Revista Jovem Médico**, n.4, p. 219-222, 1998.

FLANDRIN, J.L. A humanização das condutas alimentares. In: FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. Paris: Librairie Fayard, 1996.

_____. Da dietética à gastronomia, ou a libertação da gula. In: FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. Paris: Librairie Fayard, 1996.

_____. Tempero, cozinha e dietética nos séculos XIV, XV e XVI. In: FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. Paris: Librairie Fayard, 1996.

FURKIM,A.M. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: FURKIM,A.M.; SANTINI,C.S. **Disfagias orofaríngeas**. Carapicuíba: Pró-Fono, 1999.

_____; SILVA, R. G. da **Programas de Reabilitação em Disfagia Neurogênica**. São Paulo: Frôntis Editorial, 1999.

GARCIA DE LOS RIOS,M. Expectativa de vida: ancianidad y calidad de vida. **Bol. Hosp. San Juan de Dios**. Chile, v.38, n.6, nov./dez. 1991.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

GROHER, M.E. Distúrbios de deglutição em idosos. In: FURKIM,A. M.; SANTINI,C.S. **Disfagias orofaríngeas**. Carapicuíba: Pró-Fono, 1999.

HIRSCHBRUCH, M.D.; CASTILHO, S. **Nutrição e bem-estar para a terceira idade**. São Paulo: CMS Editora, 1999.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 jul. 2002.

FEIJÓ, A.V.; RIEDER, C.A. de M. Distúrbios da deglutição em idosos. In: JACOBI, J. da S.; LEVY, D.S.; SILVA, L.M.C.da . **Disfagia: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

JORDÃO NETTO, A. Aspectos psicossociais do envelhecimento. In: RUSSO, Iêda Pacheco. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

JOANNÈS,F. A função social do banquete nas primeiras civilizações. In:FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. Paris: Librairie Fayard, 1996.

KARSCH, U. M. S. **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

LEIBING, A. Velhice e saúde mental no Brasil e no Mundo. In: LOYOLA; MACEDO. **Saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Edições Cuca IPUB/UFRJ, 2002.

LEME, L. E. G.; SILVA, Paulo Sérgio C.P. O Idoso e a Família. In NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Brasil: Atheneu, 1996.

LOGEMANN, J.A.; PAULOSKI, B.R.; KAHNILLAS, P.J.; SMITH, C.H. Temporal and biomechanical characteristics of oropharyngeal swallow in younger and older men. **Journal of Speech, Language and Hearing Research**, U.S.A., v.43, p.1264-1274, october 2000.

LOYOLA, C. Viver a vida: identidade cultural, contexto social e qualidade de vida no estado do Maranhão. In: LOYOLA; MACEDO. **Saúde mental e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Edições Cuca IPUB/UFRJ, 2002.

MACEDO FILHO, Evaldo. **Disfagia**: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Frôntis Editorial, 1999.

MARCHESAN, I. Q. Distúrbios da motricidade oral. In: RUSSO, Iêda Pacheco. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

MAZZINI, I. A alimentação e a medicina no mundo antigo. In: FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. Paris: Librairie Fayard, 1996.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento** : Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____; SOUZA, H. de O. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. R. da (org). **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989.

MONTANARI, M. Sistemas alimentares e modelos de civilização. In: FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. Paris: Librairie Fayard, 1996.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997.

NASI, A. et al. Disfagia no indivíduo idoso. In: MACEDO FILHO, E. **Disfagia**: abordagem multidisciplinar. São Paulo: Frôntis Editorial, 1999.

NOVAES, M.H. **Psicologia da terceira idade**: conquistas possíveis e rupturas necessárias. Rio de Janeiro: Nau Editora, 1997.

NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In CANESQUI, Ana Maria. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

PANTIN, E. L. Alimentación, actividad y ancianidad. **Rev. Chil. Nutrición**, Chile, v. 18, n.2, ago. 1990.

PAPALÉO NETTO, M.; BORGONOV, Nelson. Biologia e teorias do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Brasil: Atheneu, 1996.

PASCHOAL, Sergio M. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Brasil: Atheneu, 1996.

PELLEGRINI, V.M.C.; JUNQUEIRA,V. Trajetórias das Políticas de Saúde. A saúde Coletiva e o atendimento ao Idoso. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Brasil: Atheneu, 1996.

PEREIRA, Silvia. Prefácio. In: RUSSO, Iêda Pacheco. **Intervenção Fonoaudiológica na Terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

PETRAMALE, Clarice A. Alimentação saudável. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, n. 5, jun. 2001.

PONTE, José R. da; PAPALÉO NETTO, M. Envelhecimento: desafio na transição do século. In PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Brasil: Atheneu, 1996.

QUEIROZ, Zally P.V. Uma análise sucinta da relação idoso/família na sociedade brasileira atual, através da literatura. In: **Reflexões do Idoso no Brasil**, 1. Brasília: Ministério da Previdência Social, 1987.

RIBEIRO, Alda. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: RUSSO, Iêda Pacheco. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

RODRIGUES, J.C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

ROMAGNOLI, D. Guarda no sii vilan: boas maneiras à mesa. In: FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. Paris: Librairie Fayard, 1996.

RUSSO, Ieda C.P. Distúrbios da audição: a presbiacusia. In: RUSSO, Iêda Pacheco. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

SALGADO, Marcelo Antônio. Envelhecimento populacional: desafio do próximo milênio. **Revista Terceira Idade**, São Paulo: Serviço Social do Comércio, n. 14,1997.

SANCHES,E.P.; BILTON,T.; RAMOS,L.R. Análise descritiva da alimentação de idosos com demência. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.11, n.2, jun.,2000.

SANTINI,C.S. Disfagia neurogênica. In: FURKIM, A. M.; SANTINI,C.S. **Disfagias orofaríngeas**. Carapicuíba: Pró-Fono, 1999.

SILVA NETTO, C.R. **Deglutição na criança, no adulto e no idoso**: fundamentos para odontologia e Fonoaudiologia. São Paulo: Lovise, 2003.

SILVA, O. G. **Princípios de uma política social para a terceira idade**. In: REFLEXÕES DO IDOSO NO Brasil, 1. Brasília: Ministério da Previdência Social, 1987.

SINÉSIO, N.B.O. **Universidade da melhor idade**: uma proposta salesiana para idosos. Campo Grande, MS: UCDB, 2000.

SORCINELLI, P. Alimentação e saúde. In: FLANDRIN, J.L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. Paris: Librairie Fayard, 1996.

SOUZA, A. L. L.; PIMENTEL, B. dos S. **Idoso X Adolescente**: Integração e Ruptura. Salvador, 1997. 92 f. Monografia (Bacharel) – Escola de Serviço Social, Universidade Católica do Salvador.

SOUZA, F. T. F. de.; MOREIRA, E. A. M. Qualidade de Vida na Terceira Idade: saúde e nutrição. **Rev. Ciên. Saúde**, Florianópolis, v.17, n.2, jul./dez. 1998.

SUZUKI, H.; DUPRAT,A.;LEDERMAN, H.M.; BILTON,T.;TEGA,L.P.V. Comparando avaliação fonoaudiológica, nasolaringoscopia e videofluoroscopia em idosos sem queixa de deglutição. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.10, dez.,1998.

TAYLOR, I.C. Drogas, disfagia e nutrição. **Revista de Atualização Científica Pró-Fono**, Carapicuíba, v.9, n.1,1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para apresentação de documentos científicos**. Curitiba, 2000. v. 6: Referências bibliográficas.

VERAS, R.P.; ALVES,M.I.C. A população idosa no Brasil: considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, M.C.S. **Os muitos brasis**: saúde e população na década de 80. (S. I.): HUCITEC, 1995.

VERAS, R. P. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Brasil: Atheneu, 1996.

_____. (org.) **Terceira idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Relume-Dumará. Rio de Janeiro: UnATI, 1995.

VIDIGAL,M.L.N.; RODRIGUES,K.L.; NASRI,F. Efeitos do envelhecimento sadio na deglutição. In: HERNANDEZ, A.M.; MARCHESAN, I.Q. **Atuação Fonoaudiológica no ambiente Hospitalar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

LISPECTOR, Clarice. **O primeiro beijo e outros contos** – antologia. Editora Ática/SA. São Paulo, 1993.

LUCCA,P.R.; BRANCO,R de O.; OLIVEIRA, S.M.L.de.; GOMES,A.M. **O idoso do asilo São João Bosco e o tratamento a ele oferecido**. Campo Grande, 2001. 9 f. Trabalho acadêmico (Disciplina Introdução à Sociologia e Teoria Sociológica) – Curso de Ciências Sociais, Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

MARTINS,I.R.C.B.; SOBRAL, B. **A espiritualidade no processo de envelhecimento**. Campo Grande, 2000. 58 f. Monografia (Especialização de Envelhecimento e Saúde do Idoso) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

MATOS, C.C.; VIEIRA,E. de A.; SAUER,M.I.M. **A Fonoaudiologia e a terceira idade: uma parceria possível**. Campo Grande, 2002. 78 f. Monografia (Curso de graduação em Fonoaudiologia) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Católica Dom Bosco.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - Questionário aplicado com os idosos.

Data: ____/____/____

I - DADOS DE BASE

Sujeito nº:

☐ Sesc

☐ Asilo

Estado Civil:

D.N.: ____/____/____

Sexo:

Escolaridade:

Mora: () sozinho () com família () asilo () outros

II – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE DEGLUTIÇÃO

1 – Você percebe dificuldades/mudanças durante a alimentação?

() sim () não () às vezes

2 – Desde quando estas dificuldades vêm ocorrendo?

() antes dos 60 anos () após os 60 anos : quando? _____

3 – Percebe se ocorreu perda de peso neste período?

() não () sim : quando? _____

4 – Associa as dificuldades durante a alimentação a:

() problemas dentários

() alterações gástricas (estômago)

() limitações dos movimentos

() uso de medicação

() doenças específicas que afetam a capacidade de mastigar e engolir

() cirurgias de cabeça e pescoço

() _____ e _____

() outros: _____

5 - A dificuldade durante a alimentação ocorre com:

() comida seca (grãos e farelos) () líquidos () comida sólida

() comida pastosa () _____ e _____

6 – Durante a alimentação você apresenta:

() dificuldades na mastigação e colocação do alimento na parte posterior da língua

() fraqueza nos movimentos da língua para propulsionar o alimento a ser engolido

() dificuldade para começar a engolir

() necessidade de engolir várias vezes o mesmo alimento que é colocado na boca

- ☐ necessidade de cuspir ou expelir o alimento
- ☐ engasgos
- ☐ tosse
- ☐ falta de ar
- ☐ fadiga, sonolência
- ☐ sudorese
- ☐ dificuldade em perceber os sabores: quais? _____
- ☐ medo de engolir
- ☐ odinofagia - dor durante a deglutição
- ☐ boca muito seca que dificulta o preparo do alimento na boca antes de ser engolido
- ☐ alterações no olfato

7 – Após a alimentação você apresenta:

- ☐ sobras de alimento na boca
- ☐ pigarro
- ☐ mau hálito
- ☐ alterações na voz - rouquidão
- ☐ sensação de comida parada na garganta
- ☐ sensação de dor ou aperto
- ☐ tosse
- ☐ refluxo

III – DADOS REFERENTES AOS CUIDADOS ALIMENTARES

8 - Quem prepara sua comida?

- ☐ você ☐ alguém da família
- ☐ funcionário do domicílio ☐ funcionário da instituição

9 – Diante a necessidade de auxílio, quem lhe ajuda no momento das refeições?

- ☐ filha ☐ filho ☐ nora ☐ genro ☐ irmão
- ☐ irmã ☐ netos ☐ enfermeira ☐ funcionário da instituição
- ☐ empregada domiciliar ☐ não necessito de auxílio
- ☐ marido ☐ esposa

IV – DADOS REFERENTES AO ASPECTO SOCIAL E EMOCIONAL

10 - Costuma fazer suas refeições:

- ☐ com a família ☐ sozinho ☐ com grupos de pessoas

11 – Você gostaria de se alimentar sozinho?

- ☐ sim ☐ não ☐ tanto faz

12 - Você come o que gosta ?

() sempre () raramente () nunca

13 – Você come sempre quando tem vontade?

() sim () não () às vezes

14 – Com qual frequência participa de atividades sociais (festas, reuniões, restaurantes) que incluam os momentos de alimentação com outras pessoas?

Antes da dificuldade em deglutir	Após a dificuldade em deglutir

15 - Sua dificuldade durante a alimentação faz com que:

- () fique deprimido?
- () coma menos do que gostaria?
- () evite situações sociais em que a alimentação está envolvida?
- () haja limitação em sua vida pessoal ou social?
- () se sinta constrangido perante terceiros numa atividade social que envolva a alimentação?

APÊNDICE B – Entrevista Semi-Estruturada realizada com os idosos

- 1- Relate alguma situação vivida em que a dificuldade durante a alimentação esteve presente.
- 2- O que significa prazer alimentar ? Ele está presente em sua vida cotidiana ?
- 3- Qual é a sua relação com a alimentação ? Por que é importante comer ?
- 4- A dificuldade de alimentação traz alguma limitação em sua vida ? Relate as coisas que você deixou de fazer ou as modificações ocorridas em decorrência desta dificuldade.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo de responsabilidade da Mestranda Vanessa Ponsano Giglio intitulado “As dificuldades de alimentação na vida cotidiana do idoso”, e o termo de consentimento livre e esclarecido datados de 15 de março 2001, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 26 de março de 2002, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde e com o GCP.



Prof. Odair Pimentel Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFGMS

Campo Grande, 30 de março de 2002.

ANEXO B – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por **Vanessa Ponsano Giglio**.

A finalidade deste estudo é discorrer sobre as quais dificuldades podem ser encontradas durante a alimentação nos indivíduos com mais de 60 anos, associando ou não tal fato ao processo de envelhecimento. Outro propósito é verificar as consequências das dificuldades apresentadas no que se refere ao aspecto nutricional e social. Poderão participar deste estudo os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com possibilidades de responder verbalmente as questões apresentadas durante a pesquisa. Os indivíduos portadores de acometimentos graves de saúde que impossibilitem sua comunicação oral, ainda que apresentem dificuldades durante a alimentação, não poderão ser selecionados para o estudo.

Você será solicitado a responder um questionário aplicado, que abordará dados relativos à dificuldade durante a alimentação, aos cuidados necessários, aos aspectos social e emocional que envolvem o problema. Numa segunda etapa, será entrevistado sobre a sua relação com a dificuldade durante a alimentação, sendo esta gravada em fita k-7 para posterior averiguação das informações.

O que se sabe a respeito deste tema é que, em decorrência de alterações próprias do envelhecimento como: alterações no paladar, nos dentes, musculatura, entre outros, algumas dificuldades podem surgir afetando a mastigação ou deglutição dos alimentos, interferindo qualidade de vida dos indivíduos. Pouco se sabe, porém, sobre os reflexos ou prejuízos sociais que tal fato pode acarretar aos indivíduos idosos integrados na sociedade.

Para tal estudo você necessitará de tempo suficiente para responder ao questionário (cerca de 15 minutos) e a entrevista que durará tanto tempo quanto forem suas informações a respeito do assunto. No entanto, por mais informações que você tenha a fornecer, supõe-se que necessitaremos de aproximadamente 1 hora para que consigamos um bom delineamento dos fatos. O número total de participantes deste estudo ainda não está definido, uma vez que necessitamos desta autorização dos indivíduos selecionados.

Você poderá experimentar certo constrangimento ao responder algumas perguntas, mas fique certo de que estará contribuindo para elucidações de questões importantes para o ser humano e suas relações.

Caso você concorde em participar deste estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, garantindo sua privacidade, uma vez que o interesse particular está no conteúdo das informações colhidas durante o questionário e entrevistas. Você será ainda informado a respeito de qualquer nova informação que possa alterar a sua vontade em continuar participando do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes a este estudo ligue para: 363-2102. Para perguntas sobre os seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFMS, no telefone 387-3093 – ramal 2299.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte dele, ou pode desistir a qualquer momento. Você não estará proibido de participar de novos estudos e receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do voluntário: _____ data: _____

Assinatura do pesquisador: _____ data: _____