



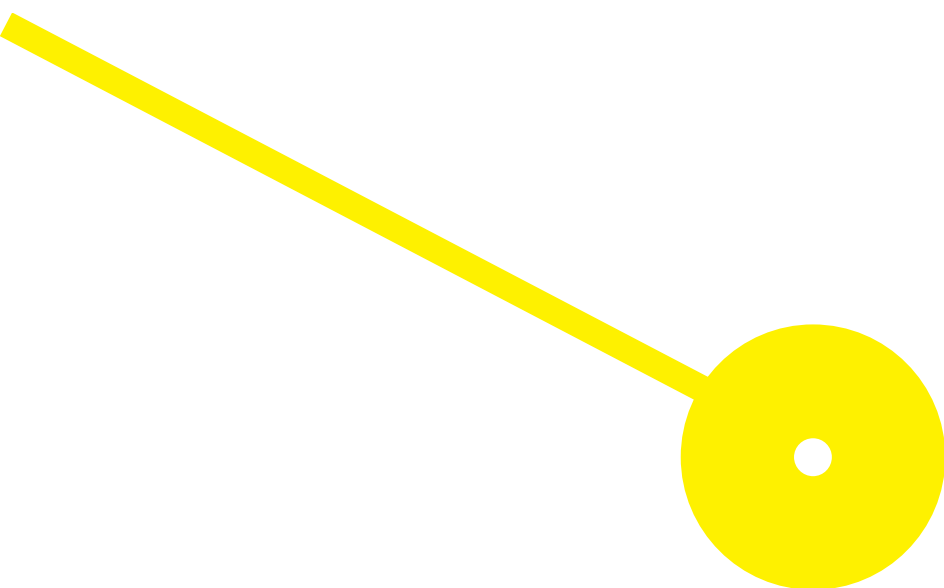
MESTRADO

Terapia da Fala – Práticas Avançadas em Fala

# Intervenção do Terapeuta da Fala, na área da alimentação, junto dos cuidadores de idosos institucionalizados

Cátia Patrícia Vítor Teixeira

09/2020



**SANTA CASA  
MISERICÓRDIA**  
**SANTA CRUZ**

**Intervenção do Terapeuta da Fala, na área da alimentação, junto dos cuidadores de idosos  
institucionalizados**

**Autor**

Cátia Patrícia Vítor Teixeira

**Orientador**

Professora Doutora Ana Brígida Francisco Patrício/ ESS-P.Porto

Relatório de Estágio apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em **Terapia da Fala – Práticas Avançadas em Fala** pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

## **Agradecimentos**

A elaboração do presente estudo foi um processo que exigiu dedicação e esforço, não podendo deixar de agradecer a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização do presente trabalho.

À Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz, especialmente aos auxiliares de ação direta e aos utentes, pois sem a colaboração destes a realização do presente estudo não seria possível.

À minha orientadora na Santa Casa da Misericórdia, Dra Carina Fernandes, pela disponibilidade e pela forma como realizou a minha integração na instituição, deixando-me sempre à vontade para dar sugestões e circular livremente por todo o espaço, dando-me autonomia para realizar todas as atividades que considerasse importantes para a realização do presente trabalho.

À minha orientadora, Professora Doutora Brígida Patrício por toda a dedicação, conhecimento, disponibilidade e debate de ideias que me fizeram ver vários aspetos numa outra perspetiva.

A todos os docentes que ao longo dos últimos anos foram transmitindo os seus conhecimentos, o que me permitiu conseguir realizar o presente trabalho tendo por base muitas das experiências por eles relatadas.

Aos meus pais, pela motivação, suporte emocional, toda a paciência nos momentos de maior *stress*, e pela compreensão nos longos momentos passados dedicada ao presente trabalho.

À minha irmã, pelos momentos de gargalhadas de forma a descontrair ao longo de todo este processo.

Aos meus amigos, pela paciência e compreensão em todos os momentos em que não consegui estar com eles por estar a elaborar o presente estudo, e por todo o apoio e motivação que sempre me transmitiram para a conclusão de mais uma etapa na minha vida.

## **Resumo**

O envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial com impacto em diferentes aspetos do dia-a-dia do idoso, sendo um deles a alimentação. O presente estudo segue uma metodologia de investigação-ação e tem os seguintes objetivos: 1) Identificar necessidades prementes dos utentes da SCMSC na área da mastigação e deglutição; 2) Intervir ao nível das necessidades identificadas: 2.1) Melhorar práticas dos profissionais intervenientes no processo de alimentação para melhorar a satisfação das necessidades dos utentes. O estudo passou por diferentes fases: recolha de dados por observação, questionários aplicados a auxiliares e idosos, avaliação da deglutição dos idosos, formação dos auxiliares, intervenção nos momentos de alimentação e reavaliação do processo. Os objetivos foram ajustados às necessidades encontradas ao longo das várias fases. A amostra total é constituída por 12 auxiliares de ação direta com idade média de 48,9 anos e 19 idosos, com idade média de 81,3 anos. Nem todos os idosos participaram em todas as fases do estudo devido aos critérios de inclusão e exclusão de cada fase. No fim da intervenção, verificaram-se diferenças no modo de atuação dos auxiliares e na sua opinião relativamente aos momentos de alimentação dos idosos. Os idosos referiram melhorias na mastigação e deglutição.

**Palavras-chave:** alimentação; idosos; auxiliares de ação direta; disfagia; envelhecimento

## **Abstract**

Aging is a process of progressive and differential degradation with impact in different aspects of elderly's daily life, such as feeding. This study follows an Action-Research methodology and aims to: 1) Identify the most urgent needs of SCMSC users in the area of chewing and swallowing; 2) Intervene in the needs identified, namely: 2.1) Improve the practices of professionals involved in the feeding process to better satisfy the needs of the users. The study went through different phases of data collection: application of observation grids; application of questionnaires to assistants and the elderly; swallowing assessment protocols to the elderly; assistants training; feeding intervention and reassessment process. The objectives were adjusted to the needs identified throughout the various phases. The study sample consists of 12 direct action aids, with an average age of 48,9 years and 19 elderly people, with an average age of 81,3 years. Not all the elderly people participated in all phases of the study due to the established inclusion and exclusion criteria.

At the end of the intervention, the auxiliaries changed their view about the elderly's feeding moments and their behaviour when feeding them. Regarding the elderly people, they found improvements in chewing and swallowing.

**Keywords:** feeding; elderly people; direct action aids; dysphagia; aging

## Índice

Introdução.....	1
1. Lares de idosos.....	3
2. Envelhecimento.....	3
2.1. Alterações decorrentes do envelhecimento.....	5
3. Deglutição.....	6
3.1. Tipos de Disfagia.....	8
3.2. Presbifagia.....	8
4. Papel do TpF num lar.....	9
5. Evidência científica acerca da alimentação de idosos institucionalizados.....	10
6. Métodos.....	13
6.1. Tipo e desenho de estudo.....	13
6.2. Objetivos do estudo.....	13
6.3. Instrumentos utilizados.....	14
6.4. Procedimentos para recolha e tratamento de dados.....	16
6.4.1. Fases do estudo.....	16
6.5. População e amostra.....	19
7. Resultados.....	21
8. Discussão.....	39
9. Conclusão.....	45
Referências Bibliográficas.....	46
Anexos.....	49
Anexo 1 – Protocolo de avaliação de disfagia <i>GUSS</i> .....	50
Anexo 2 – Protocolo de avaliação de disfagia <i>FOIS</i> .....	52
Apêndices.....	53
Apêndice 1 – Grelha de recolha de dados.....	54
Apêndice 2 – Questionário aos idosos.....	59
Apêndice 3 – Questionário aos auxiliares de ação direta.....	62
Apêndice 4 – Grelha de observação dos momentos de alimentação dos idosos.....	65
Apêndice 5 – <i>PowerPoint</i> da formação aos auxiliares de ação direta.....	67
Apêndice 6 – Grelhas de registo das sessões do plano de intervenção.....	83

## **Índice de Abreviaturas**

ASHA – *American Speech–Language–Hearing Association*

ESS-P. Porto – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

FOIS – *Funcional Oral Intake Scale*

GUSS – *Gugging Swallowing Test*

PARD – Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica do Risco para Disfagia

PUC Minas – Protocolo de Avaliação de Disfagia do Centro Clínico de Fisioterapia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

SCMSC – Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz

SEG – Sistema Estomatognático

SNG – Sonda Naso–Gástrica

TF – Terapia da Fala

TpF – Terapeuta da Fala

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Caraterização dos auxiliares de ação direta.....	20
<b>Tabela 2:</b> Dados da população de idosos institucionalizados na SCMSC (idade) .....	20
<b>Tabela 3:</b> Dados da amostra dos idosos institucionalizados que responderam ao questionário (idade) .....	20
<b>Tabela 4:</b> Resultados da avaliação da satisfação dos idosos com o momento da alimentação (Fase 1) (n=8) .....	22
<b>Tabela 5:</b> Resultados da avaliação da satisfação dos auxiliares com o momento da alimentação (Fase 1) – Parte 1.....	24
<b>Tabela 6:</b> Resultados da avaliação da satisfação dos auxiliares com o momento da alimentação (Fase 1) (n=12)– Parte 2.....	25
<b>Tabela 7:</b> Resultados da observação dos momentos de alimentação dos idosos (n=19).....	26
<b>Tabela 8:</b> Comportamentos dos auxiliares de ação direta nos momentos de alimentação (n=12)..	27
<b>Tabela 9:</b> Resultados das avaliações de deglutição pelo FOIS (n=19) e pelo GUSS (n=12) .....	28
<b>Tabela 10:</b> Registos das sessões de intervenção com os auxiliares (n=12) .....	31
<b>Tabela 11:</b> Resultados da avaliação da satisfação dos idosos com o momento da alimentação (Fase 1 e Fase 2) (n=8).....	33
<b>Tabela 12:</b> Resultados da avaliação da satisfação dos auxiliares com o momento da alimentação (Fase 1 e Fase 2) – Parte 1.....	36
<b>Tabela 13:</b> Resultados da avaliação da satisfação dos auxiliares com o momento da alimentação (Fase 1 e Fase 2) (n=12) – Parte 2.....	38

## **Introdução**

O presente relatório de estágio resulta do estágio realizado na Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz (SCMSC), entre os dias 9 de dezembro de 2019 e 28 de fevereiro de 2020, cumprindo um total de 308 horas. A instituição dispõe de vários serviços, tais como: Lar, Centro de Dia e Centro de Convívio. O Lar tem capacidade para 19 utentes, o Centro de Dia para 15 utentes e o Centro de Convívio para 20 utentes (Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz, 2019). No momento da recolha de dados a diretora do lar (assistente social) forneceu a seguinte informação acerca da caracterização de recursos humanos: a Instituição conta com duas enfermeiras, um médico, duas animadoras culturais, três cozinheiras, um motorista, duas lavadeiras, uma assistente social, uma nutricionista, doze auxiliares de ação direta, quatro auxiliares de serviços gerais e dois escriturários.

A primeira questão que se levantou aquando da realização deste estágio, mesmo antes de se conhecer a realidade da instituição no que respeita a idosos e às patologias que os mesmos apresentavam foi “De que forma o Terapeuta da Fala (TpF) pode fazer a diferença na vida dos idosos institucionalizados que apresentam um envelhecimento normal e patológico?”. Tendo em conta esta problemática, surgiram vários objetivos que, dada a natureza do estudo de investigação-ação, foram ajustados de acordo com as fases do trabalho. Assim sendo, os objetivos estabelecidos inicialmente foram: 1) Identificar as necessidades mais prementes dos utentes da SCMSC, no que diz respeito às áreas de intervenção do Terapeuta da Fala; 2) Intervir ao nível das necessidades identificadas, nomeadamente: 2.1) Intervir diretamente com os utentes, quando considerado pertinente; 2.2) Intervir junto de profissionais intervenientes nos processos para melhoria da prestação dos serviços aos utentes, e consequente satisfação das necessidades. Uma vez conhecida a realidade dos utentes da instituição estes objetivos foram adequados à dinâmica da instituição e às necessidades mais prementes dos utentes. Por conseguinte, os objetivos passaram a ser: 1) Identificar as necessidades mais prementes dos utentes da SCMSC na área da mastigação e deglutição; 2) Intervir ao nível das necessidades identificadas, nomeadamente: 2.1) Melhorar as práticas dos profissionais intervenientes no processo de alimentação para uma melhor satisfação das necessidades dos utentes. Numa fase posterior, estabeleceram-se, ainda, objetivos mais específicos no sentido de melhorar as práticas dos profissionais intervenientes no momento da alimentação. Assim, definiram-se os seguintes objetivos para os auxiliares: 1) Colocar os idosos sentados numa posição correta, no momento da alimentação, especificamente: 1.1) Colocar os idosos sentados com costas eretas, pés apoiados no chão e cabeça ereta (sem realizar flexão ou extensão), no momento da alimentação; 1.2) Colocar-se ao nível do idoso para o alimentar, a fim de este não ter de realizar extensão nem flexão da cabeça; 1.3) No leito, colocar o idoso num ângulo igual ou superior a 30 graus, nos momentos de alimentação, para o conseguir alimentar de forma segura; e 2) Facilitar o momento de mastigação e deglutição dos utentes,

nomeadamente: 2.1) Fazer uma ligeira pressão com a colher na base da língua do idoso, a fim de propulsionar os movimentos linguais para a preparação do bolo alimentar; 2.2) Verificar se o idoso já deglutiu os alimentos através da observação do movimento da laringe; e 2.3) Auxiliar o encerramento/abertura da cavidade oral, aplicando manobras que facilitam a abertura e encerramento da cavidade oral.

Com este estágio foi possível conhecer a realidade vivida num lar de idosos, percebendo de que forma o TpF pode intervir a fim de potencializar uma melhoria na vida dos idosos institucionalizados no que diz respeito às áreas de intervenção do TpF. Deste modo, e tendo por base os dados que foram recolhidos, a intervenção realizada e os resultados obtidos pretende-se contribuir para potenciar as competências dos utentes e dos profissionais que lá trabalham.

De uma forma geral, é também intenção deste trabalho dar a conhecer o trabalho do TpF em lares de idosos, não só divulgando o papel do TpF na própria instituição, aos seus profissionais e utentes, mas também dar a contribuir para a área profissional de TF no que diz respeito à intervenção destes profissionais em lares de idosos.

Tendo por base o supracitado, inicialmente o papel da estagiária no lar passou por observar as rotinas do lar e de que forma os idosos e auxiliares são envolvidos nas mesmas. Seguidamente, a estagiária aplicou questionários tanto aos utentes como aos auxiliares, para perceber qual a sua satisfação com os momentos de alimentação. Posteriormente, e tendo-se concluído que a melhor prática seria intervir ao nível da equipa, o trabalho da estagiária passou por dar formação, na área da deglutição, aos auxiliares. Nas semanas subseqüentes à formação, o trabalho da estagiária recaiu em realizar intervenção com os auxiliares nos diversos momentos em que estes alimentavam os idosos, sendo que, ao longo das várias semanas a estagiária colaborava com os auxiliares durante os vários momentos de alimentação.

## **1. Lares de idosos**

Um lar de idosos “Constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia.” (Bonfim, Garrido, Saraiva, & Veiga, 1996, p.7).

Os lares pertencentes às Santas Casas da Misericórdia proporcionam ao idoso um ambiente que lhe seja favorável e estimulante, promovendo a sua integração no grupo de idosos e na vida do lar. Estas instituições criam condições para que a independência e autonomia dos idosos perdurem o maior tempo possível, proporcionando a satisfação das suas necessidades básicas, assegurando um acompanhamento psicossocial, e promovendo as relações entre utente/família e utente/comunidade (Lourenço, 2014). Um lar de idosos acolhe utentes que apresentam envelhecimento normal e envelhecimento patológico.

## **2. Envelhecimento**

O envelhecimento normal, trata-se de uma fase de desenvolvimento humano em que ocorre um conjunto de consequências e/ou efeitos da passagem do tempo, sendo caracterizado como um processo de degradação progressiva e diferencial (Cancela, 2007; Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

Biologicamente o envelhecimento pode ser descrito como o retrocesso morfofuncional que afeta todos os sistemas fisiológicos (Moraes, Moraes, & Lima, 2010). É um processo que provoca alterações na velocidade do processamento da informação, aumentando o tempo para o processamento dos dados (ler, memorizar e compreender) (Souza, Borges, Vitória, & Chiappetta, 2009). O envelhecimento abrange os níveis biológico, psicológico e social, sendo um procedimento gradual que varia de indivíduo para indivíduo ao nível da velocidade e gravidade (Cancela, 2007; Fachine & Trompieri, 2012).

Segundo alguns autores, o envelhecimento pode ser classificado como: envelhecimento biológico, social e psicológico. O envelhecimento biológico diz respeito às alterações que cada órgão sofre, o que faz com que o seu funcionamento durante a vida e sua capacidade de auto-regulação se torne menos eficaz; o envelhecimento social refere-se aos hábitos e estatutos do indivíduo relativamente aos restantes membros da comunidade; por fim, o envelhecimento psicológico diz respeito às competências comportamentais do indivíduo relativamente às mudanças do ambiente (Cancela, 2007).

O envelhecimento pode ainda ser dividido em três: envelhecimento primário, envelhecimento secundário e envelhecimento terciário. O envelhecimento primário, mais conhecido por

envelhecimento normal ou senescência é, como já referido anteriormente, um processo gradual e progressivo do organismo, sendo um processo geneticamente determinado (Alberte, Ruscalleda, & Guariento, 2015; Birren & Schroots, 1996, Netto, 2002, *cit in*, Fachine & Trompieri, 2012). Por sua vez, o envelhecimento secundário ou patológico, refere-se ao processo de envelhecimento em que ocorrem doenças que não surgem no decorrer do envelhecimento normal, ou seja, são sintomas clínicos que incluem os efeitos das doenças e do meio ambiente (Birren & Schroots, 1996; Spirduso, 2005, *cit in*, Fachine & Trompieri, 2012). Finalmente, o envelhecimento terciário ou terminal, caracteriza-se pela fase de envelhecimento em que ocorrem profundas perdas físicas e cognitivas e pode ser associado à proximidade da morte do idoso (Birren & Schroots, 1996, *cit in*, Fachine & Trompieri, 2012). As perdas que ocorrem ao longo do envelhecimento relacionam-se na sua maioria com problemas de saúde, expressos na maioria dos casos através da aparência do corpo, tais como, as rugas e a descoloração do cabelo (Guerra & Caldas, 2010).

Estudos realizados afirmam existir uma relação entre o envelhecimento patológico e a qualidade de vida do idoso (Alberte, Ruscalleda, & Guariento, 2015; Santos, Andrade, & Bueno, 2009). Segundo o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, *WHOQOL Group*, a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (*World Health Organization*, 1996). Segundo Alberte, Ruscalleda e Guariento (2015) e Santos, Andrade e Bueno (2009), alguns fatores que podem influenciar o aparecimento do envelhecimento patológico são: a pobreza, as rupturas familiares, as doenças, a violência física e/ou psicológica, uma dieta não equilibrada, a falta de exercício físico, o tornar-se dependente de químicos e alto nível de *stress* físico e mental (Alberte, Ruscalleda, & Guariento, 2015; Santos, Andrade, & Bueno, 2009). Tanto estes factores como as doenças que por eles podem ser influenciados, podem, por conseguinte, influenciar a qualidade de vida do idoso (Alberte, Ruscalleda, & Guariento, 2015; Santos, Andrade, & Bueno, 2009).

De um modo geral, é possível fazer uma ligação entre a qualidade de vida e o envelhecimento. Para Paúl e Fonseca (2001) citados por Fonseca e Paúl (2007) as alterações de qualidade de vida de um idoso podem diferir de acordo com as exigências de cada idoso nas suas atividades de vida diária (p.e. cuidados com a alimentação e com a higiene), nas suas atividades instrumentais (p.e. ir ao supermercado e ir ao médico), e nas atividades valorizadas pelo próprio idoso como atividades de lazer (p.e. ler e passear). Os autores referem ainda que uma boa saúde física e mental não são sinónimo de qualidade de vida, pois a qualidade de vida depende do sentido e da orientação que cada pessoa atribui à própria vida. Deste modo, a qualidade de vida é considerada um conceito individual e cultural pois depende daquilo que cada sujeito valoriza na sua vida diária (Fonseca & Paúl, 2008).

Podemos, então, verificar que o envelhecimento está associado a vários fatores, sendo eles: fatores moleculares, celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos e sociais (Santos, Andrade, & Bueno, 2009) e que qualquer um deles pode influenciar a qualidade de vida da pessoa.

## **2.1. Alterações decorrentes do envelhecimento**

Com o envelhecimento normal ocorrem algumas alterações ao nível da respiração, motricidade, cognição, linguagem (nas suas componentes compreensiva e expressiva) e habilidades visuoespaciais/visuoperceptivas e auditivas (Cancela, 2007; Fachine & Trompieri, 2012; Moraes, Moraes, & Lima, 2010; Souza, Borges, Vitória, & Chiappetta, 2009).

Ao nível da respiração podem aparecer dificuldades como a diminuição da função pulmonar, alterações estruturais no aparelho respiratório, redução dos fluxos expiratórios, redução da força dos músculos respiratórios, diminuição da capacidade pulmonar de mobilização do ar e aumento da quantidade de ar retido nos pulmões após uma expiração (Cancela, 2007; Fachine & Trompieri, 2012; Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

Relativamente à motricidade, ao longo dos anos esta também vai sofrendo alterações provenientes do processo de envelhecimento. Alterações essas que podem ser a perda de massa muscular e a diminuição da força muscular de vários músculos. A alteração de força muscular pode afetar grupos musculares que auxiliam o processo de respiração, influenciando assim a respiração, como referido anteriormente, e o processo de deglutição (Fachine & Trompieri, 2012).

A alteração da força ao nível dos músculos orofaciais influencia também a alimentação, pois esta alteração da força poderá fazer com que o indivíduo seja menos eficaz no momento da mastigação. Ou seja, poderá apresentar dificuldade em manter os lábios fechados, descoordenação no movimento dos músculos da língua, excessiva contração da musculatura perioral e/ou do músculo mentoniano, movimentos inadequados da cabeça (elevação excessiva da cabeça) e projeção anterior da mandíbula. Estas alterações na musculatura orofacial dificultam o momento de alimentação, podendo levar, por exemplo, à ocorrência de escape anterior do alimento, devido à falta de encerramento total dos lábios no momento da mastigação; má formação do bolo alimentar causada pelos movimentos incoordenados da língua e pela excessiva contração muscular perioral; e risco de aspiração e/ou penetração originada pelos movimentos inadequados da cabeça, mais precisamente a sua elevação excessiva. Desta forma, e tendo em conta a relação existente entre a motricidade orofacial e a alimentação, o Tpf poderá ter um papel relevante na reabilitação destas áreas (Marchesan & Furkim, 2003).

O movimento de elevação da laringe é ainda outro aspeto associado às alterações da musculatura. A reduzida elevação da laringe contribuirá para o incompleto encerramento das vias aéreas, o que levará a um aumento do risco de aspiração, bem como a reduzida anteriorização da laringe contribuirá para a limitação da abertura do esófago no momento da deglutição. A repetição prolongada da elevação incompleta da laringe poderá provocar, ao longo do tempo, episódios de aspiração e penetração para consistências líquidas e pastosas. Em suma, estas alterações provocam a falta de proteção das vias aéreas o que poderá conduzir os idosos a pneumonia por aspiração (Silva & Cardoso, 2019). Uma vez que a principal função da deglutição é permitir que ocorra uma correta nutrição e hidratação do indivíduo, este é um processo que deverá ocorrer de forma segura e eficaz. Se ocorrer alguma alteração na integridade do sistema nervoso central e nas estruturas necessárias no processo de deglutição, a chegada do alimento desde a boca até ao estômago está comprometida, o que levará à desnutrição e desidratação do indivíduo (Silva, 2006; Silva & Cardoso, 2019).

Nestes casos, através da terapia miofuncional orofacial, e de manobras de correto posicionamento, o Tpf reabilitará as estruturas que se encontram alteradas devido ao envelhecimento, potenciando desta forma uma melhoria no funcionamento das estruturas orofaciais o que promoverá uma melhoria no momento da alimentação (mastigação e deglutição) (Marchesan & Furkim, 2003).

A linguagem é outra área afetada no processo de envelhecimento, sendo esta caracterizada pelas dificuldades de compreensão de mensagens longas ou complexas e pelo discurso repetitivo (Cancela, 2007). Um estudo realizado por Tubero (1999) constatou que com o aumento da idade os idosos apresentam dificuldade em aceder ao léxico, respostas lentas e uma baixa fluência do discurso. É ainda descrito um discurso com várias repetições e hesitações, o que torna o discurso abundante em repetição de ideias e em informações redundantes.

Por fim, relativamente à cognição, ao longo do envelhecimento ocorrem dificuldades de aprendizagem de novas tarefas, na memória a curto prazo, na recuperação e reprodução rápida de conceitos específicos ou nomes e diminuição da velocidade de processamento da informação e da resposta (Cancela, 2007; Moraes, Moraes, & Lima, 2010; Souza, Borges, Vitória, & Chiappetta, 2009).

### **3. Deglutição**

A deglutição é um processo neuromuscular contínuo, complexo e dinâmico que envolve diversas estruturas anatómicas sendo dependente da coordenação de uma sequência de comportamentos que originam o movimento eficiente e seguro que conduz os líquidos e sólidos desde a cavidade oral até ao estômago (Martins, 2016; Peixoto & Rocha, 2009).

Sabe-se que o processo de deglutição é dividido em quatro fases: fase oral preparatória, fase oral propriamente dita, fase faríngea e fase esofágica (Yamada, Siqueira, Xerez, Koch, & Costa, 2004). A fase oral preparatória é uma fase voluntária onde ocorre a preparação do alimento para auxiliar o processo de deglutição. Nesta fase ocorre a mastigação do alimento e a sua transformação num bolo homogêneo, com a ajuda da língua e da saliva (Yamada, Siqueira, Xerez, Koch, & Costa, 2004). No decorrer desta fase o alimento é colocado na cavidade oral e ocorre o encerramento labial, que impedirá que ocorra o escape anterior dos alimentos. Posteriormente, há movimentos bilaterais da língua e salivação que permite que o alimento seja transformado num bolo homogêneo e transportado para os lados na cavidade oral (Hughes, 2003). Por fim, o bolo alimentar é colocado sobre a língua, abaixo do palato duro dando início à fase oral propriamente dita (Marchesan, 2004, cit in, Martins, 2016). Esta é uma fase com uma duração variável que está condicionada por fatores como a idade, os hábitos individuais e a consistência do alimento, sendo que o tempo dito "normal" que o bolo alimentar deve permanecer na cavidade oral varia entre os 10 e 20 segundos (Logemann, 1998; Love & Webb, 2001; Marchesan, 1998, cit in, Peixoto e Rocha, 2009; Martins, 2016; Yamada, Siqueira, Xerez, Koch, & Costa, 2004).

A fase oral propriamente dita também é uma fase voluntária, e diz respeito ao movimento do bolo alimentar desde a cavidade oral até à faringe, após os movimentos linguais, com uma duração média de um segundo (Yamada, Siqueira, Xerez, Koch, & Costa, 2004). É através dos movimentos antero-posteriores e ondulatorios da língua que ocorre o posicionamento do bolo alimentar, formado no sulco central e o seu deslizamento até à base da língua. Neste momento existe a estimulação do pilar amigdalino anterior, que desencadeia o reflexo de deglutição. Seguidamente, o palato mole sobe de forma a bloquear a nasofaringe e a respiração é interrompida momentaneamente (Yamada, Siqueira, Xerez, Koch, & Costa, 2004).

A fase faríngea inicia-se com a contração do pilar amigdalino e com a subida do véu palatino para que ocorra o encerramento da nasofaringe, impedindo a regurgitação nasal. De seguida os músculos faríngeos contraem-se e a base da língua anterioriza para facilitar a passagem do bolo alimentar. Posteriormente, a epiglote inverte e a glote encerra para evitar aspirações, havendo um movimento anterior e superior do complexo hiolaríngeo. Após este processo ocorre o relaxamento do músculo cricofaríngeo para permitir a passagem do bolo alimentar para o esófago. Por fim, a musculatura faríngea e laríngea descontrai, as vias aéreas abrem e a respiração volta a ocorrer. Esta fase de deglutição não é passível de interrupção voluntária (Yamada, Siqueira, Xerez, Koch, & Costa, 2004).

Por último, a fase esofágica tem início com o relaxamento do esfíncter cricofaríngeo, o bolo alimentar entra no esófago e é transportado através deste até ao estômago, através de contrações involuntárias.

Este processo pode ocorrer num tempo de trânsito esofágico que varia entre 8 a 20 segundos (Yamada, Siqueira, Xerez, Koch, & Costa, 2004).

### **3.1. Tipos de Disfagia**

A disfagia é uma perturbação que ocorre numa das quatro fases da deglutição, sendo que surge de uma alteração a nível motor e/ou sensorial (Martins, 2016; Peixoto & Rocha, 2009). A disfagia é caracterizada por uma dificuldade em deglutir, o que significa que o processo de deglutição pode demorar mais tempo a ocorrer, ou ocorrer dentro do tempo dito “normal” mas de forma alterada, o que implicará maior esforço para movimentar os alimentos sólidos ou líquidos desde a boca até ao estômago (Gallagher, 2011).

Pode-se classificar as disfagias como disfagia orofaríngea e disfagia esofágica, sendo que esta denominação diz respeito à fase da deglutição que se encontra comprometida (Cassiani, Santos, Parreira, & Dantas, 2011; Gallagher, 2011).

A disfagia orofaríngea diz respeito a uma dificuldade na movimentação do bolo alimentar desde a cavidade oral até à faringe. Esta disfagia é comumente relatada em pacientes com a Doença de Alzheimer, pois os utentes apresentam dificuldades no reconhecimento do alimento que têm na boca e em iniciar o processo de deglutição. Em demências vasculares ocorrem dificuldades na mastigação e na coordenação da deglutição. Neste tipo de disfagia pode ocorrer tosse, engasgo, náusea, regurgitação nasal e/ou dificuldade respiratória devido a aspiração (Cassiani, Santos, Parreira, & Dantas, 2011).

A disfagia esofágica caracteriza-se pela dificuldade em movimentar o bolo alimentar pelo esófago, o que provoca ocorrência de espasmos esofágicos e regurgitação. Este tipo de disfagia está associado a indivíduos com refluxo gastroesofágico, diabetes, idade avançada e/ou varizes esofágicas. Nestes casos as queixas mais frequentes são odinofagia, dor torácica, sensação de pressão ou compressão durante a passagem do alimento, vômito e regurgitação (Gallagher, 2011).

### **3.2. Presbifagia**

A presbifagia corresponde ao envelhecimento natural das estruturas que participam no processo de deglutição, tendo por base a degeneração do sistema neuromuscular e as alterações morfofisiológicas que ocorrem no Sistema Estomatognático (SEG) (Santos, Andrade, Silva, & Menezes, 2018). A presbifagia pode ainda ser definida como a habilidade que o idoso tem de adaptar as mudanças na alimentação e deglutição que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento (Rodríguez, 2012).

Ao longo do processo de envelhecimento o SEG começa a apresentar hipofunção das várias estruturas anátomo-fisiológicas, tais como a diminuição da função de mastigação e de deglutição e a redução da força e massa muscular em zonas envolventes da cabeça (Fernandes & Melo, 2019).

Além das várias alterações que o SEG sofre ao longo do processo de envelhecimento, os idosos realizam adaptações de acordo com as várias consistências de alimentos de forma a tornar a alimentação um procedimento mais fácil e/ou seguro. Uma adaptação frequente é a ingestão de líquidos para conseguir deglutir (Santos, Andrade, Silva, & Menezes, 2018).

No decorrer da alimentação de pessoas com presbifagia é observável a lentificação do processo de mastigação e deglutição, refluxo gastroesofágico e o reflexo de tosse pode estar diminuído (Fernandes & Melo, 2019). Relativamente a sinais e sintomas podem ser observáveis várias deglutições para cada porção de alimento, tosse com frequência para líquidos, dificuldade em deglutir, pigarreio, vômito/náuseas e presença de resíduos alimentares na boca após a deglutição (Fernandes & Melo, 2019).

#### **4. Papel do TpF num lar**

Sabendo que o TpF é o profissional de saúde responsável pela prevenção, avaliação, intervenção e investigação científica de perturbações da comunicação humana, abrangendo todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, bem como a outras formas de comunicação não verbal e deglutição, considera-se que o TpF poderá ter um papel fundamental na intervenção com os idosos. Acrescenta-se, ainda, que o TpF avalia e intervém em indivíduos de todas as idades, desde recém-nascidos a idosos, sendo o seu objetivo primordial otimizar as capacidades de comunicação e/ou deglutição do indivíduo, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2007, *cit in*, Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala [APTF], 2019).

Segundo *Royal College of Speech & Language Therapists* (2010) citado por Lopes (2012) o objetivo do TpF que atua num contexto de lar de idosos passa por promover a comunicação humana com os diferentes interlocutores, bem como facilitar os momentos de alimentação dos idosos institucionalizados. A *American Speech-Language-Hearing Association* [ASHA] (2011) afirma que a missão de um TpF num lar incide na promoção da compreensão/análise dos efeitos do envelhecimento normal e patológico na linguagem, fala, audição e deglutição. Segundo, Gutierrez, Zanato, Pelegrini e Cordeiro (2009) o TpF deverá proporcionar ao idoso uma melhor qualidade de vida, nas áreas da fala, audição e alimentação, promovendo assim o seu bem-estar físico e emocional e potencializando o convívio social.

## **5. Evidência científica acerca da alimentação de idosos institucionalizados**

Ao longo do tempo têm sido realizados vários estudos acerca da importância de um TpF num lar, no que respeita às várias áreas de intervenção. Seguidamente serão apresentados diferentes estudos realizados em lares, onde o principal foco é a avaliação da deglutição e mastigação dos idosos institucionalizados. Esta foi a área de estudo escolhida para o presente trabalho pois ao fim de uma semana de observação na instituição onde o estágio decorreu, a maior dificuldade identificada foi a alimentação dos idosos. Deste modo, optou-se por fazer uma pesquisa sobre a temática já existente no que respeita aos momentos de alimentação dos idosos institucionalizados.

Dias e Cardoso (2009) realizaram um estudo com 15 idosos institucionalizadas num lar. O estudo tinha como objetivo caracterizar as mudanças miofuncionais orofaciais no envelhecimento. No final do estudo os autores concluíram que 80% das idosas referiram apresentar dificuldades na alimentação com alimentos sólidos, sendo que dessas, 33,3% afirmou sentir também dificuldade para deglutir comprimidos. No estudo foi ainda possível perceber que 13,3% dos idosos apresentava engasgos frequentes, em comparação a 6,7% que raramente afirmava se engasgar. Os autores concluíram que a alimentação é um processo que envolve áreas de atuação de diferentes profissionais, sendo que esta poderá ser facilitada quando realizado um trabalho interdisciplinar. Por fim, os autores verificaram a necessidade da intervenção de um TpF em lares de idosos, com o propósito de melhorar os aspetos relacionados com a deglutição e de orientar os funcionários e idosos preventivamente para esta problemática, de forma a estarem atentos a qualquer alteração que possa ocorrer.

Um estudo realizado por Roque, Bomfim e Chiari (2010) avaliou 30 idosos, do sexo feminino, que se encontravam institucionalizados. O estudo tinha como objetivo realizar uma descrição da dinâmica alimentar de idosas relativamente aos aspetos clínicos de deglutição, cognição, comportamentos e ambientes onde eram realizadas as refeições. Nos lares são visíveis diferentes problemas relacionados com a alimentação, sendo que estes incluem sinais de disfagia, dependência nos momentos de alimentação, consistência inadequada de alimentos, problemas de posicionamento e oferta rápida do alimento por parte do cuidador. Para a recolha de dados foi utilizado um protocolo de observação com questões de escolha múltipla. O protocolo incluía questões acerca das características da refeição/dieta, o ambiente onde a refeição era ingerida, os aspetos atitudinais e comportamentais no momento da refeição, a dependência alimentar e a assistência requerida/provida, os aspetos bucais, os problemas de deglutição e as dificuldades respiratórias. No que respeita à dependência nas atividades de vida diária 36,7% dos idosos mostrou-se completamente dependente para a realização das mesmas. Relativamente ao local onde os idosos eram alimentados, o estudo concluiu que 14 utentes eram alimentados no refeitório, 14 no quarto e 2 na sala de convívio. No que concerne à assistência nos

momentos de alimentação, 70,6% dos idosos necessitou de assistência, contudo 66,6% da assistência foi considerada inadequada, devido à quantidade de oferta de cada vez, pela ausência/diminuição das pistas e pelo aumento da velocidade de oferta do alimento. Adicionalmente, 46,7% das idosas eram alimentadas numa posição inadequada, 60% num ambiente ruidoso e 50% num ambiente com a presença de distratores visuais. Por fim, relativamente a alterações que ocorrem na deglutição, 23,3% apresentava resíduos alimentares após a deglutição, 20% tosse durante a alimentação e 16,7% alteração vocal após a deglutição. É importante referir que alterações cognitivas como a demência podem ser fatores de risco para a deglutição, pois ocorrem alterações na deglutição na fase oral preparatória. A medicação que o utente toma também tem influência na deglutição pois poderá levar a uma redução do tónus da musculatura fonoarticulatória e a uma diminuição do estado de alerta do utente no momento da alimentação. Deste modo, alterações cognitivas levam à determinação das consistências alimentares modificadas. No estudo analisado 50% das utentes apresentava diagnóstico de síndrome demencial. É de referir que 75% das idosas que apresentavam pobre ingestão oral tinham diagnóstico de demência, e ainda 12 das 17 utentes que requeriam ajuda no momento da alimentação também apresentavam demência. Em suma, o estudo realizado por Roque, Bomfim e Chiari (2010) concluiu que existem vários fatores que podem ser considerados um fator de risco para a deglutição, tais como fatores ambientais, cognitivos e comportamentais.

Em 2014, Oliveira, Delgado e Brescovici realizaram um estudo com 30 idosos (27 do sexo feminino e 3 do sexo masculino) institucionalizados num lar. Para a realização do estudo foram utilizados dois protocolos (avaliação das estruturas do SEG e observação de uma refeição em ambiente habitual de alimentação do idoso; e uma entrevista). A entrevista era composta por questões relativas a dados sociodemográficos, dados de saúde, tipo de alimentação e dificuldades alimentares autorreferidas. Por sua vez, o protocolo de avaliação abordava a morfologia, a postura, a tonicidade e a mobilidade das estruturas estomatognáticas, os aspetos dentários e o desempenho das funções de mastigação e deglutição. Os principais aspetos referidos pelos idosos foram preferência por alimentos macios (63,3%), dificuldade em mastigar algum alimento (56,7%) e necessidade de temperar mais a comida (46,7%). No decorrer do estudo foi ainda visível uma lentificação do ritmo mastigatório, aspeto justificado pelo envelhecimento das estruturas que tornam as ações motoras mais lentas e descoordenadas. O estudo concluiu que é importante a atuação de um TpF nos lares, com a finalidade de minimizar o impacto dos efeitos do envelhecimento nas funções estomatognáticas.

Cardoso, Teixeira, Baltezan e Olchik (2014) realizaram um estudo com 23 idosos institucionalizados (14 do sexo feminino e 9 do sexo masculino). O estudo tinha como objetivo investigar o impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Para o estudo foram utilizados 3 protocolos, uma avaliação de motricidade orofacial, o *Mini Mental State Examination* e o

questionário *Quality of Life in Swallowing Disorders*. No que concerne à deglutição, embora 65,2% dos idosos não tivesse feito referência a queixas no momento de deglutir, todos apresentavam alterações na deglutição no momento em que foi avaliada a motricidade orofacial. Das várias alterações encontradas no momento da deglutição, a presbifagia (82,6%) e a disfagia orofaríngea neurogénica (17,3%) foram as alterações que mais se manifestaram. Relativamente aos sinais clínicos de alteração de deglutição os mais visíveis foram a presença de mais de um sinal de alteração de deglutição (60,9%), o resíduo alimentar (21,7%) e a projeção anterior da língua (4,3%). Foram ainda retratados sintomas leves, sendo eles tosse, dificuldade de mastigação e pigarreio. Em suma, o estudo refere a importância da deteção precoce das alterações da deglutição, bem como a orientação e intervenção nas alterações de deglutição.

Por fim, em 2018, foi realizado um estudo por Salles, Melo, Salles e Lima que incluiu 17 idosas institucionalizadas num lar. Para avaliação das idosas foram utilizados dois protocolos, um para a avaliação da cognição e outro para avaliação da mastigação e deglutição. Para avaliar a cognição foi utilizado o *Mini Mental State Examination* e para avaliar a deglutição o Protocolo de Avaliação de Disfagia do Centro Clínico de Fisioterapia e Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Por fim, foi utilizado o Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica do Risco para Disfagia (PARD) para determinar o grau de disfagia. A partir da análise dos resultados do PUC Minas e do PARD os autores concluíram que eram visíveis diferentes alterações de deglutição dependendo da consistência dos alimentos. Para a consistência líquida foi visível um atraso no reflexo de deglutição (47,1%), auscultação cervical alterada (47,1%), voz molhada (29,4%) e presença de escape prematuro (23,5%). Na consistência alterada foi observável alteração na auscultação cervical (23,5%), atraso no reflexo da deglutição (21,5%) e voz molhada (21,5%). Por fim, na consistência sólida foi visível voz molhada (35,3%), auscultação cervical alterada (29,4%), aumento do tempo de trânsito oral (29,4%) e ausência de escape prematuro (17,4%). De um modo geral, 41,2% das idosas apresentam deglutição normal, 35,3% disfagia orofaríngea leve e 23,5% deglutição funcional. Tal como em estudos supracitados, o estudo de Salles, Melo, Salles e Lima (2018) afirma a importância de ações realizadas por um TpF num lar de idosos, de forma a influenciar os hábitos alimentares e consequentemente, diminuir das dificuldades associadas e o impacto na qualidade de vida desta população.

## **6. Métodos**

### **6.1. Tipo e desenho de estudo**

O presente trabalho apresenta o processo decorrido ao longo do estágio realizado na SCMSC. Por ser um estágio que envolveu avaliação das necessidades, formulação e reformulação de objetivos de acordo com a realidade encontrada, assim como intervenção propriamente dita, pode-se afirmar que a metodologia utilizada foi de investigação-ação. Este é um método prático que é aplicado com base na necessidade de resolver problemas reais. É participativo e colaborativo. O investigador intervém na realidade com ações deliberadas de acordo com as necessidades e, durante a investigação, ajusta os objetivos que vão sendo alterados por via da observação-ação que realiza e das mudanças implementadas. Este tipo de método é utilizado em grupos, coletividades e em algumas organizações, onde primeiramente é realizada uma investigação sem julgamentos, e posteriormente é aplicada uma intervenção. Neste tipo de estudo, e para aumentar a qualidade do mesmo, o investigador pode utilizar diversas fontes de dados, em diferentes momentos e situações, sendo que, pode aplicar o método de triangulação em vários aspetos da pesquisa. O método de triangulação diz respeito à comparação de dados obtidos tanto por abordagens quantitativas como por abordagens qualitativas, ou seja, adota diversos métodos para a análise de uma única questão ou objeto de estudo (Castro, 2012; Coutinho, *et al.*, 2009; Terence & Filho, 2006).

### **6.2. Objetivos do estudo**

Como referido anteriormente a população em estudo foram os utentes da SCMSC que frequentam o lar. Inicialmente foram definidos os seguintes objetivos: 1) Identificar as necessidades mais prementes dos utentes da SCMSC, no que diz respeito às áreas de intervenção do Terapeuta da Fala; 2) Intervir ao nível das necessidades identificadas, nomeadamente: 2.1) Intervir diretamente com os utentes, quando considerado pertinente; 2.2) Intervir junto de profissionais intervenientes nos processos dos serviços aos utentes, e conseqüentemente satisfação das necessidades. Após decorrida uma semana de observação na instituição onde o estágio decorreu, foram identificadas algumas necessidades/aspetos que possibilitaram o estabelecimento de objetivos mais específicos, sendo estes estabelecidos para a área da alimentação: 1) Identificar as necessidades mais prementes dos utentes da SCMSC na área da mastigação e deglutição; 2) Intervir ao nível das necessidades identificadas, nomeadamente: 2.1) Melhorar as práticas dos profissionais intervenientes no processo de alimentação para uma melhor satisfação das necessidades dos utentes. Numa fase posterior foram ainda identificados objetivos mais específicos no âmbito da intervenção com os auxiliares, nomeadamente: 1) Colocar os idosos sentados numa posição correta, no momento da alimentação,

especificamente: 1.1) Colocar os idosos sentados com costas eretas, pés apoiados no chão e cabeça ereta (sem realizar flexão ou extensão), no momento da alimentação; 1.2) Colocar-se ao nível do idoso para o alimentar, a fim de este não ter de realizar extensão nem flexão da cabeça; 1.3) No leito, colocar o idoso num ângulo igual ou superior a 30 graus, nos momentos de alimentação, para o conseguir alimentar de forma segura; e 2) Facilitar o momento de mastigação e deglutição dos utentes, nomeadamente: 2.1) Fazer uma ligeira pressão com a colher na base da língua do idoso, a fim de propulsionar os movimentos linguais para a preparação do bolo alimentar; 2.2) Verificar se o idoso já deglutiou os alimentos através da observação do movimento da laringe; e 2.3) Auxiliar o encerramento/abertura da cavidade oral, aplicando manobras que facilitam a abertura e encerramento da cavidade oral.

### **6.3. Instrumentos utilizados**

Relativamente aos instrumentos utilizados, inicialmente, e para melhor conhecer a instituição, o seu funcionamento e as características gerais dos utentes institucionalizados foram utilizadas grelhas para a recolha de dados acerca da instituição e acerca dos dados clínicos dos utentes (Apêndice 1). Com estas grelhas pretendeu-se recolher dados sobre os serviços que a instituição prestava e os serviços que lhe eram prestados, informações acerca dos profissionais que trabalhavam na instituição (quais os profissionais e quantos), como decorriam as rotinas nas diferentes valências e os dados gerais dos utentes que frequentavam a SCMSC, bem como os dados clínicos. Foi com base nas informações recolhidas relativamente aos dados clínicos dos utentes que frequentam o lar que se decidiu focar a intervenção na área da alimentação, uma vez que alguns utentes já tinham sido diagnosticados com disfagia.

Foram também aplicados questionários aos idosos (Apêndice 2), a fim de perceber qual a perceção do utente acerca dos seus momentos de alimentação; e por fim, questionários aos auxiliares de ação direta (Apêndice 3) a fim de perceber qual a perceção destes profissionais acerca dos momentos de alimentação de cada um dos utentes. Os questionários para os idosos e para os auxiliares de ação direta foram preenchidos em dois momentos diferentes, ou seja, o questionário foi preenchido numa fase inicial do estágio pelos auxiliares de ação direta e pelos idosos, e na semana seguinte ao término do estágio os mesmos auxiliares e idosos voltaram a preencher o questionário, a fim de ser feita uma comparação dos resultados antes e após a intervenção realizada pela TpF com os auxiliares de ação direta. Os questionários dos auxiliares continham perguntas sobre a caracterização dos momentos de alimentação de cada idoso, quais as maiores dificuldades que os auxiliares sentiam ao alimentar os idosos, o que gostariam de melhorar nos momentos de alimentação e a sua satisfação com os momentos de alimentação dos utentes. Foi utilizada uma escala de *Likert* para as diferentes questões,

com exceção das questões acerca das dificuldades dos auxiliares no momento de alimentar os idosos e o que estes gostariam de melhorar, onde foram utilizadas perguntas de escolha múltipla e resposta curta. No questionário dos idosos as perguntas seguiram o mesmo tema do questionário dos auxiliares e a mesma forma de resposta, contudo, a escala de *Likert* foi utilizada com cores e com caras com diferentes expressões faciais, de modo a facilitar a resposta dos idosos no que respeita à sua satisfação. Foram, ainda, utilizadas grelhas de observação (Apêndice 4) para obter informações acerca dos momentos de alimentação de cada idoso. Nestas tabelas foram recolhidos dados acerca da via de administração do alimento, o tipo de alimentos ingeridos, os utensílios utilizados, a autonomia no momento da alimentação e as ocorrências durante e após a refeição. Optou-se pela utilização de grelhas de observação nos momentos de alimentação, pois considerou-se relevante observar a forma como decorria o momento da alimentação, quer em termos de desempenho do idoso, quer do auxiliar de ação direta.

Foram também utilizados dois protocolos de avaliação da deglutição *Gugging Swallowing Test (GUSS)* (Anexo 1) (Trapl *et al.*, 2007) validado para português europeu por Ferreira, *et al.* (2018) e *Funcional Oral Intake Scale (FOIS)* (Anexo 2) (Crary, Mann, & Groher, 2005) validado para o português europeu por Dias (2015). Utilizou-se o protocolo de deglutição *GUSS* por ser um protocolo de aplicação fácil e rápida que permite identificar a capacidade de ingestão dos utentes nas diferentes consistências de alimentos, fornecendo no final da aplicação do protocolo uma escala de gravidade de disfagia, tendo por base as pontuações obtidas ao longo da aplicação. O *FOIS* foi outro protocolo utilizado para a avaliação da deglutição pois é uma escala de aplicação simples e de curta duração, que pode ser aplicada através da observação do utente no momento de refeição, sem que previamente se tenha de recorrer a uma avaliação funcional.

O *GUSS* é um protocolo que se divide em duas secções, “Secção 1. Avaliação preliminar/teste de deglutição indireto” e “Secção 2. Teste de deglutição direto.” Na Secção 1 são avaliados 5 aspetos, sendo que, se o utente obtiver pontuação entre 1 a 4 pontos nos aspetos avaliados não segue para as tarefas da Secção 2 e deve ser encaminhado para um médico fisiatra, por outro lado, se o utente obtiver 5 pontos realiza as tarefas da Secção 2. Na Secção 2, a avaliação da deglutição começa com a consistência semi-sólida, caso o utente obtenha a pontuação máxima (5 pontos) deve ser avaliada a consistência líquida e se aqui também obtiver a pontuação máxima (5 pontos) é testada a consistência sólida. Caso alguma das consistências não obtenha a pontuação máxima, a aplicação do protocolo deve ser terminada. Finalizada a aplicação do protocolo as pontuações de cada secção são somadas e com base no resultado obtido é consultada a tabela disponibilizada no *GUSS* para se verificar a gravidade da disfagia. Se o utente obtiver 20 pontos apresenta “Disfagia ligeira/sem disfagia”, entre 15 e 19 pontos “Disfagia ligeira”, entre 10 e 14 pontos “Disfagia moderada” e por último, entre 0 e 9 pontos “Disfagia

grave". O FOIS é um protocolo de avaliação da deglutição que não necessita de participação do utente, ou seja, é um instrumento de avaliação preenchido através da observação da alimentação do utente (Dias, 2015). O protocolo apresenta uma escala de 7 níveis, onde o Nível 1 representa "Nada por via oral" e o Nível 7 "Alimentação por via oral, sem restrições". Com base nisto, todos os outros níveis são descritos de forma sucinta especificando compensações ou preparações específicas dos alimentos. Para preencher o protocolo deve apenas ser assinalado o nível em que o utente que está a ser avaliado se encontra (Dias, 2015).

Na sequência do plano de intervenção com os profissionais (auxiliares de ação direta) foi realizada uma formação para os auxiliares de ação direta. Para este efeito, foi criada uma apresentação em *PowerPoint* (Apêndice 5) que abordou os seguintes tópicos: o que é a Disfagia, as suas causas, alguns dos seus sintomas, o papel do TpF na Disfagia, que posicionamento adotar no momento da alimentação, algumas sugestões para obter uma alimentação segura e no final foram realizados alguns exercícios práticos com as várias posturas a adotar e que não devem ser adotadas no momento de refeição.

Por fim, foram ainda utilizadas grelhas de registo das sessões do plano de intervenção (Apêndice 6) realizado ao longo do estágio. Estas grelhas continham os vários objetivos estabelecidos para cada uma das semanas com o nome de cada um dos auxiliares, sendo que havia um espaço para assinalar se cada objetivo tinha sido cumprido ou não. No final da grelha havia um espaço para algumas observações caso fosse necessário.

#### **6.4. Procedimentos para recolha e tratamento de dados**

O processo iniciou-se com a escolha de um local de estágio, sendo que posteriormente o mesmo foi contactado pela estudante e pela coordenação de Mestrado em Terapia da Fala da ESS-P.Porto para saber se era possível a realização do estágio. Após isto foi realizado um pedido de autorização de estágio à SCMSC por parte dos serviços da ESS-P.Porto. Nesta sequência, foi assinado um protocolo entre a ESS-P.Porto e a SCMSC no qual foram estabelecidos os compromissos de ambas as partes, de acordo com o Despacho ESS/PR-21/2018 – Regulamento Geral de Estágios de Cursos de 2º Ciclo da ESS-P.Porto. O estágio teve início aquando da autorização formal.

##### **6.4.1. Fases do estudo**

Uma vez que se trata de um estudo de investigação-ação, o presente estudo passou por diferentes fases ao longo do tempo. Importa referir que a maioria das fases requeriam participação tanto dos auxiliares de ação direta como dos idosos institucionalizados tendo sido todos eles informados acerca

das características da sua participação nas várias fases. Foi também comunicado que caso não quisessem participar no estudo/intervenção poderiam recusar a participação a qualquer momento e sem que daí adviessem quaisquer prejuízos. Devido aos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos obteve-se diferentes números de participações nas diferentes fases do estudo.

### **Fase 1 – Recolha de dados inicial**

Inicialmente foi implementada uma semana para recolha de dados, por observação, da dinâmica da instituição e das rotinas dos idosos que frequentam o lar da SCMSC. Neste período foi também recolhida informação acerca da constituição da equipa e dos quadros clínicos dos idosos. Estes dados foram recolhidos junto da assistente social e da enfermeira que se encontrava de serviço. Para o registo das informações foi utilizada a grelha apresentada no apêndice 1. Foi através desta recolha de dados que se percebeu que uma das fragilidades que deveria ser colmatada seria ao nível da alimentação dos idosos do lar. Pois através dos dados fornecidos pelas profissionais percebeu-se que havia idosos com disfagia e que no momento de alimentação dos mesmos não eram realizadas quaisquer adaptações, por parte dos cuidadores (auxiliares de ação direta) de forma a facilitar o momento de alimentação dos mesmos, tendo isto, despoletado a possibilidade da intervenção da TpF ser realizada com os auxiliares de ação direta na área da alimentação.

### **Fase 2 – Aplicação da 1ª fase de questionários**

Após a recolha de dados inicial foram criados questionários para aplicar aos idosos institucionalizados (Apêndice 2) e aos auxiliares de ação direta (Apêndice 3) a fim de se obter informações sobre a satisfação dos inquiridos nos momentos de refeição. Os questionários foram aplicados no decorrer de uma semana, de acordo com os turnos dos auxiliares. Os questionários aos idosos foram aplicados nos momentos em que estes não estavam a realizar nenhuma atividade, de forma a que os mesmos tivessem tempo para responder calmamente. Estes questionários foram aplicados e, com base nos seus resultados, foi planificada uma formação e um plano de intervenção para os auxiliares de ação direta. Ainda, de forma a conseguir adequar melhor a formação para os auxiliares, assim como criar um plano de intervenção mais adequado para os auxiliares de ação direta realizou-se um momento de observação dos momentos de alimentação dos idosos, e uma posterior aplicação de protocolos de avaliação de deglutição, a fim de se ter mais dados que sustentassem o plano de ação.

### **Fase 3 – Observação dos momentos de alimentação e aplicação de protocolos de avaliação da deglutição**

Nas semanas seguintes foram realizadas as observações dos momentos de alimentação (Apêndice 4) e avaliações da deglutição (Anexos 1 e 2). Para a observação da alimentação foi utilizada uma tabela

onde eram registados os vários aspetos relacionados com a alimentação de cada um dos idosos. As observações decorreram em vários momentos, pois numa única refeição não foi possível observar todos os parâmetros. As avaliações formais foram realizadas recorrendo aos protocolos de avaliação da deglutição *GUSS* (Anexo 1) e *FOIS* (Anexo 2). A implementação do *GUSS* decorreu fora da hora das refeições dos idosos, de forma a ser possível aplicar as várias consistências e quantidades sem interferir com os momentos de alimentação. O *FOIS* foi aplicado no decorrer das refeições de forma a se conseguir observar como decorre a deglutição do idoso sem qualquer intervenção por parte da TPF.

#### **Fase 4 – Elaboração do plano de ação**

Após a recolha de todos os dados supracitados foi preparada uma proposta de plano de ação que posteriormente foi apresentada à direção da instituição onde o estágio decorreu. Após aprovação do plano, o mesmo foi colocado em prática ao longo das restantes semanas de estágio.

Tendo por base todos os dados que tinham sido recolhidos optou-se por realizar um plano de intervenção direcionado para os auxiliares de ação direta. Esta escolha adveio do comportamento que os auxiliares adotavam no decorrer dos momentos de alimentação, das dificuldades que os idosos relataram sentir no preenchimento do questionário, e das dificuldades que os auxiliares afirmaram sentir no momento de alimentar os idosos. Deste modo, optou-se por dar formação inicial aos auxiliares relativamente à deglutição e à disfagia, e numa fase seguinte por acompanhar os auxiliares e idosos no momento da alimentação de forma a potenciar as competências dos idosos e a fornecer, aos auxiliares, as estratégias para a devida adequação e facilitação no momento da alimentação.

#### **Fase 5 – Ações de formação**

Depois de todos os dados recolhidos nos questionários, nas observações e nas avaliações decorreram as formações, de caráter teórico e prático, aos auxiliares de ação direta, tendo sido realizados registos cuja informação foi útil para a planificação do plano de intervenção implementado posteriormente. As formações foram realizadas com grupos de 3 auxiliares. A formação tinha como objetivo primordial que os auxiliares de ação direta adquirissem conhecimentos teóricos e práticos sobre deglutição e disfagia de forma a que, nos momentos de alimentação dos idosos, os auxiliares fossem capazes de os alimentar utilizando os conhecimentos que lhes tinham sido transmitidos anteriormente e melhor se pudessem adaptar às necessidades particulares de cada um dos utentes.

#### **Fase 6 – Aplicação do plano de intervenção**

Nas quatro semanas após a formação, deu-se início à aplicação do plano de intervenção aos auxiliares de ação direta (Apêndice 6). Ao longo da implementação do plano de intervenção eram feitos registos

diários acerca do cumprimento dos diversos objetivos que estavam estabelecidos para a semana que estava a decorrer. Nos registos referidos anteriormente era registado o desempenho de cada auxiliar em relação a cada objetivo delineado.

#### **Fase 7 – Aplicação da 2ª fase de questionários**

Na fase 7 foi aplicada a segunda fase dos questionários aos idosos (Apêndice 2) e aos auxiliares de ação direta (Apêndice 3).

#### **Fase 8 – Análise e interpretação dos resultados da intervenção**

Na fase final do estágio e tendo em conta que este é um estudo de investigação-ação procedeu-se à análise e reflexão acerca do realizado e obtido com o estudo/intervenção. Por conseguinte, foram analisados os resultados obtidos e foi feita uma reflexão acerca da forma como decorreu o estudo, os aspetos positivos do mesmo, e aspetos que podem ser melhorados em próximos estudos/estágios do mesmo género.

Todos os dados foram armazenados num computador (fixo) protegidos por uma palavra-passe, a que só a estagiária tinha acesso, e tratados recorrendo ao *Microsoft Excel 365*. No final da elaboração do presente relatório de estágio todos os dados foram destruídos de forma definitiva do computador onde tinham sido armazenados, bem como todos os questionários e grelhas de observação utilizadas.

Para a apresentação destes dados foram utilizadas tabelas uma vez que estas permitem expor diferentes dados recolhidos acerca do mesmo tópico, sendo uma forma fácil para consultar e compreender os diferentes os resultados obtidos.

### **6.5. População e amostra**

A intervenção foi realizada diretamente com os auxiliares de ação direta do lar da SCMSC numa tentativa de melhorar as práticas no momento da alimentação dos idosos e assim contribuir positivamente para a melhoria do momento de alimentação dos idosos da instituição. Para melhor conhecimento do contexto de intervenção importa caracterizar os dois grupos: auxiliares de ação direta e idosos. Como critérios de inclusão para os auxiliares de ação direta definiu-se o seguinte critério: 1) Auxiliares de ação direta que dão apoio aos idosos nos momentos das refeições; como critério de exclusão tem-se: 1) Auxiliares que dão apoio aos idosos nos momentos das refeições, mas que não são auxiliares de ação direta. Torna-se importante referir que os auxiliares que não são auxiliares de ação direta foram excluídos do presente estudo, uma vez que só em ocasiões excecionais é que desempenham a função de alimentar os idosos. Para os idosos foram criados critérios de inclusão e de

exclusão para as diferentes fases dos estudo que requeriam a sua participação. Numa fase inicial de observação foram incluídos todos os idosos, bem como na aplicação do protocolo de avaliação da deglutição *FOIS*, uma vez que não necessitava da participação direta dos utentes, contudo em fases seguintes foram criados critérios de inclusão. Assim, para o preenchimento dos questionários foi criado o seguinte critério de inclusão: 1) Idosos institucionalizados que apresentem competências de comunicação funcionais ao nível da compreensão e expressão. Para a aplicação do protocolo de avaliação da deglutição *GUSS* foi definido o critério de inclusão: 1) Idosos institucionalizados com capacidade de compreensão de ordens simples (p.e. abra a boca; mastigue; engula) dadas no momento da alimentação.

O grupo de auxiliares de ação direta é constituído por 12 auxiliares (11 mulheres e 1 homem), com idade média de 48,9 anos e uma média de 11,3 anos a exercer funções (Tabela 1).

**Tabela 1:** Caracterização dos auxiliares de ação direta

	Mulheres	Homens	Total
Tam (n)	11	1	12
Média de idades	49,64	41	48,92
Média dos anos de serviço	11,15	13	11,30

O grupo de idosos é constituído por 19 idosos, na sua maioria mulheres (n=13) com uma amplitude de idades de 64-93 anos e uma média de 82,7 anos (Tabela 2).

**Tabela 2:** Dados da população de idosos institucionalizados na SCMSC (idade)

	Mulheres (n=13)	Homens (n=6)	Total (n=19)
Idade mínima	64	63	63
Idade máxima	93	96	96
Idade média	82,69	78,17	81,26

Dos 19 idosos institucionalizados, 8 (5 mulheres e 3 homens) responderam ao questionário. Os participantes apresentavam uma média de 79,9 anos (Tabela 3).

**Tabela 3:** Dados da amostra dos idosos institucionalizados que responderam ao questionário (idade)

	Mulheres (n=5)	Homens (n=3)	Total (n=8)
Idade mínima	73	63	63
Idade máxima	93	80	93
Idade média	86,4	69	79,88

Importa referir a razão pela qual apenas 8 dos 19 utentes responderam ao questionário. Dos 11 utentes que não responderam ao questionário, 10 não conseguiram responder por apresentarem alguma(s) patologia(s) que os impede de compreender e comunicar com o interlocutor, quer seja através de fala, gestos ou imagens. Um utente recusou-se a responder.

## **7. Resultados**

### **Fase 1 – Recolha de dados inicial**

Com base nas informações recolhidas através da recolha de dados acerca dos dados clínicos dos utentes percebeu-se que umas das principais fragilidades a serem colmatadas recaía na área da alimentação. Foi também através da recolha de dados inicial que se surgiu a possibilidade da intervenção da TpF ser realizada com os auxiliares de ação direta, uma vez que ao longo dos momentos de refeição dos idosos não eram realizadas adaptações por parte dos auxiliares a fim de facilitar a alimentação dos utentes.

Todos os dados recolhidos inicialmente serviram de base para a elaboração do plano de intervenção que foi estabelecido.

### **Fase 2 – Aplicação da 1ª fase de questionários aos idosos**

Como referido anteriormente foram aplicados questionários tanto aos idosos (n=8) como aos auxiliares de ação direta (n=12) com a finalidade de perceber qual a sua satisfação com os momentos de alimentação dos idosos. Na primeira fase de aplicação dos questionários aos idosos os resultados mostram que a sua maioria (n=5) considera que o tempo que lhes é fornecido para o momento da refeição é “Sempre” adequado, contrastando com uma minoria (n=1) que considera que “Raramente” o tempo disponibilizado é apropriado (Tabela 4).

No que concerne à adequação dos alimentos, 2 utentes declararam que “Raramente” os alimentos são adequados, e 6 afirmaram que os alimentos são “Quase sempre” (n=3) ou “Sempre” (n=3) adequados (Tabela 4).

Na questão “Sente dificuldade em mastigar os alimentos?” 3 idosos afirmaram “Nunca”, 3 idosos disseram sentir dificuldades “Quase sempre”, e 1 idoso afirmou sentir “Sempre” dificuldades. Relativamente a sentir dificuldades em deglutir, a maioria dos utentes (n=5) respondeu “Nunca” sentir dificuldades, ao contrário de um outro participante que afirmou sentir “Sempre” dificuldades. Ainda, quando questionados sobre a existência de desconforto/dor no momento da alimentação 5 idosos afirmaram “Nunca” sentir qualquer tipo de ocorrência (Tabela 4).

No que diz respeito às maiores dificuldades sentidas pelos idosos no momento da refeição 3 idosos afirmaram ter dificuldade em “Conseguir mastigar o alimento”, 2 idosos disseram ter dificuldade em “Conseguir engolir o alimento” e 2 idosos disseram não ter qualquer tipo de dificuldade, o que foi incluído na opção “Outras”. Relativamente ao que os idosos gostariam de melhorar no momento da refeição a maioria das respostas recaiu em “Outras” (n=5), designadamente: gostariam que os alimentos fossem

mais bem cozinhados, mais variados e 1 utente afirmou que não gostava do facto da sopa ser sempre passada, que preferia comer a sopa com pedaços sólidos; ainda 3 idosos disseram que gostavam de “Ter mais facilidade em mastigar os alimentos” (Tabela 4).

Por fim, 5 idosos afirmaram estar “Satisfeitos” com o momento da refeição, 2 afirmaram estar “Nem satisfeito, nem insatisfeito” e 1 declarou estar “Muito satisfeito” (Tabela 4).

**Tabela 4:** Resultados da avaliação da satisfação dos idosos com o momento da alimentação (Fase 1) (n=8)

Perguntas	Respostas	n
Em geral, como caracteriza os momentos das suas refeições?	1 – Muito difícil	0
	2	2
	3	3
	4	2
	5 – Muito fácil	1
Do seu ponto de vista, o tempo de refeição é adequado para si?	1 – Nunca	0
	2	1
	3	0
	4	2
	5 – Sempre	5
Do seu ponto de vista, os alimentos que lhe dão são adequados para si?	1 – Nunca	0
	2	2
	3	0
	4	3
	5 – Sempre	3
Sente dificuldade em mastigar os alimentos?	1 – Sempre	1
	2	3
	3	1
	4	0
	5 – Nunca	3
Sente dificuldade em engolir os alimentos?	1 – Sempre	1
	2	0
	3	2
	4	0
	5 – Nunca	5
Sente dor/desconforto no momento da alimentação?	1 – Sempre	1
	2	0
	3	2
	4	0
	5 – Nunca	5
Engasga-se/tem tosse no momento da alimentação?	1 – Sempre	1
	2	0
	3	2
	4	2
	5 – Nunca	3
Durante a refeição quais são as maiores dificuldades que sente?	Conseguir mastigar o alimento	3
	Conseguir engolir o alimento	2
	Falta de tempo para o momento da alimentação	1
	Outras	2
Durante a refeição quais são as maiores dificuldades que sente?	Conseguir mastigar o alimento	3
	Conseguir engolir o alimento	2
	Falta de tempo para o momento da alimentação	1
	Outras	2

**Tabela 4:** (continuação)

O que gostava de melhorar no momento das refeições?	Ter mais tempo para comer	0
	Ter mais facilidade para mastigar os alimentos	3
	Ter mais facilidade para engolir os alimentos	2
	Comer alimentos mais variados	0
	Alimentos mais pequenos (p.e. cortados em pedaços pequenos)	2
	Outras	5
Qual a sua satisfação de um modo geral com o momento da alimentação?	1 - Nada satisfeito	0
	2	0
	3	2
	4	5
	5 - Muito satisfeito	1

## Fase 2 – Aplicação da 1ª fase de questionários aos auxiliares de ação direta

Para recolher informação sobre a satisfação dos auxiliares relativamente aos momentos de alimentação dos idosos foi aplicado um questionário aos 12 auxiliares que, para cada questão, responderam acerca de cada um dos utentes (n=19). Para cada uma das questões obteve-se um total de 228 respostas apresentadas na tabela 5. Para cada conjunto de respostas das opções da escala de *Likert* utilizada foi calculada uma média ponderada para verificar a quantos utentes essas respostas dizem respeito (Tabela 5).

Relativamente à caracterização da dificuldade considerada para o momento da alimentação, os 12 auxiliares responderam, na sua maioria, que consideram este momento “Muito fácil” (101 respostas), seguida da opção “Nem fácil nem difícil” (45 respostas). Uma minoria considerou que o momento da alimentação é “Difícil” ou “Muito difícil”, com um total de respostas de 27 e 23 respetivamente. Estes dados podem ser traduzidos em cerca de 8 idosos com uma alimentação “Muito fácil”, e cerca de 4 idosos com uma alimentação “Muito difícil” ou “Difícil” (Tabela 5).

No que concerne à questão “Alimentar cada um dos idosos é um aspeto que o preocupa?” a maioria das respostas recaíram na opção “Nada preocupado” (124 respostas), contrastando com a opção “Muito preocupado” (28 respostas). Ou seja, cerca de 10 idosos têm uma alimentação que não preocupa os auxiliares comparando com cerca de 2 idosos que são caso de preocupação para os auxiliares no momento da alimentação (Tabela 5).

Às questões “Depois de o idoso engolir a comida, a comida volta-lhe para a boca?”, “Ao longo da refeição o idoso cospe?”, “Ao longo da refeição o idoso vomita?”, “O idoso mantém a comida na boca sem a engolir?”, e “Tem de forçar o idoso a comer?” as respostas dos auxiliares recaíram na sua grande maioria no “Nunca” sendo o número de respostas 162, 170, 187, 175 e 138 respetivamente (Tabela 5). Estes dados dizem respeito a cerca de 14 idosos onde “Nunca” é visível a comida a voltar à boca depois de ser engolida, 14 idosos que “Nunca” cospem o alimento, 16 idosos que “Nunca” vomitam ao longo da

refeição, 15 idosos que “Nunca” mantêm a comida na boca sem a engolir, e 12 idosos que “Nunca” têm de ser forçados a comer (Tabela 5).

No que concerne à capacidade de mastigação do idoso, os auxiliares afirmaram ser “Muito boa” (112 respostas), significando que, cerca de 9 idosos apresentam boa capacidade para a mastigação, por outro lado a resposta “Muito má” foi a opção menos escolhida pelos auxiliares (13 respostas), o que diz respeito a apenas 1 idoso com “Muito má” capacidade de mastigação. Cerca de 4 idosos apresentam uma capacidade de mastigação nem boa nem má e 2 má, na perspectiva dos auxiliares de ação direta (Tabela 5).

**Tabela 5:** Resultados da avaliação da satisfação dos auxiliares com o momento da alimentação (Fase 1) – Parte 1

Perguntas	Respostas	Respostas dos vários auxiliares em relação a cada um dos idosos (total de respostas por pergunta =228)	Média de utentes
Como caracteriza o momento da refeição de cada um dos idosos?	1 - Muito difícil	23	1,92
	2	27	2,25
	3	45	3,75
	4	32	2,67
	5 - Muito fácil	101	8,417
Alimentar cada um dos idosos listados é um aspeto que o preocupa?	1 - Nada preocupado	124	10,33
	2	18	1,50
	3	43	3,58
	4	15	1,25
	5 - Muito preocupado	28	2,33
Para os idosos que recusam comer, em que momento da refeição começam a fazê-lo?	1 - No início	23	1,92
	2	9	0,75
	3	36	3,00
	4	19	1,58
	5 - No fim	6	0,50
	6 - Não aplicável	135	11,25
Depois de o idoso engolir a comida, a comida volta-lhe para a boca?	1 - Nunca	162	13,58
	2	34	2,83
	3	15	1,25
	4	12	1,00
	5 - Sempre	5	0,42
Ao longo da refeição o idoso cospe?	1 - Nunca	170	14,17
	2	16	1,33
	3	27	2,25
	4	6	0,50
	5 - Sempre	9	0,75
Ao longo da refeição o idoso vomita?	1 - Nunca	187	15,58
	2	6	0,50
	3	30	2,50
	4	4	0,33
	5 - Sempre	0	0
O idoso mantém a comida na boca sem a engolir?	1 - Nunca	175	14,58
	2	17	1,42
	3	24	2,00
	4	10	0,83
	5 - Sempre	2	0,17

**Tabela 5:** (continuação)

Tem de forçar o idoso a comer?	1 - Nunca	138	11,50
	2	31	2,58
	3	31	2,58
	4	11	0,92
	5 - Sempre	17	1,42
Como classificaria a capacidade de mastigação do idoso?	1 - Muito má	13	1,08
	2	20	1,67
	3	46	3,83
	4	37	3,08
	5 - Muito boa	112	9,33

Foram ainda recolhidos outros dados através do questionário realizado aos auxiliares. Diferentemente dos dados expostos anteriormente, os dados que se seguem (Tabela 6) dizem respeito à resposta de cada auxiliar (n=12) em relação ao grupo de idosos no geral (n=19).

Quando questionados sobre as maiores dificuldades que sentiam no momento de alimentar o idoso as respostas foram “Conseguir que o idoso abra a boca” (n=10), “Conseguir com que o idoso consiga engolir o alimento” (n=9) e “Recusa alimentar dos alimentos” (n=9) (Tabela 6).

No que concerne àquilo que os auxiliares gostavam que mudasse nos momentos de refeição dos idosos, 7 auxiliares afirmaram que gostavam de melhorar a “Facilidade com que os alimentos são engolidos” e 5 auxiliares gostavam de melhorar o “Tipo de alimentos oferecidos na hora das refeições” (Tabela 6).

Por último, 9 auxiliares disseram estar “Nem satisfeito nem insatisfeito” no que respeita ao momento da alimentação dos idosos. Relativamente, à classificação dos momentos de alimentação dos idosos, de um modo geral, as opiniões dividiram-se, pois 6 auxiliares afirmaram que os momentos de alimentação se encontravam num nível “Razoável” de classificação e os restantes 6 auxiliares dividiram-se de forma equitativa, entre os níveis “Mau”, “Bom” e “Muito bom” (Tabela 6).

**Tabela 6:** Resultados da avaliação da satisfação dos auxiliares com o momento da alimentação (Fase 1) (n=12)– Parte 2

Perguntas	Respostas	Auxiliares (n)
Ao longo dos momentos de alimentação dos idosos, quais as maiores dificuldades que sente?	Conseguir com que o idoso abra a boca	10
	Posicionamento do idoso durante a refeição	3
	Conseguir com que o idoso consiga engolir o alimento	9
	Falta de tempo para o momento da alimentação	0
	Recusa alimentar dos alimentos	9
	Outras	2

**Tabela 6:** (continuação)

O que gostava que melhorasse no momento das refeições dos idosos?	Rapidez dos momentos de refeição	0
	Facilidade com que os alimentos são engolidos	7
	Tipo de alimentos oferecidos na hora das refeições	5
	Outras	4
Qual a sua satisfação, de um modo geral, com o momento da alimentação dos idosos?	1 - Nada satisfeito	0
	2	0
	3	9
	4	1
	5 - Muito satisfeito	2
Neste momento como classificaria os momentos de refeição dos idosos, de um modo geral?	1 - Muito mau	0
	2	2
	3	6
	4	2
	5 - Muito bom	2

### Fase 3 – Observação dos momentos de alimentação e aplicação de protocolos de avaliação da deglutição

Foram recolhidos dados acerca da alimentação dos idosos através da observação dos momentos de alimentação. Essa observação resultou nos dados apresentados na Tabela 7. No que respeita à via de administração do alimento foi observado que 17 idosos eram alimentados por via oral e 2 por sonda naso-gástrica (SNG). Relativamente ao tipo de alimentos ingeridos apenas 8 dos 17 idosos que se alimentam por via oral consomem alimentos sólidos, e 17 ingerem alimentos com tipologias líquida e pastosa. Nos momentos das refeições 6 idosos são autónomos para se alimentar; 4 são autónomos, mas por vezes necessitam de ajuda; e 9 idosos são dependentes de ajuda para o momento da alimentação. No que concerne às ocorrências durante as refeições, 6 idosos apresentaram tosse e presença de resíduos na cavidade oral, 4 idosos evidenciaram escape anterior do alimento e 1 idoso mostrou sonolência durante a refeição. Após a refeição, 3 idosos evidenciaram tosse e 1 idoso presença de resíduos na cavidade oral (Tabela 7).

**Tabela 7:** Resultados da observação dos momentos de alimentação dos idosos (n=19)

		n
<b>Via de administração do alimento</b>	Oral	17
	SNG	2
	PEG	0
<b>Tipo de alimentos ingeridos</b>	Líquidos	17
	Pastosos	17
	Sólidos	8
<b>Autonomia no momento da alimentação</b>	Autónomo	6
	Autónomo, mas por vezes necessita de ajuda	4
	Dependente de ajuda	9

**Tabela 7:** (continuação)

<b>Ocorrências durante a alimentação</b>	Tosse	6
	Voz molhada	0
	Cianose	0
	Escape anterior do alimento	4
	Presença de resíduos na cavidade oral	6
	Dispneia	0
	Taquipneia	0
	Apneia	0
	Sonolência	1
<b>Ocorrências após a alimentação</b>	Tosse	3
	Voz molhada	0
	Cianose	0
	Escape anterior do alimento	1
	Presença de resíduos na cavidade oral	1
	Dispneia	0
	Taquipneia	0
	Apneia	0
	Sonolência	0

Na observação dos momentos de alimentação dos idosos também foi possível observar o comportamento dos auxiliares ao alimentar cada um dos idosos. A partir desta observação foi possível verificar que 2 dos comportamentos recomendáveis para esta prática eram cumpridos pela totalidade dos auxiliares (n=12), sendo estes “Quando o idoso se engasga espera que pare, para lhe colocar mais alimento na boca” e “Dá o alimento a uma temperatura adequada ao idoso”. Os comportamentos menos praticados pelos auxiliares foram “Respeita a velocidade com que o idoso realiza a mastigação/deglutição” e “Permite que o idoso coma sozinho (se o idoso apresentar capacidades motoras)”, contudo, a maior parte pratica-os (n=9) (Tabela 8).

**Tabela 8:** Comportamentos dos auxiliares de ação direta nos momentos de alimentação (n=12)

<b>Comportamentos dos auxiliares ao alimentar os idosos</b>	<b>n</b>
Está colocado a uma altura ao nível do idoso para o alimentar.	10
Coloca o idoso numa posição adequada para o alimentar.	10
Quando o idoso se engasga espera que pare, para lhe colocar mais alimento na boca.	12
Respeita a velocidade com que o idoso realiza a mastigação/deglutição.	9
Dá o alimento a uma temperatura adequado ao idoso.	12
Permite que o idoso coma sozinho (se o idoso apresentar capacidades motoras).	9

Para uma melhor avaliação da capacidade de deglutição de cada idoso foram aplicados os protocolos *FOIS* e *GUSS*. O *FOIS* foi aplicado a todos os utentes que frequentam o lar da SCMSC (n=19), uma vez que é um protocolo preenchido apenas através de observação direta dos momentos de alimentação. Por sua vez, como o *GUSS* é um protocolo que requer a colaboração dos utentes, este foi apenas aplicado aos utentes que conseguiam colaborar na tarefa de alimentação (n=12). Através da aplicação do *FOIS* os resultados mostraram que a maioria dos idosos (n=7) se encontra no nível 6 “Alimentação por via oral utilizando várias consistências, sem preparação especial mas com limitação para alimentos específicos” e no nível 7 “Alimentação por via oral, sem restrições” (n=6). Por sua vez, através da

aplicação do *GUSS* percebeu-se que a maioria dos idosos (n=8) apresenta “Disfagia ligeira/sem disfagia” e 3 idosos “Disfagia grave” (Tabela 9).

**Tabela 9:** Resultados das avaliações de deglutição pelo *FOIS* (n=19) e pelo *GUSS* (n=12)

<i>FOIS</i>		<i>GUSS</i>	
Nível de Disfagia	n	Nível de Disfagia	n
Nível 1	2	Disfagia ligeira/sem disfagia	8
Nível 2	0	Disfagia ligeira	1
Nível 3	0	Disfagia moderada	0
Nível 4	3	Disfagia grave	3
Nível 5	1		
Nível 6	7		
Nível 7	6		

### Fase 5 – Ações de formação

Tendo por base os dados relatados como a dificuldade referida pelos auxiliares ao nível da deglutição dos alimentos pelos idosos, a sua vontade de melhoria neste aspeto, a necessidade de dotar os auxiliares de estratégias que facilitassem a tarefa de alimentar os idosos detetada nas observações realizadas e considerando uma forma de chegar até todos os utentes do lar, ainda que de forma indireta, pensou-se em incidir a intervenção nos auxiliares de ação direta. Por conseguinte, decidiu-se, em conjunto com os responsáveis da instituição, começar por dar formação teórica e prática a estes profissionais.

A formação foi composta por uma parte de exposição teórica e uma demonstração prática para aplicação dos conhecimentos em exercícios realizados com os auxiliares. Houve também lugar para a aplicação das técnicas nos momentos da refeição dos idosos, em conjunto com os auxiliares. Ao longo da formação foram abordados os seguintes conteúdos: definição de disfagia, causas e sintomas da disfagia, papel do terapeuta da fala na disfagia, posicionamento a adotar nos momentos de alimentação, dicas para uma alimentação segura e, no final, foram realizados exercícios práticos relativos ao posicionamento no momento da alimentação.

A maioria dos participantes na formação demonstrou interesse nos conteúdos apresentados e envolveu-se nas atividades, fazendo, inclusivamente, paralelismo entre o que estava a ser abordado e os vários casos da SCMSC que apresentavam alguns sinais e/ou sintomas. A menor participação restringiu-se a uma minoria de auxiliares que referiu já conhecer algumas das técnicas apresentadas. Algumas técnicas/exercícios práticos foram aplicados no momento da refeição dos idosos a pedido dos auxiliares. Por fim, é importante referir que embora alguns auxiliares tenham referido que já tinham conhecimento de alguns dos conteúdos abordados e da sua importância ao longo do processo de alimentação dos idosos, por vezes, devido à falta de tempo e à rotina acabavam por descurar alguns cuidados. Alguns conteúdos foram novidade para alguns auxiliares, nomeadamente, o posicionamento

do idoso e da cabeça do mesmo durante o momento da refeição, pois não se tinham apercebido que o mau posicionamento podia afetar a alimentação.

Resultante desta fase surgiu o plano de intervenção a implementar diretamente com os auxiliares no momento da alimentação dos idosos.

### **Fase 6 – Aplicação do plano de intervenção**

Ao longo das várias sessões de intervenção com os auxiliares foram visíveis alguns aspetos que se tornam importantes referir e que estão apresentados na Tabela 10. No decorrer da primeira semana de sessões de intervenção com os auxiliares a maioria dos auxiliares de ação direta conseguiu atingir os objetivos que estavam estabelecidos, contudo houve um auxiliar que apresentou dificuldades em atingir o objetivo 1.1 (Tabela 10).

Na segunda semana todos os auxiliares conseguiram atingir os objetivos que tinham sido propostos, apresentando assim uma melhoria relativamente à semana anterior (Tabela 10).

Na semana que se sucedeu, os auxiliares conseguiram cumprir o que tinha sido estabelecido para aquela semana, todavia, no objetivo 1.4 houve um auxiliar que apresentou dificuldade no posicionamento do idoso quando não tinha orientações por parte da TpF (Tabela 10).

Por fim, na última semana de intervenção a maioria dos objetivos foram atingidos, contudo, no objetivo 1.4 foram visíveis, em vários auxiliares, falhas no posicionamento dos idosos no momento da refeição, quando o TpF não fornecia orientações (Tabela 10).

### **Fase 7 – Aplicação da 2ª fase de questionários aos idosos**

Após a intervenção realizada com os auxiliares de ação direta ao longo do período de estágio os idosos responderam novamente a um questionário (igual ao que tinha sido realizado no início do estágio) a fim de auscultar novamente a sua opinião sobre a sua satisfação relativamente aos momentos de alimentação.

Na segunda fase de aplicação dos questionários aos idosos foram verificadas algumas diferenças nas respostas relativamente ao que tinha sido declarado na primeira fase, principalmente no que diz respeito a 5 questões (Tabela 11).

As questões onde não foram verificadas diferenças nas duas fases dos questionários foram “Em geral, como caracteriza os momentos das suas refeições?”, “Do seu ponto de vista, o tempo de refeição é adequado para si?”, “Sente dor/desconforto no momento da alimentação?”, “Durante a refeição quais

são as maiores dificuldades que sente?”, e “Qual a sua satisfação de um modo geral com o momento da alimentação?” (Tabela 11).

Relativamente às questões que apresentaram diferenças nas duas fases dos questionários, obteve-se as seguintes respostas. À pergunta “Do seu ponto de vista, os alimentos que lhe dão são adequados para si?” numa primeira fase 3 utentes responderam “Quase sempre” e 3 utentes “Sempre”, o que difere da segunda fase, onde 5 utentes referiram que os alimentos estavam “Quase sempre” adequados e nenhum utente referiu o facto dos alimentos estarem “Sempre” adequados (Tabela 11).

À questão “Sente dificuldade em mastigar os alimentos?” as diferenças foram visíveis na medida em que numa primeira fase 3 utentes afirmaram sentir “Quase sempre” dificuldade em mastigar os alimentos e numa segunda fase houve um decréscimo de um utente a fazer esta afirmação, ou seja, na segunda fase 2 utentes afirmaram sentir “Quase sempre” dificuldade ao mastigar os alimentos, o que implica um aumento da resposta “Às vezes” (n=3) na segunda fase de questionários (Tabela 11).

Na primeira e segunda fase dos questionários a maioria dos idosos afirmou “Nunca” sentir dificuldade em engolir os alimentos (n=5). Contudo, a diferença entre as respostas dadas recai no facto de na primeira fase um utente ter afirmado sentir “Sempre” dificuldade em engolir e numa segunda fase nenhum ter respondido “Sempre”. Aumentou o número de respostas para a opção “Nunca” (n=6) (Tabela 11).

À pergunta “Engasga-se/tem tosse no momento da alimentação?” foram visíveis diferentes respostas nas duas fases dos questionários. Na primeira fase a maioria das respostas recaiu nas opções “Raramente” (n=2) e “Nunca” (n=3), sendo que houve um utente a referir que se engasgava ou tinha “Sempre” tosse no momento da refeição. Na segunda fase de questionários a maioria dos utentes também respondeu “Raramente” (n=3) e “Nunca” (n=4), mas com um aumento do número de utentes a dar estas respostas. Houve, portanto, um aumento dos indivíduos que “Raramente” e “Nunca” sentem tosse ou se engasgam no momento da refeição. Nenhum indivíduo respondeu “Sempre” (Tabela 11).

Por fim, à questão “O que gostava de melhorar no momento das refeições?” os utentes afirmaram que gostavam de “Ter mais facilidade para engolir os alimentos” (n=3) e de “Ter mais facilidade para mastigar os alimentos” (n=4). Estes resultados refletem um aumento de idosos a referir as opções acima mencionadas, pois numa primeira fase dos questionários apenas 2 utentes tinham referido que gostariam de “Ter mais facilidade para engolir os alimentos” e 3 utentes tinham feito referência ao facto de gostarem de “Ter mais facilidade para mastigar os alimentos” (Tabela 11).

**Tabela 10:** Registos das sessões de intervenção com os auxiliares (n=12)

		1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana
		n	n	n	n
<p><b>1.1)</b> Colocar os idosos sentados numa posição correta, nomeadamente com costas eretas e pés apoiados no chão e cabeça ereta (sem realizar flexão ou extensão), no momento da alimentação, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve exemplificar como o idoso deve estar colocado no momento da alimentação e sempre que necessário ajustar a posição do mesmo (se necessário utilizar almofadas para o idoso ficar apoiado).</p>	Aplicou	11	12		
	Não aplicou	1	0		
<p><b>1.2)</b> Colocar-se ao nível do idoso para o alimentar, a fim de este não ter de realizar extensão nem flexão da cabeça, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve colocar-se numa posição ao nível do idoso para o alimentar, para que os auxiliares percebam as diferenças entre estar ao nível do idoso e estar num nível diferente. Sempre que necessário, a TpF poderá corrigir a posição em que o auxiliar se encontra a alimentar o idoso.</p>	Aplicou	12	12		
	Não aplicou	0	0		
<p><b>1.3)</b> No leito, colocar o idoso num ângulo igual ou superior a 30 graus, nos momentos de alimentação, para o conseguir alimentar de forma segura, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve colocar o idoso na posição correta. Quando os auxiliares estiverem a alimentar o idoso numa posição incorreta, a TpF deverá ajudar o auxiliar corrigir o posicionamento do mesmo.</p>	Aplicou		12	12	
	Não aplicou		0	0	
<p><b>1.4)</b> Colocar os idosos sentados numa posição correta, nomeadamente com costas eretas, pés apoiados no chão e cabeça ereta (sem realizar flexão ou extensão), no momento da alimentação, sem auxílio da TpF.</p>	Aplicou			11	9
	Não aplicou			1	3
<p><b>1.5)</b> Colocar-se ao nível do idoso para o alimentar, a fim de este não ter de realizar extensão nem flexão da cabeça, sem auxílio da TpF.</p>	Aplicou			12	12
	Não aplicou			0	0

**Tabela 10:** (continuação)

1.6) No leito, colocar o idoso num ângulo igual ou superior a 30 graus, nos momentos de alimentação, para o conseguir alimentar de forma segura, sem auxílio da TpF.	Aplicou			12
	Não aplicou			0
2.1) Fazer uma ligeira pressão com a colher na base da língua do idoso, a fim de propulsionar os movimentos linguais para a preparação do bolo alimentar, sendo que posteriormente irá direcionar o bolo alimentar para o momento da deglutição, com auxílio da TpF. Para auxiliar a TpF deve exemplificar num dos idosos como realizar pressão com a colher na base da língua. Quando algum auxiliar estiver a alimentar um idoso, auxiliar sempre que este solicitar ajuda ou sempre que seja visível que é necessária a intervenção da TpF.	Aplicou		12	12
	Não aplicou		0	0
2.2) Verificar se o idoso já deglutiu os alimentos através da observação do movimento da laringe, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve estar junto do auxiliar no momento da alimentação e explicar-lhe como pode saber se o idoso já realizou a deglutição através do movimento da laringe.	Aplicou			12
	Não aplicou			0
2.3) Auxiliar o encerramento/abertura da cavidade oral, aplicando manobras que facilitam a abertura e encerramento da cavidade oral, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve exemplificar como as manobras são utilizadas e aplicá-las nos idosos e ajudar os auxiliares a aplicá-las quando estes sentirem dificuldade.	Aplicou			12
	Não aplicou			0
2.4) Fazer uma ligeira pressão com a colher na base da língua do idoso, a fim de propulsionar os movimentos linguais para a preparação do bolo alimentar, sem auxílio da TpF.	Aplicou			12
	Não aplicou			0
2.5) Verificar se o idoso já deglutiu os alimentos através da observação do movimento da laringe, sem auxílio da TpF.	Aplicou			12
	Não aplicou			0
2.6) Auxiliar o encerramento/abertura da cavidade oral, aplicando manobras que facilitam a abertura e encerramento da cavidade oral, sem auxílio da TpF.	Aplicou			12
	Não aplicou			0

**Tabela 11:** Resultados da avaliação da satisfação dos idosos com o momento da alimentação (Fase 1 e Fase 2) (n=8)

Perguntas	Respostas	Fase 1	Fase 2
		n	n
Em geral, como caracteriza os momentos das suas refeições?	1 – Muito difícil	0	0
	2	2	2
	3	3	3
	4	2	2
	5 – Muito fácil	1	1
Do seu ponto de vista, o tempo de refeição é adequado para si?	1 – Nunca	0	0
	2	1	1
	3	0	0
	4	2	2
	5 – Sempre	5	5
Do seu ponto de vista, os alimentos que lhe dão são adequados para si?	1 – Nunca	0	0
	2	2	2
	3	0	1
	4	3	5
	5 – Sempre	3	0
Sente dificuldade em mastigar os alimentos?	1 – Sempre	1	1
	2	3	2
	3	1	2
	4	0	0
	5 – Nunca	3	3
Sente dificuldade em engolir os alimentos?	1 – Sempre	1	0
	2	0	0
	3	2	2
	4	0	0
	5 – Nunca	5	6
Sente dor/desconforto no momento da alimentação?	1 – Sempre	1	1
	2	0	0
	3	2	2
	4	0	0
	5 – Nunca	5	5
Engasga-se/tem tosse no momento da alimentação?	1 – Sempre	1	0
	2	0	1
	3	2	0
	4	2	3
	5 – Nunca	3	4
Durante a refeição quais são as maiores dificuldades que sente?	Conseguir mastigar o alimento	3	3
	Conseguir engolir o alimento	2	2
	Falta de tempo para o momento da alimentação	1	1
	Outras	2	2

**Tabela 11:** (continuação)

O que gostava de melhorar no momento das refeições?	Ter mais tempo para comer	0	0
	Ter mais facilidade para mastigar os alimentos	3	4
	Ter mais facilidade para engolir os alimentos	2	3
	Comer alimentos mais variados	0	0
	Alimentos mais pequenos (p.e. cortados em pedaços pequenos)	2	2
	Outras	5	3
Qual a sua satisfação de um modo geral com o momento da alimentação?	1 - Nada satisfeito	0	0
	2	0	0
	3	2	2
	4	5	5
	5 - Muito satisfeito	1	1

### Fase 7 – Aplicação da 2ª fase de questionários aos auxiliares de ação direta

Na segunda fase de aplicação de questionários aos auxiliares de ação direta utilizou-se o mesmo modelo de questionário, ou seja, aplicou-se um questionário aos 12 auxiliares que, para cada questão, responderam acerca de cada um dos utentes (n=18). Obteve-se um total de 216 respostas para cada uma das questões apresentadas (Tabela 12).

Relativamente à questão “Como caracteriza o momento da refeição de cada um dos idosos?” na segunda fase de questionários obteve-se 96 respostas para a opção “Muito fácil” (correspondente a 8 idosos), seguida de 50 respostas para a opção “Nem fácil nem difícil” (4 idosos), por fim, as respostas “Difícil” e “Muito difícil” com 17 e 16 respostas respetivamente (ambas correspondentes a 1 idoso), sendo assim, as respostas menos dadas pelos auxiliares de ação direta. Relativamente à primeira fase dos questionários as respostas foram semelhantes para o item “Muito fácil”, verificando-se, adicionalmente, uma redução do número de respostas para “Difícil” e “Muito difícil” (correspondendo a menos 1 idoso por categoria de resposta) (Tabela 12).

No que respeita à questão “Alimentar cada um dos idosos é um aspeto que o preocupa?” na segunda aplicação do questionário a maioria das respostas dos auxiliares recaiu na opção “Nada preocupado” (126 respostas, 11 idosos), por outro lado a resposta menos dada foi “Muito preocupado” (6 respostas, 1 idoso). Comparando a resposta da segunda fase do questionário com a primeira fase percebe-se que ocorreram algumas alterações na opinião dos auxiliares de ação direta, sendo que, na primeira fase obteve-se um total de 142 respostas para as opções “Nada preocupado” e “Pouco preocupado” (11 idosos), sendo que na segunda fase foram verificadas 174 respostas para as mesmas opções de resposta (15 idosos). Outra diferença de resposta bastante evidente recaiu nas opções “Preocupado” e “Muito preocupado”, pois na primeira fase do questionário obteve-se um total de 43 respostas (4 idosos), e na segunda fase foram registadas apenas 15 respostas (2 idosos) (Tabela 12).

Foram verificadas diferenças nas respostas dadas pelos auxiliares nas duas fases dos questionários nas questões “Depois de o idoso engolir a comida, a comida volta-lhe para a boca?”, “Ao longo da refeição o idoso cospe?”, e “Ao longo da refeição o idoso vomita?”. Tal como na primeira fase a resposta mais frequente dada pelos auxiliares foi “Nunca” para as três questões mencionadas. Contudo, houve um decréscimo do número de respostas entre a primeira e a segunda aplicação dos questionários. Esta alteração torna-se evidente através do número de idosos a que corresponde cada resposta dada. Assim sendo, às perguntas “Depois de o idoso engolir a comida, a comida volta-lhe para a boca?” e “Ao longo da refeição o idoso cospe?” numa primeira fase a resposta “Nunca” correspondia a cerca de 14 idosos, sendo que, numa segunda fase a opção “Nunca” dizia respeito a cerca de 11 idosos. À questão “Ao longo da refeição o idoso vomita?” numa primeira fase foi verificado que cerca de 16 idosos “Nunca” vomitavam, por outro lado, numa segunda fase o número de idosos a “Nunca” vomitar passou a ser cerca de 14 (Tabela 12).

Relativamente à capacidade de mastigação dos idosos numa segunda fase de questionários houve uma diminuição significativa da opção “Muito boa” (85 respostas). Esta diminuição do número de respostas pode ser traduzida para cerca de 7 idosos que apresentam capacidade de mastigação “Muito boa”, contrastando com cerca de 9 idosos que apresentavam “Muito boa” capacidade de mastigação na primeira fase de aplicação dos questionários (Tabela 12).

No que respeita às maiores dificuldades que os auxiliares sentiam no momento de alimentar o idoso, tal como na primeira fase de questionários, a maioria das respostas foi “Conseguir que o idoso abra a boca” (n=11), “Conseguir que o idoso engula o alimento” (n=6) e “Recusa alimentar dos alimentos” (n=6); estas respostas, na fase 1 dos questionários foram n=10, n=9 e n=9, respetivamente. Verificou-se, ainda, um decréscimo no número de respostas em relação às dificuldades no posicionamento do idoso de n=3 para n=1 (Tabela 13). Relativamente ao que os auxiliares gostavam que mudasse nos momentos de refeição dos idosos, a maioria das respostas recaiu nas opções melhorar a “Facilidade com que os alimentos são engolidos” (n=6), bem como o “Tipo de alimentos oferecidos na hora das refeições” (n=6), aspetos também referidos maioritariamente na fase inicial dos questionários (Tabela 13). Relativamente à facilidade de deglutição, no momento final menos 1 auxiliar referiu a necessidade de mudar este aspeto, sendo que mais 1 auxiliar referiu gostar de mudar o tipo de alimento oferecido.

Relativamente à satisfação com o momento da alimentação dos idosos, os resultados foram semelhantes aos da fase 1 dos questionários, à exceção de uma resposta que passou de “Nem satisfeito nem insatisfeito” para “Satisfeito”. Relativamente, à classificação dos momentos de alimentação dos idosos, de um modo geral, as mudanças verificaram-se nas respostas à opção “Mau” que transitaram para a opção “Nem bom nem mau” (Tabela 13).

**Tabela 12:** Resultados da avaliação da satisfação dos auxiliares com o momento da alimentação (Fase 1 e Fase 2) – Parte 1

Perguntas	Respostas	Fase 1		Fase 2	
		Respostas dos vários auxiliares em relação a cada um dos idosos (total de respostas por pergunta =228)	Média de utentes	Respostas dos vários auxiliares em relação a cada um dos idosos (total de respostas por pergunta =216)	Média de utentes
Como caracteriza o momento da refeição de cada um dos idosos?	1 – Muito difícil	23	1,92	16	1,33
	2	27	2,25	17	1,42
	3	45	3,75	50	4,17
	4	32	2,67	36	3,00
	5 – Muito fácil	101	8,42	96	8,00
Alimentar cada um dos idosos listados é um aspeto que o preocupa?	1 – Nada preocupado	124	10,33	126	10,50
	2	18	1,50	48	4,00
	3	43	3,58	27	2,25
	4	15	1,25	9	0,75
	5 – Muito preocupado	28	2,33	6	0,50
Para os idosos que recusam comer, em que momento da refeição começam a fazê-lo?	1 – No início	23	1,92	19	1,58
	2	9	0,75	4	0,33
	3	36	3,00	31	2,58
	4	19	1,58	21	1,75
	5 – No fim	6	0,50	15	1,25
	6 – Não aplicável	135	11,25	126	10,50
Depois de o idoso engolir a comida, a comida volta-lhe para a boca?	1 – Nunca	162	13,58	135	11,25
	2	34	2,83	33	2,75
	3	15	1,25	32	2,67
	4	12	1,00	11	0,92
	5 – Sempre	5	0,42	5	0,42
Ao longo da refeição o idoso cospe?	1 – Nunca	170	14,17	132	11,00
	2	16	1,33	43	3,58
	3	27	2,25	26	2,17
	4	6	0,50	10	0,83
	5 – Sempre	9	0,75	5	0,42

Tabela 12: (continuação)

Ao longo da refeição o idoso vomita?	1 – Nunca	187	15,58	166	13,83
	2	6	0,50	25	2,08
	3	30	2,50	18	1,50
	4	4	0,33	4	0,33
	5 – Sempre	0	0	4	0,33
O idoso mantém a comida na boca sem a engolir?	1 – Nunca	175	14,58	164	13,67
	2	17	1,42	17	1,42
	3	24	2,00	26	2,17
	4	10	0,83	6	0,50
	5 – Sempre	2	0,17	2	0,17
Tem de forçar o idoso a comer?	1 – Nunca	138	11,50	135	11,25
	2	31	2,58	49	4,08
	3	31	2,58	19	1,58
	4	11	0,92	4	0,33
	5 – Sempre	17	1,42	9	0,75
Como classificaria a capacidade de mastigação do idoso?	1 – Muito má	13	1,08	12	1,00
	2	20	1,67	30	2,50
	3	46	3,83	61	5,08
	4	37	3,08	28	2,33
	5 – Muito boa	112	9,33	85	7,08

**Tabela 13:** Resultados da avaliação da satisfação dos auxiliares com o momento da alimentação (Fase 1 e Fase 2) (n=12) – Parte 2

Perguntas	Respostas	Fase 1 Auxiliares (n)	Fase 2 Auxiliares (n)
Ao longo dos momentos de alimentação dos idosos, quais as maiores dificuldades que sente?	Conseguir com que o idoso abra a boca	10	11
	Posicionamento do idoso durante a refeição	3	1
	Conseguir com que o idoso consiga engolir o alimento	9	6
	Falta de tempo para o momento da alimentação	0	1
	Recusa alimentar dos alimentos	9	6
	Outras	2	1
O que gostava que melhorasse no momento das refeições dos idosos?	Rapidez dos momentos de refeição	0	1
	Facilidade com que os alimentos são engolidos	7	6
	Tipo de alimentos oferecidos na hora das refeições	5	6
	Outras	4	4
Qual a sua satisfação, de um modo geral, com o momento da alimentação dos idosos?	1 - Nada satisfeito	0	0
	2	0	0
	3	9	8
	4	1	2
	5 - Muito satisfeito	2	2
Neste momento como classificaria os momentos de refeição dos idosos, de um modo geral?	1 - Muito mau	0	0
	2	2	0
	3	6	8
	4	2	2
	5 - Muito bom	2	2

## 8. Discussão

Tendo por base a revisão da literatura e atendendo aos resultados que foram alcançados ao longo do estudo, foi possível fazer um paralelismo entre os resultados obtidos e a informação acerca desta temática já existente na literatura.

No que respeita ao desempenho dos auxiliares de ação direta ao longo dos momentos da alimentação dos idosos, foi possível verificar que os auxiliares tinham dificuldade em respeitar a velocidade com que os idosos realizavam a mastigação/deglutição e em permitir que os idosos comessem sozinhos (quando apresentavam capacidades motoras para o fazerem), outro aspeto verificado foi o facto de nem sempre os auxiliares estarem colocados ao nível do idoso para o alimentar e de não colocar o idoso numa posição adequada no momento da refeição. Estes comportamentos também foram observados num estudo realizado por Roque, Bomfim, e Chiari (2010), onde os mesmos afirmam que ocorre uma rápida oferta do alimento ao idoso e onde foi visível problemas relacionados com a postura e posicionamento do utente no momento em que o mesmo estava a ser alimentado.

Relativamente à percepção dos utentes em relação às dificuldades para mastigar os alimentos verificou-se que as respostas dos idosos dividiram-se entre nunca sentir dificuldades ou sentir quase sempre dificuldades em mastigar os alimentos. De acordo com um estudo realizado por Oliveira, Delgado e Brescovici (2014) a maioria dos idosos referiu sentir dificuldade no processo de mastigação. Outro estudo onde também foi possível verificar que os idosos apresentam dificuldade em mastigar foi um estudo realizado em 2009, por Dias e Cardoso. Assim sendo, é possível afirmar que parte dos resultados do estudo realizado vão ao encontro de outros estudos já realizados, onde os autores descreveram o facto de os idosos apresentarem dificuldades na mastigação (Dias & Cardoso, 2009; Oliveira, Delgado, & Brescovici, 2014). Verificou-se também no presente estudo que, para os idosos com dificuldades de mastigação, este é um aspeto que gostariam de melhorar. Por outro lado, e contrastando com estes autores, em 2014, Cardoso, Teixeira, Baltezan e Olchik realizaram uma investigação onde foi observado o facto dos idosos apresentarem poucas dificuldades na mastigação, o que também está de acordo com parte dos resultados encontrados no presente estudo. Segundo Cardoso, Teixeira, Baltezan e Olchik (2014), a pouca dificuldade na mastigação encontrada no seu estudo pode dever-se ao facto de os idosos realizarem compensações no momento da alimentação de forma a compensar a perda de tonicidade muscular das estruturas orofaciais e a falta de dentes, o que ao longo do envelhecimento levou os idosos a conseguirem mastigar com facilidade através de compensações. Este facto poderá acontecer com alguns dos idosos da SCMSC e poderá justificar a diferença de dificuldade na mastigação dos vários idosos desta instituição.

No que respeita à dificuldade em engolir os alimentos, o presente estudo concluiu que a maioria dos utentes referiu nunca sentir dificuldade em engolir os alimentos (n=5). No entanto, 3 indivíduos referem sentir dificuldades às vezes ou muitas vezes. Os estudos realizados por Cardoso, Teixeira, Baltezan e Olchik (2014) e por Dias e Cardoso (2009) verificaram que os participantes afirmaram sentir dificuldade em deglutir alimentos. Este aspeto apenas foi verificado para uma minoria dos idosos da SCMSC estudados. De referir que os indivíduos da SCMSC que identificaram dificuldades de deglutição manifestaram também vontade de melhorar este aspeto.

Em relação ao facto de se engasgarem ou terem tosse no momento da alimentação a maioria dos idosos referiu raramente ou nunca se engasgar ou tossir no momento da alimentação. Estes dados estão de acordo com vários estudos realizados (Cardoso, Teixeira, Baltezan, & Olchik, 2014; Dias & Cardoso, 2009; Oliveira, Delgado, & Brescovici, 2014; Roque, Bomfim, & Chiari, 2010).

Relativamente à comparação dos dados das duas fases de aplicação dos questionários verificaram-se diferentes respostas entre as duas fases dos questionários, sendo essas discutidas seguidamente.

Em relação à adequação dos alimentos, inicialmente mais idosos consideraram que os alimentos eram adequados. Este decréscimo de respostas, poderá significar que com o passar do tempo os alimentos deixaram de estar adequados segundo o ponto de vista dos utentes, pois ao longo das semanas poderá ter ocorrido uma diminuição das capacidades de alimentação dos utentes, o que fez com que os mesmos tivessem uma perspetiva diferente das refeições que lhes eram fornecidas. Esta questão pode ainda ter sido interpretada por parte dos idosos quanto ao facto dos alimentos serem, ou não, do seu agrado, ou pelo facto de quererem ter maior variedade de alimentos nas refeições. Pode ainda considerar-se a possibilidade das respostas serem influenciadas pelo que foram as últimas refeições que poderão ter sido consideradas como menos adequadas. Ao longo do estágio não foi feita intervenção ao nível da adequação dos alimentos.

Relativamente às dificuldades em mastigar e engolir os alimentos houve uma melhoria nas respostas, pois na segunda fase dos questionários houve menos utentes a referir dificuldades. Esta diminuição de dificuldades sentidas poderá dever-se a efeitos da intervenção junto dos auxiliares no que diz respeito ao correto posicionamento dos idosos nos momentos de alimentação e do posicionamento dos auxiliares em relação os utentes, pois estes aspetos influenciam positivamente a capacidade de mastigar e deglutir. Segundo Oliveira, Marcolino e Andrade (2011) os cuidadores de idosos institucionalizados não apresentam conhecimentos acerca da adequação de volume e consistência dos alimentos, bem como acerca da adequação de manobras posturais a fim de evitar engasgos. Devido a estes aspetos, a intervenção da TpF na realização de formação aos auxiliares poderá ter

influenciado positivamente a alteração de comportamento dos auxiliares ao longo dos momentos de alimentação.

No que respeita ao facto de se engasgar ou sentir tosse no momento da alimentação, no final da intervenção os utentes referiram raramente ou nunca sentir engasgos ou tosse, o que significa uma melhoria de resposta em relação à primeira fase de aplicação dos questionários.

Quando questionados sobre o que gostavam de melhorar nos momentos da refeição, o número de utentes a afirmar que gostava de ter mais facilidade para mastigar e engolir os alimentos manteve-se em relação à primeira fase de questionários. Este aspeto parece estar em desacordo com o facto de menos utentes terem declarado sentir dificuldades em mastigar e em engolir os alimentos. Contudo, este facto não invalida que os idosos continuem a querer melhorar esta competência.

Relativamente à percepção dos auxiliares de ação direta quando questionados sobre o facto de os idosos cuspirem a maioria dos auxiliares afirmou que nunca cospiam, o que está de acordo com o descrito no estudo realizado por Roque, Bomfim e Chiari, em 2010, onde estes recolheram dados através dos cuidadores de idosos que afirmam que apenas uma minoria dos utentes institucionalizados apresenta o “Ato de cuspir o alimento”.

Fazendo uma comparação entre as duas fases de aplicação dos questionários aplicados aos auxiliares de ação direta é possível observar algumas diferenças no que respeita ao facto de a comida voltar à boca do idoso depois de ser engolida, ao facto de o idoso cuspir e vomitar ao longo da refeição. Assim sendo, verificou-se um aumento da frequência dos aspetos acima referidos, o que significa que na perspetiva dos auxiliares de ação direta os idosos começaram a apresentar mais dificuldades no decorrer das refeições. Esta alteração de resposta pode dever-se ao facto dos auxiliares de ação direta terem adquirido mais conhecimento acerca da alimentação, o que os fez ficar mais atentos com o que acontecia enquanto estavam a alimentar os idosos, e ao facto de ao longo do tempo de estágio os idosos terem perdido algumas competências ao nível da alimentação.

Relativamente à capacidade de mastigação do idoso, na segunda fase dos questionários os auxiliares consideraram que esta era considerada má ou razoável, levando conseqüentemente a uma diferença em relação às respostas dadas na primeira fase de questionários, onde os auxiliares afirmaram que os idosos tinham uma boa capacidade da mastigação. Este aspeto pode acontecer por ter existido perda de competências da capacidade de mastigação dos idosos ao longo do tempo, contudo, também poderá estar relacionado com a intervenção feita com os auxiliares que poderá ter aumentado o seu nível de consciência e capacidade de observação dos aspetos que aconteciam durante a alimentação dos idosos.

No que concerne à caracterização do momento de alimentação de cada um dos idosos verificou-se que os auxiliares sentiram melhorias no momento de alimentar os idosos. Este aspeto apresenta-se contraditório relativamente à questão anterior, contudo o facto dos utentes apresentarem pior capacidade de mastigação (na perspetiva dos auxiliares) poderá não influenciar a opinião dos auxiliares na caracterização global dos momentos de alimentação.

Quando questionados acerca da preocupação que sentiam no momento de alimentar os idosos, numa segunda fase, os auxiliares de ação direta afirmaram que não se sentiam preocupados com o momento da alimentação, havendo assim um aumento desta resposta comparativamente à primeira fase. Este aumento pode ser justificado pelo facto de os auxiliares estarem mais conscientes das dificuldades e consequências das dificuldades dos idosos no momento da alimentação, sentido-se também mais preparados para responder às suas necessidades. Por fim, os auxiliares demonstraram uma melhoria de opinião relativamente à satisfação geral com o momento de alimentação dos idosos e na classificação dos momentos de refeição dos mesmos. Deste modo, houve um aumento da satisfação dos auxiliares com o momento de alimentação dos idosos e uma diminuição de respostas negativas à classificação dos momentos de refeição dos idosos. O aumento de respostas positivas às perguntas supracitadas poderá estar relacionado com a intervenção realizada com os auxiliares, pois com um correto posicionamento do idoso e do auxiliar em relação ao idoso os auxiliares de ação direta poderão ter sentido mais facilidade nos momentos de alimentação, pois a formação forneceu-lhes estratégias que poderão ter permitido que com o passar do tempo a tarefa de alimentar os idosos se tornasse mais eficaz.

Relativamente à diferença de comportamento dos auxiliares de ação direta no momento de alimentar os idosos, após a intervenção realizada pela TpF, destaca-se o facto de no decorrer das semanas os auxiliares terem adotado uma postura adequada relativamente aos idosos, a correta colocação postural do idoso no momento da refeição e a adequação da velocidade de administração das refeições às capacidades de cada idoso. Estas alterações de comportamento foram visíveis tanto no momento da alimentação através de observação bem como nos resultados da segunda fase dos questionários. Deste modo, pode-se assumir que a intervenção de um TpF num lar ao nível da formação dos auxiliares que alimentam os idosos é importante tanto para os auxiliares desenvolverem as suas funções ao nível de alimentação, bem como ao nível de bem-estar dos idosos no momento da alimentação, pois através de corretas manobras de alimentação os idosos terão uma alimentação mais segura.

O trabalho de um TpF num lar pode apresentar várias mais-valias no dia-a-dia dos idosos institucionalizados. O papel de um TpF num lar passa por melhorar a qualidade de vida dos idosos, com o intuito de prevenir e minimizar alterações decorrentes do envelhecimento e incapacidades após

ocorrência de patologias (Dias & Cardoso, 2009; Oliveira, Delgado, & Brescovici, 2014). O TpF apresenta, ainda, o papel de realizar diagnóstico e tratamento de alterações da deglutição (disfagia), em lares de idosos (Oliveira, Marcolino, & Andrade, 2011).

A orientação dos funcionários é outra tarefa que poderá ser realizada pelo TpF no lar de idosos, pois a formação dos auxiliares e a elaboração de programas educativos irá funcionar de forma a que os mesmos consigam prevenir algumas alterações que possam vir a surgir em casos de disfagia e consequentemente melhorar a qualidade de vida dos idosos (Dias & Cardoso, 2009; Santos, Andrade, Silva, & Menezes, 2018).

Ao longo da intervenção realizada na SCMSC, a colaboração e disponibilidade da equipa e dos utentes foi essencial, factor que nem sempre foi fácil de conseguir. Nem sempre os auxiliares permitiam que idosos com capacidades motoras se alimentassem sozinhos e nem sempre os idosos colaboraram com os auxiliares e com a TpF no momento da refeição. Estes aspetos dificultaram a avaliação das reais competências dos idosos, assim como a intervenção propriamente dita. O estudo apresentou ainda outra limitação, sendo ela o pouco tempo disponível para realizar a intervenção com os auxiliares de ação direta. Todo o processo precedente à intervenção direta com auxiliares foi moroso e, dado o tempo limite para a realização do estágio, a intervenção direta com os auxiliares nos momentos de alimentação dos idosos teve de decorrer em 4 semanas. Pensa-se que mais semanas de intervenção se traduziriam em mais ganhos nas competências dos auxiliares e, consequentemente, na alimentação dos idosos. O facto de nem sempre os auxiliares terem conseguido atingir os objetivos propostos no momento em que realizavam as tarefas, ao longo das semanas de intervenção, pode dever-se ao facto de toda a intervenção ter ocorrido num curto período de tempo.

Por fim, o tamanho da amostra não ser constante em todas as fases do estudo tornou-se um fator limitador. Na fase 2 participaram 8 utentes, na fase 3 contou-se com a participação de 12 utentes e com 19 utentes, na aplicação dos protocolos de avaliação da deglutição e na aplicação da grelha de observação dos momentos de alimentação, respetivamente, o que não permitiu fazer uma interligação de todos os dados recolhidos.

Sugere-se que em estudos futuros realizados em contexto de lar de idosos haja um maior tempo de intervenção com os auxiliares de ação direta, de modo a obter resultados mais significativos no que respeita à alimentação dos idosos. Ainda, num próximo estudo seria importante intervir diretamente com os utentes. Para além disso, pensa-se que pode ser interessante recolher também a opinião dos familiares que visitam os idosos regularmente e que os alimentam nesses momentos, a fim de fazer um levantamento da sua percepção acerca dos momentos de alimentação do idoso, das suas

necessidades e preocupações e implementar um plano de intervenção que permita a habilitação dos familiares e a uma alimentação mais prazerosa e segura para os idosos.

De acordo com vários estudos o TpF tem um papel fundamental na avaliação, diagnóstico e tratamento/reabilitação da disfagia num lar de idosos, pois irá promover uma melhor qualidade de vida aos utentes (Cardoso, Teixeira, Baltezan, & Olchik, 2014; Oliveira, Marcolino, & Andrade, 2011; Santos, Andrade, Silva, & Menezes, 2018). O TpF tem ainda um papel importante no que respeita à minimização dos efeitos causados pelo envelhecimento das funções estomatognáticas (Oliveira, Delgado, & Brescovici, 2014), pois a orientação aos funcionários e idosos sobre questões de prevenção promoverá uma melhoria na qualidade de vida dos utentes (Dias & Cardoso, 2009; Santos, Andrade, Silva, & Menezes, 2018). Por fim, Salles, Melo, Salles e Lima (2018) afirmam que novas propostas de atuação de um TpF num lar poderão ser uma mais valia para o dia a dia dos utentes. Por conseguinte, pensa-se que é importante continuar a desenvolver estágios como este e estudos em contexto de lar de idosos.

## 9. Conclusão

O presente trabalho de investigação é o resultado de um processo que envolveu diferentes etapas que se complementaram entre si de modo a atingir os objetivos: 1) Identificar as necessidades mais prementes dos utentes da SCMSC na área da mastigação e deglutição; 2) Intervir ao nível das necessidades identificadas, nomeadamente: 2.1) Melhorar as práticas dos profissionais intervenientes no processo de alimentação para uma melhor satisfação das necessidades dos utentes. Concluído o estudo, pode-se afirmar que de um modo geral houve aspetos que sofreram alterações positivas ao longo do tempo em que o estudo decorreu. Na perspetiva dos auxiliares, a intervenção realizada pela TpF com eles resultou na melhoria de diferentes aspetos relativamente aos momentos de refeição dos idosos. Também na opinião dos idosos diferentes aspetos melhoraram, o que reflete alterações no comportamento dos auxiliares no momento da alimentação. Relativamente aos auxiliares de ação direta os aspetos que melhoraram recaíram na diminuição do número de idosos que eram fator de preocupação no momento da alimentação, na diminuição das dificuldades sentidas e dos aspetos que gostavam de melhorar no momento da refeição dos idosos. Foram também verificadas melhorias na satisfação e na classificação dos momentos de alimentação dos idosos. Em relação à percepção dos idosos as melhorias verificadas dizem respeito a uma menor frequência de dificuldades em mastigar e engolir o alimento e uma diminuição da frequência de engasgos e tosse no momento da alimentação.

De uma forma geral, pensa-se que este estágio foi também uma mais valia para a instituição, pois a formação e intervenção junto dos profissionais que trabalham diariamente com os idosos habilitou-os para melhorar as suas práticas em geral no momento da alimentação com os idosos atualmente institucionalizados na SCMSC mas que também poderão ser utilizadas com futuros utentes. Foi também uma oportunidade para divulgar e demonstrar o papel do TpF neste tipo de contextos e com esta população.

## Referências Bibliográficas

- Alberte, J. S., Ruscalleda, R. M., & Guariento, M. E. (2015). Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina*, 13(1), 32-39.
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2011). *About Special Interest Group 15*. Obtido em 2019 de julho de 08, de American Speech-Language-Hearing Association: <https://www.asha.org/SIG/15/About-SIG-15/>
- Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala [APTF]. (2019). *O Terapeuta da Fala*. Obtido em 09 de outubro de 2019, de Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala: <https://www.aptf.org/profisso>
- Bonfim, C. J., Garrido, M. M., Saraiva, M. E., & Veiga, S. M. (1996). *Lar para Idosos (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento)*. Direcção-Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, Lisboa.
- Cancela, D. M. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia, Universidade Lusíada do Porto, Porto.
- Cardoso, S. V., Teixeira, A. R., Baltezan, R. L., & Olchik, M. R. (2014). O impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), 231-245.
- Cassiani, R. A., Santos, C. M., Parreira, L. C., & Dantas, R. O. (2011). The relationship between the oral and pharyngeal phases of swallowing. *Clinics*, 66(8), 1385-1388.
- Castro, A. C. (2012). Características e finalidades da Investigação-Ação. *Coordenação do Ensino Português na Alemanha*.
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. R. (2009). Investigação-acção : metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, 13(2), 455-479.
- Crary, M. A., Mann, G. D., & Groher, M. E. (2005). Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(8), 1516-1520.
- Dias, B. K., & Cardoso, M. C. (2009). Características da função de deglutição em um grupo de idosas institucionalizadas. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 14(1), 107-124.
- Dias, C. J. (2015). *Functional Oral Intake Scale (FOIS): contributo para a validação cultural e linguística para o português Europeu*. [Tese de Mestrado], Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Alcoitão.
- Fechine, B. R., & Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 1, 106-132.

- Fernandes, R. G., & Melo, P. E. (2019). Desenvolvimento e análise de guia de identificação e orientação sobre sinais e sintomas de presbifagia. *Distúrbios da Comunicação*, 31(4), 597-621.
- Ferreira, A. M., Pierdevara, L., Ventura, I. M., Gracias, A. M., Marques, J. M., & Reis, M. G. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem de Referência*, 16), 85-94.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontologia*, 2(1), 32-37.
- Gallagher, R. E. (2011). Swallowing difficulties: A prognostic signpost. *Canadian Family Physician*, 57(12), 1407-1409.
- Guerra, A. C., & Caldas, C. P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2931-2940.
- Gutierrez, S. M., Zanato, L. E., Pelegrini, P., & Cordeiro, R. C. (2009). Queixas fonoaudiológicas de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Distúrbios da Comunicação*, 21(1), 21-30.
- Hughes, T. (2003). Neurology of Swallowing and Oral Feeding Disorders: Assessment and Management. *Journal of Neurology Neurosurgery, and psychiatry*, 74(3), 48-52.
- Lopes, I. I. (2012). *A Terapia da Fala em contexto de lar de idosos: Aplicação de um modelo de supervisão clínica e de gestão de recursos*. [Tese de Mestrado], Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Alcoitão.
- Lourenço, P. M. (2014). *Institucionalização do Idoso e Identidade*. [Tese de Mestrado], Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação de Portalegre e Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Marchesan, I. Q., & Furkim, A. M. (2003). Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição. *Tópicos em Deglutição e Disfagia*, 375-384.
- Martins, A. M. (2016). *Avaliação da disfagia: Proposta de Protocolo de Videoendoscopia da Deglutição (VED)*. [Tese de Mestrado], Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.
- Moraes, E. N., Moraes, F. L., & Lima, S. d. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 67-73.
- Oliveira, B. S., Delgado, S. E., & Brescovici, S. M. (2014). Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia*, 17(3), 575-587.
- Oliveira, J. P., Marcolino, J. F., & Andrade, M. S. (2011). A formação do cuidador de idosos institucionalizados: ênfase na rotina de alimentação. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 16(2), 199-214.

- Peixoto, V., & Rocha, J. (2009). *Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala* (Vol. 1). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Rodríguez, L. T. (2012). *Presencia de Presbifagia en Adultos mayores institucionalizados y su relación con la calidad de vida*. [Tese de Mestrado], Universidad de Chile, Facultad de Medicina – Escuela de Fonoaudiología, Chile.
- Roque, F. P., Bomfim, F. M., & Chiari, B. M. (2010). Descrição da dinâmica de alimentação de idosas institucionalizadas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 15(2), 256–263.
- Salles, P. V., Melo, A. L., Salles, J. M., & Lima, L. J. (2018). Estimulação cognitiva e orientações para alimentação de idosas institucionalizadas: a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão na Fonoaudiologia. *Conecte-se! Revista Interdisciplinar de Extensão*, 2(4), 102–113.
- Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz. (2019). *Serviços da Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz*. Obtido em 03 de outubro de 2019, de Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz: <http://www.misericordiasantacruz.pt/index.php/servicos-da-santa-casa-da-misericordia-de-santa-cruz>
- Santos, B. P., Andrade, M. J., Silva, R. O., & Menezes, E. d. (2018). Disfagia no idoso em instituições de longa permanência – revisão sistemática da literatura. *Revista CEFAC*, 20(1), 123–130.
- Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. (2009). Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3–10.
- Silva, L. M. (2006). Disfagia Orofaríngea Pós-Acidente Vascular Encefálico no Idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9(2), 93–106.
- Silva, M. R., & Cardoso, M. C. (2019). Deglutição: impacto dos movimentos da laringe sobre a proteção das vias aéreas. *Distúrbios da Comunicação*, 31(2), 270–275.
- Souza, V. L., Borges, M. F., Vitória, C. M., & Chiappetta, A. L. (2009). Perfil das Habilidades Cognitivas no Envelhecimento Normal. *Revista CEFAC*.
- Terence, A. C., & Filho, E. E. (2006). Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. *XXVI ENEGEP*.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients – The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952.
- Tubero, A. L. (1999). A Linguagem do Envelhecer: Saúde e Doença. *Distúrbios da Comunicação*, 10(2), 167–176.
- World Health Organization. (1996). People and Health – What quality of life? The WHOQOL Group. *World Health Forum*, 17, 354–356.
- Yamada, E. K., Siqueira, K. O., Xerez, D., Koch, H. A., & Costa, M. M. (2004). A Influência das Fases Oral e Faríngea na Dinâmica da Deglutição. *Archives of Gastroenterology*, 41(1), 18–23.

## **Anexos**

## Anexo 1 – Protocolo de avaliação de disfagia GUSS

### GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Identificação doente \_\_\_\_\_

#### Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
<b>Vigilância</b> (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Tosse e/ou pigarreio</b> (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>Deglutição de saliva</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para a secção 2	

#### Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
<b>DEGLUTIÇÃO</b>			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>TOSSE</b> (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>SIALORREIA</b>			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>ALTERAÇÃO DA VOZ</b> (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “O”)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior <sup>1</sup> 5 = Normal
<b>TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)</b>	<b>(20)</b>		

*	Administrar primeiro 1/3 de uma colher de chá rasa de água destilada com espessante (consistência de pudim). Se não se observarem sintomas administrar 3 a 5 colheres. Reavaliar no final da última colher.
**	3, 5, 10, 20 ml de água destilada – se não se observarem sintomas continuar com 50 ml de água destilada. Interromper e reavaliar se se observar um dos critérios.
***	Pão seco
<sup>1</sup>	Encaminhar para médico fisiatra

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semi-sólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia  Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta normal</li> <li>Líquidos normais (primeira refeição com supervisão de enfermeiro)</li> </ul>
15–19	Semi-sólido e líquido com sucesso  Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira  Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta passada</li> <li>Líquidos muito devagar (um gole de cada vez)</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul>
10–14	Semi-sólido com sucesso  Líquido sem sucesso	Disfagia moderada  Risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta semi-líquida</li> <li>Líquidos espessados</li> <li>Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado</li> <li>Não administrar medicação líquida</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semi-sólido sem sucesso	Disfagia grave  Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral)</li> <li>Avaliação especializada<sup>1</sup></li> </ul> <p><i>Suplementação com via nasogástrica ou parentérica</i></p>

## Anexo 2 – Protocolo de avaliação de disfagia FOIS

Circle the appropriate response.

*Assinale a resposta mais apropriada.*

### *Funcional Oral Intake Scale (FOIS)*

Level 1	Nothing by mouth.
<i>Nível 1</i>	<i>Nada por via oral</i>
Level 2	Tube dependent with minimal attempts of food or liquid.
<i>Nível 2</i>	<i>Entubado, com tentativas mínimas de ingestão de sólidos ou líquidos por via oral.</i>
Level 3	Tube dependent with consistent oral intake of food or liquid.
<i>Nível 3</i>	<i>Entubado, com ingestão regular de sólidos ou líquidos por via oral.</i>
Level 4	Total oral diet of a single consistency.
<i>Nível 4</i>	<i>Alimentação por via oral utilizando apenas uma única consistência.</i>
Level 5	Total oral diet with multiple consistencies, but requiring special preparation or compensations.
<i>Nível 5</i>	<i>Alimentação por via oral utilizando várias consistências, e necessitando de preparação especial ou posturas compensatórias.</i>
Level 6	Total oral diet with multiple consistencies without special preparation, but with specific food limitations.
<i>Nível 6</i>	<i>Alimentação por via oral utilizando várias consistências, sem preparação especial mas com limitação para alimentos específicos.</i>
Level 7	Total oral diet with no restrictions.
<i>Nível 7</i>	<i>Alimentação por via oral, sem restrições.</i>

## **Apêndices**

## Apêndice 1 – Grelha de recolha de dados

### Grelha de recolha de dados

Dados acerca da instituição – Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz (Madeira)			
Serviços que presta:		<input checked="" type="checkbox"/> Lar <input checked="" type="checkbox"/> Centro de Dia <input checked="" type="checkbox"/> Centro de Convívio <input type="checkbox"/> Visitas ao Domicílio <input type="checkbox"/> Outros Quais? _____ _____	Observações:
Profissionais:		<input checked="" type="checkbox"/> Médico(a) <input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input checked="" type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Psicólogo(a) <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input checked="" type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Animadores culturais <input type="checkbox"/> Outros Quais? _____ _____	Observações:
Serviços externos	Serviços que são prestados pela SCMSC	<input checked="" type="checkbox"/> Alimentação <input checked="" type="checkbox"/> Consultório Médico <input type="checkbox"/> Apoio Domiciliário <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____ _____	Observações:
	Serviços que prestam à SCMSC	<input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Apoio médico (médico, psicólogo, enfermeiro,...) <input type="checkbox"/> Outro Qual? _____ _____	Observações: Não são prestados serviços à SCMSC

Atividades desenvolvidas			
Não rotineiras	Lar	Atividades desenvolvidas para além das diárias _____ _____ _____	Observações: Atividades descritas no plano de atividades da SCMSC
	Centro de Dia	Atividades desenvolvidas para além das diárias _____ _____ _____	Observações: Atividades descritas no plano de atividades da SCMSC
	Centro de Convívio	Atividades desenvolvidas para além das diárias _____ _____ _____	Observações: Atividades descritas no plano de atividades da SCMSC

Atividades desenvolvidas			
Rotinas	Lar	<p>Horas:            09:00 – Pequeno-almoço            10:30 – Lanche da manhã            12:00 – Almoço            15:15 – Lanche da Tarde            18:00 – Jantar            21:00 – 1ª Ceia            00:00 – 2ª Ceia            08:00 – Banho            Depende de cada idoso – Acordar            19:00 – Deitar            Outras atividades que sejam realizadas</p> <p>-----</p>	<p>Que profissionais participam no momento da refeição? Auxiliares de ação direta.            Quanto tempo demoram as refeições? Aproximadamente 1 hora.            Que profissionais participam no momento do banho? Auxiliares de ação direta.</p> <p><b>Observações:</b></p>
	Centro de Dia	<p>Horas:            Não tomam – Pequeno-almoço            10:30 – Lanche da manhã            13:00 – Almoço            16:15 – Lanche da Tarde            Outras atividades que sejam realizadas</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Que profissionais participam no momento da refeição? Animadoras de ocupação.            Quanto tempo demoram as refeições? Aproximadamente 1 hora no almoço e 30 minutos no lanche.</p> <p><b>Observações:</b></p>
	Centro de Convívio	<p>Horas:            16:15 – Lanche da Tarde            Outras atividades que sejam realizadas</p> <p>-----</p>	<p>Que profissionais participam no momento da refeição? Animadoras de ocupação.            Quanto tempo demoram as refeições? Aproximadamente 30 minutos.</p> <p><b>Observações:</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Profissionais			
Constituição da equipa	Área Profissional	<input checked="" type="checkbox"/> Médico(a) <input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input checked="" type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Psicólogo(a) <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input checked="" type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Animadores culturais <input checked="" type="checkbox"/> Outros Quais? Auxiliares de ação direta; serviços gerais; animadoras de ocupação; cozinheira; ajudantes de cozinha; motorista; escriturários.	Observações:
	Número de Profissionais	<input type="checkbox"/> Médico(a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Psicólogo(a) <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Animadores culturais <input type="checkbox"/> Outros Quais? (12) Auxiliares de ação direta; (4) serviços gerais; (2) animadoras de ocupação; (1) cozinheira; (2) ajudantes de cozinha; (1) motorista; (2) escriturários.	Observações:
Frequência dos profissionais na instituição		<input type="checkbox"/> (1 vez/semana) Médico(a) <input type="checkbox"/> (Dias úteis) Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Psicólogo(a) <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> (Dias úteis) Assistente Social <input type="checkbox"/> (Dias úteis) Animadores culturais <input type="checkbox"/> Outros Quais? _____ _____	Observações:
Forma de partilha de informação entre os profissionais		<input checked="" type="checkbox"/> Reuniões <input checked="" type="checkbox"/> Semanais <input type="checkbox"/> Quinzenais <input checked="" type="checkbox"/> Mensais <input type="checkbox"/> Outra frequência Qual? _____ _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ficha clínica do idoso <input type="checkbox"/> (às vezes) Telefonema <input type="checkbox"/> Outras Quais? _____ _____	Observações:

Idosos			
Idosos que frequentam a SCMSC	Lar	<p>Quantos idosos frequentam? 19  Quantas mulheres? 13  Quantos homens? 6  Faixa etária  Mais novo 64 anos (M); 63 anos (F)  Mais velho 95 anos (M); 96 anos (F)  Média de idades 81 anos  Nacionalidade Portuguesa e Suíça</p>	
	Centro de Dia	<p>Quantos idosos frequentam? 20  Quantas mulheres? 15  Quantos homens? 5  Faixa etária  Mais novo 60 anos  Mais velho 95 anos  Média de idades 74 anos  Nacionalidade Portuguesa</p>	
	Centro de Convívio	<p>Quantos idosos frequentam? 25  Quantas mulheres? 23  Quantos homens? 2  Faixa etária  Mais novo 65 anos  Mais velho 94 anos  Média de idades 78 anos  Nacionalidade Portuguesa</p>	
Patologias identificadas	Lar	<p>( ) Afasia  (x) Disartria  ( ) Apraxia  (x) Disfagia  (x) Parkinson  (x) Alzheimer  (x) Outras  Quais? Síndrome de Guillain-Barré; Epilepsia; Depressão; Demência; Agitação Psicomotora; Atraso mental; Síndrome vertiginoso; Anorexia; Diabetes</p>	<p>Número de idosos com a patologia  ( ) Afasia  (2) Disartria  ( ) Apraxia  ( 3) Disfagia  ( 1) Parkinson  (2) Alzheimer  ( ) Outras  Quais? (1) Síndrome de Guillain-Barré; (1) Epilepsia; (1) Depressão; (2) Demência; (3) Agitação Psicomotora; (4) Atraso mental; (3) Síndrome vertiginoso; (1) Anorexia; (4) Diabetes</p>
	Centro de Dia (Sem dados)	<p>( ) Afasia  ( ) Disartria  ( ) Apraxia  ( ) Disfagia  ( ) Parkinson  ( ) Alzheimer  ( ) Outras  Quais? _____  _____</p>	<p>Número de idosos com a patologia  ( ) Afasia  ( ) Disartria  ( ) Apraxia  ( ) Disfagia  ( ) Parkinson  ( ) Alzheimer  ( ) Outras  Quais? _____</p>

	<b>Centro de Convívio (Sem dados)</b>	<input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Apraxia <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Outras Quais? _____	<b>Número de idosos com a patologia</b> <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Apraxia <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Outras Quais? _____
--	---------------------------------------	---	--

## Apêndice 2 – Questionário aos idosos

### Questionário

No âmbito do estágio que está a ser realizado na Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz, inserido na unidade curricular Projeto/Dissertação/Relatório de estágio do Mestrado em Terapia da Fala, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, pretendo implementar um plano de intervenção nos momentos de alimentação dos idosos institucionalizados no lar, com o propósito inicial de perceber quais as suas maiores dificuldades e as dificuldades dos seus cuidadores no momento das refeições, sendo o objetivo final atuar nas dificuldades encontradas para colmatar.

Os resultados serão tratados no âmbito do relatório de estágio da estudante Cátia Patrícia Vítor Teixeira, sob a orientação da Prof. Doutora Brígida Patrício. Venho assim, solicitar que responda a um breve questionário, no sentido de auscultar a sua opinião sobre o seu momento de alimentação. A sua resposta é bastante importante para a realização deste plano de intervenção, pois através desta será possível adaptar o plano a implementar em concordância com as suas respostas. Ainda, a sua participação permitirá criar/desenvolver estratégias para facilitar os seus momentos de alimentação, tornando-os mais rápidos, seguros e prazerosos. A resposta ao questionário é voluntária e confidencial e o tempo de preenchimento é de apenas 7 minutos.














Agradeço a sua participação!





















#### Grupo 1 – Caracterização do idoso

Nome		Idade	
------	--	-------	--

#### Grupo 2 – Caracterização do momento de alimentação

1 – Preencha a seguinte tabela assinalando a opção que se adequa a cada situação. (Assinale com um x a opção que considerar adequadas)

	1 – Muito	2	3	4	5 – Muito
Em geral, como caracteriza os momentos das suas refeições?	 difícil				 fácil
Do seu ponto de vista, o tempo de refeição é adequado para si?					
Do seu ponto de vista, os alimentos que lhe dão são adequados para si?					

Sente dificuldade em mastigar os alimentos?	1 - Sempre 	2 	3 	4 	5 - Nunca 
Sente dificuldade em engolir os alimentos?	1 - Sempre 	2 	3 	4 	5 - Nunca 
Sente dor/desconforto no momento da alimentação?	1 - Sempre 	2 	3 	4 	5 - Nunca 
Engasga-se/tem tosse no momento da alimentação?	1 - Sempre 	2 	3 	4 	5 - Nunca 

2- Durante a refeição quais são as maiores dificuldades que sente?






<input type="checkbox"/>	Conseguir mastigar o alimento.
<input type="checkbox"/>	Conseguir engolir o alimento.
<input type="checkbox"/>	Falta de tempo para o momento da alimentação.
<input type="checkbox"/>	Outras. Quais?.....

3 - O que gostava de melhorar no momento das refeições? (Assinale com um x a(s) opção(ões) que considerar adequada(s))

<input type="checkbox"/>	Ter mais tempo para comer
<input type="checkbox"/>	Ter mais facilidade para mastigar os alimentos
<input type="checkbox"/>	Ter mais facilidade para engolir os alimentos
<input type="checkbox"/>	Comer alimentos mais variados
<input type="checkbox"/>	Alimentos mais pequenos (p.e. cortados em pedaços pequenos)
<input type="checkbox"/>	Outras. Quais?.....

### Grupo 3 – Satisfação com os momentos de alimentação

1 – Qual a sua satisfação de um modo geral com o momento da alimentação?

1	2	3	4	5
Nada Satisfeito				Muito Satisfeito
				

Obrigada pela sua participação!

### Apêndice 3 – Questionário aos auxiliares de ação direta

#### Questionário

No âmbito do estágio que está a ser realizado na Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz, inserido na unidade curricular Projeto/Dissertação/Relatório de estágio do Mestrado em Terapia da Fala, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, pretendo implementar um plano de intervenção nos momentos de alimentação dos idosos institucionalizados no lar, com o propósito inicial de perceber quais as suas maiores dificuldades e as dificuldades dos seus cuidadores no momento das refeições, sendo o objetivo final atuar nas dificuldades encontradas para colmatar. Os resultados serão tratados no âmbito do relatório de estágio da estudante Cátia Patrícia Vítor Teixeira, sob a orientação da Prof. Doutora Brígida Patrício. Venho assim, solicitar que responda a um breve questionário, no sentido de auscultar a sua opinião sobre o momento de alimentação dos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Santa Cruz. A sua resposta é bastante importante para a realização desta intervenção, pois contribuirá para a criação de um plano de intervenção adequado às necessidades, possibilitando a criação/desenvolvimento de estratégias que facilitem os momentos de alimentação dos idosos, tornando-os mais rápidos e seguros, facilitando o trabalho a desenvolver por si nestes momentos. A resposta ao questionário é voluntária e confidencial e o tempo de preenchimento é de apenas 10 minutos.

Agradeço a sua participação!

#### Grupo 1 – Caracterização do cuidador

<b>Nome</b>		<b>Idade</b>	
<b>Há quanto tempo exerce a função de auxiliar de ação direta?</b>			

#### Grupo 2 – Caracterização do momento de alimentação

1 – Preencha a seguinte tabela assinalando com um X a opção que mais se adequa a cada um dos idosos.

		Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4	Utente 5	Utente 6	Utente 7	Utente 8	Utente 9	Utente 10	Utente 11	Utente 12	Utente 13	Utente 14	Utente 15	Utente 16	Utente 17	Utente 18	Utente 19	
<b>Como caracteriza o momento da refeição de cada um dos idosos?</b>	1 - Muito difícil																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5 - Muito Fácil																				

		Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4	Utente 5	Utente 6	Utente 7	Utente 8	Utente 9	Utente 10	Utente 11	Utente 12	Utente 13	Utente 14	Utente 15	Utente 16	Utente 17	Utente 18	Utente 19	
<b>Alimentar cada um dos idosos listados é um aspeto que o preocupa?</b>	1 - Nada preocupado																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5 - Muito preocupado																				
<b>Para os idosos que recusam comer, em que momento da refeição começam a fazê-lo?</b>	1 - No início																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5 - No fim																				
	6 - Não aplicável																				
<b>Depois de o idoso engolir a comida, a comida volta-lhe para a boca?</b>	1 - Nunca																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5 - Sempre																				
<b>Ao longo da refeição o idoso cospe?</b>	1 - Nunca																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5 - Sempre																				
<b>Ao longo da refeição o idoso vomita?</b>	1 - Nunca																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5 - Sempre																				
<b>O idoso mantém a comida na boca sem a engolir?</b>	1 - Nunca																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5 - Sempre																				
<b>Tem de forçar o idoso a comer?</b>	1 - Nunca																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5 - Sempre																				
<b>Como classificaria a capacidade de mastigação do idoso?</b>	1 - Muito má																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5 - Muito boa																				

**2 – Ao longo dos momentos de alimentação dos idosos, quais as maiores dificuldades que sente?**

(Assinale com um x a(s) opção(ões) que considerar adequada(s))

<input type="checkbox"/>	Conseguir com que o idoso abra a boca para comer.
<input type="checkbox"/>	Posicionamento do idoso durante a refeição.
<input type="checkbox"/>	Conseguir fazer com que o idoso consiga engolir o alimento.
<input type="checkbox"/>	Falta de tempo para o momento da alimentação.
<input type="checkbox"/>	Recusa alimentar dos alimentos.
<input type="checkbox"/>	Outras. Quais? ----- -----

**3 – O que gostava que melhorasse no momento das refeições dos idosos?** (Assinale com um x a(s)

opção(ões) que considerar adequada(s))

<input type="checkbox"/>	Rapidez dos momentos de refeição.
<input type="checkbox"/>	Facilidade com que os alimentos são engolidos.
<input type="checkbox"/>	Tipo de alimentos oferecidos na hora das refeições.
<input type="checkbox"/>	Outras. Quais? ----- -----

**Grupo 3 – Satisfação com os momentos de alimentação**

**1 – Qual a sua satisfação, de um modo geral, com o momento da alimentação dos idosos?**

1 Nada Satisfeito	2	3	4	5 Muito Satisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2 – Neste momento como classificaria os momentos de refeição dos idosos, de um modo geral?**

1 Muito mau	2	3	4	5 Muito bom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada pela sua participação!

## Apêndice 4 – Grelha de observação dos momentos de alimentação dos idosos

### Grelha de Observação dos Momentos de Alimentação

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

#### Parte I

<b>1 – Via de administração do alimento:</b>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG
<b>2 – Tipo de alimentos ingeridos:</b>	<input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Pastosos <input type="checkbox"/> Sólidos
<b>2.1 – Alimentos fornecidos:</b>	<input type="checkbox"/> Sopa <input type="checkbox"/> Prato principal <input type="checkbox"/> Fruta cozida <input type="checkbox"/> Fruta crua
<b>3 – Utensílios utilizados:</b>	<input type="checkbox"/> Colher <input type="checkbox"/> Copo <input type="checkbox"/> Palhinha <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
<b>4 – Autonomia a se alimentar:</b>	<input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Autônomo, mas por vezes necessita de ajuda <input type="checkbox"/> Dependente de ajuda
<b>5 – Ocorrências antes da alimentação:</b>	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Voz molhada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Escape anterior do alimento <input type="checkbox"/> Presença de resíduos na cavidade oral <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Sonolência
<b>6 – Ocorrências durante a alimentação:</b>	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Voz molhada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Escape anterior do alimento <input type="checkbox"/> Presença de resíduos na cavidade oral <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Sonolência

<b>7 – Ocorrências após a alimentação:</b>	<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Voz molhada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Escape anterior do alimento <input type="checkbox"/> Presença de resíduos na cavidade oral <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Sonolência
--	--

### Parte II

Assinalar com um (x) a(s) opção(ões) que se verifique(m).

	Auxiliar 1	Auxiliar 2	Auxiliar 3	Auxiliar 4	Auxiliar 5	Auxiliar 6	Auxiliar 7	Auxiliar 8	Auxiliar 9	Auxiliar 10	Auxiliar 11	Auxiliar 12
Está colocado a uma altura ao nível do idoso para o alimentar.												
Coloca o idoso numa posição adequada para o alimentar.												
Quando o idoso se engasga não tenta empurrar o alimento colocando mais alimento na boca.												
Respeita a velocidade com que o idoso realiza a mastigação/deglutição.												
Não dá os alimentos demasiado quentes ao idoso.												
Permite que o idoso coma sozinho (se o idoso apresentar capacidades motoras).												

## Apêndice 5 – PowerPoint da formação aos auxiliares de ação direta

P. PORTO

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE

Instituto Politécnico do Porto  
Escola Superior de Saúde  
Ano letivo: 2019/2020

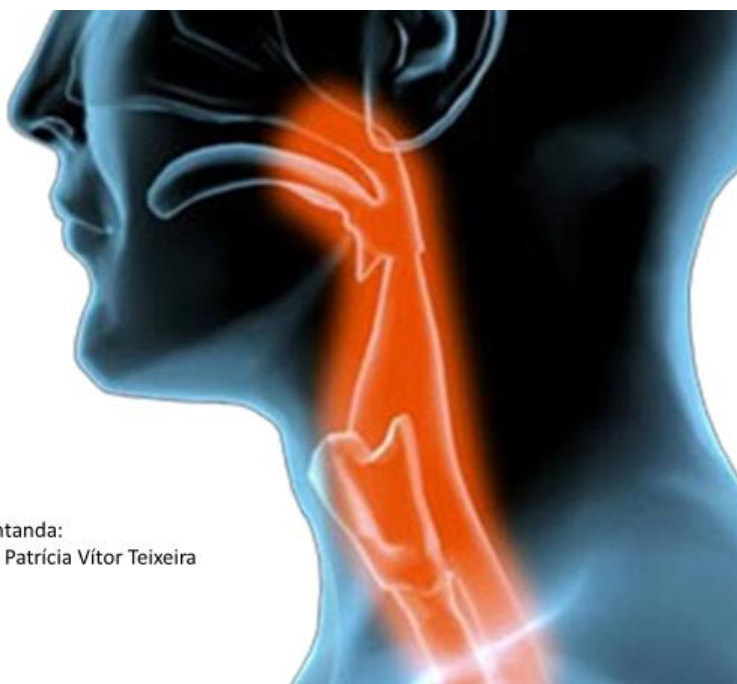
Mestrado em Terapia da Fala

# Disfagia

Orientadora:  
Prof. Doutora Brígida Patrício

Orientanda:  
Cátia Patrícia Vítor Teixeira

Santa Cruz, fevereiro de 2020



## Tópicos a abordar

### Disfagia

- O que é?;
- Causas;
- Sintomas;
- Papel do Terapeuta da Fala;
- Posicionamento durante a alimentação;
- Dicas para uma alimentação segura;
- Exercícios práticos.



2



## Disfagia – O que é?

- Qualquer perturbação que ocorra durante a deglutição (processo de engolir os alimentos).
- A disfagia corresponde a uma dificuldade em engolir, o que significa que demora mais tempo e implica maior esforço para movimentar os alimentos sólidos ou líquidos desde a boca até ao estômago.

(Peixoto & Rocha, 2009); (CUF, 2019)

# Disfagia

Causas



## Causas da Disfagia



### Causas mecânicas

Cancro de cabeça e pescoço;  
Tratamentos adjuvantes e/ou coadjuvantes;  
Intubação prolongada;  
Traqueostomia;  
Ventilação mecânica;



### Causas neurológicas

Acidente Vascular Cerebral (AVC);  
Doença de Parkinson (DP);  
Alzheimer;  
Esclerose Múltipla;  
Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE);  
Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA);  
Miastenia Gravis;  
Causas neurológicas.



(Martins, 2016)

6



### Sintomas da Disfagia

 Tosse	 Engasgo	 Náuseas	 Regurgitação nasal (comida sai pelo nariz)
 Dificuldades respiratórias por aspiração	 Odinofagia (dor ao deglutir)	 Dor torácica	 Atraso no reflexo de deglutição (demora ao engolir o alimento)

(Martins, 2016)

8

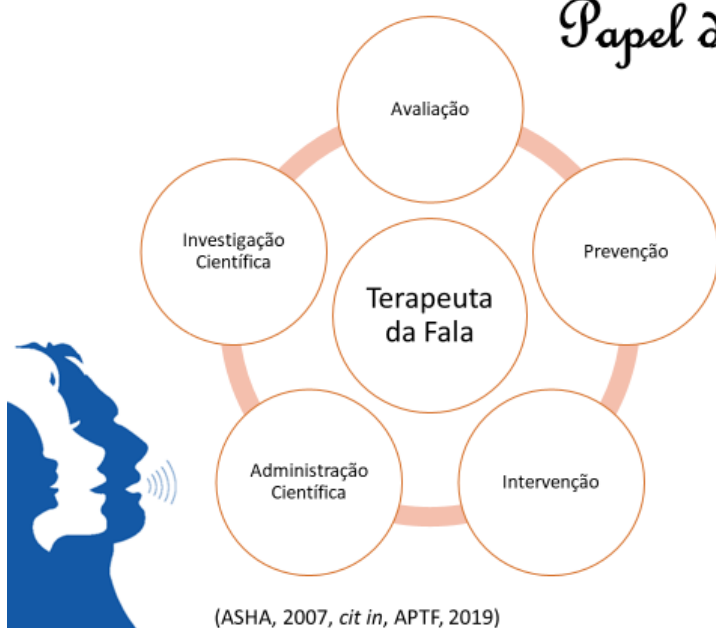
# Disfagia

Papel do Terapeuta da Fala



9

## Papel do Terapeuta da Fala



(ASHA, 2007, *cit in*, APTF, 2019)

Intervém em indivíduos desde recém nascidos até a idosos nas áreas de:

- Compreensão e expressão da linguagem oral e escrita;
- Comunicação não verbal;
- Capacidades de deglutição.

10

## Papel do Terapeuta da Fala

### Objetivo do TF num lar

- Promover a comunicação humana com os diferentes interlocutores, bem como facilitar os momentos de alimentação dos idosos institucionalizados.

Principal foco na prevenção e na reabilitação

Promover a autonomia e minimizar os efeitos da institucionalização no declínio da comunicação, linguagem e deglutição.

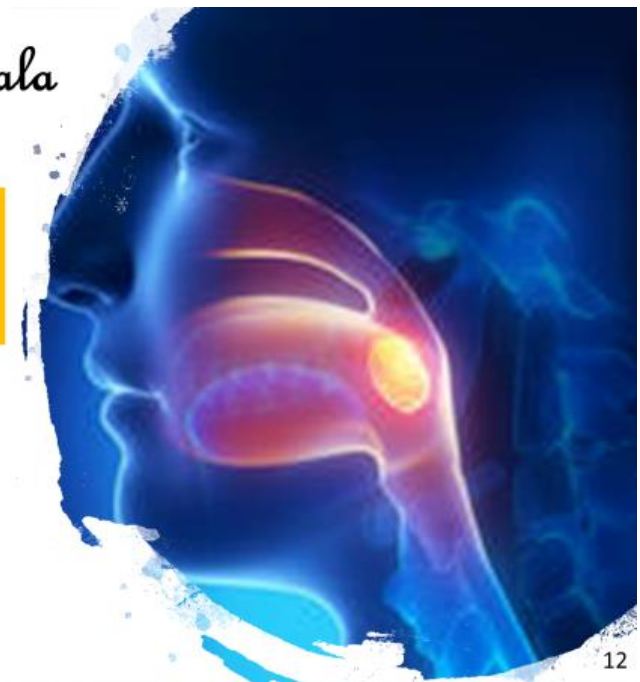
(Royal College of Speech & Language Therapists (2010) *cit in* Lopes (2012); ASHA, 2011; Lopes, 2012)

11

## Papel do Terapeuta da Fala

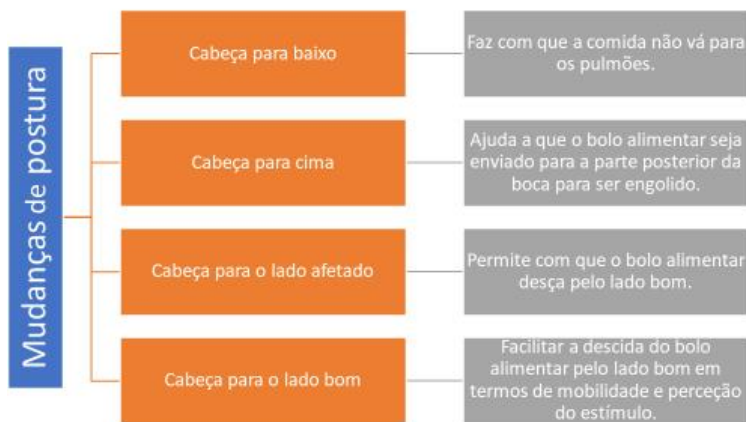
Estratégias que facilitam a deglutição

Mudanças de postura



12

# Papel do Terapeuta da Fala



Marchesan & Furkim (2003)



## Disfagia

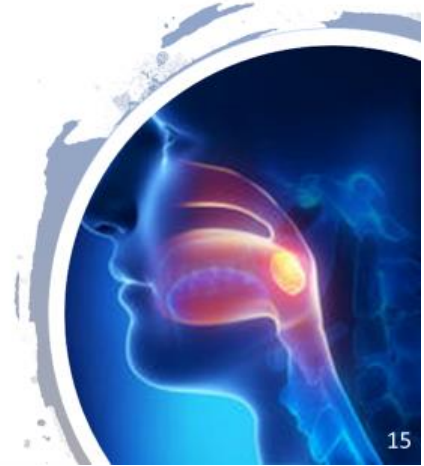
Dicas para uma alimentação segura



## Dicas para uma alimentação segura



O ambiente deve ser calmo e sem distrações (televisão, rádio, telemóvel...).



15

## Dicas para uma alimentação segura



O idoso deve ter os pés pousados no chão e as pernas num ângulo de 90ºgraus.



16

## Dicas para uma alimentação segura



O idoso não deve estar inclinado nem para a frente nem para trás. As costas devem estar direitas, a cabeça levantada e os ombros relaxados.



17

## Dicas para uma alimentação segura



No leito, o idoso deve estar posicionado no mínimo num ângulo de 30º graus, durante e após a refeição (pelo menos 30 minutos).

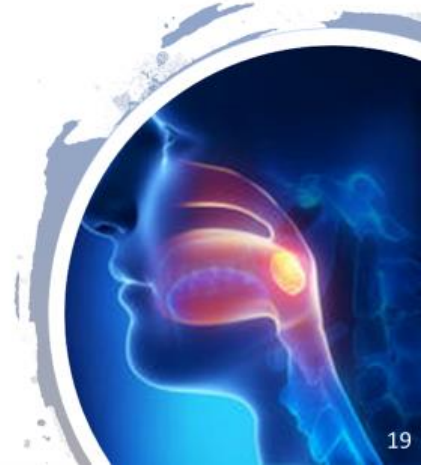


18

## Dicas para uma alimentação segura



Ao alimentar o idoso, o olhar deve estar direcionado para o mesmo, para evitar extensão ou flexão da cabeça.



19

## Dicas para uma alimentação segura

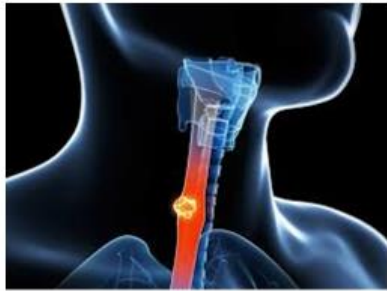


Fazer uma ligeira pressão na língua com a colher, sem tocar nos dentes, poderá ajudar aos movimentos linguais necessários para preparar e direcionar o bolo alimentar.



20

## Dicas para uma alimentação segura



Observe o pescoço do idoso. Não dê nova porção do alimento sem verificar que realizou o movimento de elevação da laringe/“pescoço”, que indica que já engoliu.



## Dicas para uma alimentação segura



Poderá ser útil auxiliar o encerramento da cavidade oral. Coloque o indicador por baixo do queixo e o polegar sobre o lábio superior, potenciando o encerramento da cavidade oral e auxiliando nos movimentos mastigatórios.



## Dicas para uma alimentação segura



Deve ter-se atenção ao fornecer alimentos muito viscosos, fibrosos (bacalhau, feijão verde e manga...) ou de duplas consistências (migas de pão, tangerina, laranja...), pois podem aumentar o risco de aspiração.



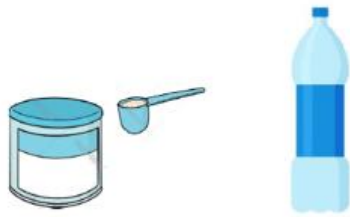
## Dicas para uma alimentação segura



Os alimentos a fornecer ao paciente devem ser homogêneos: sem grumos e sem espinhas. Não adicione alimentos sólidos (feijão, ervilha...) à sopa na consistência cremosa.



## Dicas para uma alimentação segura



Se o utente usar espessante: primeiro colocar o pó; só depois a água. Usar o garfo para mexer.  
Não se deve deixar o preparado em garrafa por mais de um dia.  
Não se devem reutilizar garrafas descartáveis.



## Dicas para uma alimentação segura



Se o idoso usar espessante e tiver que colocar medicamentos ou suplementos proteicos em pó, dissolva primeiro em água noutro copo, junte tudo e mexa com o garfo.



## Dicas para uma alimentação segura



Se o idoso se engasgar não dê água, deixe-o tossir.



## Dicas para uma alimentação segura

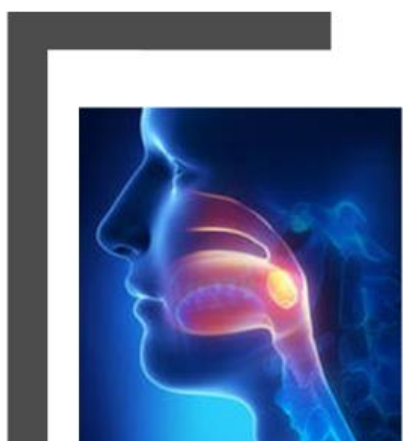


Nunca tente "empurrar" o alimento "preso" fornecendo outro.



# Disfagia

Exercícios Práticos



## Beber água em várias posições

- Sentado
- Deitado
- Cabeça inclinada para a frente, para trás, para os lados

## Comer em várias posições

- Sentado
- Deitado
- Cabeça inclinada para a frente, para trás, para os lados

## Ser alimentado numa posição incorreta

## Manobras facilitadoras da alimentação

- Fazer pressão com a colher na base da língua
- Auxiliar o encerramento/abertura da cavidade oral

30

## Bibliografia



- APTF. (2019). *O Terapeuta da Fala*. Obtido em 09 de outubro de 2019, de Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala: <https://www.aptf.org/profisso>
- CUF. (2019). *Disfagia*. Obtido em 29 de dezembro de 2019, de CUF: <https://www.saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/disfagia>
- Lopes, I. I. (2012). *A Terapia da Fala em contexto de lar de idosos: Aplicação de um modelo de supervisão clínica e de gestão de recursos*. [Tese de Mestrado], Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Marchesan, I. Q., & Furkim, A. M. (2003). Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição. *Tópicos em Deglutição e Disfagia*, pp. 375-384.
- Martins, A. M. (2016). *Avaliação da disfagia: Proposta de Protocolo de Videoendoscopia da Deglutição (VED)*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.
- Peixoto, V., & Rocha, J. (2009). *Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala* (Vol. 1). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

31

P.PORTO

ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE

Instituto Politécnico do Porto  
Escola Superior de Saúde  
Ano letivo: 2019/2020

Mestrado em Terapia da Fala

# Disfagia

Orientadora:  
Prof. Doutora Brígida Patrício

Orientanda:  
Cátia Patrícia Vítor Teixeira

Santa Cruz, janeiro de 2020



## Apêndice 6 – Grelhas de registo das sessões do plano de intervenção

Semana 9 (3 a 7 de fevereiro)

Objetivos		Auxiliar 1	Auxiliar 2	Auxiliar 3	Auxiliar 4	Auxiliar 5	Auxiliar 6	Auxiliar 7	Auxiliar 8	Auxiliar 9	Auxiliar 10	Auxiliar 11	Auxiliar 12
<p><b>1.1)</b> Colocar os idosos sentados numa posição correta (costas eretas e pés apoiados no chão) e cabeça ereta (sem realizar flexão ou extensão), no momento da alimentação, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve exemplificar como o idoso deve estar colocado no momento da alimentação e sempre que necessário ajustar a posição do mesmo (se necessário utilizar almofadas para o idoso ficar apoiado).</p>	Aplicou												
	Não Aplicou												
<p><b>1.2)</b> Colocar-se ao nível do idoso para o alimentar, a fim de este não ter de realizar extensão nem flexão da cabeça, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve colocar-se numa posição ao nível do idoso para o alimentar, para que os auxiliares percebam as diferenças entre estar ao nível do idoso e estar num nível diferente. Sempre que necessário, a TpF poderá corrigir a posição em que o auxiliar se encontra a alimentar o idoso.</p>	Aplicou												
	Não Aplicou												

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Semana 10 (10 a 14 de fevereiro)**

Objetivos		Auxiliar 1	Auxiliar 2	Auxiliar 3	Auxiliar 4	Auxiliar 5	Auxiliar 6	Auxiliar 7	Auxiliar 8	Auxiliar 9	Auxiliar 10	Auxiliar 11	Auxiliar 12
<p><b>1.1)</b> Colocar os idosos sentados numa posição correta (costas eretas e pés apoiados no chão) e cabeça ereta (sem realizar flexão ou extensão), no momento da alimentação, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve exemplificar como o idoso deve estar colocado no momento da alimentação e sempre que necessário ajustar a posição do mesmo (se necessário utilizar almofadas para o idoso ficar apoiado).</p>	Aplicou												
	Não Aplicou												
<p><b>1.2)</b> Colocar-se ao nível do idoso para o alimentar, a fim de este não ter de realizar extensão nem flexão da cabeça, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve colocar-se numa posição ao nível do idoso para o alimentar, para que os auxiliares percebam as diferenças entre estar ao nível do idoso e</p>	Aplicou												
	Não Aplicou												
<p><b>1.3)</b> No leito, colocar o idoso num ângulo igual ou superior a 30 graus, nos momentos de alimentação, para o conseguir alimentar de forma segura, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve colocar o idoso na posição correta. Quando os auxiliares estiverem a alimentar o idoso numa posição incorreta, a TpF deverá ajudar o auxiliar corrigir o posicionamento do mesmo.</p>	Aplicou												
	Não Aplicou												
<p><b>2.1)</b> Fazer uma ligeira pressão com a colher na base da língua do idoso, a fim de propulsionar os movimentos linguais para a preparação do bolo alimentar, com auxílio da TpF. Para auxiliar a TpF deve exemplificar num dos idosos como realizar pressão com a colher na base da língua. Quando algum auxiliar estiver a alimentar um idoso, auxiliar sempre que este solicitar ajuda ou sempre que seja visível que é necessária a intervenção da TpF.</p>	Aplicou												
	Não Aplicou												

**Observações:**

---

---

---

---

---

**Semana 11 (17 a 21 de fevereiro)**

Objetivos		Auxiliar 1	Auxiliar 2	Auxiliar 3	Auxiliar 4	Auxiliar 5	Auxiliar 6	Auxiliar 7	Auxiliar 8	Auxiliar 9	Auxiliar 10	Auxiliar 11	Auxiliar 12
1.1) Colocar os idosos sentados numa posição correta (costas eretas e pés apoiados no chão) e cabeça ereta (sem realizar flexão ou extensão), no momento da alimentação, sem auxílio da TpF.	Aplicou												
	Não Aplicou												
1.2) Colocar-se ao nível do idoso para o alimentar, a fim de este não ter de realizar extensão nem flexão da cabeça, sem auxílio da TpF.	Aplicou												
	Não Aplicou												
1.3) No leito, colocar o idoso num ângulo igual ou superior a 30 graus, nos momentos de alimentação, para o conseguir alimentar de forma segura, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve colocar o idoso na posição correta. Quando os auxiliares estiverem a alimentar o idosos numa posição incorreta, a TpF deverá ajudar o auxiliar corrigir o posicionamento do mesmo.	Aplicou												
	Não Aplicou												
2.1) Fazer uma ligeira pressão com a colher na base da língua do idoso, a fim de propulsionar os movimentos linguais para a preparação do bolo alimentar, com auxílio da TpF. Para auxiliar a TpF deve exemplificar num dos idosos como realizar pressão com a colher na base da língua. Quando algum auxiliar estiver a alimentar um idoso, auxiliar sempre que este solicitar ajuda ou sempre que seja visível que é necessária a intervenção da TpF.	Aplicou												
	Não Aplicou												
2.2) Saber se o idoso já deglutiou os alimentos através da observação do movimento da laringe, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve estar junto do auxiliar no momento da alimentação e explicar-lhe como pode saber se o idoso já realizou a deglutição através do movimento da laringe.	Aplicou												
	Não Aplicou												

2.3) Auxiliar o encerramento/abertura da cavidade oral, aplicando manobras que facilitam a abertura e encerramento da cavidade oral, com auxílio da TpF. Para auxiliar, a TpF deve exemplificar como as manobras são utilizadas e aplicá-las nos idosos e ajudar os auxiliares a aplicá-las quando estes sentirem dificuldade.	Aplicou												
	Não Aplicou												

**Observações:**

-----

-----

-----

-----

-----

**Semana 12 (24 a 28 de fevereiro)**

Objetivos		Auxiliar 1	Auxiliar 2	Auxiliar 3	Auxiliar 4	Auxiliar 5	Auxiliar 6	Auxiliar 7	Auxiliar 8	Auxiliar 9	Auxiliar 10	Auxiliar 11	Auxiliar 12
1.1) Colocar os idosos sentados numa posição correta (costas eretas e pés apoiados no chão) e cabeça ereta (sem realizar flexão ou extensão), no momento da alimentação, sem auxílio da TpF.	Aplicou												
	Não Aplicou												
1.2) Colocar-se ao nível do idoso para o alimentar, a fim de este não ter de realizar extensão nem flexão da cabeça, sem auxílio da TpF	Aplicou												
	Não Aplicou												
1.3) No leito, colocar o idoso num ângulo igual ou superior a 30 graus, nos momentos de alimentação, para o conseguir alimentar de forma segura, sem auxílio da TpF.	Aplicou												
	Não Aplicou												
2.1) Fazer uma ligeira pressão com a colher na base da língua do idoso, a fim de propulsionar os movimentos linguais para a preparação do bolo alimentar, sem auxílio da TpF.	Aplicou												
	Não Aplicou												
2.2) Saber se o idoso já degluti os alimentos através da observação do movimento da laringe, sem auxílio da TpF.	Aplicou												
	Não Aplicou												
2.3) Auxiliar o encerramento/abertura da cavidade oral, aplicando manobras que facilitam a abertura e encerramento da cavidade oral, sem auxílio da TpF.	Aplicou												
	Não Aplicou												

**Observações:**

-----

-----

-----

-----