

Karlla Cassol¹
Juliana Ferreira Marcolino Galli²
Nelma Ellen Zamberlan²
Ana Paula Dassie-Leite²

Descritores

Idoso
Qualidade de vida
Transtornos de deglutição
Deglutição
Envelhecimento

Keywords

Aged
Quality of life
Deglutition disorders
Deglutition
Aging

Endereço para correspondência:

Ana Paula Dassie-Leite
UNICENTRO - Departamento de Fono-
audiologia
Rodovia PR. 156, Km 07, Riozinho, Irati
(PR), Brasil, CEP: 84500-000.
E-mail: pauladassie@hotmail.com

Recebido em: 7/12/2011

Aceito em: 6/8/2012

Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis

Quality of life in swallowing in healthy elderly

RESUMO

Objetivo: Conhecer a autopercepção de idosos saudáveis frente às possíveis dificuldades de deglutição. **Métodos:** Participaram 104 idosos, 62 mulheres e 42 homens, com idades entre 60 e 88 anos, que autorreferiram bom estado de saúde geral, sem histórico de doenças degenerativas, neurológicas ou quaisquer outros acometimentos que pudessem influenciar na deglutição. Todos passaram por rastreios cognitivo e emocional e apresentaram condições satisfatórias em ambos. Foi aplicado um questionário para levantamento de dados gerais e de saúde, e o protocolo SWAL-QOL. Os dados foram analisados estatisticamente. **Resultados:** A maior parte dos domínios do SWAL-QOL apresentou médias próximas ao valor máximo possível (100 pontos), indicando autopercepção positiva dos idosos quanto à qualidade de vida em deglutição. Idosos usuários de prótese dentária apresentaram melhores índices na maior parte dos domínios, quando comparados aos não usuários. Indivíduos que autorreferiram prótese mal adaptada obtiveram menores escores nos domínios deglutição como um fardo, duração da alimentação e frequência de sintomas. Homens e mulheres diferenciaram-se apenas nos domínios “Sono” e “Fadiga”, em que mulheres apresentaram médias inferiores. Não houve correlação entre os escores obtidos no SWAL-QOL e as variáveis idade e renda. **Conclusão:** Idosos saudáveis, em geral, não autorreferem alterações significativas quanto à qualidade de vida em deglutição. Além disso, não há redução da qualidade de vida em deglutição à medida que há o avanço da idade. A prótese dentária, quando bem adaptada, minimiza prejuízos referentes à deglutição.

ABSTRACT

Purpose: To understand the self-perception of healthy elderly regarding possible swallowing difficulties. **Methods:** Participants were 104 seniors, 62 women and 42 men, ranging in age from 60 to 88 years (mean 70.6), who reported good general health, no history of degenerative diseases, neurological or any other diseases that could influence swallowing participated. All subjects underwent cognitive and emotional screening and presented satisfactory conditions for both. A questionnaire to gather general and health information, and the protocol SWAL-QOL were applied. The data were statistically analyzed. **Results:** Most domains of the SWAL-QOL showed mean numbers close to the maximum score (100 points), indicating a positive perception of the elderly about quality of life related to swallowing. Individuals with dentures showed better rates in most domains when compared to non-users. Individuals who self-reported ill-fitting dentures had lower scores for the domains “burden”, “eating duration” and “frequency of symptoms”. Men and women differed only in the domains “sleep” and “fatigue”, for which women had lower mean scores. There was no correlation between the SWAL-QOL scores obtained and the variables age and monthly income. **Conclusion:** Healthy elderly, in general, do not self-report significant changes in the quality of life related to swallowing. Moreover, there is no reduction of quality of life related to swallowing as age advances. Well-adjusted dentures minimize impairment related to swallowing.

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati (PR), Brasil.

(1) Curso de Fonoaudiologia, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati (PR), Brasil.

(2) Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO – Irati (PR), Brasil.

Conflito de interesses: Não

INTRODUÇÃO

O interesse por estudos acerca da Qualidade de Vida (QV) tem sido crescente em várias áreas da atividade humana nos últimos anos. Embora o termo QV também seja utilizado como chavão nas manchetes de jornais e discursos políticos, ele é empregado de maneira importante na divulgação dos serviços de saúde e tem sua relevância publicada em artigos científicos e inúmeros sites da internet.

O conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e influenciado por vários aspectos relacionados à educação, economia e aspectos socioculturais, não havendo um consenso quanto à sua definição⁽¹⁾. No entanto, para melhor compreensão do tema, deve-se levar em conta a percepção do indivíduo em relação a sua própria saúde para que assim sejam empregadas medidas eficientes de intervenção.

Apesar de não haver consenso quanto à definição de QV, a maior parte dos autores afirma que em sua avaliação devem ser contempladas expectativas, padrões e preocupações, quanto aos domínios físico, social, psicológico e espiritual, buscando-se captar a experiência pessoal de cada indivíduo^(2,3). Além disso, deve-se considerar a visão do paciente sobre sua posição na vida, tanto no contexto cultural quanto no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos.

Tão difícil quanto conceituar qualidade de vida é caracterizar seu impacto diante de alguma doença enfrentada pelo indivíduo. Os idosos, em geral, enfrentam dificuldades decorrentes do próprio processo de envelhecimento e é comum que isso tenha impacto negativo em suas atividades diárias^(4,5). Algumas das modificações morfofisiológicas causadas pelo avanço da idade são as alterações de motricidade orofacial, voz, audição, linguagem e deglutição^(6,7).

O Ministério da Saúde criou uma portaria que defende os direitos dos idosos, instituída de ações integradas com foco na promoção do envelhecimento ativo e saudável⁽⁸⁾. Considera-se no documento que o conceito de saúde para o indivíduo idoso vai muito além da presença ou ausência de doença, traduzindo-se por sua condição de autonomia e independência, ou seja, por sua “capacidade funcional”⁽⁹⁾. Entretanto, deve-se considerar a heterogeneidade no envelhecimento, principalmente quando a percepção do idoso é enfatizada. Desse modo, o envelhecimento saudável e “bem sucedido” é uma categoria complexa, que envolve a capacidade individual de adaptação e mudança nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. O processo envolve múltiplos fatores e, portanto, estudos com medidas puramente físicas/biológicas deixam marginalizados outros determinantes modificadores da saúde⁽¹⁰⁾.

É necessário o esclarecimento de que uma deglutição adaptada difere de uma deglutição alterada. A primeira está relacionada à presbifagia, que corresponde ao envelhecimento natural, fisiológico, do mecanismo de deglutição. Já a segunda relaciona-se à disfagia propriamente dita, que se refere à dificuldade de coordenar os movimentos da mastigação, deglutição e respiração, tendo como principais causas: acidente vascular cerebral, trauma crânio-encefálico, câncer de cabeça e pescoço, tumores cerebrais, e demências⁽¹¹⁾.

Os sinais da presbifagia podem apresentar-se de forma

variada, comprometendo predominantemente uma ou outra fase da deglutição. Algumas das modificações comuns aos idosos e que podem trazer impacto negativo são: alteração no vedamento labial, trânsito oral lentificado, acúmulo de resíduos no vestíbulo, redução da força mastigatória e redução da elevação laríngea^(12,13).

Tais alterações morfológicas e funcionais podem ainda ser agravadas quando associadas a problemas bucais, como a perda de dentes, que é a queixa mais comum em idosos no que se refere à deglutição^(14,15). As próteses dentárias surgiram para resolver essa problemática⁽¹⁶⁾, porém os benefícios dependem diretamente de sua adaptação⁽¹⁷⁾. A prótese, quando mal adaptada, pode gerar incômodos como dificuldades na alimentação, alteração na inteligibilidade da fala e insatisfação estética⁽¹⁷⁾. Cabe destacar que existem variações inter e intrassujeitos, já que o envelhecimento e sua mudança na qualidade de vida não decorrem somente do processo biológico. Outros aspectos, principalmente socioeconômicos e psicológicos, determinam tal heterogeneidade⁽¹⁸⁾.

Na Fonoaudiologia, já existem vários protocolos clínicos de avaliação da deglutição. No entanto, poucos deles enfatizam o real impacto desta alteração na qualidade de vida do paciente. O *Quality of Life in Swallowing Disorders - SWAL-QOL*⁽¹⁹⁾ foi desenvolvido nos Estados Unidos. No Brasil, foi traduzido e validado no ano de 2009⁽²⁰⁾. Tal protocolo é constituído de 44 questões que avaliam 11 domínios (Deglutição como um fardo; Desejo de se alimentar; Duração da alimentação; Frequência de sintomas; Seleção de alimentos; Comunicação; Medo de se alimentar; Saúde mental; Social; Sono e Fadiga). Trata-se de uma ferramenta importante para monitorar a eficácia da atuação fonoaudiológica sob o ponto de vista do paciente. É, também, sensível para diferenciar a deglutição de indivíduos normais de pacientes disfágicos e nos permite conhecer o verdadeiro impacto das alterações vivenciadas pelo idoso no momento da alimentação. Desta forma, torna-se possível direcionar o manejo dos pacientes e as reflexões sobre uma atuação adequada junto a essa população⁽¹¹⁾.

Levando-se em consideração os poucos estudos que investigam a qualidade de vida em deglutição de idosos e entendendo que o processo de envelhecimento pode trazer prejuízos sociais, buscamos, por meio deste estudo, conhecer o perfil dos idosos quanto à presbifagia. Acreditamos que os resultados possibilitarão o desenvolvimento de novas estratégias de atenção à saúde em benefício à população idosa.

Diante do exposto, o presente trabalho teve o objetivo de avaliar a qualidade de vida em deglutição de idosos saudáveis, utilizando o protocolo SWAL-QOL, e relacionar os índices obtidos com as variáveis referentes à faixa etária, sexo, nível socioeconômico e utilização e adaptação de prótese dentária.

MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, COMEP/I, sob o número 032/2011. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Trata-se de estudo observacional, prospectivo e transversal. A população inicial correspondia a 112 idosos, frequentadores de clubes de lazer das cidades de Guaraniçu e Irati, ambas localizadas no interior do Paraná. A amostra final, no entanto, foi composta por 104 idosos, uma vez que oito falharam nos testes iniciais que determinaram a inclusão e a exclusão na pesquisa.

Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes aspectos: possuir idade igual ou superior a 60 anos; apresentar boas condições cognitivas e emocionais; autorreferir bom estado de saúde geral mesmo com a presença de doenças comuns ao processo de envelhecimento como hipertensão arterial, colesterol alto, diabetes e triglicérides alterados, etc. Adotou-se como critérios de exclusão: autorreferir histórico de doenças neurológicas, neoplásicas, psiquiátricas ou outras patologias que pudessem interferir no processo de deglutição; ter passado ou estar em processo terapêutico fonoaudiológico devido a problema de deglutição.

Para confiabilidade da inclusão ou exclusão dos participantes foram realizados rastreios cognitivo e emocional, que compreenderam as seguintes etapas:

- Aplicação do questionário de rastreio cognitivo, MEEM – Mini Exame Estado Mental⁽²¹⁾. Trata-se de um teste breve, composto por itens a respeito de orientação temporal (cinco pontos), orientação espacial (cinco pontos), registro de três palavras (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), recordação das três palavras (três pontos), linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). O escore do MEEM pode variar de zero ponto (maior grau de comprometimento cognitivo) até um máximo de 30 pontos (melhor capacidade cognitiva). A escolaridade e a faixa etária são variáveis de grande influência na pontuação do MEEM. No rastreio são consideradas como alteradas quando a pontuação não condiz com o esperado devido aos anos de estudo. Sendo assim, considera-se alterado para analfabetos com pontuação inferior a 13 pontos; indivíduos com escolaridade média (até oito anos de instrução formal) pontuação inferior a 18 pontos; indivíduos com alta escolaridade (mais de oito anos de instrução) pontuação inferior a 26 pontos. Desta forma, indivíduos que apresentaram MEEM alterado foram excluídos da pesquisa. Do total de 112 idosos, sete falharam no MEEM.
- Aplicação da Escala Geriátrica de Depressão (GDS)⁽²²⁾ para rastreio emocional. A GDS possui uma versão longa e uma curta, composta de 30 e 15 questões, respectivamente. Ambas são validadas internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global. A versão utilizada neste trabalho foi a mais longa, contendo 30 questões. Atribui-se zero ponto quando a resposta do indivíduo é diferente da opção destacada em negrito (respostas que indicam adequação emocional) e um ponto quando a resposta for igual à destacada em negrito (respostas que indicam dificuldade emocional). Algumas das questões contidas na GDS são: “Você está satisfeito com sua vida?”; “Abandonou muitos de seus interesses e atividades?”; “Sente que sua vida está vazia?”. O total da somatória superior a 10 pontos indica suspeita de depressão. Portanto, indivíduos que apresentaram pontuação de GDS acima de 10 pontos, dois dos 112,

foram excluídos do estudo. Vale mencionar que um destes dois indivíduos também falhou no rastreio cognitivo.

Os dados foram coletados nas dependências dos dois clubes de idosos, mantido pelas prefeituras das cidades de Guaraniçu e Irati (PR), entre o período de janeiro a maio de 2011. Tais locais foram selecionados com o intuito de aproximar o estudo da categoria “idoso saudável” determinada pelo Ministério da Saúde⁽⁸⁾.

Os idosos foram abordados nos intervalos de atividades de lazer que participavam, como bingos, artesanato, jogos, etc. O tempo médio para o preenchimento dos quatro questionários (Questionário de Identificação, MEEM, Escala de Depressão e SWAL-QOL) variou entre 15 a 20 minutos. Todo o procedimento de coleta foi realizado por uma única pesquisadora, que não possuía contato prévio com nenhum dos participantes. A aplicação dos questionários e protocolos ocorreu individualmente com cada sujeito. As questões eram lidas aos idosos, que referiam uma das opções de resposta e tinham tal opção assinalada pela pesquisadora.

Após o rastreio relacionado à inclusão e exclusão dos idosos na pesquisa, foi aplicado um breve questionário elaborado pelas pesquisadoras, contendo os dados de identificação, idade, gênero, renda familiar mensal, utilização de prótese dentária e dados relacionados à saúde geral. A faixa etária dos 104 idosos incluídos na amostra final variou entre 60 a 88 anos (média de 70,64 anos), sendo 42 homens e 62 mulheres. A renda mensal média estimada foi R\$ 1178,55. Foram obtidos os demais dados referentes à caracterização dos sujeitos, bem como aos resultados dos testes de rastreio (pré-coleta) (Tabela 1).

Em seguida ao questionário de identificação, os idosos responderam ao protocolo “Qualidade de Vida em Disfagia” (SWAL-QOL)⁽¹⁸⁾, constituído por 44 questões, que avaliam 11 domínios: deglutição como um fardo, desejo de se alimentar, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção de alimentos, comunicação, medo de se alimentar, saúde mental, social, sono e fadiga. Os idosos responderam sobre a frequência com que ocorre cada pergunta de cada domínio por meio de Escala de Likert (sempre, muitas vezes, algumas vezes, um pouco ou nunca). A pontuação total de cada domínio pode variar de 0 a 100: quanto mais baixa a pontuação, pior a qualidade de vida relacionada à deglutição. Os valores de cada resposta dentro de cada domínio foram somados e o resultado foi dividido pelo número de questões do domínio analisado. A resultante foi o valor da pontuação em cada domínio. O SWAL-QOL também conta com quatro questões adicionais, referentes a possíveis modificações ou necessidade de adaptações dos idosos durante o processo de alimentação. Portanto, trata-se de uma pesquisa com avaliação autorreferida da qualidade de vida, tipo recomendado pela literatura⁽²³⁾ devido à complexidade do tema. Indivíduos que autorreferem pior qualidade de vida têm maior risco de mortalidade quando comparados aos indivíduos que autorreferem boa qualidade de vida⁽²³⁾.

Os dados dos questionários (Identificação e SWAL-QOL) foram tabulados e, a partir disso, as variáveis foram selecionadas de acordo com os objetivos da pesquisa. A análise estatística foi feita por meio dos testes ANOVA, Correlação de Pearson, Teste de Correlação e Qui-quadrado. O nível de significância

Tabela 1. Resultados dos testes de rastreio e caracterização da amostra final (n=104)

Testes de rastreio	n	%
Mini Estado Mental (MEEM)		
Passaram	105	92,9
Falharam	8*	7,1
Escala Geriátrica de Depressão (GDS)		
Passaram	111	98,2
Falharam	2*	1,8
Total final na amostra	104	100
Faixa etária (em anos)		
60 a 65	22	21,1
66 a 69	27	26
70 a 74	23	22,1
75 a 79	20	19,3
80 a 84	7	6,7
85 a 89	5	4,8
Estado de saúde geral autorreferido		
Excelente	19	18,3
Ótimo	34	32,7
Bom	38	36,5
Razoável	13	12,5
Doenças autorreferidas**		
Hipertensão arterial	54	51,9
Diabetes	15	14,4
Colesterol elevado	19	18,3
Problemas nas articulações	8	7,7
Artrite/artrose/osteoporose	19	18,3
Prótese dentária		
Sim	94	9
Não	10	91
Bem-adaptada	82	87,2***
Mal-adaptada	12	12,8***

* um sujeito falhou nos dois testes (MEMM e GDS); **o indivíduo poderia referir mais de uma doença; ***referente ao total de 94 indivíduos protetizados

adotado foi de 0,05 (5%), com intervalos de 95% de confiança estatística.

RESULTADOS

Quanto aos escores obtidos pelos 104 participantes nos 11

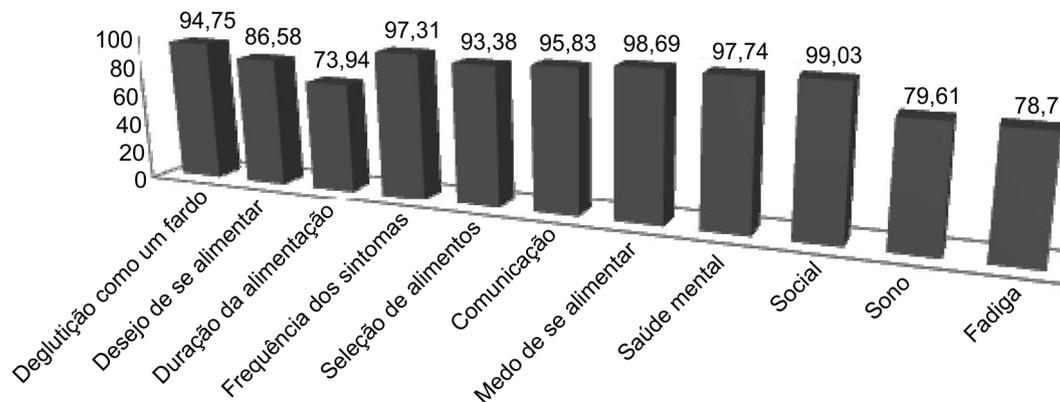


Figura 1. Distribuição dos escores médios obtidos pelos idosos nos domínios do protocolo SWAL-QOL

domínios do protocolo SWAL-QOL, observa-se que a maior parte deles teve pontuação média próxima ao valor máximo de 100 pontos, indicando pouca ou nenhuma interferência autorreferida pelos idosos (Figura 1). O domínio com maior pontuação média foi o “Social” e o com menor pontuação média foi o de “Duração da alimentação”.

No que se refere à comparação dos escores médios totais obtidos no SWAL-QOL entre os gêneros, observamos diferenças somente nos domínios sono (domínio 10) e fadiga (domínio 11). Em ambos, os homens obtiveram médias superiores quando comparados às mulheres, ou seja, apresentaram melhores índices de qualidade de vida (Tabela 2). É importante enfatizar que estes dois domínios cujas diferenças foram observadas não têm relação direta com o processo de alimentação. Em todos os outros domínios, homens e mulheres apresentaram médias de escores semelhantes.

Os valores médios obtidos pelos idosos no protocolo SWAL-QOL foram relacionados à utilização da prótese dentária. Houve diferença no domínio “frequência de sintomas”, em que idosos usuários de prótese apresentaram maiores escores quando comparados a idosos não usuários (Tabela 3). Frisamos que o domínio “frequência de sintomas” investiga, dentre outros aspectos, queixas relacionadas à fase oral da deglutição, como os aspectos mastigatórios, por exemplo.

Os 93 idosos que mencionaram fazer o uso de prótese dentária foram questionados sobre as condições de adaptação desta prótese. Os que referiram boa adaptação apresentaram diferença em relação aos que referiram má adaptação nos escores médios obtidos nos domínios deglutição como um fardo, duração da alimentação e frequência de sintomas (Tabela 4).

Foram realizadas as correlações entre as variáveis quantitativas do estudo: escores obtidos nos 11 domínios do protocolo SWAL-QOL, idade e renda familiar média mensal. Não houve correlação entre os domínios do SWAL-QOL e a idade dos participantes, ou seja, idosos de todas as idades envolvidas no estudo (60 a 88 anos) apresentaram escores semelhantes quanto à qualidade de vida em deglutição. O mesmo ocorreu na relação entre os escores dos domínios do SWAL-QOL e a renda mensal familiar média, ou seja, independentemente da renda a autopercepção dos idosos quanto à qualidade de vida em deglutição foi bastante similar (Tabela 5).

Pelo fato de o número de idosos não ter distribuição

Tabela 2. Distribuição de escores médios obtidos nos domínios do protocolo SWAL-QOL de acordo com o gênero

	Gênero	Média	Mediana	DP	n	Valor de p
1. Deglutição como um fardo	Feminino	92,7	100	18,2	62	0,119
	Masculino	97	100	9,5	42	
2. Desejo de se alimentar	Feminino	84,5	95,8	21,2	62	0,552
	Masculino	86,6	100	23,1	42	
3. Duração da alimentação	Feminino	70,2	75	31,1	62	0,129
	Masculino	79,3	100	28,2	42	
4. Frequência de sintomas	Feminino	91,9	99,1	12,3	62	0,247
	Masculino	94,2	100	11,4	42	
5. Seleção de alimentos	Feminino	91,8	100	20,3	62	0,242
	Masculino	95,5	100	13,5	42	
6. Comunicação	Feminino	95,2	100	16,2	62	0,688
	Masculino	96,4	100	11,5	42	
7. Medo de se alimentar	Feminino	97	100	9,7	62	0,133
	Masculino	99,4	100	2,7	42	
8. Saúde mental	Feminino	96,3	100	12,6	62	0,072
	Masculino	99,9	100	0,8	42	
9. Social	Feminino	98,4	100	10	62	0,305
	Masculino	100	100	0	42	
10. Sono	Feminino	72,8	75	29,4	62	0,047*
	Masculino	83,6	100	26	42	
11. Fadiga	Feminino	73,6	75	27	62	0,034*
	Masculino	83,7	91,6	20,7	42	

* Valores significativos (p<0,05) – Teste ANOVA

Legenda: DP = desvio-padrão

Tabela 3. Distribuição de escores dos domínios do protocolo SWAL-QOL de acordo com utilização ou não de prótese dentária

	Prótese	Média	Mediana	DP	n	Valor de p
1. Deglutição como um fardo	Não	88,6	100	19,7	11	0,169
	Sim	95,2	100	14,7	93	
2. Desejo de se alimentar	Não	89,8	100	20	11	0,496
	Sim	84,8	100	22,1	93	
3. Duração da alimentação	Não	85,2	100	22,9	11	0,189
	Sim	72,5	75	30,7	93	
4. Frequência de sintomas	Não	85,5	98,2	18,6	11	0,026*
	Sim	93,7	100	10,7	93	
5. Seleção de alimentos	Não	93,2	100	10,3	11	0,951
	Sim	93,3	100	18,6	93	
6. Comunicação	Não	89,8	100	20	11	0,157
	Sim	96,4	100	13,6	93	
7. Medo de se alimentar	Não	97,7	100	5,1	11	0,911
	Sim	98	100	8	93	
8. Saúde mental	Não	99,5	100	1,5	11	0,52
	Sim	97,5	100	10,4	93	
9. Social	Não	100	100	0	11	0,663
	Sim	98,9	100	8,2	93	
10. Sono	Não	77,3	87,5	28,9	11	0,997
	Sim	77,2	100	28,5	93	
11. Fadiga	Não	85,6	91,6	17,9	11	0,285
	Sim	76,8	75	25,7	93	

* Valores significativos (p<0,05) – Teste ANOVA

Legenda: DP = desvio-padrão

Tabela 4. Distribuição dos escores obtidos pelos idosos nos domínios do SWAL-QOL de acordo com a adaptação da prótese dentária

	Bem adaptada	Média	Mediana	DP	n	Valor de p
1. Deglutição como um fardo	Não	82,3	100	30,4	12	0,001*
	Sim	97,1	100	9,7	82	
2. Desejo de se alimentar	Não	85,4	87,45	15,1	12	0,967
	Sim	84,9	100	23	82	
3. Duração da alimentação	Não	54,2	56,25	39,3	12	0,024*
	Sim	75,5	75	28,5	82	
4. Frequência de sintomas	Não	84,8	87,45	13,8	12	0,001*
	Sim	95,1	100	9,5	82	
5. Seleção de alimentos	Não	89,6	100	22,5	12	0,423
	Sim	94	100	17,9	82	
6. Comunicação	Não	93,8	100	21,7	12	0,478
	Sim	96,8	100	12,1	82	
7. Medo de se alimentar	Não	97,9	100	4,1	12	0,956
	Sim	98,1	100	8,4	82	
8. Saúde mental	Não	100	100	0	12	0,380
	Sim	97,2	100	11	82	
9. Social	Não	100	100	0	12	0,628
	Sim	98,8	100	8,7	82	
10. Sono	Não	80,2	81,25	21	12	0,732
	Sim	77	100	29,5	82	
11. Fadiga	Não	70,8	79,15	31,7	12	0,37
	Sim	77,7	75	24,7	82	

* Valores significativos ($p < 0,05$) – Teste ANOVA**Legenda:** DP = desvio-padrão**Tabela 5.** Correlação (%) entre os escores obtidos nos domínios do SWAL-QOL, idade e renda mensal familiar

		Idade	Renda	1**	2**	3**	4**	5**	6**	7**	8**	9**	10**
1. Deglutição como um fardo	Correlação	8,60	10,90										
	Valor de p	0,384	0,271										
2. Desejo de se alimentar	Correlação	-1,70	13,20	12,10									
	Valor de p	0,86	0,181	0,222									
3. Duração da alimentação	Correlação	11,00	4,20	36,90	30,00								
	Valor de p	0,265	0,675	<0,001*	0,002*								
4. Frequência de Sintomas	Correlação	-4,90	18,40	74,10	21,20	46,40							
	Valor de p	0,618	0,062	<0,001*	0,031*	<0,001*							
5. Seleção de alimentos	Correlação	8,90	12,50	32,50	14,00	40,50	46,10						
	Valor de p	0,37	0,208	0,001*	0,156	<0,001*	<0,001*						
6. Comunicação	Correlação	-6,90	12,20	37,60	2,00	25,70	50,40	5,70					
	Valor de p	0,485	0,216	<0,001*	0,843	0,009*	<0,001*	0,563					
7. Medo de se alimentar	Correlação	-0,60	6,90	54,50	13,40	34,70	56,30	69,90	11,20				
	Valor de p	0,951	0,485	<0,001*	0,175	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,258				
8. Saúde mental	Correlação	6,40	10,60	39,00	21,20	35,90	45,40	69,30	7,60	82,60			
	Valor de p	0,518	0,285	<0,001*	0,031*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,446	<0,001*			
9. Social	Correlação	8,30	2,50	26,10	9,50	17,80	24,90	48,10	-3,80	67,90	52,90		
	Valor de p	0,401	0,804	0,007*	0,337	0,071	0,011*	<0,001*	0,705	<0,001*	<0,001*		
10. Sono	Correlação	4,00	22,00	-0,40	7,30	10,90	-0,40	5,20	-1,80	-3,30	-6,00	1,00%	
	Valor de p	0,684	0,025*	0,971	0,463	0,273	0,972	0,6	0,859	0,74	0,543	0,923	
11. Fadiga	Correlação	-3,20	23,10	40,70	17,10	22,00	48,80	12,80	20,60	31,10	20,90	4,60	0,30
	Valor de p	0,748	0,019*	<0,001*	0,083	0,026*	<0,001*	0,196	0,037*	0,001*	0,034*	0,645	0,973

*Valores significativos ($p < 0,05$) – Correlação de Pearson e Teste de Correlação

** Referência aos domínios, de 1 a 11, do protocolo SWAL-QOL, especificados na coluna 1

igualitária nas diferentes faixas etárias (Tabela 1), o teste de correlação foi complementado pela Análise da Variância (ANOVA), que comparou os índices dos 11 domínios do SWAL-QOL com a variável categórica referente a cada uma das seis faixas etárias previamente determinadas (60 a 64 – 22 sujeitos; 65 a 69 – 27 sujeitos; 70 a 74 – 23 sujeitos; 75 a 79 – 20 sujeitos; 80 a 84 – sete sujeitos; 85 a 89 – cinco sujeitos). Os resultados corroboraram os dados do teste de correlação, indicando que não houve relação entre o avanço da faixa etária e a diminuição dos índices do SWAL-QOL (todos os valores de p foram superiores a 0,05).

Ainda por meio do teste supracitado, foi possível verificar algumas correlações positivas entre os diferentes domínios do protocolo SWAL-QOL, ou seja, à medida que as médias de determinado domínio aumentaram, as médias de outro também se tornaram superiores (Tabela 5). Isso foi observado, por exemplo, entre os domínios deglutição como um fardo e frequência de sintomas, indicando que quanto maior o número de sintomas, como tosse, engasgos, e dificuldades de mastigação, mais difícil é para o idoso lidar com seu problema de deglutição.

Como mencionado no item métodos, o SWAL-QOL conta com questões adicionais, acerca de necessidades de adaptações feitas pelos idosos durante o processo de alimentação. Os resultados indicaram que a maior parte dos idosos não referiu a necessidade de modificação na dinâmica alimentar quanto à consistência de alimentos durante as refeições. Por meio de análise com o teste Qui-quadrado, observou-se que dos 104 indivíduos apenas um referiu ingerir comumente alimentos mais macios ($p=0,00$) e quatro mencionaram a ingestão de líquidos um pouco ou moderadamente mais espessos ($p=0,00$).

DISCUSSÃO

O SWAL-QOL^(19,20) é um sensível instrumento de autoavaliação que permite conhecer o real impacto das alterações vivenciadas no momento da alimentação e a percepção do indivíduo sobre a qualidade de vida em deglutição. Partindo da ideia de que idosos podem apresentar dificuldades relacionadas à deglutição devido às modificações laríngeas relacionadas ao envelhecimento, optamos por investigar como esse grupo de indivíduos se autoavalia no que se refere à alimentação, de maneira direta e indireta.

Ressaltamos que os sujeitos de pesquisa frequentavam clubes para idosos, o que os aproxima da definição de “saúdável” veiculada pelo Ministério da Saúde, enfatizando a autonomia e independência^(8,9). Desse modo, nossos resultados possivelmente refletiram os dados de uma população com melhor qualidade de vida. Isso porque a literatura⁽²⁴⁾ descreve que exercícios físicos e práticas sociais, presentes em centros e clubes de convivência, melhoram a qualidade de vida. Ainda assim, é possível observar, em todas as análises, que os valores de desvio padrão obtidos foram consideravelmente altos. Acreditamos que isso tenha ocorrido justamente devido tanto à heterogeneidade presente no processo de envelhecimento quanto à subjetividade envolvida no processo de autoavaliação, que depende de uma série de variáveis.

No presente estudo, as médias obtidas pelos idosos nos 11

domínios investigados no protocolo foram muito próximas à pontuação máxima de 100 pontos, ou seja, de máxima qualidade de vida. Os idosos, em geral, não autorreferiram dificuldades relacionadas à deglutição e/ou alimentação. É possível que sintomas leves como tosses eventuais, dificuldades de mastigação e pigarros, sejam considerados por eles como parte do processo natural do envelhecimento, e por este motivo, não gerem preocupações e incômodos, como mostra um estudo internacional em que os idosos saudáveis fizeram parte do grupo controle e também responderam ao SWAL-QOL⁽²⁵⁾.

Quanto ao domínio “Duração da alimentação”, que envolve as questões “Levo mais tempo para comer do que as outras pessoas” e “Levo muito tempo para comer minha refeição”, observamos que os escores médios obtidos foram relativamente baixos (73,94). É possível que o idoso, em virtude das alterações decorrentes da idade, como a redução da força muscular corporal geral⁽²⁶⁾ e necessidade de utilização de prótese dentária⁽¹⁴⁾, autoavale a duração de sua alimentação se remetendo a um período anterior de sua vida. Além disso, aumentar o tempo da alimentação pode ser uma adaptação necessária para que os aspectos referentes aos outros domínios do SWAL-QOL se mantenham com índices elevados. Portanto, é possível que as outras queixas referentes à deglutição não aconteçam porque o idoso encontrou no aumento do tempo de ingestão alimentar uma forma de minimizar tais efeitos.

Embora existam poucas pesquisas, principalmente no Brasil, utilizando o SWAL-QOL, algumas inferências podem ser feitas a partir dos resultados obtidos no presente estudo. Quando comparamos os valores obtidos pelos idosos saudáveis a outras populações, de indivíduos comprovadamente disfágicos (em diferentes graus e com diferentes patologias de base), observamos grandes diferenças, sendo que a disfagia comprovada, em geral, acarreta escores médios bastante inferiores^(20,27).

No trabalho de validação do protocolo SWAL-QOL no Brasil⁽²⁰⁾, a autora obteve médias de escores bastante inferiores (pior qualidade de vida) em grupos de indivíduos com câncer de cabeça e pescoço, doenças vasculares neurológicas, doenças degenerativas e doenças respiratórias obstrutivas. No referido estudo, indivíduos com disfagia de grau leve, apresentaram média de 50,3 a 77,1 pontos no SWAL-QOL, nos 11 diferentes domínios, enquanto em nosso trabalho, as médias mais baixas ocorreram em torno de 75 pontos, no entanto apenas nos domínios Fadiga e Sono. No presente estudo, todos os demais domínios apresentaram médias muito superiores, próximas à pontuação máxima do protocolo (100 pontos).

Outro estudo, sobre qualidade de vida em deglutição de pacientes oncológicos⁽²⁷⁾, obteve médias entre 63 e 88 pontos nos 11 domínios. Nele, as piores medianas foram obtidas nos domínios deglutição como um fardo (63 pontos), comunicação (63 pontos), saúde mental (65), função social (65 pontos) e frequência dos sintomas (63 pontos). Os mesmos domínios, no nosso estudo com idosos saudáveis, apresentaram os seguintes valores médios: deglutição como um fardo (94,5 pontos), comunicação (95,7 pontos), saúde mental (97,7 pontos), função social (99,0 pontos) e frequência dos sintomas (92,8 pontos). Tais diferenças apontam, mais uma vez, que a autopercepção sobre qualidade de vida em deglutição de idosos saudáveis é

bastante superior à autopercepção de indivíduos comprovadamente disfágicos.

Nossos resultados, que indicam haver escores elevados em idosos saudáveis, corroboram estudo desenvolvido para investigar a qualidade de vida com o avanço da idade e diante da doença de Parkinson⁽²⁵⁾, com a utilização do SWAL-QOL. Os autores concluíram que não há diferença quanto às médias apresentadas por idosos saudáveis e adultos jovens saudáveis, ou seja, o envelhecimento normal não afeta a deglutição. No entanto, quando esses dois grupos foram comparados a indivíduos com Doença de Parkinson, os valores apresentados por estes últimos foram inferiores (pior qualidade de vida), principalmente diante do avanço do estágio da enfermidade.

No artigo supracitado⁽²⁵⁾, o avanço da idade não foi considerado um fator de influência na qualidade de vida de pessoas saudáveis, uma vez que idosos mais velhos apresentaram diferenças na autoavaliação quando comparados a jovem saudáveis. Em nosso estudo, observamos também que não há diminuição de escores ou piora na qualidade de vida em deglutição à medida que a idade do idoso avança, ou seja, idosos de 80 anos se autoavaliam de maneira semelhante a idosos de 60 anos, no que se refere à alimentação. Podemos inferir, portanto, que indivíduos saudáveis, independentemente da faixa etária, respondem de maneira semelhante ao protocolo SWAL-QOL.

Como mencionado no item “Resultados”, devido à distribuição não igualitária de indivíduos nas diferentes faixas etárias pré-definidas, complementamos a análise de correlação com um teste que compara uma variável quantitativa (no caso, os índices médios em cada domínio do SWAL-QOL) com uma variável categórica (no caso, as seis faixas etárias pré-determinadas). Embora os resultados desta avaliação complementar tenham corroborado os dados do teste de correlação, sugerimos que, em novos estudos, a amostra seja constituída por indivíduos mais idosos, principalmente na faixa etária próxima aos 90 anos de idade. Assim, será possível verificar com maior clareza a questão da qualidade de vida em deglutição no que se refere ao avanço da idade do idoso.

Quanto às questões adicionais do protocolo SWAL-QOL, referentes às possíveis modificações na consistência alimentar do idoso, quase a totalidade de participantes referiu ingerir alimentos de todas as consistências, sem necessidade de adaptações para alimentos mais macios, por exemplo. O mesmo ocorreu quanto à ingestão de líquidos, em que apenas cinco idosos referiram preferir líquidos um pouco ou moderadamente mais espessos. Tais dados reforçam os altos índices obtidos pelos idosos nos 11 domínios do SWAL-QOL. É possível que se o idoso não tenha tido que fazer modificações quanto ao tipo de alimentação, sua autoavaliação sobre a qualidade de vida nesse quesito seja satisfatória.

Outro estudo investigou a autopercepção de idosos quanto à presbifagia, utilizando outros instrumentos⁽²⁸⁾. A pesquisa foi realizada com idosos independentes, com idade igual ou superior a 65 anos, institucionalizados e de baixa renda, utilizando o Inventário de Disfagia (MDADI), que avalia os domínios físico, funcional e emocional. Os autores verificaram que 15% dos indivíduos referiram dificuldades para deglutir e 23,4% disseram acreditar que a disfagia faz parte do envelhecimento.

Além disso, os escores obtidos no MDADI foram de 16 a 19 pontos mais baixos do que os escores obtidos pela população em geral. Consideramos, aqui, que a institucionalização pode ser um fator importante na autopercepção dos indivíduos sobre a qualidade de vida, tanto geral, quanto em deglutição. Em nosso estudo, todos os idosos eram independentes e não institucionalizados, fator que pode ter sido crucial para a diferença quanto aos resultados.

No que se refere à comparação entre gêneros, no presente homens tiveram média superior que mulheres (melhor qualidade de vida) nos domínios sono e fadiga do SWAL-QOL. Durante o processo natural do envelhecimento, geralmente as mulheres apresentam maior risco de desenvolver quadros de insônia⁽²⁹⁾, o que pode estar associado a diversos fatores como ansiedade e modificações hormonais^(29,30). Mesmo havendo essa diferença entre os gêneros, nos demais domínios, cuja relação com a alimentação é mais direta (deglutição como um fardo, frequência de sintomas, duração da alimentação, etc.), homens e mulheres apresentaram escores semelhantes. Tal achado nos indica que alterações referentes ao sono e à fadiga não repercutem negativamente na qualidade de vida em deglutição de idosos saudáveis. Além disso, é possível que os idosos se adaptem às modificações corporais causadas pelo envelhecimento e por isso não autorrefiram queixas referentes a este aspecto⁽¹²⁾.

A perda de dentes é muito comum em idosos e as próteses dentárias surgiram a fim de resolver esse problema^(14,15). Em nosso estudo, 89,4% dos idosos faziam uso da prótese dentária. Na comparação entre indivíduos que utilizam e não utilizam a prótese, não houve diferença quanto à maior parte dos domínios do SWAL-QOL (10 domínios). Isso indica que a utilização da prótese dentária contribui para a manutenção de uma alimentação saudável na terceira idade, corroborando outros estudos sobre o tema^(15,16). O único domínio que apresentou diferença foi “Frequência de sintomas”, que investiga, entre outros aspectos, a satisfação quanto à mastigação e à fase oral da deglutição. Assim, embora não gere alterações na qualidade de vida propriamente dita, a utilização da prótese dentária pode modificar a percepção do idoso quanto à mastigação dos alimentos.

Quando se pensa nos benefícios que a prótese dentária pode trazer, é importante considerar que ela deve estar bem adaptada ao paciente. Quando a adaptação está comprometida, podem ocorrer: instabilidade muscular e óssea; dificuldades para falar; dificuldades para mastigar e deglutir; e diminuição da sensação de paladar⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. No presente estudo, quando os domínios do SWAL-QOL foram relacionados à adaptação adequada ou inadequada da prótese dentária (autorreferida pelo paciente), é possível observar que houve diferença nos domínios “deglutição como um fardo”, “duração da alimentação” e “frequência de sintomas”. Idosos com próteses bem adaptadas tiveram médias superiores quando comparados a idosos que referiram problemas com a adaptação da prótese. Esses dados corroboram estudos que mencionam prejuízos da adaptação inadequada da prótese nas funções orais, como mastigação, fala e deglutição, bem como na estética facial, além de interferências na qualidade de vida^(15,16).

Quanto à renda mensal, no presente estudo as classes sociais predominantes foram a Classe D e a Classe E. Isso se deve,

em partes, pelos locais das coletas, os clubes de convivência da terceira idade, onde geralmente participam idosos aposentados. Quando essas duas classes foram comparadas, a autoavaliação dos idosos de ambas foi semelhante. É importante ressaltar, portanto, que mesmo pertencendo a classes sociais inferiores, idosos saudáveis não autorreferem alteração na qualidade de vida quanto à deglutição. Embora tenhamos tido correlações positivas confirmadas, novos estudos devem incluir a participação de idosos com diferentes perfis socioeconômicos, a fim de contribuir para uma maior elucidação deste achado.

Finalizamos essa discussão reforçando a ideia de que os idosos pertencentes ao presente estudo, além de se autorreferirem como saudáveis, não possuíam nenhum tipo de doença que pudesse interferir na deglutição, além de apresentarem características cognitivas e emocionais normais. Nesse sentido, colocamos a importância da realização de novos estudos de autoavaliação da deglutição, com idosos em outras condições (cognitivo rebaixado, quadros de demência, características depressivas, etc.). Isso permitirá que novas relações sejam estabelecidas e possamos atuar de maneira assertiva com cada tipo de paciente. Além disso, novas pesquisas devem se propor a relacionar os escores da autoavaliação com o resultado da avaliação fonoaudiológica propriamente dita (clínica e instrumental), a fim de que tenhamos maiores subsídios para o delineamento de nossa prática profissional.

CONCLUSÃO

Idosos saudáveis, em geral, não autorreferem alterações significativas quanto à qualidade de vida em deglutição. O aumento no tempo de duração da alimentação, referido pelos idosos, refere-se provavelmente a uma adaptação necessária para que dificuldades de deglutição não aconteçam. A dificuldade relatada a respeito de fadiga e sono parece estar relacionada ao processo natural de envelhecimento no gênero feminino. Poucas inferências foram feitas no que se refere a dificuldades específicas durante o ato de se alimentar e necessidade de modificações durante tal atividade. Além disso, não há piora na qualidade de vida em deglutição à medida que a idade avança. A prótese dentária, quando bem adaptada, não causa prejuízos na qualidade de vida em deglutição.

Nossos resultados fazem-nos questionar se as dificuldades relacionadas à alimentação e deglutição pode ocorrer exclusivamente devido ao processo de envelhecimento ou se estão principalmente relacionadas às doenças que, em geral, acometem os idosos. Nesse sentido, são necessários estudos futuros que forneçam uma elucidação mais aprofundada sobre as presbifagias.

Enfatizamos a necessidade de realização de novas pesquisas, que contemplem idosos com diferentes perfis no que se refere ao nível socioeconômico, tipos de atividades ocupacionais e de lazer ao longo da vida, e dificuldades cognitivas e/ou emocionais enfrentadas no momento da avaliação. Além disso, ter um número maior de idosos mais velhos, com idades próximas a 80 e 90 anos, poderá tornar os resultados dos testes de correlação mais robustos e melhor elucidados.

REFERÊNCIAS

1. Pinto-Neto AM, Conde DM. Qualidade de vida. *Rev Bras Ginec Obstet.* 2008;30(11):535-6.
2. Lemos MC, Miyamoto ST, Valim V, Natour J. Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. *Rev Bras Reumatol.* 2006;46(5):323-8.
3. Toscano JJ, Oliveira AC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte.* 2009;15(3):169-73.
4. Torres GV. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(1):39-44.
5. Costa OH, Matias C. O impacto da voz na qualidade da vida da mulher idosa. *Braz J Otorrinolaringol.* 2005;71(2):172-8.
6. Menezes LN, Vicente LC. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. *Rev CEFAC.* 2007;9(1):90-8.
7. Gama AC, Alves CF, Cerceau JS, Teixeira LC. Correlação entre dados perceptivo-auditivos e qualidade de vida em voz de idosas. *Pró-Fono.* 2009;21(2):125-30.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006.
9. Marcolino J, Czechowski AE, Venson C, Bougo GC, Antunes KC, Tassinari N, et al. Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos do município de Irati – Paraná. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(2):193-200.
10. Teixeira IN, Neri AL. Envelhecimento bem sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol USP.* 2008;19(1):81-94.
11. Lima RM, Amaral AK, Aroucha EB, Vasconcelos TM, Silva HJ, Cunha DA. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev CEFAC.* 2009;11(3):405-22.
12. Oda AL, Chiappetta AL, Annes M, Marchesan IQ, Oliveira AS. Avaliação clínica, endoscópica e manométrica da deglutição em pacientes com miastenia grave autoimune adquirida. *Arq Neuro Psiquiatr.* 2002;60(4):986-95.
13. Brandão DM, Nascimento JL, Vianna LG. Capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes idosos com ou sem disfagia após acidente vascular encefálico isquêmico. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(6):738-43.
14. Oliveira JS, Mattoso FC, Oliveira AB. Fonoaudiologia e adaptação de prótese dentária total em idosos: o que os dentistas sabem sobre isto? *Rev CEFAC.* 2005;7(1):50-4.
15. Araújo SS, Freire DB, Padilha DM, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface.* 2006;10(19):203-16.
16. Vargas AM, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(4):1015-24.
17. Ferreira RC, Magalhães CS, Rocha ES, Schwambach CW, Moreira AN. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(11):2375-85.
18. Gampel D, Karsch UM, Ferreira LP. Envelhecimento, voz e atividade física de professores e não professores. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2008;13(3):218-25.
19. McHorney CA, Bricker DE, Robins J, Kramer AE, Rosenbek JC, Chignell K. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: II – Item reduction and preliminary scaling. *Dysphagia.* 2000;15(3):122-33.
20. Portas JG. Validação para a língua portuguesa-brasileira dos questionários: qualidade de vida em disfagia (Swal-qol) e satisfação do paciente e qualidade do cuidado no tratamento da disfagia (Swal-care). São Paulo. Programas de Pós-graduação da CAPES, Fap/Oncologia, (programa de Mestrado em Medicina). Fundação Antônio Prudente. 2009.
21. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.

22. Sousa RL, Medeiros JG, Moura AC, Souza CL, Moreira IF. Validade e fidedignidade da escala de depressão geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *Jorn Bras Psiquiatr.* 2007;56(2):102-7.
23. Gutierrez BA, Auricchio AM, Medina NV. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. *J Health Sci Inst.* 2011;29(3):186-90.
24. Serbim AK, Figueiredo AE. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica.* 2011;21(4):166-72.
25. Leow LP, Huckabee ML, Anderson T, Beckert L. The impact of dysphagia on quality of life in ageing and Parkinson's disease as measured by the swallowing quality of life (SWAL-QOL) questionnaire. *Dysphagia.* 2010;25(3):216-20.
26. Nóbrega AC, Freitas EV, Oliveira MA, Leitão MB, Lazzoli JK, Nahas RM, et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Rev Bras Med Esporte.* 1999;5(6):207-11.
27. Queija DS. Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75(4):556-64.
28. Speyer R, Heijnen BJ, Baijens LW, Vrijenhoef FH, Otters EF, Roodenburg N, et al. Quality of life in oncological patients with oropharyngeal dysphagia: validity and reliability of the dutch version of the MD Anderson dysphagia inventory and the deglutition handicap index. *Dysphagia.* 2011;26(4):407-14.
29. Soares CN. Insônia na menopausa e perimenopausa: características clínicas e opções terapêuticas. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(2):103-9.
30. Leite VM, Carvalho EM, Barreto KM, Falcão IV. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006;6(1)31-8.