

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Prevalência e fatores associados à disfagia
referida entre pessoas idosas no
município de São Paulo:
Estudo SABE - Saúde, Bem-Estar e
Envelhecimento**

Fabiana Martins Soares de Souza

**Tese de Doutorado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutora em Ciências. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Saúde Pública

**Orientador: Prof. Dr. Francisco Chiaravalloti
Neto**

**SÃO PAULO
2023**

**Prevalência e fatores associados à disfagia
referida entre pessoas idosas no município de São Paulo:
Estudo SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento**

Fabiana Martins Soares de Souza

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Francisco Chiaravalloti Neto

Versão Revisada

São Paulo

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Souza, Fabiana Martins Soares de
Prevalência e fatores associados à disfagia referida
entre pessoas idosas no município de São Paulo: Estudo SABE
- Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento / Fabiana Martins
Soares de Souza; orientador Prof. Dr. Francisco
Chiaravalloti Neto . -- São Paulo, 2023.
141 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2023.

1. Disfagia. 2. Pessoas idosas. 3. Fonoaudiologia. 4.
Estudo Transversal. I. , Prof. Dr. Francisco Chiaravalloti
Neto, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus, que me sustentou em todos os momentos de construção dessa pesquisa e à minha linda família, Renato, Esther e Max, inspiração e razão para continuar; meu amor é de vocês!

AGRADECIMENTOS

À Deus, O Alfa, O Ômega, O Princípio e O Fim.

Ao meu marido Renato, maior incentivador e apoiador, que cuidou de mim e da nossa filha enquanto precisei me dedicar ao trabalho, não soltou a minha mão nos momentos mais difíceis e ainda me amou em meio ao caos. Te amo.

À minha filha Esther, você é infinitamente mais do que tudo que pensei e sonhei! Você é linda, é maravilhosa, uma princesa, um milagre, uma bênção!

Ao Max, meu filho “bicológico”, que trouxe frescor e alegria em momentos de profunda dor.

Aos meus pais Lurdes e Walter, meu suporte de oração e amor.

À minha irmã Aline, minha amiga fiel, por seu braço forte, mesmo quando lhe faltava força. Você é especial demais pra mim!

Ao meu irmão Waltinho, a quem tanto amo e admiro por ser um exemplo para a irmã mais velha.

Ao meu irmão Railander, meu parceiro de xícaras transbordantes de café.

À minha amiga e cunhada Bia, por sua presença fundamental na minha vida.

Ao meu cunhado Juary, que faz de um “churrasquinho” um evento.

Aos meus sobrinhos Samuel, João Pedro, Isaac e Júlia, que fazem da vida uma maravilhosa aventura!

À minha avó Fia (in memoriam), a avó que cuidava da primeira neta enquanto os pais trabalhavam e faziam a graduação, minha amiga, confidente, meu colo e força; e ao meu Tio Gilmar (in memoriam), que esperava com orgulho a defesa desse trabalho, para comemorarmos com um churrasco. Vai ter churrasco!

Ao meu orientador Prof. Dr. Francisco Chiaravalloti Neto – o Prof. Chico –; admirado pelos alunos e colegas, por seu exemplo de acolhimento, escuta e respeito ao Pós-graduando, meu agradecimento por me acompanhar e orientar com tanta gentileza, compreensão e competência.

À Profa. Dra. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, por me acolher no Estudo SABE e por suas contribuições no decorrer da pesquisa.

À Profa. Maria Lúcia Lebrão (in memoriam), por sua história no Estudo SABE.

Ao Prof. Dr. José Maria Pacheco de Souza (in memoriam), pelas sugestões na construção do novo projeto de pesquisa, que resultou nessa tese.

Ao Prof. Dr. Jair Licio, pelas sugestões nas análises estatísticas.

Aos professores Prof. Dr. Eliseu Alves Waldman, Profa. Dra. Ana Paula Sayuri Sato, Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins, Profa. Dra. Cláudia Maria Bógus, Profa. Dra. Ana Luiza Vilela e Prof. Dr. Fredi Alexander Diaz Quijano, por me acompanharem nos estágios do PAE.

À Profa. Dra. Zilda Pereira da Silva, com quem aprendi muito na reta final da pesquisa, durante os estágios PAE – Mães Pesquisadoras.

Aos professores Profa. Dra. Tatiana Natasha Toporcov, Profa. Dra. Helena Akemi Wada Watanabe, Profa. Dra. Marília Cristina Prado Louvison, Profa. Dra. Denise Pimentel Bergamaschi e Prof. Dr. Gizelton Pereira Alencar pelas excelentes aulas e discussões.

Aos professores da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Profa. Dra. Cinara de Cássia Brandão e Prof. Dr. Maurício Lacerda Nogueira, e da Faculdade de Medicina de Jundiaí, Prof. Dr. Saulo Duarte Passos, pelas discussões e acolhimento, quando o trabalho ainda era sobre outro tema.

Às queridas Daniele, Elisangela, Maria Cristina e Carole, amigas construídas durante as disciplinas, estágios, cafés ou bandeirão.

Aos colegas de doutorado Roudom, José Mário, Isabela e Tarsila, que me deram dicas importantes sobre uso do *Stata* e modelos conceituais.

Aos amigos Ana Maria e Geuid, pela escuta e cuidado, e por serem tão presentes, mesmo com a distância. Vocês são essenciais.

Aos amigos Cris, Marco, Amanda e Murilo, que além do rio de Piracicaba estão, sempre a orar e amar.

À amiga Renata Barros, pelo carinho e incentivo quando bateu o desânimo.

À Keila, ex-aluna, amiga, médica da família, por me socorrer e ouvir a 793km de distância.

Aos amigos internacionais Mônica e Justin, pelas orações e boas conversas.

Aos amigos Juliana, Luís e o incrível Joaquim, pelo acolhimento e amizade quando éramos forasteiros no Vale do Paraíba.

Aos amigos Michelle, Eduardo e Nina, pelo suporte e auxílio na minha construção como mãe.

Aos amigos Simone, Rafael e Olívia, pela amizade resultante do passeio na pracinha do bairro e por viverem conosco o crescimento das nossas meninas.

Ao casal de amigos Brenda e Thiago, obrigada pelo carinho com a Esther e por nos receber para boas conversas e cafés!

À nossa família em Taubaté, Débora, Silas, Nicolle, Nathália e Helena, “amigos do céu” e do peito!

À Aline de Poços, uma jovem mãe que tantas vezes me acolheu.

À Doralice, melhor dizendo, Dora, que me apresentou ao Stata e incansavelmente me auxiliou com o banco de dados, recategorizações das variáveis, e compartilhou sua importante visão de Saúde Pública.

À Priscila, amiga a quem preciso agradecer de forma muito especial, pois se dispôs a caminhar comigo durante essa pesquisa, quando eu estava fazendo “mil coisas ao mesmo tempo” e sentindo que não fazia nada. Gentilmente me ofereceu hospedagem, me permitiu conhecer sua família e a “bichológica” Phoebe. Seu nome aparece ao fim da lista para ter destaque, como as grandes revistas sugerem aos autores. Você foi fundamental. Você é “Qualis A!”

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Meu sincero agradecimento pelo financiamento.

EPÍGRAFE

“Quem nos separará do amor de Cristo? Será tribulação, ou angústia, ou perseguição, ou fome, ou nudez, ou perigo, ou espada? Como está escrito: Por amor de ti, somos entregues à morte o dia todo, fomos considerados como ovelhas para o matadouro. Em todas estas coisas, porém, somos mais que vencedores, por meio daquele que nos amou. Porque eu estou bem certo de que nem a morte, nem a vida, nem os anjos, nem os principados, nem as coisas do presente, nem do porvir, nem os poderes, nem a altura, nem a profundidade, nem qualquer outra criatura poderá separar-nos do amor de Deus, que está em Cristo Jesus, nosso Senhor.”

Romanos 8:35-39

SOUZA, F.M.S.de. Prevalência e fatores associados à disfagia referida entre pessoas idosas no município de São Paulo: Estudo SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. 2023. **Tese. Doutorado em Saúde. Faculdade de Saúde Pública.** Universidade de São Paulo.

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento está associado com o aumento de frequência de determinadas doenças, entre elas, a disfagia, que pode impactar de forma importante a saúde das pessoas idosas. **Objetivos:** Estimar a prevalência e fatores associados à disfagia referida em uma coorte de pessoas idosas. **Métodos:** Realizou-se a presente análise como Estudo Transversal com pessoas idosas (≥ 60 anos) no município de São Paulo em 2015. Calculou-se a prevalência da disfagia e os seus fatores associados foram estimados pelas Razões de Prevalência em um modelo de Regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** Das 1.198 pessoas idosas estudadas, 141 referiram disfagia, com prevalência de 11,3% (IC_{95%}: 9,3 – 13,7). As variáveis que apresentaram associação com disfagia foram: idade ≥ 80 anos, ser preto/pardo (como fator de proteção), não possuir renda suficiente para gastos diários, dificuldade em atividades básicas de vida diária, autoavaliação de saúde bucal ruim/muito ruim, autoavaliação de saúde bucal regular, presença de xerostomia e déficit cognitivo. **Discussão:** A disfagia se mostrou positivamente associada à idade. Além disso, determinadas condições de saúde como dificuldade em atividades básicas de vida diária, saúde bucal ruim/muito ruim ou regular, xerostomia, déficit cognitivo, multimorbidade e polifarmácia se mostraram associadas à disfagia, determinando sua ocorrência e sugerindo sua importância como foco de políticas públicas para prevenção da disfagia. **Conclusões:** Estratégias de promoção da saúde bucal, bem como das dificuldades decorrentes da fragilidade em pessoas idosas podem contribuir para a implementação de políticas públicas que auxiliem na prevenção da disfagia.

Além disso, políticas de detecção precoce dos déficits cognitivos e novas estratégias para resposta à multimorbidade que permitam menor uso de medicamentos são objetivos desejáveis para este fim.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoa idosa. Disfagia. Fonoaudiologia. Estudo Transversal.

SOUZA, F.M.S.de. Prevalence and factors associated with reported dysphagia among elderly people in the city of São Paulo: SABE Study - Health, Well-being and Aging. 2023. **Thesis. School of Public Health.** University of São Paulo.

ABSTRACT

Introduction: The aging process is associated with an increase in the frequency of certain diseases, including dysphagia, which can significantly impact the health of the elderly. **Objetives:** The aim of this study was to estimate the prevalence and factors associated with self-reported dysphagia in a cohort of elderly people. **Methods:** This analysis was carried out as a cross-sectional study with elderly people (≥ 60 years old) in the city of São Paulo in 2015. The prevalence of dysphagia was calculated and their associated factors were estimated by Prevalence Ratios in a Poisson Regression model with robust variance. **Results:** Of the 1,198 elderly people studied, 141 reported dysphagia, with a prevalence of 11.3% (95%CI: 9.3 – 13.7). The variables that were associated with dysphagia were: age ≥ 80 years, being black/brown (as a protection factor), not having enough income for daily expenses, difficulty in basic activities of daily living (I/ADLs), self-assessment of oral health marked as poor/very poor or regular, presence of xerostomia and cognitive decline. **Discussion:** Dysphagia was positively associated with age. In addition, certain health conditions such as difficulty in ADL, poor/very poor or regular oral health, xerostomia, cognitive decline, multimorbidity and polypharmacy were associated with dysphagia, determining its occurrence and suggesting its importance as a focus of public policies for the prevention of dysphagia. **Conclusions:** Strategies to promote oral health, as well as the difficulties arising from frailty in the elderly, can contribute to the implementation of public policies that will help prevent dysphagia. In addition, policies for early detection

of cognitive decline and new strategies to respond to multimorbidity that allow less use of medication are desirable objectives for this purpose.

KEYWORDS: Elderly people. Dysphagia. Speech therapy. Cross-sectional study.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	EXPECTATIVA DE VIDA, ENVELHECIMENTO E MORTALIDADE.....	25
1.2	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT).....	27
1.3	DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS.....	29
1.4	FONOAUDIOLOGIA E DISFAGIA NO ENVELHECIMENTO GERONTOLOGIA.....	34
1.5	ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE A OCORRÊNCIA DE DISFAGIA EM PESSOAS IDOSAS.....	43
1.6	PROPOSTAS ATUAIS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENVELHECIMENTO.....	44
2.	OBJETIVOS.....	48
2.1	OBJETIVO GERAL.....	48
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
3	MÉTODOS.....	49
3.1	DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	49
3.2	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	52
3.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	60
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	61
4.	RESULTADOS.....	62
5.	DISCUSSÃO.....	72
6.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	117

7.	CONCLUSÕES.....	118
8.	REFERÊNCIAS.....	122
9	ANEXOS.....	134
9.1	ANEXO I.....	134
9.2	ANEXO II.....	135
11.	CURRÍCULO LATTES.....	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis independentes utilizadas para a composição da variável dependente “Disfagia referida”, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, 2015.	55
Tabela 2	Variáveis de ajuste, variáveis distais, características demográficas e socioeconômicas de pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.	64
Tabela 3	Variáveis intermediárias e proximais de pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.	66
Tabela 4	Disfagia segundo faixa etária, sexo e escolaridade (variáveis de ajuste) e variáveis distais em pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.	68
Tabela 5	Disfagia segundo variáveis intermediárias em pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.	69
Tabela 6	Disfagia segundo variáveis proximais entre pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.	70
Tabela 7	Associação hierárquica múltipla das variáveis de ajuste, distais, intermediárias e proximais em relação à disfagia em pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.	71

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Projeção da evolução dos grupos etários, 2010-2060.
- Figura 2** Pirâmide etária absoluta para o Brasil, ano de 1980.
- Figura 3** Pirâmides etárias absolutas para o Brasil, anos de 2020 e 2050 (projeção).
- Figura 4** Fase oral da deglutição. O bolo alimentar se encontra na cavidade oral.
- Figura 5** Fase orofaríngea da deglutição. O bolo alimentar é propelido da cavidade oral para o esôfago. Adaptado de Sobotta (2006).
- Figura 6** Fase esofágica da deglutição. O bolo alimentar é propelido do esôfago para o estômago.
- Figura 7** Amostra mestra, município de São Paulo (1995-2000). Setores censitários distribuídos segundo zona geográfica.
- Figura 8** Modelo conceitual das variáveis distais, intermediárias e proximais em relação à disfagia em pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD	Atividades básicas de vida diária
AVC	Acidente vascular cerebral
BI	Índice de Barthel
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNN	Cable News Nertwork
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	Coronavirus Disease
CPG	Gerador Central de Padrões
D.C.	District of Columbia
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DOF	Disfagia orofaríngea
DOSS	Escala de desfecho e gravidade da disfagia
DP	Desvio padrão
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
EAT10	Eating Assessment Tool
EoE	Esofagite eosinofílica
EUA	Estados Unidos da América
FIM-motor	Medida de Independência Funcional
FILS	Escala de Nível de Ingestão de Alimentos
FSP	Faculdade de Saúde Pública
GOHAI	<i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i>
HÁ	Hipertensão arterial

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
ICA	Insuficiência cardíaca aguda
ILPI	Instituição de longa permanência para Idosos
MECV-V	Método Clínico de Exploración Volumen-Viscosidad
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MG	Minas Gerais
NR	Não respondidas
NS	Não souberam
NTS	Núcleo do trato solitário
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan americana de saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROEX	Programa de Excelência Acadêmica
ROAG	Revised Oral Assessment Guide
RPbrutas	Razões de prevalência brutas
RPajustadas	Razões de prevalência ajustadas
RS	Rio Grande do Sul
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SP	São Paulo
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SSA	Avaliação Padronizada da Deglutição
SUS	Sistema único de saúde

USP	Universidade de São Paulo
VIF	Fator de Inflação da Variância
V-VST	Teste de deglutição volume-viscosidade

1 INTRODUÇÃO

O mundo atual vem testemunhando, principalmente a partir da década de 80, um vertiginoso crescimento da população de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Isso se deve à transição demográfica, caracterizada pela queda nas taxas de natalidade, fecundidade e pelo aumento da expectativa de vida da população (OMS, 2022; IBGE, 2022).

Um conjunto de fatores contribuem para que a população tenha sua expectativa de vida prolongada, como a menor mortalidade geral nessa população em comparação aos anos anteriores, causada sobretudo pelo avanço tecnológico da medicina, que permite um melhor tratamento de doenças que anteriormente causavam óbito em faixas etárias mais jovens (Da Mata Silva e col., 2020).

Outros fatores que podem ser associados a essa melhoria na expectativa de vida da população, e em especial das pessoas idosas, estão relacionados à melhora geral das condições sanitárias, ao acesso a uma dieta mais equilibrada, ao maior uso de medicamentos, inclusive antimicrobianos, e a melhores métodos preventivos, como a imunização (Crimmins & Zhang, 2019). Tais aspectos, aliados à queda nas taxas de fertilidade e natalidade, causam uma diminuição na entrada proporcional de novos indivíduos nas faixas etárias mais jovens, provocando uma maior contribuição proporcional da população idosa (Crimmins & Zhang, 2019).

Apesar de essa melhoria das condições de saúde das pessoas idosas ser desigual ao redor do mundo, com diferenças marcantes quando comparadas as populações de países de alta renda com populações de países de baixa renda, é notável que tenha ocorrido em todos os continentes avanços nas condições médico-sanitárias (Leal e col., 2020).

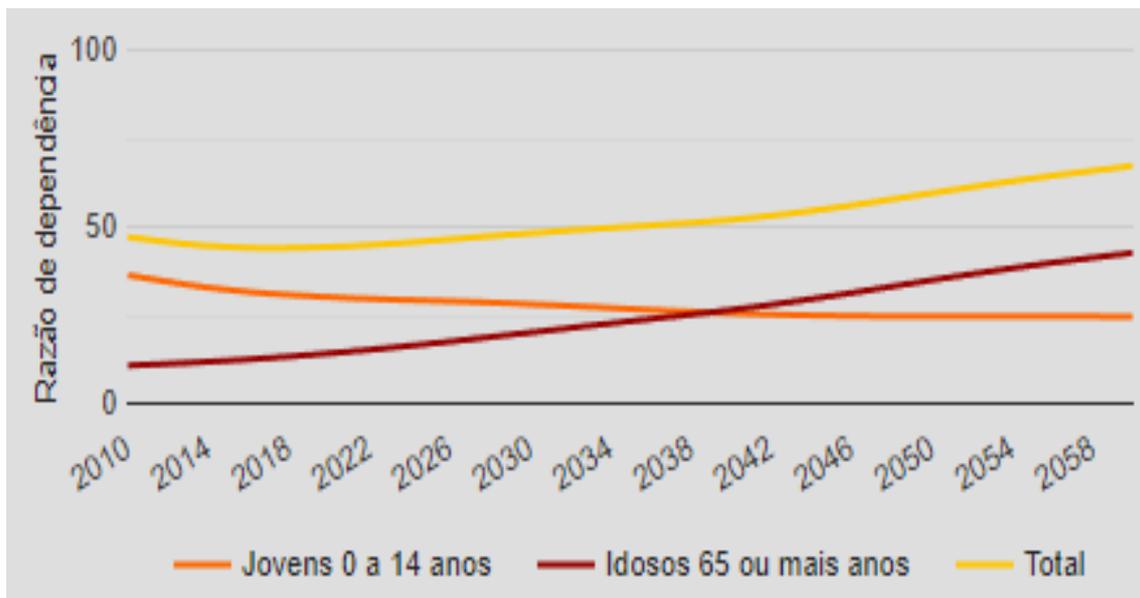
A transição demográfica em países de alta renda ocorreu no momento que já havia sido estruturado uma base socioeconômica e de saúde com estratégias e instituições moldadas para o atendimento da população idosa (Leal e col., 2020). Tomando como exemplo a França, podemos destacar que houve um período de adaptação para a ocorrência da transição demográfica de cerca de 120 anos, enquanto países como Brasil, China e Índia tiveram um período de adaptação de aproximadamente pouco mais de 20 anos (Leal e col., 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2025 haverá aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas idosas no mundo. A projeção indica também que, em 2050, pode-se esperar uma população de 2 bilhões de pessoas idosas, em sua maioria vivendo em países de baixa e média renda (OMS, 2022).

No Brasil, o processo de inversão etária se mostra claramente quando comparamos a população da década de 1980 com as projeções para os anos de 2017 e 2060 (IBGE, 2017). Em 2012, por exemplo, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões, ao passo que, em 2017, observou-se um incremento de 4,8 milhões de pessoas idosas, ou seja, um crescimento populacional de 18% para esse grupo etário (IBGE, 2017).

Esse crescimento é bastante visível quando observamos o gráfico da projeção de razão de dependência entre jovens e pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Figura 1).

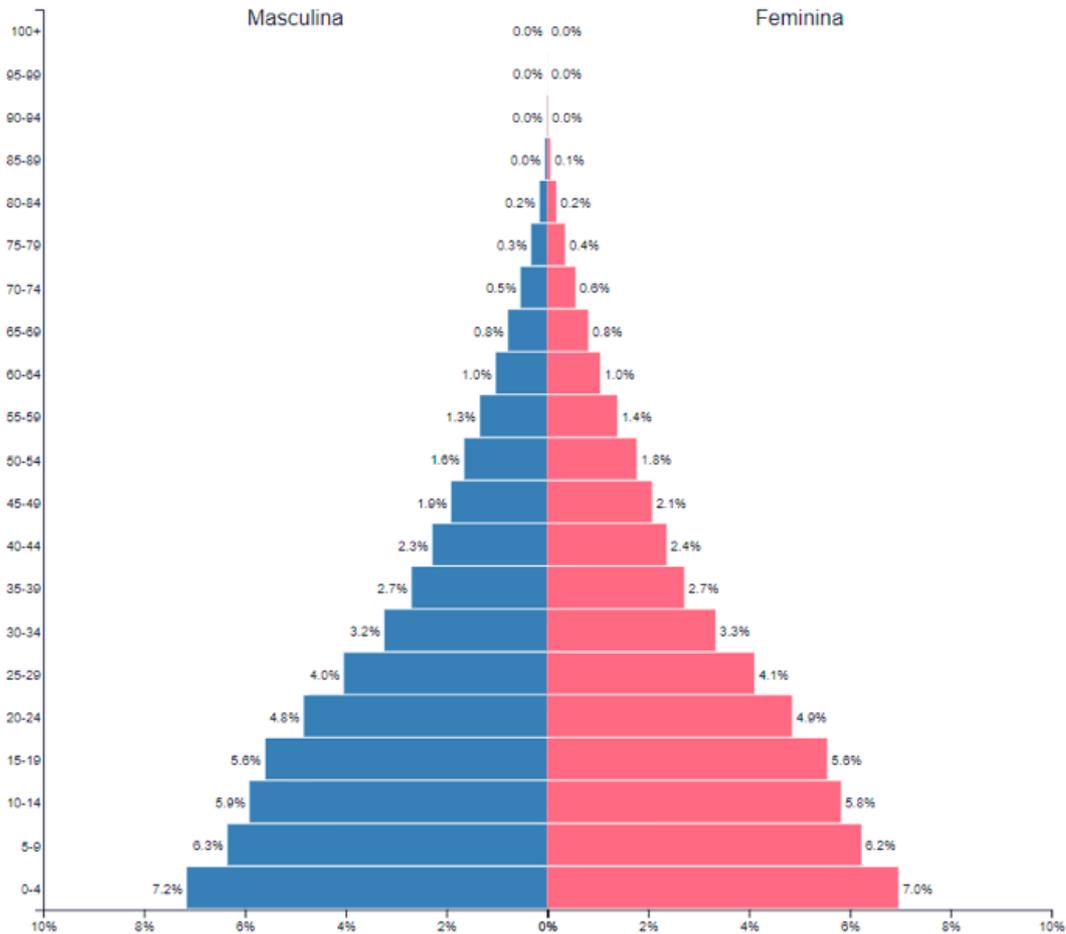
Figura 1 - Projeção da evolução dos grupos etários, 2010 – 2060. Fonte: IBGE, 2017.



Nesse gráfico (IBGE, 2017) temos uma projeção em que a população de pessoas idosas apresenta ao longo do tempo um incremento, ao mesmo tempo que a proporção de jovens demonstra decréscimo, provavelmente reflexo da queda da fertilidade e natalidade. Desta forma, temos que a razão de dependência entre essas populações tem um valor positivo, com uma projeção ascendente em relação ao tempo, indicando um aumento da proporção de pessoas idosas na população ao longo do tempo.

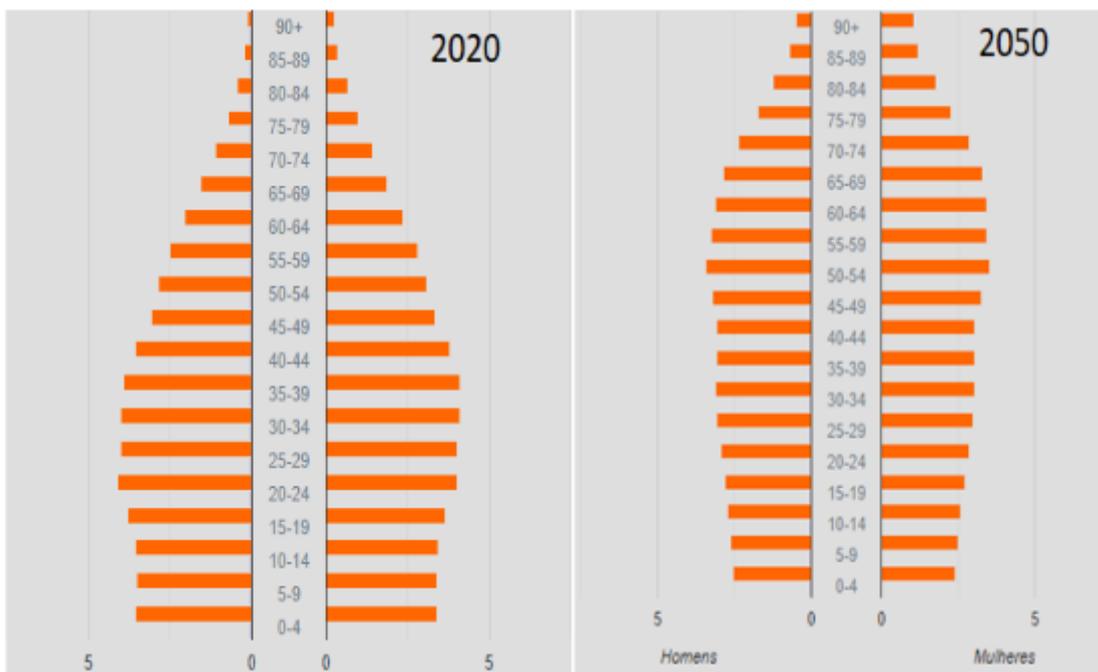
As pirâmides etárias demonstram com propriedade essa inversão etária ao longo do tempo. Elas se dividem em três faixas principais: a base, composta pela população infantil, o corpo, formado pela população adulta, e o ápice, representando a população de pessoas idosas. Na década de 1980 a pirâmide etária brasileira tinha um formato tipicamente piramidal, com a base mais larga e um estreitamento ao longo das faixas etárias, atingindo um ápice mais estreito nas populações idosas (Figura 2).

Figura 2 – Pirâmide etária absoluta para o Brasil, ano de 1980. Fonte: <https://www.populationpyramid.net/pt/brasil/1980/>.



O que se tem observado, no entanto, é que gradualmente este poliedro etário tem assumido cada vez mais feições cilíndricas, com um acúmulo da população idosa, que tem vivido mais tempo, em todas as suas faixas, e um progressivo estreitamento das faixas mais basais, devido à diminuição da natalidade (Figura 3).

Figura 3 - Pirâmides etárias absolutas para o Brasil, anos de 2020 e 2050 (projeção). Fonte: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.



Na cidade de São Paulo, a população estimada de pessoas idosas em 2010 era de 1,3 milhão e em 2019 era de quase 1,8 milhão de pessoas idosas (Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, 2020). Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e a Projeção Populacional da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), *“o grupo populacional idoso passará a ser maior que a população jovem, por volta de 2025, fato inédito na história da demografia da cidade”* (Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, 2019).

O envelhecimento da população impacta também o sistema econômico em diversos pontos sensíveis, como, por exemplo, sistema de saúde, sistema educacional e a previdência social (Peixoto, 2019).

Tais impactos afetam diretamente o crescimento econômico do país, visto que, com a redução do número de jovens no mercado, temos uma força de trabalho cada vez menor. Aproxima-se o momento em que o número de trabalhadores em idade para aposentar será maior que o número de ingressantes no mercado de trabalho, causando um grave desequilíbrio previdenciário, tanto com a progressiva diminuição de receita vinculada aos salários quanto com o aumento da demanda por pensões e aposentadoria devido ao envelhecimento da população (Peixoto, 2019).

As recentes mudanças na legislação previdenciária brasileira beneficiaram a população com o estabelecimento gradativo da exigência da idade mínima para aposentadoria, no entanto, como essa fixação não é corrigida pela expectativa de vida, que aumenta com o tempo, uma nova reforma da previdência será necessária em um futuro próximo. Mesmo que as regras atuais permitem a manutenção a curto e médio prazo da situação, o impacto econômico foi apenas adiado, e a questão necessariamente deverá ser revisitada (CNN, 2022).

1.1 EXPECTATIVA DE VIDA, ENVELHECIMENTO E MORTALIDADE

Para compreender a epidemiologia do envelhecer é importante compreender a estruturação dos principais parâmetros de expectativa de vida ao nascer, mortalidade e morbidade nessa população, assim como as principais causas associadas ao processo de doença na pessoa idosa.

Nos últimos vinte anos, a expectativa de vida ao nascer no Brasil teve um incremento de mais de 8 anos, saindo de 68,6 anos no ano 2000 para 76,8 anos em 2020. No entanto, a diferença na expectativa de vida ao nascer entre os sexos é alta (7 anos), e foi estimada, para o ano de 2020, uma expectativa de vida de 80,3 anos para as mulheres e 73,3 anos para a população masculina (Romero & Maia, 2022).

No que diz respeito à expectativa de vida aos 60 anos, a diferença é menor, mas ainda marcadamente favorável para as mulheres. Por exemplo, para 2020 estimou-se entre as mulheres uma expectativa de vida de 24,6 anos, e para os homens, uma expectativa de 20,8, o que significa em termos de longevidade esperada, 3,8 anos de diferença entre as duas populações (Romero & Maia, 2022).

Essa diferença observada entre os sexos se deve principalmente a fatores culturais, que indicam uma clara tendência dos homens de procurarem com menor frequência os serviços de assistência primária à saúde, sendo mais propensos, portanto, ao agravamento de condições e à detecção tardia de doenças, o que é fator preponderante para uma maior mortalidade nessa população (Carneiro e col., 2019; Vieira e col., 2020).

Em relação à mortalidade de pessoas de 60 anos ou mais, as causas de óbito se concentram principalmente nas doenças não transmissíveis (Romero & Maia, 2022). É notório que a pandemia de COVID-19 (*Coronavirus Disease*) trouxe impactos importantes para essa população, porém, de forma geral, até 2019, doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório eram as três causas de óbito principais, respondendo por mais de 60% das mortes de pessoas idosas de ambos os sexos (Romero & Maia, 2022). Nesse cenário, doenças infecciosas e parasitárias corresponderam a apenas 4% dos registros de óbitos em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

É interessante perceber que existem poucas diferenças entre a distribuição percentual das causas de mortalidade entre homens e mulheres (Romero & Maia, 2022). No entanto, as tendências gerais indicavam uma maior proporção de neoplasias e causas externas afetando a população masculina em relação à feminina, com uma maior ocorrência de mortes por doenças do sistema nervoso e endócrinas,

nutricionais e metabólicas em mulheres, quando comparamos a proporção dessas mesmas doenças em homens (Romero & Maia, 2022).

1.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

Os indicadores de mortalidade e morbidade têm apontado que há não apenas a transição demográfica, mas também uma transição epidemiológica, caracterizada pela diminuição na ocorrência de doenças infecciosas e pelo aumento das doenças crônicas associadas as pessoas idosas (Travassos e col., 2020).

Assim, para entender a saúde da população de pessoas idosas é necessário compreender o impacto que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) podem ter sobre essa faixa etária. Podemos definir uma doença crônica como “uma condição de saúde física ou mental que dura mais de um ano e causa restrições funcionais ou requer monitoramento ou tratamento contínuo” (Buttorff e col., 2017).

As doenças crônicas não transmissíveis não são um conjunto homogêneo de patologias. Na verdade, se caracterizam como um conjunto de doenças com múltiplas causas e diferentes fatores de risco (Figueiredo e col., 2021). Doenças crônicas incluem câncer, hipertensão arterial (HA), problema crônico de coluna, diabetes *mellitus* (DM), acidente vascular cerebral (AVC), doenças cardíacas, doenças respiratórias, artrite, obesidade, depressão, dentre outras (Romero & Maia, 2022; Raghupathi & Raghupathi, 2018).

Tipicamente as doenças crônicas apresentam longos períodos de latência e potencialmente podem cursar de forma prolongada. Para serem enquadradas nesta categoria, elas precisam necessariamente ter origem não infecciosa (Figueiredo e col., 2021).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, ao abordar parâmetros de morbidade, indicou que pessoas idosas entre 60 e 64 anos, 65 e 74 anos e os acima de 75 anos foram as que apresentaram maiores frequências relativas de hipertensão, diabetes, colesterol alto, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e câncer. Segundo Romero & Maia (2022), na população de pessoas idosas, apenas 19% não relataram doenças crônicas. A PNS indicou também que a maioria das pessoas idosas possui mais de uma doença crônica (58,3%).

A PNS (2019) também demonstrou que a prevalência de doenças crônicas é maior entre as mulheres idosas, enquanto homens idosos relataram com maior frequência não ter nenhuma doença crônica (Romero & Maia, 2022). Essas diferenças precisam ser, no entanto, analisadas criteriosamente, principalmente quando vemos no mesmo estudo que, apesar de relatarem com menor frequência essas doenças, a mortalidade nos homens é igual ou por vezes maior. Esse aparente paradoxo, no entanto, pode ser parcialmente explicado pelo fato de os homens utilizarem menos os serviços de saúde (Malta e col., 2017; Carneiro e col., 2019; Vieira e col., 2020).

As DCNT são amplamente prevalentes e dispendiosas, com impacto direto sobre a vida dos pacientes, e representam uma enorme carga sobre os serviços de saúde. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, sem considerar faixas etárias, pelo menos 133 milhões de indivíduos sofrem de uma ou mais doenças crônicas. Seu impacto é longo, visto que cursam por um longo período na vida das pessoas acometidas e estão entre as principais causas de hospitalização e de incapacidade a longo prazo, causando uma importante redução da qualidade de vida e, muitas vezes, levando à morte (Raghupathi & Raghupathi, 2018). Essas doenças são responsáveis por sete em cada dez mortes nos EUA (Raghupathi & Raghupathi, 2018).

1.3 DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS

As doenças neurodegenerativas também têm causado grande impacto na saúde das pessoas idosas. Conceitualmente, doenças neurodegenerativas são causadas pela perda progressiva de neurônios, afetando a própria estrutura do sistema nervoso, resultando em uma gradativa perda de funcionalidade (Enciu e col., 2011; Paz e col., 2021).

O fato é que essa degeneração neuronal, dependendo do local do tecido cerebral onde ocorra, pode levar à perda de funções cognitivas, como a memória e a linguagem, alterando padrões de pensamento e de comportamento do indivíduo. Nesse cenário, estabelece-se então um processo denominado demência. A maioria dos quadros de demência estão correlacionados à idade, e, por isso, o envelhecimento populacional está associado ao aumento do diagnóstico dessas patologias (Baker & Petersen, 2018).

No entanto, os quadros de demência têm cada vez mais se mostrado situações extremamente complexas, associando-se com fatores de risco amplamente variáveis, tais como nível educacional, dieta ou mesmo outras condições, como, por exemplo, a associação entre uma maior escolaridade e risco menor para desenvolvimento de demência. Pressupõe-se que isso se deva à estimulação cognitiva que os anos a mais de estudo provocam no sistema nervoso (James & Bennett, 2019). Além disso, outras atividades – físicas, cognitivas, sociais ou de lazer – também foram associadas a uma redução do risco de demência (James & Bennett, 2019).

Nesses casos, os efeitos das diversas atividades podem sobrepor-se, e essa proteção, por sua vez, pode ter origem em diversos mecanismos (James & Bennett, 2019). Por exemplo, espera-se que um idoso ativo, que mantenha uma rotina de exercícios físicos apresente melhor desempenho cardiovascular, o que pode proteger

o sistema nervoso. Pessoas idosas engajadas em atividades sociais ou que mantenham a prática de exercícios cognitivos desenvolvem uma capacidade de reserva, tornando o risco de desenvolver demência menor (James & Bennett, 2019).

Mesmo quando a causa não é definida, é certo que deficiências cognitivas e doenças neurodegenerativas, como a Doença de Parkinson (também chamada de Mal de Parkinson) e a Doença de Alzheimer (conhecida também como Mal de Alzheimer), são condições com grande potencial debilitante, sem protocolos de tratamento viáveis ou efetivos em sua maioria, associados normalmente a um alto custo econômico e social, tanto para a pessoa idosa afetada, como para sua família e comunidade (Erkkinen e col., 2018).

Grande parte dos estudos e ensaios clínicos associados ao desenvolvimento de drogas efetivas para o tratamento dessas condições trouxeram resultados limitados, quando não, francamente ineficazes, indicando que ainda se fazem necessários grandes investimentos para pesquisa e desenvolvimento de alternativas, o que aumenta ainda mais o impacto dessas doenças no sistema de saúde (Erkkinen e col., 2018).

Existe uma enorme gama de doenças neurodegenerativas descritas, que apresentam quadros clínicos e padrões fisiológicos característicos, porém muitas vezes sobrepostos, o que dificulta uma precisão diagnóstica e impacta a avaliação prognóstica e decisões terapêuticas disponíveis (Erkkinen e col., 2018).

As principais doenças neurodegenerativas associadas à idade são a Doença de Alzheimer, a Doença de Parkinson, a Demência frontotemporal, a Paralisia supranuclear progressiva, a Síndrome corticobasal e a Atrofia de múltiplos sistemas (Erkkinen e col., 2018). Exclui-se desta lista a Doença de Huntington, que, apesar de apresentar uma clara associação com a idade de seus afetados, o início dos sintomas

costuma ocorrer em idades muito inferiores, em média aos 40 anos de idade, com notificações de início ainda mais precoce (Erkkinen e col., 2018).

A Doença de Alzheimer é a demência com maior ocorrência no mundo, respondendo por 60 a 80% de todos os casos de demência, incidindo sobre 24 milhões de pessoas ao redor do globo. A doença apresenta variados perfis clínicos, que refletem a distribuição neuroanatômica das áreas degeneradas na rede neuronal (Erkkinen e col., 2018).

A prevalência da Doença de Alzheimer está intrinsecamente associada ao aumento da idade, ocorrendo raramente antes dos 65 anos. Estudos indicam (Baker & Peterson, 2018) que a incidência da doença dobra a cada 5 anos de vida das pessoas idosas. Existem vários fatores de risco associados a esta forma de demência, sendo que a presença do alelo ApoEε4 no genoma dos pacientes é considerado um fator muito importante. Além disso, outros fatores de risco são a ocorrência de doença cerebrovascular (com risco aumentado em pelo menos duas vezes nessa população), hiperlipidemia, tabagismo, diabetes *mellitus* (também associado a um risco aumentado na ordem de duas vezes), obesidade (1,6 vez) e a ocorrência de traumatismo cranioencefálico decorrente de acidentes prévios (Erkkinen e col., 2018).

Mulheres apresentam risco aumentado para a Doença de Alzheimer, e aparentemente estão sujeitas a um efeito aumentado da presença do gene ApoE ε4 (Erkkinen e col., 2018). Entre os fatores de proteção indicam-se os efeitos positivos em pessoas idosas com vida ativa prévia, garantindo uma maior reserva cognitiva, pela estimulação da leitura e práticas de exercícios mentais, consumo de dieta mediterrânea e o hábito de exercícios físicos regulares (Erkkinen e col., 2018).

A Doença de Alzheimer se caracteriza como uma doença de início insidioso e progressão gradual, com uma importante perda de memória associada a outras

funções cognitivas, como a função visuoespacial e executiva, que leva o paciente a uma gradual perda de sua independência funcional (Erkkinen e col., 2018).

A Doença de Parkinson é a segunda doença neurodegenerativa mais comum. A doença é considerada idiopática, embora algumas associações já tenham sido feitas com diversos conjuntos de genes e mutações, sem, no entanto, uma sinalização definitiva de associação direta (Erkkinen e col., 2018).

A prevalência da Doença de Parkinson é estimada em 0,3% na população geral, 1% na parcela populacional com mais de 60 anos e 3% em pessoas com 80 anos ou mais. A taxa de incidência tem sido estimada entre 8 e 18 casos por 100.000 habitantes por ano no mundo. A doença inicia-se em média aos 60 anos, e a sobrevivência após o diagnóstico é em média de 15 anos (Erkkinen e col., 2018).

A Doença de Parkinson é mais frequentemente diagnosticada em homens, com prevalência e incidência 1,5 a 2 vezes maiores do que nas mulheres. A doença inicia-se mais tardiamente na parcela feminina da população, em média, 2,1 anos mais tarde que na população masculina (Erkkinen e col., 2018). Também nas mulheres os sintomas são mais leves, com maior frequência de tremores (67% dos casos contra 48% dos homens) e progressão mais lenta na evolução dos distúrbios motores (Erkkinen e col., 2018).

Os sintomas motores incluem bradicinesia, tremor de repouso, rigidez e instabilidade postural. Além de sintomas motores, a Doença de Parkinson está associada a disautonomia (constipação, ortostase, disfunção esfinteriana), distúrbios do sono, distúrbios do humor, anosmia, distúrbios cognitivos, dor e distúrbios sensoriais (Erkkinen e col., 2018). Podem ocorrer hipomímia, hipofonia, disfagia, alterações de visão, alterações de postura e congelamento de marcha, entre outras.

Existem subtipos de Doença de Parkinson baseados no conjunto de sintomas, diferenciando de forma importante dois grupos principais: aquele dos pacientes que apresentam um fenótipo predominante de tremor e outro englobando pacientes que apresentam fenótipo de instabilidade postural e dificuldades de marcha (Erkkinen e col., 2018).

Aparentemente os quadros de tremor apresentam início mais precoce, mas com uma progressão mais lenta e uma melhor resposta à terapia de reposição de dopamina. Sinais de instabilidade postural e dificuldades de marcha tendem a aparecer com o avanço dos sintomas (Erkkinen e col., 2018). Já os pacientes que iniciam o quadro com instabilidade postural também apresentam déficit cognitivo mais rápido e maior incidência de demência.

Nos pacientes com fenótipo de tremor, a demência aparece somente após o desenvolvimento de instabilidade postural e dificuldades de marcha (Erkkinen e col., 2018). Pacientes com Doença de Parkinson precoce, com sintomas iniciando próximo aos 40 anos, são mais propensos a ter quadro de tremor, rigidez, distonia e complicações motoras, com progressão mais lenta. Pacientes com a doença de início mais tardio tendem a apresentar comprometimento cognitivo e progridem mais rapidamente (Erkkinen e col., 2018).

A Doença de Parkinson, pelo conjunto de sintomas que apresenta, prejudica a qualidade de vida das pessoas idosas afetadas. O diagnóstico é feito apenas com base nos sintomas clínicos, sem sinais específicos de lesões que possam levar ao quadro (Erkkinen e col., 2018). Embora seja considerada uma doença esporádica, a genética provavelmente desempenha um papel importante em sua ocorrência, visto que pacientes com a doença são duas vezes mais propensos a terem um parente de primeiro grau que tenha apresentado a mesma condição (Erkkinen e col., 2018).

Existem diversas terapias farmacológicas voltadas a amenizar os sintomas motores da Doença de Parkinson, normalmente associadas à reposição ou metabolismo da dopamina (Erkkinen e col., 2018).

1.4 FONOAUDIOLOGIA E DISFAGIA NO ENVELHECIMENTO

A Fonoaudiologia vem acompanhando os movimentos de crescimento da população idosa, fundamentando suas ações em todas as esferas de atuação. Do ponto de vista fonoaudiológico, diversas alterações podem acometer a população de pessoas idosas, como as alterações no sistema estomatognático (respiração, fala, mastigação e deglutição), presbifonia (alteração vocal), presbiacusia (deficiência auditiva), labirintopatias (causadoras de alterações no equilíbrio) e alterações da linguagem (afasias e demências).

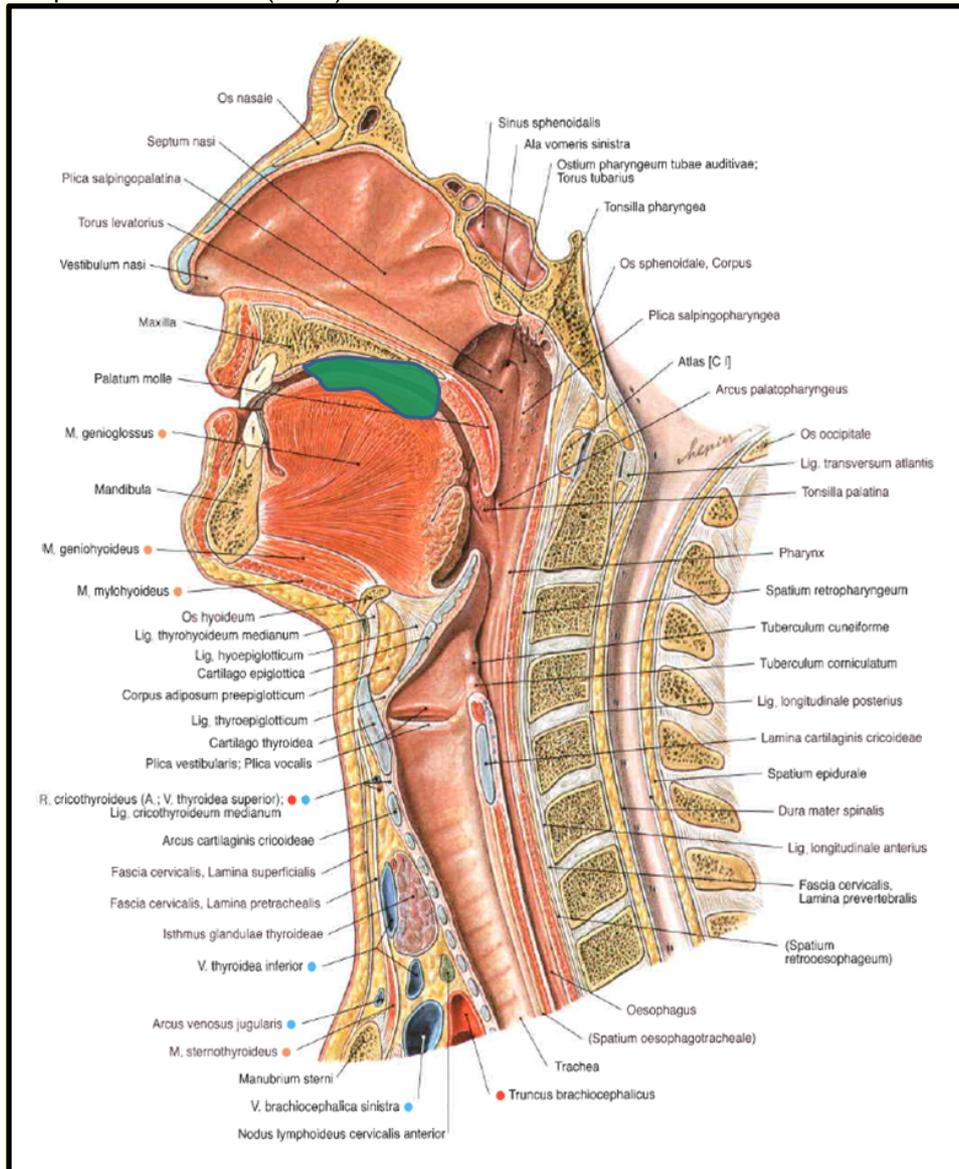
Tem-se como diretriz de atuação do Fonoaudiólogo Especialista em Gerontologia

“[...] promoção da saúde do idoso, prevenção, avaliação, diagnóstico, habilitação/reabilitação dos distúrbios relacionados à audição, ao equilíbrio, à fala, à linguagem, à deglutição, à motricidade orofacial e à voz.” (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2015).

A deglutição é um processo natural que objetiva o transporte do bolo alimentar da cavidade oral até o estômago. Por definição, é uma ação motora semiautomática, envolvendo uma ação coordenada de músculos respiratórios, orofaríngeos e trato gastrintestinal (Abdulmassih, 2013). A deglutição desempenha uma função dupla de impulsionar o alimento da cavidade oral ao estômago e, ao mesmo tempo, proteger as vias aéreas da entrada deste bolo alimentar (Panebianco e col., 2020). A função da deglutição está dividida em três fases: A primeira fase é denominada fase oral

(Figura 4) e inicia-se com a entrada do alimento na cavidade oral, seguida do processo de mastigação e formação do bolo alimentar (World Gastroenterology Organization, 2014).

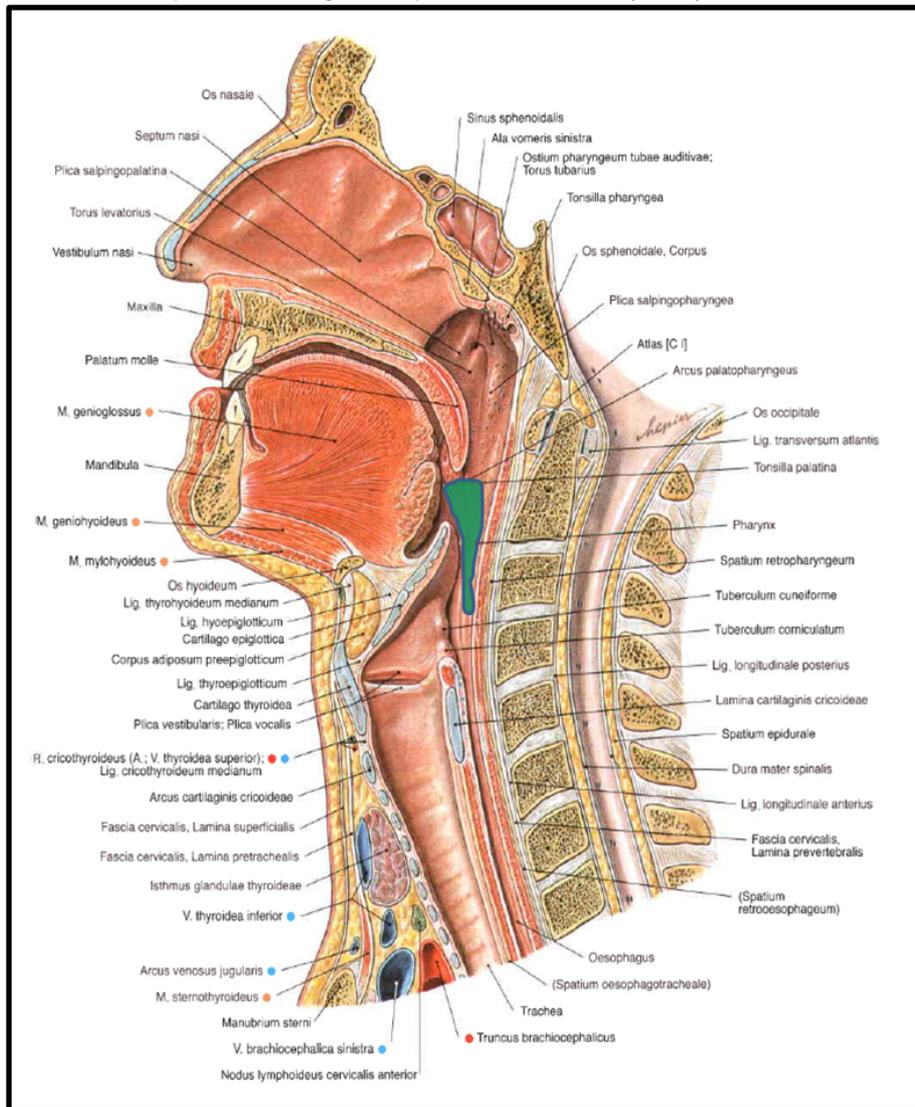
Figura 4 - Fase oral da deglutição. O bolo alimentar se encontra na cavidade oral. Adaptado de Sobotta (2006).



A fase orofaríngea (Figura 5), segunda fase do processo fisiológico da deglutição, se caracteriza pela elevação do palato mole para oclusão da nasofaringe e movimentação da laringe e do osso hioide para cima e para frente, paralelo à movimentação da epiglote para trás e para baixo, para oclusão, movimentando o bolo alimentar. Nesta fase, ocorre ainda o relaxamento e abertura do esfíncter superior do esôfago e a propulsão do bolo alimentar pela língua ao esôfago, bem como a

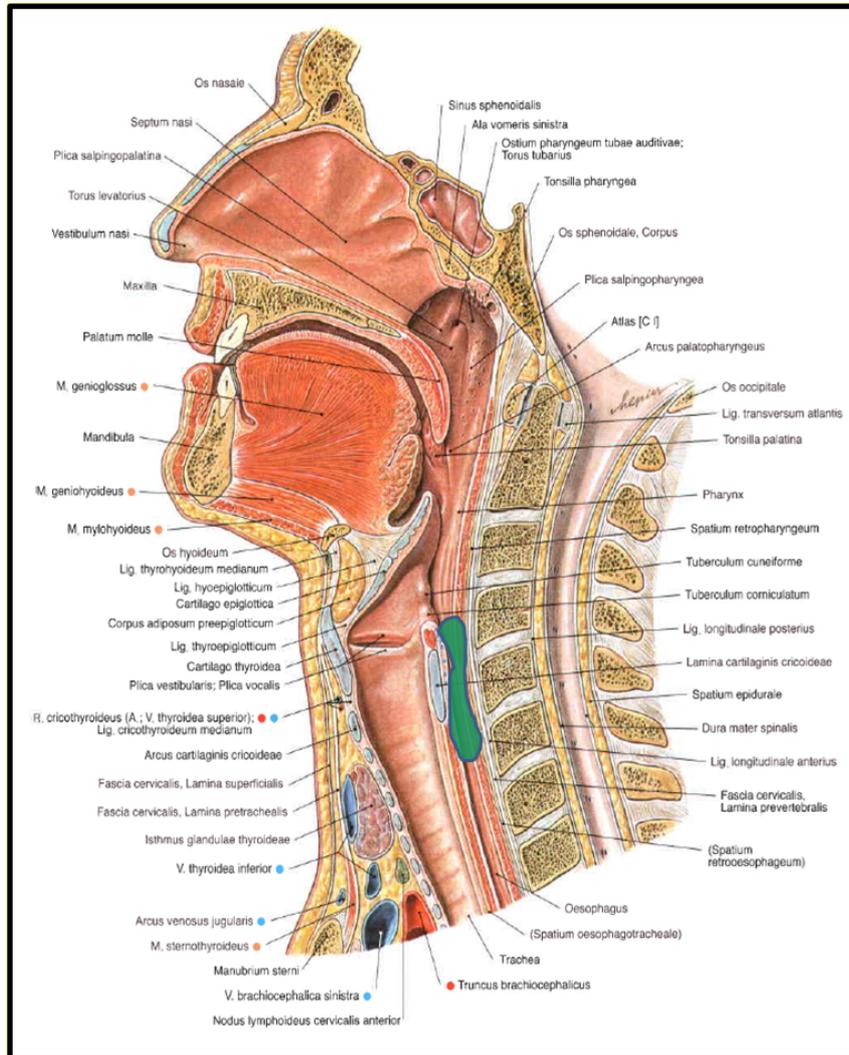
contração da faringe, desobstruindo a faringe e fechando o esfíncter superior. Esse processo finaliza-se com a reabertura da laringe após a passagem do bolo alimentar (World Gastroenterology Organization, 2014).

Figura 5 - Fase orofaríngea da deglutição. O bolo alimentar é propelido da cavidade oral para o esôfago. Adaptado de Sobotta (2006).



Por fim, tem-se a terceira fase, a fase esofágica (Figura 6), caracterizada pela contração sequencial do esôfago, relaxamento do esfíncter inferior do esôfago e consequente chegada do bolo alimentar ao estômago (World Gastroenterology Organization, 2014).

Figura 6 - Fase esofágica da deglutição. O bolo alimentar é propelido do esôfago para o estômago. Adaptado de Sobotta (2006).



Do ponto de vista anatômico, o processo é complexo e envolve diversas regiões do sistema nervoso central, em diferentes níveis, relacionados diretamente à coordenação das três fases da deglutição. Durante o processo de deglutição, pelo menos 50 pares de músculos estriados cranianos são acionados – excitados ou inibidos – sequencialmente, a fim de transportar o bolo alimentar da boca para o estômago (Panebianco e col., 2020).

Do ponto de vista neurológico, uma lesão que interrompe a conectividade destas diversas regiões tem potencial para produzir disfagia, alterando o equilíbrio e funcionamento desse processo integrado (Panebianco e col., 2020; Mc Carty e col., 2021). Justamente por isso, a disfagia pode ser ocasionada por alterações neurológicas como Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, Miastenia ou Acidente Vascular Cerebral, traumas, tumores, dentre outros (Abdulmassih, 2013; Paiva e col., 2012).

Paiva e col. (2012) destacam que

“As complicações decorrentes da disfagia envolvem risco de desnutrição, desidratação, complicações respiratórias e pneumonia aspirativa, além de aspectos sociais e emocionais, já que o momento da refeição deve representar um momento prazeroso, de socialização e interação familiar. Quando este ato se torna um desafio, o idoso pode preferir se isolar, o que pode comprometer o envelhecimento saudável” (p. 02).

A disfagia pode ser classificada segundo a fase da deglutição em que o comprometimento da função esteja instalado. Quando a dificuldade acomete a fase oral da deglutição, está normalmente ligada a processos que prejudicam a formação e controle do bolo alimentar. Frequentemente estes quadros apresentam um período prolongado de retenção do bolo alimentar na cavidade oral, que pode vir acompanhado de excesso de saliva, vazamento de alimentos da boca e uma característica dificuldade de continuar o processo de deglutição.

Prováveis causas que podem prejudicar a fase oral incluem diminuição do fechamento labial, diminuição na força da musculatura mastigatória e alterações de força e coordenação motora da língua (Mc Carty e col., 2021), perdas dentárias, uso de próteses, perda muscular, diminuição de tônus muscular, redução da sensibilidade orofacial (Acosta e col., 2012) e xerostomia, geralmente causada pela ingestão de medicamentos.

Quando a disfagia ocorre na fase faríngea da deglutição, é resultante da má propulsão do bolo alimentar pela língua ou por processos de obstrução. Diferentemente da fase oral, que é processo voluntário, a fase faríngea é involuntária, e alterações neste momento da deglutição podem advir como uma resposta de reflexo atrasada, uma diminuição do fechamento velofaríngeo, o que pode gerar regurgitação de parte do bolo alimentar pelo nariz, diminuição do movimento epiglótico e diminuição da elevação laríngea. Quando a disfagia se apresenta nesta região, os pacientes relatam frequentemente a sensação de uma bola no pescoço, sofrem regurgitação nasal, aspiração de parte do bolo alimentar para as vias respiratórias ou sintomas de refluxo gastroesofágico (Mc Carty e col., 2021).

Quando a disfagia ocorre na fase oral e/ou na fase faríngea da deglutição ela é denominada de disfagia orofaríngea (Mc Carty e col., 2021), enquanto a dificuldade de deglutição que ocorre no esôfago é chamada de disfagia esofágica e pode ter causas anatômicas, propulsivas ou mesmo mistas, podendo ocorrer em qualquer porção do esôfago. Ela pode se apresentar com quadro de refluxo, acúmulo do bolo alimentar e dor torácica (Mc Carty e col., 2021).

Além disso, ao avaliar casos de disfagia, se faz necessário considerar a possibilidade de a alteração surgir como uma dificuldade de coordenação do processo respiração/deglutição advinda não de uma deficiência no processo de deglutição, mas sim de uma doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e outras condições respiratórias que podem predispor a distúrbios de deglutição (Mc Carty e col., 2021).

No entanto, embora possa haver uma variedade enorme de causas para a disfagia, os dois fatores causais mais associados são lesões neurológicas no córtex e tronco cerebral ou lesões diretas na musculatura ou inervação ligadas à deglutição

(Mc Carty e col., 2021). A origem específica destas lesões deve ser compreendida caso a caso para se chegar à origem da disfagia em cada paciente.

Além desta classificação, ainda é possível distinguir a disfagia conforme sua etiologia. Neste caso, podemos falar em disfagia mecânica e motora/neurogênica (Mc Carty e col., 2021). A disfagia de origem mecânica é causada pelo estreitamento do lúmen esofágico. Esse estreitamento pode ter causas intrínsecas ou extrínsecas (Mc Carty e col., 2021).

Uma das causas mais frequentes das disfagias mecânicas são os carcinomas, que podem, durante seu crescimento, obstruir o trato digestório. Esse tipo de disfagia, caracteristicamente, manifesta-se principalmente pela ingestão de sólidos (Mc Carty e col., 2021).

Por sua vez, a disfagia motora ou neurogênica define-se como um distúrbio da deglutição associado a uma doença do sistema nervoso central e periférico ou por alterações no sistema de transmissão neuromuscular ou doenças que afetam diretamente os músculos (Mc Carty e col., 2021).

É importante salientar que alterações na função da musculatura esquelética afetam diretamente o terço superior do esôfago, estando associado à disfagia orofaríngea, enquanto doenças da musculatura lisa influenciam a ingestão no nível do esôfago torácico, causando disfagia esofágica (Mc Carty e col., 2021; Dziewas e col., 2021).

Embora possa ser facilmente um fator de suspeita de alteração da deglutição quando um paciente engasga imediatamente ao engolir, a disfagia pode apresentar sintomas mais insidiosos e facilmente subnotificados na população idosa. O diagnóstico de disfagia nessa faixa etária pode se revelar complexo e desafiador, principalmente na parcela da população onde questões de comunicação, dado o

comprometimento de fala ou a ocorrência de déficits cognitivos, pode dificultar o estabelecimento do caso e a anamnese (Ishak e col., 2021).

Por essa razão, é extremamente importante durante a prática fonoaudiológica uma avaliação observacional do paciente durante a alimentação, onde o profissional fonoaudiólogo será capaz de avaliar não apenas o ato da alimentação, mas também os comportamentos que o paciente apresenta, assim como a de seus familiares ou cuidadores que possam estar envolvidos neste cenário (Ishak e col., 2021).

Nesse momento, a prática fonoaudiológica irá procurar por sinais e sintomas que apontem para o diagnóstico de disfagia. Estes podem incluir, entre outras questões, uma duração prolongada das refeições ou mastigação prolongada, a percepção de resíduos de alimentos na cavidade oral após alimentação, presença de refluxo nasal de alimentos, sensação de bloqueio durante a deglutição ou mesmo alterações na qualidade da voz dos pacientes durante as refeições (Ishak e col., 2021).

O próprio histórico do paciente servirá como guia para reconstrução desse cenário e eventos como respiração interrompida ou tosse durante as refeições, mudanças de comportamento como a redução ou recusa de alimentos, alterações nas texturas das refeições preferidas, ocorrência de infecções pulmonares recorrentes e episódios de febre e/ou perda de peso sem explicação servirão como elementos para sustentar a suspeita diagnóstica de disfagia (Ishak e col., 2021).

A disfagia em pessoas idosas deve ser considerada um sinal de alarme, devido ao risco de estarem associados à malignidade subjacente, e nesse caso, certos sinais como perda de peso, sangramento e deglutição dolorosa, devem ser considerados como elementos que aprofundem a investigação para as neoplasias (Ishak e col., 2021).

1.5 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE A OCORRÊNCIA DE DISFAGIA EM PESSOAS IDOSAS

Bomfim e col. (2013), em estudo sobre os fatores associados à disfagia orofaríngea (DOF) em pessoas idosas institucionalizadas em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) indicam que 63,3% da população estudada apresentou sinais sugestivos de DOF, estando em conformidade com os achados da literatura. Segundo elas, o uso de medicamentos, número de dentes, ausência de depressão e o número de alterações da dinâmica alimentar são os fatores associados à presença de DOF na população de pessoas idosas estudadas.

Diferentemente dos dados da literatura, as autoras destacam que não houve associação entre a disfagia orofaríngea e a presença de demência ou comprometimento cognitivo e os dados sociodemográficos, especialmente a idade avançada (80 anos ou mais). As autoras indicam ainda que a associação com ausência de depressão é uma informação contraditória com grande parte da literatura, mas que pode ser um reflexo da dificuldade de diagnóstico desta condição, principalmente em pessoas idosas com déficits cognitivos.

A prevalência de disfagia entre pessoas idosas hospitalizadas com fraturas traumato-ortopédicas foi estudada por Delevatti e col. (2020). As autoras constataram

“maior prevalência de disfagia entre idosos hospitalizados com idade maior ou igual a 70 anos e com menor escolaridade, dos quais 58% apresentaram disfagia orofaríngea.” Segundo elas, “houve prevalência de disfagia orofaríngea em seis a cada dez indivíduos, sendo a fragilidade, idade avançada, múltiplas doenças e condições orais deficitárias associadas à disfagia orofaríngea.”

Reach e col. (2022), em um estudo de revisão sistemática com meta-análise, avaliaram a frequência e os fatores associados a dificuldades de deglutição em pessoas idosas. Nesse estudo os autores estimaram as dificuldades de deglutição em

pessoas idosas residentes na comunidade numa percentagem mundial de 20,35% (Reach e col., 2022).

Os autores destacam, no entanto, que essa estimativa variou quando foram considerados os métodos aplicados para avaliar a presença de disfagia e também segundo o país considerado e concluem que, em relação ao risco de desenvolver disfagia, é esperado que um em cada cinco adultos idosos venha a sofrer de disfagia (Reach e col., 2022).

1.6 PROPOSTAS ATUAIS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENVELHECIMENTO

Em termos de políticas públicas, desde a década de 1990 a Organização Mundial da Saúde tem adotado o termo "Envelhecimento Ativo", a fim de indicar um parâmetro norteador para as políticas públicas envolvendo a saúde das pessoas idosas no mundo.

Para a OMS, o envelhecimento ativo

"permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários" (OMS, 2005).

Esta sinalização inicial evoluiu para um conceito mais amplo de envelhecimento saudável. Nos últimos anos o envelhecimento saudável tornou-se uma pauta importante em diversos países. O conceito de saudável se torna preferível a outros termos correlatos devido à definição holística recomendada pela OMS, em que o

termo “saúde” se define como um conceito que engloba não apenas um bem-estar físico e mental, mas também o bem-estar social (OMS, 2006).

Atenta a esta necessidade, e visando fortalecer essa visão, a Organização Mundial da Saúde propôs a criação da Década do Envelhecimento Saudável, agendada para o período de 2021-2030 (OPAS, 2022). Este período seria o marco para se estabelecer um plano de colaboração global a fim de incentivar ações conjuntas de governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, academia, mídia e representantes da iniciativa privada para adicionar anos de vida para a população idosa e melhorar sua qualidade de vida (OPAS, 2022).

Esta década contempla quatro áreas de atuação principais para nortear as ações em prol do envelhecimento saudável da população. A “área de ação I” tem por objetivo “*Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento*” (OPAS, 2022). Entende-se que as pessoas idosas fizeram e ainda fazem enormes contribuições à sua família e comunidade e, no entanto, são vítimas de estereótipos (como pensamos), preconceito (como nos sentimos) e discriminação (como agimos). O preconceito com base na idade – denominado Idadismo – pode vitimar todas as faixas etárias, mas tem efeitos particularmente prejudiciais sobre as pessoas idosas, prejudicando sua saúde e bem-estar (OPAS, 2022).

Em relação à “área de ação II”, estabeleceu-se por objetivo “*garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas*” (OPAS, 2022). Isso significa ações voltadas a criar ambientes físicos, sociais e econômicos, tanto rurais quanto urbanos, favoráveis ao envelhecimento saudável, com espaços e ambientes amigáveis às pessoas idosas, onde elas possam “*crescer, viver, trabalhar, brincar e envelhecer*” (OPAS, 2022), ou seja, propõe-se a criação de uma comunidade amigável

à pessoa idosa e, por isso, “*um lugar melhor para todas as pessoas e idades*” (OPAS, 2022).

A “área de ação III” propõe “*entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa*” (OPAS, 2022). Considerando as diversas características fisiológicas e mentais do processo de envelhecimento, é natural que esta parcela da população apresente necessidades específicas, e os sistemas de saúde devem estar preparados para prestar uma assistência em saúde de boa qualidade.

Essa assistência, por natureza, deve ser integrada, conciliando a ação conjunta com os diversos prestadores de serviços, e deve ser sustentável, garantindo o acesso inclusive a cuidados de longo prazo. Para tanto, se faz necessário o oferecimento de serviços orientados à manutenção e melhoria da capacidade funcional da população idosa, a fim de garantir um envelhecimento saudável.

Considerando esta importante questão, a “área de ação IV” busca “*propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem*” (OPAS, 2022). As possíveis limitações que podem afetar as pessoas idosas, incluindo diminuição das habilidades físicas e mentais, podem acarretar déficits em sua capacidade de autocuidado e interação social (OPAS, 2022).

Além disso, uma parte significativa da população dependente de cuidados de longo prazo são pessoas idosas, que muitas vezes, devido à ausência de políticas de acesso a tais serviços, necessariamente dependem de cuidadores informais (familiares e/ou amigos), prejudicando muitas vezes sua capacidade funcional e o gozo de seus direitos humanos básicos, desfrutando de uma vida com dignidade (OPAS, 2022).

A Nova Constituição Brasileira em 1988 (Brasil, 1988) abordou pela primeira vez a questão da população idosa e o envelhecimento como um problema social, ampliando o foco da discussão para além das questões relativas à assistência previdenciária, assegurando a proteção as pessoas idosas no contexto da assistência social (Martins e col., 2019).

A partir deste ponto, estabeleceram-se novas políticas e diretrizes, em especial a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006a) e o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), como diretrizes norteadoras das ações sociais e de saúde, reafirmando o dever do Estado na proteção da população mais velha (Martins e col., 2019).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em especial, após recentes revisões englobando o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para a consolidação do SUS (Brasil, 2006b), indicou a necessidade do enfrentamento das questões levantadas pelo processo de envelhecimento (Martins e col., 2019).

Por sua vez, o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), em seu Artigo 18, no Capítulo IV, indica:

“As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda”.

No entanto, se faz necessária uma constante revisão crítica das atuais políticas dirigidas as pessoas idosas, levando em consideração quais são as reais necessidades dessa população, a fim de que a assistência integral permita atender essas necessidades de forma a garantir às pessoas idosas autonomia, independência e melhoria da qualidade de vida (Martins e col., 2019).

Para tanto, é premente desconstruir as visões tradicionais sobre o envelhecimento e, a partir de ciência baseada em evidências, ressignificar o envelhecimento e construir um arcabouço sociocultural favorável a uma velhice saudável, ativa, digna e prazerosa.

Desta forma, propõe-se como hipótese principal a ser testada que há associação entre a ocorrência de disfagia referida e as condições de saúde preexistentes entre pessoas idosas acompanhadas pelo Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, em especial doenças crônicas, déficit cognitivo, estado de saúde bucal e uso de medicamentos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência e os fatores associados à disfagia referida em uma coorte de pessoas idosas no município de São Paulo, no ano de 2015.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência da disfagia referida em uma coorte de pessoas idosas no município de São Paulo, no ano de 2015.
- Caracterizar a população estudada com base em um conjunto de variáveis selecionadas, traçando nos diversos momentos de mensuração um perfil do envelhecimento e seus fatores associados, sejam eles de natureza sociodemográfica, cognitiva ou de saúde.

- Investigar a associação entre a disfagia referida e as diversas variáveis elencadas, buscando salientar possíveis fatores que estejam associados aos processos patológicos e/ou próprios do envelhecimento.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Estudo epidemiológico transversal de base populacional. A população do estudo foi constituída por pessoas idosas com idade ≥ 60 anos, residentes no município de São Paulo, entrevistados no ano de 2015 pelo Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Lebrão e col., 2019).

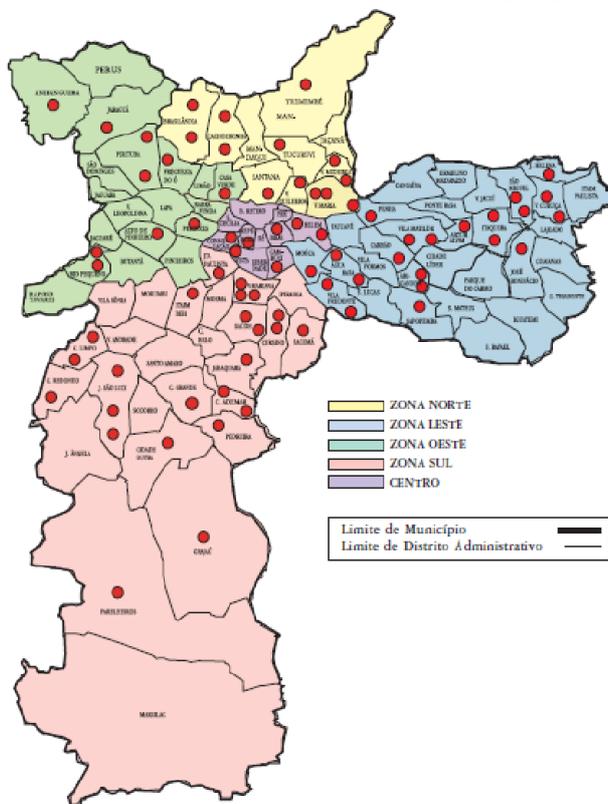
O município de São Paulo possui uma população estimada de 11.914.851 habitantes, densidade demográfica de 7.833 habitantes/km² e um grau de urbanização de 99,1% (Seade, 2021). Apresenta taxa de crescimento populacional de 0,53% ao ano (entre 2010 e 2021), taxa de envelhecimento de 84,7% em 2021 e 16,0% da população possui 60 anos ou mais (Seade, 2021).

O Estudo SABE é um inquérito multicêntrico idealizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolvido inicialmente entre outubro de 1999 e dezembro de 2000, com o objetivo de identificar o perfil de pessoas idosas em sete centros urbanos (sendo seis capitais) da América Latina e Caribe (Lebrão e col., 2019).

A amostra original do estudo Sabe (2000) foi planejada para atingir a meta de 1.500 entrevistas, valor calculado como numericamente representativo da população idosa do município de São Paulo, mantendo uma descrição significativa da composição populacional dessa amostra complexa. Para a primeira amostra foi constituída também uma sobre amostra composta por pessoas idosas com ≥ 75 anos

de idade. Optou-se pela realização de amostragem por conglomerados, realizada em dois estágios, com critério de partilha proporcional aos tamanhos dos 72 setores censitários (unidade primária de amostragem) aleatoriamente selecionados a partir do total de 263 setores censitários que compuseram a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1995 (Lebrão e col., 2019) (Figura 7).

Figura 7 - Amostra mestra, município de São Paulo (1995-2000). Setores censitários distribuídos segundo zona geográfica.



Extraído de: Silva (2003), N. N. D. (2003). Aspectos metodológicos: processo de amostragem. In: Lebrão, M. L.; Duarte, Y. A. O. **Sabe: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**: o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial (pp. 47-67).

Foram sorteados de cada setor censitário pelo menos 90 domicílios (unidades secundárias de amostragem), mantendo proporcionalidade em relação ao tamanho dos setores censitários. Todos os indivíduos com 60 anos ou mais residentes nesses domicílios foram convidados a participar do estudo e responder ao questionário. A

cada questionário atribuiu-se um peso amostral específico calculado como o inverso da fração amostral em cada setor censitário (Silva, 2003; Moura e col., 2015; Lebrão e col., 2019).

O estudo foi retomado em 2006, com abordagem longitudinal, no município de São Paulo, com a formação de novas coortes em 2006, 2010 e 2015 (Lebrão e col., 2019). Novas amostras probabilísticas constituídas por indivíduos na faixa etária de 60 a 64 anos foram incluídas nos anos subsequentes, a fim de compensar o envelhecimento da base populacional do estudo inicial, mantendo a representatividade para todas as faixas etárias estudadas. Pesos amostrais atribuídos no início do estudo foram recalculados também para este fim (Silva, 2003; Moura e col., 2015; Lebrão e col., 2019). A amostra de 2015 consistiu-se em indivíduos originalmente incluídos no início do estudo, que sobreviveram, foram localizados e concordaram em participar novamente.

O instrumento utilizado nas coletas de 2000, 2006 e 2010 é amplo e contemplou inicialmente 13 seções, Perguntas e Comentários Finais. Para a coleta realizada em 2015, foi acrescentada mais uma seção, com perguntas relacionadas à qualidade de vida e bem-estar, agrupadas na Seção Q – Qualidade de Vida. As 14 seções do instrumento são assim distribuídas (Quadro 1):

Quadro 1: Seções que compõem o questionário do Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, no ano de 2015.

Seção A	Informações Pessoais
Seção B	Avaliação Cognitiva
Seção C	Estado de Saúde
Seção D	Estado Funcional
Seção E	Medicamentos
Seção F	Uso e Acesso a Serviços
Seção G	Rede de Apoio Social e Familiar
Seção H	História de Trabalho e Fontes de Receita
Seção J	Características da Moradia
Seção M	Maus-tratos
Seção N	Cuidadores
Seção K	Antropometria
Seção L	Mobilidade e Flexibilidade
Seção Q	Qualidade de Vida

3.2 VARIÁVEIS DE ESTUDO

A variável dependente “Disfagia referida” foi construída com base em outras seis variáveis do banco de dados do Estudo SABE. Utilizou-se como base para a construção da variável dependente a pergunta C17b, pertencente ao teste GOHAI – Geriatric Oral Health Assessment Index (Atchison & Dolan, 1990): “Nos últimos 12 meses, quantas vezes conseguiu engolir bem?”. Ela possui cinco possibilidades de respostas: “Sempre”, “Frequentemente”, “Algumas vezes”, “Raramente” e “Nunca”, além das perguntas não respondidas (NR) ou que não souberam responder (NS). Para a construção de uma variável binária, as respostas “Sempre” foram consideradas “NÃO” (não possui disfagia), e as respostas “Frequentemente”, “Algumas vezes”, “Raramente” e “Nunca” foram consideradas “SIM” (possui disfagia). Foram excluídos 26 pessoas idosas que não responderam ou não souberam responder.

A variável dependente é composta por variáveis relacionadas à deglutição e mastigação. No componente da deglutição, foram utilizadas as variáveis c17b (variável base descrita acima), c09e1 (“Depois do derrame o (a) Sr.(a) passou a apresentar alguma dificuldade para engolir?”) e c22f3 (“O (A) Sr.(a) tem comido menos por dificuldades para engolir ou por engasgar?”), recategorizadas como variáveis binárias (SIM x NÃO) (Tabela 1). Para sumarizar os dados colhidos pelas três questões, foram considerados como “tem disfagia referida” a somatória de pessoas idosas que responderam afirmativamente para qualquer uma das três variáveis, excluindo sobreposições de respostas, compondo assim a amostragem respectiva a este componente.

Já no componente da mastigação, foram selecionadas as variáveis c17a (“Nos últimos 12 meses (...) Quantas vezes teve problemas para mastigar comidas duras como carne ou maçã?”), c22f2 (“O (A) Sr.(a) tem comido menos por dificuldades em mastigar os alimentos?”) e prótese 1: faz uso de prótese parcial removível ou prótese total, também recategorizadas como variáveis binárias (SIM x NÃO) (Tabela 1). Nesse caso, foram inseridas como “tem disfagia referida” as pessoas idosas que responderam afirmativamente para as três variáveis. Após a composição da variável, tem-se um n = 141 pessoas idosas.

No contexto do presente estudo, estas alterações foram abordadas como “Disfagia referida”, uma vez que não houve, durante as entrevistas as pessoas idosas, um processo diagnóstico, mas informações autorreferidas pelos participantes do estudo, quando perguntados sobre o ato de engolir e mastigar (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis independentes utilizadas para a composição da variável dependente “Disfagia referida”, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, 2015.

Variável original	Pergunta/respostas	Variável após recategorização
C17b	(Nos últimos 12 meses...) Quantas vezes conseguiu engolir bem? Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca NS NR	0 – NÃO (sempre) 1 – SIM (nunca, raramente, algumas vezes e frequentemente) NS/NR (missing)
C09e1	Depois do derrame o (a) Sr.(a) passou a apresentar alguma dificuldade para engolir? Sim, qualquer alimento Sim, apenas líquidos Sim, apenas sólidos Não NS NR	0 – NÃO 1 – SIM (qualquer alimento, apenas líquidos, apenas sólidos) NS/NR (missing)
C22f3	O (A) Sr.(a) tem comido menos por dificuldades para engolir ou por engasgar? SIM NÃO NS NR	0 – NÃO 1 – SIM NS/NR (missing)
C17a	(Nos últimos 12 meses...) Quantas vezes teve problemas para mastigar comidas duras como carne ou maçã? Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca NS NR	0 – NÃO (nunca) 1 – SIM (sempre, frequentemente, algumas vezes e raramente) NS/NR (missing)
C22f2	O (A) Sr.(a) tem comido menos por dificuldades em mastigar os alimentos? SIM NÃO NS NR	0 – NÃO 1 - SIM NS/NR (missing)
Uso de prótese parcial removível (PPR) ou prótese total (PT).	Foi realizada avaliação por um profissional cirurgião dentista (Ficha de saúde bucal).	0 - NÃO 1 – SIM Pessoas idosas não avaliadas (missing)

Após a construção da variável composta “Disfagia”, construiu-se um modelo conceitual utilizando-se as variáveis independentes, classificadas como distais (características demográficas e socioeconômicas, como raça/cor e renda suficiente para gastos diários); intermediárias (autoavaliação de saúde, número de medicamentos ingeridos por dia – polifarmácia – e dificuldade em atividades básicas da vida diária – ABVD) e proximais (autoavaliação de saúde bucal, multimorbidade, xerostomia e déficit cognitivo) em relação ao desfecho. As variáveis faixa etária, sexo e escolaridade foram consideradas de ajuste (Figura 8).

Para entender os fatores que estão relacionados à disfagia em pessoas idosas da comunidade, propõe-se um modelo conceitual com base nas variáveis independentes, estruturadas hierarquicamente, segundo a proposta de Victora e col. (1997).

Como os métodos analíticos multivariados são ainda muito populares e necessários para a realização de estudos epidemiológicos, é necessário a escolha de estratégias apropriadas para análise de dados, de forma a permitir reconhecer e avaliar os determinantes das doenças, lidando ao mesmo tempo com a complexidade inerente às inter-relações hierárquicas entre os diversos fatores.

Isso ainda se mostra vantajoso, pois a análise multivariada pode ser utilizada para a construção de modelos preditivos, permitindo compreender o risco intrínseco de um determinado resultado, como, por exemplo, ocorrência de disfagia, com a construção de um algoritmo que contemple as relações entre os determinantes desta condição.

Assim, uma estratégia de análise multivariada como a aplicada no presente estudo se volta para avaliar a determinação, ou seja, o efeito de diversos fatores de risco em relação à disfagia. Para tanto, se faz necessário a definição precisa do objeto

de estudo e a partir deste ponto controlar os fatores de confusão e se os efeitos variáveis estudados ocorrem de forma direta ou mediada por outros fatores (Victora e col., 1997).

A escolha dos fatores incluídos em modelos multivariados não se baseia apenas na direta associação estatística, mas também em um processo decisório sobre quais fatores devem ser selecionados, incluídos no modelo, estabelecendo uma estrutura conceitual que descreve a hierarquia de relações existente entre esses elementos (Victora e col., 1997).

Também é importante que os parâmetros incluídos no modelo, principalmente os considerados proximais, obedeçam estritamente a questão de plausibilidade biológica. Victora e col., (1997) consideram por exemplo que, ao classificar os parâmetros, os determinantes sociais e ambientais estejam dispostos de forma mais distal ou intermediária, enquanto os parâmetros biológicos, inerentes ao indivíduo, sejam aqueles considerados proximais.

Esse tipo de estratégia tem sido amplamente aplicada para entender diferentes relações dentro do campo da epidemiologia. Freitas e Espinosa (2022), propõem um modelo hierárquico para entender a exposição ao tabaco em escolares brasileiros. Os autores indicam que o fato de ser um fenômeno influenciado por múltiplas variáveis, tornou necessária a aplicação desta metodologia, destacando o ineditismo da aplicação diante desta questão em particular.

Rebouças e col. (2020) investigaram os fatores associados à prática alimentar de crianças brasileiras de 12 a 23 meses de vida baseando-se em um modelo hierárquico, indicando, com base no modelo proposto que: crianças que não eram brancas, residentes no Norte/Nordeste e no interior, apresentaram maior propensão à adesão de práticas inadequadas de alimentação. Com base no estudo, os autores

teorizaram quanto à necessidade de adoção de medidas para melhorar tais práticas através de políticas públicas voltadas às desigualdades socioeconômicas e promoção da saúde. Desta forma, um estudo hierárquico pode endereçar pontos importantes a serem incluídos no debate das ações em questões de saúde pública.

Outro exemplo desta aplicação foi o estudo de Senicato e col. (2016), no qual foi proposta uma avaliação dos fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais e as morbidades associados ao transtorno mental comum em mulheres adultas. O modelo hierárquico evidenciou uma associação dos transtornos mentais com mulheres de faixas etárias superiores, menor escolaridade, associadas à atividade doméstica, sem companheiro, com dieta pobre em frutas/verduras/legumes, e ciclo de sono de seis ou menos horas por noite. Em um único estudo multivariado os autores conseguiram identificar diversas situações que seriam indicadas para uma atenção prioritária pelos serviços de saúde.

Sendo assim, Victora e col. (1997) propõem o uso de modelos hierárquicos para auxiliar na interpretação de estudos epidemiológicos com múltiplas variáveis, conciliando de forma organizada os diversos fatores que influenciam um dado fenômeno.

As variáveis classificadas como distais (características demográficas e socioeconômicas, como: raça/cor e renda suficiente para gastos diários) são aquelas que, dentro do modelo proposto, influenciaram todo o sistema, inclusive as variáveis intermediárias e proximais.

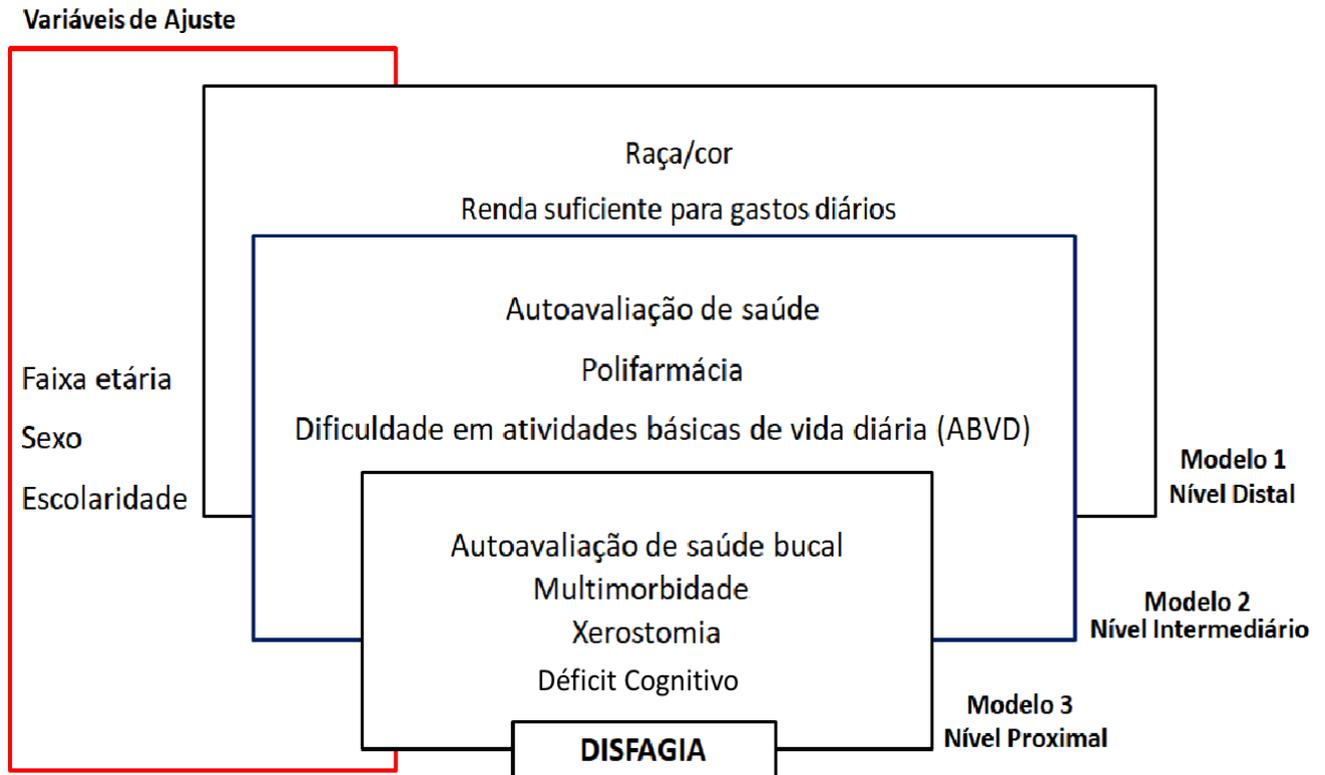
As variáveis classificadas como intermediárias (autoavaliação de saúde, número de medicamentos ingeridos por dia – polifarmácia – e dificuldade em atividades básicas de vida diária – ABVD), por sua vez, sofrem influência das variáveis distais e são cofatores determinantes das variáveis proximais (autoavaliação de saúde

bucal, multimorbidade, xerostomia e déficit cognitivo), que aqui, além da influência exercida pelos elementos distais e intermediários, são aquelas que exercem sua influência diretamente no desfecho.

Por essa razão, ao longo da análise multivariada, buscamos manter apenas as variáveis que apresentaram sua significância para o próximo nível, não sendo reanalisadas no nível subsequente, visto que, pelo modelo proposto, sua influência já estaria pressuposta no nível anterior.

É importante salientar, no entanto, que existem variáveis estudadas que estão ainda além desta estrutura hierárquica, ajustando todo o sistema. Essas variáveis – faixa etária, sexo e escolaridade –, foram selecionadas, portanto, como ajuste do modelo (Figura 8).

Figura 8 - Modelo conceitual das variáveis distais, intermediárias e proximais em relação à disfagia em pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.



O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi o instrumento utilizado para a avaliação cognitiva. Dados quanto ao uso de prótese dentária foram coletados por avaliação feita por cirurgiões-dentistas. Foram compostas 3 categorias de raça/cor: brancos, negros (pretos/pardos) e outros (amarelos e indígenas).

A variável “multimorbidade” foi considerada como presente em pessoas idosas que apresentaram duas ou mais doenças simultaneamente.

A variável “dificuldade em atividades básicas de vida diária (ABVD)” foi construída a partir das seguintes atividades: 1. Atravessar um quarto caminhando; 2. Vestir sozinho; 3. Tomar banho sozinho; 4. Fazer sozinho sua higiene pessoal; 5. Comer sozinho; 6. Deitar e/ou levantar da cama ou sentar e/ou levantar da cadeira/cadeira de rodas sozinho.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente, realizou-se análise descritiva com base nas distribuições absolutas e percentuais de cada variável categórica independente, bem como na média e desvio padrão (DP) da variável contínua idade. Em seguida, foi testada a colinearidade entre as variáveis independentes, através do teste de qui-quadrado de Rao-Scott.

A associação da disfagia com as variáveis categóricas independentes foi avaliada através do teste qui-quadrado de Rao-Scott, que é o mais adequado para amostras complexas (Rao & Scott, 1981).

Para as variáveis independentes que apresentaram alta colinearidade entre si (valor $p \leq 0,05$), optou-se por selecionar para o modelo de regressão de Poisson aquelas que apresentaram maior nível de significância estatística em relação à disfagia. As variáveis com valor $p \leq 0,20$ foram selecionadas para análise hierárquica múltipla através de regressão de Poisson com variância robusta, para estimativa das Razões de Prevalência brutas (RPbrutas) e ajustadas (RPajustadas) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para a análise hierárquica múltipla, foi inserido o modelo 1, composto pelas variáveis distais. O modelo 2 correspondeu às variáveis intermediárias acrescidas das variáveis com valor $p \leq 0,05$ do modelo 1. Por fim, o modelo 3 correspondeu às variáveis proximais, acrescidas das variáveis com valor $p \leq 0,05$ do modelo 2. As variáveis faixa etária, sexo e escolaridade foram inseridas como ajuste em todos os níveis do modelo (Figura 8).

Por fim, para medir a multicolinearidade no modelo ajustado, foi utilizado o Fator de Inflação da Variância (VIF) e a matriz de correlação entre as variáveis após a regressão com *survey*.

As análises estatísticas aplicadas no banco de dados gerado pela coleta do ano de 2015 foram realizadas na plataforma oferecida pelo programa *Stata* versão 13.0 (Stata Corp. 4905, Lake Way Drive) utilizando o módulo *survey* (*svy*) do *Stata*.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, em suas diversas etapas, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), sob os Pareceres nº 315.999 aprovado em 17 de junho de 1999; nº 83/06, aprovado em 14 de março de 2006; nº 2044, aprovado em 5 de março de 2010 e nº 3.600.782 aprovado em 26 de setembro de 2019.

O presente estudo, suplementar ao Estudo SABE, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o parecer de nº CAAE 44300121 4 0000 5421.

4 RESULTADOS

No ano de 2015 foram entrevistadas 1224 pessoas idosas participantes do Estudo SABE. Foram excluídas 26 pessoas idosas que não responderam sobre a ocorrência de disfagia. Assim, a amostra final foi de 1198 pessoas idosas.

Os dados do Estudo SABE foram trabalhados como amostras ponderadas, de forma que os percentuais obtidos em relação aos parâmetros estudados são representativos para a população de idosos da cidade de São Paulo.

Com relação a amostragem, das 1198 pessoas idosas, 216 (14,4%) têm idade igual ou superior a 80 anos; 308 (30,7%) pertencem à faixa etária de 70 a 79 anos e 674 (54,9%) estão na faixa etária de 60 a 69 anos, com média de idade de 70,6 anos (DP=0,63; IC_{95%} 69,3 – 71,8); 778 (56,2%) são mulheres e 420 (43,8%) são homens; 619 (52,7%) se declaram brancos, 535 (44,2%) se declaram negros (pretos ou pardos) e 39 (3,2%) referem outras raças (amarelos e indígenas) (Tabela 2).

Com relação aos arranjos familiares, 603 (55,5%) pessoas idosas possuem companheiro(a), 988 (83,9%) moram acompanhados (Tabela 2). Com relação às condições socioeconômicas dos entrevistados, 370 (31,9%) possuem 8 ou mais anos de escolaridade, 448 (37,6%) possuem entre 4 e 7 anos de escolaridade e 378 (30,5%) tem até 3 anos de escolaridade; 815 (66,8%) não trabalham e 376 (33,2%) pessoas idosas trabalham; 564 (47,7%) referem não possuir renda suficiente para gastos diários e 618 (52,3%) possuem renda suficiente para gastos diários; 645 (53,6%) não possuem plano de saúde privado e 553 (46,4%) pessoas idosas possuem plano de saúde privado (Tabela 2).

Tabela 2 – Variáveis de ajuste, variáveis distais, características demográficas e socioeconômicas de pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.

Variável	N	(%)
Faixa etária (anos)		
60 – 69	674	54,9
70 – 79	308	30,7
≥80	216	14,4
Total	1198	100,0
Sexo		
Feminino	778	56,2
Masculino	420	43,8
Total	1198	100,0
Escolaridade (anos de estudo)¹		
≥8	370	31,9
4 – 7	448	37,6
0 – 3	378	30,5
Total	1196	100,0
Raça/Cor²		
Branco	619	52,7
Pretos/Pardos	535	44,2
Outros	39	3,2
Total	1193	100,0
Renda suficiente para gastos diários³		
Sim	618	52,3
Não	564	47,7
Total	1182	100,0
Trabalha atualmente⁴		
Sim	376	33,2
Não	815	66,8
Total	1191	100,0
Estado marital		
Com companheiro	603	55,5
Sem companheiro	595	44,5
Total	1198	100,0
Arranjo familiar		
Mora acompanhado	988	83,9
Mora sozinho	210	16,1
Total	1198	100,0
Plano de saúde privado		
Sim	553	46,4
Não	645	53,6
Total	1198	100,0

1) Duas pessoas não responderam à variável escolaridade.

2) Cinco pessoas não responderam à variável raça/cor. Na categoria “outros” foram inseridas as respostas amarelos” e indígenas”.

3) Dezesseis pessoas não responderam à variável renda suficiente para gastos diários.

4) Sete pessoas não responderam à variável trabalha atualmente.

Com relação às variáveis intermediárias, 576 (49,2%) pessoas idosas entrevistadas consideram que a sua saúde é muito boa/boa; 526 (44,2%) consideram a saúde regular e 86 (6,6%) pessoas idosas consideram a sua saúde ruim/muito ruim (Tabela 3).

Com relação ao número de medicamentos ingeridos por dia, 731 (61,5%) pessoas idosas tomam entre 0 e 4 medicamentos por dia e 467 (38,5%) ingerem 5 medicamentos ou mais por dia (polifarmácia) (Tabela 3).

Com relação às dificuldades básicas de vida diária (ABVD), 897 (77,8%) pessoas idosas não apresentam dificuldades nas atividades básicas de vida diária e 282 (22,2%) têm dificuldades nas atividades básicas de vida diária (Tabela 3).

Com relação às variáveis proximais, quanto perguntados sobre a autoavaliação de saúde bucal, 841(70%) participantes referiram que consideram ter uma saúde bucal muito boa/boa, 287 (25,5%) referiram considerar a saúde bucal regular e 59 (4,5%) referiram ter uma saúde bucal ruim/muito ruim (Tabela 3).

Com relação à ocorrência de doenças crônicas, 423 (36,9%) pessoas idosas responderam que não possuem doenças crônicas, enquanto que 775 (63,1%) entrevistados referiram possuir doenças crônicas. Ainda com relação às variáveis proximais, 739 (61,7%) pessoas idosas participantes referiram apresentar xerostomia (sensação de boca seca) e 454 (38,3%) responderam que não apresentam a sensação de boca seca (Tabela 3).

Por fim, quando avaliados através do Miniteste de exame do estado mental, 1012 (87,5%) pessoas idosas não apresentaram déficit cognitivo, enquanto 172 (12,5%) apresentavam déficit cognitivo (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis intermediárias e proximais de pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.

Variável	N	(%)
Autoavaliação de saúde¹		
Muito Boa/Boa	576	49,2
Regular	526	44,2
Ruim/Muito Ruim	86	6,6
Total	1188	100,0
Número de medicamentos por dia		
0 – 04	731	61,5
≥05 (Polifarmácia)	467	38,5
Total	1198	100,0
Dificuldade em ABVD²		
Não	897	77,8
Sim	282	22,2
Total	1179	100,0
Autoavaliação de Saúde Bucal³		
Muito Boa/Boa	841	70,0
Regular	287	25,5
Ruim/Muito Ruim	59	4,5
Total	1187	100,0
Multimorbidade		
Não	423	36,9
Sim	775	63,1
Total	1198	100,0
Xerostomia⁴		
Não	739	61,7
Sim	454	38,3
Total	1193	100,0
Déficit Cognitivo⁵		
Não	1012	87,5
Sim	172	12,5
Total	1184	100,0

1) 10 pessoas não responderam à variável estado de saúde atual.

2) 19 pessoas não responderam à variável dificuldades nas atividades básicas de vida diária (ABVD).

3) 11 pessoas não responderam à variável autoavaliação de saúde bucal.

4) 5 pessoas não responderam à variável xerostomia.

5) 14 pessoas não foram avaliadas pelo Miniteste de exame do estado mental.

Das 1.198 pessoas idosas estudadas, 141 referiram disfagia, com prevalência de 11,3% (IC95%: 9,3 – 13,7). Em relação às variáveis de ajuste, quando comparadas

às pessoas idosas sem disfagia, a população com disfagia possui maior percentual de pessoas: com idade ≥ 80 anos (24,9% vs. 13,0%; $p=0,0004$) (Tabela 4).

Com relação às variáveis distais, quando comparadas às pessoas idosas sem disfagia, as pessoas idosas com disfagia possuem maior percentual de pessoas: brancas (62,7% vs. 51,4%; $p=0,0506$) e que não possuem renda suficiente para gastos diários (54,5% vs. 46,8%; $p=0,0707$) (Tabela 4). A análise de regressão de Poisson univariada apontou associação entre a ocorrência de disfagia e: idade ≥ 80 anos (RPbruta=2,34; IC95%: 1,54 – 3,54) e idade entre 70 e 79 anos (RPbruta=1,51; IC95%=1,0 – 2,29) (Tabela 4).

Tabela 4 – Disfagia segundo faixa etária, sexo e escolaridade (variáveis de ajuste) e variáveis distais em pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.

	Disfagia			p Valor*	RP _{bruta} (IC _{95%})
	Não	Sim	Total		
	N=1057 N (%)	N=141 N (%)	N=1198 N (%)		
Faixa etária (anos)				0,0004	
60 – 69	618 (56,7)	56 (40,7)	674 (54,9)		1
70 – 79	267 (30,3)	41 (34,4)	308 (30,7)		1,51 (1,0–2,29)
≥80	172 (13,0)	44 (24,9)	216 (14,4)		2,34 (1,54–3,54)
Sexo				0,8526	
Feminino	682 (56,1)	96 (57,0)	778 (56,2)		1
Masculino	375 (43,9)	45 (43,0)	420 (43,8)		0,97 (0,69–1,36)
Escolaridade (anos de estudo)				0,1972	
≥8	339 (32,8)	31 (24,8)	370 (31,9)		1
4 – 7	394 (37,3)	54 (39,8)	448 (37,6)		1,36 (0,87–2,13)
0 – 3	323 (29,9)	55 (35,4)	378 (30,5)		1,49 (0,93–2,39)
Raça/Cor¹				0,0506	
Brancos	535 (51,4)	84 (62,7)	619 (52,7)		1
Pretos/Pardos	484 (45,2)	51 (35,8)	535 (44,2)		0,68 (0,47–0,99)
Outros	36 (3,4)	3 (1,6)	39 (3,2)		0,42 (0,12–1,50)
Renda suficiente para gastos diários²				0,0707	
Sim	556 (53,2)	62 (45,5)	618 (52,3)		1
Não	486 (46,8)	78 (54,5)	564 (47,7)		1,31 (0,97–1,77)

1) Seis pessoas não responderam à variável raça/cor.

2) Dezesesseis pessoas não responderam à variável renda suficiente para gastos diários.

*Teste associação qui-quadrado Rao-Scott.

Considerando as variáveis intermediárias, quando comparadas às pessoas idosas sem disfagia, as pessoas idosas com disfagia possuem maior percentual de pessoas: que autoavaliaram a saúde como sendo ruim/muito ruim (13,9% vs. 5,7%; $p=0,0008$); com dificuldade em atividades básicas de vida diária (ABVD) (37,6% vs. 20,3%; $p=0,0001$) e que utilizavam ≥ 5 medicamentos por dia (polifarmácia) (56,8% vs. 36,2%; $p<0,0001$) (Tabela 5).

A análise de regressão de Poisson univariada apontou associação entre a ocorrência de disfagia e: autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (RPbruta=2,75; IC95%: 1,72 – 4,39); dificuldade em atividades básicas de vida diária (RPbruta=2,12; IC95%: 1,47– 3,05) e uso de ≥ 5 medicamentos ao dia (RPbruta=2,10; IC95%: 1,56 – 2,83) (Tabela 5).

Tabela 5 - Disfagia segundo variáveis intermediárias em pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.

	Disfagia			p Valor*	RP _{bruta} (IC _{95%})
	Não	Sim	Total		
	N=1057	N=141	N=1198		
	N (%)	N (%)	N (%)		
Autoavaliação de saúde¹				0,0008	
Muito Boa/Boa	525 (50,7)	51 (37,5)	576 (49,2)		1
Regular	462 (43,6)	64 (48,7)	526 (44,2)		1,45 (0,96–2,17)
Ruim/Muito Ruim	64 (5,7)	22 (13,9)	86 (6,6)		2,75 (1,72–4,39)
Dificuldade em ABVD²				0,0001	
Não	820 (79,7)	77 (62,4)	897 (77,8)		1
Sim	227 (20,3)	55 (37,6)	282 (22,2)		2,12 (1,47–3,05)
Número de medicamentos por dia				<0,0001	
0 – 04	670 (63,8)	61 (43,2)	731 (61,5)		1
≥ 05 (Polifarmácia)	387 (36,2)	80 (56,8)	467 (38,5)		2,10 (1,56–2,83)

1) Dez pessoas não responderam à variável autoavaliação de saúde.

2) Dezenove pessoas não responderam à variável dificuldade em atividades básicas de vida diária (ABVD).

*Teste Rao-Scott.

Já em relação às variáveis proximais, quando comparadas às pessoas idosas sem disfagia, as pessoas idosas com disfagia possuem maior percentual de pessoas: que referiram estado de saúde bucal ruim/muito ruim (12,8% vs. 3,4%; $p < 0,0001$); estado de saúde bucal regular (34,6% vs. 24,3%; $p < 0,0001$); que apresentaram/relataram multimorbidade (78,1% vs. 61,2%; $p = 0,0004$); com xerostomia (54,0% vs. 36,3%; $p = 0,0007$) e com déficit cognitivo (22,1% vs. 11,3%; $p = 0,0020$) (Tabela 6). A análise de regressão de Poisson univariada apontou

associação entre a ocorrência de disfagia e: autoavaliação de saúde bucal ruim/muito ruim ($RP_{bruta}=3,80$; $IC_{95\%}$: 2,35 – 6,13); autoavaliação de saúde bucal regular ($RP_{bruta}=1,81$; $IC_{95\%}$: 1,17 – 2,80); multimorbidade ($RP_{bruta}=2,09$; $IC_{95\%}$: 1,37 – 3,18), xerostomia ($RP_{bruta}=1,89$; $IC_{95\%}$: 1,31 – 2,73) e déficit cognitivo ($RP_{bruta}=1,98$; $IC_{95\%}$: 1,30 – 3,03) (Tabela 6).

Tabela 6 - Disfagia segundo variáveis proximais entre pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.

	Disfagia			p Valor*	RP _{bruta} (IC _{95%})
	Não	Sim	Total		
	N=1057	N=141	N=1198		
	N (%)	N (%)	N (%)		
Autoavaliação de Saúde Bucal¹				<0,0001	
Muito Boa/Boa	767 (72,2)	74 (52,6)	841 (70,0)		1
Regular	242 (24,3)	45 (34,6)	287 (25,5)		1,81 (1,17–2,80)
Ruim/Muito Ruim	41 (3,4)	18 (12,8)	59 (4,5)		3,80 (2,35–6,13)
Multimorbidade				0,0004	
Não	396 (38,8)	27 (21,9)	423 (36,9)		1
Sim	661 (61,2)	114 (78,1)	775 (63,1)		2,09 (1,37–3,18)
Xerostomia²				0,0007	
Não	673 (63,7)	66 (46,0)	739 (61,7)		1
Sim	382 (36,3)	72 (54,0)	454 (38,3)		1,89 (1,31–2,73)
Déficit Cognitivo³				0,0020	
Não	911 (88,7)	101 (77,9)	1012 (87,5)		1
Sim	134 (11,3)	38 (22,1)	172 (12,5)		1,98 (1,30–3,03)

1) Onze pessoas não responderam à variável autoavaliação de saúde bucal.

2) Cinco pessoas não responderam à variável xerostomia.

3) Quatorze pessoas não responderam à variável déficit cognitivo.

*Teste Rao-Scott.

No modelo 1 da análise de Regressão de Poisson múltipla, as seguintes variáveis permaneceram independentemente associadas à disfagia: idade ≥ 80 anos ($RP_{ajustada}=2,13$; $IC_{95\%}$: 1,36 – 3,35), ser negro (preto/pardo) ($RP_{ajustada}=0,67$; $IC_{95\%}$: 0,47 – 0,96) e não ter renda suficiente para os gastos diários ($RP_{ajustada}=1,37$; $IC_{95\%}$: 1,02 – 1,84) (Tabela 7).

No modelo 2, ajustado pelas variáveis faixa etária, sexo e escolaridade, além das variáveis distais que obtiveram valores $p \leq 0,05$ no modelo 1, as variáveis intermediárias que permaneceram independentemente associadas à disfagia foram: dificuldade em atividades básicas de vida diária ($RP_{ajustada}=1,65$; $IC_{95\%}$: 1,08 – 2,53) e número de medicamentos por dia (polifarmácia) ($RP_{ajustada}=1,67$; $IC_{95\%}$: 1,18 – 2,36) (Tabela 7).

No modelo 3, ajustado pelas variáveis de ajuste e intermediárias que obtiveram valor $p \leq 0,05$ no modelo 2, as seguintes variáveis proximais permaneceram independentemente associadas à disfagia: autoavaliação de saúde bucal ruim/muito ruim ($RP_{ajustada}=3,52$; $IC_{95\%}$: 2,07 – 5,99); autoavaliação de saúde bucal regular ($RP_{ajustada}=1,71$; $IC_{95\%}$: 1,10 – 2,65); xerostomia ($RP_{ajustada}=1,38$; $IC_{95\%}$: 0,95 – 2,02) e déficit cognitivo ($RP_{ajustada}=1,63$; $IC_{95\%}$: 1,03 – 2,56) (Tabela 7).

Tabela 7 - Associação hierárquica múltipla das variáveis de ajuste, distais, intermediárias e proximais em relação à disfagia em pessoas idosas do município de São Paulo, Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento, 2015.

	Modelo 1 ^a		Modelo 2 ^b		Modelo 3 ^c	
	RP _{aj.} (IC _{95%})	p Valor	RP _{aj.} (IC _{95%})	p Valor	RP _{aj.} (IC _{95%})	p Valor
Variáveis de ajuste						
Faixa etária						
60 – 69 anos	Ref.		Ref.		Ref.	
70 – 79 anos	1,41 (0,91 – 2,19)	0,123	1,24 (0,79 – 1,94)	0,348	1,29 (0,82 – 2,03)	0,261
≥80 anos	2,13 (1,36 – 3,35)	0,001	1,70 (1,03 – 2,80)	0,038	1,88 (1,15 – 3,07)	0,012
Sexo						
Feminino	Ref.		Ref.		Ref.	
Masculino	1,01 (0,73 – 1,41)	0,934	1,16 (0,80 – 1,68)	0,422	1,05 (0,73 – 1,52)	0,799
Escolaridade (em anos de estudo)						
≥08	Ref.		Ref.		Ref.	
04 – 07	1,25 (0,80 – 1,94)	0,320	1,16 (0,76 – 1,78)	0,496	1,11 (0,72 – 1,70)	0,645
0 – 03	1,21 (0,73 – 2,00)	0,458	0,99 (0,60 – 1,65)	0,975	0,96 (0,59 – 1,54)	0,857
Variáveis distais						
Raça/Cor						
Branços	Ref.					
Pretos/Pardos	0,67 (0,47 – 0,96)	0,028				
Outros	0,49 (0,14 – 1,71)	0,262				
Renda suficiente para gastos diários						

Sim	Ref.		
Não	1,37 (1,02 – 1,84)	0,038	
Variáveis intermediárias			
Autoavaliação de saúde			
Muito Boa/Boa	Ref.		
Regular	1,17 (0,74 – 1,86)	0,502	
Ruim/Muito Ruim	1,59 (0,89 – 2,84)	0,114	
Dificuldade em ABVD			
Não	Ref.		
Sim	1,65 (1,08 – 2,53)	0,022	
Número de medicamentos por dia			
0 – 04	Ref.		
≥05 (polifarmácia)	1,67 (1,18 – 2,36)	0,004	
Variáveis Proximais			
Autoavaliação de Saúde Bucal			
Muito Boa/Boa			Ref.
Regular			1,71 (1,10 – 2,65) 0,017
Ruim/Muito Ruim			3,52 (2,07 – 5,99) <0,001
Multimorbidade			
Não			Ref.
Sim			1,23 (0,71 – 2,12) 0,458
Xerostomia			
Não			Ref.
Sim			1,38 (0,95 – 2,02) 0,094
Déficit Cognitivo			
Não			Ref.
Sim			1,63 (1,03 – 2,56) 0,036

a) Modelo 1 ajustado por faixa etária, sexo e escolaridade (n=1177).

b) Modelo 2 ajustado por faixa etária, sexo e escolaridade, além das variáveis raça/cor e renda suficiente para gastos diários, que obtiveram valores $p \leq 0,05$ no modelo 1 (n=1155).

c) Modelo 3 ajustado por faixa etária, sexo e escolaridade, além das variáveis raça/cor e renda suficiente para gastos diários, que obtiveram valores $p \leq 0,05$ nos modelos 1 e 2; dificuldade em atividades básicas de vida diária (ABVD) e número de medicamentos ingeridos por dia (polifarmácia), que obtiveram valores $p \leq 0,05$ no modelo 2 (n=1140).

As variáveis incluídas no estudo apresentaram baixa multicolinearidade, com valores de VIF considerados aceitáveis ($VIF < 5,0$) (Tabela com valores calculados do VIF - Anexo I).

5 DISCUSSÃO

O presente estudo traçou um perfil da população de pessoas idosas estudada pelo Estudo SABE no ano de 2015, permitindo o acesso a informações sociodemográficas, cognitivas e de saúde que caracterizaram de forma geral, no contexto do envelhecimento, este recorte populacional e temporal.

Foram reconhecidos 141 casos de disfagia, perfazendo uma prevalência de 11,3% na população estudada. É importante compreender que a variável dependente “Disfagia referida”, utilizada para realizar esta análise, foi construída a partir do conjunto de outras seis variáveis (ver metodologia para detalhes desta construção), dada a inexistência de uma pergunta específica dentro do questionário aplicado.

Como também não foram realizados exames diagnósticos específicos nessa população que pudessem identificar os casos de disfagia, foram selecionadas questões relativas à deglutição e mastigação que permitissem a triagem dos indivíduos que apresentavam quadros disfágicos. Desta forma, construiu-se um instrumento de rastreio epidemiológico que permitiu a detecção de casos potenciais de uma alteração dentro de uma população previamente estudada.

Esse procedimento, embora precise ser validado em outros estudos com controles específicos, como diagnóstico por imagem pareado à aplicação das questões, pode representar uma forma simples de acessar essas informações em populações em que a realização deste diagnóstico pode ser limitada, dada a escassez de recursos.

Apesar das limitações, instrumentos de triagem como esse já foram propostos e validados (Cavalcanti e col., 2020). No entanto, como foi necessário acessar as informações com base em um banco de dados já coletados, optou-se por criar uma metodologia de triagem de casos prováveis específica para o presente estudo. Desta

forma, um desdobramento interessante deste estudo seria a validação do instrumento aqui proposto, mas esse é um objeto que transcende o foco atual e não foi alcançado.

De qualquer forma, quando considerou-se a ocorrência de disfagia encontrada na população estudada, tem-se uma frequência de 11,3%. Deve-se considerar que, além de ser um dado colhido do relato dos próprios entrevistados, trata-se de uma população idosa, vivendo em comunidade.

Hu e col. (2021), estudando pessoas idosas vivendo na comunidade na China, encontraram, utilizando questionários, uma prevalência de 19,2% de disfagia. Também investigando a disfagia em uma população de pessoas idosas da comunidade, Agnes (2022) encontrou uma prevalência de 9,9% na Malásia, com base em uma amostragem por questionários.

As evidências limitadas da ocorrência de disfagia em pessoas idosas residentes na comunidade devem-se ao fato de muitas vezes os casos permanecerem não detectados ou não investigados até que os pacientes sejam internados por outros agravos de saúde relacionados à disfagia, como pneumonia, perda de peso, desnutrição e demências (Abu-Ghanem, e col., 2020).

Como o diagnóstico direto é muitas vezes caro e depende de um ambiente clínico-hospitalar para sua realização, tem-se que, apesar das diversas limitações e da possibilidade de obtenção de um resultado subestimado, a aplicação de questionários ainda é o método mais simples de triagem de casos de disfagia em pessoas idosas na comunidade.

Considerando as variáveis de ajuste, encontrou-se uma associação significativa entre disfagia e idade. Essa relação era esperada, por a associação de disfagia com o envelhecimento estar bem estabelecida na literatura (De Sire e col., 2022; Rodd e col., 2021; Abu-Ghanem e col., 2020).

Constatou-se uma correlação aumentada nas faixas etárias superiores, tanto para idade ≥ 80 anos, como para idade entre 70 e 79 anos. Essa análise corrobora uma associação para disfagia em pessoas idosas, indicando uma associação direta com o próprio envelhecimento, visto que o risco aumenta conforme a progressão das faixas etárias.

A razão desta associação disfagia/idade pode estar relacionada a diversos fatores, aqui posteriormente explorados, mas pode estar associada ao desgaste físico ligado ao envelhecimento. Neste caso, pode-se falar do risco para “disfagia sarcopênica”, condição complexa originada pelo comprometimento do processo de deglutição causado pela perda de massa e força muscular associada à senescência (De Sire e col., 2022). No entanto, se faz necessário pontuar que a sarcopenia pode também estar associada a outras condições subjacentes presentes nas pessoas idosas, entre elas, o mau estado de saúde bucal (De Sire e col., 2022).

A dificuldade de deglutição associada ao envelhecimento é denominada presbifagia, uma condição diagnóstica com limites muito pouco estabelecidos. Em essência, a presbifagia refere-se a alterações da deglutição presentes em pessoas idosas saudáveis (Ney e col., 2009). Esta definição acarreta na necessidade de estabelecer uma definição para “saudável” em pessoas idosas. Essa questão, por si só, gera um longo debate, e dificulta uma análise sistemática, visto que os limites do que se considera “saudável” podem variar enormemente entre os diversos estudos (De Sire e col., 2022).

Da mesma forma, se faz necessário definir o que é a deglutição “normal” em pessoas idosas. Essa não é apenas uma questão semântica, visto que é fundamental estabelecer esses limites para a correta interpretação de exames clínicos da função da deglutição e corretamente realizar o diagnóstico e tratamento desta condição, sem

incorrer nos erros de uma subnotificação da disfagia na população idosa (De Sire e col., 2022).

Já na fase faríngea da deglutição podem ocorrer atrofia da musculatura faríngea e o aumento do tamanho do lúmen faríngeo, o que pode contribuir para uma deglutição menos eficiente. Além disso, mecanismos de proteção, como o reflexo de fechamento glótico e o mecanismo de desobstrução das vias aéreas, se tornam menos eficientes com o envelhecimento (Ekberg e Feinberg, 1991; Alvarenga e col., 2018).

Distúrbios da motilidade esofágica, acalasia e espasmo esofágico distal também são fenômenos que podem ter uma incidência aumentada com a idade (Cock e Omari, 2018). Pressupõe-se, desta forma, que, na maioria dos adultos mais velhos, a presbifagia, quando aparece, é uma condição leve, com efeito mínimo na ingestão oral, influenciando pouco na saúde geral e qualidade de vida (De Sire e col., 2022).

No entanto, a condição pode evoluir e agravar-se, levando para um quadro de disfagia despercebida, que, por sua vez, pode escalonar para uma disfagia evidente, iniciando-se um quadro agudo de doença, capaz de impactar a condição clínica geral do paciente, prejudicando sua qualidade de vida (Alvarenga e col., 2018).

Analisando a relação da disfagia com as variáveis distais, encontramos uma maior frequência de disfagia em pessoas brancas, com indicações de um efeito protetor para raça/cor ser preto/pardo na regressão multivariada de Poisson. Também encontramos correlação positiva entre disfagia e pessoas idosas que não possuem renda suficiente para gastos diários, tanto na análise bivariada como na multivariada.

Desta forma, considerando o modelo 1 da análise de Regressão de Poisson múltipla, as variáveis idade, raça/cor e renda suficiente para gastos diários permaneceram independentemente associadas à disfagia.

Analisando essas relações, percebemos que a questão raça/cor e renda precisam ser contextualizadas para entendermos os resultados obtidos. É paradoxal, diante da realidade de saúde brasileira, que o fato de ser preto/pardo ofereça um fator de proteção à disfagia, e que esta condição seja mais frequente em pessoas idosas. Não existe uma explicação simples para este aparente paradoxo, e se faz necessário debruçarmo-nos sobre as complexas questões que permeiam a desigualdade social e seu impacto na saúde, decorrentes das questões raciais.

Em relação às características gerais da população, a população estudada é representada por uma maioria feminina, com uma maior contribuição da faixa etária de 60 a 69 anos. Esta composição é esperada, representando o perfil típico da população idosa brasileira, tendo sido já encontrados resultados semelhantes em Ceccon e col. (2021), onde 64,1% da população estudada era feminina.

No tocante à composição étnica da população investigada, a maioria da população se autodeclarou branca. Este resultado, também corroborado por estudos prévios (Silva e col., 2018), já demonstra a influência direta de múltiplos fatores para a construção deste perfil de representatividade.

Primeiramente, é importante salientar que a composição étnica, no contexto brasileiro, é influenciada fortemente por questões regionais, o que explica a pouca representação de indígenas na população estudada, mas além disso, é bastante influenciada por questões sociais e históricas. Questões sociais como a desigualdade socioeconômica existente entre pessoas brancas em relação às pessoas pretas e pardas determinam condições de vida que provavelmente influenciam de forma importante o acesso à saúde à qualidade de vida.

Historicamente, pessoas pretas e pardas, devido a séculos de uma política social marcadamente influenciada pelo racismo estrutural que permeia a nossa

sociedade, fruto direto da manutenção de uma subestrutura colonialista escravagista, têm menor oportunidade de ascensão social, acesso à educação e por consequência recebem menores salários, o que determina acesso limitado aos recursos de saúde (Oliveira e col., 2020).

Por este motivo, a saúde de forma geral e o envelhecimento dos pretos/pardos e brancos ocorre de forma desigual, levando a uma mortalidade maior da população preta/parda, que morre mais jovem e contribui menos na composição da população em suas faixas etárias superiores (Oliveira e col., 2020).

Sousa e col. (2021), em um estudo conduzido em Campinas, SP relatam que pessoas idosas com maior acúmulo de recursos educacionais e financeiros têm um maior acesso às atividades associadas à saúde e ao bem-estar. Nesse mesmo estudo, os autores revelam que brancos e pretos estudados participavam de forma semelhante em atividades da dimensão social, porém, a população preta apresentou predomínio na participação em atividades físicas realizadas no trabalho, enquanto a população branca era mais frequente no uso da Internet.

Esses dois parâmetros sociais demonstram como a desigualdade está permeada nesta população. O maior nível de atividades físicas no trabalho está associado a uma população ocupando postos de trabalho que exigem menor qualificação profissional e centrada em atividades físicas. Isso representa a realidade brasileira, em que pretos e pardos são a maioria em setores como agricultura, construção civil e trabalhos domésticos, expostos a piores condições laborais e recebendo renda menor (Sousa e col., 2021).

No entanto, o estudo mostra claramente que as bases desta desigualdade se encontram na escolaridade entre negros e brancos, visto que as diferenças

observadas em relação à prática de atividade física do trabalho e no uso da Internet desapareceram após ajustadas pela escolaridade (Sousa e col, 2021).

Silva e col. (2018) evidenciaram, em seu estudo abordando a coorte do Estudo SABE de 2010, um cenário de envelhecimento mais favorável para pessoas idosas de origem étnica branca em comparação àqueles de origem parda ou preta, principalmente em relação a indicadores sociodemográficos de condições de saúde e acesso a serviços.

Neste mesmo estudo os autores indicam a maior frequência de brancos nos estratos etários superiores, apontando para indicadores como a menor média de idade ao morrer, menor índice de envelhecimento e maior média de anos potenciais de vida perdidos no grupo de pessoas pardas, como uma expressão clara da menor expectativa de vida nesse grupo racial (Silva e col., 2018).

O padrão insatisfatório de saúde das pessoas idosas pretas e pardas, observado em relação às brancas, relaciona-se principalmente com as altas prevalências de hipertensão arterial, diabetes e acidente vascular cerebral nessa população (Silva e col., 2018).

Esse padrão também foi observado em Washington, D.C., região dos EUA onde a desigualdade social entre negros e brancos tem sido estudada há anos (Roberts e col. 2020), e possui semelhanças em relação ao observado no Brasil (Silva e col., 2018). Os autores ainda indicam a violência como um fator importante para a diferença entre a expectativa de vida dessas populações, o que também ocorre no Brasil (Roberts e col., 2020).

Doenças cerebrovasculares, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial têm sido apontadas como as causas mais importantes de mortalidade em pessoas negras no

Brasil e nos EUA (Silva e col., 2018). A disparidade entre as condições de saúde de brancos e negros, embora tenha diminuído ao longo do tempo, continua grande.

Com os recentes eventos de saúde pública de grandes proporções, como a pandemia da COVID-19, os avanços realizados sofreram um importante retrocesso (Batista e col., 2020; Antrasfay e col., 2021). Isso se deu porque a capacidade de resposta às emergências também variava entre as populações brancas e negras, o que causou um impacto maior da pandemia na população negra (Antrasfay e col., 2021).

Também na população preta e parda se observa uma maior carga dos problemas de saúde mental, onde tem-se maiores proporções de comprometimento cognitivo avaliado por escala de rastreamento (Silva e col., 2018). Novamente tem-se um reflexo da desigualdade social que afeta negativamente a população preta e parda em relação aos brancos, visto que diversos estudos, em vários países, sugerem que existe uma associação universal entre pobreza e transtornos mentais, que independe do nível de desenvolvimento socioeconômico do país (Silva e col., 2018).

No presente estudo, em relação ao arranjo familiar, uma discreta maioria das pessoas idosas, 55,5%, declarou viver com companheiros(as) e/ou cônjuges. No entanto, quando questionados quanto a morarem acompanhados, 83,9% deles declararam morar acompanhados. Questões de arranjo familiar são importantes indicadores de saúde, pois marcam não apenas se a pessoa idosa possui uma rede de apoio próxima, mas também podem indicar se estas pessoas idosas estão inseridas em uma rede social.

Na contramão deste cenário, a solidão, embora por definição um conceito subjetivo, já foi abordada previamente em estudos envolvendo pessoas idosas, principalmente no contexto de saúde mental, e foi associada como um fator de risco

para o desenvolvimento e agravamento da depressão nessa população (Oliveira e col., 2019).

A breve análise socioeconômica da população estudada indicou também que pouco menos de um terço (31,9%) da população estudada frequentou pelo menos 8 anos de formação escolar.

A escolaridade tem sido um parâmetro importante para entender as questões de saúde da população idosa, em diversos contextos. Pessoas idosos com maior escolaridade, por exemplo, são mais propensas a procurar assistência odontológica (Ferreira e col., 2013). É importante salientar, no entanto, que escolaridade e renda são fatores altamente associados, frequentemente apresentando uma inter-relação positiva (Nascimento Menges e col., 2020) em que pessoas com maior escolaridade tendem a possuir maior renda.

O presente estudo ainda indicou que 33,2% destas pessoas idosas ainda estão trabalhando, sendo que, da população estudada, 47,7% declaram não possuir uma renda capaz de cobrir os gastos diários. Este resultado era esperado, visto que existe uma redução do trabalho remunerado conforme a idade aumenta. Este fenômeno afeta igualmente homens e mulheres, e relaciona-se diretamente com a piora das condições de saúde e a limitação funcional associada à idade. Existem também grandes dificuldades para fixar pessoas idosas em novos postos de trabalho formal (Castro e col., 2019), sendo essa uma população frequentemente alvo de preconceitos, como o idadismo, ou etarismo (OMS, 2020).

Em relação ao ambiente de trabalho e à disponibilidade de emprego, Hanashiro e Pereira (2020) trazem a discussão sobre o impacto do idadismo na manutenção de pessoas acima dos 50 anos em seus cargos. Os autores detectaram que existe como prática administrativa no ambiente corporativo o corte de trabalhadores mais velhos,

com o objetivo de realizar um “saneamento etário” dentro das estruturas dessas organizações. Desta forma, pessoas idosas, por causa de um preconceito relacionado à sua idade, têm chances maiores de perderem seus empregos, o que impacta a qualidade de vida e saúde dessa população.

A manutenção de uma atividade laboral, além de permitir acesso à renda, também é indicada por alguns autores como um importante fator da manutenção da qualidade de vida. Costa e col. (2018) aponta que pessoas idosas que mantêm atividades de trabalho pontuam mais alto em avaliações psicológicas e habilidades sensoriais, indicando a importância dessas atividades para a saúde mental desta população.

O envelhecimento da população demanda uma imediata reconfiguração e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Outro descritor selecionado para esta população foi a avaliação do seu acesso a um plano de saúde privado, o que menos da metade da população declarou possuir (46,4%).

Em uma avaliação do acesso aos serviços de saúde, Almeida e col. (2020) optaram por usar como uma das variáveis a natureza do financiamento dos atendimentos médicos. Os autores encontraram que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi responsável pela maioria dos atendimentos, e que estes foram realizados em sua maioria na cidade de residência dos pacientes.

No entanto, o SUS também apresentou maior tempo de espera e uma menor taxa de encaminhamentos para revisão. Os autores concluem que tanto no sistema público quanto no privado é urgente articular os níveis de atenção a fim de atender a população idosa em sua integralidade (Almeida e col., 2020).

Dilélio e col. (2014) indicaram que a carga sobre o SUS, em todas as faixas etárias, é superior àquela colocada sobre o sistema de saúde suplementar e o sistema

privado. Os autores indicaram que indivíduos mais idosos utilizaram mais os serviços de saúde junto com indivíduos nos primeiros anos de vida.

No entanto, o acesso aos planos de saúde apresenta uma relação direta com a renda, sendo que a aquisição de tais planos se dá principalmente na faixa populacional com maior renda (Pessoto e col., 2007).

Neste ponto, tem-se uma questão particularmente sensível para a população de pessoas idosas. Por serem a população com maior necessidade de uso dos serviços de saúde, é lançada sobre as pessoas idosas uma taxa maior pelo contrato de tais serviços.

Moraes e col. (2022) indicam em seu estudo que o comprometimento da renda com a contratação de planos individuais aumenta proporcionalmente conforme o avanço da idade, passando de 4,5% da renda domiciliar na faixa etária abaixo dos 19 anos, para 10,6% dessa renda na faixa etária dos 79 anos ou mais. A despesa com os planos de saúde chega a comprometer, segundo os autores, até 40% da renda domiciliar para 5,6% das pessoas com 60 anos ou mais. Para mitigar esse problema, seria necessária uma revisão das regras de reajuste praticadas pelas operadoras de saúde complementar.

Grande parte dos estudos de natureza descritiva que abordam a disfagia, o fazem a partir de pessoas idosas em situações específicas, como populações institucionalizadas ou internadas para intervenções e tratamentos diversos (Eun Byun e col., 2019; Rodrigues e col., 2022), ou ainda acometidas por outras condições tais como pneumonia (Cabre e col., 2010); Uno e col., 2020), demência (Espinosa-Val e col., 2020) ou miopatias idiopáticas (Kim e col., 2022).

É esperado que os resultados encontrados em populações tão diversas entre si sejam contrastantes. Em estudo realizado em pacientes na Coreia do Sul, em

peessoas idosas internadas devido a cirurgia ortopédica na região pélvica, a prevalência de disfagia nesses pacientes foi de 5,3% (Eun Byun e col., 2019). Nesse caso, uma prevalência baixa pode ser explicada pelos fatores que causaram a internação das pessoas idosas não estarem associados a causas de disfagia. O estudo, antes, buscava entender a ocorrência de disfagia como um marcador importante para o risco de pneumonia pós-aspirativa, um importante indicador de risco prognóstico para esses pacientes.

Por sua vez, Rodrigues e col. (2022) trabalharam com uma população de pessoas idosas internadas em Barcelona, Espanha, por causas diversas utilizando como critério diagnóstico a aplicação de um protocolo de exploração clínica de volume-viscosidade – MECV-V, que apresenta sensibilidade diagnóstica que o caracteriza como um bom instrumento de triagem (Ortiz-Madrigal, e col., 2015), e encontraram evidências de disfagia em 50,6% desses pacientes, incluindo uma parcela importante da população que não apresentava ainda sinais clínicos. O estudo incluiu pacientes oriundos dos setores de ortopedia, geriatria, medicina interna, neurologia e neurocirurgia e já sugere que, quando estudada em associação a outras condições de saúde, a disfagia aparentemente ocorre de forma diferente do que quando investigada em população hígida (Rodrigues e col., 2022).

Em pacientes com pneumonia, a prevalência de disfagia se mostrou na faixa de 54%, quando investigada em pacientes internados em hospital geriátrico (Cabre e col., 2010). De fato, a associação de disfagia com pneumonia tem se mostrado forte, com associações estatisticamente significativas como em Uno e col. (2020), em que má nutrição e disfagia se mostraram os problemas mais recorrentes em pessoas idosas internadas com pneumonia no Japão.

Já em relação às demências, a prevalência de disfagia observada em Espinosa-Val e col. (2020), investigando adultos internados com demência na Espanha, chegou a 85,9%, indicando ser muito prevalente entre esses pacientes. Os autores indicaram também forte associação com funcionalidade prejudicada, desnutrição, infecções respiratórias e aumento da mortalidade. O estudo de Espinosa-Val e col. (2020) inclui adultos acima dos 18 anos, internados por demência. No entanto é necessário indicar que a média de idade da população estudada era de 83,5 anos (± 8 anos), o que indica claramente ser constituída majoritariamente por pessoas idosas.

Por fim, visto que as causas da disfagia podem estar associadas ao enfraquecimento muscular associado à senescência, Kim e col. (2022) estudaram a associação da ocorrência de disfagia em pacientes com miopatias idiopáticas, encontrando uma prevalência de 19% nesses pacientes.

No entanto, a população aqui investigada é composta por uma amostra de pessoas idosas da comunidade e dentro desta dimensão, precisamos entender como a disfagia se distribui em populações semelhantes em composição e faixa etária.

Abu-Ghanem, e col. (2020), indicam uma prevalência de disfagia entre adultos idosos, variando em diversos estudos revisados, de 11% a 80%, dependendo dos diversos critérios de seleção e inclusão ou dos instrumentos de triagem ou avaliação diagnóstica. Os autores também apontam para a dificuldade inerente de investigar a disfagia em pessoas idosas vivendo na comunidade justamente por ser essa uma subpopulação em que distúrbio de deglutição, pelas mais diversas razões, pode não estar sendo detectado, o que pode gerar um levantamento subdiagnosticado da disfagia (Abu-Ghanem, e col., 2020).

Doan e col. (2022), objetivando uma revisão dos métodos de avaliação da disfagia, apontam que um terço das pessoas idosas residentes na comunidade podem apresentar critérios diagnósticos para disfagia. Por sua vez, em pacientes geriátricos para as mais diversas condições de saúde, cerca de 50% podem apresentar disfagia. Porcentagem semelhante é observada em pessoas idosas residentes em Instituições de longa permanência.

Novamente é indicado que o uso de ferramentas de triagem não validadas para detecção de casos de disfagia podem subestimar sua frequência real na população (Doan e col., 2022). Por exemplo, ao analisarem estudos que utilizaram métodos de diagnóstico direto, como Avaliação Padronizada da Deglutição (SSA) e o teste de deglutição volume-viscosidade (V-VST), os autores encontraram uma prevalência de disfagia em pessoas idosas vivendo na comunidade de 33,73% e 27,7%, respectivamente, enquanto os estudos baseados em questionários encontraram uma prevalência de 17,34%. Estes resultados indicam uma severa limitação da aplicação de questionários para avaliar a ocorrência da disfagia (Doan e col., 2022).

Com relação aos parâmetros de raça/cor, foi observado em 2019 que a idade média de morte da população negra (pretos e pardos) e indígenas possui desvantagens em relação à população branca e amarela. No Brasil a idade média de morte dos indígenas é de 46,3 anos, e da população negra é de 61,4 anos. Esses valores estimados mostram grande diferença quando comparados à idade média de morte de brancos, estimada em 69,5 anos, e amarelos, estimada em 74,6 anos (Romero & Maia, 2022). Diversos estudos (Romero & Maia, 2022; Silva e col., 2018) têm corroborado essa informação. Silva e col. (2018) indicaram que, para o ano de 2010,

"Os resultados evidenciaram um cenário mais favorável para o envelhecimento dos idosos de cor branca em comparação com aqueles de cor parda ou preta,

no tocante aos indicadores sociodemográficos, às condições de saúde ou de uso e ao acesso a serviços de saúde.”

Bussel e Fernandes (2011) encontraram, considerando a frequência em relação à raça/cor em pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral nos EUA, uma maior frequência de disfagia em asiáticos (8,6%), pretos (6,9%) e hispânicos (6,4%) em relação aos brancos (5,4%). Esse recorte, embora inclua faixas etárias distintas das investigadas no presente estudo, indicam já uma diferença da prevalência de disfagia entre os recortes raciais nos EUA.

Não existem bases biológicas que explicam esse fenômeno, de forma que os autores acabam por indicar as possíveis diferenças na qualidade e acesso ao sistema de saúde, transferindo o foco da questão para o campo da desigualdade social sobre as minorias raciais nos EUA.

Em outro estudo que buscou compreender a correlação da disfagia com diversos determinantes socioeconômicos, Zheng e col. (2023) relatam que 235 milhões de adultos nos EUA autorrelataram problemas de deglutição, mas apenas 19,2% desta casuística receberam tratamento. Aplicando um modelo multivariado controlado por fatores sócio-demográficos, os autores encontraram sexo feminino, referir ser idoso, nível de renda mais baixo, status de seguro público e desemprego como variáveis independentemente associadas ao aumento das chances de apresentarem disfagia e com menor probabilidade de serem tratadas.

Zheng e col. (2023) indicam também que existem diversas barreiras que dificultam a realização e adesão ao tratamento, incluindo neste caso o custo dos serviços médicos e a dificuldade de agendar consultas médicas com antecedência, ainda mais considerando que parte desta população é obrigada a buscar atendimento em horário fora de seu expediente de trabalho.

Este fato torna a questão ainda mais complexa, principalmente para parte da população que se encontra em condições de emprego mais delicadas e com menor liberdade em seu expediente. Somando-se a isso a dificuldade de transporte e os longos períodos de espera pelo atendimento, o cenário se torna ideal para fomentar a demora em acessar o atendimento médico e dificultar o tratamento (Zheng e col., 2023). Os autores concluem que grupos sócio demográficos com maior risco para disfagia são justamente aqueles com menor propensão de receber tratamento e estão associados a condições socioeconômicas mais desfavoráveis.

Arar e col. (2021) investigando a hipótese de que a esofagite eosinofílica (EoE) seja uma das causas de disfagia, podendo estar subnotificada em populações não brancas nos EUA, compararam as taxas de biópsias esofágicas em pacientes com disfagia, segundo raça e etnia autoidentificadas e ajustado para idade, sexo e a unidade hospitalar onde se realizou o procedimento. Os achados indicam que pacientes hispânicos apresentaram 40% menos chances de serem biopsiados e indivíduos pretos e pardos tiveram 45% menos chances de serem biopsiados quando comparados a indivíduos brancos não hispânicos.

Embora os autores (Arar e col., 2021) não descartem uma possível variação com bases biológicas (uma hipótese não testada no estudo), a menor taxa de biópsia esofágica em pacientes autoidentificados negros e latinos pode ser devido à variabilidade das práticas endoscópicas entre hospitais às quais essas populações têm acesso, o que poderia impactar o diagnóstico e ser um dos fatores associados a maior taxa de diagnóstico desta condição em pessoas brancas não hispânicas, historicamente com acesso a melhores estruturas hospitalares nos EUA (Arar e col., 2021).

No entanto, no presente estudo tanto o recorte populacional branco como o recorte populacional preto/pardo não tiveram acesso a um diagnóstico formal, de forma que as diferenças podem estar associadas sim à desigualdade social, mas em seus aspectos mais insidiosos.

Forde e col. (2019), em um trabalho de revisão voltado para a “hipótese de desgaste” (*Weathering Hypothesis*), sintetizam que uma exposição crônica à desvantagem social e econômica poderia levar à aceleração do envelhecimento e início precoce de condições desfavoráveis de saúde, explicando disparidades raciais observáveis em diferentes aspectos da condição de saúde da população. Embora em sua revisão os autores tenham encontrado suporte para a hipótese em diversos artigos, é pontuado a necessidade de avaliações futuras, incluindo ajustes para resultados de saúde adicionais e vinculando objetivamente a ocorrência do desgaste com saúde precária.

Essa questão, no entanto, pode ser analisada objetivamente quando compara-se o desempenho da resposta do sistema de saúde em relação a pandemia da COVID-19 em pessoas brancas e negras. Identificada inicialmente em Wuhan, na China, a COVID-19, desde dezembro de 2019, iniciou uma escalada de transmissão que culminou com uma pandemia com sérias consequências. Alcendor (2020) explora as disparidades de saúde associadas às populações carentes no contexto da mortalidade por COVID-19, em especial as possíveis razões subjacentes para a desproporcional mortalidade entre afro-americanos e hispânicos/latinos quando comparados com brancos não hispânicos. O autor identifica que populações com acesso limitado aos serviços sociais nos EUA apresentam um risco aumentado para condições médicas subjacentes, tornando-as mais propensas a desenvolver casos graves da doença.

O contexto histórico, marcado por anos de uma política caracterizada ainda pelo colonialismo e o racismo, originou barreiras sociais e culturais impostas às minorias étnicas, que prejudicam seu acesso à equidade na saúde. O autor é claro ao pontuar que se trata de uma questão sistêmica, cuja resolução depende de grandes mudanças nas políticas públicas voltadas para estas populações (Alcendor, 2020).

Dalsania e col. (2021) coletaram informações sobre taxas de mortalidade por COVID-19, além de um conjunto de covariáveis clínicas e determinantes sociais de indicadores de saúde, de bancos de dados disponíveis publicamente. Utilizando regressão multivariada e análises de subgrupo, os autores sugerem que determinantes sociais, principalmente quando se apresentam em condições adversas, podem explicar parcialmente as disparidades raciais em relação à mortalidade por COVID-19 para negros estadunidenses. Os autores destacam a necessidade de se estabelecerem políticas de saúde pública que abordem as disparidades raciais e seu impacto na saúde. Esses dois exemplos, ambos inseridos no contexto estadunidense, ecoam situações semelhantes no Brasil (Dalsania e col., 2021).

Com o objetivo de analisar a vulnerabilidade da população negra em relação à circulação da COVID-19 em diversos países, Santos e col. (2021) conduziram uma revisão narrativa da literatura, fundamentados nas bases de dados PUBCOVID19, MEDLINE e SciELO. Os autores evidenciaram a vulnerabilidade da população negra no cenário pandêmico, e contextos semelhantes foram traçados, com base na literatura revisada, no Brasil, EUA e Reino Unido.

Os autores atribuíram como causa principal das diferenças observadas o racismo estrutural (Santos e col., 2021):

“...que amplia as iniquidades e as condutas discriminatórias que influenciam nas maiores taxas de adoecimento e mortalidade.”

Além disso, fazem a importante indicação de que a real proporção desta desigualdade acaba sendo não mensurada, visto que a informação raça/cor comumente está ausente nos formulários de atendimento médico, mais um indicativo da necessidade de se reconhecer a existência de racismo nas instituições de saúde, e a partir deste ponto, propor soluções que verdadeiramente tragam políticas de combate a esta desigualdade (Santos e col., 2021).

Esse cenário, evidenciado de forma ampla pela pandemia, não ocorre apenas no contexto das grandes metrópoles, mas também em cidades menores, como divulgado por Gariboti e Silva Jr. (2022), onde taxas de mortalidade entre pretos são superiores às taxas entre os brancos, com um aumento de 36% no município de Rio Grande e de 46% na cidade de Pelotas, ambas cidades do interior do Estado do Rio Grande do Sul, indicando ser uma questão amplamente generalizada.

Goes e col. (2020), também estudando as desigualdades sociais impostas à população negra, ressalta que o impacto dessas diferenças reflete-se amplamente nas questões de saúde, de forma que a população negra relata os piores índices de autoavaliação de saúde quando comparados aos brancos, apresentando prevalências maiores de hipertensão (44,2%) e diabetes (12,7%), quando comparada à população branca (22,1% e 6,2%, respectivamente). Situação semelhante se repete em relação à doença cardíaca e à asma.

Ferracini (2020) indica como a pandemia do coronavírus expôs o descaso com a população negra, com a classe trabalhadora e com as mulheres, no Brasil e no mundo. Esse descaso reflete-se na desigualdade de condições de moradia, acesso ao saneamento básico, acesso a um sistema de saúde pública e concentração de renda. O autor frisa que tais diferenças demonstram como o racismo estrutural e

institucional com a população negra interferem diretamente no desenvolvimento de crianças, jovens e adultos no contexto da saúde.

E essas diferenças dentro do contexto de saúde, somadas a outro aspecto do racismo estrutural, que é o impacto diferenciado da violência sobre pessoas pretas e pardas (Silva e col., 2019), determina uma menor longevidade desta população.

Como exemplo deste cenário onde pessoas pretas são mais impactadas pela violência urbana, Almeida (2021) relata que “*homicídios têm cara e cor pré-definidas*”, principalmente quando em seu estudo sobre o impacto de homicídios na população urbana da região Metropolitana da cidade de São Paulo, indicou que a maioria dos óbitos por homicídios ocorreu em pessoas pretas (48,2 óbitos /100 mil hab.). O autor, estudando a distribuição espacial desses casos, apontou que, mesmo que os casos de morte por violência se distribuam de forma desigual no espaço urbano, existe uma população que é afetada de forma preferencial por estes eventos, impactando de forma importante sua sobrevida.

Pessoas idosas em situações sociais menos favoráveis apresentam maior taxa de mortalidade em ambos os gêneros, o que faz prevalecer o entendimento de que o ambiente social e as condições socioeconômicas desempenham um papel determinante na expectativa de anos de vida desta população (Bento e col. 2021). No entanto, visto que, de forma geral, pessoas pretas, devido ao histórico de racismo estrutural, encontram-se mais frequentemente em situação econômica menos favorável, esta se torna a população onde a expectativa de vida é menor.

Isso posto, é importante perceber que são muitos os fatores que contribuem para uma menor sobrevida de pessoas pretas, o que determina que este recorte populacional atinja com menor frequência os estratos etários mais elevados.

Desta forma, postula-se que provavelmente a menor frequência de disfagia na população preta e parda se deva ao fato desta população morrer antes de alcançar as idades em que a frequência de disfagia é maior (idade ≥ 80 anos e idade entre 70 e 79 anos), gerando a falsa impressão de se tratar de um fator protetor, quando na verdade, essa diferença se deve a uma condição de saúde prejudicada mais frequente na população preta e parda.

Considerando as variáveis intermediárias inseridas no modelo 2, na parcela da população com disfagia, encontramos um maior percentual de pessoas que avaliaram a própria saúde como sendo ruim/muito ruim, tanto na análise bivariada como na regressão univariada.

Essa associação pode nos indicar como a disfagia pode ser um importante marcador de qualidade de vida em pessoas idosas, assim como, um sinalizador de risco para agravamento das condições de saúde.

Cohen e col. (2020), estudando a fragilidade das pessoas idosas como fator de risco para disfagia, examinaram se disfagia e resultados adversos à saúde dependem das condições de fragilidade em pacientes internados com idade superior aos 50 anos. Os autores associaram a disfagia a um maior tempo de internação, elevação dos custos totais e mais complicações médicas, não importando a condição de fragilidade dos pacientes. Assim, a disfagia foi associada a resultados adversos durante internações e cirurgias tanto em pessoas idosas frágeis como em não frágeis.

O impacto da disfagia no dia a dia dos pacientes é uma questão pouco abordada, ainda mais quando consideramos que os pacientes com disfagia, em sua maioria, não são aqueles inseridos na comunidade, mas antes, a parte da população que se encontra internada por outras condições, onde a disfagia representa um agravante do quadro (Cohen e col., 2020).

O estudo de Howells e col. (2021) teve como objetivo compreender a experiência de pessoas com disfagia de diversas origens etiológicas em suas vivências diárias na comunidade. O estudo destacou o impacto psicossocial da disfagia, sendo que uma das narrativas mais constantemente observadas foi o gerenciamento de outras condições de saúde junto com a disfagia e como essa questão influencia as perspectivas dos entrevistados sobre a disfagia. Os autores indicam como prioritário que o sistema de saúde forneça suporte não apenas para tratamentos e terapias para a condição física, mas também apoio psicossocial à população com disfagia.

De fato, é essencial incluir nas políticas de saúde relacionadas aos cuidados básicos diários da população idosa, ações preventivas e corretivas em relação à disfagia. Primeiramente, de forma geral, sabe-se pouco sobre a ocorrência desta condição na população idosa vivendo em comunidade (Cohen e col., 2020).

Por outro lado, estudos já demonstraram que a disfagia pode estar independentemente associada à fragilidade oral, física, cognitiva e psicológica (Nishida e col., 2019; Banda e col., 2022), sugerindo que o treinamento de deglutição em pessoas idosas pode ter um impacto positivo na qualidade de vida de pessoas idosas independentes residentes na comunidade (Nishida e col., 2019).

Considerando como a disfagia é uma condição de saúde grave, e que em alguns casos está associada a um desfecho negativo, menor sobrevida e perda significativa de qualidade de vida, Banda e col. (2022) conduziram um estudo de meta análise para determinar a prevalência agrupada da disfagia e avaliar o risco para pneumonia, desnutrição e mortalidade. Os autores encontraram um impacto significativo da disfagia sobre a qualidade de vida e saúde das pessoas idosas, com

uma prevalência de disfagia calculada em 46% a partir de 39 estudos com 31.488 participantes.

Além disso, essa população com disfagia se mostrou mais associada a incontinência fecal, síndrome da imobilidade, úlceras de pressão, sarcopenia, incontinência urinária, fragilidade, delírio, quedas e comorbidades como demência e acidente vascular cerebral. Os autores indicam ainda a necessidade de incorporar a prevenção à disfagia como uma política de prevenção à desnutrição e pneumonia e reduzir a mortalidade na população acima dos 60 anos (Banda e col., 2022).

Desta forma, percebemos como a disfagia se encontra intimamente entrelaçada ao dia a dia das pessoas idosas, impactando suas atividades básicas de vida diária. Por essa razão, uma segunda variável intermediária incluída no estudo foi dificuldade nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e como as pessoas idosas relatam o seu desempenho em realizá-las. Com relação a essa variável, pessoas idosas com disfagia foram as que relataram maior dificuldade em atividades básicas de vida diária (ABVD), o que se refletiu inclusive na análise multivariada.

A ocorrência de multimorbidade tem sido frequentemente associada à incapacidade funcional nas atividades básicas de vida diária (ABVD), essenciais no autocuidado das pessoas idosas e determinante para a qualidade de vida por permitirem a manutenção de sua autonomia (Schmidt e col., 2020).

Em um estudo transversal realizado com brasileiros a partir dos 60 anos, Schmidt e col. (2020) concluíram que em todos os padrões de multimorbidade investigados foi possível associar algum grau de incapacidade nas ABVD, indicando a necessidade de planejar ações preventivas em pessoas idosas e evitar a perda de sua autonomia.

O processo de envelhecer, nesse sentido, pode acarretar, no decorrer dos anos, dificuldades na execução de tarefas simples. As ocorrências de comorbidades elevam essa dependência, gerando uma progressiva demanda de cuidados com o passar do tempo (Leal e col., 2020).

A disfagia é considerada uma das comorbidades que levam a perda de independência em relação à execução das ABVD. No entanto, não devemos considerar a disfagia apenas como uma questão paralela ocorrendo em conjunto com outros agravos à saúde. Alguns autores têm relatado uma relação direta entre a ocorrência de disfagia e decréscimo na capacidade de realizar as ABVD.

Bayran e col, (2021) encontraram fortes indicativos de que uma má saúde bucal e menor capacidade mastigatória associam-se diretamente à disfagia, e podem levar a diminuição na realização das ABVD. Pacientes do estudo que demonstraram melhoras na saúde bucal ou receberam tratamento odontológico tiveram melhora em sua deglutição, levando a um melhor estado nutricional e melhora na realização das ABVD.

Kurosu e col. (2021) buscou em seu estudo determinar a frequência de disfagia autorrelatada em pessoas idosas residentes na comunidade que recebem suporte alimentar nos EUA, buscando examinar a relação entre disfagia autorreferida e independência em realizar as ABVD. Os autores encontraram forte associação entre os locais de distribuição de alimentos e disfagia. Desta forma, pessoas idosas em situação de risco, com pouco acesso aos recursos financeiros, podem estar sob um risco maior de terem sua capacidade de realizar as ABVD diminuídas com o aparecimento de disfagia (Kurosu e col., 2021).

É importante salientar que a prevalência de disfagia foi maior em um dos locais investigados (n=44 [45,4%]) em comparação aos outros quatro locais incluídos no

estudo ($p=0,03$). Este ponto de distribuição de alimentos além de ter o maior número de participantes no estudo em geral, era o único ponto que fornecia refeições entregues em casa para pessoas idosas reclusas. Essa população apresentou no estudo uma maior probabilidade de terem suas condições físicas diminuídas, com 60,5% destes dependentes para realização das ABVD.

No presente estudo, em pessoas idosas vivendo na comunidade, encontramos uma associação com disfagia e o relato de dificuldades em realizar suas atividades básicas de vida diária. No entanto, essa correlação tem sido observada também em pessoas idosas institucionalizadas, onde a disfagia, ocorrendo durante a internação, pode impactar o pós-tratamento, mesmo após a alta médica.

Yokota e col. (2021) investigaram como combinações de disfagia e desnutrição em pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca aguda (ICA) podem afetar as atividades básicas de vida diária (ABVD) mesmo após alta hospitalar.

Para tanto, partindo de um estudo de coorte prospectivo em pacientes submetidos a reabilitação cardíaca, os autores detectaram que pacientes com disfagia e desnutrição combinados tiveram probabilidade menor de recuperar a efetiva execução das ABVD após o tratamento.

Os autores (Yokota e col., 2021) indicam a necessidade de detecção precoce de disfagia para melhor identificar os pacientes que estão sob risco aumentado de diminuir sua capacidade de realizar as ABVD após internação.

No presente estudo, encontramos também, entre as variáveis intermediárias inseridas no modelo 2, uma associação entre disfagia e a ingestão de ≥ 5 medicamentos por dia (polifarmácia).

Nos anos recentes tem-se observado grandes mudanças nos perfis demográficos, morbidade e mortalidade ao redor do globo. Com a redução da

fecundidade e uma menor mortalidade por doenças infecciosas, tem-se registrado um aumento da expectativa de vida e por isso, um maior impacto das doenças crônicas.

No Brasil, com o aumento da população idosa houve também uma maior ocorrência das doenças associadas ao envelhecimento, e com isso, muitas pessoas idosas passaram a apresentar um perfil de multimorbidade, apresentando diversas doenças ao mesmo tempo (Pereira e col., 2017).

Nesse contexto, tem se observado um aumento dos tratamentos farmacológicos de longa duração e um maior uso de múltiplos medicamentos, culminando na polifarmácia (Pereira e col., 2017). Além disso, com o elevado número de fármacos prescritos, também se aumenta o risco de uso desnecessário de medicamentos (Pereira e col., 2017).

Os riscos desta prática incluem a possível utilização de combinações farmacológicas com potencial para gerar reações adversas e interações medicamentosas (Pereira e col., 2017). Esse cenário é ideal para um maior risco de hospitalizações decorrentes do mau uso de medicamentos ou mesmo de óbito (Pereira e col., 2017).

Investigar o efeito da polifarmácia é complexo, visto que são inúmeras as dificuldades de mensurar o real impacto. Primeiramente tem-se uma questão de definição. Embora o termo polifarmácia seja amplamente definido como “o uso de cinco ou mais medicamentos” (Masnoon e col., 2017), definições diferentes não são escassas, e variam de “dois ou mais” até “onze ou mais” medicamentos (Oliveira e col., 2021).

Pela ausência de definição padrão universalmente aplicada, a avaliação dessa situação por parte dos profissionais de saúde é bastante dificultada (Oliveira e col., 2021). Além disso, desfechos clínicos negativos estão comumente associados à

polifarmácia (Oliveira e col., 2021), e nem sempre é evitável o uso de múltiplos medicamentos, visto que as doenças crônicas mais frequentes em pessoas idosas, como a hipertensão arterial ou a diabetes *mellitus*, têm abordagens terapêuticas que envolvem a associação de vários fármacos, e estes podem ser clinicamente necessários para cada paciente, o que dificulta abordagens onde o foco seja simplesmente diminuir o número de medicamentos (Oliveira e col., 2021).

Por fim, temos que considerar que estudos envolvendo pessoas idosas, principalmente aqueles que se baseiam em autorrelato, são sujeitos ao viés de memória, e essa é uma questão particularmente importante no tocante à polifarmácia. Essa situação pode ser ainda mais complexa quando consideramos que parte da população idosa investigada com uso de polifarmácia, pode apresentar comprometimento cognitivo ou dificuldades de comunicação, prejudicando a coleta de dados e alterando a prevalência apresentada.

Mesmo considerando essas dificuldades, a frequência de polifarmácia já foi estudada em diversas populações de pessoas idosas. Romano-Lieber e col. (2019) abordam o impacto da polifarmácia na população idosa acompanhada pelo Estudo SABE em São Paulo, SP. Os autores indicam que a probabilidade de sobrevivência após 5 anos, em indivíduos que fazem uso de polifarmácia, é 77,2% contra 85,5% em pessoas idosas que não se utilizam de polifarmácia.

Esse estudo (Romano-Lieber e col., 2019) delimita a polifarmácia como fator de risco para óbito, sendo possível utilizá-la como um preditor de mortalidade para pessoas idosas. Os autores salientam que deve ser cuidadosamente avaliada a necessidade de uso de múltiplos medicamentos para pessoas idosas devido a esse risco.

Marques e col. (2020), em um estudo transversal com pessoas idosas de sete municípios brasileiros, encontrou uma frequência de 18,4% que utilizavam cinco ou mais medicamentos. No entanto, a forma de amostragem da população pode indicar resultados diferentes.

Pereira e col. (2017), trabalhando em um estudo transversal de base populacional, encontrou uma prevalência de polifarmácia de 32%, abordando pessoas idosas em tratamento em atenção primária.

Oliveira e col. (2021) encontraram uma prevalência de polifarmácia de 57,7% em pessoas idosas na cidade de Belo Horizonte – MG. Esse fato pode ter uma direta relação com o fato de estarem apresentando doença ativa, originando a busca por atendimento médico.

Para entender os padrões que determinam a ocorrência da polifarmácia é importante entender que polifarmácia e multimorbidade são parâmetros associados, que precisam ser estudados conjuntamente para oferecer um correto panorama desta situação.

Stafford e col. (2021), por exemplo, em um estudo realizado na Catalunha, Espanha, buscaram entender, em um estudo transversal, os possíveis padrões combinados de multimorbidade e polifarmácia em pessoas idosas. Através de uma técnica de mapeamento aliada a um algoritmo de agrupamento para determinação de padrões combinados de distribuição de multimorbidade e polifarmácia na população, os autores identificaram sobreposição de padrões de ocorrência da multimorbidade e polifarmácia em seis de sete agrupamentos estudados de pessoas idosas com doenças crônicas.

O estudo encontrou essa sobreposição em pacientes em grupos de pacientes com diabetes *mellitus*, doenças neurológicas, doenças do sistema músculo-

esquelético, doenças dos sistemas cardio-cerebrovascular-renal, doenças inflamatórias e respiratórias. Os pesquisadores encontraram ainda uma tendência maior de sobreposição entre multimorbidade e polifarmácia em indivíduos do sexo feminino (Stafford e col., 2021).

Eyigor e col. (2020), em um estudo multicêntrico realizado na Turquia chegaram a conclusão que polifarmácia teve uma associação significativa com função física, nutrição e depressão em pessoas idosas a partir dos 65 anos. A análise sugere que a polifarmácia é um fator de risco importante para a deterioração da saúde das pessoas idosas nessas áreas em particular.

Eyigor e col (2020) nos chamam a atenção também para a associação da polifarmácia com risco nutricional. Medicamentos podem influenciar a nutrição de diversas formas. Eles podem causar xerostomia (sensação de boca seca), náuseas, constipação ou mesmo sedação. Embora o déficit nutricional seja uma questão importante em relação à saúde de pessoas idosas, os autores (Eyigor e col, 2020) enfatizam o fato de que o risco associado à polifarmácia é frequentemente negligenciado durante a clínica geriátrica. Nesse ponto, é importante ponderar que a disfagia pode entrar como um fator agravante nessa relação, e pode estar associada à polifarmácia.

A polifarmácia em pessoas idosas institucionalizadas foi investigada por Matsumura e col. (2020), em estudo com um grupo de 106 pessoas idosas com disfagia residentes em uma ILPI no Japão. Os pesquisadores levantaram, a partir dos prontuários médicos, que 59 pacientes (52,8%) faziam uso de medicamentos que poderiam causar disfagia como um evento adverso pós medicação, e 68,5% dos sujeitos investigados faziam uso ≥ 5 medicamentos, demonstrando a prática de polifarmácia em pessoas idosas disfágicas.

Outros fatores podem estar relacionados a essas ocorrências, como por exemplo, a relação entre xerostomia – a sensação de boca seca – e o uso de medicamentos. A xerostomia contribui para ocorrência de disartria e de disfagia e pode representar um fator importante na perda de qualidade de vida em pessoas idosas (Marcott e col., 2020). A polifarmácia, por sua vez, pode ser considerada um fator de risco para a xerostomia.

Em um estudo transversal retrospectivo realizado em Palo Alto, Califórnia, EUA, Marcott e col. (2020) encontraram uma baixa frequência de xerostomia (1,5%) em pacientes com uso de polifarmácia. No entanto, encontraram uma associação da xerostomia justamente em pacientes que consistentemente apresentavam dificuldades com fala, mastigação, disfagia, alterações no paladar, cáries, uso de próteses dentárias incorretas, infecções bucais recorrentes, halitose e comprometimento geral da qualidade de vida, indicando uma forte relação da xerostomia com as condições de saúde bucal (Marcott e col., 2020).

No presente estudo, a polifarmácia se mostrou independentemente associada à disfagia, quando inserida no modelo 2, o que pode indicar ser um comportamento com papel determinante sobre parâmetros biológicos decisivos para a ocorrência da disfagia, como a multimorbidade, a xerostomia e más condições de saúde bucal, variáveis significativamente associadas à disfagia, inseridas no modelo 3, como parâmetros proximais.

Quando considerou-se as variáveis proximais, pessoas idosas com disfagia apresentaram maior percentual que referiram estado de saúde bucal ruim/muito ruim ou estado de saúde bucal regular em relação as pessoas idosas sem disfagia. Esse achado sugere fortemente uma relação profunda entre saúde bucal e disfagia. De fato, esse é um dos resultados do presente estudo que encontrou forte ressonância na

literatura, trazendo a necessária percepção referente às políticas públicas necessárias para efetivamente prevenir a disfagia e diminuir seu impacto na população idosa.

Furuya e col. (2020) em um estudo transversal conduzido no Japão em pacientes de um hospital de reabilitação, avaliou o estado de saúde bucal dos pacientes e determinou a gravidade da disfagia. Na análise de regressão múltipla, revelou-se forte associação de disfagia e os parâmetros de saúde oral, nível de consciência das pessoas idosas, capacidade de realizar atividades da vida diária, xerostomia, capacidade de engolir a saliva e suporte oclusal posterior.

Os autores sugerem que pacientes com disfagia em ambientes de cuidados intensivos devem passar por avaliações detalhadas de seu estado e função oral, incluindo deglutição, para determinar as melhores estratégias alimentares e adequar o agendamento de intervenções odontológicas que possam efetivamente melhorar as condições de saúde bucal (Furuya e col., 2020).

Hsiao-Jung e col. (2019) avaliaram a efetividade de um programa de saúde bucal, antes da realização de terapia para disfagia em pacientes que sofreram AVC em Taiwan. Os autores realizaram um estudo controlado randomizado onde os pacientes foram expostos a um programa de saúde bucal com avaliação de escarro, escovação dentária e aplicação de creme dental com flúor antes da terapia de deglutição. Os autores encontraram nos pacientes que participaram do programa de saúde bucal uma discreta pontuação maior na avaliação da função oral, sugerindo que o programa pode ter algum efeito na saúde oral dos pacientes, diminuindo o impacto da disfagia.

No entanto, os autores são claros em indicar que a amostra foi limitada e o tempo de exposição ao programa de saúde bucal – cerca de três semanas –, foi curto. Mesmo assim, concluem que programas de saúde oral de rotina, quando

implementados em pacientes com disfagia, podem melhorar a saúde bucal e preservar a capacidade de ingestão oral (Hsiao-Jung e col., 2019).

Bayram e col. (2021) partindo da hipótese que uma má saúde bucal e a perda de dentes possa levar a um menor desempenho mastigatório, impactando negativamente a realização das atividades da vida diária, buscaram determinar a possível associação entre a condição de saúde bucal, desempenho mastigatório e realização das atividades de vida diária em pessoas idosas com disfagia e sem disfagia.

A análise foi realizada com uma população limitada de 55 pessoas idosas com disfagia e 62 sem disfagia. Os parâmetros foram avaliados por índices e escalas pré-determinadas na literatura, sendo que a disfagia foi avaliada pelo Eating Assessment Tool (EAT10), e a capacidade de realizar as atividades de vida diária pelo Índice de Barthel (BI). Para a avaliação da saúde bucal foi aplicado o Índice Geriátrico de Saúde Bucal (GOHAI), de forma semelhante ao presente estudo (Bayram e col., 2021).

Os autores encontraram forte correlação entre os parâmetros do GOHAI e EAT-10 e uma correlação um pouco menor entre o GOHAI, desempenho mastigatório e a capacidade de realizar ABVD nos indivíduos com disfagia (Bayram e col., 2021).

Bayram e col. (2021) concluem que uma má saúde bucal e um menor desempenho mastigatório estão diretamente ligados à ocorrência de disfagia. Esses eventos podem diminuir a capacidade de realizar as ABVDs. Desta forma, uma melhora na saúde bucal ou adesão a um tratamento odontológico poderá significar uma melhora na capacidade de deglutição e por consequência, o restabelecimento do estado nutricional e da capacidade de realizar as ABVD (Bayram e col., 2021).

O impacto da melhora da saúde bucal foi investigado também por Shiraise e col. (2021). Nesse estudo, os autores buscaram examinar a associação entre uma

melhora na saúde bucal em pacientes após AVC e seu desempenho funcional. O estudo seguiu como uma coorte retrospectiva que incluiu pacientes pós-reabilitação que relataram problemas bucais na admissão e foram avaliados pelo protocolo ROAG (Revised Oral Assessment Guide).

Os pacientes foram avaliados então para capacidade de realizar as ABVD com o uso dos escores da Medida de Independência Funcional (FIM-motor). Foram também avaliados para presença e gravidade da disfagia pela Escala de Nível de Ingestão de Alimentos (FILS) (Shiraise e col., 2021).

Após análises de regressão multivariada, os autores relataram que uma melhora das condições orais dos pacientes mostrou-se independentemente associada ao escore FIM-motor e escore FILS no momento de alta clínica, o que sugere que uma melhor saúde bucal associa-se positivamente com a recuperação da capacidade de realizar as ABVD e melhora no quadro de disfagia após AVC (Shiraise e col., 2021). Shiraise e col. (2021) pontuam por fim, a necessidade de uma detecção precoce de problemas de saúde bucal, indicando que um tratamento odontológico deve ser implementado precocemente para potencializar a recuperação funcional e a qualidade de vida dessas pessoas idosas.

Fang e col. (2022) em um estudo transversal realizado com pacientes hospitalizados pós-AVC com disfagia e sem disfagia no Departamento de Neurologia do Hospital Popular Provincial de Guizhou, República Popular da China, demonstraram que, após análise de regressão logística binária, o estado de saúde bucal foi um fator de influência independente da capacidade de deglutição, relatando que os participantes com disfagia apresentaram pior estado de saúde bucal quando comparados com aqueles sem disfagia.

Os autores indicaram a importância de atentar ao manejo da saúde bucal em pacientes disfágicos pós-AVC e são particularmente contundentes em indicar como a saúde bucal é por vezes omitida quando comparada a outras deficiências funcionais relacionadas ao AVC. Em especial, os cuidadores de pacientes pós-AVC com disfagia devem ser informados quanto à importância da avaliação da saúde oral e da constante implementação de cuidados bucais (Fang e col., 2022).

Apesar da marcada importância, a questão da saúde oral, e sua relação com a disfagia, é foco de apenas um limitado número de estudos no Brasil, e em sua maioria, abordando pessoas idosas que apresentam outras comorbidades e que se encontram internados (Blancato e Silva, 2019; Moustacas e col., 2023). Por essa razão, para ter-se um quadro geral dessa relação, se faz necessário expandir a discussão para as questões mais gerais da saúde bucal das pessoas idosas.

Novais e col. (2022) em revisão sobre saúde bucal, abordou o tema a partir do ponto de vista das próprias pessoas idosas, através da autoavaliação de suas condições de saúde oral. Os autores, ao indicarem o aumento da longevidade como um dos fatores que determina a necessidade de reordenar os programas de saúde, a fim de albergar as crescentes necessidades de uma população que está envelhecendo, pontuaram a necessidade de se olhar para as pessoas idosas como uma população em constante transformação, onde a qualidade de vida depende de diversos fatores que estão em constante mudança, entre eles, a saúde bucal (Novais e col., 2022).

Após uma análise aprofundada da literatura, os autores avaliaram que a saúde oral autopercebida é definida principalmente pelo estado clínico e características sociodemográficas individuais, e nesse caso, uma autoavaliação negativa encontra-

se fundamentalmente associada à quadros dolorosos ou limitantes de alguma forma (Novais e col., 2022).

Os autores ponderaram, por fim, que a saúde bucal e sua autopercepção, são parâmetros determinantes para avaliar a qualidade de vida da população idosa (Novais e col. 2022).

Visto que a população idosa tende a associar uma saúde bucal de má qualidade a quadros dolorosos ou já limitantes (Novais e col. 2022), torna-se de especial importância intervenções que permitam acessar essa população antes do agravamento do quadro. Desta forma, é especialmente importante políticas públicas centradas na prevenção e na detecção precoce dos problemas de saúde bucal.

Existem ainda situações especiais que determinam necessidades específicas, que requerem igual atenção. Por exemplo, Miranda e col. (2020) ao abordar o acesso aos serviços odontológicos de pessoas idosas quilombolas, encontrou que os mesmos possuíam uma condição precária de saúde bucal e tinham acesso restrito aos serviços odontológicos. Esse é, no entanto, um cenário esperado, por se tratar de uma população que se encontra socialmente isolada, carente de políticas públicas específicas (Miranda e col., 2020).

Quando, no entanto, aborda-se as populações urbanas, o cenário em que essas pessoas idosas estão inseridos é bastante diferente. Em um estudo transversal, sobre dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, em 2014 e 2018, Freire e col. (2021) buscaram investigar as causas associadas ao não acesso à saúde bucal no Brasil.

Os autores determinaram em seu estudo que a chance maior de não acesso aos serviços de saúde bucal ocorreu para residentes em municípios com maior desigualdade social e com menor cobertura de saúde bucal. O tempo de

deslocamento para a unidade de saúde se mostrou um dos fatores mais importantes para determinar o não acesso, além de fatores como sexo (mulheres procuraram menos esses serviços), idade (a faixa etária com menor procura de serviços odontológicos foi a de 25 a 39 anos) e renda (menores rendas procuraram menos frequentemente os serviços de saúde bucal) (Freire e col., 2021).

Em outro estudo transversal de base populacional realizado na zona urbana do município de Pelotas, RS, Sória e col. (2019), por sua vez, encontraram que nas pessoas idosas desta localidade, a falta de acesso no último ano alcançou uma prevalência de 1,8%. Os autores encontraram ainda que pessoas idosas que nunca consultaram serviços odontológicos foram 3,1%, ao passo que aqueles que fizeram a utilização de serviços de saúde bucal no último ano foram de 38,3% (Sória e col., 2019).

Segundo os autores acima citados, a utilização dos serviços de saúde bucal no último ano apresentou associação com as variáveis: faixa etária mais jovem, ter companheiro, alta escolaridade e já apresentar problema na boca ou nos dentes, incluindo uso de prótese dentária e edentulismo (Sória e col., 2019). Os autores justificam que a utilização de serviços de saúde bucal foi mais alta do que a observada em outros estudos, refletindo talvez a expansão desses serviços inclusive na rede pública (Sória e col., 2019).

O edentulismo já foi apontado em outro artigo (Santos e col., 2022), como um fator preponderante para a procura dos serviços de saúde bucal. Nesse caso, os autores investigaram o uso dos serviços de saúde a partir da perda dentária e relataram que: pessoas idosas com melhor condição socioeconômica, menor perda dentária e que já apresentam impactos em suas condições de saúde bucal, foram os que mais relataram o uso dos serviços de saúde bucal.

O uso de próteses também exerceu papel destacado como fator motivador para a busca de atenção à saúde bucal, o que sugere fortemente a necessidade de ampliar o acesso às próteses dentárias na atenção básica (Santos e col., 2022).

Nesse cenário, percebe-se que o acesso à saúde bucal por parte da população idosa vivendo em comunidade depende de fatores referentes ao oferecimento desses serviços por parte da rede pública, de forma oportuna e próxima, além de questões ligadas às ações de prevenção, visto que, na maioria das vezes, a procura pelos serviços só é realizada quando quadros mais graves já estão instalados (Freire e col., 2021; Novais e col., 2022).

Considerando que a disfagia se encontra associada à más condições de saúde bucal, e as populações idosas não aderem de forma consistente aos serviços de prevenção e tratamento, uma estratégia importante para prevenir a disfagia seria a prevenção dos problemas de saúde bucal, visto que é farta a literatura que encontrou essa relação, corroborando com o presente estudo (Hsiao-Jung e col., 2019; Furuya e col., 2020; Bayram e col., 2021; Shiraise e col., 2021; Fang e col., 2022).

A ocorrência de multimorbidade foi outro fator estudado e que se apresentou positivamente associado as pessoas idosas com disfagia. Esta relação já foi discutida por Souza e col., (2019), em estudo com pessoas idosas com multimorbidade internados em hospitais de Porto Alegre – RS. Os dados apontaram alta frequência de tosse, engasgo e/ou sufocamento, condizente com deglutição alterada em 45,9% dessa população.

Souza (2022), em sua dissertação de mestrado, teve por objetivo avaliar e relacionar as características da deglutição, do estado nutricional e hematológico em pessoas idosas institucionalizadas em ILPIs de Santa Catarina, comparando também esses grupos com escores de estimativa de vida. O estudo demonstrou que o maior

risco de mortalidade ocorre na presença de multimorbidade, sobrepeso e dinapenia. Esse mesmo grupo também apresentou maior risco para disfagia, demonstrando mais uma vez a correlação entre multimorbidade e disfagia, embora sem definir a interdependência entre esses fatores.

De fato, a presença de multimorbidade em pessoas idosas é fator de risco importante para mortalidade nesta população, e sua associação com outros fenômenos associados à idade é esperada, o que torna necessário um cuidado maior com esta população, do ponto de vista dos protocolos clínicos e em relação às políticas de saúde.

Um exemplo dessa necessidade especial foi evidenciada por Michalski e col. (2022), em um estudo transversal, quantitativo, com dados secundários do inquérito de base populacional (PNS-2013), conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os autores levantaram os dados de 11.177 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes na comunidade de todas as regiões brasileiras. Os resultados indicaram que as pessoas idosas do estudo apresentavam alta prevalência de multimorbidade, e este fator é determinante para que este grupo tenha uma demanda aumentada de serviços de saúde, sejam consultas médicas e atendimentos emergenciais, como também maior necessidade de internação hospitalar.

Michalski e col. (2022) indicam a importância do desenvolvimento e melhoria das políticas públicas de saúde e de educação em saúde voltadas à população idosa, especificamente para ações direcionadas para a prevenção, controle e atenuação dos efeitos da multimorbidade, o que é essencial para possibilitar o envelhecimento saudável e uma melhor qualidade de vida. Do ponto de vista de gestão de saúde, a adoção de políticas preventivas à multimorbidade acaba também por reduzir custos

com o sistema de saúde, beneficiando de forma integral os usuários do sistema (Michalski e col. 2022).

Existem, no entanto, alguns fatores que podem ser considerados preditores para disfagia, sendo condições que se mostram amplamente associadas. Um exemplo é a xerostomia, condição que não está relacionada apenas ao envelhecer, mas também se apresenta como um dos efeitos secundários da polifarmácia nas pessoas idosas. No presente estudo essa relação foi observada e a xerostomia apresentou uma forte associação com disfagia em pessoas idosas (Figura 8).

No entanto, entender os fatores que determinam a ocorrência de xerostomia é mais complexo. É sabido e inclusive demonstrado anteriormente no presente estudo, que a polifarmácia pode estar associada à vários efeitos adversos e que prejudica a qualidade de vida das pessoas idosas e uma das principais alterações associadas ao uso de múltiplos medicamentos é a xerostomia (Guimarães e França, 2022).

De fato, Guimarães e França (2022) indicam em seu estudo de revisão que os fármacos com alto potencial de provocar xerostomia são os antipasmáticos, antidepressivos, antipsicóticos, antiparkinsonianos, antiarrítmicos, anticonvulsivos, anti-hipertensivos, todos esses normalmente associados à multiborbidade frequentemente observada em pessoas idosas.

Em um estudo (Thompson e col., 2006) conduzido em pessoas idosas no sul da Austrália, acompanhados por 11 anos, foi percebido, por exemplo, um aumento da ocorrência de xerostomia de 11,4% para 14,7% durante o período de acompanhamento, concomitante com o crescimento significativo no uso de vários medicamentos (de 21,4% para 24,8%) (Thompson e col., 2006).

Marcott e col. (2020) em um estudo transversal retrospectivo, exploram os fatores associados à ocorrência de xerostomia em todos os pacientes atendidos de 1º

de outubro de 2014 a 30 de setembro de 2015, no Hospital de Veteranos de Palo Alto, Califórnia, EUA. Investigando pacientes diagnosticados com xerostomia (138 no total), conforme critério de identificação empregado, 84 apresentavam pelo menos um problema documentado de fala, dentição ou deglutição e 55 (39,9%) faziam uso contínuo de ≥ 12 medicamentos. Os autores pontuam a necessidade de uma maior conscientização da comunidade médica sobre os sinais e sintomas e fatores de risco para xerostomia. Em especial, indicam a importância para essa prevenção do desenvolvimento de novas estratégias para abordar questões relativas ao uso da polifarmácia.

Yu Lu e col. (2020) discutem como a disfagia e o desempenho mastigatório representam as vias pelas quais a xerostomia afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas idosas. Utilizando uma amostragem estratificada por conglomerados, os autores recrutaram 1.076 adultos residentes na comunidade com 65 anos ou mais, residentes de Kaohsiung, Taiwan. Foram avaliadas as características demográficas, estado dentário, condição oclusal, função física, xerostomia, disfagia e depressão por meio de entrevistas, enquanto o desempenho mastigatório e qualidade de saúde bucal foram avaliados por protocolos específicos (Yu Lu e col., 2020).

Os autores encontraram forte relação entre uma menor qualidade de saúde bucal e xerostomia, enquanto disfagia e menor desempenho mastigatório apresentaram-se como importantes fatores mediadores (Yu Lu e col., 2020). Por fim, os autores apontaram a intervenção precoce na manutenção da função oral como uma estratégia valiosa para manutenção da qualidade de vida em pessoas idosas. Em especial, os autores sugerem ainda que estratégias de triagem precoce para disfunção oral são vitais para prevenir ou retardar o surgimento de complicações (Yu Lu e col., 2020).

Nascimento (2021), em seu estudo buscou estudar a hipossalivação em pessoas idosas e sua relação com saúde bucal, mastigação e deglutição no Rio Grande do Norte, Brasil. Em um estudo seccional, acompanhando 196 pessoas idosas (≥ 60 anos), a autora descreve que 121 (61,7%) sentem a boca seca durante a noite ou assim que acordam e 58 (29,6%) sentem a boca seca durante o dia. As pessoas idosas estudadas relataram pouca quantidade de saliva na boca durante a maior parte do tempo e 33 delas (16,8%) apresentaram dificuldades para engolir os alimentos. A autora identificou nesta população uma relação entre os sintomas de hipossalivação, saúde bucal, mastigação e deglutição, sendo que, quanto menor a produção salivar, mais comprometimentos funcionais a população apresentou.

Ohara e col. (2022), em um estudo de coorte prospectivo, com objetivo de investigar a associação da xerostomia e fragilidade física em pessoas idosas do Japão residentes na comunidade, iniciaram um estudo com 609 pessoas com idade ≥ 65 anos, que passaram por exame intraoral inicial, avaliação do desempenho físico e medidas antropométricas, seguido por exame de sangue, questionário estruturado autoadministrado e entrevistas.

No estudo, a xerostomia foi uma queixa presente em 166 participantes (27,3%) no início do estudo. Durante o acompanhamento, 109 participantes (17,9%) desenvolveram fragilidade física conforme os critérios aplicados pelos pesquisadores. Após o ajuste para fatores de confusão, a xerostomia foi significativamente associada à incidência de fragilidade física, sendo considerada um de seus principais preditores. Os autores enfatizam a necessidade de avaliar e prevenir a xerostomia como uma medida de prevenção ao aparecimento da fragilidade física (Ohara e col., 2022).

Desta forma, percebe-se que o conjunto da literatura suporta os resultados aqui apresentados, indicando a importância de se investigar a xerostomia em pessoas

idosas, pois ela representa um importante marcador de perda de qualidade de vida, e um claro indicador de risco de agravamento das condições de saúde.

A correlação de xerostomia com a disfagia e o fato de estar tão amplamente associada à polifarmácia demonstra a necessidade de incluir esses tópicos na agenda de políticas públicas voltadas às pessoas idosas, visto que, essa tríade de eventos demonstra-se claramente associada a um maior risco de vida nesta população.

Por fim, o déficit cognitivo foi a última variável encontrada com alta correlação com disfagia em pessoas idosas. É necessário entender que esta correlação pode ser devido a múltiplos fatores, e nem sempre refletem, em cada caso, uma mesma relação. Primeiramente, tem-se parte da população idosa que passa a apresentar déficits cognitivos em decorrência de diversas doenças, como um acidente vascular cerebral (Qiao e col., 2022); devido ao avanço de metástases no sistema nervoso central (Dijkshoorn e col., 2021) ou como efeito secundário da citotoxicidade da quimioterapia (Huehnchen e col., 2020; Dijkshoorn e col., 2021), entre outros.

Nestes casos, pode existir uma relação direta entre os dois eventos, com as duas apresentações – déficit cognitivo e disfagia –, por serem ambas decorrentes diretamente do AVC, por exemplo, ou serem associadas ao dano originado pelas lesões cancerosas ou pelo tratamento proposto.

Em uma segunda situação, tem-se a ocorrência conjunta de disfagia e déficit cognitivo associado à uma doença neurodegenerativa (De Stefano e col., 2020). Nesse caso, pelo menos duas situações possíveis precisam ser examinadas.

Na primeira situação, há uma possível correlação direta, com a degeneração neural causando a disfagia devido à áreas afetadas do sistema nervosos estarem associadas diretamente com a coordenação neural do processo de deglutição. Uma

parte expressiva das pessoas idosas certamente encontram-se nesta situação, que não difere essencialmente da primeira relação discutida acima.

No entanto, é possível que casos de disfagia estejam ocorrendo de forma independente em pessoas idosas com déficit cognitivo e não exista uma associação causal conjunta para ambas as situações.

A força dessa associação, conforme encontrado na literatura, e corroborado no presente estudo, sugere fortemente que essa última situação, embora seja provável, deve responder por uma minoria dos casos de sobreposição de disfagia e déficit cognitivo.

Qiao et al (2022) buscou investigar a relação entre comprometimento cognitivo após a ocorrência de uma AVC e disfagia grave, explorando alguns fatores de risco relacionados à esses casos graves. O estudo englobou um total de 1555 pacientes identificados com déficit cognitivo pós-AVC. Os resultados indicaram que essa população se mostrou com uma maior taxa de incidência de disfagia grave quando comparadas com pacientes sem esse histórico de déficit cognitivo.

A apresentação clínica da disfagia também foi diferente, sendo que pacientes com déficit cognitivo pós-AVC grave apresentaram maior probabilidade de apresentarem a disfagia ocorrendo na fase oral, enquanto os pacientes com déficit cognitivo pós-AVC leve manifestaram disfagia faríngea (Qiao et al, 2022). Os autores concluem o estudo indicando que, pneumonia, traqueostomia e disartria foram fatores de risco associados em seu estudo com déficit cognitivo pós-AVC (Qiao et al, 2022).

Dijkshoorn e col. (2021), a partir da observação de que pacientes com câncer de mama enfrentam comprometimento cognitivo parcialmente associáveis ao tratamento, buscaram descrever a variação de frequência do déficit cognitivo durante o tratamento. Para tanto, os autores realizaram uma revisão dos estudos de coorte

longitudinais que avaliassem a cognição antes e depois da terapia, relatando a ocorrência de alterações cognitivas a partir de testes neuropsicológicos padronizados e validados.

De forma interessante, o estudo encontrou que um em cada quatro pacientes com câncer de mama apresentam comprometimento cognitivo antes da administração do tratamento quimioterápico, mas um número significativo destes passam a não relatar o déficit cognitivo durante o curso da doença, sugerindo que esse comprometimento cognitivo não está relacionado exclusivamente às terapias (Dijkshoorn e col., 2021). Os autores sugerem que uma avaliação do funcionamento cognitivo, idealmente ao longo do tempo de tratamento, pode ter impactos importantes no processo de reabilitação (Dijkshoorn e col., 2021).

No entanto, Huehnchen e col. (2020), em outro artigo de revisão, encontraram evidências de que, pelo menos certos protocolos quimioterápicos podem estar mais associados à ocorrência de disfunção cognitiva, conforme evidenciado por 21 de 23 estudos em pacientes com câncer de mama. Os autores, no entanto, apontam a necessidade de mais estudos, definindo coortes de pacientes, acompanhando diferentes protocolos de tratamento. Além disso, é importante avaliar o tipo de câncer, visto que em sua revisão, pacientes tratados para câncer de cólon não apresentaram diferenças em relação ao protocolo de quimioterapia e a ocorrência de déficit cognitivo que possa ser associado à efeitos de drogas citotóxicas (Huehnchen e col., 2020).

De Stefano e col. (2020) direcionam, por sua vez, seu estudo para uma outra direção, indo além da associação da disfagia com quadros graves, buscando avaliar a frequência de disfagia com déficit cognitivo leve em pessoas idosas avaliadas pelo Miniteste de exame do estado mental. Foram incluídos 52 pacientes alinhados com os critérios de inclusão aplicados. O estudo indicou algum grau de disfagia em 96,2%

destes, demonstrando que a disfagia está presente em muitos casos de déficit cognitivo leve (De Stefano e col., 2020). Os autores indicam, por fim, que os pacientes frequentemente subestimam seus problemas de deglutição e por vezes, os cuidadores não recebem treinamento para lidar com esse quadro. Os autores pontuam que a melhor estratégia de identificação destes fenômenos é a observação fonoaudiológica das refeições, o que permite a identificação mais precisa deste quadro (De Stefano e col., 2020).

Visto que o comprometimento cognitivo pode estar relacionado à gravidade dos distúrbios de deglutição, De Stefano e col. (2020)), investigaram pacientes com idade ≥ 65 anos, após avaliação da deglutição e divididos segundo a Escala de desfecho e gravidade da disfagia (DOSS). Esses pacientes foram submetidos a uma avaliação neurológica e ao Mini Exame do Estado Mental para detecção de comprometimento cognitivo. Os autores relataram que a função de deglutição foi significativamente pior no grupo que apresentava comprometimento cognitivo, sendo que, tanto a idade ≥ 65 e um menor desempenho no Mini Exame do Estado Mental foram significativamente correlacionados com distúrbios de deglutição (Maniaci e col., 2022).

Desta forma, o paciente idoso, com déficit cognitivo, apresenta risco aumentado para disfagia, com maior frequência de formas leves a moderadas nesta população. É importante salientar que aplicar periodicamente uma avaliação de desempenho cognitivo pode facilitar a identificação de distúrbios da deglutição, fornecendo uma maior possibilidade para identificar eventos silenciosos de aspiração em indivíduos com algum grau de déficit cognitivo (Maniaci e col., 2022).

É de particular importância que estudos futuros abordem portanto, a validação de um instrumento de avaliação da deglutição em pessoas idosas da comunidade com dados autorreferidos. Da mesma forma, é importante ampliar os estudos da disfagia

em relação a idade, raça/cor, mult morbidade, polifarmácia, saúde bucal e déficit cognitivo.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou duas importantes limitações: O primeiro ponto é relacionado à natureza dos dados, uma vez que os dados utilizados para as análises são de natureza autorreferida e, desta forma, as informações obtidas não advêm de diagnósticos médicos ou exames clínicos, mas sim, colhidas diretamente com os sujeitos da pesquisa, estando sujeitos à avaliação subjetiva dos entrevistados. Embora essa seja uma limitação de difícil controle, o uso de múltiplas variáveis pode auxiliar a minimizar o efeito de possíveis avaliações subjetivas.

O segundo aspecto relaciona-se ao relato de informações pregressas, estando, desta forma, sujeito a viés de memória, especialmente quando considera-se que o foco do estudo foi uma população idosa, alguns dos quais possuindo déficits cognitivos ou diversos processos demenciais que poderiam dificultar o acesso a essas memórias. Para controle dessa limitação em particular, optou-se por incluir a frequência de déficits cognitivos como uma variável do estudo.

7 CONCLUSÕES

As variáveis idade ≥ 80 anos, ser preto/pardo e não ter renda suficiente para os gastos diários se mostraram aquelas com alta associação com a disfagia. Desta forma, conclui-se que a idade é um fator associado à disfagia, sendo que, quanto maior a idade, mais forte é essa associação, indicando que pessoas idosas mais velhas têm provavelmente risco maior de apresentarem disfagia.

Embora o modelo tenha indicado o fato de serem pretos ou pardos como um fator de proteção, essa relação provavelmente mascara a realidade de um país profundamente marcado pelo racismo estrutural, onde pardos e pretos têm menor acesso ao sistema de saúde, menor oportunidade de acesso à escolaridade e menor renda, o que impacta de forma importante a qualidade e expectativa de vida de pessoas idosas. Provavelmente, pardos e pretos simplesmente não vivem o suficiente para o risco de disfagia aumentar de forma importante.

As variáveis intermediárias que se mostraram independentemente associadas à disfagia foram a dificuldade em atividades básicas de vida diária e número de medicamentos ingeridos por dia (polifarmácia).

A disfagia, quando associada à dificuldade em atividades básicas de vida diária, representa um fator de agravo deste quadro, diminuindo a qualidade de vida, e limitando a capacidade de se alimentar, o que aumenta o risco de desnutrição.

Já o uso de polifarmácia associa-se principalmente por ser um fator causal da xerostomia, uma causa direta de disfagia. Além disso, a ocorrência de disfagia concomitante à prática de polifarmácia é esperada, visto que ambas as condições tendem a aparecer de forma independente e a aumentar sua frequência com o avanço da idade.

As variáveis proximais que permaneceram independentemente associadas à disfagia foram a autoavaliação de saúde bucal ruim/muito ruim; autoavaliação de saúde bucal regular, xerostomia e déficit cognitivo.

A saúde bucal se mostra um fator importantíssimo para o desenvolvimento da disfagia, e visto que pessoas idosas tendem a relatar uma piora da qualidade de sua saúde bucal ao longo do tempo, esta piora relaciona-se com um aumento da frequência de disfagia.

A perda dentária associada à idade, as dificuldades de manter as atividades de vida diária, inclusive práticas preventivas de higiene bucal e a perda na qualidade da mastigação, devido a dificuldades com a musculatura, são apenas alguns dos fatores que contribuem com o aparecimento da disfagia.

Associada à saúde bucal, as pessoas idosas podem apresentar hipossalivação, sendo esse um fenômeno que pode ter origem no próprio processo de senescência, mas que tende a se agravar com o uso de medicação. Em decorrência disso, muitas pessoas idosas desenvolvem xerostomia, que se mostrou no presente estudo como um fator associado à disfagia.

Devido a alta associação entre disfagia e saúde bucal, as disciplinas da fonoaudiologia e odontologia precisam estabelecer um diálogo e caminharem mais próximas, de forma que os fonoaudiólogos estejam mais atentos às questões de saúde bucal para estabelecer suas terapias e encaminhamentos aos serviços odontológicos, enquanto os odontólogos precisam considerar a ocorrência da disfagia e encaminhar pacientes para o profissional fonoaudiólogo.

Por fim, o déficit cognitivo mostrou-se intimamente associado à disfagia, sendo tanto uma causa direta, visto que as lesões que originam esse déficit também estão diretamente ligadas ao surgimento da disfagia no ponto neurofisiológico, já que muitas

vezes existe uma perda da capacidade de realizar o processo de deglutição, devido à menor capacidade motora, menor tônus muscular e déficits de coordenação da deglutição, devido às alterações neurais.

A ocorrência de ambas as condições podem ser independentes, mas nesse caso, o déficit cognitivo pode levar a um agravamento da disfagia, tanto por vias neuronais, como também dificultando a percepção da dificuldade de deglutição.

No ponto de vista de políticas públicas, a prevenção da disfagia precisa ser enquadrada como um ponto importante considerando a busca de uma melhor qualidade de vida para pessoas idosas, tanto as inseridas em comunidade como aquelas institucionalizadas.

Tais políticas seriam voltadas para prevenção da desnutrição nos idosos, melhora na manutenção das ABVD e auxílio à pessoas idosas sob tratamento de câncer, AVC ou déficits cognitivos. Sugere-se portanto, que as políticas voltadas para melhoria e ampliação do acesso a saúde bucal sejam reforçadas em todos os níveis de governabilidade, reforçando tanto as ações de prevenção como facilitando o acesso aos tratamentos e às próteses dentárias. É de particular importância incluir a xerostomia como uma das questões a serem consideradas, dada sua grande importância na determinação do surgimento e agravamento da disfagia.

Os resultados do presente estudo reforçam também a necessidade de políticas que regulem o uso de polifarmácia, e que incentivem a pesquisa em relação ao desenvolvimento de fármacos ou protocolos clínicos que diminuam o uso de diversos medicamentos ao mesmo tempo. Compreensivelmente, este é um desafio enorme, que depende não apenas de ações do governo, mas também do incentivo às instituições de pesquisa de focarem estudos nesta questão.

Por fim, indica-se a importância de realizar uma avaliação periódica das pessoas idosas em relação à função cognitiva. A detecção precoce de um déficit cognitivo pode ser um fator determinante para prevenir ou mitigar os efeitos da disfagia.

8 REFERÊNCIAS

1. ABDULMASSIH, Edna Márcia da Silva. *Avaliação da Deglutição em Pacientes com Ataxia Espinocerebelares Tipos 2, 3, 6,7 e 10 com Queixa de Disfagia Orofaríngea: Avaliação Comparativa com Estudo Dinâmico da Deglutição por Videofluoroscopia e com Captação do Som Pelo Sonar Doppler*. 2013. 81p. **Tese Doutorado em Medicina Interna e Ciências da Saúde**. Universidade Federal do Paraná – UFPR.
2. ABU-GHANEM, Sara; CHEN, Sophia; AMIN, Milan R. Oropharyngeal dysphagia in the elderly: evaluation and prevalence. **Current Otorhinolaryngology Reports**, v. 8, p. 34-42, 2020.
3. ACOSTA, Nicole Bicca; CARDOSO, Maria Cristina de Almeida Freitas. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 1, 2012.
4. AGNES, S. Prevalence of oropharyngeal dysphagia symptoms in community dwelling elderly—a community survey. 2022. **Manipal College of Health Professions, Manipal Theses and Dissertations**. 240.
5. ALCENDOR, Donald J. Racial disparities-associated COVID-19 mortality among minority populations in the US. **Journal of clinical medicine**, v. 9, n. 8, p. 2442, 2020.
6. ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho e col. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2213-2226, 2020.
7. ALMEIDA, Aparecido Batista de. **Análise espacial da mortalidade por homicídios na Região Metropolitana de São Paulo no período de 2007 a 2013**. 2021. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
8. BAKER, Darren J. e col. Cellular senescence in brain aging and neurodegenerative diseases: evidence and perspectives. **The Journal of clinical investigation**, v. 128, n. 4, p. 1208-1216, 2018.
9. BANDA, Kondwani Joseph e col. Prevalence of oropharyngeal dysphagia and risk of pneumonia, malnutrition, and mortality in adults aged 60 years and older: A meta-analysis. **Gerontology**, v. 68, n. 8, p. 841-853, 2022.
10. BAYRAM, Hatice Merve et al. The relationship between dysphagia, oral health, masticatory performance and activities of daily living in elderly individuals as assessed by the eating assessment tool. **Progress in Nutrition**, 2021..
11. BENTO, Jorge Avelino; SANTOS, Jair Lício Ferreira; LEBRÃO, Maria Lúcia. Fatores associados à sobrevivência de homens idosos em quase 15 anos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210021, 2021.
12. BOMFIM, Fernanda Maria Santana; CHIARI, Brasília Maria; ROQUE, Francelise Pivetta. Fatores associados a sinais sugestivos de disfagia orofaríngea em

idosas institucionalizadas. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2013. p. 154-163.

13. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: 1988. Consultado em 08 de setembro de 2022. Retirado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

14. BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília: 1994. Consultado em 08 de setembro de 2022. Retirado de: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/antigos/lei-no-8-842-de-04-de-janeiro-de-1994>

15. BRASIL. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003. **Estatuto do Idoso**. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Consultado em 08 de setembro de 2022. Retirado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf

16. BRASIL. Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. Consultado em 08 de setembro de 2022. Retirado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

17. BRASIL. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. Consultado em 08 de setembro de 2022. Retirado de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

18. BUSSELL, Scottie Abraham; GONZÁLEZ-FERNÁNDEZ, Marlís. Racial disparities in the development of dysphagia after stroke: further evidence from the Medicare database. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 92, n. 5, p. 737-742, 2011.

19. BUTTORFF, Christine e col. **Multiple chronic conditions in the United States**. Santa Monica, CA: Rand, 2017.

20. CABRE, Mateu e col. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. **Age and ageing**, v. 39, n. 1, p. 39-45, 2010.

21. CARNEIRO, Viviane Santos Mendes; ADJUTO, Raphael Neiva Praça; ALVES, Kelly Aparecida Palma. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, v. 23, n. 1, p. 35-40, 2019.

22. CASTRO, Camila Menezes Sabino e col. Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4153-4162, 2019.

23. CAVALCANTI, Renata Veiga Andersen e col. Screening for masticatory disorders in older adults (SMDOA): An epidemiological tool. **Journal of prosthodontic research**, v. 64, n. 3, p. 243-249, 2020.

24. CECCON, Roger Flores e col. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 17-26, 2021.
25. CNN Brasil, 2022. Dois anos depois, saiba quais foram os efeitos da Reforma da Previdência. In: <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/dois-anos-depois-saiba-quais-foram-os-efeitos-da-reforma-da-previdencia/>
26. COCK, Charles; OMARI, Taher. Systematic review of pharyngeal and esophageal manometry in healthy or dysphagic older persons (> 60 years). **Geriatrics**, v. 3, n. 4, p. 67, 2018.
27. COHEN, Seth M. e col. Association between dysphagia and inpatient outcomes across frailty level among patients ≥ 50 years of age. **Dysphagia**, v. 35, p. 787-797, 2020.
28. CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução CFFa nº 463, de 21 de janeiro de 2015. **Dispõe sobre as atribuições e competências relativas ao profissional Fonoaudiólogo Especialista em Gerontologia, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, seção 1, dia 24/03/2015.
29. COSTA, Iluska Pinto da e col. Qualidade de vida de idosos e sua relação com o trabalho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.
30. CRIMMINS, Eileen M.; ZHANG, Yuan S. Aging populations, mortality, and life expectancy. **Annual Review of Sociology**, v. 45, p. 69-89, 2019.
31. DA MATA SILVA, Wanielly Dayane; DA SILVA, Raphael Henrique; DA PAIXÃO SIQUEIRA, Lidiany. Análise do perfil de envelhecimento populacional versus pacientes idosos polimedicamentosos. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 94941-94955, 2020.
32. DA PAZ, Erivânia Guedes e col. Doenças neurodegenerativas em adultos e idosos: um estudo epidemiológico descritivo. **Revista Neurociências**, v. 29, p. 1-11, 2021.
33. DA SILVA SIMÕES, Celso Cardoso. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016.
34. DA SILVA, Daniel Gonçalves; DA SILVA, Danilo Gonçalves; DE SOUZA, Adelma Ferreira. **Vidas negras importam: violência e racismo no Brasil**. 2019.
35. DA SILVA, Geovana Bezerra e col. Estado nutricional e a incidência de doenças crônicas em idosos: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e7029109038-e7029109038, 2020.
36. DALSANIA, Ankur K. e col. The relationship between social determinants of health and racial disparities in COVID-19 mortality. **Journal of racial and ethnic health disparities**, p. 1-8, 2021.
37. JESÚS ORTIZ-MADRIGAL, María de e col. Seguridad y eficacia de la deglución evaluada por el método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V) y su

asociación con el estado nutricional en menores con labio y/o paladar hendido. **Revista Mexicana de Comunicación, Audiología, Otoneurología y Foniatria**, v. 4, n. 3, p. 95-102, 2015.

38. LIMA ALVARENGA, Eliézia Helena de e col. Continuum theory: presbyphagia to dysphagia? Functional assessment of swallowing in the elderly. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 275, p. 443-449, 2018.

39. OLIVEIRA FREITAS, Elisangela Antônio de; ESPINOSA, Mariano Martinez. Experimentação do tabaco, prevalência e fatores associados entre escolares brasileiros: modelo hierárquico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e41211436437-e41211436437, 2022.

40. SIRE, Alessandro de e col. Sarcopenic dysphagia, malnutrition, and oral frailty in elderly: a comprehensive review. **Nutrients**, v. 14, n. 5, p. 982, 2022.

41. SOUZA, Guilherme Briczinski de; CARDOSO, Anna Carolina Angelos; DE ALMEIDA, Sheila Tamanini. PERFIL DOS PACIENTES IDOSOS AVALIADOS PARA DISFAGIA OROFARÍNGEA. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 16, n. 2, p. 16-16, 2019.

42. STEFANO, Alessandro de e col. Oropharyngeal dysphagia in elderly population suffering from mild cognitive impairment and mild dementia: Understanding the link. **American Journal of Otolaryngology**, v. 41, n. 4, p. 102501, 2020.

43. DELEVATTI, Carine e col. Prevalência e fatores de risco para disfagia orofaríngea em idosos frágeis com fraturas traumato-ortopédicas. **Audiology-Communication Research**, v. 25, 2020.

44. DIJKSHOORN, Aicha BC e col. Prevalence of cognitive impairment and change in patients with breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. **Psycho-Oncology**, v. 30, n. 5, p. 635-648, 2021.

45. DILÉLIO, Alitéia Santiago e col. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 2594-2606, 2014.

46. DO NASCIMENTO MENGES, Ana Paula; CENI, Giovana Cristina; DALLEPIANE, Loiva Beatriz. Fatores associados à renda e escolaridade em idosos com excesso de peso. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 65997-66011, 2020.

47. DOAN, Thanh-Nhan e col. Prevalence and Methods for Assessment of Oropharyngeal Dysphagia in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 9, p. 2605, 2022.

48. DOS SANTOS, Vanessa Cedraz e col. Saúde da população negra no contexto da pandemia da COVID-19: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 2306-2320, 2021.

49. DZIEWAS, Rainer e col. Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia—S1 guideline of the German Society of Neurology. **Neurological research and practice**, v. 3, n. 1, p. 1-30, 2021.

50. EKBERG, Olle; FEINBERG, Michael J. Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases. **AJR. American journal of roentgenology**, v. 156, n. 6, p. 1181-1184, 1991.
51. ENCIU, Ana M. e col. Neuroregeneration in neurodegenerative disorders. **BMC neurology**, v. 11, p. 1-7, 2011.
52. ERKKINEN, Michael G.; KIM, Mee-Ohk; GESCHWIND, Michael D. Clinical neurology and epidemiology of the major neurodegenerative diseases. **Cold Spring Harbor perspectives in biology**, v. 10, n. 4, p. a033118, 2018.
53. ESPINOSA-VAL, Maria Carmen e col. Prevalence, risk factors, and complications of oropharyngeal dysphagia in older patients with dementia. **Nutrients**, v. 12, n. 3, p. 863, 2020.
54. EYIGOR, Sibel e col. Polypharmacy, physical and nutritional status, and depression in the elderly: do polypharmacy deserve some credits in these problems?. **Experimental aging research**, v. 47, n. 1, p. 79-91, 2021.
55. FERRACINI, Rosemberg. Educação geográfica no combate a necropolítica racial do coronavírus. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p. 211-220, 2020.
56. FERREIRA, Cláudia de Oliveira; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; ANDRADE, Fabiola Bof de. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. **Revista de saúde pública**, v. 47, p. 90-97, 2013.
57. FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; CECCON, Roger Flores; FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciencia & saude coletiva**, v. 26, p. 77-88, 2021.
58. FORDE, Allana T. e col. The weathering hypothesis as an explanation for racial disparities in health: a systematic review. **Annals of epidemiology**, v. 33, p. 1-18. e3, 2019.
59. FREIRE, Deborah Ellen Wanderley Gomes e col. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.
60. GARIBOTI, Diuster de Franceschi; SILVA JÚNIOR, Flavio Manoel Rodrigues da. Disparidade Étnico-racial e Mortalidade pela COVID-19: Estudo de Caso com duas Cidades de Médio Porte. **Sociedade & Natureza**, v. 34, 2022.
61. GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da COVID-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.
62. GUIMARÃES, Thayanne Gabrielle Rodrigues; DE OLIVEIRA FRANÇA, Poliana. Condutas terapêuticas para idosos com xerostomia: revisão de literatura. Editora Realiza. 2022
63. HANASHIRO, Darcy Mitiko Mori; PEREIRA, Marie Françoise Marguerite Winandy Martins. O etarismo no local de trabalho: evidências de práticas de

“saneamento” de trabalhadores mais velhos. **Revista Gestão Organizacional**, v. 13, n. 2, p. 188-206, 2020.

64. HOWELLS, Simone R. e col. Client perspectives on living with dysphagia in the community. **International Journal of Speech-Language Pathology**, v. 23, n. 2, p. 201-212, 2021.

65. HU, Zhao e col. The prevalence of and risk factors for dysphagia among elderly residents in nursing homes: a systematic review and meta-analysis. 2021.

66. HUEHNCHEN, Petra e col. Cognitive impairment after cytotoxic chemotherapy. **Neuro-Oncology Practice**, v. 7, n. 1, p. 11-21, 2020.

67. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.

68. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua - Características gerais dos moradores 2020-2021**. 2022. In: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf

69. ISHAK, Asaad e col. Dysphagia in the older age setting. **OBM Geriatrics**, v. 5, n. 3, p. 1-24, 2021.

70. JAMES, Bryan D.; BENNETT, David A. Causes and patterns of dementia: an update in the era of redefining Alzheimer's disease. **Annual review of public health**, v. 40, p. 65-84, 2019.

71. KIM, J. G. e col. Re-evaluation of the prognostic significance of oropharyngeal dysphagia in idiopathic inflammatory myopathies. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, v. 51, n. 5, p. 402-410, 2022.

72. KUROSU, Atsuko e col. Factors associated with self-reported dysphagia in older adults receiving meal support. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 25, p. 1145-1153, 2021.

73. LEAL, Rebeca Cavalcanti e col. Efeitos do envelhecer: grau de dependência de idosos para as atividades da vida diária. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 53931-53940, 2020.

74. LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Desafios de um estudo longitudinal: o Projeto SABE. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 24, p. 166-167, 2008.

75. LEBRÃO, Maria Lúcia e col. 10 Anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2019.

76. MALTA, Deborah Carvalho e col. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

77. MANIACI, Antonino e col. Cognitive Impairment and Mild to Moderate Dysphagia in Elderly Patients: A Retrospective Controlled Study. **Ear, Nose & Throat Journal**, p. 01455613211054631, 2022.
78. MARCHESAN, I. Q.; RUSSO, I. C. P. **Intervenção fonoaudiológica na terceira idade** Revinter, 1999.
79. MARCOTT, Stephen e col. Where dysphagia begins: polypharmacy and xerostomia. **Federal Practitioner**, v. 37, n. 5, p. 234, 2020.
80. MARQUES, Priscila de Paula e col. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, 2020.
81. MARTINS, Josiane de Jesus e col. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, p. 371-382, 2019.
82. MASNOON, Nashwa e col. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC geriatrics**, v. 17, p. 1-10, 2017.
83. MATSUMURA, Erika e col. A survey on medications received by elderly persons with dysphagia living at home or in a nursing home. **Journal of Oral Science**, v. 62, n. 2, p. 239-241, 2020.
84. MCCARTY, E. Berryhill; CHAO, Tiffany N. Dysphagia and swallowing disorders. **Medical Clinics**, v. 105, n. 5, p. 939-954, 2021.
85. MELLO, Raquel Pedroso e col. Dysphagia perception among community-dwelling older adults from a municipality in southern Brazil. **Dysphagia**, p. 1-10, 2021.
86. MICHALSKI, Juliana e col. Multimorbidade em idosos e a relação com a utilização de serviços de saúde. **Sağlık Akademisi Kastamonu**, v. 7, n. Special Issue, p. 63-64, 2022.
87. MIRANDA, Leonardo de Paula e col. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2020.
88. MORAES, Ricardo Montes de e col. Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00354320, 2022.
89. MOUSTACAS, Rackel Spyridion e col. Manejo da disfagia em pacientes em cuidados paliativos de câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 31, p. 1-24, 2023.
90. MURRAY THOMSON, W. e col. A longitudinal study of medication exposure and xerostomia among older people. **Gerodontology**, v. 23, n. 4, p. 205-213, 2006.
91. NASCIMENTO, Milyane Cardoso do. **Hipossalivação em idosos e sua relação com a saúde bucal, mastigação e deglutição**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

92. NEY, Denise M. e col. Senescent swallowing: impact, strategies, and interventions. **Nutrition in clinical practice**, v. 24, n. 3, p. 395-413, 2009.
93. NICOSIA, Mark A. e col. Age effects on the temporal evolution of isometric and swallowing pressure. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 55, n. 11, p. M634-M640, 2000.
94. NISHIDA, Takahiro; YAMABE, Kazumi; HONDA, Sumihisa. Dysphagia is associated with oral, physical, cognitive and psychological frailty in Japanese community-dwelling elderly persons. **Gerodontology**, v. 37, n. 2, p. 185-190, 2020.
95. NOVAIS, Cicero Anderson Lourenço Moreira e col. Influência da autopercepção em saúde bucal na qualidade de vida dos idosos: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, p. 9026-9050, 2022.
96. OHARA, Yuki e col. Xerostomia as a key predictor of physical frailty among community-dwelling older adults in Japan: a five-year prospective cohort study from The Otassha Study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 99, p. 104608, 2022.
97. OLIVEIRA, Letícia Menezes de e col. Solidão na senescência e sua relação com sintomas depressivos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, 2020.
98. OLIVEIRA, Patrícia Carvalho de e col. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1553-1564, 2021.
99. OLIVEIRA, Roberta Gondim de e col. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.
100. OMS. "OMS lança portal com dados mundiais sobre saúde e bem-estar de pessoas idosas. Nações Unidas Brasil, 5 out 2020." Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/94095-oms-lanca-portal-com-dados-mundiais-sobre-saude-e-bem-estar-de-pessoas-idosas>
101. PAIVA, Karina Mary de; XAVIER, Ivy Carpanez; FARIAS, Norma. Envelhecimento e disfagia: uma questão de saúde pública. **Journal Of Agind And Innovation (jai), São Paulo**, v. 1, n. 6, p. 56-67, 2012.
102. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)**. 2022. Consultado em 22 de agosto, 2022. Retirado de: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>
103. PANEBIANCO, M. e col. Dysphagia in neurological diseases: a literature review. **Neurological Sciences**, v. 41, p. 3067-3073, 2020.
104. PEIXOTO, Fábio Cándano. Três ensaios sobre os impactos econômicos do envelhecimento populacional no Brasil. 2019.
105. PEREIRA, Karine Gonçalves e col. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 335-344, 2017.

106. PESSOTO, Umberto Catarino e col. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 351-362, 2007.
107. QIAO, Jia e col. Relationship between Post-Stroke Cognitive Impairment and Severe Dysphagia: A Retrospective Cohort Study. **Brain Sciences**, v. 12, n. 6, p. 803, 2022.
108. RAGHUPATHI, Wullianallur; RAGHUPATHI, Viju. An empirical study of chronic diseases in the United States: a visual analytics approach to public health. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 3, p. 431, 2018.
109. REBOUÇAS, Adriana Gama e col. Fatores associados à prática alimentar de crianças brasileiras de 12 a 23 meses de vida. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 1025-1040, 2021.
110. RECH, Rafaela Soares e col. Frequency and associated factors for swallowing impairment in community-dwelling older persons: a systematic review and meta-analysis. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 34, n. 12, p. 2945-2961, 2022.
111. ROBERTS, Max; REITHER, Eric N.; LIM, Sojung. Contributors to the black-white life expectancy gap in Washington DC. **Scientific reports**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2020.
112. RODD, Bradley G.; TAS, A. A.; TAYLOR, K. D. A. Dysphagia, texture modification, the elderly and micronutrient deficiency: a review. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 62, n. 26, p. 7354-7369, 2022.
113. RODRÍGUEZ, Irene Garcia e col. Impact of dysphagia and malnutrition on the survival of hospitalized patients. **Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.)**, v. 69, n. 10, p. 859-867, 2022.
114. ROMANO-LIEBER, Nicolina Silvana e col. Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo: Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180006, 2019.
115. ROMERO, Dalia e col. Saúde Amanhã: Textos para Discussão 90: A Epidemiologia do envelhecimento: novos paradigmas?. 2022.
116. SANTORO, Patrícia Paula e col. A utilização da videoendoscopia da deglutição para a avaliação quantitativa da duração das fases oral e faríngea da deglutição na população geriátrica. **Arq Int Otorrinolaringol**, v. 7, n. 3, p. 181-7, 2003.
117. SAWADA, S. C. Fatores associados ao AVC entre idosos do município de São Paulo-resultados dos estudos SABE (Dissertação). **Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo**, 2009.
118. SCHMIDT, Tauana Prestes e col. Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

119. SEADE - FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Perfil dos Municípios Paulistas**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2021.
120. SEADE - FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Sistema Seade de Projeções Populacionais**. São Paulo, 2021. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.
121. SECRETARIA MUNICIPAL DE DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA; COORDENADORIA DE POLÍTICAS PARA PESSOA IDOSA. **Boletim do Envelhecimento Ativo**. Ano 1. Nº 001. São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/IDOSO/PUBLICACOES/Boletim_2_2.pdf. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.
122. SECRETARIA MUNICIPAL DE DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA; COORDENADORIA DE POLÍTICAS PARA PESSOA IDOSA. **Boletim do Envelhecimento Ativo**. Ano 1. Nº 002. São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/IDOSO/PUBLICACOES/Boletim_fevereiro_2020%20ok%20COORD%20%20PESSOA%20DOSA.pdf; Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.
123. SECRETARIA MUNICIPAL DE DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA; COORDENADORIA DE POLÍTICAS PARA PESSOA IDOSA **Indicadores Sociodemográficos da População Idosa na Cidade de São Paulo. São Paulo, 2020**. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/IDOSO/PUBLICACOES/Indicadores%20sociais%20\(2\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/IDOSO/PUBLICACOES/Indicadores%20sociais%20(2).pdf) . Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.
124. SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2543-2554, 2018.
125. SHIRAI, Ai e col. Improvement in oral health enhances the recovery of activities of daily living and dysphagia after stroke. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 30, n. 9, p. 105961, 2021.
126. SILVA, Alexandre da e col. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2019.
127. SÓRIA, Giordano Santana e col. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.
128. SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5069-5080, 2021.
129. STAFFORD, Grant e col. Combined multimorbidity and polypharmacy patterns in the elderly: A cross-sectional study in primary health care. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 17, p. 9216, 2021.

130. TRAVASSOS, Guilherme Fonseca; COELHO, Alexandre Bragança; ARENDS-KUENNING, Mary Paula. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 37, 2020.
131. TROEN, Bruce R. The biology of aging. **Mount Sinai Journal of Medicine**, v. 70, n. 1, p. 3-22, 2003.
132. UNO, Chiharu e col. Nutritional status change and activities of daily living in elderly pneumonia patients admitted to acute care hospital: a retrospective cohort study from the Japan Rehabilitation Nutrition Database. **Nutrition**, v. 71, p. 110613, 2020.
133. VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.
134. VICTORA, Cesar G. e col. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International journal of epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.
135. VIEIRA, Ueliton Alves e col. Percepção dos enfermeiros sobre a (não) procura dos homens por Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEMS**, v. 10, n. 1, p. 58-66, 2020.
136. WALSH, Margaret. Swallowing and ageing. **Speech, Language and Hearing**, v. 22, n. 1, p. 2-8, 2019.
137. WOLF, Ursula e col. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in geriatric patients and real-life associations with diseases and drugs. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, p. 1-14, 2021.
138. WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION. **Disfagia: diretrizes e cascatas mundiais. 2014. WGO Practice Guidelines**. Disponível em: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>, Acesso em: 12 de fevereiro de 2021.
139. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework. World Health Organization**. Consultado em 22 de agosto, 2022. Retirado de: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
140. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing and Health Fact Sheets**. 2022. In: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
141. WORLD HEALTH ORGANIZATION.. **Basic Documents**, 45th ed., Supplement. Consultado em 22 de agosto, 2022. Retirado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
142. YOKOTA, Junichi e col. Dysphagia and malnutrition limit activities of daily living improvement in phase I cardiac rehabilitation: a prospective cohort study for acute phase heart failure patients. **Heart and Vessels**, v. 36, p. 1306-1316, 2021.

143. ZHENG, Melissa e col. Disparities in the prevalence of self-reported dysphagia and treatment among US adults. **American Journal of Otolaryngology**, v. 44, n. 2, p. 103774, 2023.

9. ANEXOS

9.1 Anexo I – Fator de Inflação da Variância (VIF)

Anexo I – Valores calculados para o Fator de Inflação da Variância (VIF) entre as variáveis incluídas no estudo.

Variável	VIF	1/VIF
idade3		
1	1.56	0.639578
2	1.54	0.648622
1.sexo	1.39	0.719647
anosescola		
1	2.07	0.482712
2	2.38	0.420615
Racadeff		
1	1.91	0.523926
2	1.04	0.962451
1.rendasuf	1.95	0.511611
1.abvd	1.52	0.656041
1.polifarm~1	2.35	0.426021
Sbucal		
1	1.40	0.713624
2	1.09	0.913667
1.mmdic	3.30	0.302846
1.xerostomia	1.71	0.583170
1.defcog	1.26	0.794969
Mean VIF	1.77	

9.2 Anexo II – Aprovações do Comitê de Ética



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 315/99

Processo nº 25000.024350/99-80 Registro CONEP = 675 (Protocolo CEP 118)
Projeto de Pesquisa: "As condições de saúde dos idosos na América do Sul e Caribe".
Pesquisador Responsável: Dr. Ruy Laurenti
Instituição: Faculdade de Saúde Pública / USP
Área Temática Especial: Pesquisa com cooperação estrangeira.

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, cabem as seguintes considerações:

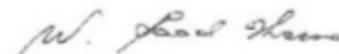
- a) as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais das Res. CNS 196/96 e 251/97, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
- b) o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da instituição.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições da Res. CNS 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, com a seguinte recomendação a ser acompanhada pelo CEP:

- 1) Orçamento financeiro detalhado, especificando a remuneração do pesquisador (Res. CNS 196/96, VI, "j").

Situação : Projeto aprovado com recomendação.

Brasília, 17 de junho de 1999.


WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP-MS



Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

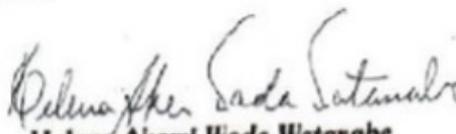
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066-7779 - e-mail: coep@fsp.usp.br

Of. COEP/83/06

14 de março de 2006

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **aprovou** o Protocolo de Pesquisa n.º 1345, intitulado: "PROJETO SABE-2005 - SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", apresentado pela pesquisadora Maria Lúcia Lebrão.

Atenciosamente,


Helena Akemi Wada Watanabe
Professora Doutora

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/23/10

5 de março de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2044**, intitulado **"ESTUDO SABE 2010: SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO - ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE AS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DOS IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Maria Lucia Lebrao**, e considerou que a pendência anteriormente apresentada por este COEP foi atendida. Protocolo de pesquisa **APROVADO "AD-REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: ESTUDO SABE - SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO - Coorte 2015

Estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos no Município de São Paulo.

Pesquisador: YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE

Área Temática:
Versão: 2

CAAE: 47683115.4.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 3.600.782

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto temático sobre saúde do idoso, com base em amostra representativa e seguimento longitudinal (4a onda) de residentes na cidade de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever e analisar padrões de vida e de saúde de idosos na cidade de São Paulo, bem como de seus determinantes e fatores associados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto equacionou adequadamente a avaliação de riscos e benefícios. Já foi aprovado para as ondas anteriores e já havia sido aprovado quanto a esse quesito para a corrente avaliação da 4a onda do seguimento longitudinal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A única pendência levantada dizia respeito à solicitação de informações adicionais quanto ao envio ao exterior de amostras de sangue para a realização de exames genéticos de interesse para o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos obrigatórios. O TCLE informa adequadamente aos participantes do

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira César CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Contribuição do Parecer: 3.600.782

estudo de que sua amostra de sangue poderá ser levada ao exterior para a realização de exames genéticos de interesse para o estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero que os esclarecimentos adicionais prestados pela proponente são suficientes e recomendo aprovação do presente projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_518377.pdf	24/07/2019 16:52:18		Aceito
Outros	Resposta_pendencia_Yeda.docx	24/07/2019 16:51:38	YEDA APARECIDA DE OLIVEIRA DUARTE	Aceito
Declaração de concordância	Justificativasabe.pdf	14/02/2017 17:23:46	Márcia Ferreira dos Santos	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Deacordosabe.pdf	14/02/2017 17:23:46	Márcia Ferreira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL E03092015.pdf	03/09/2015 12:27:45	MARIA LUCIA LEBRÃO	Aceito
Folha de Rosto	pagina rosto Coop SABE 15.pdf	15/06/2015 13:09:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto SABE 2015.pdf	08/08/2015 21:09:45		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira César CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência e fatores associados à Disfagia referida por idosos do município de São Paulo: Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento.

Pesquisador: FABIANA MARTINS SOARES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44300121.4.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.607.178

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação de Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo de informações básicas do projeto [PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1714054.pdf postado em 09/03/2021], do arquivo projeto de pesquisa detalhado [Projeto_Fabiana_Souza.pdf postado em 09/03/2021], e do arquivo Declaração de Pesquisadores (autorizacao_de_uso_dos_dados.pdf, postado em 09/03/2021).

O Projeto "Prevalência e fatores associados à Disfagia referida por idosos do município de São Paulo: Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento" é o projeto de doutorado de FABIANA MARTINS SOARES DE SOUZA, onde serão utilizados dados já coletados em pesquisa realizada em 2006 que teve aprovação do COEP e os participantes, ao serem entrevistados, assinaram o TCLE. O presente projeto não terá entrevistas ou qualquer outro contato com a população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Estimar a prevalência e os fatores associados à Disfagia referida em uma coorte de idosos no município de São Paulo, no ano de 2015.

Objetivos Secundários:

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 4.607.178

- estimar a prevalência da Disfagia referida em uma coorte de idosos no município de São Paulo, no ano de 2015.
- caracterizar a população estudada a partir de um conjunto de variáveis selecionadas, traçando nos diversos momentos de mensuração um perfil do envelhecimento e seus fatores associados, sejam eles de natureza sociodemográfica, cognitiva ou de saúde.
- investigar a associação entre a Disfagia e as diversas variáveis elencadas, buscando salientar possíveis fatores que estejam associados aos processos patológicos e/ou próprios do envelhecimento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Consta que "a autora declara que os pacientes entrevistados no estudo não foram e não serão submetidos a exames físicos, laboratoriais ou a procedimentos invasivos, não havendo a necessidade de novas coletas. Pelas razões acima expostas, considera-se o presente protocolo de pesquisa como risco mínimo. A autora receberá o banco de dados sem identificação dos nomes dos envolvidos. A autora declara que nenhuma informação que permita identificar os sujeitos incluídos no estudo será divulgada, de forma a garantir privacidade, confidencialidade das informações e o anonimato completo dos entrevistados. A autora também se compromete a utilizar os dados assim obtidos, exclusivamente, para os propósitos desta pesquisa"

Benefícios:

Consta que " O Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento tem sido, desde o ano 2000, um importante instrumento epidemiológico para avaliação da saúde do idoso no município de São Paulo. É extensa a produção de trabalhos oriundos do Estudo SABE em diversas áreas do conhecimento. Contudo, não há, até o momento, estudos voltados à ocorrência de Disfagia na população acompanhada. Além disso, a presente proposta lançará luz sobre uma importante lacuna de conhecimento, pouco estudada, a epidemiologia da disfagia. Estudos amplos são escassos, e normalmente contemplam populações acamadas ou institucionalizadas, que dificultam o entendimento desta doença no contexto global da população e sua associação a não apenas uma única condição de exposição, mas aos múltiplos fatores que afetam a população idosa geral. A disfagia é uma condição importante, com grande potencial para determinar o decréscimo da qualidade de vida e ampliar o risco de uma evolução negativa no quadro de diversas doenças crônicas. Entender os fatores determinantes desta condição e sua frequência em uma população amostral pode contribuir sobremaneira na proposta e construção de Políticas Públicas voltadas à

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 4.607.178

essa população

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

“Estudo transversal, descritivo e analítico, sobre a prevalência e fatores associados à Disfagia referida nos idosos acompanhados pelo Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, no ano de 2015. A variável dependente “Disfagia” será construída a partir da pergunta “Nos últimos 12 meses quantas vezes conseguiu engolir bem?”, pertencente ao teste GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), presente no questionário do Estudo SABE. As variáveis independentes, obtidas através do questionário do Estudo SABE, englobam aspectos sociodemográficos, avaliação cognitiva, estado de saúde, estado funcional, uso de medicamentos, acessos a serviços, história de trabalho e fontes de renda

Entrevistados da entrevista já realizada com instrumento de pesquisa: n= 1.224 idosos. Apresenta autorização dos usos de dados pelo coordenador da pesquisa

Manejo da Base de Dados com início em 01/04/2021 e finalização em 31/08/2021

A pesquisa principal foi financiada pela FAPESP. Nesse projeto é informado o financiamento da CAPES por meio de bolsa de estudos para a pesquisadora.

Pesquisadora pede dispensa do TCLE por já ter sido coletado os dados em pesquisa anterior.

Pesquisa de caráter acadêmico para obtenção do título de doutor em ciências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

Recomendações:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais (de 6 em 6 meses) e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo “relatório” para que sejam devidamente analisados pelo CEP

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 4.607.178

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1714054.pdf	09/03/2021 14:28:32		Aceito
Declaração de Pesquisadores	autorizacao_de_uso_dos_dados.pdf	09/03/2021 14:27:21	FABIANA MARTINS SOARES DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Fabiana_Souza.pdf	09/03/2021 14:25:50	FABIANA MARTINS SOARES DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	09/03/2021 14:05:16	FABIANA MARTINS SOARES DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Março de 2021

Assinado por:
José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

10 Currículo Lattes



Francisco Chiaravalloti Neto

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1C

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9465571695962929>

ID Lattes: **9465571695962929**

Última atualização do currículo em 30/06/2023

Possui graduação em Engenharia pela Escola Politécnica da USP (1981), especialização (1985), mestrado (1993) e doutorado (1999) em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP). Obteve, em 2010, o título de Livre Docência pela FSP-USP. É Professor Titular do Departamento de Epidemiologia da FSP-USP, exercendo, atualmente, a chefia do departamento (2022 a 2024). É coordenador do Laboratório de Análise Espacial em Saúde (LAES) desde sua criação em 2013. Desenvolve pesquisa nas áreas de Epidemiologia e Controle de Doenças cujos Agentes são Transmitidos por Vetores, de Análise Espacial em Saúde Pública e de Epidemiologia das doenças infecciosas. É cadastrado com orientador nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e no Programa de Pós-Graduação em Entomologia em Saúde Pública (Mestrado Profissional), todos na FSP-USP. É editor associado das publicações científicas Scientific Reports, BMC Infectious Diseases e Revista Brasileira de Epidemiologia. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

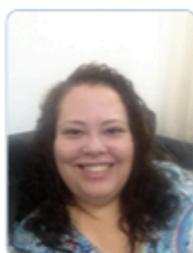
Nome	Francisco Chiaravalloti Neto
Nome em citações bibliográficas	CHIARAVALLOTTI NETO, F.; Chiaravalloti-Neto, Francisco; Chiaravalloti Neto, Francisco; NETO, FRANCISCO; NETO, FRANCISCO CHIARAVALLOTTI; Francisco Chiaravalloti Neto; Neto FC; Francisco Chiaravalloti Neto; CHIARAVALLOTTI NETO, FRANCISCO; NETO, F. C.; Francisco Chiaravalloti Neto; Chiaravalloti-Neto, Francisco; CHIARAVALLOTTI-NETO, FRANCISCO; CHIARAVALLOTTI, FRANCISCO; CHIARAVALLOTTI-NETTO, FRANCISCO; CHIARAVALLOTTI-NETTO, FRANCISCO
Lattes ID	 http://lattes.cnpq.br/9465571695962929
Orcid ID	 https://orcid.org/0000-0003-2686-8740

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública Pacaembu 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617920
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1994 - 1999	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Epidemiologia da dengue nas Regiões de São José do Rio Preto e Araçatuba, São Paulo, 1990 a 1996.  , Ano de obtenção: 1999. Orientador: Prof Dr. José Maria Soares Barata. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Grande área: Ciências da Saúde
1988 - 1993	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Aedes aegypti na Região de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo  , Ano de Obtenção: 1993. Orientador: Prof Dr. Helena Aparecida dos Santos Lima Pereira. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Aedes aegypti; Vetores; Ecologia. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde Humana.
1985 - 1985	Especialização em Engenharia de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1976 - 1981	



Fabiana Martins Soares de Souza

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4499355431652587>

ID Lattes: **4499355431652587**

Última atualização do currículo em 09/07/2023

Fonoaudióloga (1999). Mestre em Educação (2002). Doutoranda do programa de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, atuado junto ao Projeto SABE - Saúde, bem-estar e envelhecimento, investigando a prevalência e fatores associados à Disfagia em idosos do município de São Paulo, SP. Docente de cursos de graduação em Fonoaudiologia. Docente convidada de cursos de Especialização em Educação Especial. Experiência como Tutora Online do Curso de Especialização em Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva do Programa Rede São Paulo de Formação Docente - Redefor. Experiência em atendimento clínico Fonoaudiológico nas áreas da linguagem, alterações neurológicas e disfagia. Experiência em Núcleo de convivência de idosos (NCI), com oficinas de Comunicação e Memória. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Fabiana Martins Soares de Souza
Nome em citações bibliográficas	Soares, F. M. R.
Lattes ID	http://lattes.cnpq.br/4499355431652587

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2017	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Orientador: Prof. Dr. Francisco Chiaravalloti Neto. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
2000 - 2002	Mestrado em Educação (Conceito CAPES 4). Universidade Metodista de Piracicaba, UNIMEP, Brasil. Título: Condições e efeitos para/na construção da identidade por sujeitos surdos: focalizando um estudo de caso em escola inclusiva , Ano de Obtenção: 2002. Orientador: Cristina Broglio Feltosa de Lacerda. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Surdez; Identidade; Educação Especial; Fonoaudiologia; Linguagem. Grande área: Ciências Humanas Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Fonoaudiologia / Subárea: Surdez. Setores de atividade: Educação Pré-Escolar e Fundamental.
1996 - 1999	Graduação em Fonoaudiologia. Universidade Metodista de Piracicaba, UNIMEP, Brasil. Título: Criança surda na escola inclusiva: analisando a construção do conhecimento.. Orientador: Cristina Broglio Feltosa de Lacerda.

Formação Complementar

2022 - 2022	Materials de terapia para reabilitação das afasias e demências. (Carga horária: 4h). Gead Cursos, GEAD, Brasil.
2022 - 2022	Webinar ?Plágio X Similaridade: Como Interpretar um Relatório de Similaridade. (Carga horária: 1h). Turnitin, TURNITIN, Brasil.