



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS
PPGENFBIO**

LIJAMAR DE SOUZA BASTOS

**Disfagia em idosos e os agenciamentos corporal/emocional: efeitos da
implantação de um programa fonoaudiológico de prevenção e
reabilitação**

Rio de Janeiro

2016

Lijamar de Souza Bastos

**Disfagia em idosos e os agenciamentos corporal/emocional: efeitos da implantação
de um programa fonoaudiológico de prevenção e reabilitação**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Área de Concentração:
ENFERMAGEM, BIOCIÊNCIAS, SAÚDE, AMBIENTE E CUIDADO

Orientadora: Prof^a. Dr^a Nêbia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro

2016

Bastos, Lijamar de Souza.
B327 Disfagia em idosos e os agenciamentos corporal/emocional : efeitos da implantação de um programa fonoaudiológico de prevenção e reabilitação / Lijamar de Souza Bastos, 2016.
156 f. ; 30 cm

Orientadora: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.
Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Transtornos de deglutição. 2. Saúde do idoso. 3. Corpo humano. 4. Emoções manifestas. I. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências. III. Título.

CDD – 616.32

Lijamar de Souza Bastos

**Disfagia em idosos e os agenciamentos corporal/emocional: efeitos da implantação
de um programa fonoaudiológico de prevenção e reabilitação**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Área de Concentração:
ENFERMAGEM, BIOCIÊNCIAS, SAÚDE, AMBIENTE E CUIDADO.

Aprovada em 01/03/2016.

Banca examinadora:

Prof^a.Dr^a. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Presidente - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Ilda Cecília Moreira da Silva

Primeira Examinadora – Centro Universitário Oswaldo Aranha

Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Bittencourt Fernandes da Silva

Segunda Examinadora – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado

Terceiro Examinador - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Teresa Tonini

Quarta Examinadora - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

A Deus, o preceito de todos os meus movimentos e atitudes.

Aos meus pais, Luizmar e Maria Olívia e irmãos, Susana e Mauro, o meu amor eterno.

Ao meu marido, pela paciência com o meu tempo dedicado à pesquisa.

Aos meus filhos, Victor e Sofia, pela ausência de muitos momentos; perdoem a mamãe.

AGRADECIMENTOS

Aos membros da banca examinadora, professores (as) doutores (as), pela gentileza e competência com que trataram este estudo, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições na construção desta tese.

À minha orientadora Professora Doutora Nébia Maria Almeida de Figueiredo, pelo acolhimento nesta academia, por acreditar em mim, pelas orientações científicas, pelo conhecimento erudito, pelo exemplo ético de sabedoria e humildade. E, na emoção de suas palavras “[...]gostaria de estar efetivamente na ativa, por isso, me considero uma águia sem ‘bico’ e sem ‘garras’, mas com asas fortes para voar e fazer os meus mergulhos no real e no imaginário” (outorga de professora emérita, 28/09/15), o meu profundo respeito e admiração sempre.

À Professora Doutora Ilda Cecília Moreira da Silva, pela oportunidade e incentivo no caminho científico. Registro também o meu profundo respeito e admiração. Muito obrigada por confiar em mim! `

Ao meu marido Manoel Carlos, amor da minha vida, por todos os apoios nesta trajetória, inclusive nas madrugadas (muitas madrugadas) para levar-me à rodoviária.

Aos meus colegas de doutorado, pelas atividades em equipe e pelo apoio nos momentos de cansaço.

Aos clientes idosos do Grupo Renascer, pelos ensinamentos de vida, de viver, de vivências!

Às coordenadoras do CEMPE, Maria Tércia, Maria Lúcia, Marta Cristina e Regina, pela autorização da pesquisa junto ao Grupo Renascer, pela disponibilidade do espaço ambulatorial e por sempre me receberem com gentileza.

E a todos aqueles que cooperaram para a concretização deste estudo e deste sonho.

What is man? For Hegel, he is a logical subject. For Pavlov, it is a soma, an organism.
For us, man is a social person: an aggregate of social relations, embodied in an
individual.

Lev Semenovitch Vygotsky

RESUMO

BASTOS, Lijamar de Souza. Disfagia em idosos e os agenciamentos corporal/emocional: efeitos de um programa fonoaudiológico de prevenção e reabilitação. 2016.156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O presente estudo se assenta nas emoções e sentimentos dos idosos diante das dificuldades/transtornos de deglutição (presbifagia). Tem como proposta, colaborar com a literatura e a prática neste campo, norteando ações e condutas fonoaudiológicas no âmbito multidisciplinar. Assim, o objeto de estudo é o programa fonoaudiológico de prevenção e reabilitação da disfagia em idosos saudáveis (presbifagia) e tem como objetivo geral implantar um Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica que considere a emoção na disfagia em clientes idosos saudáveis. Foram abordados os agenciamentos de cuidados em saúde na abrangência de um corpo anatômico, fisiológico, biológico, subjetivo e emocional permeado por fatores históricos e socioculturais. A metodologia utilizada é quanti-qualitativa numa pesquisa quase-experimental, na perspectiva da ciência do impreciso e atenção cartográfica. Tal perspectiva busca superar a mera correlação biológica anatomia/fisiologia ou localização/função, pois sofremos influências do mundo exterior, das relações políticas e sociais dos corpos que cuidam e recebem os cuidados. Os participantes foram 91 idosos integrantes do Grupo Renascer, assistidos em um hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado, avaliação fonoaudiológica padronizada e observação sistemática registrados em caderno de campo. No tratamento dos dados utilizaram-se as técnicas para a análise de conteúdo de Bardin (2011). Os resultados revelam as unidades de significação do corpo físico e emocional dos participantes diante do evento do engasgo. A conclusão culmina na afirmação da hipótese de que as emoções e sentimentos são indicadores de intervenção dentro do Programa Fonoaudiológico de Prevenção e Reabilitação da disfagia em Idosos.

DESCRITORES: Transtornos de Deglutição. Saúde do Idoso. Corpo Humano. Emoções Manifestas.

ABSTRACT

BASTOS, Lijamar de Souza. Dysphagia in the elderly and the body / emotional assemblages: effects of a speech therapy program for prevention and rehabilitation 2016. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This present study is based on the emotions and feelings of the elderly in the face of difficulties / swallowing disorders (presbifagia). It has like a proposal to collaborate with the literature and practice in this field, guiding actions and speech therapy conducts multidisciplinary in scope. Thus, the object of study is the speech therapy program to prevent and dysphagia rehabilitation in healthy elderly (presbifagia) and has the general objective to deploy a Prevention and Rehabilitation Speech Therapy Program to consider the emotion in dysphagia in healthy elderly customers. .It Was approached assemblages of health care in the scope of an anatomical, physiological, biological, subjective and emotional body permeated by historical and sociocultural factors. The methodology used is quantitative and qualitative in a quasi-experimental research in the light of the knowledge of inaccurate and cartographic attention. This perspective seeks to overcome the mere biological correlation anatomy / physiology or location / function, provided we suffer influences from the outside world, political and social relations of the bodies that care and receive care. Participants were 91 elderly members of the Revival Group assisted in a university hospital located in the municipality of Rio de Janeiro. Data were collected through a semi-structured questionnaire, standardized clinical assessment and systematic observation recorded in a diary. In the treatment of the data we used the techniques for Bardin content analysis (2011). The results reveal the meaning units of the physical and emotional body of the participants before the choking the event. The conclusion culminates in the statement of the hypothesis that emotions and feelings are intervention indicators within the Speech Therapy Program for Prevention and Rehabilitation of dysphagia in the Elderly.

DESCRIPTORS: Swallowing Disorders. Aging Health. Human body. Expressed Emotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Produções científicas mundiais em disfagia.....	22
Figura 1 - Fluxograma da seleção de artigos científicos com o DeCS deglutition disorders.....	23
Figura 2 – Teoria de Willian James (2001) demonstra a sequência de acontecimentos na experiência emocional consciente.....	38
Figura 3 – As oito emoções básicas de Plutchik (1997).....	40
Figura 4 – Desenho de produção de dados na atenção cartográfica.....	50
Quadro 1 – Exercícios oromiofuncionais adaptados pelas autoras.....	66
Quadro 2 – Manobras posturais e voluntárias.....	67
Figura 5 – Organização da análise – dados qualitativos matematizados.....	70
Gráfico 2 – Total de participantes entrevistados/ avaliados/ orientados.....	71
Gráfico 3 – Idosos sadios e com disfagia orofaríngea neurogênica.....	73
Gráfico 4 – Estado civil dos participantes.....	76
Gráfico 5 – Escolaridade.....	77
Gráfico 6 – Profissões ou condição laboral.....	78
Figura 6 – Mapa da cidade do Rio de Janeiro.....	80
Quadro 3 – Lazeres sociocultural, habilidades do lar e diversos.....	82
Quadro 4 – Atividades cotidianas.....	85
Gráfico 7 – Local das refeições.....	88
Figura 7 – Esquema de organização da análise.....	91
Figura 8 – Palavras plenas do vocabulário de base.....	94
Gráfico 8 – Idosos com e sem queixa de engasgo.....	97

Gráfico 9 – Consistências alimentares.....	98
Gráfico 10 – Idosos sem queixa de engasgo (negam ter engasgo), porém com alteração na avaliação fonoaudiológica.....	98
Gráfico 11 A – Reações vivenciadas diante do evento engasgo.....	100
Quadro 5 A – Frequência decrescente de palavras plenas (Bardin, 2011).....	101
Figura 9 B – Constelação de atributos: sentimentos do engasgo.....	102
Figura 10 C – Resultado da nuvem de palavras (software IRAMUTEQ, 2012).....	103
Quadro 6 – Unidades de significação.....	104
Gráfico 12 – Unidades de significação.....	106
Gráfico 13 – Unidades de significação/ porcentagem.....	107
Quadro 7 – Significação (significante/significado) do engasgo.....	107
Quadro 8 – Frequência decrescente de palavras plenas (Bardin, 2011).....	112
Figura 11 – Constelação de atributos: sinais físicos do engasgo.....	113
Figura 12 – Tríade do sistema estomatognático.....	115
Figura 13 – Esquema da dinâmica corporal diante do evento engasgo.....	116
Figura 14 – Resultado da nuvem de palavras (software IRAMUTEQ, 2012).....	125
Figura 15 – O desenho cartográfico na síntese dos resultados.....	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes de acordo com a faixa etária.....75

Tabela 2 – O vocabulário dos idosos na descrição de alterações de deglutição.....95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
ATM	Articulação Temporomandibular
AVD s	Atividades de Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CA	Câncer
CEMPE	Centro Multidisciplinar de Pesquisa e Extensão sobre o Envelhecimento
CMI	Capitalismo Mundial Integrado
CsO	Corpo sem Órgãos
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DOU	Diário Oficial da União
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DTM	Desordem Temporomandibular
DVD	Digital Versatile Disc
EES	Esfíncter Esofágico Superior
EC	Estímulo Condicionado
EI	Estímulo incondicionado
EVD	Exame Videofluoroscópico da Deglutição
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MS	Ministério da Saúde
OFAs	Órgãos fonoarticulatórios

PAP	Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica Preliminar
PARD	Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica do Risco para Disfagia
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPR	Prótese Parcial Removível
PPRF	Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica
RC	Reação Condicionada
RPG	Reeducação Postural Global
SBFa	Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
SE	Sistema Estomatognático
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO I– INTRODUÇÃO

1.1. Considerações Iniciais.....	17
1.2. Objetivos.....	21
1.3. Justificativa e relevância do estudo.....	21

CAPÍTULO II -BASES MOLAR/MOLECULARES ENTRE O CORPO FÍSICO E A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES EM IDOSOS COM DISFAGIA.....26

2.1. Bases moleculares do corpo físico-biológico: conceituando a deglutição e os aspectos da deglutição no idoso.....	27
2.1.1. Disfagia orofaríngea neurogênica.....	30
2.1.2. O programa de prevenção e reabilitação fonoaudiológica.....	31
2.2. As emoções na dinâmica da vida e os agenciamentos do corpo.....	34

CAPÍTULO III - REFERENCIAL METODOLÓGICO- TEÓRICO.....45

3.1. Da pesquisa qualitativa matematizada, a ciência do impreciso e o método cartográfico.....	45
3.2. O desenho de produção de dados na atenção cartográfica: ação-intervenção...50	
3.2.1. Momentos metodológicos do desenho de produção de dados na atenção cartográfica.....	51

CAPÍTULO IV – O PROCESSO DOS RASTREAMENTOS – SOBREVÔO E VARREDURA NO CAMPO DE PESQUISA.....63

CAPÍTULO V – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....70

5.1. Rastreando e tocando: perfil sociodemográfico - dados qualitativos matematizados.....	71
5.1.1. Número de participantes e gêneros.....	71
5.1.2. Seguindo os critérios de inclusão.....	73
5.1.3. Faixa etária.....	74
5.1.4. Estado civil.....	75
5.1.5. Escolaridade.....	77
5.1.6. Profissão.....	78
5.1.7. Bairros/ comunidades do Rio de Janeiro.....	79
5.1.8. Sobre os problemas de saúde e medicamentos.....	81
5.1.9. Sobre o lazer	82
5.1.10. Sobre as atividades cotidianas.....	85
5.1.11. Onde realizam as refeições.....	87
5.2. Tocando e pousando – dados qualitativos matematizados.....	90
5.2.1. Os sentidos e os significados dos agenciamentos do engasgo no corpo- organização da análise.....	90
5.2.2. Pousando para compreender numa percepção ampliada – reconhecimento atento.....	91
5.3. Dados brutos e a análise de conteúdo lexical e sintático das unidades de significação.....	93

5.3.1. Sobre a deglutição: dados brutos na descrição das alterações de deglutição..	93
5.3.2. Tratamento dos resultados brutos: indícios das unidades de significação lexical e interpretação.....	93
5.3.3. Sobre os sentimentos diante do evento do engasgo: dados brutos na descrição das reações vivenciadas.....	100
5.3.4. Tratamento dos resultados brutos: unidades de significação sintática e interpretação – confirmando as pistas.....	104
5.4. Interpretando os sinais do corpo físico do engasgo.....	112
5.4.1. Compreendendo os sinais do corpo físico do engasgo sob os aspectos biopsicossociais relacionados ao sistema estomatognático no idoso.....	114
5.5. Na pista - refletindo acerca das concepções na produção de dados do corpo físico e emocional.....	117
5.5.1. No campo das percepções e das subjetividades em curso: a culminância dos dados qualitativos.....	123
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
APÊNDICES.....	135
APÊNDICE A - Questionário	136
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	139
APÊNDICE C - Sobre a deglutição: dados brutos na descrição das alterações de deglutição.....	141
APÊNDICE D – Descrição sobre as reações vivenciadas no engasgo.....	145
ANEXOS.....	148

ANEXO A - Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica Preliminar – PAP.....	149
ANEXO B - Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia – PARD.....	152
ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP/HUGG.....	154
ANEXO D - Autorização do CEMPE/HUGG.....	156

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1.1. Considerações iniciais

No Brasil, é definido como idoso a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010). A expectativa de vida vem elevando-se, principalmente com o fomento de inovações na área de saúde. Atualmente, existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa, pelo menos, 10% da população brasileira (*ibid*). Segundo Figueiredo; Santos; Tavares (2012), tendo como referência o Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, “estimativas apontam que serão 32 milhões de idosos no país em 2025, deixando o Brasil em sexto lugar no ranking de países com maior número de idosos no mundo” (p.3).

Um estudo mais recente do IBGE, por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD anunciou, em Julho de 2014, que a comunidade idosa no Brasil é de 26,1 milhões, o que equivale a 13% da população no país.

Neste contexto, tornam-se relevantes os estudos sobre essa crescente população e suas especificidades, dentre elas, a habilidade e a coordenação reduzida no ato de deglutir alimentos ou saliva. Na literatura, a idade avançada é considerada um fator de risco para as alterações de deglutição (MENDES *et al*, 2012). Os idosos dispõem de recursos anatomofuncionais reduzidos e a eficiência da funcionalidade da deglutição acontece por meio de compensações como, por exemplo, o aumento de trânsito do alimento ingerido (*ibid*).

A degeneração fisiológica do mecanismo da deglutição ou presbifagia, como sinais da senescência, ocorre em todas as fases da deglutição, devido às mudanças estruturais, anatômicas e funcionais interferindo no mecanismo da deglutição no idoso sadio¹.

Este estudo se assenta numa grande questão inicial aqui explicitada: como um Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica pode efetivamente prevenir ou

¹ Neste trabalho, admite-se a expressão “idoso sadio” ao envelhecimento livre de acometimentos neurológicos como o acidente vascular encefálico, traumatismo craniano, esclerose lateral amiotrófica, Parkinson, Alzheimer, dentre outras.

reabilita² a presbifagia em idosos? E, surgiu a partir de minhas experiências de cuidar, como fonoaudióloga, de clientes idosos com queixas de dificuldades para deglutir e as sensações provocadas por estas dificuldades.

Nesse espaço tempo, pude vivenciar alguns desafios na rede de média complexidade em saúde. Refiro-me aos desafios relacionados à atenção especializada ambulatorial aos clientes idosos com disfagia, que dizem respeito às queixas e aflições dos idosos quando engasgam, provocando o sentimento de desconforto e medo. A sensação de afogamento por não conseguir respirar e a insegurança de não retornar à normalidade, agravam-se pela falta de intervenção diante desses desafios.

Estes clientes apresentam, frequentemente, a disfagia de grau leve a moderada, implicando possíveis riscos à saúde e condição nutricional. Perceber essa disfagia, me conduz a caminhar a um distanciamento filosófico para concentrar em algo real, que se instala como problema, mas sem esquecer da valorização da vida e da busca de estratégias alternativas que considerem a ética, a estética e as práticas no processo de atender estes idosos com disfagia, estabelecidas em um efetivo Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica.

Além disso, é preciso considerar outro desafio qualitativo que se refere às questões socioculturais que nos permeiam. Vivemos numa sociedade em que alguns momentos da refeição tornam-se oportunidades de lazer, celebração, confraternização, comemoração, reunião entre família e amigos. Portanto, estabelecer a alimentação por via oral de forma segura é uma expectativa frente ao quadro de disfagia em idosos – a presbifagia. Neste contexto, a atenção e os cuidados são específicos, considerando que o processo de envelhecimento não ocorre de forma homogênea em todo ser humano. As alterações orgânicas e emocionais, dificuldades e subjetividades podem variar neste processo, provocando o isolamento social.

Entendendo que a subjetividade humana “é construída historicamente” (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p.390), as influências ambientais e socioculturais que permeiam nosso corpo, o corpo que cuida (fonoaudióloga) e o corpo que recebe os

²Reabilitar o quadro disfágico no âmbito fonoaudiológico, compreende um processo de tratamento clínico, a fim de permitir a alimentação por via oral de forma segura, sem risco de intercorrências como a broncoaspiração. A abordagem de reabilitação requer um programa planejado e personalizado à situação clínica e, que considere a relação com o cliente incluindo seus sentimentos, cultura, preferências e valores promovendo seu bem-estar.

cuidados (cliente), serão abordados enquanto “corpo-saúde” compartilhando sentimentos, emoções na produção de subjetividades (*ibid*).

A alimentação é fundamental para a nutrição e sobrevivência; o ato de deglutir parece ser automático, porém requer uma sequência complexa, integrada e coordenada de atividades neuromusculares programadas no centro medular da deglutição. Por isso, é importante o conhecimento de algumas estruturas anatômicas do corpo, como a cavidade oral, faringe, laringe e esôfago, as quais transportam o bolo alimentar até o estômago. Esse mecanismo anatômico e fisiológico da deglutição deve ser atentamente acompanhado, orientado e controlado. Qualquer interferência ou dificuldade no processo de deglutição, denominado de disfagia, merece ações e atos de cuidar específicos para prevenção e/ou reabilitação desses sinais e sintomas disfágicos. O conhecimento do “corpo biológico” e suas diversas significações definido por Figueiredo; Machado (2009) e de um corpo “anátomo-clínico” definido por Foucault (2003), é importante quando não apartado de seus componentes emocionais, subjetivos, históricos, espirituais, culturais, cognoscentes e singulares. Nesta perspectiva, os autores trazem para reflexão o conceito de corpo inteiro, racional e sensível, segundo Figueiredo; Machado (2009) e a referência de corpo sem órgãos (CsO) discutido por Deleuze e Guattari (1997), nos proporcionando instrumentos essenciais nas práticas de cuidados em saúde.

As convicções políticas e epistemológicas que embasam tais conceitos concebidos pelos seus praticantes (o corpo que cuida e o corpo que recebe os cuidados), exigem a compreensão de que teoria e prática são instâncias complementares e indissociáveis do *fazerpensar*³ dos sujeitos que vivenciam determinado espaço e tempo. Essa ótica concebe essa relação, sujeito e instituições, como sendo uma tessitura, um enredamento, que exige uma interpenetração permanente não devendo ser percebidos como elementos separados da realidade ou de qualquer reflexão.

Nesse sentido, Azanha (2011), ao refletir sobre os Estudos do Cotidiano, reitera que essa perspectiva não busca analisar “os objetos complexos pela sua decomposição nos elementos constituintes” no sentido cartesiano (p. 110), mas *acompanhar* ou

³ A opção por apresentar pares de termos com a grafia em junção, parte da perspectiva de tentar superar a dicotomia suplantada pela razão moderna. A intenção é dar mais clareza às ideias centrais deste trabalho que opta pela indissociabilidade entre estes termos usados separadamente, muitas vezes como pares opostos. Nesse caso, os neologismos são “assumidos como necessidades epistemológica e política de conteúdo da obra” (OLIVEIRA, 2012, p. 08) .

compreender os processos. Essas pesquisas se caracterizam por situar os assuntos da vida cotidiana como uma temática fundamental nos estudos sobre os sujeitos, chamando a atenção para o fato de que a cotidianidade é o núcleo revelador das práticas em “contraposição a tudo o mais que sobra e que é o conjunto de episódios, gestos, palavras, ações, etc, que por serem meramente casuais, circunstanciais e por outras razões, são negligenciáveis” (p. 121).

Partindo deste pressuposto, a cotidianidade é reveladora da totalidade da vida cotidiana porque “ela é chave para a compreensão da natureza da interligação das partes e das tendências da fluência do processo” (p. 122).

Assim cabe refletir: como apreender essa complexidade sem a compreensão dos processos? Como compreender determinadas lógicas de ação dos praticantes apenas com aquilo que a modernidade ensinou: olhar e observar?

Dessa forma, é necessário ressaltar que busca-se mergulhar nas águas do cotidiano aproximando da ideia de Alves (2008), que reitera a necessidade de pesquisar e investigar usando todos os sentidos: olhar, tocar, cheirar, ouvir, intuir, provar o gosto das coisas (humanos e não humanos), e da perspectiva de Ferraço (2003), estudo com o cotidiano, pois a tentativa é de assumir os sujeitos cotidianos não só como participantes da pesquisa, mas como atores principais das questões acerca dos cuidados em saúde.

Assim, torna-se relevante reconhecer e perceber os discursos e as emoções dos praticantes cotidianos: os idosos do Grupo Renascer do Centro Multidisciplinar de Pesquisa e Extensão sobre o Envelhecimento - CEMPE, do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, compartilhando com eles as tensões, os conflitos, as angústias, as tristezas e as alegrias.

O **objeto de estudo** se assenta na prevenção e reabilitação da disfagia em idosos e tem como questões norteadoras:

- Como os idosos se sentem e quais são os efeitos da disfagia - presbifagia - em seu corpo físico e emocional diante da possibilidade e/ou ação de dificuldade de deglutição?
- O que significa, para eles, o ato de se alimentar e que intervenções fonoaudiológicas podem ser acrescentadas ao Programa de Prevenção e Reabilitação?

- Ao implantar um Programa de prevenção e reabilitação da disfagia em idosos - presbifagia - pode-se cogitar que as emoções vividas na dificuldade de deglutir são sintomas a serem considerados?

1.2. Objetivos

Estas questões sugerem os seguintes objetivos geral e específicos:

Objetivo geral: Implantar um Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica que considere e analise a emoção na disfagia em clientes idosos sadios, atendidos em ambulatório especializado.

Objetivos específicos:

- Identificar como os idosos se sentem diante da presbifagia;
- Identificar os efeitos de ordem física e emocional destacados como indicadores de intervenção e tratamento, podendo ser instituídos para o alívio do sintoma de engasgar, conferido pelos clientes.
- Analisar e discutir os efeitos das emoções sentidas pelos idosos diante da presbifagia, apontando as implicações e os efeitos do programa implantado.

A hipótese substantiva ou o pressuposto sugere a seguinte afirmativa a ser ou não confirmada:

A atenção às emoções sentidas pelos idosos com presbifagia têm efeitos significativos na prevenção e/ou reabilitação desta alteração de saúde, quando submetidos a um programa fonoaudiológico.

1.3. Justificativa e relevância do estudo

A justificativa do estudo se apoia sobre algumas reflexões:

De acordo com a Dysphagia Research Society, o Brasil ocupa a quarta posição em produção científica na área de disfagia, nos trabalhos científicos publicados entre 2001 e 2011(PLOWMAN, 2012). À frente, encontram-se os Estados Unidos da

América com 43,20% dos trabalhos, seguidos do Japão (22,20%) e a União Europeia (8,50%), conforme demonstra o gráfico 1.

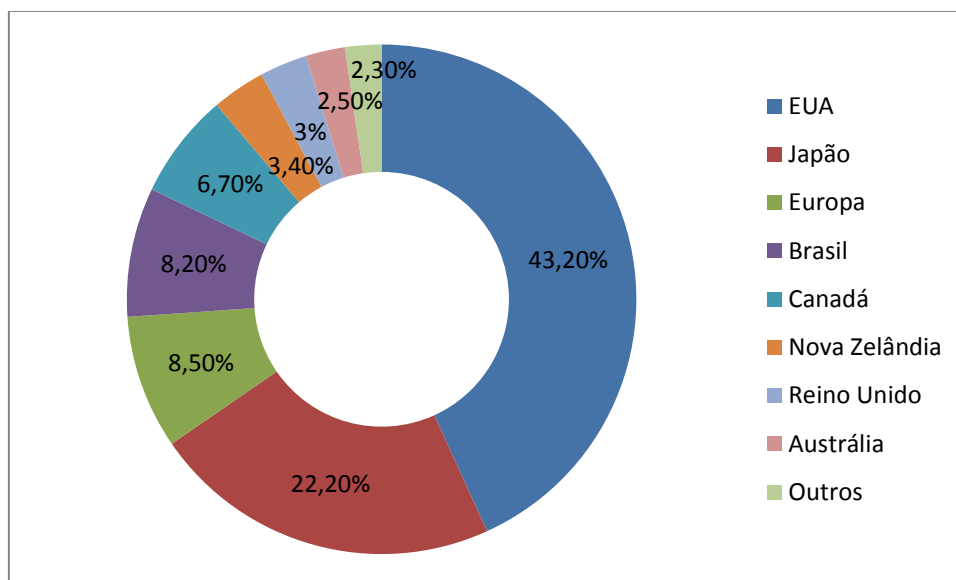


Gráfico 1 – Produções científicas mundiais em Disfagia.

Fonte: Dysphagia Research Society (2001-2011).

Nessa ordem, o Brasil atinge 8,20% do volume de produção científica, lembrando que a diferença para a União Europeia, na qual se agrupam vários países, é de apenas três trabalhos.

Ainda, de acordo com a Revista do Sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia (2013), o estudo revela que “a maioria das produções brasileiras sobre disfagia foi realizada por fonoaudiólogos”, destacando a fonoaudiologia brasileira na comunidade científica mundial. O profissional fonoaudiólogo foi responsável por 50% dos trabalhos científicos no ano de 2001 e 46% em 2011. Outras profissões da área de saúde como dentistas, otorrinolaringologistas, gastroenterologistas, entre outros profissionais, vêm em seguida (*ibid*).

Santoro (2008) refere que no Brasil, a partir da década de 90, vem crescendo o envolvimento de pesquisadores com a disfagia orofaríngea, mas ainda necessita-se de estudo e dedicação à temática. Sobre as pesquisas em disfagia orofaríngea, Silva (2007)

ressalta a tendência na valorização dos procedimentos de avaliação, sendo poucos os estudos e pesquisas que se referem à reabilitação.

Sob a ótica da reabilitação que permeia o presente estudo, fez-se a busca avançada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS – www.bireme.br) utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS) na língua inglesa: *deglutition disorders*, *health of the elderly*, *human body*, *expressed emotion*.

Adotaram-se os seguintes filtros: artigos com textos completos a partir do ano de 2009 disponíveis nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa relacionados à terapia e reabilitação dos transtornos de deglutição. As bases de dados nacionais e internacionais com indexadores Cochrane, Medline, Lilacs, SciELO.

Encontrou-se o total de 17.020 artigos para o DeCS *deglutition disorders*, e 143 artigos após a aplicação dos filtros mencionados, conforme descrição abaixo (figura 1).

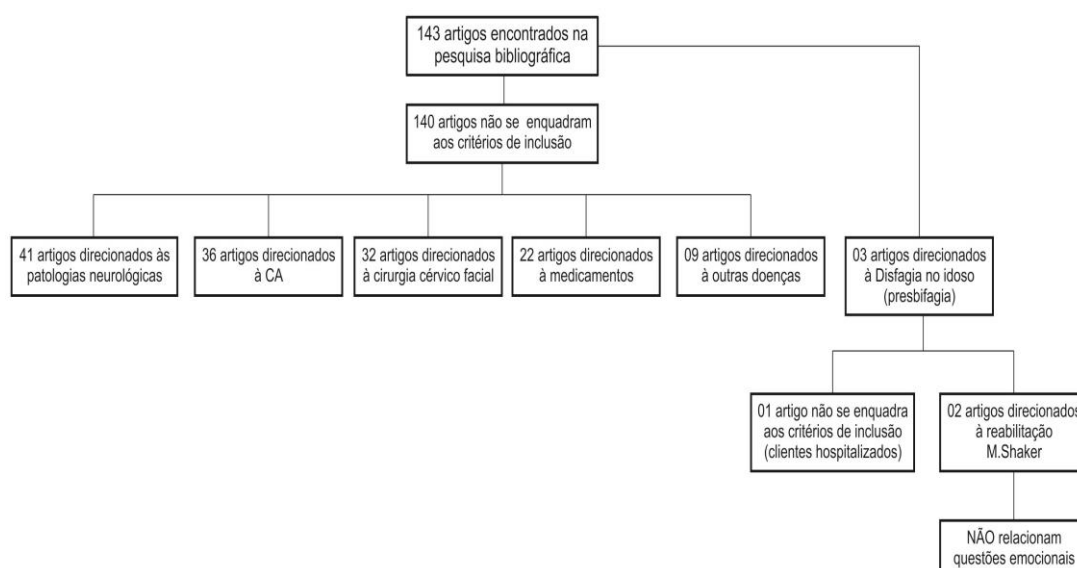


Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos científicos com o DeCS *deglutition disorders*. Fonte: BVS, Mai.2015.

Entre os 143 artigos encontrados, 140 não se enquadram nos critérios de inclusão da pesquisa, pois: 41 artigos estavam direcionados às diversas patologias neurológicas (demência, doenças desmielinizantes, síndromes); 36 artigos relacionavam o câncer de cabeça e pescoço/cérvico facial e o tratamento em radioterapia e

quimioterapia; 32 artigos sobre cirurgias cervicais, traqueostomia, laringectomia, esofagectomia, glossectomia, stent esofágico; 22 artigos relacionavam o tratamento da disfagia com o uso de medicamentos como toxina botulínica, psicotrópicos e corticóide; em 9 artigos a disfagia estava correlacionada a comorbidades como DPOC, esofagite, herpes simples, tuberculose, estenose esofágica, abscessos, dentre outros.

Entre os 3 artigos propriamente direcionados ao tema em pesquisa - disfagia no idoso (presbifagia): 1 tratava de idosos hospitalizados e 2 utilizavam a Manobra de Shaker⁴ na reabilitação, porém ambos não consideravam as questões emocionais dos idosos.

Em relação aos indivíduos idosos, acima de 65 anos de idade, com dificuldade de deglutição, sem causa neurológica associada, há referência às alterações em todas as fases da deglutição (VIDIGAL; RODRIGUES; NASRI, 2001). Essas alterações referem-se à degeneração fisiológica estrutural e funcional do mecanismo da deglutição.

Os dados epidemiológicos demonstram que a disfagia acomete 16% a 22% da população acima de 50 anos, alcançando índices de 70% a 90% de distúrbios de deglutição nas populações mais idosas (SANTORO, 2008). Isto demonstra a elevada incidência de disfagia (presbifagia) em idosos. O aumento da expectativa de vida e sobrevida dos indivíduos idosos, graças ao avanço e aprimoramento tecnológico de equipamentos, medicamentos e de equipes de saúde, contribuem também para o aumento dos indivíduos idosos que cursam com as disfunções da deglutição.

Diante desses dados epidemiológicos, o Ministério da Saúde e Conselho Federal de Fonoaudiologia elaboraram um folder explicativo sobre disfagia, com o título “Viver a vida sem perder o sabor é envelhecer com saúde”. Neste, são abordados os aspectos da deglutição, especialmente no envelhecimento, os sintomas da disfagia, orientações durante a alimentação e a importância do diagnóstico e tratamento.

Ainda na esfera federal, a Área Técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), elaborou o Guia Prático do Cuidador no qual descreve algumas orientações básicas em relação ao sintoma de dificuldade para engolir (disfagia). Estas orientações são dirigidas à oferta fracionada de alimentos durante o dia, posição sentada

⁴ Manobra de Shaker: Consiste em solicitar ao cliente que permaneça na posição deitada, de barriga para cima e levantar a cabeça olhando para os pés sem tirar os ombros da cama durante 1 minuto e descansar 1 minuto. O efeito desta manobra é fortalecer a musculatura supra-hióideia e consequente facilitação da abertura do Esfíncter Esofágico Superior – EES (MORAES; ANDRADE, 2012).

ou reclinada para minimizar os engasgos, consistências alimentares mais adequadas evitando os alimentos mais densos (duros), farinhentos e secos.

O Departamento Científico de Disfagia da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa, institui o dia 20 de Março como ‘Dia Nacional da Atenção a Disfagia’. A data refere-se à publicação da Resolução nº 383 de 20 de Março de 2010 do Conselho Federal de Fonoaudiologia, a qual reconhece a disfagia como especialidade. A SBFa disponibiliza um folder explicativo sobre o ‘Dia Nacional da Atenção a Disfagia’ com o objetivo de “auxiliar a população a reconhecer esse sintoma, alertar sobre seu risco para a saúde, divulgar medidas de prevenção e orientar sobre o que fazer diante da suspeita de disfagia” (<http://www.sbfafa.org.br>; acessado em 01/03/15).

Logo, a proposta desta tese vem colaborar com a literatura e a prática neste campo, norteando ações e condutas fonoaudiológicas preventivas e de reabilitação no âmbito multidisciplinar.

Para atingir tal intenção, é necessário a implantação de um Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica, sendo uma ferramenta importante para a saúde pública, viabilizando uma intervenção planejada e sistematizada nos pacientes idosos. Nesta perspectiva, pretende-se contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas idosas que sofrem com o curso desta patologia.

Desta forma, espera-se alcançar os dados epidemiológicos sobre a disfunção em questão – presbifagia – na população idosa sadia, considerando seus sentimentos diante das dificuldades de deglutição. Assim, os resultados obtidos podem produzir impacto sobre os cuidados em conduzir a avaliação, tratamento e prevenção do processo de degeneração fisiológica da deglutição em idosos.

Diante dessas considerações, acredita-se ser possível caminhar para uma construção e vigilância epistemológica e epidemiológica, procurando sistematizar as relações entre saúde e ciência. Não obstante, a busca por um conhecimento prudente (SANTOS, 2010) requer facultar credibilidade aos conhecimentos científicos e não-científicos, explorando a pluralidade interna da ciência e interação de saberes.

Nesse sentido, abordaremos a seguir aspectos teóricos que procuram embasar o desenvolvimento da pesquisa proposta.

CAPÍTULO II - BASES MOLAR/MOLECULARES ENTRE O CORPO FÍSICO E A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES EM IDOSOS COM DISFAGIA

Encontrar os fundamentos teóricos que sustentam e criam uma rota de colisão “possível” quando se buscam as bases da emoção num corpo físico-biológico e no corpo que se emociona diante da disfagia, aparentemente, esperada como normal na terceira idade ou no idoso, é sempre desafiador. As emoções, enquanto intensidades corporais que se expressam subjetivamente podem nos indicar novos modos de diagnosticar ou tratar a disfagia.

É sabido que o presente estudo pode apresentar uma fragilidade no conhecimento de unir dois fundamentos com sentidos diferentes; todavia é possível se aventurar e ousar sair da mesmice de olhar a faringe, a laringe para olhar o sujeito e acreditar que suas emoções são indicadores de intervenções. É possível também reconhecer o corpo como fonte de vida, de prazer e de desejo, que é memória e história, que tem saber e muitas outras combinações de ser e de viver, mesmo sendo idoso.

Desse modo, o terreno escolhido para sustentar esse estudo, é movediço, numa linguagem ‘gaga’ e, por que não dizer, ‘estrangeira’ para aqueles acostumados a pensar em doença e encontrar sinais e sintomas que justifiquem suas ações de cuidar.

Não é demais enfatizar a necessidade identificada de avanços no campo do conhecimento e no campo da prática, de forma estruturada e organizada. E neste sentido, capturar na subjetividade de cada idoso as emoções que antecedem, que se instalam e permanecem após um evento - o engasgo – não só como sintoma, mas como um sentimento que freia seu modo de se alimentar e de viver saudavelmente. Logo, apresentamos esse capítulo em duas partes, a seguir.

2.1. Bases moleculares do corpo físico-biológico: conceituando a deglutição e os aspectos da deglutição no idoso – presbifagia

Basicamente concorda-se com Tubero (2003) por entender a deglutição como o ato de engolir, ou seja, o transporte do bolo alimentar ou de líquidos da cavidade oral até o estômago. Consiste numa atividade neuromuscular muito complexa, que pode ser iniciada conscientemente, o que se completa mediante a integração no sistema nervoso central de impulsos aferentes e eferentes, organizados no centro da deglutição – substância reticular da medula oblonga (MARCHESAN, 1993).

A deglutição envolve as estruturas interdependentes da cavidade oral, faringe, laringe e esôfago, estruturas ósseas, músculos, tecidos, sistema límbico e os nervos cranianos (V, VII, IX, X, XI, XII) com funções motoras e sensitivas.

Apesar de ser um processo contínuo e dinâmico, a deglutição é dividida tradicionalmente em três fases: oral, faríngea ou faringolaríngea e esôfago-gástrica ou esofágica (MARCHESAN, 1993). Alguns autores referem a divisão didática em quatro fases: preparatória ou antecipatória, oral, faríngea e esofágica (ANGELIS; FÚRIA, 2001).

A *fase preparatória ou antecipatória* inicia-se com o alimento no prato e a antecipação do que se vai ingerir. Logo, a apresentação, o aroma, a temperatura estimula o paladar e a produção de saliva. Acredita-se que, esta fase é influenciada pela dimensão subjetiva dos processos de subjetivação na articulação ética e política denominada de *ecosofia* por Guattari (2013), a qual descreve três registros ecológicos - o do meio ambiente, o das relações sociais e o da subjetividade humana. Desta forma, considera-se o cliente idoso e os outros atores (família, fonoaudiólogo) inseridos num macroambiente e microambiente de práticas de cuidados, buscando perceber as subjetividades e singularidades que permeiam as relações sociais para atender aos desejos e não, apenas, às necessidades.

A *fase oral* depende da vontade de cada um e, por isso, é chamada de voluntária. Cabe aqui, o estudo dos desejos que, segundo Deleuze (1997), não significa a falta (inserida no mundo das ideias para Platão), mas é produção do real, em movimento, portanto, não acaba e não é promessa de satisfação estática. O autor acrescenta que

somos “máquinas desejantes” nessa dinâmica dominante num plano imanente entre o corpo, as relações sociais, o ambiente e os desejos que se aguçam neles.

A *fase oral* é subdividida em quatro estágios: qualificação, preparação, organização e ejeção oral do bolo alimentar para a faringe, com uma breve apnéia e início da fase involuntária da deglutição. Os nervos cranianos: Vº – trigêmio, VII – facial, IX – glossofaríngeo, X – vago, XI – acessório, XII – hipoglosso, são responsáveis pela adequada coordenação da fase oral (ANGELIS; FÚRIA, 2001). Ao contrário, podemos encontrar as alterações como o trânsito oral aumentado, diminuição da sensibilidade e/ou mobilidade dos órgãos oromiofuncionais, refluxo nasal de alimento, dentre outros, propiciando o risco de broncoaspiração.

Estas ‘divisões’ da deglutição favorecem o estudo e a compreensão sobre a organização, movimentos e posturas alimentares, indicando ao fonoaudiólogo as condutas necessárias. Não obstante, a presente pesquisa pretende buscar as práticas de cuidados em saúde sob a visibilidade do Corpo Sem Órgãos, “capaz de operar pelos afectos” (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

Em continuidade ao processo fisiológico da deglutição, o estágio de ejeção oral dá início à fase involuntária da deglutição – a *fase faríngea ou faringolaríngea*. Nesta, a deglutição é reflexa e envolve uma sequência complexa de movimentos transportando o bolo alimentar da faringe até o esôfago, pela contração dos músculos da faringe. Para que isso aconteça sem intercorrências, duas condições são fundamentais: é necessário proteger a laringe, a traquéia e o pulmão da entrada de qualquer alimento e é preciso que ocorra a abertura do esôfago.

Uma vez no esôfago – *fase esôfago-gástrica ou esofagiana* – o bolo alimentar é empurrado pela ação peristáltica esofágica até o estômago (TUBERO, 2003).

Ao término da deglutição, a laringe volta à posição de origem, retornando a respiração.

Essas fases da deglutição ocorrem nas diferentes etapas da vida humana e, especialmente no idoso, pode sofrer influências de suas susceptibilidades. De acordo com Figueiredo; Santos; Tavares (2012) “o processo do envelhecimento delimita mudanças expressivas de ordem individual, familiar e social, cada uma com seus significados e relevâncias” (p.1).

Viver é uma longa caminhada e envelhecemos, gradativamente, a partir do momento em que nascemos, chegando à senescência que, segundo Canongia (2010) é a fase da existência em se compartilhou diversas situações sociais e que se percebe nitidamente o envelhecer da vida. Nesse sentido,

“Diversos estudos sobre o envelhecimento e a morte, que utilizam a Sociopoética⁵ como abordagem teórico-metodológica, evidenciaram que não é possível discutir o envelhecimento e a morte sem pensar no nascimento e na vida. [...] É importante considerar o ciclo da vida como um processo contínuo e permanente de envelhecer” (FIGUEIREDO; SANTOS; TAVARES, p. 2, 2012).

Em relação à presbifagia, enquanto alteração da deglutição em idosos sadios, Robbins (1996) destaca em seu estudo algumas alterações estruturais referentes à fase oral da deglutição,

“[...] a alteração da mucosa oral, a decomposição do osso alveolar, língua, o declínio do número de unidades motoras funcionais após a quinta década contribuindo para a fraqueza e o desperdício, a atrofia da massa muscular aos 60 anos, o aumento dos tecidos conectivos e adiposos na língua, a diminuição do olfato a partir dos 60 anos e a possibilidade de aumento do limiar da gustação para um sabor específico” (ROBBINS, 1996).

Logo, as mudanças na fase oral, referem-se ao aumento da quantidade de tecido conjuntivo da língua, perda da dentição, da redução da força mastigatória e no prolongamento da fase orofaríngea (VIDIGAL; RODRIGUES; NASRI, 2001). Os autores ainda relatam que as mudanças na fase faríngea estão relacionadas com a redução do grau de elevação anterior da laringe, atraso na excursão hiolaríngea e variações de pressão e trânsito faríngeo. Quanto à fase esofágica, demonstra características de relaxação, redução da pressão e assimetria axial do esfíncter esofágico superior – EES, aumentando a duração desta fase da deglutição (*ibid*).

Da mesma forma, aspectos cognitivos e comportamentais - distúrbios da atividade psicomotora, temporoespaciais, perceptivos, alterações de memória e compreensão - também interferem no processo da deglutição (HERNANDEZ; MARCHESAN, 2001). As funções cognitivas como a memória e a percepção colaboram para os fatores que antecedem a deglutição, quando o alimento ainda está no prato. Assim, consegue-se prever o sabor, a temperatura, a consistência, a necessidade ou não de mastigar o alimento antes de engolir, estimular a produção de saliva e organizar a deglutição.

⁵Sociopoética refere-se à poesia crítica sobre determinado estudo, cujos dados são elaborados em coparticipação dos sujeitos e do pesquisador, produzindo um conhecimento que traz em sua singularidade um novo discurso na geração de dados e na reflexão acerca deles (FIGUEIREDO, 2012).

2.1.1. Disfagia orofaríngea neurogênica

Para Tubero (2003) “a disfagia é qualquer alteração ou dificuldade que ocorre no transporte do alimento da boca até o estômago durante a alimentação”(p.7). Porém, nesta pesquisa, destacam-se as diferenças entre a dificuldade de deglutição pelo processo de envelhecimento sadio - presbifagia, para o qual se direciona o estudo; e por causas neurológicas, aqui elucidadas apenas para a compreensão didática e diferenciação entre disfagia orofaríngea neurogênica e a presbifagia.

A disfagia orofaríngea neurogênica é causada por desordens neurológicas - acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico, doenças degenerativas (esclerose lateral amiotrófica, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, demências), esclerose múltipla- com frequentes alterações a nível oral e ou faríngea.

Segundo Santini (1999), as disfunções neurológicas podem afetar a ação muscular responsável pelo transporte do bolo alimentar da cavidade oral para o esôfago. A disfagia orofaríngea neurogênica caracteriza-se por uma série de sintomas, como: dificuldades em iniciar a deglutição, alterações na mastigação, aumento do trânsito oral, regurgitação nasal, xerostomia, tosse e/ou engasgos antes, durante ou após as refeições (aspiração silente), dentre outros. Como consequência, podem-se encontrar algumas manifestações clínicas como desidratação, desnutrição e afecções pulmonares.

O cliente/doente neurológico tem características crônicas e frequentemente está dependente de familiares ou cuidadores. Por isso, é essencial o acompanhamento da família durante a avaliação e o processo de reabilitação, a fim de participar da história clínica, contribuindo para o diagnóstico e prognóstico. O trabalho clínico integrado à família possibilita compreender as expectativas, evoluções e novas condutas na reabilitação fonoaudiológica.

2.1.2. O programa de prevenção e reabilitação fonoaudiológica

O Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica prevê a avaliação, orientação e tratamento fonoaudiológico planejado para idosos sadios com dificuldades de deglutição - presbifagia.

A avaliação inicial inclui a própria avaliação clínica fonoaudiológica, anamnese, investigação dos órgãos e funções fonoarticulatórias e sistema estomatognático.

A avaliação clínica fonoaudiológica é pautada na prática baseada em evidências e protocolo respaldado cientificamente. Esta prática fundamenta-se na tríade, denominada por Andrade (2012) de mapa de evidência: evidência científica, expertise clínico, crenças e valores do paciente. Nesta perspectiva acrescenta-se, na presente pesquisa, o estudo das emoções nos idosos, o qual Maturana (2009) biologicamente define como “disposições corporais que determinam ou especificam domínios de ações” (p.16).

Em relação à tríade determinada na prática baseada em evidências, “quanto maior o grau dessa interação, melhor será a fundamentação do raciocínio clínico, da opção diagnóstica e da opção terapêutica” (ANDRADE, p.3, 2012). Nessa vertente, a prática baseada em evidências traz a possibilidade de conhecimento por meio do empirismo que, segundo Hessen (1999) parte de fatos concretos, a experiência como fonte do conhecimento, não valorizando princípios preestabelecidos. O autor comenta que há dois tipos de experiência: a *interna*, que consiste na autopercepção e reflexão e a *externa*, enquanto percepção sensível ou sensação (p.56). O empirismo propõe um raciocínio indutivo a partir de propriedades particulares correlatas, das quais derivam as generalizações como um elemento fundamental da lógica. Porém, mesmo em direção ao provável, pode haver outras possíveis descobertas propondo novos paradigmas de compreensão do mundo. Em relação a isto, apesar de John Locke (1632-1704) e David Hume (1711-1776) - ambos representantes do empirismo - combaterem a doutrina das ideias inatas, reconheceram que há outro saber independente da experiência como, por exemplo, a matemática.

Não obstante, a experiência não deverá ser obstáculo para a crítica da relação entre o agente cognoscente (pesquisador) e o objeto cognoscível (fenômeno), portanto,

refutável, confrontável e não depositário. Reconhece-se que a experiência é um importante fator do conhecimento, porém, aliada ao mundo platônico das ideias - como uma síntese entre racionalismo e empirismo - fundamenta-se o intelectualismo de Aristóteles, logo, “por meio dos sentidos, recebemos imagens perceptivas dos objetos concretos” (HESSEN, 1999, p.61). Então, cabe perguntar: o que se pode conhecer? O que se pode fazer ou esperar?

Immanuel Kant (1724-1804) traz uma tendência mediadora entre o conhecimento *a posteriori* de origem empírica e o conhecimento *a priori* (formas e funções da consciência, do pensamento) oposto ao empírico, ou seja, adquirido independente da experiência. Para o filósofo prussiano,

“As características evidentes de um conhecimento *a priori*, que são a necessidade e a universalidade precisa, estão unidas e são inseparáveis. Na prática, é mais difícil mostrar a contingência nos juízos que a limitação empírica de um conhecimento. Também a necessidade absoluta é menos evidente que a universalidade ilimitada. Com tudo isso, convém fazer uso separadamente desses dois critérios, pois cada um é infalível por si mesmo” (KANT, p. 14-15, 2009).

Assim, pode-se conjecturar que ambas – *a posteriori* e *a priori* – compartilham as evidências psicológicas na produção do conhecimento. Da mesma forma, “a teoria é indispensável para o desencadeamento do processo de investigação” (MARTINS; THEÓPHILO, 2009) e completa Karl Popper (1902-1994) na formulação do raciocínio hipotético-dedutivo que “o critério de cientificidade de uma teoria reside na possibilidade de invalidá-la, refutá-la ou ainda de testá-la” (POPPER, 1980). Portanto, uma teoria não é produzida, apenas, por observação ou deduzida de constatações particulares, pois a conclusão projeta-se por saltos e rupturas sucessivas, estabelecendo uma renovação e reorganização da própria teoria.

A distinção entre as ciências ideais (racionalista, fatores racionais) e as ciências reais ou ciência da natureza (empirista, fatores empíricos) está, paradoxalmente, na junção de conteúdos da consciência: intuitivos, não intuitivos, sensoriais e intelectuais (HESSEN, 1999). As proposições aqui estudadas mesclam tais conteúdos que evidenciam os conceitos como “algo especificamente distinto das percepções e representações e formam uma classe especial de conteúdos de consciência” (p. 64).

Ao debruçar, brevemente, sobre algumas doutrinas epistemológicas de possibilidades do conhecimento e buscando a contribuição de cada uma para o processo científico, na integração avaliativa, serão adotados dois protocolos padronizados, a

saber: o PAP - Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica Preliminar (anexo A) elaborado por Mangili; Moraes; Medeiros (2012) e o PARD - Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica do Risco para Disfagia (anexo B) elaborado por Padovani *et al* (2012). Ambos os protocolos visam, dentre outros, perceber os aspectos que envolvam as estruturas e fisiologia da respiração, da voz, dos órgãos oromiofuncionais/fonoarticulatórios e cervicais, além de identificar e interpretar as alterações na dinâmica da deglutição, garantindo ao fonoaudiólogo as informações necessárias para a oferta de alimentos com segurança (*ibid*). A estes (PAP, PARD) serão aproximadas e adaptadas as questões emocionais que se pretende investigar.

As orientações fonoaudiológicas cabem aos clientes idosos como uma ação preventiva ou de reabilitação da deglutição relativamente sadia, ou dos efeitos do envelhecimento sadio na deglutição.

As intervenções no tratamento incluem modificações dos padrões, ambientes e hábitos alimentares, consistências e temperatura dos alimentos, posições e manobras facilitadoras da deglutição, orientações antes, durante e após a refeição, dentre outros. Tradicionalmente, a abordagem da reabilitação fonoaudiológica é fundamentada sobre a adequação dos órgãos e funções do sistema estomatognático, uma vez que, na presbifagia, encontram-se alterações estruturais e funcionais no mecanismo do ato de engolir e em todas as fases da deglutição – preparatória ou antecipatória, oral, faríngea ou faringolaríngea e esôfago-gástrica ou esofagiana.

Em relação às investidas tecnológicas propostas no referido programa, cabe a reflexão de que a evolução tecnológica e técnicas aplicadas não devem se sobrepor às capacidades humanas de quem oferece o cuidado (fonoaudiólogo) e nem de quem os recebe (clientes idosos). A cada período histórico no qual se vive, o ambiente deve favorecer a reciprocidade dos corpos (corpo-real-subjetivo) como espaços de interconexão de sentidos (FIGUEIREDO *et al*, 2009) e de condutas afetivo-relacionais.

Segundo Santos (1999), neste espaço onde todos se encontram, mergulhados em novos caminhos tecnológicos, adquiri-se um “conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações”. Para o autor, tais sistemas configuram uma paisagem com objetos naturais, objetos fabricados pelo homem e diversas ações correlacionadas a este espaço produtivo e transformador. Neste espaço, conectado com a paisagem, renovam-se e adaptam-se, constantemente, as novas necessidades humanas como propostas

emergentes de cuidados à saúde. Nesse sentido, as intervenções clínicas tecnológicas dependem da tríade equilibrada – ambiente, corpo, cuidado – pois assim, a tecnologia se soma à qualidade psíquica inata do ser humano que é a tendência à vida. Nesta perspectiva dinâmica, a intenção é de atender aos novos paradigmas de formas de produção social inseridos no ambiente de cuidados à saúde.

2.2. As emoções na dinâmica da vida e os agenciamentos do corpo

A formação do fonoaudiólogo é intensamente fundamentada num conhecimento científico-biomédico que tenta dar conta de um discurso de saúde, baseado no diagnóstico e tratamento de sinais e sintomas da doença. Aparentemente é um olhar racional para o que é concreto, visível e mensurável no corpo.

Isso reflete o paradigma da modernidade, cujo princípio do Mercado pauta-se na racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da tecnologia; a cientificização era a solução e a verdade aceita sem contestação pela sociedade, como uma hierarquia cognitiva prepotente subordinada a modelos e saberes científicos explicativos de diversos fenômenos ou problemas. As formas científicas, nessa configuração paradigmática, são construídas para representar e interpretar as coisas de natureza complexa, na busca de uma ordenação do mundo.

Superar as concepções do paradigma moderno que influenciam o olhar clínico racional é adotar, de acordo com Santos (2007) uma ecologia de saberes, cuja “epistemologia destabilizadora” (p.32) transforma o conformismo em “perguntas constantes e respostas incompletas” (p.34) e, nessa perspectiva, o autor questiona: “qual seria o impacto de uma concepção pós-abissal⁶ de conhecimento (como uma ecologia de saberes) sobre as condutas clínicas e centros de investigação?” (SANTOS, 2007, p.33).

Estas interrogações levam a refletir e a caminhar em busca de ações clínicas que rompam com o paradigma moderno, apresentando potenciais emancipatórios, o que

⁶De acordo com Santos (2007), o pensamento abissal emerge do pensamento moderno ocidental, no qual a monocultura da ciência moderna revela-se como única forma de conhecimento válido e verdadeiro, logo, excludente, radical, hegemônico. Enquanto que, a concepção pós abissal considera a diversidade sociocultural do mundo, a reflexão, a crítica, a pluralidade epistemológica dos conhecimentos científicos e não-científicos para além do universo do verdadeiro e do falso, da legalidade e ilegalidade.

neste estudo, se apresenta por meio de considerações sobre as questões emocionais no processo disfágico.

Pensar na direção supracitada, conduz em direção às ideias de Boaventura de Souza Santos (2010) e ao pensamento pós abissal. Para o autor, o referido pensamento caminha em direção contrária à razão indolente, não aceitando a ótica que atua na perspectiva monocultural, hegemônica, como se fosse uma referência e modelo para todas as outras culturas e formas de conhecimento.

Dessa forma, compreender a necessidade de enredar teoria e prática, anatomofisiologia e sentimentos (e emoções), requer uma aproximação ao princípio da incompletude. Para Santos (2010), o princípio é condição da possibilidade do diálogo e debate epistemológico entre diferentes formas de conhecimento. O autor salienta que cada saber e ‘perceber’ contribui para tal diálogo e é o que importa para a superação de uma dada ignorância, pois todos os saberes possuem limites internos e externos. Os limites internos são as limitações que emergem da relação com o mundo e das respostas que esse conhecimento pode oferecer para superar os problemas que dele advém. Os limites externos “resultam do reconhecimento de intervenções alternativas tornadas possíveis por outras formas de conhecimento” (p. 107). O autor ainda ressalta que é muito comum os saberes reconhecerem apenas seus limites internos. Assim, o que se apresenta é o reconhecimento de uma possível superação da lógica monocultural do saber científico, “com a ideia de que os saberes não científicos são alternativas ao saber científico” (p. 107).

Incluir emoções e sentimentos nos aspectos conhecidos, às vezes, parece com algo impreciso ou com fenômenos vagos, até porque se esquece do cérebro como o centro de tudo que acontece, seja de ordem objetiva ou de ordem subjetiva. Nessa categoria dos fenômenos imprecisos não há exatidão e, portanto “sem regras e sem leis, é anômico e rejeitado do reino da ciência” (MOLES, 1995, p.17).

É no cérebro que estão os sistemas geradores de atitudes emocionais (estruturas límbicas subcorticais) e integradas às funções mentais superiores, que têm permanente atividade ao longo da vida, o que se denomina plasticidade cerebral. As funções mentais superiores ou cognitivas e a plasticidade cerebral mantêm os seres humanos ‘vivos’ no mundo.

As funções neurológicas superiores ou “processos mentais superiores” estudada por Vygotsky (2006) referem-se à linguagem, aprendizagem, memória, atenção, pensamento, gnosis/percepções, comportamento emocional, que propiciam a cognição e as relações sociais interpessoais. Tais funções integram o homem, o profissional ao ambiente e ao mundo, fazem parte do processo de aprendizagem na vida cotidiana e devem ser lembradas nas intervenções com os idosos. Para o autor, a emoção interfere na cognição e vice-versa.

Durante o ciclo de vida, o cérebro é capaz de aprender coisas novas, considerando as experiências adquiridas no meio sociocultural, os estímulos ambientais ‘empobrecidos’ ou ‘enriquecidos’ e as circunstâncias emocionais influenciando no desenvolvimento cerebral. Isso é plasticidade cerebral ou neuroplasticidade, cujas definições são “a capacidade do sistema nervoso central em modificar sua organização estrutural própria e de funcionamento em resposta a condições mutantes, aprendizados e a estímulos repetidos” (FERREIRA, 2009, p.56), ou ainda “é uma propriedade inerente ao sistema nervoso com a capacidade de modificar o seu funcionamento e de se reorganizar através de alterações ambientais ou de lesão” (WAJNSZTEJN, 2009, p. 30).

Por isso, e, provavelmente, ao estar diante de um idoso, o profissional precisa acreditar que ele tem um cérebro em ação, plástico, que precisa sobreviver no mundo, no qual cumpre seus compromissos como ser biológico e social.

Uma questão particular, neste estudo, pode fazer a diferença, o recorte, o novo quando associa-se o ‘alimentar-se’ no sentido do paladar e o medo por disfunção orofaríngeo-esofágico. Assim, centra-se na tese a ser defendida, a tríade alimento-medo-sentimento que tem, como base de ação, a intervenção na emoção que ele sente diante da possibilidade de engasgar, isto é, alimentar-se passa a ser uma situação de perigo, tornando uma atividade social e prazerosa em um momento de tensão e fuga do perigo.

Quanto a isso, o neurocientista americano LeDoux (2001) afirma:

“[...] as emoções nada mais são do que características unicamente humanas e que, na verdade, alguns sistemas emocionais no cérebro são fundamentalmente e similares a um grande número de criaturas dotadas de espinha dorsal [...]; ao tentar descobrir o que há de singular na emoção, ele tenta analisar de que maneira a evolução mantém, tenazmente, as funções emocionais da espécie, enquanto vai modificando muitas outras funções cerebrais e características físicas” (LEDoux, 2001, p.97).

Quando se fala da lembrança de engasgar e ter o medo, pensa-se no cérebro com suas funções cognitivas superiores, como um processamento em rede, que está guardado no corpo e que ressurge diante do perigo - o alimento. Poder-se-ia falar de cognição, mas segundo LeDoux (2001)

“[...] as emoções enquanto cognições nada significam, ou ao menos não guardam um significado especialmente emocional. Nossas emoções são repletas de sangue, suor e lágrimas, mas isto não seria evidente após a análise da moderna pesquisa cognitiva das emoções [...]. A maneira mais natural de pensar as emoções é que a percepção mental de certos fatos (*em nosso estudo: a hora de alimentar-se*) estimula a disposição mental chamada emoção e que este estado de espírito dá origem a expressão corporal” (*ibid*, p.39) *grifo nosso*.

Provavelmente, o idoso diante do alimento, percebe-o como um fator estimulante e é nesse momento que ocorre a emoção impregnada de combinações entre prazer e medo, desencadeando a sequência de estímulo-sentimento. Em relação a isto, as mudanças corporais decorrem diretamente da percepção de fatos e a nossa sensação das mesmas mudanças no momento em que ocorre a emoção (LEDOUX, 2001, p.40).

Na tentativa de dar conta das questões que se colocam neste estudo, tenta-se acreditar que o primeiro sinal de ‘engasgo’ marca no cérebro uma lembrança de perigo, semelhante ao estudo sobre o condicionamento clássico do fisiólogo russo Ivan Pavlov (1849-1936). O mesmo chamou a carne de estímulo incondicionado (EI), o sino de estímulo condicionado (EC) e a salivação produzida pelo EC de reação condicionada (RC). O idoso diante de uma mesa com seu alimento, antes de deglutir, pode sentir medo do que pode acontecer e, como consequência, pode antecipar, fechando seu espaço de engolir e criar reações de ‘sufoco’, quando sabe-se que a respiração é controlada pela medula espinhal. Esta é uma das fases da deglutição denominada de fase preparatória ou antecipatória, quando o alimento ainda está no prato.

Nessa situação, alude-se ao comportamento controlado pelas consequências, sendo que “se a consequência for boa para o sujeito, haverá uma tendência de aumento na frequência da conduta e, ao contrário, se for desagradável, a frequência de resposta tenderá a diminuir” (MOREIRA, 2011, p.14). Tratando-se de sentimentos e emoções, não há como, em princípio, manipular ou controlar os eventos que os cercam. Nesse sentido, segundo LeDoux (2001),

“[...] as emoções assemelham-se a cavalos selvagens que tinham de ser domados pelo intelecto, que na sua opinião era o auriga [...]; as emoções provocam sensações diferentes de outros estados de espírito porque apresentam essas reações corporais, as

quais dão origem a sensações internas; e emoções diferentes provocam sensações diversas porque são acompanhadas de reações físicas e sensações variadas [...]” (LEDOUX, 2001, pp.23,40).

Há de se considerar, também, a emoção como um sentimento compreendido enquanto emoção consciente e, para melhor compreensão, apresentamos as duas sequências de emoção segundo William James apud LeDoux (2001, p.41):

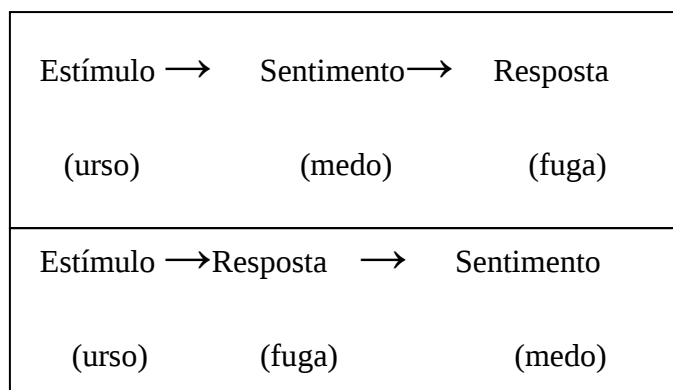


Figura 2- Teoria de William James (2001) demonstra a sequência de acontecimentos na experiência emocional consciente.

Esta sequência (figura 2) é o resultado de uma pesquisa sobre a questão: os sentimentos provocam reações emocionais ou são as reações que ocasionam sentimentos?

Ao considerar as emoções como desencadeador de expressões corporais na presbifagia se traz para a cena de cuidar de clientes idosos, elementos imprecisos, embora reais, para o discurso da racionalidade sobre músculo/ envelhecimento/ engasgo. As sensações são reais e acompanham aspectos físicos, sensações físicas, respostas fisiológicas, numa idade que já é marcada por inúmeras dificuldades de viver. Os elementos ou fenômenos imprecisos são “fatos científicos no sentido próprio [...], flutuantes e difíceis de delimitar” (MOLES, 1995, p.26).

Ter medo de engasgar é diferente de ter raiva por se engasgar; é uma sensação diferente, como explicitada por LeDoux (2001)

“[...] existe uma característica fisiológica diferente no medo. O aspecto mental da emoção, o sentimento, é escravo da fisiologia, e não ao contrário: não trememos porque sentimos medo, nem choramos porque estamos tristes; sentimos medo porque trememos e ficamos triste porque choramos [...]” (LEDOUX, 2001, p.41).

Um modo de pensar sobre a fisiologia do engasgo, entendida como:

“[...] reação de emergência, resposta fisiológica específica do corpo que acompanha qualquer estado em que seja necessário dispêndio de energia física. O fluxo sanguíneo é redistribuído para as áreas do corpo que estão ativas durante uma situação de emergência; de modo que o suprimento energético, transportado pelo sangue, alcançará os músculos e órgãos fundamentais [...]”(LEDOUX,2001, p.41).

Assim, uma posição é necessária: não há como esquecer esse sujeito emocional que é o idoso e os riscos de desenvolver um estudo que pode perder de vista uma racionalidade científica para dar conta da emoção. Parte-se do pressuposto de que as emoções básicas devem ser consideradas no programa de prevenção e reabilitação da disfagia em idosos – presbifagia. Estas emoções básicas podem ser agenciadoras de expressões corporais a serem abalizadas quando se cuida, nas instabilidades dos acontecimentos. E como se agencia estes idosos no espaço de cuidar? Como perceber as emoções num cenário de investidas técnicas e tecnológicas, por vezes estressantes?

Na perspectiva de Milton Santos (1999), neste espaço onde todos se encontram, mergulhados em novos caminhos tecnológicos, adquire-se um “conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações”. Para o autor, tais sistemas configuram uma paisagem com objetos naturais, objetos fabricados pelo homem e diversas ações correlacionadas a este espaço produtivo e transformador, conectado com a paisagem; as ações renovam-se e adaptam-se, constantemente, às novas necessidades humanas.

As emoções básicas, como surpresa, interesse, alegria, raiva, medo, aversão, vergonha e angústia, podem estar muito presentes neste corpo idoso ou suas combinações com outras emoções como: pânico, expectativa, culpa, curiosidade. O psicólogo Robert Plutchik (1997), em sua teoria mais completa sobre misturas emocionais, mostra: “um ciclo de emoções análogo do ciclo das cores, cuja mistura de cores elementares produz novos tons. Cada emoção básica ocupa uma posição no ciclo, essas misturas são chamadas de díades de primeiro ou segundo ou terceiro grau” (p. 103), conforme apresentado abaixo (figura 3).

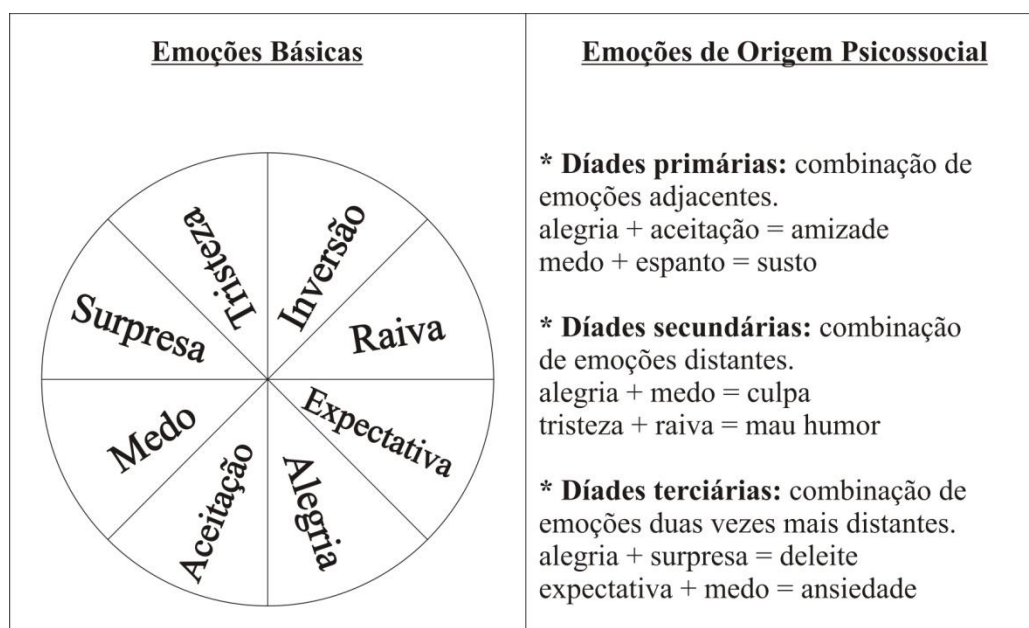


Figura 3 - As oito emoções básicas de Plutchik (1997).

Nesta linha de pensamento, o autor defende que, as emoções básicas estão presentes nos animais, mas as combinações de emoções são essencialmente humanas, visto que a mistura de emoções básicas em emoções superiores percorrem operações mentais cognitivas.

Enquanto rede de emoções humanas abarcadas em agenciamentos, adentra-se nos caminhos de produção de subjetividades sobre o idoso, sua vida, onde alimentar-se, ou seja, como uma necessidade básica, social, cultural, familiar e de prazer. Desejos possíveis para ser e estar independente.

De acordo com Guattari (2013), a subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação como processos semióticos duplamente descentrados, ou seja, não estão concentrados em agentes individuais, nem em agentes grupais. Implicam, portanto, num funcionamento de máquinas de expressão, no sentido híbrido de ‘quase-sujeitos’ e ‘quase-objetos’(LATOUR, 1994) e

“É nesse *intermezzo*, puro campo de possíveis, que as fronteiras entre sujeito e objeto se diluem, se tornam inócuas, e as existências vão se delineando, as subjetividades sendo produzidas. É a mecosfera, e não a biosfera, o ambiente maquínico do mundo” (SOARES; MIRANDA, 2008, pp.7-8) (*grifo do autor*).

Assim, segundo Deleuze; Guattari (1995) o agenciamento é constituído, inseparavelmente, pela expressão *agenciamento coletivo de enunciação* e pelo conteúdo

agenciamento maquínico; desta forma, “a expressão refere-se ao conteúdo sem descrevê-lo ou representá-lo, mas intervém nele” (SOARES; MIRANDA, 2008, p.4).

Idosos territorializados atravessam, no campo da saúde e da família, as ações de cuidar preenchendo e modificando um espaço que também produz subjetividades. Pesquisadores de saúde são instigados a entrar nesses corpos-máquinas produtores de subjetividades sobre a vida, a saúde, a doença, a terceira idade, do mesmo modo que os demais profissionais de saúde também são produtores de novas subjetividades quando se encontram com eles.

Em meio ao capitalismo desenfreado e aos modelos racionais dominantes que, muitas vezes, insistem em colocar os idosos à margem, ainda é possível pensar em produção de subjetividades singulares, escapando aos padrões oferecidos inexoravelmente pela mídia e outros pares. Em oposição ao sistema e estrutura nos quais convive-se cotidianamente, Guattari (2013) sugere,

“[...] se constituir, se definir e se desterritorializar. Esses processos de ‘se pôr a ser’ dizem respeito apenas a certos subconjuntos expressivos que romperam com seus encaixes totalizantes e se puseram a trabalhar por conta própria e a subjugar seus conjuntos referenciais para se manifestar a título de indícios existenciais, de linha de fuga processual...” (GUATTARI, 2013, p.28).

Aqui, entende-se que não é apenas uma subjetividade individual, mas subjetividades de indivíduos idosos que produzem subjetividade social, já que eles crescem significativamente em termos populacionais e, provavelmente, encontram-se em todos os níveis de produção e consumo.

O que se quer salientar é que um idoso saudável é também uma máquina que sonha, devaneia, deseja e desenvolve modos singulares de ser, ou seja, é capaz de recusar modos estabelecidos de codificação para eles. Modos de manipulação, de comando, de subestimação. Podem e fazem um movimento de recusa para construir outros modos de sensibilidade, de relação com o outro, de produção de coisas, ações e saberes sobre eles; de criatividade que dê conta do desprezo, do gosto de viver, de continuar construindo o mundo até onde for possível. Logo, o idoso também é uma máquina desejante que ameaça transbordar, pois o corpo é uma composição molecular aberta, em movimento. Segundo Deleuze (1997) desejar é construir um agenciamento, é revolucionário, pois não está em direção ao ideal e, às vezes, pequenos desencaixes se fazem necessários. Ao contrário do mundo das ideias do filósofo grego Platão, desejo

não é falta, mas produção no mundo real (produz o real), válido por si próprio e não se esgota.

Esses idosos dos quais se tem interesse em cuidar, na intenção de prevenir ou reabilitar a presbifagia, podem ajudar neste estudo a instaurar dispositivos para mudar modos de cuidar, modos de aproximar, modos de diagnosticar, modos de prevenir a presbifagia.

Colocar em prática a produção de um tipo de subjetividade - da ordem da emoção - como elemento norteador num programa de prevenção e reabilitação da presbifagia é, no mínimo, um desafio mais teórico do que prático; e segundo Guattari; Rolnik (1996)

“[...] é colocar em prática um tipo de processo de subjetivação diferente do capitalístico, com seu duplo registro de produção de valores universais por um lado, e de ‘reterritorialização’ em pequenos guetos subjetivos (*os idosos, minorias sociais, raciais, sexuais, etc*), por outro lado” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p.22) (grifo nosso).

Olhar o idoso na perspectiva de gueto é saber que associá-lo a agenciamentos, pode dar conta de uma dimensão molar/molecular como grupo de interesse social, de políticas públicas, de instalação de um programa que inclui sistemas de percepção, desejo, sensibilidade e afetos. Os idosos também produzem sentidos não centrados em agentes individuais, no funcionamento de instâncias intrapsíquicas, egoicas, microsociais, nem em agentes grupais. De acordo com Guattari; Rolnik (1996), eles podem ser entendidos como máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extra pessoal, extra individual, relativos a sistemas máqunicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etiológicos, de mídia. Enfim, sistemas que não são mais imediatamente antropológicos, quanto de natureza intra-humana, intrapsíquica, intrapessoal (*ibid*, p. 31). Neste caso, alude-se a sistemas de percepção, sensibilidade, afeto, desejo, representação, imagens, valor, modos de memorização e produção de ideias, de sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos, entre outros.

A dimensão molar envolve um campo mais amplo, na questão micropolítica na formação do desejo, na biopolítica. Numa visão molar do mundo contemporâneo instala-se o Capitalismo Mundial Integrado - CMI, denominado por Guattari (2013) como uma ordem capitalística e consolidação da hegemonia. O capitalismo em seus

diversos períodos, sustentado nessa lógica, não garantiu uma perspectiva de futuro digno para a humanidade; ao contrário, sufocou o desejo de liberdade. Nesse contexto do CMI, o autor alerta para o enrijecimento da subjetividade num bloco produtivo-econômico- subjetivo e, “tende, cada vez mais, a descentrar seus focos de poder das estruturas de produção de bens e de serviços para as estruturas produtoras de signos, de sintaxe e de subjetividade [...]” (GUATTARI, 2013, pp.30-31).

Recusando esses modos de manipulação, controle e subjetividade massificada, torna-se relevante considerar, no idoso, a qualidade de vida inerente a valores, emoções e desejos próprios, não universais, mas singulares cognitivamente. Considerar os modos de produção singulares que escapam ao aprisionamento imposto silenciosamente, resgatando o gosto de viver e de construir a vida. Assim, Soares; Miranda (2008) referem que “mesmo neste contexto de laminação das subjetividades, é possível singularizar no cotidiano, ensejando pequenas práticas que sejam focos de criatividade e de experiências de vida enriquecedoras das relações das pessoas com o mundo” (p.10).

A dimensão molecular diz respeito a uma sincronia dos níveis intrapessoal, pessoal e interpessoal. O nível intrapessoal sugere o estar bem ou não consigo mesmo; neste estudo, ressaltam-se as condições emocionais do idoso administrando os próprios humores, os sentimentos, as emoções, os projetos, as ideias, a independência, os seus limites e possibilidades.

O nível pessoal refere-se às relações de autodominação, autocontrole e estabilidade emocional. À própria identidade, o comportamento individual e o caráter compreendido enquanto um conjunto de valores característicos da personalidade. O nível interpessoal consiste em produzir as condições não só de uma vida coletiva, mas também, da vida para si própria, tanto no campo material como no campo subjetivo. Segundo Maturana (2009), “sem a aceitação do outro na convivência, não há fenômeno social” (p.24). Faz-se importante a relação com o outro, perceber seus humores, suas motivações, captar intenções mesmo pouco evidentes, comunicar-se, realizar atividades em grupo, formar e manter as relações sociais, adaptar-se a novos ambientes, compartilhar a visibilidade do outro, influenciando-o em suas opiniões e ações.

Estes níveis - intrapessoal, pessoal e interpessoal - se entrelaçam e proporcionam um espaço interno para viver e um espaço externo para conviver. Assim, a partir da expressão das emoções, a individualidade corporal ou ‘o corpo’ que engasga passa a co-

existir com o meio e os demais, se recuperando da divisão entre mente e matéria que, muitas vezes, nos ocorre. Logo, Maturana (2009) nos remete à operacionalidade da aceitação mútua,

“Biologicamente, as emoções são disposições corporais que determinam ou especificam domínios de ações. Convido-os a refletir sobre como vocês reconhecem suas próprias emoções e as dos outros. Se o fizerem, verão que vocês distinguem as diferentes emoções fazendo algum tipo de apreciação sobre o domínio de ações em que se encontra a pessoa ou o animal, ou fazendo uma apreciação sobre o domínio de ações que sua corporalidade conota” (MATURANA, 2009,p.16).

A vivência deste fato, no meio sociocultural, reflete ações fundadas nas emoções. Enfatizar estas emoções é permitir o fenômeno social da convivência, no qual o outro - o idoso - é aceito mutuamente, proporcionando, talvez, um bem-estar, pois “a constituição biológica humana é a de um ser que vive ao cooperar e no compartilhar [...]” (MATURANA, p.97, 2009).

Portanto, as ações e movimentos compartilhados entre o corpo do cuidador e o corpo que recebe os cuidados, os clientes idosos, serão construídos sob um olhar do mundo a partir das possibilidades, ou seja, prospectivo, valorizado nas suas habilidades e potencialidades, a despeito de suas limitações biológicas e sociais. O olhar será qualitativo e prospectivo para suas habilidades, capacidades, atividades e comportamento trazendo uma busca incessante de superação e de potencialidades, previamente estabelecidas, a priori, para quem cuida, referente à prevenção ou reabilitação.

A seguir, aproximaremos ao certame, o referencial metodológico-teórico na perspectiva da ciência do impreciso.

CAPÍTULO III – REFERENCIAL METODOLÓGICO-TEÓRICO

3.1. Da pesquisa qualitativa matematizada, a ciência do impreciso e o método cartográfico

A abordagem qualitativa matematizada na perspectiva da ciência do impreciso e atenção cartográfica

O método utilizado nesta investigação científica é qualitativo matematizado com o método cartográfico conduzido em cenário de campo que, se orienta pela abordagem da pesquisa-intervenção.

A escolha deste método dá-se pela viabilidade prática, passível de generalização das propriedades particulares correlatas ao objeto a ser investigado. Possibilita avaliar os resultados em relação à efetividade e eficácia do programa a que se propõe – Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica – em clientes idosos saudáveis, assim como as possíveis mudanças em aspectos ou fundamentos específicos da prática clínica fonoaudiológica na presbifagia, considerando as emoções e os sentimentos destes clientes. Da mesma forma, a avaliação qualitativa matematizada aborda a descrição dos dados coletados durante o programa, as interações com os elementos (físicos, práticos e emocionais) do processo, assim como as interpretações dos fatos. Portanto, a escolha da combinação qualitativa matematizada reverencia, respectivamente, a subjetividade e a representatividade proporcionando “uma base contextual mais rica para interpretação e validação dos resultados” (MARTINS; THEÓPHILO, 2009, p.138).

Ainda, a escolha indica uma quase precisão, o que significa a inclusão do referencial das ciências do impreciso de Moles (1995) para assegurar um ‘certo rigor científico’, já que se trata de emoção e subjetividade inseridas no referido Programa.

Caminhando na contramão do preciso, pois parece ‘impossível’ medir emoções e subjetividade como a ciência orienta e racionalidade que se afirma particular ao ser humano, Moles (1995) revela:

“O ser humano não é (não ainda ou nunca) um ser racional e a razão não basta para dar conta da totalidade dos fatos e dos atos de nossa vida. O comportamento do homem é uma mistura, em proporções variadas, do que chamamos de *pensamento*

racional (os psicólogos o chamariam de bom grado de pensamento semântico, denotativo, dedutivo, lógico) [...]” (MOLES, 1995, p.31) (grifo do autor).

A busca por medidas somente da ordem matemática não se adequa a este estudo, embora seja possível pensar em outras medidas. O estudo parte de uma imprecisão tanto no objeto quanto nas questões. Pode-se estar caminhando contra a ideia do que ‘só é bom o que é preciso’. Porém, o objeto não pertence apenas à racionalidade do mundo físico das ciências exatas.

Trata-se de questões aparentemente vagas, as quais não se pretende predizer, medir, provar, só possível numa ciência em vias de se fazer, como um campo de possibilidades que, segundo Moles (1995)

“[...] um campo das possibilidades é um todo dividido e circunscrito a cada instante, por toda uma série de muros separando o possível do impossível, o concebível (“verdadeiro”) do inconcebível (“falso”). O verdadeiro e o falso não são nunca eternos neste campo, eles são subjetivos: eles são a ilusão, a cada instante, de cada pesquisador. Eles diferem amplamente, guardando traços comuns, de um pesquisador para outro, pois os muros do impossível mental mudam com cada um” (MOLES, 1995, p. 35). (grifos do autor)

Desse modo, é possível introduzir o vago neste estudo de pesquisa-intervenção na abordagem qualitativa matematizada. Assim, experimentar, na reflexão de Moles (1995), é

“[...] sempre fazer um jogo com os fenômenos e estes podem ser misturados ou dissimulados por fortes causas de flutuações aleatórias, tão fortes que desvendar o que se quer achar dentro de uma paisagem experimental perturbada pode participar da arte de conjuração, do rito e quase que da encarnação, mais do que da sólida racionalidade empírica” (MOLES, 1995, p. 48).

As categorias das ciências do impreciso são aquelas que escapam, de uma maneira ou de outra, à vontade da ciência, entendidas como:

a) “[...] há falsas ciências, as paraciências, [...] aparecem como ciências do espírito [...]; b) há ciências que tratam destas coisas vagas como as religiões, as crenças, o irracional, etc. [...] que pode ser precisado lentamente ou com o apoio de ciências vizinhas (um pouco) mais rigorosas como a sociologia ou a psicologia; c) [...] ciências que, no estado atual das coisas, são imprecisas [...], por exemplo, o estudo do subconsciente ou do inconsciente, os valores estéticos, mas também outros domínios: a metrologia, a demografia, os estados de desordem, os processos de emergência das formas, etc[...]; d) [...] as ciências exatas – ou semi-exatas –, [...] dão provas de uma vontade de exatidão nem sempre justificada em seus altos graus de predizibilidade, onde as correlações entre as grandezas em jogo são tão tênues que foram desconsideradas por todos os pesquisadores, até mesmo por aqueles que de início admitiram computá-las [...]” (MOLES, 1995, p. 62-63).

O impreciso é entendido como disciplina do pensamento, em particular do domínio da criação e o seu objeto deve contemplar uma fenomenologia que envolve

relações, situações, seres humanos, etc. Logo, o estudo dos fenômenos é “aquilo que se denuncia por si mesmo” (SARTRE, 1965, p.18) “é chegar ao miolo das próprias coisas” (*ibid*, p. 14), é reconhecer as essências para examinar os fatos.

Portanto, o método das ciências do impreciso são:

“[...] diferentes em sua própria essência: seu esforço é para encontrar uma relação entre dois conceitos vagos. A procura da evidência como uma espécie de quantidade instilada dentro dos conceitos pela maneira pela qual eles são apresentados (entimema) utiliza todos os artifícios de uma retórica mental que quer *mostrar* antes de *demonstrar*, *seduzir* antes de *convencer*, até mesmo – pois é uma forma de sedução – *irritar* e *suscitar* objeção, portanto *reflexão*” (MOLES, 1995, p. 113). (grifo nosso)

Rumo à reflexão, no caso particular deste estudo, a metodologia se insere na ciência do homem ou ciências sociais, cujas técnicas mentais descrevem um inventário aberto - em forma de gráfico, diagrama, figura, quadro, esquema ou imagem - ao que se pretende investigar. Assim,

“Tanto estes esquemas são fáceis de refutar, quanto parecem ricos de inspiração para aqueles que deles se servem e para aqueles que os observam, excelentes instrumentos de comunicação, talvez apenas para contradizê-los, mas geradores de aproximações mentais férteis” (MOLES, 1995, p. 288).

São conceitos imprecisos, semânticos e latentes que escapam ao conhecimento científico, mas passíveis de organização ou relação que se comungam à importância subjetiva de cada conceito, conduzindo a um simbolismo real e construtivo.

A própria compreensão de ‘conceito’ é, por si mesma vaga e subjetiva, pois apresentam traços semânticos, intenções e predicados e, segundo Abbagnano (2012) o conceito

“[...] não é um elemento simples ou indivisível, mas pode ser constituído por um conjunto de técnicas simbólicas extremamente complexas. [...] o alegado caráter de *universalidade subjetiva* ou validade intersubjetiva do conceito na realidade é simplesmente a sua *comunicabilidade* de signo linguístico: a função primeira e fundamental do conceito é a mesma da linguagem: a comunicação” (ABBAGNANO, 2012, p. 195) (grifo do autor).

Desta forma, o léxico mental funciona como ‘um dicionário interno’ que organiza, categoriza, classifica, nomeia, generaliza e armazena o conjunto de representações mentais das coisas do mundo, aplicado a um trânsito simbólico de signos (significante e significado) mediando, de forma semiótica, as coisas que o sujeito pensa do mundo e expressa por meio das palavras. É importante ressaltar que, mesmo considerando as diversas formas de cultura, não há um pensamento universal ou culturalmente organizado, pois, de acordo com Oliveira (2004) “qualquer ser humano,

em qualquer cultura, tem à sua disposição tantos modos de pensar quantos forem os diferentes tipos de atividade” (p.216).

Nesta perspectiva, aproximo à discussão a contribuição de Vygotsky sobre a sua tese histórico-social, na qual introduz a microgênese ou o plano microgenético que configura um sublime espaço microscópico subjetivo entre os saberes, no nosso caso, compartilhados entre o fonoaudiólogo e o idoso. Moles (1995) caracteriza como “o detalhe objetivável dos microcomportamentos” (p.293) muitas vezes ignorados (ou subvalorizados) na vida cotidiana.

Este momento é concebido pela microgênese como dinâmico, flexível e singular a cada indivíduo, compreendendo a heterogeneidade humana e seu hibridismo linguístico. Torna-se, também, um momento propício para a intervenção de cuidados no âmbito da saúde, com a mediação ativa entre o fonoaudiólogo e o idoso contribuindo para a superação das assimilações impostas. Portanto, a microgênese é elucidada por Oliveira (2004) como um fenômeno psicológico singular, próprio da história de cada indivíduo e, portanto, não determinista, como nos planos da filogênese, ontogênese e sociogênese.

Desta forma, a ciência do homem considera como relevante na análise dos seus métodos e técnicas “o esforço de apreciação memorial de *todos* os elementos” (MOLES, 1995, p.293) (grifo do autor). Nessa ciência, o uso dos conceitos vagos ou mal definidos é tratado com rigor na sua multiplicidade, na sua flutuação e na sua essência. Então, tratando-se de sentimentos e emoção,

“[...] será mesmo necessário reconhecer que só as essências permitem classificar e examinar os fatos. Se não recorrêssemos implicitamente à essência da emoção, por exemplo, ser-nos-ia impossível distinguir, entre a massa dos fatos físicos, o grupo específico dos fatos da emotividade” (SARTRE, 1995,p. 14).

Para o autor, a emoção, no ponto de vista fenomenológico, é a essência da consciência, é significativa e assumida pelo homem nas relações da realidade-humana para com o mundo e que modifica esse ‘ser’ no mundo.

Na ciência do homem emerge, a despeito do pensamento racional, a atitude heurística de avançar, explorar o conjunto desconhecido das subjetividades e processos

de singularização humana, porém, sem descartar a confiabilidade e fidedignidade em suas técnicas.

Complementando a metodologia das ciências do impreciso, optou-se, para a produção de dados, pela análise de conteúdo de Bardin (2011), a fim de tratar com técnica e rigor o conjunto vasto das comunicações obtidas na pesquisa e devidas interpretações. De forma suplementar, adotou-se o parâmetro de análise estatística de palavras-chave, por intermédio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

3.2. O desenho de produção de dados na atenção cartográfica: ação-intervenção

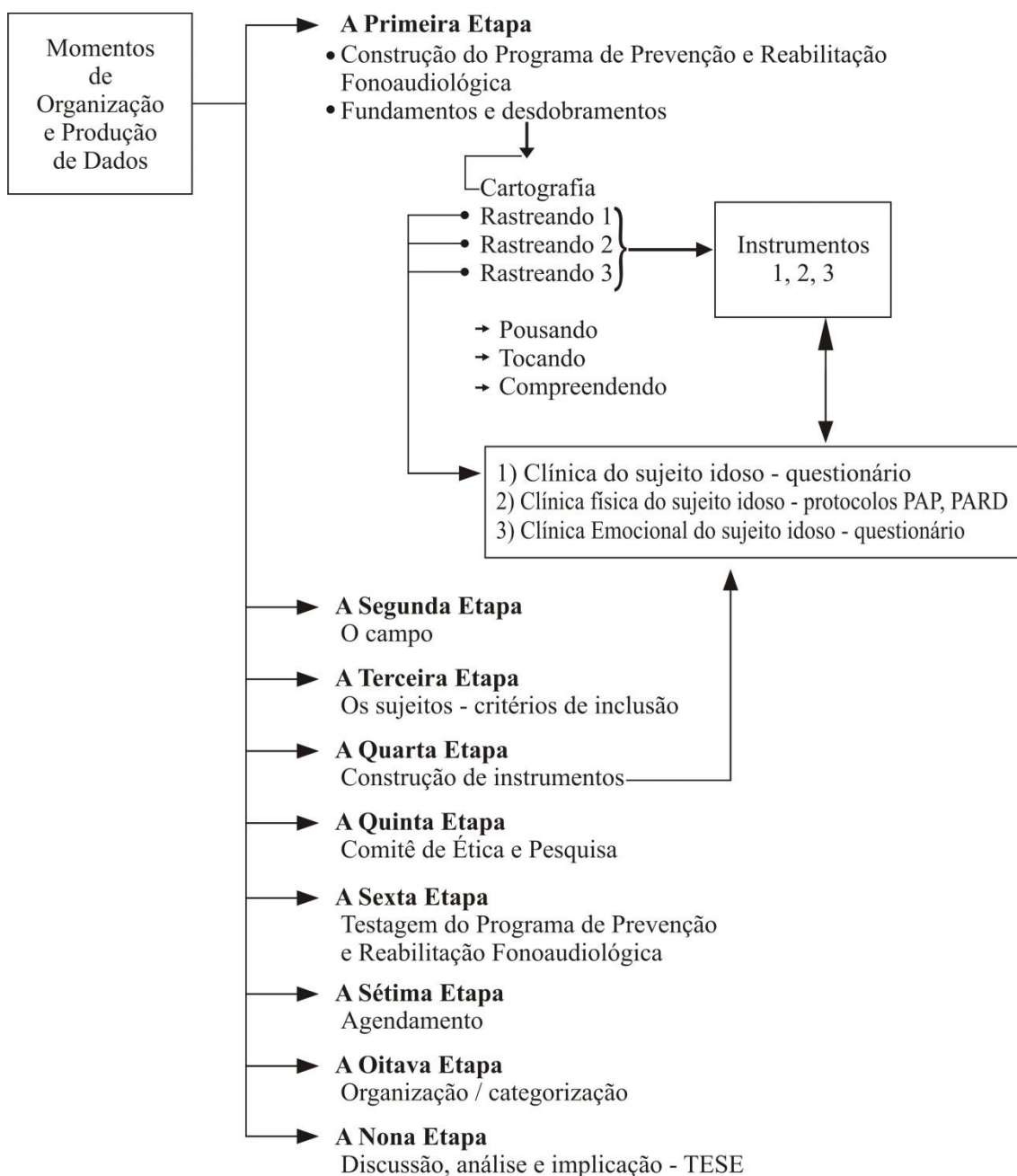


Figura 4 - Desenho de produção de dados na atenção cartográfica. *Fonte:* autoras. *Nota:* Durante todo o processo com rastreio, toque e pousos atuam-se dinamicamente com intervenções.

3.2.1. Momentos metodológicos do desenho de produção de dados na atenção cartográfica

A metodologia utilizada neste trabalho desenvolver-se-á por intermédio de nove ações complementares (figura 4), seguindo o percurso teórico-epistemológico:

A **primeira ação metodológica** refere-se à definição do Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica: aspectos racionais e emocionais. Desta forma, o programa prevê a avaliação, orientação e tratamento fonoaudiológico planejado para idosos sadios com dificuldades de deglutição - presbifagia.

Pensar-se em um programa a ser implantado, é pensar numa proposta, na qual descrevem detalhes, pormenores, problemas, intervenções e resultados esperados ou não.

No caso particular deste estudo, a apropriação do que já está instituído como atenção/intervenção trata de aspectos mais racionais, que envolvem o plano físico do corpo - disfunção orofaríngea - possível de ouvir, sentir, ser explicitada e significada pelo outro como um desconforto.

No íntimo, estão envolvidos muitos aspectos que fogem da preocupação racional daqueles que cuidam de idosos que podem ter dificuldade de deglutir. Na realidade, é uma preocupação também difícil de intervir, porque, na maioria das vezes, o ato de engasgar pode ocorrer muito distante do terapeuta.

Assim, neste programa, pretendem-se incluir questões emocionais e que podem ser redesenhadas para a fonoaudiologia como de intervenção – diagnóstico – intervenção, ampliando sua especificidade naquilo que considera inerente à área fonoaudiológica.

Serão inseridos - o cliente e o fonoaudiólogo - numa cultura que permite o contato pessoal, que se quer identificar e que exigirão do pesquisador a sensibilidade para tocar, olhar, ouvir, sentir, buscando indícios (GINZBURG, 1989; 1990) e pormenores das práticas, ações e emoções dos idosos no cotidiano. No predomínio dos sentidos (tocar, ouvir, olhar, cheirar, degustar) o preponderante são as características e fragmentos representativos fornecidos pelos participantes idosos na zona de contato

proprioceptivo, percepção háptica, ou em outro sentido humano. Neste percurso exploratório clínico e fenomenológico, espera-se conhecer o objeto.

O que se pretende não é representar, mas obter uma atenção flutuante⁷ para capturar indícios, pistas, reações, linguagem semântica, restos dispersados, fazendo emergir, de forma reflexa e involuntária, os fenômenos vagos, imprecisos, subvalorizados, desconhecidos, num campo perceptivo-cognitivo ampliado. Para Sigmund Freud (1856-1939), “a atenção consciente, voluntária e concentrada, é o grande obstáculo à descoberta” (KASTRUP, 2007, p. 16).

Logo, os modos singulares de produção de subjetividades nos remetem à valorização de outras formas dos idosos pensarem e compreenderem a disfagia segundo suas experiências, vivências, sentimentos e processos de singularização.

No campo clínico, a avaliação fonoaudiológica utilizará os protocolos padronizados, respectivamente, por Mangili; Moraes; Medeiros (2012) e Padovani *etal*(2012); são eles: o Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica Preliminar (PAP) e o Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica do Risco para Disfagia (PARD). Seguindo os critérios clínicos destes protocolos, adaptar-se-ão as questões referentes aos aspectos emocionais a serem investigados.

O Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica Preliminar (PAP) é composto por avaliações clínicas no âmbito fonoaudiológico: exame geral, respiração, fala, voz, face, lábios, bochechas, língua, palato mole, mandíbula, dentição, região cervical, laringe, reflexos orais e faringolaríngeos, saliva. Tem, como objetivo, descrever e avaliar as condições estruturais e funcionais da respiração, tais como: o repouso, o modo, a ventilação, a dependência de O₂, os sinais de fadiga respiratória, a ausculta brônquica; da fala, como: a inteligibilidade, a prosódia, a diadococinesia, as disfluências; da voz: o loudness/intensidade da voz, o pitch/frequência da voz, a escala de qualidade da voz, a voz molhada, a hipernasalidade, a coordenação pneumofonoarticulatória; dos órgãos fonoarticulatórios/oromiofuncionais: a face, os lábios, as bochechas, a língua, o palato mole, a mandíbula, a dentição e, as estruturas cervicais abrangendo o laringe, os

⁷Segundo o neurologista Sigmund Freud (1856-1939) no estudo da subjetividade, a atenção flutuante refere que “a atenção do analista fica aparentemente adormecida, até que subitamente emerge no discurso do analisando a fala inusitada do inconsciente. Em seu caráter desconexo e fragmentado, ela desperta a atenção do analista. Mesmo que não seja capaz de compreendê-la, o analista lança tais fragmentos para sua própria memória inconsciente até que, mais à frente, eles possam vir a compor com outros e ganhar algum sentido” (KASTRUP, 2007, pp. 16-17).

reflexos, a saliva. Assim como os sinais de alerta/consciência na orientação espaçotemporal adequada do ambiente e a comunicação pragmática empregada neste contexto.

Os materiais utilizados para a aplicação do PAP são: estetoscópio, oxímetro de pulso, luvas e espátula/abaixador de língua.

O Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica do Risco para Disfagia (PARD) é composto por três partes: teste de deglutição da água, teste de deglutição de alimentos pastosos, classificação do grau de disfagia e condutas pertinentes. Tem como objetivo identificar e interpretar as alterações na dinâmica da deglutição, perceber e descrever os sinais clínicos indicativos de penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal, pontuar a gravidade da disfagia a fim de estabelecer condutas fonoaudiológicas condizentes com os resultados obtidos nesta avaliação (Padovani *et al*, 2012). Os itens analisados no teste de deglutição da água são: escape oral anterior, tempo de trânsito oral, refluxo nasal, número de deglutições, elevação laríngea, saturação de oxigênio, qualidade vocal, tosse, engasgo, outros sinais e alteração dos sinais vitais. O teste da deglutição de alimento pastoso segue a reavaliação dos itens já mencionados no teste de deglutição de água, verificando a ocorrência, ou não, de resíduo alimentar em cavidade oral e ajustes necessários em relação à quantidade de ml (mililitros) oferecidos.

Por último, a classificação do grau de disfagia e condutas, composta por cinco níveis de classificação da disfagia: nível I – deglutição normal, não havendo alteração em nenhuma consistência alimentar, não há restrições na alimentação por via oral; nível II – deglutição funcional, na qual a deglutição está alterada, com pequenas dificuldades que serão compensadas espontaneamente, porém sem indícios de aspiração; nível III – disfagia orofaríngea leve, apresentando distúrbio na deglutição com necessidade de intervenção do fonoaudiólogo para adequações específicas das estruturas orofaríngeas; nível IV – disfagia orofaríngea leve a moderada, com tosse reflexa fraca e risco de aspiração; nível V – disfagia orofaríngea moderada observa-se tosse reflexa fraca ou ausente, há risco significativo de aspiração; nível VI - disfagia orofaríngea moderada a grave, na qual há sinais de aspiração, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca e ineficaz; nível VII – disfagia orofaríngea grave, com impossibilidade de alimentação por via oral, presença de aspiração silente, incapacidade de iniciar a deglutição.

As condutas clínicas fonoaudiológicas são prescritas de acordo com a classificação do grau de disfagia, na qual Padovani *et al* (2012) propõem: via alternativa de alimentação, terapia fonoaudiológica, alimentação via oral assistida pelo fonoaudiólogo.

Cabe ressaltar que serão necessárias algumas adequações na utilização de ambos os protocolos (PAP e PARD), considerando os participantes do grupo Renascer que frequentam o ambulatório do Centro Multidisciplinar de Pesquisa e Extensão sobre o Envelhecimento – CEMPE, do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Portanto, sabe-se que esta condição ambulatorial de atenção à saúde, acolhe clientes que se movem de um lugar para outro, ou seja, deambulam, sem a necessidade de internação, sugerindo a instalação de doenças de pouca gravidade. Sendo assim, podem ser abolidos alguns procedimentos que caracterizem a observação em leitos hospitalares como, por exemplo, a ausculta brônquica ou a dependência de O2.

Não obstante, acredita-se que, além desses fundamentos clínicos e, aliados à construção dos protocolos (PAP, PARD) necessita-se de acréscimos para atender as questões emocionais que dizem respeito à disfagia. Para isso, entende-se que os instrumentos de produção de dados incluem um desenho cartográfico (DELEUZE; GUATTARI, 1995) que se adaptou como ‘rastreamentos’.

Os autores relatam que a cartografia não é uma competência, mas uma *performance* (KASTRUP, 2007), na qual a produção de dados está presente desde o início da pesquisa de campo. A intenção é que o pesquisador acesse “elementos processuais provenientes do território – matérias fluídas, forças tendenciais, linhas em movimento – bem como fragmentos dispersos nos circuitos folheados da memória” (*ibid*), ganhando existência coletiva aberta.

As quatro variedades de atenção do pesquisador inseridas no desenho cartográfico, apresentam-se por: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento (BERGSON, 1990; DELEUZE; GUATTARI, 1995), nas quais se buscou embasamento para o presente estudo.

Segundo Kastrup (2007), o *rastreio* refere-se à varredura do campo de pesquisa a um alvo em movimento que acompanha as mudanças e está em sintonia com o

problema; portanto, vai muito além de buscar informação. O *toque* “diz respeito ao contato leve com traços momentâneos ou com partes mais elementares que um objeto e que possuem força de afetação” (*ibid*), no nível das sensações, das percepções e das subjetividades em curso. O *pouso* declara a necessidade de ‘parada’ no campo das percepções, como se fosse um ‘zoom’ que não deve ser confundido com focalização total. Assim, reconfigura-se o campo ou território de observação, esculpindo dinamicamente o trabalho. Nesse contexto, trazemos o conceito de território segundo Milton Santos (2007), como “o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência”.

Cabe destacar a última variedade, pois o *reconhecimento atento* requer uma atitude investigativa no acompanhamento do processo cartográfico de um território que não se habitava. Logo, o reconhecimento atento,

“[...] realiza um trabalho de construção. Percorrendo múltiplos circuitos em sucessivos relances, sempre incompletos, realiza diferentes construções, cujo resultado é um reconhecimento sem modelo mnésico pré-existente [...] é a revelação da construção da percepção através do acionamento dos circuitos e da expansão da cognição. A percepção se amplia, viaja percorrendo circuitos, flutua num campo gravitacional, desliza com firmeza, sobrevoa e muda de plano, produzindo dados que, enfim, já estavam lá”(KASTRUP, 2007, pp.6-7).

Sendo assim, seguindo as variedades de atenção, inicia-se a pesquisa pelo *rastreio*.

Rastreando 1: por uma clínica do sujeito, uma busca de conhecimento do participante idoso. A questão é como conhecer esse idoso, a partir de sua história pessoal, social e de vida; quem é ele; como se sente ou enfrenta ser idoso; como é viver hoje; como se alimenta atualmente. Nas ciências do impreciso, as possibilidades de captura serão exploradas ordenadamente ‘ponto por ponto’ no mundo real para a construção do seu ‘mapa’, com o apoio cartográfico.

A- A caracterização dos clientes idosos e os aspectos epidemiológicos e sociodemográficos contidos no questionário (apêndice A).

- Quem é o idoso com Presbifagia: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, moradia, acometimento de doenças, administração de medicamentos, lazer, atividades cotidianas,

descrição das alterações de deglutição, onde e como se alimenta, quais as consistências do alimento que tem dificuldade para deglutir, hábitos alimentares.

B- A identificação em relação à representação do alimento, da presbifagia e do que é ser idoso abarcado pelo questionário (apêndice A). Tais representações permitem um processo de construção coletiva: a tessitura de conhecimentos em rede.

- Diante do alimento, apresenta preferências, como: liquidificar o alimento, não comer, alguém que o acompanhe, aflições pelo que poderá acontecer, expectativa, não sabe explicar.
- O que representa o alimento diante da possibilidade de engasgar;
- O que representa a Presbifagia;
- O que você propõe para o Programa;
- Como se sente com os exercícios propostos;
- O que acontece após os exercícios e suas influências no momento de deglutir.

Rastreado 2: por uma clínica física do idoso sobre o corpo físico. Aqui cabe o exame físico/utilização dos sentidos – tocar, ouvir, olhar; enfim, sentir gosto e cheiro (paladar).

A avaliação inicial da clínica fonoaudiológica com a utilização dos protocolos padronizados já mencionados – PAP, PARD.

Em sequência, a orientação e o tratamento em cuidados preventivos ou de reabilitação de acordo com as necessidades apresentadas, na perspectiva de minimizar o grau de risco e desconforto da presbifagia, passíveis de consequências prejudiciais à saúde dos idosos, como: a broncoaspiração assistemática, discreta e silente; pneumonia; desnutrição; desidratação; isolamento social; problemas emocionais (MS, 2008).

Rastreado 3: por uma clínica da emoção no corpo físico do idoso.

- a) sobre o ambiente: como é, o que faz nesse ambiente, quais são as relações familiares e amigáveis;
- b) sobre ‘ele’, o sujeito idoso: como são seus momentos cotidianos, as motivações de ser e de viver, os seus sentimentos acerca de sua idade, sua vida, seu lazer, sua alimentação, o ambiente e as emoções que o cercam, quando se alimenta em casa ou fora de casa.
- c) A utilização do instrumento: questionário (apêndice A) contemplará a investigação junto aos idosos na identificação do significado da presbifagia e do que acontece quando engasgam, quais são as reações diante deste evento.
 - Emoções: angústia, medo, desconforto, desespero, aflições, necessidade de socorro, vergonha, indiferença, ansiedade, enfrentamento, pavor ou outra descrição que lhe convém.

Após o rastreio nestas 3 modalidades, tenta-se ‘pousar’ para nos aproximar mais de perto do que foi rastreado como 1, 2 e 3. Em comunhão às variedades de atenção do pesquisador, às quais adaptamos este estudo, o ‘pouso’ trata de olhar para os dados catalogados como elementos dos exames: clínica do sujeito; clínica física; clínica emocional. O psicólogo e filósofo William James (1842-1910) compara o pouso como,

“[...] o fluxo do pensamento ao vôo de um pássaro que desenha o céu com seus movimentos contínuos, pousando de tempos em tempos em certo lugar. Vôose pousos não devem ser entendidos como uma parada *do* movimento, mas como uma parada *no* movimento. Vôos e pousos conferem um ritmo ao pensamento e a atenção desempenha aí um papel essencial” (KASTRUP, 2007, p.2) (grifo nosso).

Em sequência, se faz necessário focar a atenção para compreender os resultados na organização dos dados produzidos, compondo o conhecimento do objeto e do fenômeno.

À guisa do processo de rastreamento, adaptado para este estudo, seguiu-se com: análise, discussão, implicação, consideração do que compreendeu-se sobre os dados produzidos.

A segunda ação metodológica: a escolha do campo:

Refere-se ao espaço onde os dados serão produzidos. O cenário de campo real, o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle- HUGG, que funciona como uma unidade suplementar à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. O HUGG mantém a integralidade de suas ações voltadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente nas áreas de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar (www.unirio.br/orgaos-suplementares/hospital). Assim, o estudo teve como cenário a área de média complexidade ambulatorial.

O HUGG atende, em nível ambulatorial, os idosos do Grupo Renascer incluídos no Centro Multidisciplinar de Pesquisa e Extensão sobre o Envelhecimento – CEMPE, localizado nas dependências do hospital. De acordo com Malta (2012) o Grupo Renascer teve início em 19 de outubro de 1995, com o empenho de alguns profissionais de saúde do ambulatório do HUGG, motivados a construir um espaço para atender pessoas idosas oriundas da demanda gerada pela Política Nacional do Idoso - PNI (BRASIL, 1994). A PNI visa a garantir a atenção integral à pessoa idosa no âmbito do SUS. Nesta perspectiva, o Grupo Renascer é definido como um Programa de Assistência Integral à Pessoa da Terceira Idade.

Inicialmente, de 1995 a 2007, as atividades do Grupo Renascer eram desenvolvidas no Refeitório do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle/HUGG. A partir de outubro de 2007, passaram a ser realizadas no espaço físico do Centro Multidisciplinar de Pesquisa e Extensão em Envelhecimento (CEMPE) localizado no HUGG. O CEMPE foi criado com o objetivo de integrar diversas áreas de conhecimentos na área de envelhecimento humano, pautado na interdisciplinaridade das práticas curriculares contribuindo na formação profissional. O CEMPE foi inaugurado em 3 de outubro de 2007 na gestão da magnífica reitora Professora Malvina Tania Tuttman e com a ilustre presença do Secretário de Educação Superior /SESu/MEC (MALTA, 2012).

Atualmente, o CEMPE é coordenado por profissionais das áreas de Psicologia, Nutrição e Fisioterapia. A equipe é composta por docentes, e discentes bolsistas ou voluntários dos diversos cursos da graduação e pós-graduação da UNIRIO, como: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Direito, Teatro, Música e Fisioterapia. Logo, a

relevância social do CEMPE justifica-se face ao processo de marginalização das pessoas idosas na sociedade contemporânea, não obstante a conquista da PNI elaborada pelo governo federal brasileiro desde 1996 (*ibid*, 2012).

Segundo Malta (2012), o Grupo Renascer é cadastrado na Pró-Reitoria de Extensão da UNIRIO e foi aprovado pelo Programa de Extensão Universitária voltado às Políticas Públicas (ProExt/SESu/MEC), recebendo fomento nos anos de 2003-2005 e 2007- 2010.

No presente, a coordenação do CEMPE disponibiliza aos idosos do Grupo Renascer uma variedade de atividades e atendimentos: reabilitação do assoalho pélvico para incontinência urinária; atividades cinético funcional e cognitivo motora para a prevenção de quedas; ambulatorios de psicologia, nutrição, psiquiatria e clínica geral; roda de conversa sobre assuntos relacionados à nutrição; orientação na área de serviço social e jurídica; arteterapia; oficina literária; fisioterapia venolinfática; ginástica holística; dança em sapateado; comemorações festivas; reuniões semanais; teatro; coral, dentre outras.

Nessa trajetória de atividades prestadas à população idosa, em 2009, a equipe do CEMPE elaborou a “Cartilha do Idoso” com objetivo de fornecer orientações, promover medidas preventivas em saúde e possibilitar autonomia e independência funcional. A cartilha informativa é composta de direitos do idoso; cuidados com a alimentação; doenças mais comuns na terceira idade e dicas para o seu controle; parasitoses intestinais; cuidados com a mente; sexualidade; importância da atividade física e postura adequada; prevenção de quedas; prevenção contra doenças e os riscos da automedicação.

Assim, compreende-se a abordagem ampla em gerontologia proporcionada pela equipe do CEMPE, na qual se contempla a promoção e prevenção de saúde, reabilitação funcional e questões multidimensionais do envelhecimento.

A terceira ação metodológica: o critério de inclusão dos participantes.

Diz respeito aos critérios de inclusão/exclusão dos participantes da pesquisa. Os participantes selecionados serão os idosos do Grupo Renascer do Centro Multidisciplinar de Pesquisa e Extensão sobre o Envelhecimento – CEMPE, do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Os critérios de inclusão são: amostra da população idosa sadia com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os gêneros, independentes para as

atividades de vida diária – AVDs (por exemplo, autoalimentar-se), com condições clínicas estáveis. Portanto, os critérios de exclusão são clientes com rebaixamento do nível de consciência acometidos por doenças neurológicas que impliquem em Disfagia Neurogênica, como sequela anatomofuncional permanente, acamados domiciliares ou hospitalares. Considera-se que os substratos neuropatológicos que levam às mudanças corticais no controle da deglutição, podem afetar as variáveis que serão estudadas. Assim, delimita-se a pesquisa aos critérios de inclusão descritos.

É relevante ressaltar que, essa opção aconteceu por considerar a eminente expectativa de vida da população idosa no planeta, numa perspectiva macromolecular.

A quarta ação metodológica: a implantação do Programa.

Refere-se ao Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica, na qual serão realizadas as ações e intervenções durante o processo preventivo ou de reabilitação do participante em questão, influenciando os resultados. O Programa consta de procedimentos gerenciados conforme já mencionados anteriormente, iniciando com uma palestra para sensibilização dos participantes da pesquisa e esclarecimentos necessários acerca da fonoaudiologia, deglutição e presbifagia. Esta palestra foi realizada no Centro Multidisciplinar de Pesquisa e Extensão sobre o Envelhecimento – CEMPE, do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, na qual foram utilizados slides em power point disponibilizados no equipamento de data show e microfone. Tais recursos técnicos audiovisuais visam a melhor compreensão da temática em questão – a disfagia em idosos/ presbifagia.

Estabelecendo o objeto de estudo – prevenção e reabilitação da disfagia em idosos sadios (presbifagia) - no campo das práticas, no Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica, o trabalho será realizado com o Método Tradicional de Estimulação Tátil-Térmica-Gustativa, em grupo de pacientes idosos sadios. Esse método clínico aborda a estimulação sensorial tátil, térmica e gustativa considerada como “essencial para aquisição e adaptação das habilidades na biomecânica da deglutição, levando a mudanças no circuito cortical” (COLA; DANTAS; SILVA, 2011). Mediante as questões neuroanatomofisiológicas discutem-se os estudos sobre a plasticidade do sistema nervoso central – neuroplasticidade – na reabilitação dos

distúrbios da deglutição (COLA; DANTAS; SILVA, 2011); (SANTORO, 2008), que não abordaremos na presente tese.

Portanto, a abordagem do Método Tradicional de Estimulação Tátil-Térmica-Gustativa insere exercícios oromiofuncionais ativos e passivos para a adequação dos órgãos e funções do sistema estomatognático (lábios, língua, palato, bochechas, mandíbula). Considerando que tais órgãos também são responsáveis pela articulação da fala, inserem-se os exercícios respiratórios, fonoarticulatórios e vocais, além de manobras posturais (cervicais) facilitadoras da deglutição.

Entretanto, mesmo tratando-se de um grupo de clientes idosos com envelhecimento sadio e descartando efetivamente as desordens neuropatológicas, podem-se encontrar respostas diferentes à reabilitação fonoaudiológica. Todavia, os cuidados interdisciplinares são importantes pela abrangência de ações de diversas especificidades por serem de áreas múltiplas do conhecimento.

A **quinta ação metodológica** refere-se à autorização desta pesquisa junto ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Gaffree e Guinle - HUGG/Unirio sob o parecer consubstanciado nº 1.084.252 relatado em 28 de Maio de 2015.

A **sexta ação metodológica**: Reunir os dados gerais utilizados no Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica.

Cabe ratificar que foram utilizados como instrumentos na investigação: o questionário, os protocolos já citados (PAP, PARD), e o caderno de campo, que permitirá observar aspectos relevantes no cotidiano do ambulatório como fatos, intercorrências, dúvidas e questionamentos que possam nortear as necessidades, acréscimos ou supressões para o estudo e a pesquisa. O caderno de campo torna-se uma fonte de inúmeras informações, observações e evidências do ambiente de saúde, aproximando o pesquisador das vivências *in loco* do cotidiano pesquisado. Portanto, isso exige do pesquisador a sensibilidade “para ouvir, observar e reconhecer os momentos mais adequados para perguntar, dialogar, enfim, agir” (MARTINS; THEÓPHILO, 2009, p. 75) em prol da fidedignidade da pesquisa.

Esta ação propõe o método indiciário para a produção de dados, corroborando à ciência do impreciso, a ciência do homem já mencionadas neste trabalho. A proposta do

Paradigma Indiciário ou Semiótico, descrita pelo historiador italiano Carlo Ginzburg, considera a investigação e análise dos indícios, dados, pistas, sinais, rastros, detalhes, resíduos e pormenores realizando um cruzamento das fontes utilizadas na pesquisa. Segundo Venera (2006), para Ginzburg “os sinais são signos e possuem significados dentro da categoria em que ele está trabalhando, pode ser a classe ou a cultura” (p.182). Assim, neste estudo, o referido paradigma permitirá captar pistas que traduzem pontos, permitindo a ampliação e a visibilidade da realidade que faz-se opaca (GINZBURG, 1989). Tal paradigma se compara a prática do médico, “que utiliza os quadros nosográficos para analisar o mal específico de cada doente. E, como médico, o conhecimento histórico é indireto, indiciário, conjectural” (p. 157).

Em relação à previsão dos riscos e desconfortos dos participantes da pesquisa, considera-se o instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 529 de 1ª de Abril de 2013 (DOU de 02/04/2013) (BRASIL, 2013), que dispõe sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Assim, pode-se conjecturar sobre os eventos adversos e a cultura de segurança (art.4º do PNSP):

a) o possível constrangimento/desconforto na avaliação fonoaudiológica orofacial e cervical, principalmente na cavidade intra oral e respectivas sensibilidades;

b) o possível constrangimento/desconforto das respostas e descrição acerca dos sentimentos vivenciados em relação ao engasgo.

A **sétima ação metodológica** foi o agendamento com os clientes idosos do Grupo Renascer, para a devida obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice D) aos idosos que desejarem participar da pesquisa, assim como, a produção de dados, após a autorização do Comitê de Ética.

A **oitava ação metodológica** refere-se à organização da análise de dados e a defesa de qualificação da tese.

A **nona ação metodológica** diz respeito à discussão dos dados produzidos na pesquisa, aos efeitos do Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica e à defesa da tese com a possível confirmação da hipótese.

CAPÍTULO IV - O PROCESSO DOS RASTREAMENTOS – SOBREVÔO E VARREDURA NO CAMPO DE PESQUISA

O processo inicia-se com uma primeira reunião junto à coordenação do CEMPE, a fim de esclarecimentos gerais do programa fonoaudiológico e datas e horários disponíveis para o uso do ambulatório. Desta forma, agendamos no auditório Nelson Maculan Filho no CEMPE, o primeiro encontro com os idosos sob a forma de assembleia, na qual foi realizada uma palestra com o tema em questão – deglutição, disfagia e os respectivos cuidados.

Utilizou-se um vocabulário acessível, de linguagem simples buscando a melhor compreensão entre teorias, técnicas e práticas do corpo humano (anatomofisiologia) em relação ao ato e dificuldades em engolir saliva e alimentos. Na ocasião, contou-se com a presença de 3 coordenadoras do CEMPE e 100 participantes idosos do Grupo Renascer, registrados em lista de frequência. Durante o encontro, os participantes puderam expressar suas dúvidas e opiniões compartilhando suas vivências acerca do tema proposto.

Nesse momento, foram oferecidos os dias e datas disponíveis para o agendamento ambulatorial localizado no CEMPE.

Os atendimentos foram individuais, incluindo: os devidos esclarecimentos e assinaturas do TCLE, utilização do questionário com investigações sociodemográficas, alterações e reações vivenciadas ao evento do engasgo e avaliação clínica fonoaudiológica por intermédio dos protocolos padronizados (PAP e PARD).

Para a avaliação clínica fonoaudiológica, foram utilizados os materiais de biossegurança (luva de procedimento, máscara, abaixador de língua); de recursos instrumentais de apoio à prática clínica (estetoscópio, oxímetro de pulso); de alimentos em consistências líquida (água) ofertado em copo plástico; pastosa (iogurte tipo petit suisse) ofertado em colher plástica e, por último, sólida (biscoito tipo água e sal). A quantidade variava entre 10 a 30 ml para a consistência líquida em goles livres, entre 3 e 5 ml para a consistência pastosa e, cerca de $\frac{1}{4}$ de biscoito. Estas ofertas de alimentos respeitavam a rotina e a aceitação do cliente.

Faz-se necessário esclarecer que, o uso do oxímetro de pulso para detectar a possibilidade de aspiração, baseia-se na prognose de que na aspiração laringo-traqueal ocorre um reflexo de broncoespasmo, diminuindo a perfusão respiratória e provocando queda na saturação de oxigênio (BOLZAN et al, 2013).

Durante as ofertas avaliaram-se e detectaram-se alguns eventos da fase oral e faríngea da deglutição e a necessidade de utilizar manobras de proteção, limpeza e/ou alternância de consistências alimentares.

Foram detectados parâmetros qualitativos e quantitativos (SANTORO; LEMOS; GARCIA, 2012) nas fases oral e faríngea da deglutição.

Nos parâmetros qualitativos da deglutição observaram-se:

- ✓ o escape precoce do alimento pela redução do controle motor oral;
- ✓ a mobilidade da base de língua durante a preparação do bolo alimentar na oferta de sólido;
- ✓ o refluxo nasal de alimento para todas as consistências ofertadas, referindo-se ao retorno do alimento para a nasofaringe durante a deglutição;
- ✓ a qualidade perceptiva da ausculta cervical com o estetoscópio posicionado no pescoço na região da linha média da cartilagem cricóide em C7. Segundo Bolzan *et al* (2013) esta cartilagem se apresenta como um ressonador potencial facilitando a percepção do sinal acústico da deglutição.
- ✓ a qualidade vocal após a deglutição, a qual denomina-se de voz molhada⁸. Quando presente sugere sinais de penetração em vestíbulo laríngeo ainda não ultrapassando o nível das pregas vocais, podendo ser acompanhado do reflexo protetivo de tosse.

Nos parâmetros quantitativos da deglutição observaram-se:

- ✓ o número de deglutições espontâneas, que diz respeito ao número de deglutições que o cliente realiza de forma espontânea para a sensação de

⁸ De acordo com Santoro; Lemos; Garcia (2012) o termo voz molhada refere-se ao som borbulhante produzido à fonação, aproximando-se da rouquidão e é indicativo de estase salivar ou alimentos no vestíbulo laríngeo. Solicita-se ao cliente, a fonação da vogal “a” prolongado após a deglutição para a avaliação perceptual auditiva da qualidade vocal.

limpeza do bolo alimentar. Em processos de avaliação, considera-se normal até 3 deglutições para este fim;

- ✓ o número de deglutições para clareamento, referindo-se ao número de deglutições solicitadas pela fonoaudióloga para obter a limpeza do bolo alimentar. Tal procedimento caracteriza uma das manobras facilitadoras da deglutição para a proteção das vias aéreas.

Em seguida às investigações e escuta dos relatos, foram prescritas orientações fonoaudiológicas com: adequação do ambiente, exercícios articulatórios, respiratórios e vocais; manobras posturais e voluntárias (MACEDO; GOMES; FURKIM, 1999); estratégias facilitadoras para a deglutição; encaminhamentos ao médico otorrinolaringologista e prescrição de espessante para líquidos, quando necessário. Os exercícios, manobras e estratégias foram praticados junto à fonoaudióloga pesquisadora, como modelo, adequadas à situação pertinente e limitações de cada idoso, sendo também entregue por escrito para a continuidade diária em casa.

Vale lembrar que a conduta fonoaudiológica foi individual e personalizada a cada caso, singular a cada participante. E, principalmente, durante a avaliação fonoaudiológica, nenhum participante apresentou as intercorrências de cianose, sudorese, sonolência, dispneia, fadiga.

A adequação do ambiente corresponde à recomendação de alimentar-se em ambiente que favoreça a atenção do idoso ao que irá degustar, como: desligar a televisão ou rádio e não falar com o alimento na boca. Desta forma, buscam-se promover as adaptações fisiológicas no sincronismo respiração-deglutição, evitando possíveis penetrações e aspirações de alimentos ou resíduos alimentares no complexo laríngeo e estruturas inferiores a ela.

Na abordagem do Método Tradicional de Estimulação Tátil-Térmica-Gustativa utilizam-se os exercícios articulatórios, respiratórios e vocais, no trabalho oromiofuncional mesclando mobilidade, força e sensibilidade para os órgãos fonoarticulatórios – OFAs: lábios, língua, bochechas, mandíbula, palato duro e mole ou véu palatino do sistema estomatognático (SE), conforme quadro 1:

Quadro 1 – Exercícios oromiofuncionais adaptados pelas autoras.

EXERCÍCIOS DE OFAs	EFEITO DA ATIVIDADE
Colocar língua para fora e dentro da boca;	Aumento da amplitude de movimento anterior de língua, melhora do trânsito oral e bolo alimentar durante a deglutição.
Empurrar as bochechas com a língua de boca fechada;	Aumento da amplitude e força do dorso da língua, melhora da propulsão do bolo alimentar.
Vibrar a língua;	Estimulação da musculatura intrínseca do laringe.
Estalar a língua;	Retração de base de língua.
Empurrar uma colher gelada (de aço inox) com a língua;	Retração de base de língua com estímulo térmico, força do dorso da língua.
Beijo com os lábios em bico e beijo com os lábios escondidos;	Protrusão e retração labial, aumento da amplitude e força do orbicular dos lábios, melhor contenção do alimento na cavidade oral.
Vibrar lábios;	Estimulação da musculatura extrínseca do laringe.
Segurar uma caneta com os lábios em bico;	Oclusão e vedamento labial favorecendo a pressão negativa, importante para a ejeção do bolo, a mastigação e deglutição; simetria labial.
Com os lábios em bico, jogá-los para os lados;	Movimentação do orbicular dos lábios, apoio à mastigação e deglutição.
Falar GAM- KAM;	Adequação do movimento do palato mole/ véu palatino, contribuindo para a competência velofaríngea.
Falar ‘i’ prolongando;	Durante a produção do falseto a laringe se eleva, no mesmo movimento produzido na

	deglutição.
Soprar uma vela sem apagar a chama.	Controle expiratório como apoio à coordenação R/D.

Fonte: MORAES; ANDRADE (2012), adaptação das autoras. Legenda: OFAs – órgãos fonoarticulatórios; R/D – respiração/deglutição.

Os exercícios descritos no quadro 1 têm, como objetivo geral, a reorganização motora e funcional (SE) da musculatura orofacial.

A sequência, temporalidade e quantidade variavam, sendo adequados à cada necessidade e achado clínico. Geralmente, a orientação fonoaudiológica sugeriu a realização dos exercícios todos os dias, três vezes ao dia (manhã, tarde e noite), vinte vezes cada exercício.

Completando a abordagem prática do Método Tradicional de Estimulação Tátil-Térmica-Gustativa, as manobras posturais e voluntárias (MACEDO; GOMES; FURKIM, 1999) também seguiram a conformidade dos achados clínicos individuais (quadro 2):

Quadro 2 – Manobras posturais e voluntárias.

MANOBRA POSTURAL	EFEITO	ACHADO CLÍNICO
Engolir o alimento com a cabeça para baixo, o queixo inclinado para baixo.	Proteger a via aérea inferior.	Ausculta cervical característica de penetração laríngea.
Engolir com a cabeça para trás, o queixo inclinado para trás.	Auxiliar na propulsão do bolo alimentar.	Escape anterior de alimentos por ineficácia do vedamento labial, motricidade oral e diminuição da percepção cinestésica.
Engolir com a cabeça virada para a direita ou para a esquerda.	Isolar comprometimentos laterais da faringe e/ou prega vocal, favorecendo a descida do bolo alimentar	Paralisia ou paresia facial e/ou de prega vocal.

	pelo lado não prejudicado.	
MANOBRA VOLUNTÁRIA	EFEITO	ACHADO CLÍNICO
Deglutição múltipla: engolir várias vezes consecutivas.	Retirar o bolo alimentar retido em cavidade oral e recessos faríngeos.	Alterações estruturais e funcionais.
Deglutição de esforço, engolir com esforço.	Aumentar a força muscular oromiofuncional, intensificando o envio e descida do bolo em orofaringe.	Alterações estruturais e funcionais.
Manobra de Massako: engolir mantendo a língua protruída entre os dentes.	Aumentar a movimentação da parede posterior da faringe, aproximar a parede faríngea e base de língua.	Redução de contração faríngea, alterações estruturais e funcionais.
Manobra de Mendelsohn: engolir segurando a garganta para cima (elevando a laringe) na altura do Pomo-de-Adão (cartilagem tireóide).	Maximizar a elevação laríngea melhorando a movimentação da mesma e a abertura da transição faringo-esofágica durante a deglutição	Redução da elevação laríngea e disfunção da epiglote.
Manobra ou exercício de Shaker: na posição deitada, de barriga para cima, levantar a cabeça e olhar para os pés sem tirar os ombros da cama durante 1 minuto e descansar 1 minuto; fazer isso 5 vezes de manhã, 5 vezes à tarde e 5 vezes à noite.	Fortalecer a musculatura supra-hióidea favorecendo a maior abertura do Esfíncter Esofágico Superior (EES).	Redução de contração faríngea pela diminuição da mobilidade dos músculos faríngeos e consequente lentificação do trânsito alimentar na fase faríngea da deglutição.
Deglutição Supraglótica: inspirar (colocar o ar para	Proteger a via aérea maximizando o	Ausculata cervical característica de penetração

dentro), segurar o ar, engolir e tossir após ter engolido o alimento.	fechamento das pregas vocais.	laríngea.
---	-------------------------------	-----------

Fonte: Adaptação das autoras.

Para as estratégias facilitadoras para a deglutição, ofereceram-se, aos idosos, as seguintes orientações: beber um pouco de água ou suco durante a alimentação, mudar a consistência e/ou a temperatura dos alimentos, fracionar a dieta (a quantidade de comida) durante o dia, prescrever espessante para líquidos.

CAPÍTULO V - RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a atenção cartográfica, procedeu-se ao pouso para tocar os dados reconfigurando e esculpindo, dinamicamente, o trabalho no campo ou território de observação. Desta forma, movimenta-se para o desenho cartográfico (figura 5), a seguir.

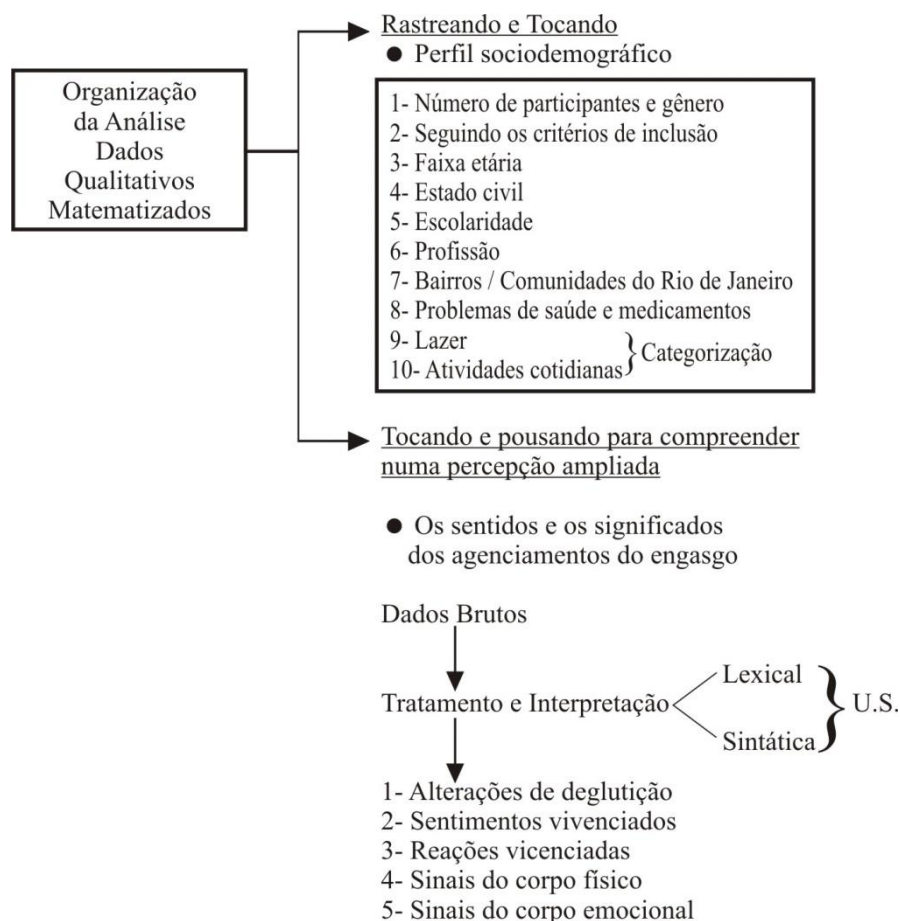


Figura 5- Organização da análise – dados qualitativos matematizados.

Legenda: U.S. – Unidades Significativas. *Fonte:* autoras.

5.1. Rastreamento e tocando: perfil sociodemográfico – dados qualitativos matematizados

5.1.1. Número de participantes e gêneros

Conforme demonstra o gráfico 2, participaram da pesquisa 93 idosos (n= 93) de ambos os gêneros (86 mulheres e 7 homens), com idade a partir dos 60 anos.

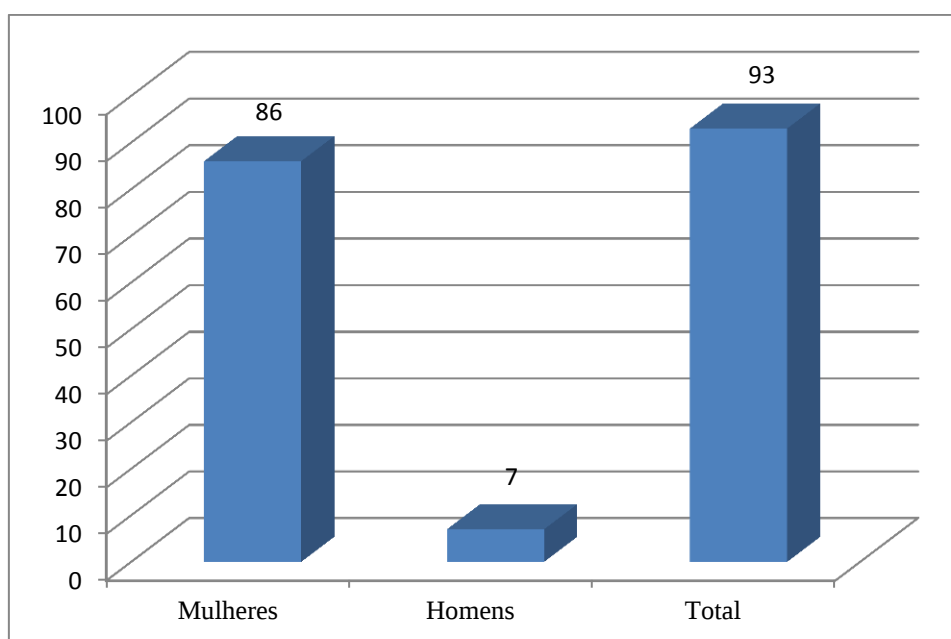


Gráfico 2 – Total de participantes entrevistados/avaliados/orientados.

Nesta amostra populacional, observa-se que 92,47% dos participantes que compõem o Grupo Renascer são do sexo feminino e apenas 7,52% são do sexo masculino. Pode-se conjecturar que a maioria dos homens, frequentemente, evita o contato com os espaços de saúde, orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Muitos são reversos à promoção, prevenção e autocuidado em saúde e, por vezes, protelam a procura de atendimento ou socorro, permitindo que os casos de doenças se agravem em fases avançadas (BRASIL, 2009).

De fato, durante a utilização do questionário 1, a pergunta nº 8 referente à descrição das reações vivenciadas diante do evento de engasgo, foi relatada pelo participante do sexo masculino,

PARTICIPANTE 86:

“Sinto apenas um desconforto que passa quando vou ao banheiro para cuspir e depois melhora”.

Ao término das perguntas, a esposa do mesmo (PARTICIPANTE 83), demonstrando preocupação, descreve o oposto da situação referida pelo esposo:

PARTICIPANTE 83:

“É assustador, dá pavor e muito susto na gente. É grave”.

Não obstante às transformações na equidade do gênero, as mulheres ainda encontram-se imersas no modelo familiar de cuidados do lar, filhos e companheiro. No caso mencionado, o idoso minimiza a sua alteração de deglutição, despercebendo os riscos e as consequências deletérias à saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem apresenta diretrizes e princípios em atenção aos homens para que se cuidem mais e propicia a oferta de serviços de saúde que facilitem o enfrentamento dos agravos que são específicos do sexo masculino ou que nele encontram maiores taxas de ocorrência (BRASIL, 2009).

As masculinidades são construídas histórico e sócio culturalmente e, no Brasil “a esperança de vida ao nascer já atingiu a média de 76,71 anos para as mulheres e 69,11 para os homens –, um indicador cuja melhoria está ligada fundamentalmente à elevação da expectativa de vida dos homens” (BRASIL, 2009, p.8).

“Na velhice, os homens são levados a se confrontar com a própria vulnerabilidade, sobretudo porque nessa etapa do ciclo de vida muitos homens são levados a procurar ajuda médica diante de quadros irreversíveis de adoecimento, por não terem lançado mão de ações de prevenção ou de tratamento precoce para as enfermidades” (WHO, 2001) (BRASIL, 2009, p.28).

Posto à reflexão, homens e mulheres abarcam momentos diferentes em toda a sua trajetória de vida. No envelhecimento, os gêneros compartilham inúmeras e sublimes diferenças também no processo estrutural e funcional da deglutição.

5.1.2. Seguindo os critérios de inclusão

Em conformidade com os critérios de inclusão expostos na terceira ação metodológica desta pesquisa, delimitamos o estudo da presbifagia em idosos saudáveis. Na construção da produção de dados, foram excluídos 2 participantes idosos com alterações neurológicas que suscitaram a disfagia orofaríngea neurogênica. São eles: participantes nº 70 e nº 91 os quais apresentam, respectivamente, Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (CID 10 – G93.4) e Síndrome de Sjogren (CID 10 – M35.0).

Por questões éticas, os referidos idosos participaram do processo completo da pesquisa, porém não serão contabilizados na produção de dados.

Logo, utilizou-se na produção de dados o total de 91 idosos saudáveis ou $n = 91$ (gráfico 3).

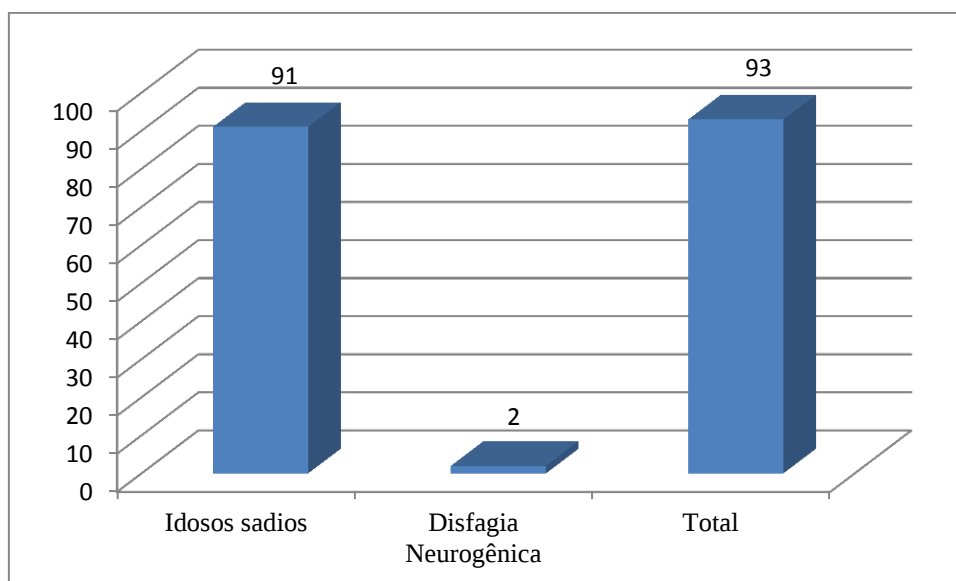


Gráfico 3 – Idosos saudáveis e com disfagia orofaríngea neurogênica.

Há de se considerar que se trata de uma amostra probabilística com 91 idosos saudáveis, o que equivale a 97,84%. Cabe aqui a conjectura do acesso às políticas públicas de saúde voltadas aos idosos, às redes de atenção primária, secundária e terciária em saúde e o trabalho interdisciplinar ofertado no CEMPE, conforme já mencionado.

Esta rede de atenção e cuidados é expressa no ambiente e tecida pela interação dos idosos em movimentos macro e micromoleculares dos poderes públicos acessíveis.

No primeiro encontro formalizado em palestra sobre a deglutição e disfagia – rastreio inicial – percebeu-se que, especialmente, os idosos do Grupo Renascer, trazem uma gama de conhecimentos e experiências na qual subjaz o paradigma de indiferença, isolamento, incapacitação e ignorância. Durante a palestra, o público idoso se manifestou de forma colaborativa, interrogando sobre suas inquietações pertinentes ao tema, as quais foram registradas no caderno de campo:

PARTICIPANTES EM ASSEMBLÉIA INICIAL:

“O que é refluxo, o que acontece?”

“Os soluços têm relação com o engolir?”

“Você pode me explicar o que é broncoaspiração?”

“Operei a tireóide, tem relação com o engasgo? A minha voz engrossou.”

“Por que quando como, o nariz fica escorrendo uma água?”

“Quando a gente engasga, dar tapas nas costas funciona? Qual a relação?”

“Existe alguma relação em lacrimejar, sair lágrimas com o engolir?”

“No Parkinson, a garganta parece que fica fina, fraca?”

Enfim, os idosos se comportaram pro ativamente, interagindo e compartilhando saberes com a fonoaudióloga e seus pares.

5.1.3. Faixa etária

Os participantes da amostra foram distribuídos, em relação às faixas etárias, conforme mostra a Tabela 1. A média de idade é de 74,77 anos, a mediana de 75 anos e o desvio-padrão de 8,05.

Tabela 1. Distribuição dos participantes de acordo com a faixa etária.

Faixa etária (anos)	Número de participantes
60-70	27
71-80	40
81-90	22
91-100	02
Total	91

A tabela 1 demonstra que 29,67% dos idosos do Grupo Renascer têm entre 60 e 70 anos de idade; 43,95% entre 71 a 80 anos; 21,17% entre 81 e 90 anos e 2,19% entre 91 e 100 anos. Portanto, a maior concentração possui entre 71 a 80 anos de idade.

5.1.4. Estado civil

Conforme o gráfico 4, o estado civil dos participantes apresenta-se: 43 viúvos (as) ou 47,25%, 23 casados (as) ou 25,27%, 19 solteiros (as) ou 20,87% e 6 divorciados (as) ou 6,59%.

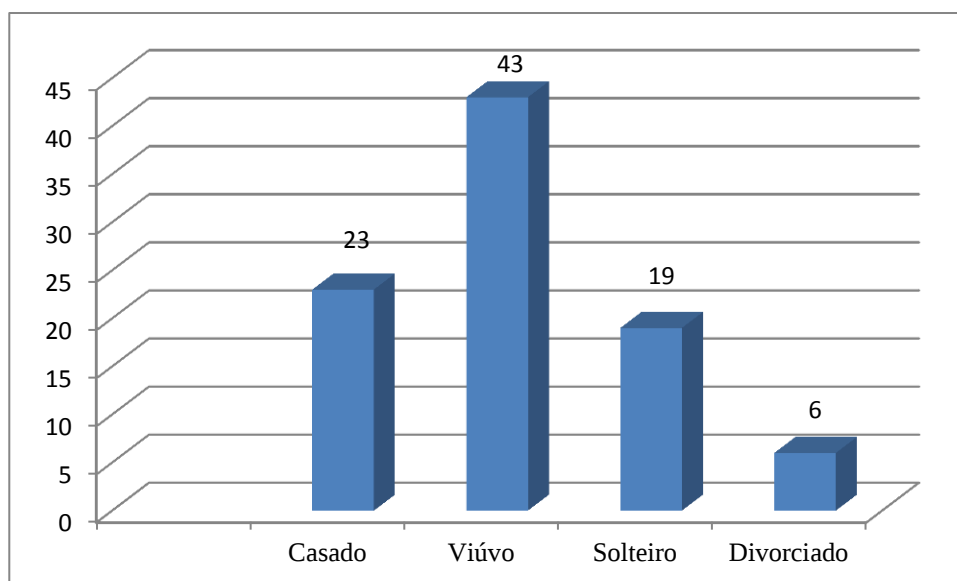


Gráfico 4 – Estado civil dos participantes.

Vista a maior porcentagem de viúvos (as) no Grupo Renascer, alguns destes expressam a dor da perda do companheiro (a) de longos anos, numa trajetória de cumplicidade, amizade, amor, atenção, cuidados e parceria, ou completam a resposta sobre o estado civil, recordando o tempo nesta delicada condição de perda.

PARTICIPANTE 31:

“[...] sou viúva há 16 anos... conheci meu marido num baile de carnaval, é vascaíno...foi um amor de carnaval”.

PARTICIPANTE 38:

“[...] viúvo há 1 ano e meio, faria hoje 57 anos de casados”.

PARTICIPANTE 41:

“[...] fiquei viúva há pouco tempo, 1 mês, ainda estou meio perdida, mas Deus está me dando muita força”.

PARTICIPANTE 45:

“[...] sou viúva há 8 anos”.

PARTICIPANTE 51:

“[...] meu marido faleceu aos 30 anos de desastre de carro”.

PARTICIPANTE 53:

“[...] sou viúva há 8 anos, meu marido me faz falta”.

PARTICIPANTE 69:

“[...] viúva há 20 anos, essa pergunta mexe comigo”.

PARTICIPANTE 93:

“[...] viúva desde 1969”.

5.1.5. Escolaridade

Quanto à escolaridade dos idosos, distribui-se em diversos níveis: analfabeto/a: 3 ou 3,29%; anos iniciais completos: 12 ou 13,18%; anos iniciais incompletos: 10 ou 10,98%; anos finais completos: 14 ou 15,38%; anos finais incompletos: 5 ou 5,49%; ensino médio completo: 25 ou 27,47%; ensino médio incompleto: 3 ou 3,29%; ensino superior completo: 12 ou 13,18% (01 estatística, 01 arquivista, 02 nutrição, 01 contabilidade, 01 comunicação social, 02 serviço social, 01 direito, 01 história, 01 psicologia com pós graduação, 01 letras com pós graduação); ensino superior incompleto: 7 ou 7,69% (01 marketing, 01 letras, 02 contabilidade, 02 administração, 01 geografia). De acordo com o gráfico 5:

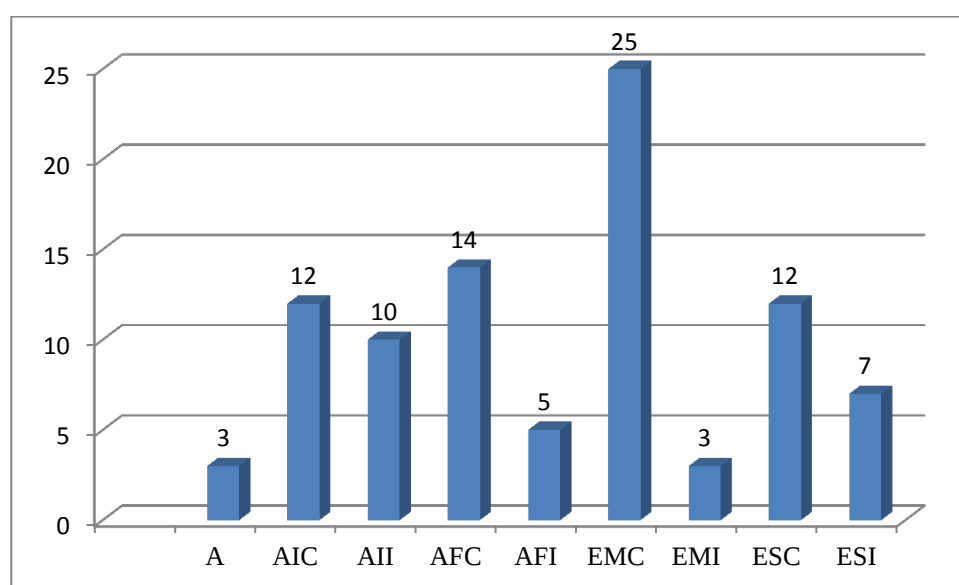


Gráfico 5 – Escolaridade. Legenda: A- Analfabeto/a; AIC- Anos Iniciais Completos; AII- Anos Iniciais Incompletos; AFC- Anos Finais Completos; AFI- Anos finais Incompletos; EMC- Ensino Médio Completo; EMI- Ensino Médio Incompleto; ESC- Ensino Superior Completo; ESI- Ensino Superior Incompleto.

Nesta amostra, observa-se a distribuição de escolaridade do Grupo Renascer numa maior prevalência de idosos formados no EMC, o equivalente a 27,47%. Porém, o

acesso à escolaridade desta população se mostra favorável, visto o ingresso (a entrada) aos níveis do ensino fundamental (anos iniciais e anos finais), ensino médio e superior.

Contudo, houve relatos das dificuldades encontradas para o início da vida acadêmica como: responsabilidades na criação e cuidados dos irmãos menores, moradia em lugares afastados ou áreas rurais, casamentos precoces, dentre outros.

5.1.6. Profissão

Em relação à profissão ou condição laboral, identifica-se: Aposentado/a: 53 ou 58,24%; dona de casa: 26 ou 28,57%; manicure: 2 ou 2,19%; comerciante: 2 ou 2,19%; arquivista: 1 (no arquivo hospitalar do HUGG); cuidadora: 1; professora: 1; secretária: 1 (no HUGG, a idosa atua como secretária no ambulatório do CEMPE para os atendimentos médicos ofertados ao Grupo Renascer, além de ser integrante deste grupo); costureira: 1; artesã: 1; técnica de laboratório; psicóloga: 1; o que equivale a 1,09% para cada. Segue abaixo o gráfico 6:

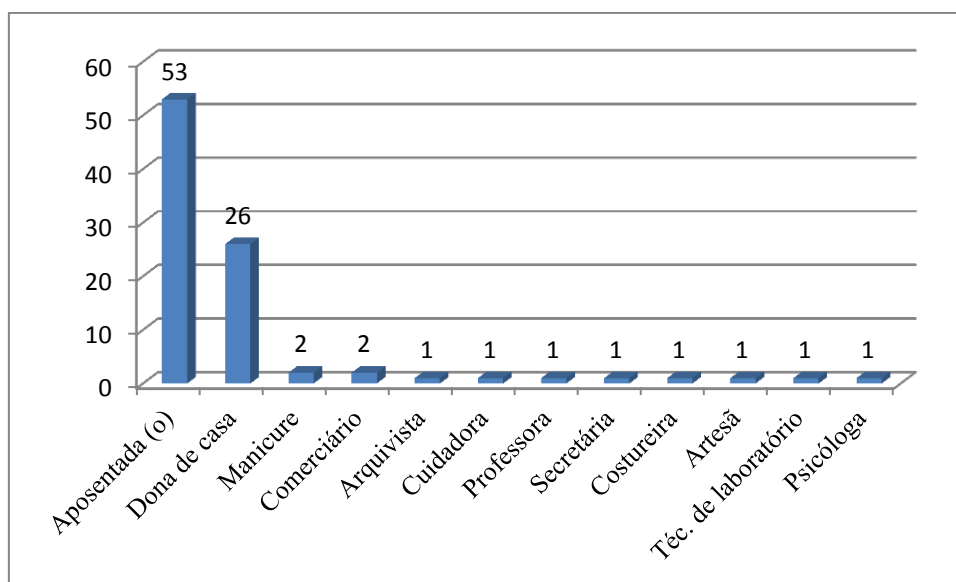


Gráfico 6 – Profissões ou condição laboral.

O gráfico 6 demonstra que 58,24% dos idosos do Grupo Renascer são aposentados e, os demais, cerca de 41,75%, ainda mantêm uma atividade laboral.

É fato que, por vezes, a sociedade e o mercado de trabalho descartam a população idosa dando prioridade aos jovens, em detrimento da experiência profissional adquirida ao longo dos anos.

No Brasil, segundo o IBGE (2002), cerca de 4,5 milhões de idosos estão no mercado de trabalho e, portanto são responsáveis (cerca de 20%) pela contribuição total ou parcial no orçamento familiar (BRASIL, 2002).

Tal incremento sofre influências como: aumento da capacidade laboral dos idosos que não se sentem impelidos a deixar suas atividades; a postergação dos jovens na saída da casa dos pais; a maior rotatividade dos jovens no mercado de trabalho, pois tendem a ser mais seletivos na escolha do emprego por não serem ‘chefes de família’.

A introdução do idoso na cadeia produtiva pode melhorar o desempenho em atendimento e no relacionamento dos sujeitos envolvidos, vistas suas habilidades gerais construídas historicamente e com perspectivas agenciadoras. A estimativa do IPEA (BRASIL, 2010) corrobora com o detectado numa parcela (41,75%) do Grupo Renascer: eles, os idosos, ultrapassam o período de direito à aposentadoria e continuam trabalhando ativamente.

5.1.7. Bairros/comunidades do Rio de Janeiro

O HUGG/CEMPE está localizado na Tijuca à Rua Mariz e Barros, nº 775, o mesmo bairro no qual se concentram cerca de 34 idosos ou 37,36 % dos participantes.

O município do Rio de Janeiro é constituído de regiões delimitadas como zonas norte, sul, oeste e centro. A maior concentração dos participantes desta pesquisa é na zona norte onde residem 66 idosos, o que equivale a 72,52% do total dos participantes distribuídos nos seguintes bairros: Tijuca (34), Grajaú (5), Praça da Bandeira (5), Méier (4), Vila Isabel (3), Engenho Novo (2), Lins de Vasconcelos (2), Andaraí (2), Madureira (2), Água Santa (1), Maracanã (1), Cachambi (1), Guadalupe (1), Irajá (1), Cordovil (1), Piedade (1).

Na zona sul, residem 4 participantes (4,39%), nos bairros: Humaitá (1), Botafogo (1), Copacabana (1), Jardim Botânico (1).

Na zona oeste, são 5 participantes (5,49%): Santa Cruz (1), Barra da Tijuca (1), Taquara (1), Padre Miguel (1), Realengo (1). E no Centro, moram 13 (14,28%): Santa Tereza (3), São Cristóvão (3), Estácio (3), Cidade Nova (1), Rio Comprido (1), Benfica (1) e Centro (1).

Outros 2 participantes (2,19%), residem nos municípios de São João de Meriti e Maricá.

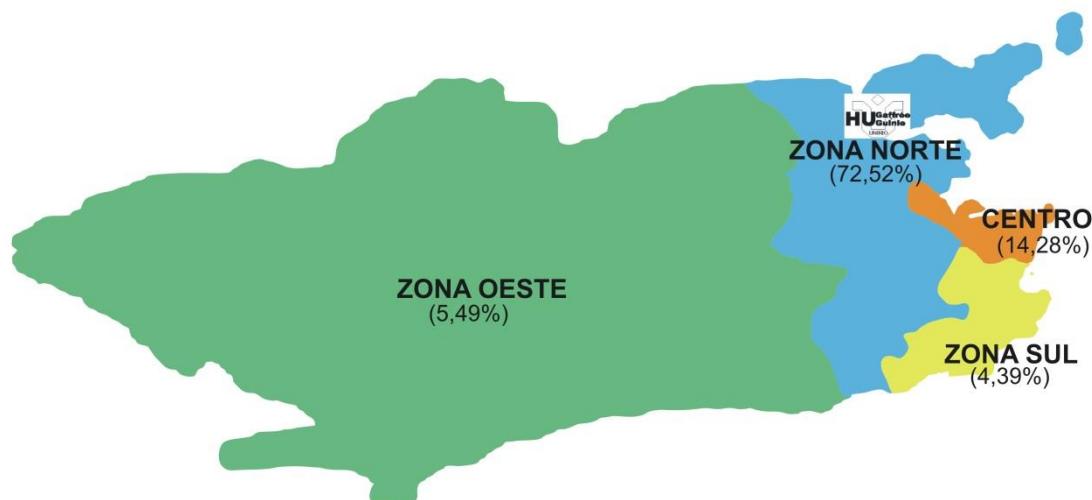


Figura 6: Mapa da cidade do Rio de Janeiro. *Fonte: Google mapas; adaptação das autoras.*

No mapa (figura 6), visualiza-se num espaço macromolecular a distribuição regional dos participantes nas zonas norte, sul, oeste e centro. Vistas a diversidade e a abrangência, pode-se conjecturar a desterritorialização dos idosos rompendo com os processos de assujeitamentos micropolíticos que os cercam. Portanto, os idosos, enquanto sujeitos disponíveis à participação no Grupo Renascer no CEMPE, assumem a condição de dispositivos agenciadores na possibilidade de fazer algo acontecer. Nesta perspectiva, o idoso “*se põe a ser*” (GUATTARI, 2013, p. 28), não sendo obstáculo as questões como acesso, percurso, transporte, frequência ou equivalentes numa visão macromolecular.

5.1.8. Sobre os problemas de saúde e medicamentos

Quando interrogados sobre os problemas de saúde, 90 idosos relataram que apresentam alguma doença crônica como hipertensão arterial sistêmica- HAS (29); HAS e outras doenças como hipercolesterolemia, doença cardiovascular, diabetes, gastrite, alterações na tireóide (49); HAS e câncer (2); câncer (6); deficiência auditiva com uso de aparelho de amplificação sonora individual - AASI ou prótese auditiva bilateral (4), destes 2 também apresentam HAS. Apenas um participante declarou não ter problemas de saúde.

Quanto ao tratamento farmacológico, todos os clientes que apresentaram doenças administram medicamentos indicados pelo médico responsável.

Este estudo demonstra uma alta prevalência de HAS nos idosos do Grupo Renascer. Dos 90 que relataram problemas de saúde, 82 apresentam HAS o equivalente a 91,11%.

A hipertensão arterial sistêmica - HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, de forma frequente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com elevado risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) acrescenta que a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

É importante ressaltar que, conforme já mencionado anteriormente, o CEMPE disponibiliza diversas atividades de promoção de saúde que contribuem para o tratamento não-farmacológico da HAS.

5.1.9. Sobre o lazer

Em relação ao lazer, 75 idosos ou 82,41% referiram contemplar algum lazer e 16 idosos ou 17,58% não mantêm por hábito o lazer.

Nesta produção de dados, utiliza-se a categorização como processo estrutural da análise de conteúdo na tentativa de adaptar à realidade das mensagens que a pesquisa nos oferece (BARDIN, 2011). Então, apresenta-se de forma condensada em agrupamentos de categorização por aproximação semântica. Os conjuntos heterogêneos de unidades semânticas dos lazers realizados distribuem-se em: sócio-cultural, habilidades do lar e diversos, conforme quadro 3.

Quadro 3 - Lazers sócio-cultural, habilidades do lar e diversos.

LAZER SÓCIO-CULTURAL	FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA
Ir ao cinema	10
Ir ao teatro	10
Cantar no coral	6
Dançar	10
Ouvir música	1
Leitura	4
Aula de Espanhol	1
Aula de violino e cavaquinho	1
As atividades no Grupo Renascer	5
Assistir shows no Canecão e Imperator	2
Visitar um parente ou um amigo	1
Excursão	2
Viajar	4
Ir à igreja	1
LAZER NAS HABILIDADES DO LAR	FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA
Cuidar da casa	3
Cozinhar	1

Bordar	3
Costurar	3
Fazer artesanato	2
LAZERES DIVERSOS	FREQUÊNCIA DA OCORRÊNCIA
Passear	12
Ir à praia	9
Ir a festas	2
Ir à academia	3
Facebook	1
Caminhar	9
Dirigir carro	1
Fazer palavras cruzadas	2
Bingo	1
Assistir à televisão	2

Fonte: Respostas do questionário (apêndice A).

Ainda em relação ao lazer, os idosos destacaram algumas barreiras para sua fluente realização:

Por problemas de saúde:

PARTICIPANTE 19:

“[...] interrompi a dança por recomendação médica, mas vou voltar”.

PARTICIPANTE 20:

“Gosto muito de cantar e dançar, mas fico tonta e cansada”.

PARTICIPANTE 66:

“[...] gosto de passear, mas o joelho não deixa”.

PARTICIPANTE 68:

“[...] coral, cantar música é tudo para mim. Não canto mais, sinto o envelhecer e que não dá mais, a voz não é a mesma. Fui aluna do Villa Lobos, estudei muito canto. A Bibi Ferreira faz vocalizes até hoje”.

Por motivo de violência e transtornos na mobilidade urbana:

PARTICIPANTE 44:

“Cinema, praia não é fácil ir, para estacionar, a idade não é fácil”.

PARTICIPANTE 48:

“Atividades do Grupo Renascer, gosto de sair, mas não saio por causa da violência, ônibus lotado, praia [...]”.

PARTICIPANTE 56:

“Gosto de andar, passear. Desde o ano passado não vou à praia por causa de muita confusão”.

PARTICIPANTE 58:

“Gosto de praia, moro perto mas não estou indo por causa da violência”.

PARTICIPANTE 65:

“Bingo, mas quase não vou porque é à noite”.

PARTICIPANTE 89:

“Teatro, mas quase não vou, é caro e distante”.

PARTICIPANTE 92:

“Artesanato, oficinas, teatro. Já gostei de praia, mas muito tumultuado hoje”.

Por problemas de ordem pessoais e psicológicos:

PARTICIPANTE 18:

“[...] estou ficando triste, mas não sei o porquê!”

PARTICIPANTE 41:

“Gosto de praia, mas o meu marido não gostava, fiquei viúva a pouco tempo (1 mês), ainda estou perdida, mas Deus está me dando muita força”.

PARTICIPANTE 82:

“Grupo Renascer, não posso sair sozinha, vejo só desgraça na TV, tô ficando deprimida, nunca pensei em ter uma velhice assim, com problemas pessoais, impunidade. Não posso consertar o mundo, mas não aceito”.

PARTICIPANTE 88:

“Gosto de hidroginástica, dançar, passeios. Mas não faço mais, me *sinto* uma inútil, não consigo o atestado do cardiologista para fazer, não querem me dar e também não falam o porquê. Só caminho”.

O que e por que os idosos não fazem mais o que gostam? Nas narrativas, pode-se perceber que o entretenimento é inoperante ou interrompido por diversas dificuldades fisiológicas, sociais, econômicas, emocionais. No âmbito das vivências possíveis e históricas de cada participante, a captação da realidade por meio das experiências, dos fatos e dos sentimentos, apresenta-se como obstáculo para conquistar um lazer prazeroso. As narrativas não sugerem pessimismo, mas essencialmente, realismo, numa ótica de vida mais profunda e poética que se adquire com a idade. Realismo que também é um sintoma do envelhecimento e da falta, muitas vezes, do corpo físico que nos corresponde aos comandos cerebrais. Da dura realidade de que a cada dia os idosos ficam mais lentos, se desligando da realidade imediata, da tristeza e da depressão que também é um sintoma muito presente.

Da mesma forma, a falta de comunicação entre os idosos e os jovens deste século, amplia o isolamento e dá lugar à solidão, obrigando-os a submissão de um cotidiano que não quer, ou criar linhas de fugas contínuas para viver o melhor possível.

5.1.10. Sobre as atividades cotidianas

Na investigação sobre as atividades cotidianas, 87 ou 95,60% dos idosos responderam que praticavam alguma atividade e 4 ou 4,39% dos idosos negaram exercer tal atividade.

Seguindo os critérios de organização de Bardin (2011), relaciona-se um conjunto de atividades realizadas no CEMPE e fora do CEMPE, destacadas no quadro 4:

Quadro 4 – Atividades cotidianas.

ATIVIDADES DO CEMPE	FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA
Fisioterapia	8
Artesanato	5
Ginástica	22
Grupo de memória	12
Reuniões e palestras semanais	91
Aula de teatro	6
Sapateado	8
Bordado	2
ATIVIDADES FORA DO CEMPE	FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA
Pilates	2
Musculação	4
Evangelização	1
Centro espírita	1
Caminhar	4
Hidroginástica	6
Coral na casa da Bibi Franklin	1
Corpo e Movimento na casa da Bibi	1
RPG	1
Cuidar da casa	1
Fisioterapia	3

Fonte: Respostas do questionário (apêndice A).

O quadro 4 informa que todos os idosos (91) envolvidos neste estudo referem-se à participação presencial nas reuniões e palestras educativas e orientadoras oferecidas no CEMPE. Os encontros cotidianos compartilhados com seus pares e a disponibilização de informações atuais tornam-se revigorantes para a jornada do dia-dia. Da mesma forma, a maioria ou 95,60% dos idosos do Grupo Renascer realizam as atividades cotidianas.

Refletindo sobre uma perspectiva macromolecular em relação ao idoso e suas atividades cotidianas, é possível apresentar algumas conjecturas.

A ascensão do capitalismo vem transformando a vida cotidiana numa ameaça instrumentalizada dos sentimentos, subjetividades e vulnerabilidades emocionais exercendo poder sobre os corpos. No ambiente de saúde, tais questões remetem à “fabricação de um mundo que exclui radicalmente a possibilidade de cuidado, atenção ou consolo” (CRARY, 2014, p. 17-18).

Não é exagero comentar sobre os impactos e consequências deletérias do capitalismo tardio sobre o cotidiano. A cognição ampliada, a redução e a privação do sono fisiológico, o controle incessante sobre as experiências e as reações sensoriais na busca do aprimoramento da interação entre o homem e a máquina: sacar ou depositar o próprio salário ou pagar uma conta em caixas eletrônicos, dentre outros.

Parafraseando, respectivamente, Jeremy Bentham e Gilles Deleuze, esquemas e práticas panópticas modernizadas e mitigadas sob a emergência das sociedades de controle violam as pausas, as brechas, os espaços disponíveis para as necessidades humanas individuais. A identidade, as singularidades subjetivas e suas tessituras afetivas em prol de uma política emancipatória, dissolvem-se em meios de monitoramento, comando e lucratividade. De acordo com Crary (2014), “uma das principais formas de controle dos últimos trinta anos tem sido garantir que não haja alternativas visíveis a padrões privatizados de viver” (p.124). O autor expõe as relações entre globalização e novas tecnologias, a exemplo do wireless que “aniquilam a singularidade dos lugares e dos acontecimentos, é simplesmente um efeito colateral de novas exigências institucionais” (*ibid*, p.40). Nesse contexto, acrescenta que,

“Habitamos um mundo onde a ideia de experiência compartilhada atrofiou e onde as gratificações ou recompensas prometidas pelas opções tecnológicas mais recentes, por sua vez, jamais são alcançadas. Apesar das declarações onipresentes da

compatibilidade, ou mesmo harmonia, entre o tempo humano e as temporalidades dos sistemas em rede, disjunções, fraturas e desequilíbrio contínuo compõem a experiência real dessas relações” (p.41).

As relações de vida cotidiana, regadas em construções abstratas de símbolos que, trocados e compartilhados socialmente, ficam atrofiadas, perdem a sua relevância ou deixam de ser desejáveis quando não relacionadas aos temas online. Permitem-se “todas as formas de invasão biométrica e de vigilância” (CRARY, 2014, p.68) e isso ocorre de forma abrangente, em todas as fases etárias de vida, inclusive no idoso.

“(...) permitimos que nossos corpos sejam administrados, que nossas ideias, nosso entretenimento e todas as nossas necessidades imaginárias sejam impostos de fora (p.68). (...) os meios sociais e comunicativos da feira ou do mercado são substituídos pelo shopping center; a ocorrência periódica das festividades, pelo tempo de lazer transformado em mercadoria; e inventa-se uma sequência interminável de caprichos a fim de rebaixar e humilhar atos simples de compartilhamento por meio dos quais os apetites humanos haviam sido, por muito tempo, atendidos ou satisfeitos” (*ibid*, 2014, p.79).

Portanto, torna-se relevante o convívio social dos idosos no Grupo Renascer, em suas atividades cotidianas e lazeres que promovem o compartilhar entre os corpos num espaço de agenciamentos coletivo, individual e de enunciação.

5.1.11. Onde realizam as refeições

Quando interrogados sobre o local em que realizam as refeições, 65 ou 71,42% idosos responderam que preferem alimentar-se em casa, 8 ou 8,79% em restaurante e 18 ou 19,78% em ambos os lugares (casa e restaurante) (gráfico 7).

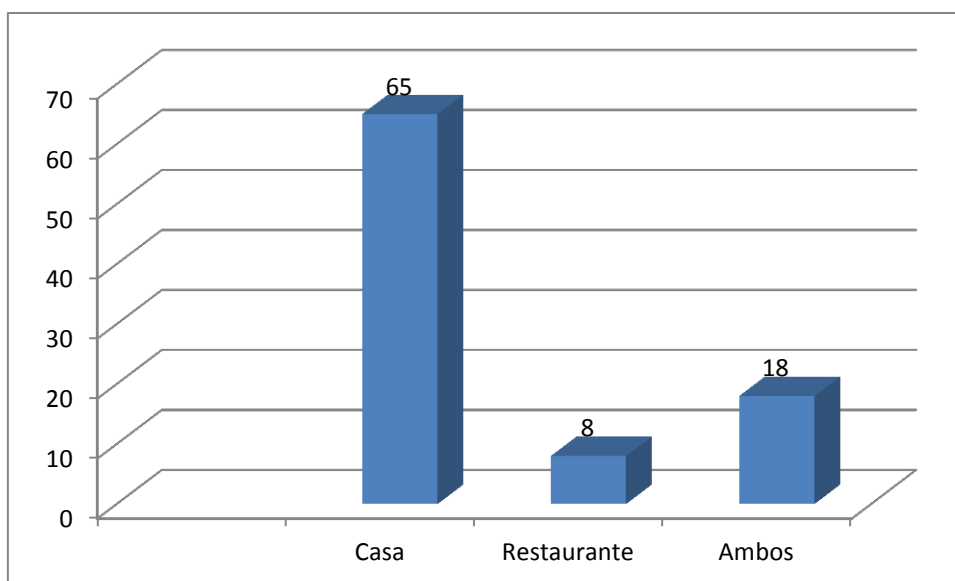


Gráfico 7 – Local das refeições.

Os idosos que preferem alimentar-se em casa referem-se à segurança na higiene do preparo dos alimentos, à economia, livres porções e à companhia dos entes familiares quando possível. Os que fazem as refeições em restaurantes alegam a praticidade, a comodidade e o curto tempo gasto, já que não se dedicaram ao preparo da refeição. Faz-se necessário lembrar que todos os participantes da pesquisa apresentam autonomia para o ato de alimentar-se, fato já mencionado anteriormente nos critérios de inclusão.

O local das refeições também nos revela a preferência, necessidade ou opção do lugar social ocupado pelos sujeitos num determinado momento (isolado com privação sensorial ou acompanhado por familiares e/ou amigos). Fazer as refeições em companhia de outras pessoas pode facilitar o bem-estar social e proporcionar prazer à alimentação, favorecendo o apetite. Da mesma forma, é importante que o ambiente esteja agradável.

Neste aspecto social e ambiental, no total de 91 participantes, encontramos 36 (39,56%) idosos que preferem realizar as refeições ouvindo os programas de televisão ou rádio, 36 (39,56%) não ligam estes aparelhos, 16 (17,58%) afirmam que, às vezes, ligam e 3 (3,29%) fazem o uso do tablet concomitante às refeições.

Ainda, a maioria destes idosos (48 ou 52,74%) fazem as refeições sozinhos.

Outros 43 (47,25%) estão acompanhados pelos familiares como mães, filhos (as), netos (as), irmãos, sobrinhos (as) e esposo (a); ou vizinhos (as) e, principalmente, citam que ‘Deus’ lhes fazem companhia durante as refeições. Destes, 25 (24,47%) admitem conversar enquanto comem. Segundo um participante:

PARTICIPANTE 48:

“Comer junto parece que a comida fica mais gostosa”.

No âmbito fonoaudiológico, tais condutas como assistir à televisão ou ouvir rádio, teclar o tablete (distratores do ambiente) e/ou conversar durante as refeições representam situações perigosas e facilitadoras para o engasgo, conforme já exposto anteriormente.

Ainda, 89 (97,80%) idosos relatam utilizar o garfo para alimentar-se e apenas 2 (2,19%) preferem a colher para este fim. Todos (91 ou 100%) admitem realizar as refeições na posição sentados, o que garante a segurança na ingestão dos alimentos.

Sobre os hábitos alimentares, 18 (19,78%) idosos não responderam e 73 (80,21%) relacionaram hábitos como: preferências de alimentos (chocolate, feijoada, sopa, mocotó, bacalhau, pimenta, carne de porco, doces, café, cerveja); não comer biscoito duro; ter orientação com nutricionista; cuidados referentes à alergia alimentar (glúten, leite, camarão, manga); comer rápido; comer devagar; beber água ou suco antes e durante as refeições; não comer à noite; evitar refrigerante e frituras; comer à mesa; dar preferência aos alimentos saudáveis (legumes, frutas e verduras); colocar porção pequena na boca; alimentar-se de 3 em 3 horas por conta de ter diabetes; mastigar bastante; usar azeite ou margarina no preparo dos alimentos; às vezes, liquidificar a comida.

5.2. Tocando e pousando - dados qualitativos matematizados

5.2.1. Os sentidos e os significados dos agenciamentos do engasgo no corpo - organização da análise

Segundo Bardin (2011), as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como um inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise diz respeito a uma leitura flutuante, como os rastreamentos, que corresponde a um período de intenções e tem, como proposição, a operacionalidade e sistematização das ideias iniciais a fim de esquematizar um desenvolvimento de operações sucessivas no plano da análise.

Ao estabelecer contato com os dados produzidos, foram identificados sentimentos, significados e sinais físicos desencadeados pelo evento do engasgo. Um sublime momento de conhecer o texto para direcionar a organização dos achados.

Assim, define-se o *corpus* nas respostas dos clientes ao questionário utilizado, traduzindo-os como um conjunto de falas que tratam do que foi identificado. Ao trabalhar sentimentos, significados e sinais físicos, dedicou-se a atenção para a análise ao critério da regra de exaustividade, que segundo Bardin (2011), exige levar-se em conta, “[...] todos os elementos desse corpus. Em outras palavras, não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por esta ou aquela razão [...], que não possa ser justificada no plano do rigor” (p.126-127).

Diante dos relatos, empregou-se atenção à regra de pertinência (BARDIN, 2011), que nos leva à consonância do trabalho aos pressupostos e objetivos do estudo.

Nos resultados brutos, de acordo com a autora, buscou-se tratar de forma significativa (flutuantes) e se estabeleceu quadros e diagramas para colocar em “relevo as informações fornecidas pela análise” (p.131, *ibid*).

Tocando os dados, Bardin (2011) propõe a codificação como um “processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as

quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (p.133).

Logo, no tratamento e interpretação dos resultados obtidos, a opção exigiu a elaboração do esquema a seguir (figura 7):

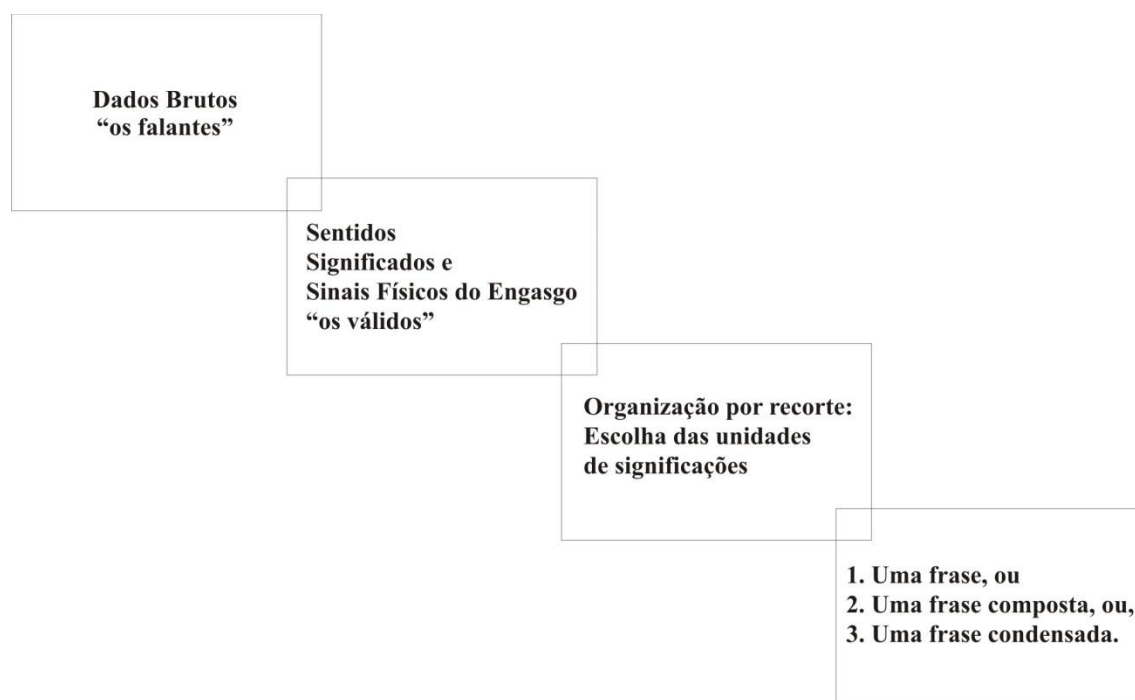


Figura 7 – Esquema de organização da análise. *Fonte:* Bardin (2011), adaptação das autoras.

5.2.2. Pousando para compreender numa percepção ampliada – reconhecimento atento

O evento engasgo produz, nos idosos, respostas diferenciadas que estão ligadas diretamente à manutenção da vida e a própria singularidade de cada um. Mesmo que tenham idade, cor, crença iguais, os sentimentos são diferentes.

Neste momento, passou-se para a fase do *pousar* para *compreender e reconhecer atentamente*, fundamentada na frequência de aparição de elementos físicos e emocionais diante deste evento.

De acordo com Bardin (2011), a análise qualitativa atinge categorias que são válidas, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento (engasgo) ou uma variável de inferência precisa – o engasgo influencia as respostas físicas e emocionais no corpo dos idosos. Assim, segundo a autora, a análise qualitativa é maleável no seu funcionamento e na utilização de seus índices, considerando que as manifestações, da mesma realidade, pela comunicação, podem modificar-se rapidamente. Logo, os índices podem tornar-se instáveis.

Por isto, foi necessário tratar exaustivamente todo o conteúdo existente, cientes do perigo real de elementos importantes que podem ser entendidos como não significativos.

5.3. Dados brutos e a análise de conteúdo lexical e sintático das unidades de significação

5.3.1. Sobre a deglutição: dados brutos na descrição das alterações de deglutição

Os dados brutos (apêndice C) seguem, em ordem numérica dos participantes, as respostas, as narrativas/dados brutos, dos mesmos quando solicitados que descrevessem as alterações de deglutição.

5.3.2. Tratamento dos resultados brutos: indícios das unidades de significação *lexical* e interpretação - dados qualitativos matematizados

Aqui surgem alguns indícios e pistas de unidades significativas em nível lexical que permitem estabelecer uma análise condensada do conteúdo exposto. Assim, realizou-se a análise lexical do vocabulário, respostas narrativas dos dados brutos apresentados anteriormente no item 5.3.1, da descrição de alterações de deglutição.

Bardin (2011) refere que no estudo do código narrativo ou textual, abarca-se: o número total de palavras presentes ou ocorrentes; o número total de palavras diferentes ou vocábulos; a relação entre as palavras ocorrentes e os vocábulos, nos quais tornou-se evidente a riqueza ou a pobreza do vocabulário empregado pelos idosos; as “palavras plenas” que são os substantivos, adjetivos e verbos; as “palavras-instrumento” que constituem as ligações funcionais na estrutura de uma frase, isto é, os artigos, as preposições, os pronomes, os advérbios, as conjunções.

É um momento de exaustão na organização da produção de dados e de novos rastreios em busca do rigor. Pousar e (re)compreender novamente.

De acordo com a metodologia de Bardin (2011) apresenta-se a lista do repertório de base, registrado em ordem decrescente de frequência as 39 palavras plenas e as 23 palavras-instrumento mais frequentemente utilizadas (figura 8) com ocorrências decrescentes de 61 a 2 vocábulos.

AS PALAVRAS MAIS FREQUENTES

PALAVRAS PLENAS/ VOCABULÁRIO DE BASE

1 ENGASGAR*	61V
2 TER	14V
3 SALIVA	13S
4 SENTIR (SINTO)	7 V
5 TOSSE	7V
6 PIGARRO	6S
7 GARGANTA	6S
8 ESTAR**	5V
9 COMER (COMO)	5V
10 REFLUXO	3S
11 PEITO	3S
12 LÍQUIDO(S)	3S
13 BOCA	3S
14 DIFÍCIL	3S
15 SER	3V
16 COISA	3S
17 GRANDE	3A
18 DEIXO(A)	2V
19 FRANGO	2S
20 RARO	2A
21 ENGULO	2V
22 SÓ	2A
23 DOR	2S
24 LADO	2S
25 CORIZA	2S
26 ESPIRRO(S)	2S
27 DIREITO	2A
28 TEMPO	2S
29 EU SEI (SABER)	2V
30 VOZ	2S
31 COMIDA	2S
32 AGARRA	2V
33 PORÇÃO	2S
34 BEBER	2V
35 PARECE	2V
36 RÁPIDO	2A
37 FALO	2V
38 FICAR/ FICO	2V
39 BRONQUITE	2 S

PALAVRAS-INSTRUMENTO

1 AS VEZES***	40
2 (negação)	39
3 COM	23
4 MUITO(A)	19
5 E, É	18
6 A, O	15
7 DE, DO, DA	10
8 QUE	8
9 UM, UMA	8
10 NA, NO	6
11 PRA (PARA)	5
12 JÁ	4
13 QUANDO	4
14 SE	4
15 MINHA	4
16 SEM	3
17 SEMPRE	3
18 MAIS	2
19 MAS	2
20 QUALQUER	2
21 DEMAIS	2
22 PORQUE	2
23 POR	2

LEGENDA:

V: verbo; A: adjetivo; S: substantivo.

*Considerando: engasgo(s), engasguei, engasgar, engasgando, engasgado(a), engasgava.

**Considerando: estava, estou, estive.

***Locução Adverbial de Tempo.

Figura 8 – Palavras plenas do vocabulário de base.

Ainda, seguindo as técnicas metodológicas de Bardin (2011), nesta amostragem (tabela 2), o repertório linguístico - das respostas narrativas dos dados brutos exposto no item 5.3.1 - apresentou um total de 505 palavras (total das ocorrências) e um vocabulário de base de 405 palavras. Cada narrativa tem de 1 a 24 palavras por frase, nos referidos dados brutos.

Tabela 2: O vocabulário dos idosos na descrição de alterações de deglutição.

Frequência				
V				
Percentagem				
em relação ao				
número total de				
Palavras	Frequência absoluta	Percentagem em relação ao número total de vocábulos	O	O/V
Verbos	114	28,15	138	1,21
Substantivos	62	15,30	102	1,64
Adjetivos	28	6,92	44	1,57
Palavras-				
-instrumento	201	49,63	221	1,09
Totais	405	100	505	1,24
(léxico)				

Legenda: V = vocábulos

O = ocorrências

O/V = relação ocorrências/ vocábulos (riqueza/ pobreza de repertório).

Fonte: Bardin, 2011 – *adaptação das autoras*.

Conforme a tabela 2, a relação O/V é igual a 1,24, na qual sugere uma percentagem baixa do número médio de repetições por vocábulo das narrativas dos idosos.

Este estudo sistemático do código significa, segundo Bardin (2011), um repertório de base rico, ou seja, as palavras utilizadas não se repetem tão frequentemente, enriquecendo, portanto, a narrativa acerca da temática da deglutição.

O verbo *engasgar* (61) aparece em primeiro lugar na lista de palavras plenas, seguido do verbo *ter* (14), o substantivo *saliva* (13) e o verbo *sentir* (7). Interpreta-se que a linguagem de posse *ter* reafirma o *engasgar* como obstáculo ou obstrução na garganta. Os idosos completam que, não só os alimentos, mas também a *saliva* é uma vilã silenciosa, porém percebida, sentida (*sentir*) no corpo físico.

De fato, deglute-se a saliva de forma voluntária durante as refeições ou espontânea/ reflexa entre as refeições ou dormindo. Segundo Ertekin (2011), normalmente, deglute-se a saliva cerca de 600 vezes ao dia (350 vezes acordados, 200 vezes durante as refeições e 50 vezes durante o sono). O fluxo salivar é variável sendo menor pela manhã, maior à tarde e quase nulo durante o sono. Produz-se diariamente cerca de 500 ml a 2 litros de saliva, por meio das glândulas parótida, sublingual e submandibular. A saliva tem múltiplas funções essenciais no processo digestório e na comunicação, como: pulverização, homeostase da cavidade oral, lubrificação, articulação, fala, formação do bolo alimentar, autolimpeza, dentre outros.

Os adjetivos mais frequentes foram *grande* (3) e *raro* (2), uma comparação paradoxal de situações contrárias diante do evento engasgo. O *grande* afirma situações maiores que o normal, numeroso seguido de *raro*, amenizando para ‘poucas vezes’ ou de forma infrequente. Ambas, marcam as particularidades das respostas: os que engasgam e os que não engasgam.

As palavras-instrumento *às vezes* (40) seguida da *negação* (39), *com* (23) e *muito(a)* (19), caracteriza a resposta inicial de ‘não afirmar e não negar’ o engasgo, mas que já vivenciou em algum momento tal incômodo. A *negação* é confirmada pelos idosos que não passaram por este evento. As ligações funcionais *com* e *muito* revelam, na maioria, o que induz ao engasgo do alimento, da saliva e/ou conversando, numa quantidade ou qualidade indefinida.

Não menos importante, os substantivos, os adjetivos, os verbos e as palavras-instrumento que apresentaram apenas uma ocorrência, foram:

Os substantivos: café, leite, pão, farofa, arroz, ar, seca, alguma, frequência, presa, causa, anos, alergia, lágrimas, soluços, alimentação, buraco, nariz, água, bolo, criança, médico, troço, comprimido, pouquinho, azia, problema, estômago, almoço, vergonha, cansaço, catarro, gripe, facilidade, dificuldade, bem, filha, manha, velha, seca.

Os adjetivos: ruim, esquisito, irritada, ressecada, agitada, durante, aberto, fechado, devagar, incômodo, grosso, forte, pequena, depressa, baixa.

Os verbos: entalo, conversando, procurando, falta, melhorou, há, almoça, estressada, cochilei, sai, cair, dormindo, ronco, fumar, vou, continuo, respirar, colocar, comia, gosto, briga, acha, consigo, cantar.

As palavras-instrumento: sim, ou, quer, após, principalmente, senão, pelo, vários, desde, me, aquele, até, cá, pouco, tudo, enquanto, agora, nunca, antes, daí, ela.

Diante do exposto, têm-se nesta pesquisa, 50 idosos afirmando que engasgam e 33 negando que engasgam o que equivale a 54,94% e 36,26%, respectivamente. A categoria 'outros' (8 ou 8,79%) , refere-se aos idosos que não se enquadram nas afirmações ou negações sobre o engasgo, portanto, não fica explícito sem ambiguidade na enunciação (gráfico 8).

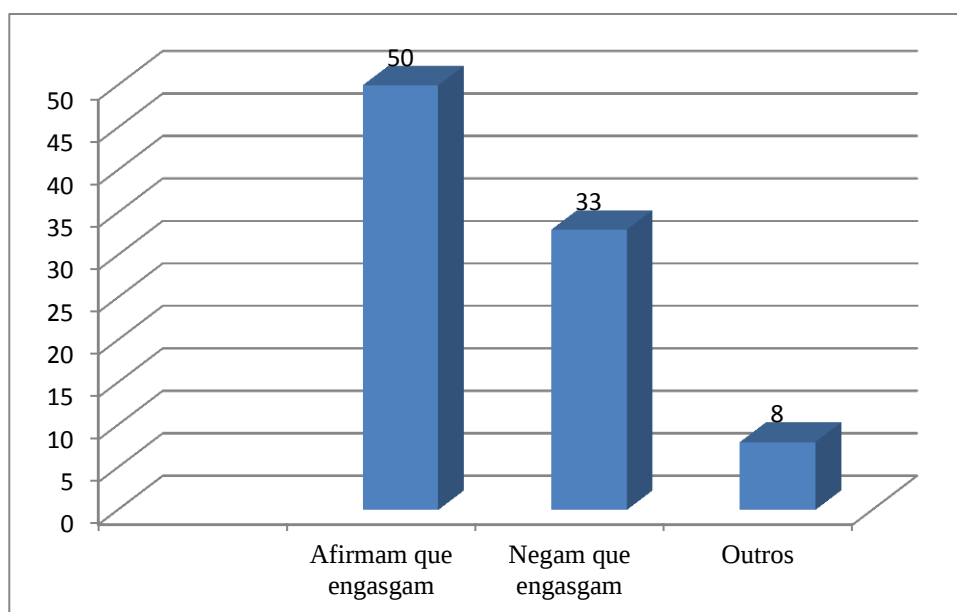


Gráfico 8 – Idosos com e sem queixa de engasgo.

Dos 50 idosos que afirmaram ter engasgo, sobre as consistências alimentares que têm mais dificuldade em deglutir - agenciamento físico individual-, a maior incidência (19 idosos ou 33,92%) foi para a consistência sólida (gráfico 9).

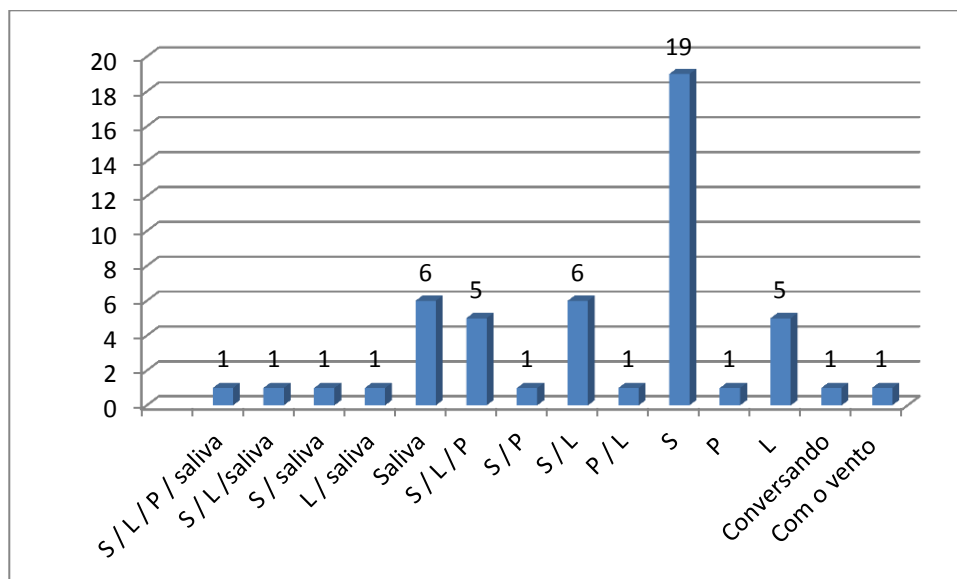


Gráfico 9- Consistências alimentares. Legenda: S- sólido, P- pastoso, L- líquido.

Ainda, dos 33 idosos que negam engasgar, conforme registro do gráfico 8; 17 têm alterações na avaliação fonoaudiológica (gráfico 10).

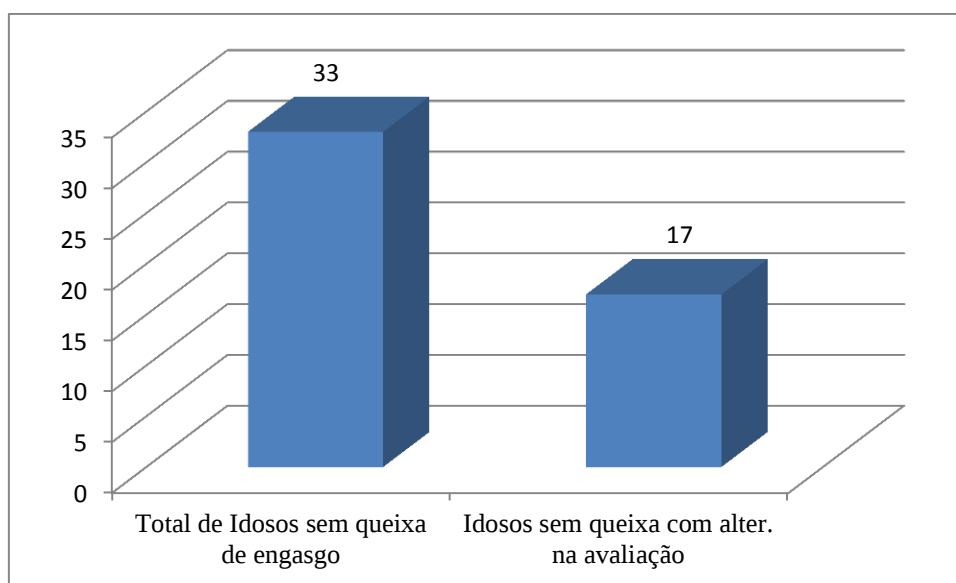


Gráfico 10 – Idosos sem queixa de engasgo (negam ter engasgo), porém com alteração na avaliação fonoaudiológica.

As alterações fonoaudiológicas detectadas, utilizando como base os protocolos PAP e PARD, aconteceram nos parâmetros qualitativos da deglutição: a mobilidade da base de língua durante a preparação do bolo alimentar na oferta de sólido (biscoito água e sal), observando-se a desorganização do bolo; a qualidade perceptiva da ausculta cervical com o estetoscópio posicionado no pescoço na região da linha média da cartilagem cricóide em C7 e a qualidade vocal (voz molhada) após a deglutição de pastoso e/ou líquido (iogurte, água).

Em consequência, nos parâmetros quantitativos da deglutição, foram solicitadas pela fonoaudióloga, as deglutições forçadas para clareamento voluntário a fim de se obter a limpeza do bolo alimentar. Tal procedimento caracteriza uma das manobras facilitadoras da deglutição para a proteção das vias aéreas, realizadas com sucesso pelos participantes.

Vale ressaltar que, na fase oral da deglutição, a preparação do bolo alimentar também sofre influências pelo uso de próteses dentárias mal adaptadas frequentemente relacionadas à reabsorção do osso alveolar. A atrofia ou retração dos tecidos periodontais é um processo fisiológico do envelhecimento, definindo a reabsorção alveolar em resposta à pressão mastigatória realizada pela prótese total (MARQUES, 2006).

Do total dos participantes (91), 59 (64,83%) usam próteses dentárias/dentadura superior e inferior, 23 (25,27%) usam a prótese parcial removível – PPR, 2 (2,19%) submeteram-se a implante dentário e 7 (7,69%) possuem somente os dentes naturais.

Durante a avaliação fonoaudiológica, foram detectados 7 idosos (7,69%) com próteses dentárias mal adaptadas, influenciando na força mastigatória, na estabilização da mandíbula na oclusão, no resíduo bucal e/ou faringeano dos alimentos ofertados, na perda precoce anterior ou posterior do bolo. Cabe lembrar que um tempo maior de mastigação pode levar à fadiga precoce dos músculos mastigatórios e ao falso sentimento de saciedade.

5.3.3. Sobre os sentimentos diante do evento do engasgo: dados brutos na descrição das reações vivenciadas

A) Nos agenciamentos de expressão, quando interrogados sobre as reações vivenciadas diante do engasgo, em qualquer período de suas vidas, a maior incidência ocorreu para o sentimento de medo (16 ou 17,58%), seguido da sensação de sufocamento (15 ou 16,48%) e desconforto (12 ou 13,18%); 8 ou 8,79% não responderam (gráfico 11 - A).

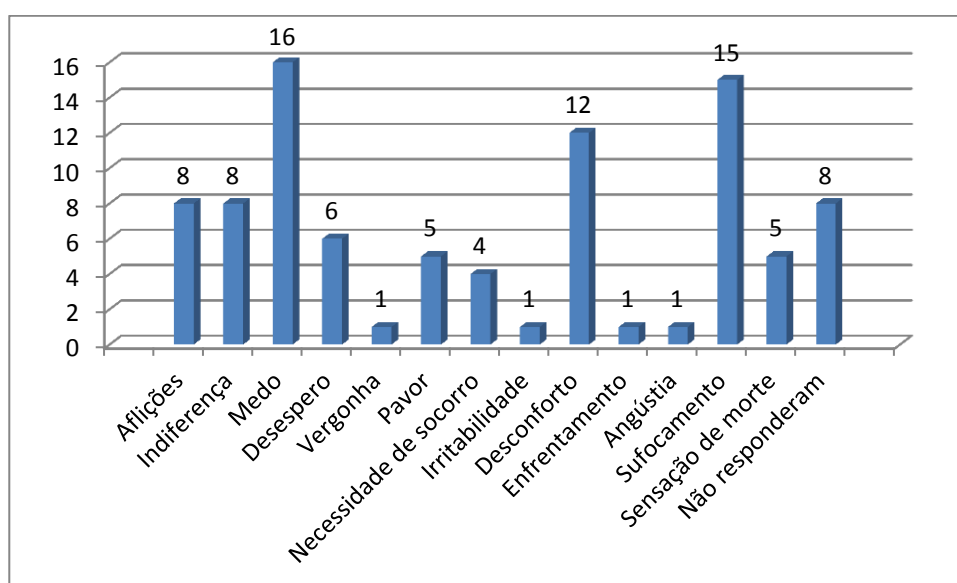


Gráfico 11- A – Reações vivenciadas diante do evento engasgo.

O quadro 5 - A demonstra a frequência de ocorrências das palavras plenas dos sentimentos vivenciados, nas quais estão as afirmativas de que o engasgo, muitas vezes ‘não explícitos’, são sentidos de forma intensa e/ou qualificados por diversas sensações agenciadoras dos corpos que o sentem de diversas formas.

É um resultado que desconstrói outras produções como apresentadas anteriormente no gráfico 10. Então, certifica-se que todos engasgam.

A fim de constatar tal afirmativa, buscaram-se nas palavras plenas novas respostas.

Quadro 5- A – Frequência decrescente de palavras plenas (BARDIN, 2011).

PALAVRAS PLENAS MAIS FREQUENTES NAS REAÇÕES VIVENCIADAS DIANTE DO ENGASGO (SENTIMENTOS)	
MEDO	16
SUFOCAMENTO	15
DESCONFORTO	12
AFLIÇÕES	8
INDIFERENÇA	8
DESESPERO	6
PAVOR	5
SENSAÇÃO DE MORTE	5
NECESSIDADE DE SOCORRO	4
VERGONHA	1
IRRITABILIDADE	1
ENFRENTAMENTO	1
ANGÚSTIA	1

Fonte: Respostas do questionário (apêndice A).

As palavras plenas mais frequentes são ordenadas de forma decrescente e apresentadas, a seguir, por meio de um alvo de ‘constelação de atributos’ no campo cognitivo (BARDIN, 2011). A saber, Moles (1995), também adota a ‘constelação de atributos’ como representação metodológica gráfica para análise das “associações mentais espontâneas ou constrangidas” (p.257) dos sujeitos (idosos) em torno de um estímulo indutor (sentimentos do engasgo).

A busca agora geometrizada e interpretada enquanto ‘constelação de atributos’, vem de encontro à confirmação de que ‘todos engasgam’ (figura 9 -B).

B) CONSTELAÇÃO DE ATRIBUTOS

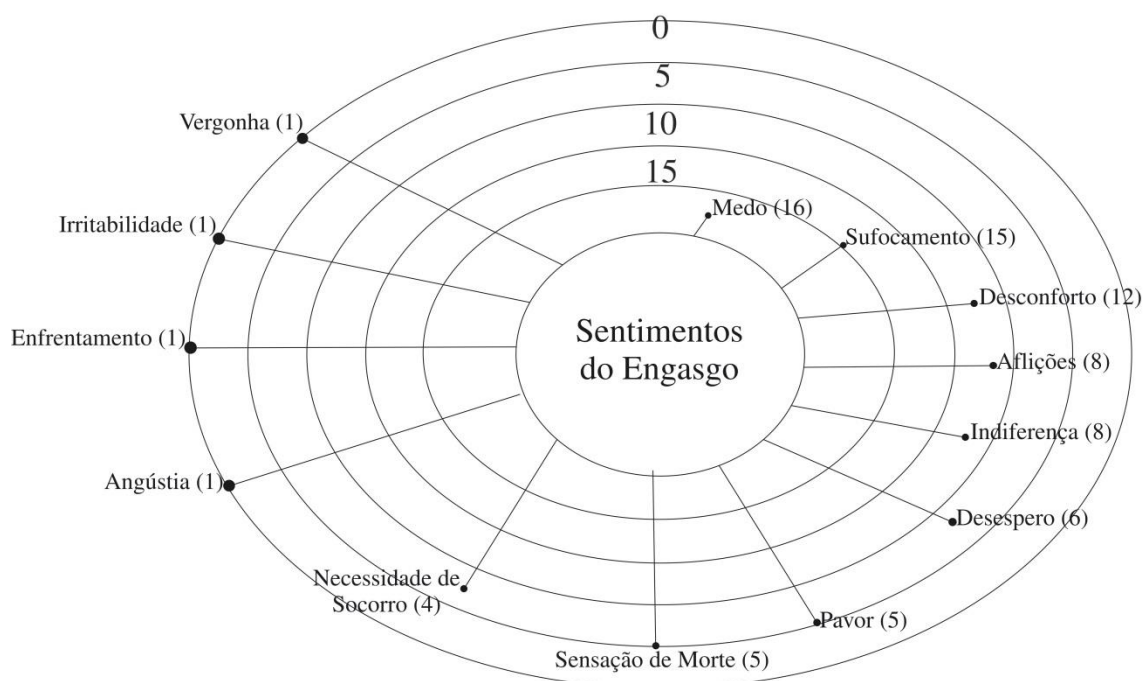


Figura 9 - B – Constelação de atributos: sentimentos do engasgo.

O diagrama (figura 9-B) exhibe em torno do elemento indutor – sentimentos do engasgo – os conceitos associados a uma distância proporcional ao logaritmo de sua frequência de citações.

Em continuidade ao processo de rastrear, pousar, tocar e compreender o significado da presbifagia em idosos é possível verificar que os atributos confirmam os dados quantitativos, qualificando-os e reencontrando palavras-padrões. Estas palavras são indicadores de cuidados fonoaudiológicos significativos e complexos, pois envolvem os idosos em suas complexidades mais subjetivas e de difícil acesso. No entanto, enquanto profissionais de saúde imersos em modos de perceber e penetrar nas subjetividades deles, pode-se dar conta dos sentimentos e medos de ‘sufocar’.

C) Em seguida, os resultados por intermédio da nuvem de palavras. É um parâmetro de análise estatística de palavras-chave, no qual se utilizou a representação gráfica em função da frequência destas palavras. Para este fim, adotou-se o software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), desenvolvido por Pierre Ratinaud (Lahlou, 2012; Ratinaud &

Marchand, 2012). Ele ancora-se no software R (www.r-project.org) e na linguagem Python (www.python.org). (figura 10 -C)



Figura 10-C – Resultado da nuvem de palavras (software IRAMUTEQ, 2012).

Mais uma vez, foi-se a exaustão para assegurar que os dados encontrados se repete em outros processos de mensuração e assim, a nuvem dá maior destaque às palavras que aparecem mais frequentemente nas palavras-chave ou palavras-plenas relatadas no sentimento do engasgo.

Finalmente, seguem os dados brutos, em ordem numérica dos participantes (apêndice D), as respostas (narrativas/agenciamentos de expressão) dos mesmos quando solicitados que descrevessem as reações vivenciadas. Dos 56 participantes que, efetivamente, apresentaram queixa para o engasgo, 42 descreveram suas vivências diante desta situação.

5.3.4. Tratamento dos resultados brutos: unidades de significação sintática e interpretação – confirmando as pistas

Neste estudo sistemático do código, a análise de conteúdo do vocabulário será em nível sintático do que nos apresenta o repertório linguístico.

O material verbal produzido compõe um conjunto heterogêneo de unidades semânticas, aqui tratadas de forma ordenada em estruturas de significações a partir das manifestações significativas (significante/significado) dos corpos enquanto meio de comunicação nos espaços e territórios em movimento.

Inicialmente, organizaram-se os agenciamentos de expressão (em nível sintático) em unidades de significação, nos quais os corpos expressam experiências significantes – sinais do corpo físico e sinais do corpo emocional, expostos no quadro 6.

Quadro 6 – Unidades de significação.

SINAIS DO CORPO FÍSICO	SINAIS DO CORPO EMOCIONAL	PISTAS COMPLEMENTARES
1-Gritar para sair a voz.	1-Sentimento de envelhecer.	1-Ter fé solicitando o santo de proteção. (RELIGIÃO)
2-Suar frio.	2-Não conseguir dormir.	2-Chamar alguém. (AJUDA)
3-Chorar.	3-Vários sentimentos juntos.	3-Chamo São Brás protetor da garganta. (RELIGIÃO)
4-Agitar os braços para cima.	4-Sair do sufoco.	4-Chamo meu sobrinho. (AJUDA)
5-Fecha a garganta.	5-Engasgar atrapalha a vida.	5-Ele bate nas minhas costas. (AJUDA)
6-Tusso para desengasgar.	6-Acredito ser normal engasgar.	6-Durmo sozinha no escuro. (AMBIENTE)
7-O peito de frango mais molhado não entala.	7-Fico irritada.	7-Mostrei a Nossa Senhora pra ele e pedi que o protegesse. (RELIGIÃO)
8-Não passa a comida.	8-Não tenho medo de nada.	8-Peço para alguém bater (nas costas). (AJUDA)
9-Bebo água para passar.	9-Não me preocupo.	9-Já fui em médicos. (SAÚDE)
10-Atualmente, tenho engasgado mais.	10-Depois do câncer, não me apavoro com nada.	10-Eu como com cuidado. (CUIDADO)
11-Engasguei e o feijão saiu pelo nariz.	11-Não tenho medo.	11-Depende de onde esteja. (AMBIENTE)
12-Ardeu muito.	12-Incomoda.	12-Todos param para me ajudar. (AJUDA)
13-Sinto enjoo, daí espero.	13-Sou muito calma até com bandido que veio me assaltar.	13-Meu pai nos dava um comprimido “fedorento”, era

		óleo de Santa Maria que em Minas era chamado de lombrigueiro. (SAÚDE)
14-Quero respirar e não posso.	14-Somos felizes, os bandidos morrem cedo.	14- Porque meu marido morreu comendo melancia. (PERDA)
15-Desce devagarzinho ou não desce.	15-Fico nervosa.	15-Foi de madrugada.(AMBIENTE)
16-Parece que está fechando a garganta.	16-Custou a passar.	16-Mas passa. (TEMPO)
17-Tive 3 engasgos grandes.	17-Fiquei sufocada.	17-Fico quietinha, dou o meu jeito. (CUIDADO)
18-Senti falta de ar.	18-Na hora fico com tudo (todos os sentimentos).	18-Nem falo, ninguém sabe. (INDIVIDUAL)
19-Parece que fecha a glote.	18-Fico nervosa.	19-Quando a minha filha pica o agrião mais miudinho. (CUIDADO)
20-Sinto a comida parada.	19-É desagradável.	20-E depois melhora. (TEMPO)
21-Tento bater nas costas.	20-Fiquei sufocada.	
22-Coloco os braços para o alto.	22-Achava que ia morrer.	
23-Sai secreção grossa, não sei o que é.	23-Fiquei com medo de não respirar.	
24-Não tinha ar.	24-Que sufoca.	
25-Parecia que tapava.	25-Me dá agonia.	
27-Quando ele custa a descer.	26-É chato, constrangedor.	
28-Parece que prende a respiração.	27-É chato.	
29-Prende a respiração e depois solta.	28-Pra mim é normal, toda a minha vida foi assim.	
30-Eu engasgo na casa da minha mãe que tem 95 anos.	29-Não fico apavorada.	
31-Quando criança já engasgava, meu irmão também.	30-Fico preocupada, muito preocupada.	
32-Eu engasgava.	31-Tenho medo de ter de novo, porque fico em casa sozinha.	
33-Não foi engasgo “feio”, foi com água.	32-É normal, não esquento.	
34-Tosse muito, as vezes prendo a respiração, tomo água.	33-Não me preocupo com a doença, porque daí não morro tão rápido.	
35-Sentiu uma dor no peito, fui pegar ASS e ele morreu.	34-É muito complicado.	
36-Tive uma crise de sinusite e fiquei engasgada.	35-É muito ruim.	
37-Tapou tudo, não saía, não subia.	36-Lembro da minha mãe porque ela reclamava, chorava.	
38-Secou e saiu uma bola dura.	37-É muito ruim.	
39- Sinto dor se comer rápido.	38-Sinto agonia.	
40-Fico sem respirar, não consigo engolir nada.	38-É muito ruim engasgar.	
41-Tenho que comer devagar, mas as vezes eu esqueço.	39- Mas o que eu vou fazer, eu não morro!	
42-Com fome enfio a comida na boca.	40-Penso que vou morrer.	
43-Quando ela comia, ela sentia isso.	41-Acho que tem a ver com o emocional, como “passo” pela coisa.	
44-Não consigo botar pra fora.	42-Se estou tranquila, é tudo melhor.	
45-Gosto ruim.		

46-Sem a dentadura eu fico sem ar.		
47-Eu sinto uma bola na garganta.		
48-Quando engulo saliva.		
49-Não sinto nada, é rápido.		
50-Parece que o farelo saiu do lugar.		
51-Tusso e boto pra fora.		
52-Engasgo quando eu falo e como ao mesmo tempo.		
53-Eu tusso e passa.		
54-Dá cansaço por causa do pigarro.		
55-Faltao ar.		
56-Levanto os braços.		
57-O alimento fica preso.		
58-Bebo água ele desce.		
59-Daí eu não engasgo não.		
60-Quando engasgo, vou ao banheiro para cuspir.		

Fonte: Respostas do questionário (apêndice A).

Assim, diante de um total de 122 unidades de significação, obtivemos os resultados estatísticos (gráficos 12 e 13):

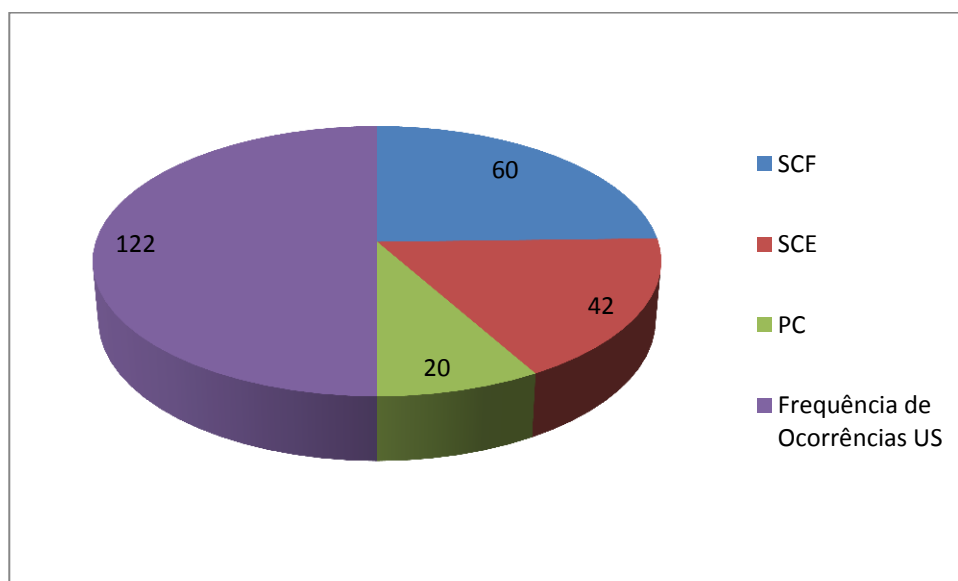


Gráfico 12- Unidades de Significação. Legenda: SCF – Sinais do Corpo Físico; SCE - Sinais do Corpo Emocional; PC – Pistas Complementares; US – Unidades de Significação.

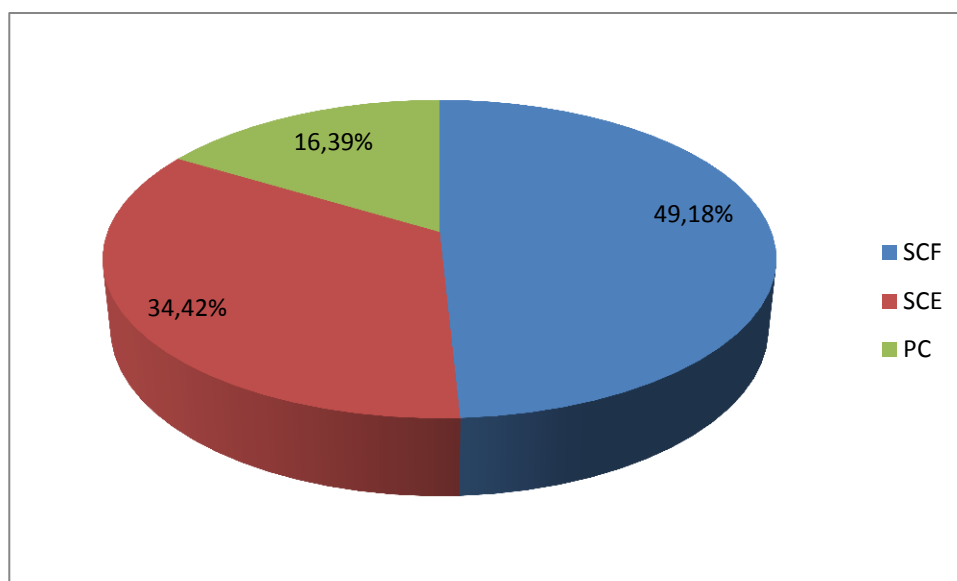


Gráfico 13 - Unidades de Significação/ percentagem. Legenda: SCF – Sinais do Corpo Físico; SCE - Sinais do Corpo Emocional; PC – Pistas Complementares; US – Unidades de Significação.

Os gráficos 12 e 13, demonstram a incidência de 49,18% de sinais do corpo físico, seguidos de 34,42% de sinais do corpo emocional e 16,39% de pistas complementares, as quais completam os pormenores das enunciações. As pistas complementares não são locuções inúteis, ao contrário, mostram rastros relacionados à ajuda, saúde, religião, perda, cuidado, ambiente e tempo nos acontecimentos cotidianos da vida.

Em sequência, no ensejo da análise de conteúdo, propôs-se a codificação da sintaxe numa relação de significação considerando, segundo Bardin (2011), o ‘significante’ como um substantivo, um verbo, uma proposição elaborada em torno do substantivo e/ou do verbo. Por sua vez, o ‘significado’ se apresenta como um adjetivo, um advérbio ou uma proposição destes. O ‘significado mediador’ explica, ilustra ou justifica a enunciação (quadro 7).

Quadro 7 – Significação (significante/significado) do engasgo.

SIGNIFICANTES	SIGNIFICADOS MEDIADORES	SIGNIFICADOS
Gritar	Para sair a voz	0
Sentimento	0	De envelhecer
Ter fé	Solicitando o santo	De proteção

Suar	0	Frio
Não conseguir dormir	0	0
Chamar alguém	0	0
Chorar	0	0
Vários sentimentos	0	Juntos
Chamo São Brás	Protetor da garganta	0
Agitar os braços	0	Para cima
Sair	Do sufoco	0
Chamo meu sobrinho	0	0
Fecha a garganta	0	0
Engasgar atrapalha a vida	0	0
Ele bate	Nas minhas costas	0
Tusso	Para desengasgar	0
Acredito ser normal engasgar	0	0
Durmo sozinha	0	No escuro
O peito de frango	Mais molhado	Não entala
Fico	0	Irritada
Mostrei a Nossa Senhora pra ele e pedi	Que o protegesse	0
Não passa a comida	0	0
Não tenho medo	0	De nada
Peço para alguém bater	Nas costas	0
Bebo água	Para passar	0
Não me preocupo	0	0
Já fui em médicos	0	0
Atualmente, não tenho engasgado	0	Mais
Depois do câncer não me apavoro	0	Com nada
Eu como	Com cuidado	0
Engasguei e o feijão	Saiu pelo nariz	0
Não tenho medo	0	0
Depende de onde esteja	0	0
Ardeu	0	Muito
Incomoda	0	0
Todos param	Para me ajudar	0
Sinto enjoo	Daí espero	0
Sou muito calma	Até com bandido que veio me assaltar	(muito)
Meu pai nos dava um comprimido “fedorento”	Era óleo de Santa Maria que em Minas era chamado de lombrigueiro	“fedorento”
Quero respirar	E não posso	0
Somos felizes, os bandidos morrem	0	Cedo
Porque meu marido morreu	Comendo melancia	0
Desce	Devagarzinho ou não desce	0
Fico nervosa	0	0
Foi de madrugada	0	0
Parece que está fechando a garganta	0	0
Custou a passar	0	0
Mas passa	0	0
Tive 3 engasgos	0	Grandes
Fiquei	0	Sufocada
Fico quietinha, dou o meu jeito	0	0
Senti falta de ar	0	0
Na hora fico	0	Com tudo

Nem falo, ninguém sabe	0	0
Parece que fecha a glote	0	0
Fico nervosa	0	0
Quando minha filha pica o agrião	0	Mais miudinho
Sinto a comida parada	0	0
0	0	É desagradável
0	0	E depois melhora
Tento bater	Nas costas	0
Fiquei	0	Sufocada
Coloco os braços	0	Para o alto
Achava que ia morrer	0	0
Sai secreção	0	Grossa, não sei o que é
Fiquei com medo	De não respirar	0
Não tinha ar	0	0
0	0	Que sufoca
Parecia que tapava	0	0
Me dá agonia	0	0
Quando ele custa a descer	0	0
0	0	É chato, constrangedor
Perece que prende	A respiração	0
0	0	É chato
Prende a respiração	0	E depois solta
Pra mim é normal	Toda vida foi	Assim
Eu engasgo na casa da minha mãe	Que tem 95 anos	0
0	0	Não fico apavorada
Quando criança, já engasgava, meu irmão também	0	0
Fico	0	Preocupada, muito preocupada
Eu engasgava	0	0
Tenho medo de ter de novo	Porque fico em casa	Sozinha
Não foi engasgo “feio”	Foi com água	(feio)
É normal, não esquento	0	0
Tosse muito, as vezes prendo a respiração	Tomo água	(muito)
Não me preocupo com a doença	Porque daí não morro	Tão rápido
Sentiu uma dor no peito	Fui pegar ASS e ele morreu	0
0	0	É muito complicado
Tive uma crise de sinusite e fiquei engasgada	0	0
0	0	É muito ruim
Tapou tudo	Não saía, não subia	0
Lembro da minha mãe	Porque ela reclamava, chorava	0
Secou e saiu uma bola	0	Dura
0	0	É muito ruim
Sinto dor se comer	0	Rápido
Sinto agonia	0	0
Fico sem respirar, não consigo engolir	0	Nada
0	0	É muito ruim engasgar
Tenho que comer devagar	Mas as vezes eu esqueço	0
Mas o que eu vou fazer, eu não morro!	0	0
Com fome enfio a comida na boca	0	0
Penso que vou morrer	0	0
Quando ela comia, ela sentia	0	0

isso		
Acho que tem a ver com o emocional	Como “passo” pela coisa	0
Não consigo botar	0	Pra fora
Se estou tranquila	0	É tudo melhor
0	0	Gosto ruim
Sem a dentadura	Eu fico sem ar	0
Eu sinto uma bola na garganta	0	0
Quando engulo saliva	0	0
Não sinto nada	0	É rápido
Parece que o farelo saiu do lugar	0	0
Tusso e boto	0	Pra fora
Engasgo quando eu falo e como	Ao mesmo tempo	0
Eu tusso e passa	0	0
Dá cansaço	Por causa do pigarro	0
Falta o ar	0	0
Levanto os braços	0	0
O alimento fica	0	Preso
Bebo água ele desce	0	0
Daí eu não engasgo	0	Não
Quando engasgo, vou ao banheiro	Para cuspir	0

Fonte: Respostas do questionário (apêndice A). Legenda: 0 (representa a proposição em falta).

O quadro 7 apresenta a base de interpretação sobre o universo dos afetos positivos ou negativos, de subordinação sintática, dos idosos do Grupo Renascer em relação à significação do engasgo.

Logo, a mediação semiótica que envolve o signo *engasgo*, na produção da linguagem, é a essência real de conteúdo variável no contexto enunciativo dos idosos. O sinal (o alimento) é identificado, pois faz parte do mundo dos objetos, porém o signo (engasgo) constitui o mundo dos sujeitos individuais e coletivos impregnado de subjetividades. Assim, Segundo Bakhtin (1988)

"Não são palavras o que pronunciamos ou escutamos, mas verdades ou mentiras, coisas boas ou más, importantes ou triviais, agradáveis ou desagradáveis... A palavra está sempre carregada de um conteúdo e um sentido ideológico e vivencial" (p.95).

Assim, os significados, como: envelhecer, proteção, frio, juntos, não entala, no escuro, irritada, muito, sufocada, grandes, é chato, é muito ruim, não fico apavorada..., dentre outros, caracterizam conceitos semânticos de representação mental, cognitiva, singular a cada idoso no universo dos afetos.

Os significados são compartilhados, ou não, com seus pares, familiares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde emergindo os significados mediadores, como: para sair

a voz, solicitando o santo protetor da garganta, do sufoco, nas minhas costas, para desengasgar, mais molhado..., dentre outros, que atuam, simbolicamente, nas relações humanas com o mundo.

Os significantes: gritar, sentimento, ter fé, suar, não consegui dormir, chamar alguém, chorar, vários sentimentos, agitar os braços, fecha a garganta, engasgar atrapalha a vida..., dentre outros, revelam expressões sonoras dos significados que estavam no plano das ideias.

Como uma moeda de duas faces, significado e significante são interdependentes e inseparáveis no mundo simbólico e na significação.

Nesta interpretação compreensiva opera-se nas atenções às intenções das palavras dentro de um contexto. A compreensão não implica somente a linguagem pragmática e as regras normativas da língua, mas, também, os pormenores, os subtextos e as intenções por vezes não explicitadas. As palavras demonstram valores, políticas, ideologias, culturas construídas historicamente. E a significação confere a condição social, pois “nos dirigimos ao outro, e o outro não tem apenas um papel passivo; o interlocutor participa ao atribuir significado à enunciação” (KRAMER, 2004, p.1).

5.4. Interpretando os sinais do corpo físico do engasgo

No quadro 8 registrou-se a ordenação em unidades semânticas condensadas (palavras idênticas, sinônimas ou próximas em nível semântico) referentes aos sinais físicos do engasgo. Vale lembrar que o agrupamento não destitui o conteúdo das expressões e, sim, aproximações semânticas.

Quadro 8 – Frequência decrescente de palavras plenas (BARDIN, 2011).

PALAVRAS PLENAS MAIS FREQUENTES SOBRE OS SINAIS FÍSICOS DO ENGASGO	
ENGASGAR	10
SENTIR	9
FALTA DE AR, RESPIRAR	8
FECHAR A GARGANTA	6
ENTALAR, NÃO SAI	5
TOSSIR	4
NÃO CONSEGUE ENGOLIR NADA, COMIDA PARADA, NÃO DESCE, PIGARRO, SECREÇÃO GROSSA,	
SINUSITE	4
LEVANTAR OS BRAÇOS	3
BEBER ÁGUA PARA PASSAR	3
DESCER	3
RÁPIDO	2
CUSPIR	2
DOR	2
SECOU	2
FARELO SAIU DO LUGAR	2
FEIJÃO SAIU PELO NARIZ	2
GRITAR	1
SUAR	1
CHORAR	1
ARDER	1
ENJOO	1
ESPERAR	1
BATER NAS COSTAS	1
GOSTO RUIM	1
SALIVA	1

CANSAÇO	1
DEVAGAR	1
ESQUECER	1
FOME	1
FALAR E COMER AO MESMO TEMPO	1

CONSTELAÇÃO DE ATRIBUTOS



Figura 11 – Constelação de atributos: sinais físicos do engasgo.

No diagrama acima (figura 11), visualizamos o elemento indutor – sinais físicos do engasgo – e as reações verbais a uma distância proporcional ao logaritmo de sua frequência de associações, apresentando a importância cognitiva dada a cada idoso.

5.4.1. Compreendendo os sinais do corpo físico do engasgo sob os aspectos biopsicossociais relacionados ao sistema estomatognático no idoso

Compreende-se por sistema estomatognático (SE) o conjunto da anatomia, fisiologia, patologia, terapêutica e higiene da cavidade bucal e suas estruturas e tecidos adjacentes, bem como as relações com todo o organismo (OSOL *et al*, 1982) . A funcionalidade do SE sofre mudanças evolutivas e adaptativas, como no envelhecimento, num processo interdependente funcional de estruturas e órgãos que compõem a: fala, respiração, mastigação e deglutição.

Segundo Silva; Cunha; Nascimento (2015) “O SE é considerado como um microssistema, onde o todo está refletido em cada um de seus constituintes. É suscetível à ação de diversos fatores que podem influenciar sua dinâmica” (p.174).

No idoso, podem-se conjecturar algumas modificações desse complexo microssistema: alterações da articulação temporomandibular – ATM/ desordem temporomandibular – DTM, arco dental artificial (prótese dentária), alterações de oclusão dentária, respiração bucal/oral, alterações salivares (sialorréia e xerostomia), hábitos alimentares, dentre outros. O SE realiza funções ativas e passivas de forma sinérgica e, portanto, correlacionadas quanto ao desempenho e integralidade da estomatoponia e estomatognosia, motricidade e sensibilidade oral, respectivamente.

Quanto ao equilíbrio e bem-estar biopsicossocial do SE, Silva; Cunha; Nascimento (2015) propõe uma tríade interdependente entre os aspectos químicos, emocionais e estruturais (figura 12):



Figura 12 - Tríade do Sistema Estomatognático. *Fonte:* Silva; Cunha; Nascimento (2015), p. 178.

As autoras acrescentam que,

“Quando um indivíduo é apresentado a situações persistentes de estresse, reais ou imaginárias, há o desenvolvimento de respostas orgânicas negativas e as estruturas cerebrais são afetadas. A ansiedade e o estresse podem modificar todo o metabolismo e interferir diretamente no processo de funcionalidade do SE, já que esse passa a ser comandado por um sistema nervoso exposto a condições desfavoráveis” (*ibid*, 2015, p. 178) .

Considerando a tríade apresentada - química, emocional e estrutural e as emoções enquanto influenciadoras no SE, a dinâmica corporal poderá cursar com alterações das funções primordiais como a fala (comunicação), a respiração, a mastigação e, em especial, a deglutição. Logo, os sentimentos, enquanto reações vivenciadas diante do engasgo, é uma realidade biopsicossocial histórica e singular a cada idoso.

Assim, parafraseando Silva; Cunha; Nascimento (2015), na intenção de aproximar as discussões deste estudo, apresenta-se o esquema a seguir (figura 13):



Figura 13 - Esquema da dinâmica corporal diante do evento engasgo. *Fonte:* autoras.

Num processo adaptativo do envelhecimento, o idoso criará momentos de ruptura desenvolvendo, criando e transformando novas condições de engolir, a partir das emoções vividas. O processo não é interrompido, mas superado, adquirindo uma nova forma de engolir. O programa de prevenção e reabilitação fonoaudiológica e os agenciamentos pertinentes podem contribuir de forma mediadora para tal superação. O agenciamento coletivo e individual produzem efeitos nos idosos, nos seus pares, nas intervenções fonoaudiológicas e na fonoaudióloga pesquisadora. Os corpos, enquanto formações moleculares abertas (FIGUEIREDO, 2009) constroem agenciamentos nas relações de ajuda, de cuidados, de expressões, de enunciações.

Essa relação de equivalência agenciadora define o caráter histórico de novas produções de existência humana, em especial do idoso, determinando condições concretas e emergentes de engolir no meio social. Aqui, o equívoco da incapacidade que, por vezes, é consagrado ao idoso, dá lugar à experiência produtiva, dialética e significativa à tridimensionalidade que compõe o SE.

5.5. Na pista - refletindo acerca das concepções na produção de dados do corpo físico e emocional

Por vezes, se esquece de que os corpos exalam emoções e sentimentos com proporções intrínsecas à cognição, comportamento e funções comunicativas no meio social. Reage-se a um amplo espectro de estímulos ambientais e filtra-se conforme padrões emocionais inatos ou preestabelecidos. Os estudos de William James (1893) sobre a natureza das emoções e sentimentos revelam as reações corporais diante de emoções como o medo – sentimento mais incidente diante do engasgo, segundo os participantes desta pesquisa, registrado no gráfico 11 -, referindo-se aos batimentos cardíacos acelerados, arrepios na pele, tremor dos lábios, fraqueza nas pernas, alterações viscerais e na respiração. Na perspectiva jamesiana, não há dissociação entre emoção e alterações no organismo ou corporais. Nesta concepção, apresenta-se a configuração do estado do nosso corpo, por exemplo: alterações na cor da pele, esquema corporal, expressão facial, piloereção, sudorese, correspondente à emoção específica como medo, raiva, alegria, dentre outros, daquele momento e possíveis de serem percebidas, externamente, por outras pessoas.

Como seriam as reações corporais no idoso, desencadeadas pela emoção de medo ou pavor diante do extremo desconforto do engasgo? Possivelmente, enquanto observador externo, podem-se relatar movimentos corporais de postura inclinada para frente, o reflexo protetor de tosse, a mudança de coloração de pele, o lacrimejamento de olhos, a tentativa de apoio com as mãos próximas à boca, a vontade de evocar o pedido de socorro, dentre outras.

De fato, as funções vegetativas do sistema motor visceral, regulado em parte pelo córtex cerebral, estão estreitamente relacionadas com a experiência e as emoções (PURVES et al,2005). Nessa associação fisiológica, as diferentes expressões de emoções produzidas voluntariamente podem determinar a ativação de respostas do sistema neurovegetativo, por exemplo,

“[...] se os sujeitos recebem instruções músculo a músculo que resultam em expressões faciais reconhecíveis como raiva, desgosto, medo, felicidade, tristeza ou surpresa, sem que lhes tenha sido dito qual emoção estão simulando, cada padrão de atividade dos músculos faciais é acompanhado por diferenças específicas e reproduzíveis da atividade motora visceral (...). Além disso, as respostas neurovegetativas são tão mais fortes quanto mais expressões faciais sejam

consideradas próximas da expressão real de emoções e são frequentemente acompanhadas pela experiência subjetiva daquela emoção!” (*ibid*, p.626)

No entanto, Damásio (2012) ousa ir além deste mecanismo congênito básico e automático das sensações do corpo, o qual denomina de “emoções iniciais primárias”, referindo-se a um mecanismo inato, experimentado na infância, pré-organizado, por isso enfatiza a palavra “iniciais” (p.129). Concomitante à esse mecanismo, o autor postula que, voluntariamente, desencadeiam-se as emoções após um processo mental de avaliação associado às nossas experiências cotidianas adultas. Essa reflexão e seleção, por fluxos neurais, proporcionam uma modulação e variabilidade nos padrões emocionais, relacionados à intensidade de reação individual em nosso corpo. As emoções que se experienciam quando adultos, Damásio (2012) denomina de “emoções adultas secundárias”, construídas ao longo da vida sobre as bases das “emoções iniciais primárias” (*ibid*). Algumas reações corporais possuem alterações perceptíveis apenas para o próprio dono do corpo, singulares ao ser e subjetivas a ele como, por exemplo, as emoções e reações advindas do processo de engasgo no idoso. Neste sentido, revela-se a essência da emoção, sugerindo a complexidade e extensão do processo emocional, a qual não termina com as alterações, reações ou mudanças corporais. Segundo Damásio (2012),

“[...] a emoção é a combinação de um *processo avaliatório mental*, simples ou complexo, com *respostas dispositivas a esse processo*, em sua maioria *dirigidas ao corpo propriamente dito*, resultando num estado emocional do corpo, mas também *dirigidas ao próprio cérebro* (núcleos neurotransmissores no tronco cerebral), resultando em alterações mentais adicionais” (p.135) (grifo do autor).

Percorrendo as linhas de pensamento do autor, cabe aqui adentrar suas discussões neuroanatomofisiológicas acerca das emoções iniciais primárias e emoções adultas secundárias.

Nas emoções iniciais primárias nos encontramos inatamente programados a reagir com emoção pré-organizada a certos estímulos ambientais como, por exemplo, animais de grande porte, objetos estranhos ou sons específicos, dentre outros. Estes estímulos são detectados, processados e classificados no cérebro pelo sistema límbico, mais especificamente pela amígdala, a qual desencadearia várias respostas internas - sinais para os músculos da face e os membros, sinais viscerais do sistema autônomo, para os núcleos neurotransmissores e hipotálamo -, sugerindo um estado de alteração do

corpo adaptativo e correspondente à emoção daquele momento vivido. Que, por sua vez, altera o processamento das funções cognitivas.

Há que se salientar: outras estruturas e conexões neurais participam do processo emocional. Em conjunto com o sistema límbico, o hipotálamo desencadeia respostas endócrinas e outras de origem química que percorrem a corrente sanguínea atuando no controle das emoções, estados de consciência e comportamentos. A formação reticular - rede emaranhada de células e feixes de fibras nervosas - no tronco encefálico é responsável pela regulação do corpo e controle da vigília e do sono, que influencia o funcionamento da cognição e o processo emocional. No que diz respeito à postura e esquema corporal, as reações musculares nas quais exprimimos emoções, adotam estruturas dos gânglios ou núcleos da base - striatum ventral. O giro cíngulo ou supracaloso também está interconectado ao sistema límbico e contribui na formação e processamento das emoções, memória e aprendizagem.

Em sequência, Damásio (2012), discute sobre a consciência deste processo por meio da percepção da relação entre o objeto que desencadeou a emoção e o estado emocional do corpo. Para o autor, “a consciência proporciona uma estratégia de proteção ampliada”, o que ele julga ser a *sensação da emoção* (p.130) (grifo do autor).

Portanto, ter consciência da emoção é conhecê-la, senti-la, permitindo a antecipação de condutas e respostas, como o exemplo abaixo:

“[...] se vier a saber que o animal ou a situação X causa medo, você tem duas formas de se comportar em relação a X. A primeira é inata, você não a controla; além disso, não é específica de X: pode ser causada por um grande número de seres, objetos e circunstâncias. A segunda forma baseia-se na sua própria experiência e é específica de X. O conhecimento de X permite-lhe pensar com antecipação e prever a probabilidade de sua presença num dado meio ambiente, de modo a conseguir evitar X antecipadamente, em vez de ter de reagir a sua presença numa emergência” (DAMÁSIO, 2012, p.131).

Seguindo o exemplo mencionado, pensou-se no idoso descobrindo estratégias para a facilitação da deglutição de um alimento ou mesmo evitando sua ingestão, diante das emoções antecipadamente experimentadas. O conhecimento dessas emoções e reações emocionais, pautadas na história social individual, gera caminhos de flexibilização, antecipação e cautela.

As emoções iniciais primárias constituem o mecanismo básico dos processos emocionais; portanto, há de se conhecer a continuidade dessa complexa rede de

circuitos neurais para além do sistema límbico: as emoções adultas secundárias. A partir da experiência do adulto, conta-se com a formação do abstrato mental ou imagens mentais como o significado de situações ou circunstâncias reais em conjunto com as alterações corporais.

“Imagine que você encontra um amigo que não vê a muito tempo ou tem conhecimento da morte inesperada de uma pessoa com quem trabalhou em estreita colaboração. Em qualquer desses casos reais – e talvez até agora, enquanto imagina as cenas -, você sentirá uma emoção. O que sucede em termos neurobiológicos quando tem lugar essa emoção? O que significa realmente experienciar uma emoção?” (DAMÁSIO, 2012, p.132)

Ocorre, portanto, uma série de modificações e sensações em diferentes regiões do corpo sucessivamente ao que se imagina. Isso acontece de forma funcionalmente coordenada na dinâmica homeostática. Agora, enquanto adultos, somos cognitivamente capazes de projetar e refletir sobre as consequências da situação para si mesmos e para as outras pessoas inseridas no caso, como, por exemplo, a perda de um ente querido ou uma situação de engasgo. Então, que imagens mentais verbais e não verbais o adulto idoso evocaria numa situação real de engasgo? Num amplo espectro de experiências subjetivas e singulares a cada um, podem-se encontrar algumas emoções em comum? E como ocorre o “acesso” mental a estas imagens organizadas topograficamente no substrato neural? Encontram-se algumas respostas configuradas nas unidades de significação (quadro 6) repletas de significantes, significados e mediadores (quadro 7).

O substrato neural responsável pelo controle e fluxos neurais dessas representações mentais são os córtices sensoriais primários e de associação integrando os lobos temporal, parietal, occipital e frontal. O córtex associativo ou áreas associativas recebem e integram informações de uma variedade de fontes que se propagam nas estruturas corticais (córtices sensoriais e motores primários e secundários) e subcorticais (tálamo, hipocampo, gânglios da base, tronco encefálico, cerebelo). Desencadeado por um estímulo ambiental externo e uma motivação interna, o complexo processo associativo percebe, identifica, reconhece, planeja e emite, de forma coletiva, as respostas comportamentais adequadas à situação vivida (PURVES *et al*, 2005). Da mesma forma, o armazenamento dessas ocorrências. Logo, o idoso retém registrado na sua abstração e léxico mental, a natureza desses estímulos, as características, os objetos envolvidos e outras infinidades relacionadas com o evento do engasgo.

No processamento das imagens mentais, conta-se também com o nível não consciente, automático e involuntário captados por circuitos no córtex pré-frontal, o

qual provém de representações dispositivas adquiridas obtidas a partir das representações inatas mencionadas anteriormente (mecanismo básico das emoções inatas primárias). Então,

“Aquilo que as disposições adquiridas incorporam é a sua experiência única dessas relações ao longo da vida. Essa experiência pode variar muito ou pouco em comparação com a de outras pessoas; mas é só sua. Apesar de as relações entre tipo de situação e emoção serem em grande medida semelhantes entre diferentes indivíduos, a experiência pessoal e única personaliza o processo para cada indivíduo” (DAMÁSIO, 2012, p.133).

Os aspectos subjetivos e singulares não se esgotam enquanto seres históricos inseridos numa determinada cultura e grupo social. Existe uma tendência cultural a padronizar, historicamente, como sendo universais, as etapas ou estágios de desenvolvimento humano, contextualizando os ciclos da vida humana. Esta postulação atende aos processos de maturação biológica correspondentes aos planos genéticos da filogênese e ontogênese, portanto universais para todos da espécie humana. Porém, nos estudos de Oliveira (2004) sobre a psicologia do adulto, a maturidade biológica se faz necessária para o processo de desenvolvimento, mas não representa a sua totalidade. Pois, as transformações mais relevantes para a constituição do desenvolvimento humano não estão na biologia do ser (origem biológica), mas nas complexas configurações psicológicas absolutamente singulares do sujeito.

Neste contexto, Palacios (1995) destaca teoricamente três aspectos no desenvolvimento humano: “1) a etapa da vida em que a pessoa se encontra; 2) as circunstâncias culturais, históricas e sociais nas quais sua existência transcorre; 3) experiências particulares privadas de cada um e não generalizáveis a outras pessoas” (p.9). Uma das etapas da vida é o envelhecimento humano, que ocorre de forma similar para todos. Essa categoria socialmente reconhecida, assim como outras - infância, adolescência, puberdade -, tem sido tratada com uma suposta universalidade, mas é interpretada de acordo com as práticas e significação de cada cultura, num ambiente macromolecular ou micromolecular. Por exemplo, numa visão macromolecular de mundo ou em alguns países, a velhice pode ser sinônimo de deterioração dos processos cognitivos, improdutividade no labor ou estabilidade social. Numa visão micromolecular regional ou na própria comunidade em que vive, o idoso pode ser reconhecido como um líder com méritos acadêmicos, religiosos ou profissionais.

Assim, num grupo relativamente homogêneo, há de se considerar, no sujeito idoso, a construção compartilhada de sentimentos, significados, as relações familiares,

os projetos individuais, a internalização de modos particulares de fazer e agir, a inserção no trabalho e linguagens. Como o adulto, o idoso “traz consigo uma história mais longa (e provavelmente mais complexa) de experiências, conhecimentos acumulados e reflexões sobre o mundo externo, sobre si mesmo e sobre as outras pessoas” (OLIVEIRA, 2004, p.217).

De acordo com a análise de Damásio (2012), nas emoções adultas secundárias, além da participação das estruturas do sistema límbico – amígdala e cíngulo anterior – o córtex frontal e região pré-frontal podem ser ativados, ratificando que “as emoções secundárias utilizam a maquinaria das emoções primárias”(p.134). Essa é uma relação integral, coordenada e dinâmica, peculiar à plasticidade do cérebro humano, considerando o idoso sadio.

O caminho neural percorrido a partir dos estímulos que chegam à amígdala e ao cíngulo anterior podendo ser ativado os córtices frontais contém uma gama de sinais químicos e neurais. Isso demonstra uma atividade cerebral dinâmica, incessante, em constante mutação, atualizada e renovada a cada momento do que se passa e se sente. Nessa empreitada, os elementos idiossincráticos do indivíduo idoso estão em “constante constituição por meio da imersão em situações concretas (*como o engasgo*) de construção de significações” (OLIVEIRA, 2004, p.228) (*grifo nosso*).

Damásio (2012) faz uma sutil distinção entre emoção e sentimento “apesar de alguns sentimentos estarem relacionados com as emoções, existem muitos que não estão: todas as emoções originam sentimentos, se se estiver desperto e atento, mas nem todos os sentimentos provêm de emoções” (p.138).

O autor trata o termo *sentimento* como “a percepção de todas as mudanças que constituem a resposta emocional” (p.135). Acompanhou-se a evolução e continuidade do processo por meio dessa função cognitiva – a percepção, que é subjetiva ao ser, logo, subjetiva a cada idoso.

“[...] um sentimento em relação a um determinado objeto baseia-se na subjetividade da percepção do objeto, da percepção do estado corporal criado pelo objeto e da percepção das modificações de estilo e eficiência do pensamento que ocorre durante todo esse processo” (*ibid*, p.143).

Portanto, o sentimento é um estado afetivo mais estável e duradouro que as emoções, pois permite perceber, pensar, acompanhar e cuidar do corpo com atenção.

5.5.1. No campo das percepções e das subjetividades em curso: a culminância dos dados qualitativos

À guisa da finalização dos dados computados e expostos nesta tese retornou-se ao HUGG/ CEMPE, a fim de apresentá-los aos idosos do Grupo Renascer. O encontro foi agendado previamente no auditório Nelson Maculan Filho e contou-se com a presença de 76 idosos inscritos em lista de presença. Nesta ocasião, após tomarem conhecimento dos dados produzidos, referendaram o estudo a partir de narrações e relatos. Logo, registraram-se, no caderno de campo, os contextos comunicativos a seguir:

PARTICIPANTES EM ASSEMBLÉIA FINAL:

“[...] quando eu estava falando eu engasgava, mas eu fiz esses exercícios e me ajudou bastante, tá!”

“[...] não fiz os exercícios, estou com vergonha.”

“[...] eu engasgava o dia todo, mas não engasgo mais, por enquanto não.”

“[...] eu queria agradecer a nossa querida fono, porque eu ‘tava’ com muito problema na garganta, mas depois que eu fiz o trabalhinho ela mandou eu fazer, tudo melhorou e agora eu falo muito, já sou muito tagarela; muito bom mesmo, vocês viram que eu ‘tava’ com a fala meio engasgada, mas agora não tem nada engasgado aqui, tá tudo bem!”

“[...] a senhora me ensinou a fechar os lábios assim (exercício com os lábios), estalar a língua, tô me sentindo muito bem hoje em dia ...eu fiz todos eles e me dei muito bem, eu faço até hoje, quero agradecer...obrigada à senhora!”

“[...] melhorou a dor na minha ATM (fez os movimentos de abrir e fechar boca para me mostrar) que doía muito.”

“[...] tô engolindo bem, só pigarro depois da gripe.”

“[...] eu tô melhor, espero conseguir entrar no grupo de tabagismo.”

“[...] tudo bem, coleí na parede da cozinha e estou fazendo, estou bem. Valeu você ter saído de longe pra ajudar a gente!”

“[...] bem, mas fiz 90 anos, a idade dificulta tudo mesmo.”

“[...] melhorou, bebo com a cabeça para baixo.”

“[...] melhorou os engasgos à noite.”

“[...] não tenho engasgado mais com a saliva.”

“[...] os exercícios ajudaram a expectorar o catarro, ao invés do ‘ram-ram’.

“[...] eu melhorei muito dos engasgos, a senhora tinha falado que não tinha a ver com a cirurgia de tireóide e foi mesmo porque eu melhorei com os exercícios.”

“[...] eu tomo água antes de comer.”

“[...] melhorou, ficava agarrado na garganta, melhorou.”

Assim, imersos aos sentimentos e aos sinais do corpo físico e emocional aqui explicitado, seguimos as considerações finais desta tese.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Descrever relatos espontâneos, identificar atitudes e interpretar os significados dos discursos dos participantes sobre um determinado fenômeno é uma empreitada solene e dialética, na busca da compreensão do ser humano enquanto ser-no-mundo. E de como o ‘ser é’ em suas singularidades e particularidades, visto por ‘nós’ nesta tese, na qual o ‘engasgo’ foi a pista para conhecer seu corpo, seus medos e suas angústias.

Na condição de pesquisadoras no campo das ciências humanas e da saúde, foi necessário olhar, observar, ouvir, procurar, registrar, tocar, abraçar, sentir, reunir as sublimes interações humanas, para investigá-las numa relação rizomática de ordem e desordem estabelecida pelas circunstâncias do tema.

Rastreamos e pousamos na racionalidade e na sensibilidade/sentimento (razão e emoção) que compõem os significados dos participantes diante do evento engasgo. A relação de pluralidade e ambivalência pode ser percebida nas narrativas, individualmente, tecendo uma rede complexa e íntima de sinais e sintomas do engasgo.

Muitas vezes, após o pouso, voltam-se as questões orgânicas, físicas e emocionais que envolveram o objeto de estudo – programa fonoaudiológico de prevenção e reabilitação da disfagia em idosos saudáveis -, passíveis de suscitar objeções, pois o impreciso é vago, subjetivo e está fundamentado no campo das possibilidades. O referido programa é a base tecnológica, porém a emoção é o eixo desta base. E ao tocar, perguntava-se: poderia as ciências racionais, precisas e exatas darem conta da totalidade das subjetividades e singularidades humanas? Como medir ou dominar o impossível mental que muda com cada um e circunscreve a cada instante? Portanto, as objeções são válidas enquanto reflexões e debate epistemológico que nos impulsionam para novas buscas e compreensões.

Tratou-se o impreciso na análise condensada de comunicações, apreensível aos olhos por meio de diagramas e gráficos que estabelecem uma cientificidade aos fenômenos vagos. Desta forma, permitiram o raciocínio e interpretação dos elementos capturados por meio do questionário. Parece perceptível que, os idosos do Grupo Renascer apresentam características proativas que rompem com o estereótipo instituído à pessoa idosa. Eles produzem agenciamentos coletivos, individuais, físicos e de

A nuvem, que pode ser um espaço cósmico para voar, dá maior destaque às palavras que aparecem mais frequentemente no corpus textual narradas nos sinais físicos do engasgo. Portanto, traz as especificidades a partir da segmentação definida do texto e análise de similitude de palavras presentes nessas narrativas e a partir dos dados brutos (compreendida enquanto texto). A nuvem cheia de ‘água’ pronta a transbordar e irrigar a vida dos idosos.

Ou ainda, ‘entalar’, ‘não descer’, ‘dor’ (odinofagia), revelam significados do corpo físico no momento do trânsito faringo-esofágico na ação de ondas contráteis deste órgão tubular na fase esofágica da deglutição. Os transtornos do presbiesôfago modificam, funcionalmente, a descida do alimento, mais lentificado, dando a falsa sensação de saciedade. Por isso, muitos adotam como opção ‘não comer à noite’, deixam de realizar a última refeição ou abandonam as consistências desafiadoras tornando-se um hábito alimentar.

Os corpos – biológico, físico, emocional, histórico, cultural - quando experimentam as suas intensidades – o engasgo – expressam-se subjetivamente em emoções que provocam reações corporais nas quais dão origem a sensações internas ou sentimentos diversos.

Nesta perspectiva, destacaram-se, nos discursos, os verbos padrões: PEDIR, REAGIR, SENTIR, enquanto agenciamentos de enunciação manifestando os desejos de ‘*pedir* ajuda a alguém’, ‘*reagindo* fazendo alguma coisa’ e ‘*sentindo* variadas formas de emoção’. Assim, os idosos revelam pistas que intervêm, significativamente, no programa de prevenção e reabilitação fonoaudiológica.

Logo, apresenta-se o desenho cartográfico (figura 15) que esquematiza os resultados desta tese.

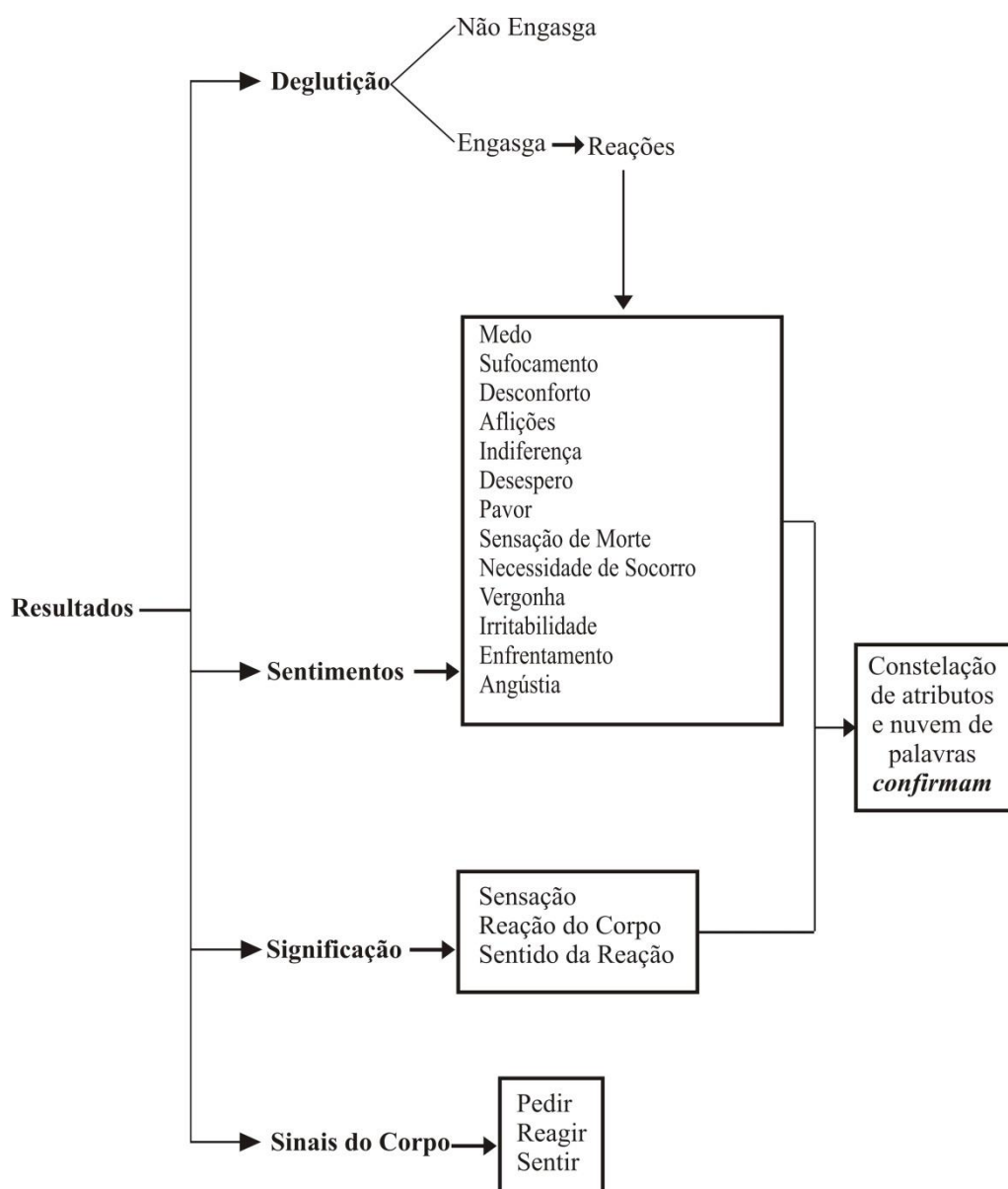


Figura 15 – O desenho cartográfico na síntese dos resultados. *Fonte:* autoras.

Aos pesquisadores, cabe o conhecimento prudente na construção do conhecimento científico, a responsabilidade profissional e a ética em prol da contribuição real à sociedade que, inexoravelmente, passará pelo processo de envelhecimento e suas peculiaridades, como a presbifagia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 6ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
- ACKERMAN, D. Uma história natural dos sentidos. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil AS, 1992.
- ALVES, N. Decifrando o pergaminho – o cotidiano das escolas nas lógicas das redes cotidianas. In OLIVEIRA, I. B.; ALVES, N. **Pesquisa no/do cotidiano das escolas: sobre redes de saberes**. Rio de Janeiro: DP et Alii, 2008.
- ANDRADE, C.R.F.; LIMONGI, S.C.O. **Disfagia**. Prática baseada em evidências. São Paulo: Sarvier, 2012.
- ANGELIS, E.C.; FÚRIA, C.L. Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar. In HERNADEZ, A.M.; MARCHESAN, I. **Tratamento Fonoaudiológico em Hospital Oncológico: disfagias em câncer de cabeça e pescoço**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- AZANHA, J. M. P. **Uma ideia de Pesquisa Educacional**. 2ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011.
- BACHELARD, G. **A Formação do Espírito Científico**. 10ª reimpressão. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BAKHTIN, M. Questões de literatura e de estética. São Paulo: Hucitec, 1988.
- _____. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERGSON, H. **Matéria e memória**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BOLZAN, P.G. et al. Contribuição da ausculta cervical para a avaliação clínica das disfagia orofaríngeas. **Rev. CEFAC**. Mar-Abr; 15(2):455-465, 2013.
- BRASIL. IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Departamento de População e Indicadores Sociais. ISSN 1516-3296. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. IPEA. **Primeiras Análises: O Mercado de Trabalho Brasileiro em 2009**. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasília –DF, 2010.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde, v.12. Brasília – DF, 2010.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Viver a vida sem perder o sabor é envelhecer com saúde, 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/oai-bvs-ms-ms-28180>; www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/pubmanual5.pdf.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Prático do Cuidador**. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília - DF, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Portaria nº 1º de Abril de 2013, DOU de 02/04/2013. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 02/07/2014.

BUZON, F.; KAMBOUCHNER, D. **Vocabulário de Descartes**. Trad.: Claudia Berliner. 1ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes Ltda, 2010.

CANONGIA, M.B.; ALVES, C.M.M. **Disfagia**. Estudo e Reabilitação. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COLA, P.C.; DANTAS, R.O.; SILVA, R.G. Estimulação Elétrica Neuromuscular na Reabilitação da Disfagia Orofaríngea Neurogênica. **Revista Neurociências**, p.1-9. São Paulo, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. **Comunicar - Revista do Sistema de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia**. Ano XIII, Número 58, p.7. Brasília – DF: Plural Editora e Gráfica Ltda, 2013.

CRARY, J. **24/7 Capitalismo Tardio e os Fins do Sono**. Trad. Joaquim Toledo Jr. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

DAMÁSIO, A.R. **O Erro de Descartes: Emoção, Razão e o Cérebro Humano**. Trad. Dora Vicente; Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

DELEUZE, G. **Francis Bacon: Logique de la sensation** (2 vols.) Paris: Éd de la Différence, 1981.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 4. Trad. Suely Rolink. São Paulo, 1997.

ERTEKIN, C. Voluntary versus spontaneous swallowing in man. **Dysphagia**. Jun;26(2):183-92. doi: 10.1007/s00455-010-9319-8; 2011.

FAEDDA, C.M.S. **Diagnóstico por Imagem em Fonoaudiologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

FELTEN, D.L.; JÓZEFOWICZ, R.F. **Atlas de Neurociência Humana de Netter**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FERRAÇO, C. E. Eu, caçador de mim. In: GARCIA, R. L (org.). **Método: pesquisa com o cotidiano**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

- FERREIRA, V.J.A. Dislexia e Outros Distúrbios da Leitura-Escrita. In: Zorzi, J.; Capellini, S. **Organização Funcional do Cérebro no Processo de Aprender**. 2ª ed. São José dos Campos: Pulso, 2009.
- FIGUEIREDO, N.M.A.; MACHADO, W.C.A. **Corpo & Saúde**: condutas clínicas de cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.
- FIGUEIREDO, N.M.A.; SANTOS, I.; TAVARES, R. A Dimensão da Garantia do Cuidado à Pessoa Idosa. In FIGUEIREDO, N.M.A; TONINI, T. (org.). **Gerontologia**: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento. 2ª ed. São Paulo: Yendis, 2012.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. São Paulo: Forense Universitária, 2003.
- FRANCO, T.B.; GALAVOTE, H.S. Em Busca da Clínica dos Afetos. In FRANCO, T.B. & RAMOS, V.C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- GINZBURG, C. **Mitos, emblemas e sinais**: morfologia e história. 2 ed. São Paulo. Companhia das Letras, 1989.
- GINZBURG, C. **O fio e os rastros**. Verdadeiro, falso, fictício. Tradução de Rosa Freire d'Aguiar e Eduardo Brandão. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- GINZBURG, C. **Sinais**: raízes de um paradigma indiciário in Mitos, emblemas, sinais: Morfologia e História. 1ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- GUATTARI, F. **As Três Ecologias**. 21ª ed. São Paulo: Papyrus, 2013.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- HERNADEZ, A.M.; MARCHESAN, I. **Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- HESSEN, J. **Teoria do Conhecimento**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- JAMES, W. **Princípios de Psicologia**. Buenos Aires, Argentina: Corrientes, 1945.
- KANT, I. **Crítica da Razão Pura**. São Paulo: Martin Claret, 2009.
- KASTRUP, V. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo**. Psicologia e Sociedade. Vol.19, nº1. Porto Alegre, 2007.
- KRAMER, S. Professoras de educação infantil e mudança: reflexões a partir de Bakhtin. **Cadernos de Pesquisa**. Vol.34 nº 122. ISSN 1980-5314. São Paulo, 2004.
- LAHLOU, S. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, 20 (38), 1.-7, 2012.
- LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: editora 34, 1994.

- LEDOUX, J. **Cérebro Emocional**: os misteriosos alicerces da vida emocional. Trad. Terezinha Batista dos Santos. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- LEMOS, E.M. et al. Oropharyngeal dysphagia in dermatomyosites: case report and literature review. **Braz J Otorhinolaryngol.**, 2008.b Disponível em: WWW.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=disfagia. Acesso em 06/03/13.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Tradução: Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- MACEDO, E.D.; GOMES, G.; FURKIM, A.M. **Manual de Cuidados ao Paciente com Disfagia**. São Paulo: Lovise, 1999.
- MALTA, M.T.B.P. **Avaliação das ações do programa interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida do idoso: Grupo Renascer a voz e a vez dos idosos**. Dissertação de mestrado profissional em avaliação. Fundação CESGRANRIO. Rio de Janeiro, 2012.
- MANGILI, L.D.; MORAES, D.P.; MEDEIROS, G.C. Disfagia. Prática baseada em evidências. IN: ANDRADE, C.R.F.; LIMONGI, S.C.O. **Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica Preliminar**. São Paulo: Sarvier, 2012.
- MARCHESAN, I.Q. **Desenvolvimento da Comunicação Humana nos Diferentes Ciclos de Vida**. São Paulo: Pró-Fono, 2015.
- MARCHESAN, I.Q. **Motricidade Oral**. São Paulo: Pancast, 1993.
- MARQUES, A. C. L. **Relação da higiene bucal com sensibilidade gustativa e nutrição em idosos**. 2006. 88 f. Dissertação de Mestrado em Biopatologia Bucal. Faculdade de Odontologia de São José dos Campos. Universidade Estadual Paulista. São José dos Campos, 2006.
- MARTINS, G.A.; THEÓPHILO, C.R. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MATURANA, H. **Emoções e Linguagem na Educação e na Política**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
- McHORNEY, C.A. et al. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I- conceptual foundation and item development. **Dysphagia**; 15:115-21, 2000.
- MENDES et al. Disfagia. Prática baseada em evidências. IN: ANDRADE, C.R.F.; LIMONGI, S.C.O. **Eficácia do Atendimento Fonoaudiológico em Indivíduos Adultos e Idosos com Diafagia: Hospital Geral**. São Paulo: Sarvier, 2012.
- MOLES, A.A. **As Ciências do Impreciso**. Trad. Glória de Carvalho Lins. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- MORAES, D.P.; ANDRADE, C.R.F. Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos. IN: Pró-Fono (org.). **Plano Terapêutico Fonoaudiológico (PTF) para Disfagia. Resíduo/Estase de alimento**. São Paulo: Pró-Fono, 2012.

MOREIRA, M.A. **Teorias de Aprendizagem**. 2ª ed. São Paulo: EPU, 2011.

NETO, C.R.S. **Deglutição**: no feto, no infante, no adulto, no idoso. 2ª ed. Ribeirão Preto, São Paulo: FUNPEC, 2011.

OLIVEIRA, I.B. **O currículo como criação cotidiana**. Petrópolis, RJ: DP et Alii; Rio de Janeiro: FAPERJ, 2012.

OLIVEIRA, M.K. Ciclos de Vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. **Educação e Pesquisa**, v.30, n.2, p. 211-229. São Paulo, 2004.

OSOL, A. et al (org.). **Dicionário Médico Blakiston**. 2ª ed. São Paulo: Andrei, 1982.

PADOVANI, A.R. et al. Disfagia. Prática baseada em evidências. IN: ANDRADE, C.R.F.; LIMONGI, S.C.O. **Protocolo de Avaliação Fonoaudiológica do Risco para Disfagia**. São Paulo: Sarvier, 2012.

PALACIOS, J. Introdução à psicologia evolutiva: história, conceitos básicos e metodologia. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. (Orgs.) **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PALMER, J.M. **Anatomia para a Fonoaudiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2003.

PLOWMAN et al. A Bibliometric Review of Published Abstracts Presented at Dysphagia Research Society: 2001-2011. **Dysphagia**, 28:123-130, DOI 10.1007/s00455-012-9420-2, 2012.

PLUTCHIK, R. The circumplex as a general model of the structure of emotions and personality. In: PLUTCHIK, R., & CONTE, H.R. (Eds.). **Circumplex model of personality and emotions** (pp. 17-45), Washington: APA, 1997.

PONTES, T.P. et al. Alterações da Fonação e Deglutição na Esclerose Lateral Amiotrófica: Revisão de Literatura. **Revista Neurociências**, vol 18, p. 69-73. São Paulo, 2010.

POPPER, KARL R. **Conjecturas e Refutações**. Brasília: Editora da UnB, 1980.

PORTAS, J.G. **Validação para a língua portuguesa-brasileira dos questionários: Qualidade de Vida em Disfagia (SWAL-QOL) e Satisfação do Paciente e Qualidade no Cuidado no Tratamento da Disfagia (SWAL-CARE)**. Tese de doutorado. São Paulo: Fundação Antonio Prudente, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção em Média Complexidade. **Policlínica da Cidadania Bernardino de Souza**. Volta Redonda, 2012.

_____. **Cidade/Características**. Disponível em: www.portalvr.com. Acesso em 22/09/13.

PURVES, D. et al. **Neurociências**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

- QUEIJA, D.S. et al. Deglutição e qualidade de vida após laringectomia e faringolaringectomia total. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, vol.75, nº 4. São Paulo: 2009.
- RATINAUD, P.; & MARCHAND, P. (2012). Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux” : analyse du “CableGate” avec IraMuTeQ. In: **Actes des 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles** (835–844). Presented at the 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles. JADT Liège, 2012.
- ROBBINS, J. Normal swallowing and aging. **Semin.Neurol**; 16(4):309-17, 1996.
- ROSENBECK, J.C. A penetration-aspiration scale. 11(2): 93-8. **Dysphagia**, 1996.
- SANTINI, C.S. **Disfagia Neurogênica**. In FURKIN, A.M. & SANTINI, C.S. (org.). **Disfagias Orofaríngeas**. Carapicuíba/S.P.: Pró Fono, 1999.
- SANTORO, P.P. Disfagia Orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. **Revista CEFAC**, v.10, nº 2. São Paulo, 2008.
- SANTORO, P.P. et al. Evaluation of the effectiveness of a phonoaudiology program for the rehabilitation of dysphagia in the elderly. **ArchGerontolGeriatr.**, 2011. Disponível em: WWW.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=disfagia. Acesso em 06/03/13.
- SANTOS, B.S. Para além do Pensamento Abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, nº 78, pp.3-46, 2007.
- _____. **A Crítica da Razão Indolente**. São Paulo: Cortez, 2010a.
- SANTOS, M. **A Natureza do espaço**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- SANTOS, M. O dinheiro e o território. 3ª ed. BECKER, B. K. ; SANTOS, M.(Orgs); **Território, territórios: Ensaio sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.
- SARTRE, J.P. **Esboço de uma teoria das emoções**. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.
- SEVERINO, A.J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- SILVA, H.J.; CUNHA, D.A.; NASCIMENTO, G.K.B.O. Características do Sistema Estomatognático no Adulto. In MARCHESAN, I.Q. **Desenvolvimento da Comunicação Humana nos Diferentes Ciclos de Vida**. São Paulo: Pró-Fono, 2015.
- SILVA, R.G. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. **Pró-fono revista de atualização científica**. vol.19, n.1. ISSN 0104-5687. Barueri, 2007.
- SOARES, L.B.; MIRANDA, L.L. **Produzir subjetividades: o que significa?** Disponível em: <http://www.revipsi.uerj.br/v9n2/artigos/html/v9n2a10.html>; 2009. Acesso em 06/03/13.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONAUDIOLOGIA. **Dia Nacional da Atenção a Disfagia**. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br>. Acesso em: 01/03/15.

SORDI, M.D. et al. Interdisciplinary evaluation of dysphagia: clinical swallowing evaluation and videoendoscopy of swallowing. **Braz J Otorhinolaryngol.**, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=disfagia>. Acesso em 06/03/13.

TUBERO, A.L. **Disfagia: O que é?** Guia de informação e orientação dos distúrbios da deglutição. São Paulo: Experimento, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em <http://www.unirio.br/orgaos-suplementares/hospital>. Acesso em 14/03/14.

VENERA, R.A.S. **O Método Indiciário**: uma resenha da obra de Ginzburg e reflexões acerca de sua crítica à obra de Foucault. Contrapontos, vol.6, nº 1, p.179-183. Itajaí - Santa Catarina, 2006.

VIDIGAL, M.L.N.; RODRIGUES, K.A.; NASRI, F. Atuação Fonoaudiológica no Ambiente Hospitalar. In HERNADEZ, A.M.; MARCHESAN, I. **Efeitos do Envelhecimento Sadio na Deglutição**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

VIEIRA, D.O. **Validação da Versão Portuguesa do Questionário Swal-Qol em Doentes com Patologia Oncológica da Cabeça e Pescoço**. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Portugal, 2010.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W.S. **Metodologia Científica para a Área da Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

VYGOTSKY, L.S.; LURIA, A.R.; LEONTIEV, A.N. **Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem**. 10ª ed. São Paulo: Ícone, 2006.

WAJNSZTEJN, A.C.; WAJNSZTEJN, R. **Dificuldades Escolares: Um Desafio Superável**. 2ª ed. São Paulo:Artemis, 2009.

WHO. **Men, Ageing and Health**. World Health Organization. Geneva, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Participante nº:

Data Atual:

Sexo: Estado Civil:

Data de Nascimento: Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Endereço Residencial:

1- Você tem algum problema de saúde? Quais?

2- Você toma alguma medicação? Quais?

3- Tem por hábito algum lazer?

4- Atividades cotidianas:

Sobre a DEGLUTIÇÃO:

1- Descrição das alterações de deglutição:

2- Quais as consistências de alimento que sente maior dificuldade para deglutir?

SÓLIDO ()

PASTOSO ()

LÍQUIDO ()

3- Onde realiza as refeições?

CASA () RESTAURANTE () OUTRO () _____

4- Como se alimenta?

- Com ou sem prótese dentária? _____
- Prefere garfo ou colher? _____
- A posição é sentado ou deitado? _____
- A TV ou rádio ficam ligados? _____
- Fica sozinho ou acompanhado? _____
- Costuma conversar durante a alimentação? _____

Observações:

5- Hábitos alimentares? _____

6- Diante do alimento, apresenta preferências, como:

Liquidificar ()

Alguém que o acompanhe ()

Amassar ()

Aflições pelo que poderá acontecer ()

Não comer ()

Expectativa ()

Não sabe explicar ()

7- Para você, o que representa a Presbifagia/ dificuldade de engolir?

8- Diante do evento de engasgo, quais são as reações vivenciadas?

Angústia ()

Tristeza ()

Medo ()

Raiva ()

Desconforto ()

Desespero ()

Aflições ()

Necessidade de socorro ()

Vergonha ()

Indiferença ()

Ansiedade ()

Enfrentamento ()

Pavor ()

Outros ()

Descrição: _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

TÍTULO: DISFAGIA EM IDOSOS E OS AGENCIAMENTOS CORPORAL/EMOCIONAL: efeitos da implantação de um programa fonoaudiológico de prevenção e reabilitação.

OBJETIVOS DO ESTUDO: **A)** Identificar como os idosos se sentem diante da presbifagia e que efeitos de ordem física e emocional são destacados como indicadores de intervenção e tratamento, podendo ser instituídos para o alívio do sintoma de engasgar, conferido pelos clientes; **B)** implantar um Programa de Prevenção e Reabilitação Fonoaudiológica que considere a emoção na disfagia em clientes idosos saudáveis, atendidos em ambulatório especializado; **C)** caracterizar os efeitos das emoções sentidas pelos idosos diante da disfagia, apontando implicações e efeitos do programa implantado.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para um projeto de tese com a temática de disfagia em idosos, ou seja, engasgo em idosos. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de 3 questionários, 1 entrevista em grupo e/ou individual, avaliação clínica fonoaudiológica individual; bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: A entrevista será gravada em áudio. As fitas serão apreciadas por mim e por minha orientadora, e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados e destruídas após 5 (cinco) anos. A transcrição destes documentos poderá ser utilizada na produção de conhecimento da tese, artigos, capítulos de livros e palestras. Se você não quiser ser gravado em áudio, não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Poderá sentir o possível constrangimento/desconforto na avaliação clínica fonoaudiológica orofacial (face e boca) e cervical (região do pescoço e ombros), principalmente na cavidade intra oral e respectivas sensibilidades destas áreas.

BENEFÍCIOS: Os procedimentos descritos acima ajudarão a produzir dados sobre a temática de disfagia (dificuldade em engolir/ engasgos) em idosos, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você

fornecerá mais informações sobre a relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário e protocolo a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu – Doutorado em Enfermagem e Biociências, sendo a aluna Lijamar de Souza Bastos a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^aDraNébia Maria de Almeida Figueiredo. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte as pesquisadoras nos telefones 21 25426121 (Fábrica de Cuidados – UniRIO); 24 999558546 (Lijamar), e-mail: lijamar.bastos@ig.com.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP- HUGG situado na Rua Mariz e Barros, 775, 2º andar (Prédio da Direção), bairro Tijuca – Rio de Janeiro - RJ; telefone: 21 22645177; FAX: 21 22645366; e-mail: cephugg@gmail.com; horário de atendimento: segunda a sexta-feira de 8:30 as 12 horas. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade. Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____ Data: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura
(Pesquisador): _____

Nome: _____ Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

APÊNDICE C - SOBRE A DEGLUTIÇÃO: DADOS BRUTOS NA DESCRIÇÃO DAS ALTERAÇÕES DE DEGLUTIÇÃO

- 1- Não.
- 2- Já engasguei, não engasgo mais.
- 3- Não engasgo.
- 4- Engasgo.
- 5- Não.
- 6- Já engasguei, é muito ruim.
- 7- Não, é muito raro.
- 8- Não.
- 9- Não engasgo.
- 10- Sim, engasgo.
- 11- Não.
- 12- As vezes engasgo.
- 13- Engasgo com saliva.
- 14- Sou muito difícil de engasgar, as vezes com café, leite e pão.
- 15- Engulo e parece que não quer descer, as vezes.
- 16- As vezes engasgo.
- 17- As vezes engasgo.
- 18- As vezes entalo com arroz, farofa, peito de frango sempre, deixo líquido do lado, e dói muito para descer, só com peito de frango.
- 19- Tenho engasgado conversando, boca seca, tenho que beber alguma coisa pra melhorar.
- 20- Sem engasgos.
- 21- Estava engasgando com muita frequência, mas melhorou.
- 22- Tenho pigarro há muitos anos. Alergia, sempre com coriza, principalmente quando almoça, as vezes engasgo com a saliva.
- 23- Sem engasgo, sinto a garganta ressecada.

- 24- Engasgo com a saliva, tosse e espirros.
- 25- Sou muito estressada e agitada, como rápido e tenho soluços durante a alimentação.
- 26- Já cochilei e engasguei, as vezes com saliva.
- 27- Parece que a minha garganta é um buraco aberto grande, tenho que beber devagar senão engasgo. As vezes o líquido sai pelo nariz.
- 28- As vezes engasgo.
- 29- Engasgo demais com saliva e água.
- 30- As vezes sinto um bolo na garganta.
- 31- Engasgo com qualquer coisa se não cair direito na garganta.
- 32- Vários engasgos, não é sempre, desde criança por causa da bronquite e refluxo, tosse.
- 33- Não.
- 34- De um tempo pra cá, engasgo.
- 35- Não.
- 36- Tenho pigarro, engasgo um pouco.
- 37- Engasgo muito com a saliva.
- 38- Engasgo um pouquinho.
- 39- Engasgo. *(mostrou exame endoscopia digestiva alta realizado em 26/12/14: esôfago tortuoso, gastrite, transição esôfago-gástrica situa-se 3,5 cm acima do pinçamento diafragmático).*
- 40- Engasgo com qualquer coisa, azia, problema no estômago, ronco muito.
- 41- Não.
- 42- Engasgo as vezes dormindo, tudo o que como espirro muito, tenho vergonha, sinto cansaço no peito quando vou comer.
- 43- Não.
- 44- Não.
- 45- Não. Tive uma gripe muito forte e continuo com tosse.
- 46- Já engasguei.
- 47- Não, por enquanto.

- 48- Engasgo muito com saliva e líquidos.
- 49- Agora estou engasgando com a saliva.
- 50- Não.
- 51- Nunca engasguei.
- 52- As vezes engasgo.
- 53- Engasgo demais, até com saliva, não sei se eu não sei respirar, engasgo com muita facilidade.
- 54- Antes engasgava muito porque comia muito rápido. Agora é menos.
- 55- Engasgo com saliva.
- 56- Não.
- 57- Não.
- 58- As vezes, raro.
- 59- Não.
- 60- Não tenho dificuldade, não gosto da minha voz.
- 61- Só tosse, sem comida.
- 62- Engasgo se comer depressa, sinto dor, agarra.
- 63- Engasgo muito, tenho refluxo, minha filha briga muito porque acha que é manha minha. Daí eu falo que deixa quando ela ficar velha.
- 64- As vezes engasgo. Sinto a voz baixa, não consigo mais cantar.
- 65- Não, muito difícil engasgar.
- 66- Aquele troço de engasgar, tive muito tempo a bronquite, tosse seca.
- 67- Não. Se colocar uma porção bem grande engasgo, agarra, tem que ser porção pequena na boca.
- 68- Não. Sinto incômodo na garganta do lado direito, estou procurando um médico.
- 69- Engasgo as vezes, mas engulo comprimido grande.
- 70- *Critério de exclusão – dados não computados.*
- 71- Não.
- 72- Não.

- 73- Engasgo.
- 74- Engasgo quando falo e como, as vezes tosse.
- 75- Sinto esquisito para engolir, garganta irritada.
- 76- Não.
- 77- Engasgo muito, pigarro, de boca fechada me falta o ar.
- 78- Não. Tenho refluxo.
- 79- As vezes engasgo com a saliva.
- 80- Não.
- 81- Não.
- 82- Engasgo com a saliva e tosse, pigarro.
- 83- Tenho pigarro, não fumo, não engasgo, engasgo com pigarro.
- 84- Tenho saliva presa ou catarro grosso. Não engasgo com comida.
- 85- Não.
- 86- As vezes engasgo, após o almoço tenho coriza e lágrimas.
- 87- Muito difícil engasgar.
- 88- As vezes fico engasgada.
- 89- Não.
- 90- Não.
- 91- *Critério de exclusão – dados não computados.*
- 92- Muitos engasgos.
- 93- Engasgo.

APÊNDICE D - DESCRIÇÃO DAS REAÇÕES VIVENCIADAS NO ENGASGO

- 04- Tenho a impressão que estou envelhecendo rápido.
- 06- Tento gritar para sair a voz, suava frio, chorei, não consegui dormir.
- 10- É tudo junto (os sentimentos), quero sair do sufoco, chamo São Longuinho com os braços para cima.
- 12- Eu levanto os braços e chamo alguém.
- 13- Sou nordestina e chamo São Brás que é o protetor da garganta, chamo o meu sobrinho e ele bate nas costas.
- 15- Me atrapalha a vida.
- 16- Acredito que seja normal engasgar.
- 17- Parece que fecha, tusso para desengasgar.
- 18- Quanto mais molhado (o peito de frango), aí não entala.
- 21- Fico irritada porque quero que passa e não passa.
- 22- Não tenho medo de nada, durmo sozinha no escuro, eu não me preocupo.
- 24- Depois do câncer (de mama), eu não me apavoro com nada, nem medo tenho, bebo água para passar.
- 26- Incomoda, atualmente tenho engasgado mais.
- 27- Engasguei e o feijão saiu pelo nariz, ardeu muito. Mas sou muito calma, até com bandido que veio me assaltar. Eu mostrei uma Nossa Senhora para ele e pedi que o protegesse, daí o bandido beijou a minha mão. Somos infelizes, eles por exemplo morrem cedo.
- 28- Sinto enjôo, daí espero um pouco.
- 29- Quero respirar e não posso, desce devagarzinho ou não desce, fico nervosa.

31- Parece que está fechando a garganta. Tive três engasgos grandes que custou a passar (com filé mignon e isca de fígado), fiquei sufocada, na hora “fico” com tudo (todos os sentimentos).

32- Senti falta de ar, parece que fecha a glote.

34- fico nervosa, sinto a comida parada.

36- É desagradável, tento bater nas costa ou peço para alguém bater.

37- fico sufocada, coloco os braços para o alto, sai secreção grossa, não sei o que é, já fui em médicos... não tinha ar, achava que ia morrer, parecia que tapava. Eu como com cuidado.

38- Quando a minha filha pica o agrião mais muidinho, daí eu não engasgo não.

39- Fiquei com medo de não respirar, quando ele custa a descer parece que prende a respiração, que sufoca.

42- Prende a respiração e depois solta, me dá agonia.

46- É chato, constrangedor dependendo de onde esteja. Eu engasgo na casa da minha mãe que tem 95 anos e aí todos param para me ajudar, é chato.

48- Para mim é normal, toda minha vida foi assim, quando criança já engasgava, meu irmão também. Meu pai nos dava um comprimido “fedorento”, era óleo de Santa Maria que em Minas era chamado de lombrigueiro, e eu engasgava.

49- Não fico apavorada.

52- Não foi engasgo “feio”, foi com água.

53- Tosse muito, as vezes prendo a respiração, tomo água, fico preocupada, muito preocupada porque meu marido morreu comendo melancia comigo e sentiu uma dor no peito, fui pegar um ASS e ele morreu.

54- Tive uma crise de sinusite e fiquei engasgada, tapou tudo, não saía, não subia, foi de madrugada, secou e saiu uma bola dura. Tenho medo de ter de novo porque fico em casa sozinha.

55- É normal, não esquento, não me preocupo com doença porque daí não morro tão rápido.

62- É muito complicado, sinto dor se comer rápido. Fico sem respirar, não consigo engolir nada, é muito ruim, tenho que comer devagar, mas as vezes eu esqueço, com fome enfio a comida na boca. Lembro da minha mãe porque ela reclamava, chorava quando ela comia, ela sentia isso. Não consigo botar para fora, é muito ruim.

63- Sinto agonia, gosto ruim, é muito ruim engasgar. Mas o que eu vou fazer, eu não morro! Sem a dentadura eu fico sem ar.

64- Eu sinto uma bola na garganta quando engulo saliva.

69- Não sinto nada, é rápido, parece que o farelo saiu do lugar.

73- Tusso e boto pra fora.

74- Engasgo quando estou falo e como ao mesmo tempo, mas passa.

77- Eu tusso e passa, dá cansaço por causa do pigarro.

86- Quando engasgo, vou ao banheiro para cuspir e depois melhora.

88- Fico quietinha, dou o meu jeito, nem falo, ninguém sabe.

92- Penso que vou morrer, falta o ar. Acho que tem a ver com o emocional, como passo pela coisa, se estou tranquila é tudo melhor. Levanto os braços.

93- O alimento fica preso, bebo água e ele desce.

ANEXOS

ANEXO A-PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PRELIMINAR – PAP (MANGILI; MORAES; MEDEIROS, 2012)

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PRELIMINAR (PAP)

Data: ____/____/____	
Exame geral SV (linha de base): FC:____ ER:____ SpO ₂ :____ PA:____ Escala Rancho los Amigos: ____ Glasgow: ____ (S/N) Consciente (S/N) Orientado (S/N) Confuso (S/N) Atento (S/N) Alerta (S/N) Coopera (S/N) Iniciativa comunicativa (S/N) Compreende ordens simples Comunicação: () oral () articulação áfona () escrita () gestos () ausente (S/N) Desconforto físico _____	Respiração Repouso: () eupneico () dispneico () taquipneico () bradipneico Modo: () oral () nasal () oronasal () traqueal Ventilação: () espontânea ____ h/dia () V/M ____ h/dia () VNI ____ h/dia Dependência de O₂: () a.a. () CN () másc. Fac. () masc. Traq. ____ l/min Sinais de fadiga respiratória: (S/N) _____ Ausulta brônquica: () broncospasmo () sibilo () ronco () normal
Fala Inteligibilidade de fala: () adequada () alterada () ausente Prosódia: () normal () alterada Diadococinesia: () normal () alterada Disfluências: () Pausas maiores do que 2s () Repetição de sílabas () Falsos inícios de fala () Esboços articulatorios repetitivos () Trocas fonêmicas () Trocas fonêmicas com distorção () Outras distorções presentes em vogais e/ou consoantes	Voz Loudness: () adequado () fraco () forte Pitch: () adequado () agudo () grave Escala GRBASI: () grau geral () rugosidade () soprosidade (0-1-2-3) () astenia () tensão () instabilidade Voz molhada: (S/N) Hipernasalidade: (S/N) CPFA: () adequada () alterada

Avaliação orofacial e cervical	
1. Face <i>Aparência no repouso:</i> () simétrica () assimétrica <i>Mobilidade:</i> () adequada () paralisia () paresia () 1/3 superior D/E () 1/3 superior D/E () 1/3 médio D/E () 1/3 médio D/E () 1/3 inferior D/E () 1/3 inferior D/E 2. Lábios <i>Aparência no repouso:</i> () oclusão () entreabertos () normal () hipofuncionante () hiperfuncionante <i>Força:</i> () adequada () reduzida () aumentada <i>Mobilidade:</i> (S/I) adequada (S/I) incoordenação	4. Língua <i>Aparência no repouso:</i> () normal () hipofuncionante () hiperfuncionante <i>Força:</i> () adequada () reduzida () aumentada <i>Mobilidade:</i> () adequada () reduzida () incoordenação () tremor () desvio D/E () não consegue () fasciculações <i>Sensibilidade:</i> () adequada () alterada <i>Lesão:</i> () S () L () não 5. Palato mole <i>Repouso:</i> () simétrico () queda D/E <i>Elevação:</i> () normal () alterada D/E <i>Sensibilidade:</i> () adequada () alterada 6. Mandíbula <i>Abertura:</i> () adequada () reduzida () trismo () estalo

(S/I) tremor (S/I) desvio D/E (S/I) não consegue (S/I) reduzida <i>Sensibilidade:</i> (S/I) adequada (S/I) alterada <i>Lesão:</i> () S () I () não 3. Bochechas <i>Aparência no repouso:</i> () simétricas () assimétricas () normal () hipofuncionante () hiperfuncionante <i>Força:</i> () adequada () reduzida () aumentada <i>Mobilidade:</i> () adequada () incoordenação () tremor () desvio D/E () não consegue () reduzida <i>Sensibilidade:</i> (D/E) adequada (D/E) alterada <i>Lesão em mucosa jugal:</i> () D () E () não	() desvio D/E <i>Distância interincisal:</i> _____ mm 7. Dentição <i>Dentição:</i> () completa (S/I) incompleta (S/I) ausente Estado de conservação: () bom () ruim () ausente <i>Prótese dentária:</i> () S () N () total S/I () parcial S/I *Presente no momento da avaliação: () S () N *Adaptação: () adequada () inadequada () ausente
---	--

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA PRELIMINAR - PAP
(MANGILI; MORAES; MEDEIROS, 2012)**

8. Região cervical <i>Aparência da musculatura no repouso:</i> () normal () hipofuncionante () hiperfuncionante () desvio D/E () queda D/E <i>Mobilidade:</i> () adequada () incoordenação () instabilidade/tremor () reduzida () não consegue <i>Observações</i> () colar cervical () fixação cirúrgica () outros _____ 9. Laringe <i>Elevação durante a deglutição de saliva:</i> () adequada () reduzida () ensaio () ausente	10. Reflexos <i>Gag:</i> () normal D/E () diminuído D/E () anteriorizado D/E () ausente D/E <i>Tosse: reflexa:</i> () forte () seca () eficaz () fraca () produtiva () ineficaz () não observada <i>sob comando:</i> () forte () seca () eficaz () fraca () produtiva () ineficaz () ausente <i>Deglutição:</i> () presente () ausente () atrasada <i>Patoidgicos:</i> () ausentes () presentes _____ 11. Saliva () adequada () xerostomia () sialorreia () escape extraoral () acúmulo _____
---	--

ANEXO B -PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DISFAGIA – PARD (PADOVANI *et al*, 2012)

Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD)

Teste de Deglutição de Água				
Sinais vitais prévios à oferta: FC: _____bpm (60 a 100bpm) FR: _____rpm (12 a 20rpm) SPO2: _____% (>95%)				
Escape oral anterior	ausência 1, 2, 3, 4, 5ml		Presença 1, 2, 3, 4, 5ml	
Tempo de trânsito oral	Adequado 1, 2, 3, 4, 5ml		Lento 1, 2, 3, 4, 5ml	
Refluxo nasal	Ausência 1, 2, 3, 4, 5ml		Presença 1, 2, 3, 4, 5ml	
Número de deglutições	Única 1, 2, 3, 4, 5ml		múltiplas 1, 2, 3, 4, 5ml	Ausente 1, 2, 3, 4, 5ml
Elevação laríngea	Adequada 1, 2, 3, 4, 5ml		reduzida 1, 2, 3, 4, 5ml	Ausente 1, 2, 3, 4, 5ml
Ausculta cervical	Adequada 1, 2, 3, 4, 5ml		alterada antes e após 1, 2, 3, 4, 5ml	alterada após a deglutição 1, 2, 3, 4, 5ml
Saturação de oxigênio	linha de base _____% 1, 2, 3, 4, 5ml		queda _____ p/ _____% 1, 2, 3, 4, 5ml	
Qualidade vocal	Adequada 1, 2, 3, 4, 5ml	disfonia/afonia 1, 2, 3, 4, 5ml	voz molhada clareamento espontâneo 1, 2, 3, 4, 5ml	voz molhada com clareamento voluntário 1, 2, 3, 4, 5ml
Tosse	Ausência 1, 2, 3, 4, 5ml	presença: voluntária 1, 2, 3, 4, 5ml reflexa 1, 2, 3, 4, 5ml	presença: forte 1, 2, 3, 4, 5ml fraca 1, 2, 3, 4, 5ml	presença: antes 1, 2, 3, 4, 5ml durante 1, 2, 3, 4, 5ml após 1, 2, 3, 4, 5ml
Engasgo	Ausência 1, 2, 3, 4, 5ml		presença: rápida recuperação 1, 2, 3, 4, 5ml	presença: recuperação com dificuldade 1, 2, 3, 4, 5ml
Outros sinais	Cianose 1, 2, 3, 4, 5ml		broncospasmo 1, 2, 3, 4, 5ml	alteração dos sinais vitais FC 1, 2, 3, 4, 5ml FR 1, 2, 3, 4, 5ml

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DISFAGIA – PARD
(PADOVANI *et al*, 2012)**

Teste de Deglutição de Alimento Pastoso (3, 5 e 10ml)			
Escape oral anterior	3, 5, 10 ausência 3, 5, 10 presença	Refluxo nasal	3, 5, 10 ausência 3, 5, 10 presença
Tempo de trânsito oral	3, 5, 10 adequado 3, 5, 10 lento	Resíduo na cavidade oral	3, 5, 10 ausência 3, 5, 10 presença
Deglutição	3, 5, 10 única 3, 5, 10 múltiplas 3, 5, 10 ausente	Engasgo	3, 5, 10 ausência presença: 3, 5, 10 rápida recuperação 3, 5, 10 recuperação com dificuldade
Tosse	3, 5, 10 ausência presença: 3, 5, 10 voluntária 3, 5, 10 reflexa 3, 5, 10 fraca 3, 5, 10 forte 3, 5, 10 antes 3, 5, 10 durante 3, 5, 10 após	Qualidade vocal	3, 5, 10 adequada 3, 5, 10 disфония/afonia 3, 5, 10 voz molhada com clareamento espontâneo 3, 5, 10 voz molhada com clareamento voluntário
Elevação laríngea	3, 5, 10 adequada 3, 5, 10 diminuída 3, 5, 10 ausente	Ausulta cervical	3, 5, 10 adequada 3, 5, 10 alterada antes e após a deglutição 3, 5, 10 alterada após a deglutição
Saturação de oxigênio	3, 5, 10 ausência 3, 5, 10 presença	Outros sinais	3, 5, 10 cianose 3, 5, 10 broncopasmo alteração dos sinais vitais: 3, 5, 10 FC 3, 5, 10 RC

Nível	Classificação
I	() Deglutição NORMAL
II	() Deglutição FUNCIONAL
III	() Disfagia orofaríngea LEVE
IV	() Disfagia orofaríngea LEVE A MODERADA
V	() Disfagia orofaríngea MODERADA
VI	() Disfagia orofaríngea MODERADA A GRAVE
VII	() Disfagia orofaríngea GRAVE
Conduta:	() Via alternativa de alimentação () Terapia fonoaudiológica () Alimentação via oral assistida pelo fonoaudiólogo
FONOAUDIÓLOGO:	
CRFA:	

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP HUGG

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFREE E GUINLE/HUGG/UNIRIO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DISFAGIA EM IDOSOS E OS AGENCIAMENTOS CORPORAL/EMOCIONAL: efeitos da implantação de um programa de prevenção e reabilitação

Pesquisador: Lijamar de Souza Bastos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41471214.3.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.084.252

Data da Relatoria: 28/05/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto previamente apresentado que gerou pendência quanto a realização de exame radiológico que o Hospital Gaffrée e Guinle não possui. O projeto foi refeito com a retirada do exame radiológico, e modificação do TCLE.

Objetivo da Pesquisa: já avaliado

Avaliação dos Riscos e Benefícios: já avaliado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Pendências respondidas e resolvidas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE foi modificando retirando a necessidade de realização de exame de videofluoroscopia. Atende as normas da CONEP.

Recomendações: Não há

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775 - **Bairro:** Tijuca CEP: 22.270-004
(21)1264-5317 **E-mail:** cephugg@gmail.com

Telefone:

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Fax: (21)1264-5177

Página 01 de 02

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFREE E GUINLE/HUGG/UNIRIO

Continuação do Parecer: 1.084.252

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Aprovado

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP: Aprovado

RIO DE JANEIRO, 28 de Maio de 2015

Assinado por: Pedro Eder Portari Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775 - **Bairro:** Tijuca CEP: 22.270-004
(21)1264-5317 **E-mail:** cephugg@gmail.com

Telefone:

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Fax: (21)1264-5177

Página 02 de 02

ANEXO D - Autorização do CEMPE



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

AUTORIZAÇÃO

De acordo com as normas vigentes do Conselho de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, autorizo a Fonoaudióloga Lijamar de Souza Bastos, a realizar no Centro Multidisciplinar de Pesquisa e Extensão sobre o Envelhecimento/Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso-Grupo Renascer, a pesquisa intitulada, "**Disfagia em Idosos e os Agenciamentos Corporal/Emocional: efeitos da implantação de um programa fonoaudiológico de prevenção e reabilitação**"

Rio de Janeiro, 18 de junho de 2015

Maria Lucia Carneiro dos Rios Ferreira

Maria Lucia Carneiro dos Rios Ferreira
Coordenadora



Grupo Renascer

M^{te} Lucia C. dos Rios Ferreira
Nutricionista / 2049 CRN
CPF 800.327.097-87
Mat. STAF-E 308419
UNIRIO