

Alimentação e Comunicação: Vídeo para Orientação de Cuidadores de Idosos

Food and Communication: Video for Guiding Elderly Caregivers

Divany Guedes Pereira da Cunha¹
Larissa Nadjara Alves Almeida²
Renata Maria Mota Wanderley³
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt⁴
Giorvan Anderson dos Santos Alves⁵
Ana Karênina de Freitas J. do Amaral⁶
Roberta Gouveia da Silva Bezerra⁷

RESUMO

Objetivo: Analisar o conhecimento dos cuidadores formais com relação aos aspectos da alimentação e da comunicação com a pessoa idosa e elaborar um vídeo com orientações para o cuidador formal. **Metodologia:** Pesquisa realizada em instituições de longa permanência para idosos no Município de João Pessoa, Paraíba. Tornaram-se participantes 34 cuidadores de idosos. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário construído a partir das explicações da literatura sobre disfagia, linguagem e cognição. Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva por meio da frequência absoluta, percentual e do teste de proporções. Foi elaborado o *script* do vídeo e as cenas avaliadas por 6 juízes. Todos concordaram com as cenas de forma unânime, sendo então o vídeo considerado confiável. Os juízes realizaram sugestões nas cenas e as mesmas foram analisadas por meio da estatística descritiva. Em seguida, foi realizada a edição do vídeo. **Resultados:** Os cuidadores não têm conhecimento das dificuldades de fala, audição, cognição do idoso e das estratégias que facilitam essas funções. Também, não mostram conhecer as dificuldades de alimentação dos idosos, embora realizem estratégias facilitadoras. Como produto final foi elaborado um vídeo de orientação ao profissional cuidador. **Conclusão:** Ressalta-se a importância do vídeo para orientações com relação a alimentação e a comunicação, propiciando melhora na qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada.

DESCRIPTORIOS

Idoso. Fonoaudiologia. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Disfagia. Linguagem. Cuidadores.

ABSTRACT

Objective: To analyze the knowledge of formal caregivers regarding aspects of eating and communication of the elderly and to elaborate a video with guidelines for the formal caregiver. **Methodology:** Methodological research conducted in long-term care facilities for the elderly in the city of João Pessoa, Paraíba. 34 elderly caregivers became participants. The instrument used for data collection was a questionnaire built from the literature explanations on dysphagia, language and cognition. Data analysis was performed using descriptive statistics through the absolute frequency, percentage and the proportions test. The script of the video was elaborated and the scenes evaluated by 6 judges. Everyone agreed with the scenes unanimously, so the video was considered reliable. The judges made suggestions in the scenes and they were analyzed using descriptive statistics. Then, the video was edited. **Results:** Caregivers are unaware of the difficulties in speech, hearing, and cognition of the elderly and the strategies that facilitate these functions. They also do not show knowledge of the feeding difficulties of the elderly although they perform facilitating strategies. As a final product, a guidance video was prepared for the professional caregiver. **Conclusion:** We emphasize the importance of the video for guidance regarding food and communication, providing improvement in the quality of life of the institutionalized elderly.

DESCRIPTORS

Elderly. Speech Therapy. Long Stay Institution for the Elderly. Dysphagia. Language. Caregivers.

- 1- Doutoranda, Fonoaudióloga, Programa de Pós-Graduação em Linguística/ Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Paraíba (PB), Brasil.
- 2- Doutoranda, Fonoaudióloga, Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em saúde, Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, (PB), Brasil.
- 3- Mestra, Enfermeira, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Paraíba (PB), Brasil.
- 4- Doutora, Enfermeira, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB) Brasil.
- 5- Professor Doutor, Fonoaudiólogo, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, (PB), Brasil.
- 6- Professora Doutora, Fonoaudióloga, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB) Brasil.
- 7- Especialista em Saúde pública, Enfermeira, faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, Campina Grande (PB), Brasil.

O processo de envelhecimento não é uma doença, mas uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, intelectuais e, ainda, na própria comunicação¹. Associadas ao processo fisiológico de envelhecimento do ser humano existem patologias que, coadjuvadamente a esse processo, ocasionam limitações e incapacidade em diversas áreas: movimento, comunicação, alimentação e cognição.

As transformações ocorridas na sociedade como a inserção da mulher no mercado de trabalho e o número menor de filhos vem provocando mudanças nas atribuições do cuidar da pessoa idosa, que deixam de ser exclusivas da esfera familiar². Uma opção para o cuidado do idoso consiste na sua inserção nas instituições de longa permanência. Estas instituições são compreendidas como residências coletivas, que atendem tanto aos idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados³.

O cuidador de idoso é um profissional formal, regulamentado pela Lei nº. 4702/2012, que integra a Classificação Brasileira de Ocupações-CBO sob código 516. Define-se o cuidador como alguém que baseado nos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, cuida do idoso, zelando pelo seu bem-estar, saúde,

alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer⁴.

Ressalta-se a importância dos cuidados adequados com relação à alimentação e à comunicação do idoso, uma vez que essas funções tornam-se deficitárias com o processo de envelhecimento. E o cuidador formal tem importante função, tanto na identificação dos sinais dos distúrbios da deglutição e da comunicação, como também na realização de estratégias adequadas que facilitem o processo de alimentação e comunicação.

O interesse para este estudo surgiu a partir das seguintes questões norteadoras: os cuidadores de idosos das instituições de longa permanência têm conhecimento das dificuldades de alimentação e de comunicação dos idosos? Esses profissionais realizam estratégias que favorecem a alimentação e a comunicação? O objetivo desse estudo, foi, portanto, analisar o conhecimento dos cuidadores formais com relação aos aspectos da alimentação e da comunicação da pessoa idosa e elaborar um vídeo com orientações para o cuidador formal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo metodológica, realizada nas instituições filantrópicas de longa permanência de idosos no município de João Pessoa, Paraíba. Inicialmente, foram realizadas visitas às instituições e explicitada a proposta da pesquisa. Quatro instituições aceitaram participar e emitiram o termo de anuência e autorização.

O projeto foi submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro

de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aprovado, sob o parecer nº 2.190.15, de 27 de julho de 2017, CAAE: 67103917.6.0000.5188.

A coleta de dados foi realizada nas instituições de longa permanência, no mês de julho de 2017 e a amostra correspondeu a população, sendo composta por todos os cuidadores de idosos das instituições: instituição "A" (10 cuidadores), "B" (8 cuidadores), "C" (6 cuidadores), "D" (10 cuidadores), totalizando 34 cuidadores formais de idosos. Os critérios de inclusão da amostra foram: cuidadores de idosos que trabalhassem em instituições de longa permanência, tendo realizado ou não o curso de cuidador, de ambos os sexos.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário. O mesmo foi construído a partir das explicações da literatura sobre disfagia, linguagem e cognição referidas pelos autores⁵⁻¹¹.

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, por meio da frequência absoluta e o percentual e realizado o teste de proporções objetivando enfatizar os dados mais relevantes. Após essa análise foi elaborado o *script* do vídeo, no qual são encontradas as seguintes cenas: 1. dificuldade de comunicação dos idosos; 2. estratégias que facilitam a comunicação dos idosos; 3. dificuldade de alimentação; 4. práticas alimentares e manobra de *Heimlich*. As referidas cenas tiveram como objetivos, respectivamente: esclarecer ao cuidador as dificuldades de comunicação dos idosos, explicar as estratégias que eles devem utilizar para facilitar a comunicação com o idoso, explicitar os sinais e sintomas da disfagia e a relação entre a deglutição e

diferentes consistências alimentares, demonstrar as práticas alimentares aos cuidadores e ensinar a manobra que deve ser realizada no momento do engasgo.

As cenas foram avaliadas por 6 juízes especialistas da área (fonoaudiólogos docentes e mestres que atuam nas áreas de disfagia e linguagem) por meio de um *check list* com as opções: concordo, não concordo e não se aplica. Esta parte da coleta foi realizada no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018.

Em seguida foi realizada a análise estatística descritiva (frequência absoluta e percentual) das sugestões dos juízes, todas relatadas no *check list*. O conteúdo das sugestões também foi analisado e incluído quando julgado pertinente. Após esta etapa foi editado o vídeo utilizando recursos visuais, auditivos e de animação gráfica.

RESULTADOS

A maior parte dos cuidadores que participaram do estudo são do sexo feminino (n=24), com nível de escolaridade de ensino médio completo (n=10), que passaram por capacitação (n=25). O curso técnico profissional ressaltado pelos cuidadores foi o técnico em enfermagem (n=5) e os cursos de nível superior completo (n=3) foram licenciatura em biologia, fisioterapia e o outro participante não especificou a profissão.

As Tabelas de 1 a 4 apresentam a distribuição dos cuidadores em relação à sua opinião sobre as dificuldades de comunicação, frequência de ajuda para comunicação, dificuldades de alimentação e atitudes para melhorar a alimentação dos idosos. A Tabela

Tabela 1. Distribuição dos cuidadores segundo a sua opinião sobre as dificuldades de comunicação apresentadas pelos idosos. João Pessoa, Paraíba, 2017

Variáveis	Respostas dos Cuidadores n=34				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Ausência de fala	6	17,6	28	82,4	0,0001*
Fala com dificuldade	12	35,3	22	64,7	0,086
Fala sem sentido	13	38,2	21	61,8	0,170
Esquece o que falou	17	50,0	17	50,0	1,000
Repete a fala várias vezes	17	50,0	17	50,0	1,000
Dificuldade para ouvir	16	47,1	18	52,9	0,732
Dificuldade de compreensão	10	29,4	24	70,6	0,016*
Dificuldade de memória	7	20,6	27	79,4	0,001*
Repete mesma história	9	26,5	25	73,5	0,006*
Se isola pois não apresenta intenção Comunicativa	2	5,9	32	94,1	0,0001*

Teste para proporções; *Valores significativos $p < 0,05$; Fonte: João Pessoa, 2017

Tabela 2. Distribuição dos cuidadores segundo a ajuda relatada na comunicação dos idosos. João Pessoa, Paraíba, 2017

Variáveis	Respostas dos Cuidadores n=34				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Ignora dificuldades de fala	3	8,8	31	91,2	0,0001*
Corrige os erros de fala do idoso ensinando modelo correto	13	38,2	21	61,8	0,170
Tenta adivinhar o que o idoso quer dizer	22	64,7	12	35,3	0,086
No momento da dificuldade interrompe o idoso e pede para ele recomeçar	9	26,5	25	73,5	0,006*
Fala com o idoso de forma explicada e de frente para ele	14	41,2	20	58,8	0,303
Ajuda a lembrar de fatos	12	38,2	21	61,8	0,170

Teste para proporções; *Valores significativos $p < 0,05$; Fonte: João Pessoa, 2017

Tabela 3. Distribuição dos cuidadores segundo a sua opinião sobre as maiores dificuldades de alimentação encontradas nos idosos. João Pessoa, Paraíba, 2017

Variáveis	Respostas dos Cuidadores n=34				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Demora muito para mastigar alimentos	17	50,0	17	50,0	1,000
Dificuldade para engolir líquidos	7	20,6	27	79,4	0,001*
Dificuldade para engolir pastoso	3	8,8	31	91,2	0,0001*
Dificuldade para engolir sólido	8	23,5	26	76,5	0,002*
Engasgos frequentes	19	55,9	15	44,1	0,493
Tosse	8	23,5	26	76,5	0,002*
Alteração do paladar	10	29,4	24	70,6	0,016*
Tempo de alimentação aumentado	14	41,2	20	58,8	0,303

Teste para proporções; *Valores significativos $p < 0,05$; Fonte: João Pessoa, 2017

Tabela 4. Distribuição dos cuidadores segundo as suas atitudes para melhorar a alimentação do idoso. João Pessoa, Paraíba, 2017

Variáveis	Respostas dos Cuidadores n=34				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Posiciona o idoso sentado	23	67,6	11	32,4	0,040*
Coloca pouco alimento na colher	19	55,9	15	44,1	0,493
Pede para o idoso mastigar bem	21	61,8	13	38,2	0,170
Oferece alimento junto com líquido	7	20,6	27	79,4	0,001*
Oferece alimento machucado	13	38,2	21	61,8	0,170
No momento do engasgo realiza estratégia para ajudar	7	20,6	27	79,4	0,001*

Teste para proporções; *Valores significativos $p < 0,05$; Fonte: João Pessoa, 2017

5 apresenta a distribuição dos juízes segundo as suas sugestões para as cenas do vídeo por meio do *script*.

Com relação aos profissionais que cuidam dos idosos a maioria dos cuidadores

referiram os seguintes profissionais: médico (n=29), enfermeiro (n=32), psicólogo (n=26) e fisioterapeuta (n=26).

A seguir seguem figuras representando as cenas do vídeo:

Tabela 5. Distribuição dos juízes em relação às cenas do vídeo com orientações para o cuidador formal por meio do script. João Pessoa, Paraíba, 2017

Variáveis	Sugestões n=6			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Cena 1	1	16,7	5	83,3
Cena 2	2	33,3	4	66,7
Cena 3	3	50,0	3	50,0
Cena 4	3	50,0	3	50,0
Cena 5	1	16,7	5	83,3

Fonte: João Pessoa, 2017

Figura 1. Dificuldade de comunicação dos idosos



Figura 2. Estratégias que facilitam a comunicação dos idosos



Figura 2. Estratégias que facilitam a comunicação dos idosos



Figura 4. Práticas alimentares

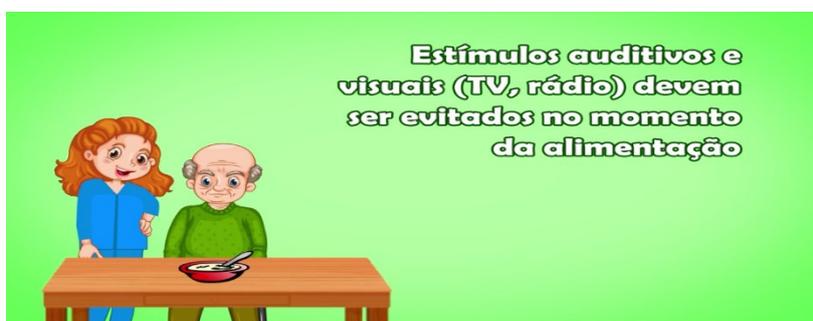
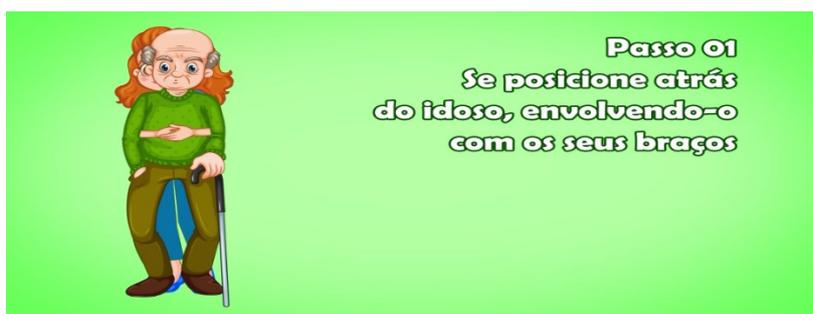


Figura 5. Manobra Heimlich.



DISCUSSÃO

A profissão de cuidador de idoso é regulamentada pela Lei nº. 4702/2012 que ressalta que ele deve ter mais de 18 anos,

ensino fundamental completo com aproveitamento, curso de formação de cuidador de pessoa idosa, de natureza presencial ou semipresencial, conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público federal,

estadual ou municipal competente. Inicialmente, foram dispensados da exigência de curso de formação aqueles cuidadores de idosos que estivessem exercendo a função há, no mínimo, dois anos antes da lei entrar em vigor. Esses cuidadores tiveram o prazo de cinco anos para concluir um curso de formação ou programa de certificação de saberes reconhecido pelo Ministério da Educação¹².

Percebe-se que os cuidadores das instituições de longa permanência de idosos do Município de João Pessoa possuem nível de escolaridade superior à exigida pela lei que regulamenta a profissão, como também, a maioria desses profissionais já possui o curso de capacitação para o exercício da função de cuidador.

De acordo com a Tabela 1, os cuidadores relataram que os idosos não apresentam dificuldade de compreensão, memória, perseveração (repetição da mesma história) e não apresentam dificuldade de socialização. A maioria também referiu inexistência de dificuldade de fala e de audição. Tais aspectos não estão de acordo com as explicações da literatura, estudos e pesquisas científicas identificadas.

Alguns estudos nas últimas décadas comprovam a hipótese de que o avanço da idade apresenta uma relação direta na deterioração da linguagem, afetando o vocabulário, a sintaxe e a organização do discurso¹⁰. Uma recente investigação realizada em uma instituição de longa permanência na Cidade de Ponta Grossa/Paraná mostrou que a fala, a audição e a deglutição são os principais distúrbios fonoaudiológicos encontrados nos idosos¹³.

A comunicação também pode ser

prejudicada pelo déficit auditivo em virtude da presbiacusia. Esse desgaste fisiológico consiste em uma doença multifatorial caracterizada pela perda progressiva da audição em ambos os ouvidos ao longo da vida e que interfere na comunicação, no desempenho social e na autoestima. Acredita-se que a hereditariedade e a exposição crônica aos ruídos altos são fatores que contribuem para a referida perda de audição¹⁴. Em virtude da falta de conhecimento do cuidador de idoso com relação aos aspectos da comunicação e do envelhecimento elaborou-se uma cena que abordasse tais aspectos. A cena 1, nomeada de “Dificuldade de comunicação dos idosos” tem como objetivo esclarecer ao cuidador as principais dificuldades de comunicação da pessoa idosa.

Diante das dificuldades na linguagem da pessoa idosa percebe-se que o cuidador realiza algumas estratégias que facilitam a comunicação: não ignora as dificuldades de fala, não interrompe o idoso no momento da dificuldade e não corrige erros. Entretanto, é importante ressaltar que ele também utiliza-se de estratégias que não favorecem a comunicação: adivinhar o conteúdo de fala, não falar com idoso de forma explicada e de frente para ele, como também não o ajudar a lembrar-se dos fatos (Tabela 2).

O cuidador pode utilizar as seguintes estratégias para os idosos com transtorno de linguagem: reduzir frases, criar técnicas alternativas de comunicação pelo uso de figuras e desenhos, repetir palavras que expressem o mesmo sentido; procurar não discutir ou convencer o idoso não partindo para conversas mais complexas e de difícil entendimento ou seja, falar de forma simples e clara⁷. Baseado

na literatura pertinente, elaborou-se a cena 2 “Estratégias que facilitam a comunicação” com o objetivo de explanar as estratégias que eles devem utilizar para facilitar a comunicação com o idoso. É importante explicitar que o cuidador tem importante função na identificação dos distúrbios de comunicação como também na estimulação da linguagem oral possibilitando melhora na comunicação, independência e socialização da pessoa idosa.

Com base na Tabela 3, constatou-se que os cuidadores de idosos não têm conhecimento dos seguintes aspectos: relação existente entre deglutição e as diferentes consistências alimentares, sinais e sintomas da disfagia e alterações no paladar. A consistência sólida pode ser prejudicada em virtude da diminuição de tônus e força muscular, ausência dos dentes e próteses dentárias mal adaptadas e que interferem diretamente na mastigação. A dificuldade no processo de coesão do bolo alimentar também impossibilita a deglutição eficiente¹⁵. As consistências pastosas são mais seguras pois são mais fáceis de serem controladas na cavidade oral do que as líquidas¹¹. A consistência líquida é mais propensa à penetração laríngea desde adultos saudáveis até os indivíduos com alteração neurológica e os idosos com e sem disfagia⁶.

É importante ressaltar que o profissional fonoaudiólogo é responsável pela indicação da melhor consistência para cada caso, mediante avaliação fonoaudiológica. A prática de utilizar “apenas” o pastoso em virtude da facilidade de controle oral deve ser evitada visto que pode comprometer a nutrição do idoso e privar da possibilidade da vivência de outras consistências. Portanto,

o fonoaudiólogo deve fazer parte da equipe multiprofissional nas instituições de longa permanência promovendo a melhora nas funções estomatognáticas (mastigação/deglutição) e conseqüentemente, na qualidade de vida da pessoa idosa.

Nesta pesquisa, os cuidadores referiram que a tosse e o tempo aumentado de alimentação não são considerados sinais da disfagia. A literatura refere os principais sinais e sintomas da disfagia como: diminuição no controle de língua, fraqueza da musculatura facial, aumento no tempo de mastigação e de alimentação, dificuldade para o consumo de consistências alimentares, saída de alimento pelo nariz ou boca, presença de tosse, engasgos e pneumonias recorrentes⁵. É importante ressaltar que muitas vezes nas instituições de longa permanência a identificação da disfagia acontece quando o idoso está em uma fase avançada apresentando recusa alimentar e a perda de peso¹⁶.

Os participantes da pesquisa demonstraram não ter conhecimento das alterações do paladar associado ao envelhecimento. Estudos mostram que as alterações de sensibilidade gustativa permeiam o processo de envelhecimento com impacto potencial sobre o estado nutricional do idoso¹⁷. Investigação realizada com 13 adultos e 33 idosos residentes de três instituições de longa permanência concordou com as alterações de sensibilidade visto que os idosos tiveram a percepção do sabor reduzida, quando comparado aos adultos, na solução de ácido cítrico¹⁸. Em virtude dos cuidadores não terem conhecimento das dificuldades de alimentação associada ao envelhecimento elaborou-se a cena 3 “Dificuldades de alimentação” com objetivo

de esclarecer ao cuidador o conceito de disfagia, seus sinais e sintomas como também a relação entre deglutição e diferentes consistências alimentares.

Com relação à Tabela 4, a maioria dos cuidadores realiza as seguintes estratégias: coloca pouco alimento na colher (n=19; 55,9%), solicita que a pessoa idosa mastigue bem os alimentos para posterior deglutição (n=21; 61,8%) e não oferece o alimento machucado (n=21; 61,8%), sendo a manobra de *Heimlich* referida como também uma das condutas populares sem comprovação científica: “levantar os braços” e “bater nas costas”.

Os cuidadores de idosos tem importante função nas estratégias que facilitam a alimentação da pessoa idosa. A pesquisa mostrou que eles realizam estratégias, tais como: posicionar o idoso sentado durante a oferta dos alimentos, oferecer pouco alimento na colher, solicitar que o idoso mastigue bem e não oferecer duas consistências alimentares misturadas. A postura que o idoso deve ficar para se alimentar é sentado ou decúbito elevado a 80° ou 90°, caso esteja acamado. Deve-se mantê-lo sentado (ou leito elevado) por cerca de 30 minutos após as refeições⁷.

O volume oferecido deve ser definido após avaliação fonoaudiológica visto que dependerá do desempenho oral e faríngeo do idoso, existindo aqueles que apresentam melhora no padrão de deglutição com volume maior. A literatura refere que o volume irá variar de acordo com o desempenho do idoso, iniciando-se preferencialmente com pequenas quantidades¹¹.

Outra atitude do cuidador que facilita o processo de alimentação consiste na solicitação da mastigação, visto que muitos idosos

ficam com o bolo alimentar na cavidade oral e por dificuldades cognitivas esquecem de mastigar. Não oferecer duas consistências alimentares misturadas facilita o paladar, como também a dinâmica orofaríngea da deglutição, minimizando o risco de aspiração. Objetivando reforçar as práticas alimentares, portanto, foi elaborada a cena 4 “Práticas alimentares” com vistas a possibilitar uma alimentação segura e funcional.

Outra informação importante e significativa foi com relação a estratégia para ajudar no momento do engasgo, no qual a maioria referiu que não realiza. Destaca-se a manobra de *Heimlich* no salvamento de vidas, visto que desobstrui as vias aéreas acometidas por alimentos ou corpos estranhos. Tal manobra é explicitada “passo a passo” na cena 5 do vídeo.

Em virtude do processo de envelhecimento ocasionar alteração nas diversas funções vitais da pessoa idosa, ela necessita ser acompanhada por diversos profissionais para garantir saúde, qualidade de vida e socialização.

A pesquisa mostrou que os profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas são considerados os principais responsáveis pelo cuidado do idoso. Tal fato pode ser entendido pela falta de conhecimento dos cuidadores com relação as dificuldades de alimentação e comunicação do idoso e, consequentemente, desconsideração do papel do fonoaudiólogo no cuidado a pessoa idosa.

As referidas cenas foram avaliadas por juízes especialistas, por meio de um *script* anterior a editoração do vídeo. Os juízes concordaram com todas as cenas de forma unânime, tornando o *script* do vídeo confiável.

Alguns juízes realizaram sugestões e a Tabela 5 demonstra que as cenas relacionadas aos aspectos da alimentação (cena 3/ n=3 e cena 4/ n=3) foram as que tiveram maiores sugestões.

Tal fato pode ser justificado porque os juízes especialistas têm a formação científica e compreendem que a alimentação é uma função vital ao ser humano e quando não é realizada de forma correta e segura, pode levar o idoso a desenvolver pneumonia e, até mesmo, seguir ao óbito. No entanto, o cuidador não tem o conhecimento das dificuldades alimentares e realiza as práticas alimentares sem conhecimento científico, baseado em condutas populares. Ressalta-se a importância do conhecimento científico mínimo do cuidador com relação a função da alimentação para que possa identificar comprometimentos e encaminhar para avaliação fonoaudiológica, o mais precocemente possível.

CONCLUSÃO

Os cuidadores de idosos investigados não têm conhecimento das dificuldades de fala, da audição, da cognição do idoso e das consequências na comunicação, independência e socialização do idoso. Da mesma forma, não conhecem as suas dificuldades de alimentação embora realizem práticas que facilitam este momento.

O *script* do vídeo elaborado foi julgado confiável por juízes especialistas e norteou a sua editoração. O vídeo caracterizou-se por ser de curta duração, linguagem simples e sucinta para facilitar a compreensão do público alvo. Orientará cuidadores de idosos com relação as estratégias de comunicação e práticas alimentares possibilitando melhora na qualidade de vida, socialização e nutrição da pessoa idosa.

O vídeo finalizado será disponibilizado nas instituições de longa permanência de João Pessoa ou por meio da solicitação por e-mail da autora, disponibilizado no final do artigo.

REFERÊNCIAS

- Schmidt TCG, Silva MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Rev. Esc. Enferm.* 2012; 46(3):612-617.
- Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(5):773-779.
- Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *R. Bras. Est. Pop.* 2010; 27(1):233-235.
- BRASIL. Guia Prático do Cuidador. Série A. Normas e Manuais Técnicos 1ª edição. 2008.
- Mangilli LD, Moraes DP, Medeiros GC. Protocolo de avaliação fonoaudiológica preliminar. In: Andrade CRF, Limongi SCO (Org). *Disfagia: prática baseada em evidências.* São Paulo: Sarvier; 2012. p. 45-61.
- Pires EC, Sassi FC, Mangilli LD, Limongi SCO, Andrade CRF. Alimentos na consistência líquida e deglutição: uma revisão crítica da literatura. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2012; 17(4):482-488.
- Donadeli, R.B. Cognição e comunicação do idoso. In: Rosén, JR. *Um olhar para o cuidador do idoso.* São Paulo: Editora palavra do mundo, 2012.
- Cassol, K, Galli JFM, Zamberlan NE, Dassie-Leite AP. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2012; 24(3):223-232.
- Estrela F, Motta L, Elias VS. Deglutição e processo de envelhecimento. In: Jotz GP, Carrara-de-Angelis E, Barros APB. *Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança.* Rio de Janeiro: Revinter. 2010. p.54-8.
- Santos GAA, Lucena BTL, Vasconcelos ML, Delgado IC. Aspectos sociais, linguísticos e cognitivos na terceira idade. *Rev Prolingua.* 2013; 8(2):244-257.

11. Furkim AM, Barata L, Duarte ST, Nascimento Júnior JR. Gerenciamento fonoaudiológico da disfagia no paciente crítico na unidade de terapia intensiva. In: Furkim AM, Rodrigues KA. Disfagias nas unidades de terapia intensiva. São Paulo: Roca, 2015.p. 117.
12. BRASIL, Nº 4702 de 2012. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências.
13. Luz TDE, Anhol YD, Oliveira BA, Vivan RM, Machado LMB. Disfunções fonoaudiológica encontradas nos idosos. Dissertação de Mestrado. 2017; 38(18):12-19.
14. Pinheiro P. Surdez - Perda auditiva no idoso. MD Saúde, 2015.
15. Cardoso MCAF, Bujes RV. A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2010; 15(1):53-67.
16. Henrique CS. Dificuldade de mastigação e engasgos são sinais de disfagia. Site do Hospital Sírio Libanês. Publicado 29/02/2016.
17. Paula RS, Colares FCJ, Toledo JO, Nóbrega OT. Alterações gustativas no envelhecimento. *Rev Kairós*. 2008; 11(1):217-235.
18. Neumann L, Schauren BC, Adami FS. Sensibilidade gustativa de adultos e idosos. *Rev bras geriatr. Gerontol*. 2016; 19(5):797-808.

CORRESPONDÊNCIA

Divany Guedes Pereira da Cunha
Rua Francisco Brandão, 1520, ap: 1101,
Manaira, João Pessoa- Brasil.
E-mail: divany.pereira@hotmail.com