

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

MAYRA MENDES OLIVEIRA

**RISCO DE DISFAGIA E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSAS RESIDENTES
DE UMA INSTITUIÇÃO ASILAR NO MUNICÍPIO DE NATAL**

**NATAL/RN
2011**

MAYRA MENDES OLIVEIRA

**RISCO DE DISFAGIA E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSAS RESIDENTES
DE UMA INSTITUIÇÃO ASILAR NO MUNICÍPIO DE NATAL**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Nutrição da
Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte,
como requisito parcial de conclusão de
Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^a (Esp.) Juliana Padilha
Ramos Neves

**NATAL/RN
2011**

MAYRA MENDES OLIVEIRA

**RISCO DE DISFAGIA E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSAS RESIDENTES
DE UMA INSTITUIÇÃO ASILAR NO MUNICÍPIO DE NATAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, aprovado em 29/11/2011 pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Juliana Padilha Ramos Neves
Orientadora

André Luiz Silva Davim
Membro examinador

Manuela Alves da Cunha
Membro examinador

Meus sonhos e minhas conquistas só fazem sentido e se concretizam pela existência de duas pessoas maravilhosas, que jamais pouparam esforços para que estes sonhos se tornassem realidade e as conquistas fossem muito mais que uma realização pessoal. Dedico este trabalho à vocês, meus pais, Elias e Evencia.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, por ter me dado a vida e ter colocado em meu caminho duas pessoas, meus pais, ao qual sou extremamente grata. Obrigada *Senhor* por ter ouvido meus apelos, dando-me força e entusiasmo nos momentos de cansaço e desânimo.

Aos meus pais, *Elias e Evencia*, pela graça de ter sido escolhida e pelo amor e carinho que sempre me dedicaram. Obrigada por todas as oportunidades e por sempre apoiar e acreditar nos meus ideais. Vocês são “Meu” exemplo de vida, “Meu” porto seguro.

Aos amigos queridos, pela paciência, compreensão e pelo incentivo diante as dúvidas, incertezas, desânimos e desabafos.

A Prof^ª. Msc. *Juliana Padilha Ramos Neves*, pela disponibilidade em me orientar no desenvolvimento da pesquisa, transmitindo muito mais que conhecimento. Tenho você como exemplo de pessoa a ser seguido. Te adoro e te admiro muito. Serei sempre grata pelo carinho, atenção, gentileza, paciência para elaboração deste trabalho.

As minhas queridas amigas e parceiras, *Edilza Nascimento, Dayanna Joyce, Jéssica Patrícia e Sara Câmara*, pela presença e união em todos os momentos. Pelas sugestões e opiniões construtivas durante todas as atividades desenvolvidas ao longo do curso, e inclusive neste trabalho. Obrigada pelo companheirismo, irmandade e principalmente pela amizade de vocês.

Aos queridos professores que me acompanharam durante a graduação transmitindo conhecimento e contribuindo essencialmente para minha formação.

As minhas supervisoras de estágio na Unidade de Saúde de Pajuçara, *Rosângela Sandra, Lélia Sá e Márcia Barbosa*. À *Rafaela Duarte e Sheila Mendonça* do Hospital do Coração de Natal. À *Maria Amélia, Priscila Guimarães, Lorena Tinôco, Lorena Lima, Joanna Barros, Gerliane Cavalcante, Rita Xavier e Michelle Medeiros* do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes. Obrigada pelo acolhimento, companheirismo, ensinamentos e dedicação. Sou extremamente grata à todas vocês, por ter participado de maneira efetiva e positiva na minha formação acadêmica.

Ao *Lar Espírita da Vovozinha*, pela oportunidade de realizar o estudo na instituição, e a todos os funcionários pela ajuda durante a coleta dos dados. Sem a autorização de vocês, esse trabalho não teria sido iniciado. Serei sempre grata pela atenção.

A todas voluntárias idosas pela disposição em colaborarem na constituição do estudo. Sem a ajuda de vocês, esse trabalho não teria sido concluído. Não esquecerei as sábias conversas e o carinho de todas durante as visitas para a coleta de dados. Muitíssimo obrigada.

RESUMO

Os idosos fazem parte da população vulnerável e o processo natural de envelhecimento repercute sobre as suas condições de saúde e nutrição e o aumento da desnutrição com o avanço da idade se relaciona a fatores próprios do envelhecimento, como disfagia, um sintoma de uma doença de base que pode acometer qualquer parte do sistema digestório, desde a boca até o estômago, decorrente de alguma dificuldade que venha ocorrer na deglutição. O objetivo do estudo foi de avaliar e relacionar o risco de disfagia e o estado nutricional em idosas residentes de uma instituição asilar no município de Natal. Trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo, realizado em uma instituição asilar só para mulheres. Residem nesta instituição 39 idosas, destas foram eliminadas da amostra as acamadas e inconscientes, e as incluídas confirmaram participação através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, totalizando 11 idosas. Para diagnóstico nutricional foi utilizada entrevista com o questionário de Mini Avaliação Nutricional- MAN. Para possível diagnóstico de disfagia, foi utilizado um questionário adaptado com 15 perguntas sobre algumas características relevantes durante o momento da refeição, além de perguntas pessoais. Observou-se que 82% das idosas avaliadas estavam sob risco de desnutrição, 9% com estado nutricional normal e 9% com desnutrição, segundo classificação final da MAN. Quanto ao possível diagnóstico de disfagia, 45,5% apresentaram deglutição normal, 36,4% apresentaram deglutição funcional e 18,1% disfagia leve. Feita uma relação entre o estado nutricional e o estado da dentição nas idosas avaliadas, percebeu-se que as classificadas sob risco de desnutrição, 67% usavam prótese dentária e 33% não possuíam dentes. A classificada sob eutrofia (n=1) usava prótese dentária e a que estava em desnutrição (n=1) apresentava a dentição incompleta. Ao relacionar o estado nutricional com o nível de disfagia, observou-se que as classificadas sob risco de desnutrição, 44% apresentaram disfagia leve; 12% deglutição funcional e 44% deglutição normal. A classificada sob eutrofia (n=1) apresentou deglutição normal e a que estava em desnutrição (n=1) deglutição funcional. A grande maioria da amostra avaliada encontra-se em risco de desnutrição ou já desnutridas e possivelmente com alguma disfunção na deglutição provocada por disfagia. Desse modo, a avaliação do estado nutricional em pacientes idosos é relevante para diminuir possíveis agravos e melhorar a qualidade de vida desses pacientes institucionalizados.

Palavras-chave: Avaliação nutricional. Disfagia. Idosas Institucionalizadas.

ABSTRACT

The elderly are a vulnerable part of the population and the natural aging process reflects on their health and nutrition condition and the increasing of malnutrition whilst getting old makes relations to factors related to aging, as dysphagia, a symptom of a base disease that can compromise any part of the digestive system, from the mouth thru the stomach, due to any difficulty that might occur in the swallowing. The objective of this study was evaluate and make relations between the dysphagia and the nutritional condition in elderly women resident in a retirement place in the city of Natal. It is a transversal descriptive study, done in a retirement place only for women. In the retirement place 39 elderly women inhabit, from them, the unconscious and bedridden were eliminated from the study samples, and the women who were included, confirmed their participation by signing a Term of Free and Enlightened Consent, making a 11 elderly women total. For a nutritional diagnostic, an interview was done using the Mini Nutritional Assessment - MAN. For a possible dysphagia diagnostic, an adapted questionnaire with 15 questions about relevant characteristics during meal time was used, together with personal questions. It was observed that 82% of the evaluated elderly women were und malnutrition risks, 9% with a regular nutritional condition and 9% were with malnutrition, according to the final classification of MAN. About the possible dysphagia diagnostic, 45,5% showed regular swallowing, 36,4% showed functional swallowing and 18,1% showed light dysphagia. When a relation between the nutritional condition and the dentition condition of the elderly women was made, it could be perceptible that amongst the ones classified under risk of malnutrition, 67% used prosthesis and 33% had no teeth. The one classified under eutrophy (n=1) used a dental prosthesis and the one who was under malnutrition (n=1) had incomplete dentition. When relating the nutritional condition with the dysphagia level, it could be observed that the ones classified as under malnutrition risks, 44% showed light dysphagia; 12% functional swallowing and 44% regular swallowing condition. The one classified under eutrophya (n=1) showed regular swallowing condition and the one under malnutrition (n=1) functional swallowing. The majority of the evaluated sample is under malnutrition risk or yet with malnutrition and probably with a swallowing disfunction due to dysphagia. So, the evaluation of the nutritional condition in elder patients is relevant to diminish possible harms and make a better life quality for these institutionalized patients.

Keywords: Nutritional assessment. Dysphagia. Institutionalized elderly women.

LISTA DE ABREVIATURAS

DOSS – DYSPHAGIA OUTCOME AND SEVERITY SCALE

PNSN – PESQUISA NACIONAL SOBRE SAÚDE E NUTRIÇÃO

NDD – NATIONAL DYSPHAGIA DIET

SNE – SUPORTE NUTRICIONAL ENTERAL

MAN – MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Percentual segundo a faixa etária das idosas institucionalizadas.	26
Figura 2 - Classificação do estado nutricional das idosas institucionalizadas segundo a Mini Avaliação Nutricional (MAN).	27
Figura 3 - Diagnóstico nutricional segundo Lipschitz (1994).	28
Figura 4 - Classificação dos níveis de disfagia em idosas institucionalizadas segundo a <i>Dysphagia Outcome and Severity Scale</i> - (DOSS)	29
Figura 5 - Relação entre o estado nutricional e o estado da dentição em idosas institucionalizadas.	30
Figura 6 - Relação entre o estado nutricional e o nível de disfagia em idosas institucionalizadas.	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 GERAL.....	13
2.2 ESPECÍFICOS.....	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 DISFAGIA.....	14
3.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DISFAGIA.....	15
3.3 DISFAGIA E O ENVELHECIMENTO.....	20
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	23
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA.....	23
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	23
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
4.5 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	26
5.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	26
5.3 NÍVEL DE DISGAFIA.....	28
6 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

A disfagia é um sintoma de uma doença de base que pode acometer qualquer parte do trato digestório, da boca até o estômago, seja ela associada a doenças neurológicas, por lesões encefálicas que afetam a atividade muscular, doenças degenerativas, por perda progressiva da função muscular; câncer de cabeça e pescoço, por alterações mecânicas estruturais que afetam o transporte do alimento e senilidade, em virtude da fraqueza muscular e de fatores inerentes ao próprio envelhecimento e está diretamente associada à interrupção do prazer da alimentação e além de impedir a manutenção das condições nutricionais e de hidratação do indivíduo que, freqüentemente, já as tem comprometidas, podendo ainda agravá-las (FRAGA et al., 2010).

Nas pessoas idosas, a prevalência exata de disfagia é desconhecida, frequentemente aparece em cerca de 50% dos idosos internados. Isso decorre do processo de envelhecimento, em função da diminuição ou dificuldade no processo de mastigação, surgindo assim, dificuldades na alimentação e conseqüentemente problemas nutricionais como desnutrição e desidratação, dessa forma comprometendo o estado nutricional e favorecendo o aparecimento de mais complicações. Ao diagnosticar a causa e a gravidade da disfagia, pode-se determinar a textura dos alimentos e espessura de fluidos para a deglutição mais segura do paciente disfágico, uma vez que a consistência da dieta deve ser individualizada de acordo com o tipo e extensão da disfunção, dessa forma, minimizando os déficits nutricionais e hídricos (SILVA; IKEDA, 2009).

Em um estudo americano, estimou-se que a prevalência de disfagia na população seja de 6,9%. Tal índice é mais alto em populações selecionadas, tais como pacientes residentes de casas de repouso, nos quais os valores sobem para 30% a 40% (FREITAS et al., 2007).

A Associação Espírita Enviados de Jesus fundadora e mantenedora do Lar Espírita da Vovozinha com sede própria na Avenida Antônio Basílio, nº 1264, no Bairro Dix Sept Rosado, Natal /RN, foi criada por Antenor da Silva Melo, com apoio da sua esposa Edite de Souza Melo em 25 de dezembro de 1981. O Lar Espírita da Vovozinha abriga atualmente 39 idosas, prestando-lhes assistência, com

acompanhamento médico, nutricional, fisioterápico, de enfermagem, terapia ocupacional, assistência social, destacando inclusive a presença de cuidadoras no apoio ao programa permanente de higienização, além de orientação espiritual com participação de todos os seguimentos religiosos. Nos últimos anos, a Associação Espírita Enviados de Jesus, que é uma instituição adesa à Federação Espírita do Rio Grande do Norte, vem contando com a participação ativa de valorosos integrantes como os órgãos governamentais tradicionais e parcerias com Universidades.

Portanto, o presente estudo irá mostrar a relevância de um possível quadro de disfagia nestas idosas, considerando principalmente os riscos nutricionais que as afetam. Este estudo pretende ainda contribuir para a realização e aperfeiçoamento de novos trabalhos e pesquisas ligadas à Nutrição voltados para a terceira idade.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar o nível de disfagia e o estado nutricional em idosas residentes no Lar Espírita da Vovozinha.

2.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar o estado nutricional, através da Mini Avaliação Nutricional;
- Determinar o diagnóstico nutricional através de Lipschitz;
- Aplicar questionário para avaliar o possível nível de disfagia;
- Relacionar o estado nutricional com o estado da dentição;
- Relacionar o estado nutricional com o nível de disfagia das idosas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DISFAGIA

Alguns autores afirmam que no processo de deglutição a seqüência dinâmica de contração e relaxamento, pode ser dividida por fases, sendo elas: oral, faríngea e esofágica, entretanto, de acordo com Duarte (apud LEOPOLD; KAGEL, 2007, p.356), existe uma que antecipa as demais citadas anteriormente, que é a fase pré-oral ou antecipatória, onde há a influência de fatores como fome, grau de saciedade, aspectos dos alimentos, ambiente alimentar, estado emocional, valores socioculturais, postura cervical, coordenação motora mão-boca, dentre outros.

Segundo Mahan e Escott-Stump (2005), fase oral é voluntária, onde o alimento é triturado, umidificado para a formação do bolo alimentar. Nesta a língua pressiona o alimento contra o palato duro, forçando-o em direção a faringe. Feita a ejeção do bolo alimentar para a faringe, inicia-se a fase faríngea, nela os movimentos são involuntários, e quatro eventos devem ocorrer em rápida sucessão durante esta fase. O palato mole deve se elevar para fechar a nasofaringe e prevenir a regurgitação orofaríngea. A laringe então se eleva, e as pregas vocais aduzem para proteger as vias aéreas, e seqüencialmente a faringe se contrai, enquanto que o esfíncter cricofaríngeo relaxa para permitir a passagem do alimento para o esôfago. Até então a respiração é interrompida e reassumida no final da fase faríngea. Inicia-se então a fase esofágica, esta completamente involuntária e caracterizada por finalizar o processo de deglutição, através da transferência do bolo alimentar do esôfago até o estômago.

Denomina-se de disfagia, qualquer dificuldade que venha ocorrer na deglutição, mecanismo que consiste na efetiva condução do alimento da boca até o estômago por meio de fases que se inter-relacionam, através de comandos emitidos por um complexo neuromotor. O ato da deglutição é importante para a manutenção da vida e consiste em conduzir de forma programada uma seqüência dinâmica de contração e relaxamento de músculos (SILVA; IKEDA, 2009).

A gravidade da disfagia, segundo Fraga et al. (2010), pode ser classificada em sete níveis: normal, funcional, leve, leve/moderada, moderada, grave e muito grave. Assim, dependendo da gravidade em que a disfagia for classificada, haverá restrições totais e parciais de duas ou mais consistências e feita a indicação de espessantes, o que ocorre na maioria dos casos, exceto quando for classificada como normal e funcional, que nesses casos, só há a indicações de estratégias e compensações que facilitem a deglutição. Freitas et al. (2007), em seu estudo sobre investigação fonoaudiológica de idosos, fez uma simplificada classificação do grau da disfagia em: deglutição funcional; disfagia discreta; discreta/moderada; moderada/grave, de acordo com Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS).

A grande maioria das pessoas que sofrem dessa disfunção, normalmente se queixam segundo Mahan e Escott-Stump (2005) de engasgos ou tosses durante e após as refeições; incapacidade de sugar líquidos através de canudos; qualidade de voz gorgolejante. Fraga et al. (2010) descreveu algumas outras queixas como dificuldade para realizar a apreensão oral do alimento, assim como de mastigá-lo; regurgitação nasal e oral; insegurança e ansiedade durante as refeições; hipersecreção constante; sonolência durante as refeições e alterações do padrão respiratório.

3.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DISFAGIA

O diagnóstico e o tratamento da disfagia abarcam todos os profissionais envolvidos com a atenção à saúde do paciente, já que a adequada avaliação da disfagia deveria ser responsabilidade de uma equipe multidisciplinar. Dessa equipe, deveriam participar o otorrinolaringologista, o fonoaudiólogo, o nutricionista, a equipe de enfermagem, o gastroenterologista, o pneumologista dentre outros profissionais, devido à alta complexidade no atendimento desses pacientes. Torna-se cada vez maior, o número de trabalhos publicados nesta área, que têm por objetivo informar e orientar os profissionais envolvidos no cuidado desses pacientes. (GUEDES, et al., 2009).

Segundo Fraga et al. (2010), a disfagia é um complexo problema clínico que requer um adequado suporte nutricional. Quando mal diagnosticada, pode resultar em grave desnutrição calórico-protéica, desidratação e pneumonia aspirativa, sendo esta, muito perigosa e responsável pela maior parte das mortes. O diagnóstico da disfagia é, em geral, realizado pelo fonoaudiólogo, através da avaliação funcional da deglutição. Para o diagnóstico e indicação de tratamento são realizados: anamnese fonoaudiológica, avaliação funcional da deglutição, avaliação instrumental através da ausculta cervical e definição de conduta e tratamento através de programas de reabilitação.

A anamnese alimentar associada à avaliação do estado nutricional, estabelece a conduta dietética a ser tomada pelo profissional nutricionista, enfatizando a elaboração, preparo e administração da dieta. Dependendo da via de acesso da alimentação, a escolha do tipo da dieta e sua consistência, condições econômicas e higiênicas sanitárias, compreensão pelo cuidador e a possível interação medicamentosa são determinantes para uma boa recuperação do paciente (MENDES; TCHAKMAKIAN, 2009).

Segundo Knobel, Oliveira e Cal (2005), a avaliação clínica da deglutição é o procedimento inicial para o diagnóstico da disfagia. A interação entre várias disciplinas e profissionais é fundamental para a obtenção do diagnóstico e tratamento mais precisos. No caso de pacientes hospitalizados, além da anamnese, da avaliação da deglutição, o exame físico deve ser aplicado, pois envolve inicialmente a avaliação do nível de consciência; capacidade de compreensão oral, gestual do paciente. Fraga et al. (2010) e Knobel, Oliveira e Cal (2005), complementaram que além da ausculta cervical, alguns recursos instrumentais, como a oximetria de pulso são utilizados para auxiliar a avaliação clínica. Contudo, como não há possibilidade de verificação da aspiração em todos os casos por meio da avaliação clínica, outros recursos normalmente utilizados são os exames complementares, dentre eles: videofluoroscopia; avaliação endoscópica da deglutição; cintilografia; ultra-sonografia; eletromiografia; manometria e pHmetria de esôfago.

Fraga et al. (2010), define que as estratégias de tratamento da disfagia são baseadas em observação clínica e diagnóstica, estabelecidas individualmente e de acordo com a deficiência de deglutição, potencial de recuperação, função cognitiva e

adesão ao plano de tratamento. Em todas as fases da disfagia, é essencial que o tratamento nutricional conjugue ações para minimizar a disfagia e suas consequências nutricionais como a desidratação e desnutrição.

Mendes e Tchakmakian (2009), afirma que um diagnóstico preciso e precoce de disfagia com modificações adequadas da consistência da dieta e das práticas alimentares faz com que haja menor risco de desenvolvimento de pneumonia aspirativa, piora do estado geral e do estado nutricional, prevenindo com isso outras doenças.

O objetivo primordial do tratamento é melhorar as condições nutricionais e de hidratação, minimizar ou eliminar os riscos de aspiração e, assim, otimizar o processo de alimentação. A terapia fonoaudiológica propriamente dita envolve, entre outras coisas, a aplicação de técnicas, manobras e exercícios para melhora da mobilidade, tônus e sensibilidade das estruturas envolvidas na deglutição. Alguns outros fatores como o ambiente, o posicionamento apropriado para a alimentação, os utensílios utilizados e principalmente o aspecto, sabor, volume, textura e temperatura do alimento são bastante importantes para um bom tratamento. (KNOBEL; OLIVEIRA; CAL, 2005).

De acordo com Freitas et al. (2007), técnicas compensatórias de deglutição como: cabeça virada, queixo dobrado durante a alimentação ou deglutições múltiplas, são componentes aceitáveis de reabilitação de deglutição. Estas técnicas, combinadas com modificações da dieta, podem reduzir o risco de aspiração ou melhorar o clareamento faríngeo em pacientes disfágicos.

Considerando o desafio profissional que é contornar o sintoma de disfagia, principalmente quando a decisão é utilizar a via oral para suprir total ou parcialmente as necessidades nutricionais, justifica-se a adaptar a consistência e individualização da dieta. Leva-se em consideração o grau de disfagia, estado cognitivo, capacidade de realizar manobras compensatórias, grau de independência alimentar, estado nutricional e disponibilidade de supervisão de profissionais e familiares. A textura adequada às condições clínicas do paciente é uma forte aliada ao cuidado na disfagia, permitindo conjugar necessidades nutricionais com manobras adequadas para uma ingestão alimentar satisfatória, promovendo adequação às recomendações do indivíduo. Sob este aspecto, foi estabelecida classificação de textura de alimentos sólido e líquidos para o tratamento de disfágicos, uma vez que

alimentos e líquidos com textura modificada desempenham papel importante na prevenção de complicações e melhora da qualidade de vida. (FRAGA et al., 2010).

Segundo Mahan e Escott-Stump (2005), a intervenção nutricional deve ser feita individualizada de acordo com o tipo e a extensão da disfunção, dessa forma, o nutricionista pode garantir que a dieta permaneça palatável e nutricionalmente adequada recomendando mudanças na consistência alimentar para reduzir a necessidade de manipulação oral e conservar a energia enquanto se alimenta.

Outras opiniões, como a de Silva e Ikeda (2009), a dieta para disfagia é designada para dificultar a progressão de acordo com a tolerância individual, otimizar a ingestão nutricional e diminuir o risco de aspiração. Reavaliações periódicas e adequadas da condição de deglutição são aspectos essenciais para a prevenção/recuperação da desnutrição. Um estudo avaliou a adequação da dieta de idosos institucionalizados, no qual 91% dos pacientes estavam com dietas em consistência abaixo do que poderiam tolerar de maneira segura. Tanto o estado nutricional como a qualidade de vida podem ser afetados quando pacientes são mantidos em dietas com viscosidade inapropriada.

Knobel, Oliveira e Cal (2005), o fonoaudiólogo fornece ao nutricionista informações sobre a capacidade do paciente aceitar determinados tipos de alimentos, tomando como base principalmente a consistência, textura e a temperatura. Baseado nessas informações, o nutricionista deverá desenvolver um cardápio com mudanças especiais, ajustando-o às limitações apresentadas. Segundo Mahan e Escott-Stump (2005), a temperatura fria facilita o mecanismo de deglutição, portanto, os itens alimentares frios podem ser mais bem tolerados.

A National Dysphagia Diet – NDD (2002), instituiu as propriedades dos alimentos, reconhecendo e identificando a viscosidade e consistência dos alimentos de maior significância terapêutica para pacientes com disfagia. Os parâmetros estabelecidos pelo NDD servem como base para discussões e análises da prescrição dietética (Anexo 1).

Fraga et al. (2010), afirmou que os líquidos são o maior desafio no tratamento da disfagia, daí a necessidade de serem engrossados com espessantes. A modificação da textura dos líquidos é particularmente importante para garantir que pacientes disfágicos sejam hidratados adequadamente. Os sucos podem substituir a água e melhorar o paladar, além de fornecer mais nutrientes e calorias. Os caldos e

molhos lubrificam os alimentos, facilitando a deglutição e podem ajudar em sua fragmentação dentro da cavidade oral.

Os espessantes devem interferir o mínimo possível nas propriedades sensoriais dos líquidos, ou por suas próprias características físicas e químicas ou evitar reprocessamento adicional, além de poder maximizar a ingestão nutricional e hídrica, facilitando uma grande variedade de texturas. (SILVA; IKEDA, 2009).

Segundo Mahan e Escott-Stump (2005), a deglutição de líquidos de consistência fina, necessita de coordenação e controle máximos, e se algum paciente apresentar dificuldade em consumir líquidos, essa necessidade pode ser atingidas pelo espessamento do mesmo. Este espessamento pode ser feito com leite em pó seco sem gordura, amido de milho, suplementos modulares de carboidratos ou espessantes comerciais que contenham amido modificado. O uso de bebidas cafeinadas deve ser evitado, uma vez que a cafeína tem efeito diurético, o que contribui ainda mais para a desidratação, fadiga e saliva espessada.

Arney e Pinnock (1993 apud MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005, p.1040), o leite é considerado um líquido com propriedades únicas, entretanto, apesar de não haver nenhum estudo científico que comprove a ligação entre o leite e produtos lácteos, associa-se o consumo de leite com os sintomas de excesso de produção de muco. Alguns pacientes disfágicos, relatam com frequência fleuma aumentado após o consumo, o que pode realmente ser uma consequência da capacidade de deglutição precária ou invés da produção de muco, dessa forma, estes são encorajados a consumir produtos lácteos com líquidos espessados apropriadamente para ajudar a lavar a garganta, ao invés de eliminá-los.

O Suporte Nutricional Enteral (SNE) normalmente é feito em situações mais graves, cumprindo o objetivo de manutenção e/ou recuperação de desnutrição. Em situações em que houver risco alto de aspiração ou se a ingestão oral for insuficiente para manter o bom estado nutricional, novamente deve-se considerar a possibilidade de suporte nutricional enteral (FRAGA et al., 2010). Segundo Knobel, Oliveira e Cal (2005), em casos mais graves, onde se utiliza SNE, é interessante que após toda atenção da equipe, principalmente fonoaudiólogo, com os métodos que auxiliam, ajudam o processo de deglutição, é indicado o desmame da terapia nutricional enteral, e que seja feita a introdução gradativa dos alimentos, com as características adequadas, dessa forma, estimulando o paciente a voltar a alimentação via oral.

Vale salientar que o tratamento da disfagia pode ser medicamentoso e/ou cirúrgico em algumas doenças ou condições clínicas específicas.

De um modo geral, o tratamento eficaz do idoso disfágico é realizado por uma equipe multidisciplinar, e de acordo com Mendes e Tchakmakian (2009), o papel de cada membro da equipe interdisciplinar é de trabalhar em conjunto pelo objetivo comum, que é a promoção da saúde da população atendida, realizando a troca de informações entre os demais membros da equipe.

3.3 DISFAGIA E O ENVELHECIMENTO

A expectativa de vida deve crescer progressivamente nas próximas décadas. De acordo com Magnoni, Cukier e Oliveira (2005), as projeções demográficas para 2020 apontam para 32 milhões de idosos. Busnello (2007) mostrou que em 1960, a expectativa de vida era de 53 anos; em 1980, ela passou para 62 anos, e as projeções apontam que, em 2050, os brasileiros possam esperar viver até os 80 anos.

À medida que a idade avança, existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, a qual tende a despertar sentimentos de desamparo, além disso, nem sempre amparados pelos familiares, muitas vezes, são obrigados a morar em asilos ou albergues, forçados a viverem isolados, na solidão, longe de parentes e amigos. Com o índice crescente da população idosa, as instituições de caráter asilar constituem-se, na maioria das vezes, opção ímpar para uma melhor qualidade de vida desses indivíduos. Porém, é necessário que eles recebam toda ajuda estrutural, tanto de recursos materiais quanto humanos, para se atender da melhor forma possível essa população com características especiais (DAVIM et al., 2004).

Segundo Mendes e Tchakmakian (2009), o envelhecimento populacional é um fenômeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos como daqueles em desenvolvimento. Os idosos representam uma população frágil, devido às alterações morfológicas, biomoleculares e funcionais no organismo. Essa fragilidade indica que a idade é um determinante importante para o aparecimento de

doenças, agravadas pelo sedentarismo, pela má alimentação e fatores extrínsecos, principalmente em relação a doenças crônico-degenerativas.

Segundo Duarte (2007), o Brasil não possui atualmente muitos estudos de prevalência da disfagia, em contra partida, Busnello (2007) relata que atual prevalência de disfagia, distúrbio da deglutição, em indivíduos idosos é de 25% a 50%, ocorrendo principalmente em idosos moradores de instituições, e acredita-se que com o aumento da longevidade, esse percentual de prevalência aumente em idosos fragilizados. Estudos mais recentes como o de Silva e Ikeda (2009), afirmam que a prevalência exata de disfagia é desconhecida, mas, que frequentemente aparece em cerca de 50% dos idosos internados.

Dos possíveis tipos de disfagia, a esofágica apresenta-se como mais freqüente, devido à obstrução mecânica pela alteração da motilidade. Pirose, perda de peso, regurgitação do bolo alimentar, tosse e chiado ocorrem tipicamente com a obstrução esofágica, mas podem estar associados a uma motilidade normal. A orofaríngea é entendida como distúrbio da deglutição, com sinais e sintomas específicos, que se caracteriza por alterações em qualquer etapa e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, podendo ser congênita ou adquirida após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico e pode causar pneumonia, devido às aspirações. Explica-se que a elevada incidência de disfagia nos idosos, deve-se: aos problemas de mastigação, considerando inclusive o péssimo estado da dentição, que na maioria das vezes está incompleta ou apresenta próteses inadequadas e diminuição da força mastigatória; fala inarticulada, tosse ou falta de ar durante a alimentação, aumento de refluxo gastroesofágico, voz molhada depois de comer ou beber, degeneração senil do esôfago, doenças de base e medicamentos que comprometam a atividade muscular dos órgãos envolvidos na deglutição. No idoso, a disfagia pode causar consequências desastrosas, tais como: pneumonia aspirativa, alterações na ingestão alimentar, desnutrição e desidratação (MENDES; TCHAKMAKIAN, 2009).

Segundo Mendes e Tchakmakian (2009), o prejuízo na ingestão alimentar, diminuição do apetite podem causar comprometimento do estado nutricional e um aumento na frequência de doenças, resultando em sério comprometimento do estado geral do idoso. Em idosos com deterioração da função cognitiva, geralmente está associado o quadro disfágico, na evolução da doença.

Idosos saudáveis mantêm a funcionalidade realizando compensações para as perdas decorrentes do envelhecimento. Os que apresentam déficits de memória, função executiva e outras funções cognitivas podem desenvolver disfagia. A correlação entre essas mudanças neuropatológicas com os sintomas cognitivos é bem estabelecida. Portanto, alterações nas habilidades cognitivas, devem ser consideradas no atendimento dos pacientes, uma vez que é um fator de risco para a evolução da disfagia. Quando essa função cognitiva fica comprometida, como no caso de lesões cerebrais, podem haver diminuições no controle da deglutição e observou-se que essas alterações cognitivas são prevalentes em 70% na população de casas de repouso (FREITAS et al., 2007).

De acordo com Albuquerque et al. (2009), os idosos fazem parte da população vulnerável e o processo natural de envelhecimento repercute sobre as suas condições de saúde e nutrição. Nessa faixa etária ocorrem muitas modificações funcionais e anatômicas que associadas à presença de doenças crônicas e uso prolongado de diversas medicações, estão relacionadas à anorexia e à perda de peso, com acentuação naqueles de idades mais avançadas. O aumento da desnutrição com o avanço da idade se relaciona a fatores próprios do envelhecimento, como disfagia, maior tempo para refeições, baixa ingestão protéica, diminuição do apetite, uso de sonda alimentar, assim como em decorrência da situação socioeconômica e interação entre fármaco e nutrientes. Estes fatores têm maior influência no agravamento nutricional, principalmente nas situações nas quais ocorre o aumento das necessidades nutricionais, como nas doenças agudas e crônicas. Segundo Freitas et al. (2007), as alterações fonoaudiológicas também incluem amplo espectro de distúrbios de comunicação e deglutição contribuindo para a perda da funcionalidade e independência dos idosos, favorecendo a desnutrição.

Diversos estudos têm encontrado altas frequências de risco de desnutrição em idosos, chegando a observar frequências superiores a 50%. Dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) em 1999, apontam para aumento na frequência de magreza com a idade, sendo esta relação mais frequente em mulheres (ALBUQUERQUE, et al., 2009). É importante investigar possíveis causas desta desnutrição, e a disfagia pode ser uma delas.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo é do tipo transversal descritivo. Segundo Vieira e Hossne (2001), estes tipos de estudo são feitos para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e as suas histórias de exposição à fatores causais suspeitos, em determinado momento.

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com idosas residentes do Lar Espírita da Vovozinha, na cidade do Natal - RN, no período de maio/julho de 2011. Estão institucionalizadas atualmente no lar 39 idosas, sendo este o universo amostral. Foram considerados como critérios de exclusão, idosas acamadas, inconscientes e que se recusaram a participar da pesquisa, resultando em uma amostra de 11 idosas.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a coleta de dados, as idosas confirmaram a participação na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Diagnóstico nutricional

Para diagnóstico do estado nutricional das idosas foi utilizado a MAN – Mini Avaliação Nutricional (Anexo 2), que de acordo com Maciel, Oliveira e Tada (2008), é um método prático não invasivo, de simples mensurações e de questões rápidas. Possui grande potencial em triar, avaliar e monitorar o risco nutricional, detectar a necessidade de medidas preventivas, como o suporte nutricional precoce, e verificar o impacto da intervenção nutricional com melhora nos parâmetros nutricionais. O questionário da MAN é constituído por 18 questões que se dividem em duas partes. Na primeira parte estão contidas seis perguntas, relativas à avaliação da ingestão alimentar e perda ponderal nos últimos três meses, mobilidade, ocorrência de estresse psicológico ou doença aguda recente, alterações neuropsicológicas e IMC. A segunda parte da MAN aborda questões acerca de medidas antropométricas, como circunferências de braço e panturrilha; investigação alimentar, como o número de refeições consumidas, ingestão de líquidos e de alimentos; autonomia para se alimentar; avaliação global, com perguntas relacionadas ao estilo de vida e medicamentos utilizados e uma auto-avaliação relativa à saúde e nutrição do idoso. O peso foi aferido em balança digital Plenna® com capacidade de 150 quilos, com as idosas descalças e em uso de roupas leves, sem nenhum adereço que pudesse falsear a aferição. A estatura foi estimada a partir da aferição da altura do joelho, utilizando uma fita métrica inelástica, com as idosas sentadas e com joelhos curvados a 90° pela superfície anterior da coxa, próximo da patela até o calcanhar. A técnica de aferição e a equação de estimativa de estatura correspondente a mulheres foram descritas por Chumlea (1985 apud ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2008, p.303), sendo:

$$\text{Estatura (cm)} = [1,83 \times \text{altura do joelho (cm)}] - [0,24 \times \text{idade (anos)}] + 84,88$$

4.4.2 Questionário para avaliar grau de disfagia

A presença e o grau da disfagia foi avaliado através da aplicação de um questionário elaborado pela própria pesquisadora (Apêndice 2), através de uma lista de perguntas que auxiliam o diagnóstico de disfagia, formuladas por Souza et al. (2003), ao qual, é realizado com o próprio paciente sobre sinais e sintomas específicos da disfagia e também para diagnosticar o grau da doença. Foi estabelecida uma pontuação relacionando as perguntas do questionário, com os sinais e sintomas da disfagia estabelecidos na escala de severidade da doença, sendo o nível 1 representando o mais avançado da disfagia, até o nível 7 como condição normal de deglutição, como sugerido pela *Dysphagia Outcome and Severity Scale –DOSS* (Anexo 3), que de acordo com Freitas et al. (2007), pode ser uma alternativa excelente e completa para comumente avaliar e descrever a gravidade funcional da disfagia. Ao final, essas respostas foram compiladas e atribuídas pontos de corte para diagnóstico e grau da disfagia.

4.5 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

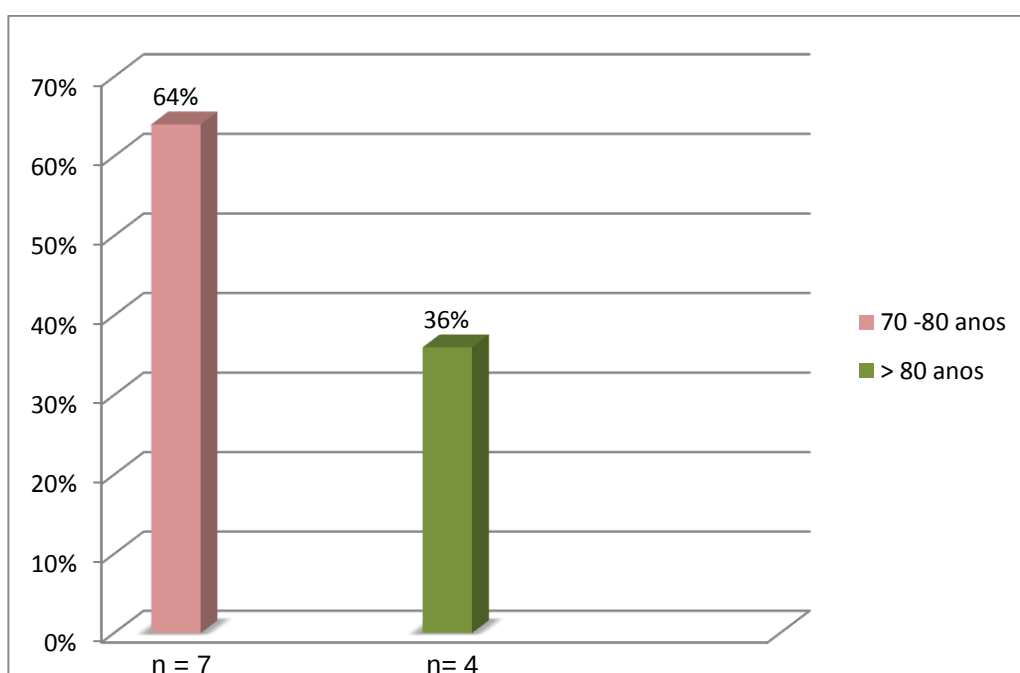
Foram separadas amostras de acordo com a faixa etária, o estado nutricional, grau de disfagia e a relação estado nutricional/estado da dentição e estado nutricional/nível de disfagia. Os dados foram quantificados e transpostos em planilhas de banco de dados do *software* Excel (2007).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra estudada foi composta por 11 idosas. A média de idade foi de 79,5 com predomínio de 64% com faixa etária compreendida entre 70-80 anos, e 36% com idade maior que 80 anos, de acordo com o resultado demonstrado na figura1.

Figura 1: Percentual segundo a faixa etária das idosas institucionalizadas.

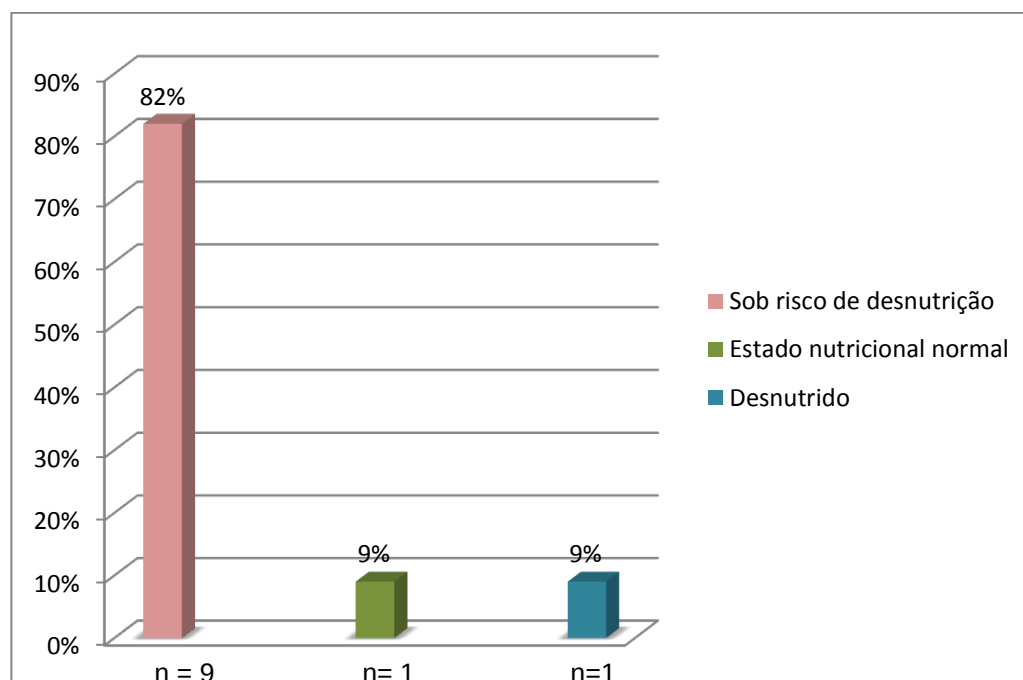


Fonte: Dados da pesquisa (2011).

5.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Em relação à avaliação e classificação do estado nutricional das idosas institucionalizadas no Lar da Vovozinha, observamos que 82% encontram-se sob risco de desnutrição e 9% já com desnutrição, totalizando assim 91% da amostra avaliada com possíveis prejuízos nutricionais e apenas 9% com estado nutricional normal, como demonstrado na figura 2.

Figura 2: Classificação do estado nutricional das idosas institucionalizadas segundo a Mini Avaliação Nutricional (MAN).



Fonte: Dados da pesquisa (2011).

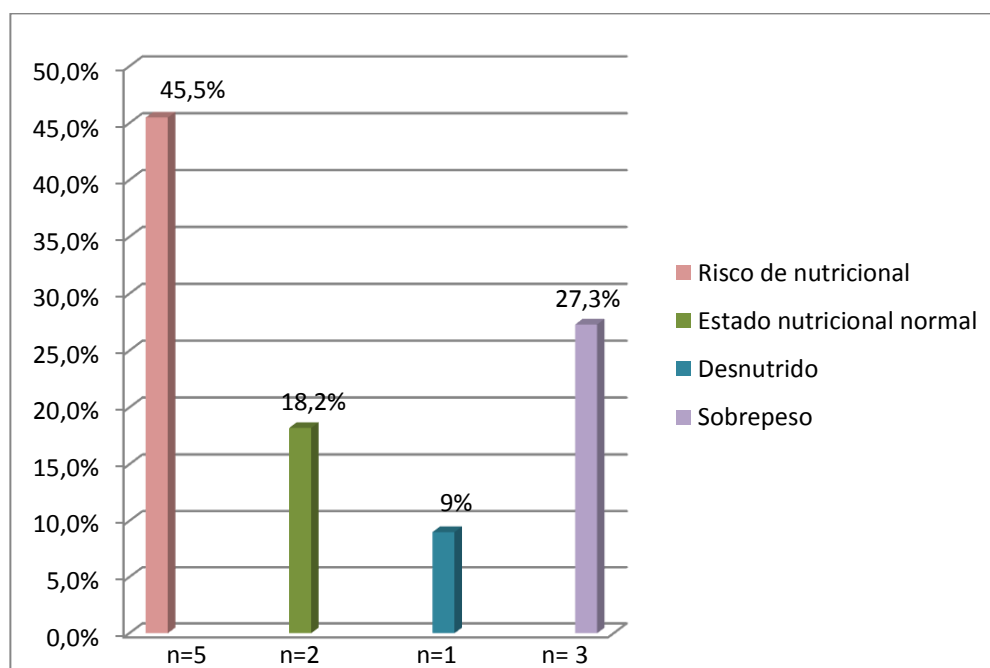
De acordo com Castro e Frank (2009), as evidências científicas ressaltam que o questionário da MAN é uma ferramenta simples e rápida na avaliação do estado nutricional de pacientes idosos em clínicas, hospitais e asilos, e que estudos revisados indicam que a MAN tem alta especificidade na determinação precoce do risco de desnutrição em idosos.

Estudos como o de Matos (2005), utilizou a MAN como ferramenta de avaliação do estado nutricional de idosos. Observou-se que 11,2% dos idosos estavam desnutridos, 37,7% sob risco de desnutrição e 51,1% com estado nutricional normal. Diferentemente da presente pesquisa, o percentual de idosos com estado nutricional normal foi mais evidente do que aquelas que estavam sob risco de desnutrição.

Considerando que o estado nutricional pode ser classificado de acordo com LIPSCHITZ (1994), uma ferramenta específica para avaliação e classificação do estado nutricional de idosos através do índice de massa corpórea (IMC), observou-se que 45,5 % das idosas apresentaram risco nutricional, 18,2% estado nutricional normal, 9% desnutrição e 27,3% sobrepeso, como demonstra a figura 3. Essa classificação foi realizada com o intuito de reforçar confiabilidade e a credibilidade da MAN, já que por se tratar de um questionário, outros parâmetros são considerados,

diferentemente de LIPSCHITZ (1994) que realiza essa classificação isoladamente pelo IMC.

Figura 3: Diagnóstico nutricional segundo Lipschitz (1994).



Fonte: Dados da pesquisa (2011).

Ribeiro (2011) em seu estudo verificou que a maioria dos idosos estavam com estado nutricional normal quando avaliados pela MAN, enquanto que os que tinham seu estado nutricional classificado por LIPSCHITZ (1994), apresentavam 46% de déficit nutricional, ou seja, sob risco de desnutrição ou desnutridos.

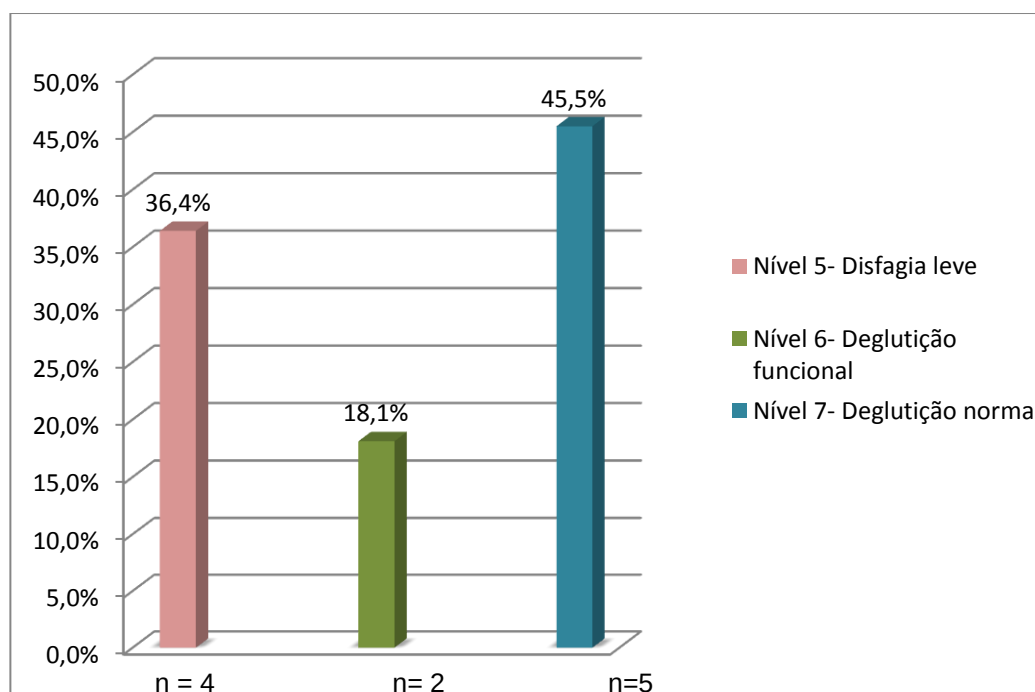
Desse modo, percebeu-se que mesmo sendo uma ferramenta isolada para a classificação do estado nutricional, outros estudos corroboraram com o resultado, mas são necessários outros parâmetros para uma melhor e segura classificação do estado nutricional de idosos.

5.3 NÍVEL DE DISFAGIA

Em relação ao nível de disfagia, as idosas foram classificadas de acordo com a escala de severidade proposta pela *Dysphagia Outcome and Severity Scale* – DOSS (1999), sendo enquadradas na classificação de acordo com a sintomatologia

observada no questionário aplicado, onde 45,5% apresentaram deglutição normal, ou seja, sem de risco para disfagia. Observou-se ainda que 36,4% apresentaram deglutição funcional e 18,1% disfagia leve, como mostra a figura 4. Não houve idosas classificadas com nível de disfagia mais grave e menor que nível 5 (disfagia leve).

Figura 4: Classificação dos níveis de disfagia em idosas institucionalizadas segundo a *Dysphagia Outcome and Severity Scale* - DOSS



Fonte: Dados da pesquisa (2011).

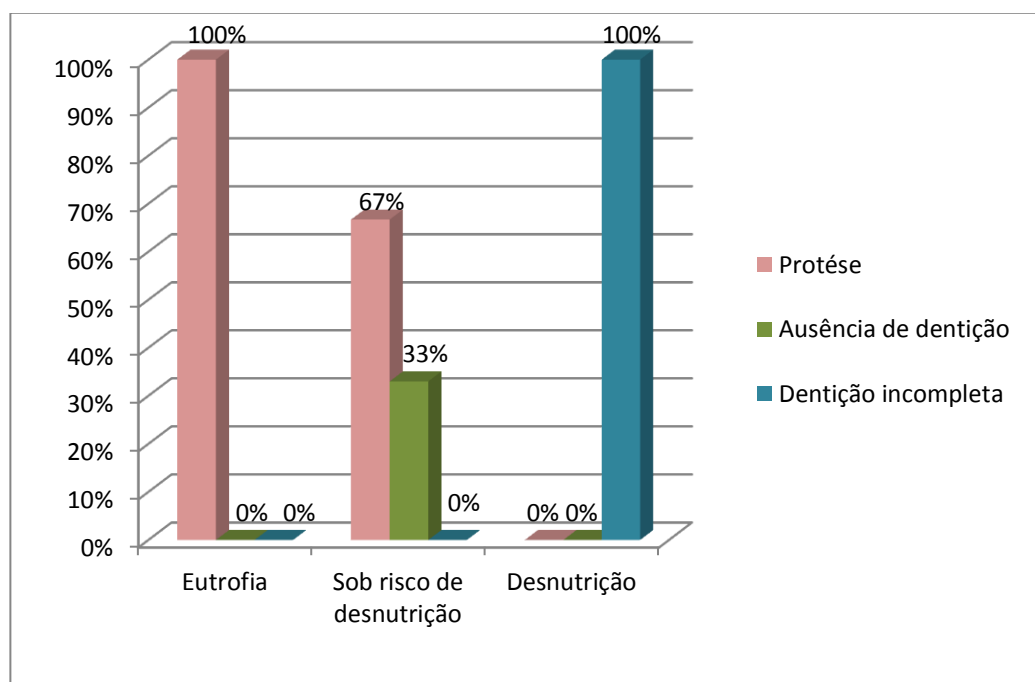
O grupo de idosas que obteve classificação do nível 7 (deglutição normal), não relatou desconforto, dificuldade, nem necessidade de um tempo maior para se alimentar. As classificadas em nível 6 (deglutição funcional), não se queixaram de desconforto ou dificuldade, mas, levaram mais tempo para realizar as refeições, enquanto que as integrantes do nível 5 (disfagia leve), relataram incômodo, demora e dificuldade de deglutir alimentos sólidos e/ou líquidos, tosse ou engasgos durante a refeição, além de sobrar resíduos de alimentos na cavidade oral após a deglutição.

Maciel, Oliveira e Tada (2008) em seu estudo de associação entre o risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em Hospital Universitário de Brasília, utilizaram ferramentas avaliativas semelhantes ao do presente estudo, MAN e questionário adaptado de Souza et al. (2003), e verificou-se que dos 49 idosos avaliados, 47% apresentaram disfagia leve, 31% risco mínimo, 18% risco moderado

e 4% grave. Observa-se deste modo que o estudo não apresentou semelhança com os resultados da pesquisa.

Tendo em vista que a mastigação adequada é importante para uma boa nutrição, foi feita a relação entre o estado nutricional e o estado da dentição nas idosas avaliadas, e percebeu-se que as classificadas em sob risco de desnutrição, 67% (n=6) usavam prótese dentária e 33% (n=3) não possuíam dentes. A classificada sob eutrofia (n=1) usava prótese dentária e a que estava em desnutrição (n=1) apresentava a dentição incompleta. Estes resultados estão representados na figura 5 abaixo:

Figura 5: Relação entre o estado nutricional e o estado da dentição em idosas institucionalizadas.



Fonte: Dados da pesquisa (2011).

Observou-se que o uso de prótese dentária completa ou parcial, atrapalhavam o processo de mastigação, pois as mesmas, relataram que após deglutir, ainda sobravam resíduos de alimentos na cavidade oral, podendo deste modo, haver comprometimento no estado nutricional, tendo em vista que 82% das idosas estavam sob risco de desnutrição, e 67% delas, faziam o uso de prótese dentária.

De acordo com Campos (2009), em sua pesquisa sobre os fatores associados ao estado nutricional de idosos residentes no município de Vitória – ES, no que se

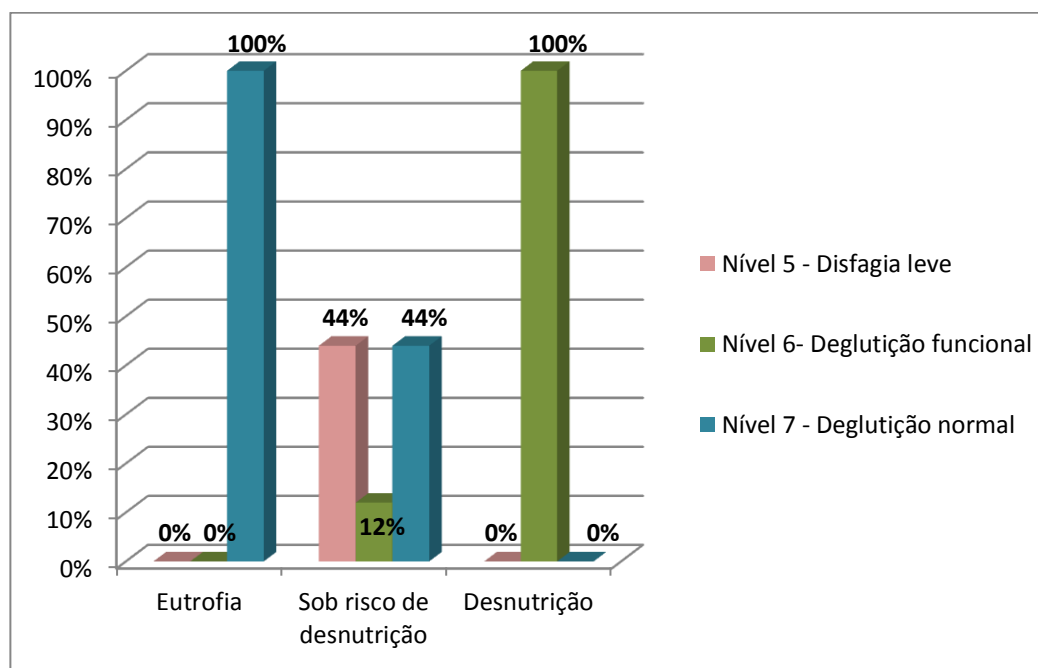
refere à saúde bucal, 94,3% dos idosos não possuíam dentição completa, não obstante mais de 70% relataram não ter dificuldade para mastigar e entre os que a mencionaram, mais de 10% dos homens e das mulheres disseram que o motivo era a falta de dentes. As mulheres revelaram ter mais problemas com prótese (7,8%), em comparação com os homens (4,4%).

Outros estudos como o de Mesas, Andrade e Cabrera (2006) no município de Londrina-PR, encontraram proporções elevadas, 85,9% dos idosos apresentavam dentição incompleta.

Segundo Florentino (2002 apud CAMPOS, 2009), a ausência de dentes interfere na eficiência do processo de mastigação, influenciando negativamente na escolha dos alimentos.

Ao relacionar o estado nutricional com o nível de disfagia nas idosas institucionalizadas, observou-se que as classificadas em sob risco de desnutrição, 44% (n=4) disfagia leve; 12% (n=1) deglutição funcional e 44% (n=4) deglutição normal. A classificada sob eutrofia (n=1) deglutição normal e a que estava em desnutrição (n=1) deglutição funcional, como mostra a figura 6.

Figura 6: Relação entre o estado nutricional e o nível de disfagia em idosas institucionalizadas.



Fonte: Dados da pesquisa (2011).

Segundo Duarte (2007), o Brasil não possui atualmente muitos estudos de prevalência da disfagia, em contra partida, Busnello (2007) relata que a atual

prevalência de disfagia e distúrbio da deglutição, em indivíduos idosos é de 25% a 50%, ocorrendo principalmente em idosos moradores de instituições, e acredita-se que com o aumento da longevidade, esse percentual aumente.

De acordo com Issa (2003), pacientes com disfagia primária, frequentemente requerem um período mais prolongado de alimentação.

Pesquisas que mostram a prevalência da relação entre o estado nutricional com o nível de disfagia em idosos ainda são escassas. Alguns estudos como o de Mendes e Tchakmakian (2009), citam a disfagia como um fator agravante do estado nutricional, considerando que quando estabelecida compromete o trânsito do alimento da cavidade oral para o estômago, acarretando risco ou levando a subnutrição e desidratação.

6. CONCLUSÃO

A maioria das idosas avaliadas estavam sob risco nutricional ou já desnutridas, quando classificadas de acordo com seu estado nutricional, entretanto a prevalência de disfagia foi bastante sutil, considerando que a maioria das idosas apresentaram deglutição normal.

A relação entre o estado nutricional com o nível de disfagia mostrou que o grupo classificado sob risco nutricional apresentou as mesmas prevalências entre as que apresentaram-se sem problemas de deglutição e àquelas que apresentaram disfagia leve.

A ausência de dentes, dentição incompleta e/ou próteses mal adaptadas, comprometem o processo de mastigação e conseqüentemente a saúde nutricional desses indivíduos, desse modo observou-se que ao relacionar o estado nutricional com o estado da dentição das idosas, a grande maioria fazia o uso de próteses dentárias, podendo ser uma das possíveis causas de déficits nutricionais.

Esta pesquisa serviu de alerta para despertar sobre disfagia x estado nutricional, porém um diagnóstico e tratamento mais eficaz e seguro depende da avaliação de uma equipe multidisciplinar, pois uma vez mal diagnosticada e/ou tratada com intervenções inadequadas, podem comprometer e pôr em risco ainda mais a saúde desses pacientes. Uma boa intervenção torna a alimentação do paciente idoso um processo de sobrevivência e prazer e a avaliação do seu estado nutricional periódica é bastante relevante para diminuir possíveis agravos e melhorar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. et al. Estado nutricional de idosos hospitalizados por meio da Mini Avaliação Nutricional. **Rev. Nutr. Clin.** Goiânia, p. 184-188, 2009.

ARNEY, W. K; PINNOCK, C. B. The milk mucus belief: Sensations associated with the belief and characteristics of believers, **Appetite**, p. 20-53, 1993.

BUSNELLO, F.M. **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMPOS, G.C. **Fatores associados ao estado nutricional de idosos residentes no município de Vitória – ES**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CASTRO, P. R.; FRANK, A. A. Mini avaliação nutricional na determinação do estado de saúde de idosos com ou sem a doença de Alzheimer: Aspectos positivos e negativos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v.14, n.1, p.45-64, 2009.

DAVIM, R. M. B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol. 12, 2004

DUARTE, A.C.G. **Avaliação Nutricional**: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 356.

FRAGA, L. et al. Nutrição na maturidade: Aspectos da disfagia. Nestlé Nutrition: Disponível em: < <http://www.nestle-nutricaoodomiciliar.com.br/downloads/aspectosdisfagia.pdf> >. Acesso em: 8 ago 2010.

FREITAS, M. et al. Investigação fonoaudiológica de idosos em programa de assistência domiciliar. **Einstein**. São Paulo, p. 6-9, 2007.

GUEDES, L. et al. Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. **Rev. soc. bras. Fonoaudiol.** São Paulo, v.14, 2009.

KAGEL, M.C; LEOPOLD, N.A. Dysphagia in Huntington's disease: a 16 year retrospective. **Dysphagia.** V.7, n.2, p.106 – 14, 1992.

KNOBEL, E. ; OLIVEIRA, R. ; CAL, R. **Terapia intensiva: Nutrição.** São Paulo: Atheneu, 2006.

ISSA, P. C. M. **Avaliação estrutural e funcional da deglutição de idosos, com ou sem queixas de disfagia internados em uma enfermaria geriátrica.** 2003. Dissertação (Mestrado em Biociências aplicada à Clínica Médica) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MACIEL, J.R.V.; OLIVEIRA. C.J.R.; TADA, C.M.P.; Associação entre o risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 21, 2008.

MAGNONI, D.; CUKIER, C.; OLIVEIRA, P.A.; **Nutrição na terceira idade.** São Paulo: Sarvier, 2005.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause:** Alimentos, nutrição e Dietoterapia. 11 ed. São Paulo: Roca, 2005, p. 1040.

MATOS, L. J. E. C. **Risco de Desnutrição em Idosos na Comunidade.** 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MEDEIROS, et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no Município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p 191-248, 2008.

MENDES, F.; TCHAKMAKIAN, L. Qualidade de vida e interdisciplinaridade: a necessidade do programa de assistência domiciliar na prevenção das complicações em idosos com disfagia. **O Mundo da saúde**. São Paulo, p. 320-328, 2009.

MESAS, A. E. ; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, p. 471-480, 2006.

RIBEIRO, R.L. et al. Avaliação nutricional de idosos residentes e não residentes em instituições geriátricas no Município de Duque de Caxias/ RJ. **Rev. Eletrônica Novo Enfoque**. Rio de Janeiro, v. 12, p. 39-46, 2011.

ROSSI, L. ; CARUSO, L. ; GALANTE, A. P. **Avaliação Nutricional**: Novas perspectivas. São Paulo: Roca, 2008, p. 303.

SANTOS, et al. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.10, n.1, 2007.

SILVA, L.; IKEDA, C. Cuidado nutricional na disfagia: uma alternativa para a maximização do estado nutricional. **Rev. Nutr. Clin.** Alfenas, p. 203-210, 2009.

SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007.

SOUZA, B.B.A. et al. **Nutrição e Disfagia**: Guia para profissionais. Curitiba: Nutroclínica, 2003.

VIEIRA, S.; HOSSNE. W.S. **Metodologia Científica para a Área de Saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1 : Tabela de viscosidade e consistência dos alimentos proposta pela National Dysphagia Diet- NDD (2002).

Líquidos	Sólidos
Consistência tipo Néctar: Líquido espessado. Pode beber com ajuda de um canudo. Pode beber diretamente em um copo/caneca.	Textura A - Macio Os alimentos devem ser naturalmente macios ou devem ser cozidos ou cortados para alterar sua textura.
Consistência tipo Mel: Pastoso fino. Não pode beber com um canudo. Pode beber diretamente em um copo/caneca.	Textura B - Moída e úmida O alimento é macio e úmido, facilmente amassado com o garfo. Os grumos/pedaços são lisos e redondos.
Consistência tipo Pudim: Pastoso grosso. Deve ser tomado com uma colher.	Textura C - Purê homogêneo e liso Os alimentos são lisos, homogêneos, úmidos e sem grumos ou pedaços. Pode ter aparência granulosa/farinácea.

Fonte: Fraga et al. **Nutrição na maturidade:** Aspectos da disfagia (2010).

ANEXO 2 : Mini Avaliação Nutricional – MAN.



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sobrenome:

Nome:

Sexo:

Idade:

Peso, kg:

Altura, cm:

Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore indicador de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?
0 = diminuição severa da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão ☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses
0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso ☐

C Mobilidade
0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal ☐

D Passou por algum estresse psicológico ou doença agudanos últimos três meses?
0 = sim 2 = não ☐

E Problemas neuropsicológicos
0 = demência ou depressão graves
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos ☐

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) ☐ ☐

12-14 pontos: estado nutricional normal
8-11 pontos: sob risco de desnutrição
0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)
1 = sim 0 = não ☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?
0 = sim 1 = não ☐

I Lesões de pele ou escaras?
0 = sim 1 = não ☐

J Quantas refeições faz por dia?
0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições ☐

K O paciente consome:
• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☐ não ☐
• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☐ não ☐
• carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☐ não ☐
0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim» ☐ ☐

L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?
0 = não 1 = sim ☐

M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?
0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos ☐ ☐

N Modo de se alimentar
0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade ☐

O O paciente acredita ter algum problema nutricional?
0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional ☐

P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?
0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor ☐ ☐

Q Perímetro braquial (PB) em cm
0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22 ☐ ☐

R Perímetro da perna (PP) em cm
0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31 ☐

Avaliação global (máximo 16 pontos) ☐ ☐ ☐

Escore da triagem ☐ ☐ ☐

Escore total (máximo 30 pontos) ☐ ☐ ☐

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos ☐

estado nutricional normal

de 17 a 23,5 pontos ☐

sob risco de desnutrição

menos de 17 pontos ☐

desnutrido

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001 ; 56A : M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Para maiores informações : www.mna-elderly.com

ANEXO 3 : Escala de severidade da disfagia proposta pela Dysphagia Outcome and Severity Scale – DOSS.

Nível 7 : Deglutição Normal	O paciente não necessita de estratégias ou tempo extra para se alimentar.
Nível 6 : Deglutição Funcional	O paciente pode ter discreto atraso oral ou faríngeo, podendo necessitar de tempo extra para as refeições, mas não há penetração e/ou aspiração de nenhuma das consistências.
Nível 5: Disfagia Leve	Pode-se verificar um ou mais dos seguintes problemas: Retenção do alimento em faringe, mas clareada espontaneamente; Redução da mastigação e/ou retenção do bolo alimentar na cavidade oral, mas clareada espontaneamente; Aspiração apenas com líquidos ralos, mas com reflexo forte de tosse presente para o clareamento completo do material aspirado.
Nível 4: Disfagia Leve-moderada	Pode-se verificar um ou mais dos seguintes problemas: Retenção do alimento em faringe, mas clareada após solicitação do examinador; Retenção alimentar em cavidade oral, clareada após solicitação; Aspiração de uma consistência de alimento, ou penetração ao nível das pregas vocais com tosse, de duas consistências, ou penetração ao nível das pregas vocais sem tosse, de uma consistência.
Nível 3: Disfagia Moderada	Pode-se verificar um ou mais dos seguintes problemas: Retenção do alimentar moderada em faringe, mas clareada após solicitação do examinador; Retenção alimentar moderada em cavidade oral, clareada após solicitação; Penetração do alimento ao nível das pregas vocais sem tosse, de duas ou mais consistências, ou aspiração de duas consistências, com tosse fraca ou ausência de reflexo de tosse, ou aspiração de uma consistência, sem tosse, e penetração nas pregas vocais de uma consistência, sem tosse.
Nível 2: Disfagia Moderada-grave	Pode-se verificar um ou mais dos seguintes problemas: Retenção do alimentar severa em faringe, com impossibilidade ou dificuldade de clareamento, ou necessitando de várias solicitações do examinador; Perda ou retenção severa do bolo alimentar com impossibilidade ou dificuldade de clareamento, ou necessitando de várias solicitações; Aspiração de duas ou mais consistências alimentares, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca, ou aspiração de uma ou mais consistências, sem tosse, e penetração de uma ou mais consistências sem tosse.

Nível 1: Disfagia Grave	Pode-se verificar um ou mais dos seguintes problemas: Retenção severa em faringe, com impossibilidade de clareamento; Perda ou retenção severa do bolo alimentar em cavidade oral com impossibilidade de clareamento; Aspiração silenciosa de duas ou mais consistências, ausência de tosse voluntária ou incapacidade de alcançar deglutição.
---------------------------------------	--

Fonte: Souza et al. **Nutrição e disfagia:** Guia para profissionais (2003).

APÊNDICE

APÊNDICE 1 : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa RISCO DE DISFAGIA E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSAS DE UMA INSTITUIÇÃO ASILAR.

Você foi selecionado e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são: AVALIAR O RISCO DE DISFAGIA E O ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSAS RESIDENTES NO LAR ESPÍRITA DA VOVOZINHA.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: VERIFICAR PESO E ALTURA, RESPONDER QUESTIONÁRIOS SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES DIÁRIOS ATRAVÉS DA MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL, E UM OUTRO PARA POSSÍVEL DIAGNÓSTICO DE DISFAGIA.

Não há riscos relacionados com sua participação, ou seja, NENHUM DOS MÉTODOS A SEREM UTILIZADOS SÃO INVASIVOS, CAUSAM DOR, NÃO TRAZEM RISCOS A SUA SAÚDE, e os benefícios relacionados com a sua participação são: COLABORAR COM O ESTUDO A SER REALIZADO, ALÉM DE DIAGNOSTICAR POSSÍVEIS PROBLEMAS NUTRICIONAIS EM FUNÇÃO OU NÃO DA DISFAGIA.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Mayra Mendes Oliveira
PESQUISADOR

Rua Prefeita Eliane Barros, 2000 – Tirol

CEP: 59014-540 – Natal/RN

Tel: (84) 3215 – 2917

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

APÊNDICE 2 : Questionário para avaliar o nível de disfagia.



QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR O NÍVEL DE DISFAGIA

PESQUISADOR(a): MAYRA MENDES OLIVEIRA

1. Data do preenchimento do questionário: ____/____/____
2. Sexo: F () 3. Data de nascimento: ____/____/____ 4. Idade: _____
5. Estado civil:
Solteira () Casada () Separada () Divorciada () Viúva ()
6. Quando esta comendo, sente alguma dificuldade ou desconforto?
Não () Sim ()
7. Atualmente tem demorado mais tempo para comer ? Sim () Não ()
8. Sente dificuldade de engolir algum tipo de alimento ? Sim () Não ()
8.1 Se sim, qual? () líquido () pastoso () sólido
Outros: _____
9. Sente dor ao engolir? Sim () Não ()
10. Sente cansaço ao comer? Sim () Não ()
11. Apresenta tosse ou engasgo durante a refeição? Sim () Não ()
12. Depois de engolir, sobram restos de comida na boca? Sim () Não ()
13. Estado da dentição (pesquisador observar):
Completa () Incompleta () Ausência de dentição () Prótese dentária ()
14. Teve algum problema respiratório nos últimos meses?
Sim () _____ Não ()
15. Consegue se alimentar sozinho? Sim () Não ()