

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA COM ÊNFASE EM ADULTO

ANDRÉA OSÓRIO MACHADO SARAIVA

AS INTER-RELAÇÕES: DISFAGIA, NUTRIÇÃO E FONOAUDIOLOGIA
EM IDOSOS

Porto Alegre

2012

ANDRÉA OSÓRIO MACHADO SARAIVA

AS INTER-RELAÇÕES: DISFAGIA, NUTRIÇÃO E FONOAUDIOLOGIA
EM IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Nutrição Clínica, pelo Curso de Especialização em Nutrição Clínica com Ênfase em Adulto da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientador: Soraia Abuchaim

Porto Alegre

2012

Às minhas tias, Dulce, Santa Eluz, Solange e Sonja, que me educaram, conduziram e me apoiaram, sem medir esforços durante a construção da minha formação. A vocês dedico cada uma das minhas conquistas.

“Que seu remédio seja seu alimento, e
que seu alimento seja seu remédio.”

Hipócrates

AGRADECIMENTOS

Não poderia ser diferente, senão agradecer inicialmente, a Deus por ter permitido que eu terminasse esse trabalho mesmo diante de tantas dificuldades. Com certeza foi à presença da força Divina que não me deixou desistir dos meus ideais.

À minha orientadora, prof.^a Soraia Abuchaim, pela dedicação, pelos ensinamentos e principalmente pelo exemplo de profissional em busca de uma nutrição séria e de qualidade. Conviver com você é aprender uma lição a cada momento. Sou grata por tudo.

À minha querida amiga Cláudia Stein por todo apoio desde a ideia inicial de realizar este curso de especialização, por sua amizade, e por abrir as portas do seu lar, para que assim eu pudesse frequentar as aulas na cidade de Porto Alegre.

RESUMO

Com a mudança do perfil etário e demográfico da população, notam-se alterações no processo de envelhecimento que dizem respeito ao estado nutricional e fonoaudiológico. O idoso com disfagia torna-se mais frágil, podendo ter complicações, como a pneumonia aspirativa e alteração na ingestão alimentar, o que pode comprometer sua saúde. OBJETIVO: identificar as associações entre disfagia com os aspectos e fatores nutricionais e fonoaudiológicos que acometem os idosos. MÉTODOS: trata-se de um levantamento bibliográfico descritivo, de base documental, através da análise e síntese de artigos de revistas indexadas –Medline, Lilacs Scielo e PubMed– livros técnicos e publicações; foram selecionados 38 artigos para execução deste estudo. CONCLUSÃO: concluiu-se, neste estudo, o quanto se faz necessário que o idoso com disfagia seja tratado precocemente, evitando assim, maiores prejuízos ao seu estado nutricional e de hidratação. Portanto, torna-se imprescindível, ao confirmar o diagnóstico, a atuação de uma equipe multiprofissional para triagem em disfagia: médico, nutricionista, fonoaudiólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional e psicólogo, os quais são profissionais de fundamental importância na terapia geral da saúde do idoso com disfagia.

Palavras-chave: disfagia. Idoso. Nutrição. Terapia nutricional. Fonoaudiologia.

ABSTRACT

With the change of age and demographic profile of the population, some alterations are noted, concerning nutritional and phonoaudiological status, on the aging process. The elderly with dysphagia becomes more fragile, and may develop complications, such as aspiration pneumonia and changes in food intake, which can compromise his health. **OBJECTIVE:** identify the associations of dysphagia with nutritional and phonoaudiological aspects and factors that affect the older adults. **METHOD:** it is a descriptive bibliographic survey, of documentary base, through analysis and synthesis of indexed journal's articles (Medline; Lilacs Scielo; e, PubMed), technical books and publications. 38 articles were selected to perform this study. **CONCLUSION:** this survey concluded the importance of treating the old age with dysphagia early, so that major damage to their nutritional and hydration state can be avoided. Therefore, at the moment the diagnosis is confirmed, the actions of a multidisciplinary team for dysphagia triage are essential: physician; nutritionist; audiologist; nurse; occupational therapist; psychologist; which are of fundamental importance on general treatment of the health of the elderly with dysphagia.

Keywords: dysphagia. Older adults. Nutrition. Nutritional support. Phonoaudiology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Avaliação clínica de deglutição
AGA	Avaliação geriátrica ampla
AVC	Acidente vascular cerebral
AVE	Acidente vascular encefálico
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DRGE	Doença refluxo gastroesofágico
DRIS	Dietary reference intakes
ELA	Esclerose lateral amiotrófica
EM	Esclerose múltipla
IMC	Índice de massa corporal
IOT	Intubação orotraqueal
MAN	Miniavaliação nutricional
OMS	Organização mundial da saúde
SNC	Sistema nervoso central
TCE	Traumatismo cranioencefálico
TNE	Terapia nutrição enteral
TNO	Terapia nutrição oral
TNP	Terapia nutrição parenteral
TQT	Traqueostomia
VED	Videoendoscopia da deglutição
VET	Valor energético total
VFC	Videofluoroscopia
WHO	World health organization

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3 METODOLOGIA.....	12
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
4.1 Processo de Envelhecimento.....	13
4.2 Deglutição.....	14
4.2.1 Fase Preparatória.....	14
4.2.2 Fase Oral.....	14
4.2.3 Fase Faríngea.....	14
4.2.4 Fase Esofágica.....	15
4.3 Disfagia.....	15
4.4 Classificação do Grau de Disfagia.....	19
4.4.1 Sintomas que Podem Acompanhar a Disfagia.....	20
4.4.2 Sinais Esperados para um Indivíduo Disfágico.....	20
4.5 Diagnóstico da Disfagia.....	21
4.6 Avaliação Nutricional.....	22
4.6.1 Mini Avaliação Nutricional (MAN).....	23
4.6.2 Avaliação Nutricional na Assistência Hospitalar.....	23
4.7 Risco Nutricional no Idoso.....	24

4.7.1 Triagem de Risco Nutricional e Disfagia.....	24
4.7.2 Equipe para Triagem.....	25
4.7.3 Equipe Mínima.....	25
4.7.4 Instrumentos para Triagem.....	26
4.7.5 Risco Nutricional.....	26
4.7.6 Risco de Disfagia.....	26
4.7.7 Fatores de Risco para Disfagia a Serem Investigados na Triagem.....	27
4.8 Desnutrição.....	29
4.8.1 Causas das Deficiências Nutricionais no Idoso.....	29
4.9 Tratamento da Disfagia.....	31
4.10 Terapia Nutricional.....	32
4.10.1 A Importância da Textura dos Alimentos.....	33
4.10.2 Espessantes de Alimentos.....	35
4.10.3 Terapia de Hidratação Oral.....	39
4.11 Intervenção Fonoaudiológica.....	39
5 CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), idoso é um indivíduo com idade acima de 65 anos em países desenvolvidos e acima de 60 anos nos países em desenvolvimento. Os idosos são a parte da população que mais cresce mundialmente, apresentando-se como um desafio para a saúde pública. Espera-se que, em 2025, a população de idosos no Brasil seja de 32 milhões. Em 2008, o Brasil possuía 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, superando a população idosa de vários países europeus.

No Brasil, esse crescimento não é apontado como um acontecimento positivo, haja vista a falta de estrutura do país para atender adequadamente aos anseios e necessidades exigidas por essa parcela da população, como, por exemplo, um sistema público de saúde adequado (PANISSA & VANISSON, 2012; CAVALCANTI et al., 2009).

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial. A World Health Organization (WHO) prevê que, em 2025, existirão 1,2 bilhão de pessoas acima 60 anos; o grupo dos muito idosos (com 80 anos ou mais) constituem o grupo etário de maior crescimento (CAVALCANTI et al., 2009).

De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), os idosos são um grupo vulnerável, com risco de desenvolver má nutrição. Vários fatores inerentes ao envelhecimento contribuem para uma má alimentação e eventuais carências nutricionais: fatores sociais (solidão por perda de contatos familiares e sociais); econômicos (carência de recursos ou de suporte nutricional); neuropsicológicos (síndromes depressivas ou demenciais); e, fisiológicos (alterações da percepção dos sabores induzidas pela diminuição da acuidade dos sentidos do gosto e do olfato; xerostomia; diminuição do débito salivar).

A ausência de dentes ou a presença de próteses tantas vezes desadaptadas; a diminuição da motilidade intestinal; a renovação celular lentificada das células da mucosa intestinal; a produção diminuída de fermentos digestivos como a pepsina, lipase e amilase; bem como a hipocloridria e a cloridria, que se verificam em cerca de um terço dos indivíduos nesta faixa etária); a pouca mobilidade ou a imobilidade; e,

finalmente, a poli medicação, que aumenta o risco das interações entre fármacos e nutrientes, ocasionando a diminuição da absorção desses mesmos nutrientes (PANISSA & VANISSON, 2012; DIAS et al., 2011; LEITE, 2004).

As várias modificações anatômicas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento tendem a tornar menos eficiente o mecanismo da deglutição nas fases oral, faríngea e esofágica, contribuindo, dessa forma, para o aparecimento de sintomas disfágicos (DIAS & CARDOSO, 2009) .

A disfagia consiste na dificuldade da deglutição por perda na progressão ordenada do alimento da boca para o estômago. Trata-se do sintoma de uma doença em curso, podendo ocorrer em qualquer idade de forma imprecisa. (PAIXÃO & SILVA, 2010).

A disfagia acomete de 16 a 22% da população acima dos 50 anos, alcançando índices de 70 a 90% de distúrbios de deglutição nas populações mais idosas. Associa-se a disfagia a doenças sistêmicas ou neurológicas: o acidente vascular cerebral (AVC); o Parkinson, atingindo mais de 95% dos pacientes, destacando a broncopneumonia aspirativa como a principal causa de mortalidade na população parkinsoniana; câncer nas áreas da cabeça e do pescoço; efeitos colaterais de medicamentos; ou quadro degenerativo próprio do envelhecimento (SANTORO, 2008).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar as associações entre disfagia com os aspectos e fatores nutricionais e fonoaudiológicos que acometem os idosos.

2.2 Objetivos Específicos

1. Rever a fisiologia, diagnóstico da disfagia;
2. Avaliar o estado nutricional em idosos com disfagia;
3. Relacionar a importância da terapia nutricional em idosos com disfagia;
4. Averiguar alimentos e espessantes indicados no tratamento da disfagia;
5. Identificar a importância do nutricionista e fonoaudiólogo no tratamento do idoso com disfagia.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um levantamento bibliográfico descritivo, base documental, através da análise e síntese de artigos de revistas indexadas –Medline, Lilacs Scielo e Pubmed– livros técnicos e publicações.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Processo de Envelhecimento

A progressão de eventos biológicos e fisiológicos que ocorrem no decurso da vida tem sido observada ao longo dos séculos. Porém, apenas nos anos recentes o estudo do processo do envelhecimento começou a emergir como ciência.

Resultados de numerosas investigações demonstraram que o envelhecimento é um fenômeno normal e quase universal, intimamente ligado aos processos de diferenciação e crescimento. Durante os períodos de crescimento, os processos anabólicos excedem as mudanças catabólicas. Uma vez que o corpo atinge a maturidade fisiológica, a taxa de mudança catabólica ou degenerativa torna-se maior do que a taxa de regeneração celular anabólica. A perda de células daí resultante leva a vários graus de ineficiência e de falência da função orgânica. Há um declínio das funções fisiológicas com a idade, havendo uma menor capacidade para responder a mudanças tanto no meio interno como do externo.

Os idosos diferem tanto em termos de idade cronológica quanto no nível de debilidade consequente à doença. Esta heterogeneidade é influenciada por fatores intrínsecos (patrimônio genético) e fatores extrínsecos (padrão de vida e influências ambientais).

Os centenários têm um sistema imunitário muito bem preservado em comparação com os outros idosos. O estilo de vida e os fatores ambientais podem aumentar a variação individual relacionada com a idade, uma vez que podem modificar o programa genético tanto em animais quanto em humanos. A contínua exposição à irradiação pode acelerar o envelhecimento como resultado da mutação genética e subsequente replicação de proteínas imperfeitas. A ingestão de alimentos, tanto quantitativa como qualitativa, aparece como tendo o maior potencial de alteração positiva do patrimônio genético. A intervenção dietética tem a capacidade não só de aumentar o ciclo de vida, mas também de promover um envelhecimento com sucesso e uma maior qualidade de vida.

Muitas condições crônicas como a doença cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensão, obesidade e osteoporose, prevalentes nos idosos, podem ser alteradas através de mudanças no estilo de vida, onde a alimentação e atividade física estão incluídas. O exercício aeróbio e o treino de resistência aumentam a capacidade

funcional para a realização das atividades do dia a dia. Sendo assim, muitos idosos mantêm-se independentes e ativos nas suas comunidades, enquanto outros não compartilham da mesma sorte e necessitam de mais suporte dentro da comunidade (LEITE, 2004).

4.2 Deglutição

A alimentação para o ser humano vai muito além do aspecto de manutenção do aporte calórico necessário para sua sobrevivência. Ela deve ser vista também como fonte de prazer, mediada por sabores, consistências e aparências diferentes.

A deglutição é uma ação complexa que ocorre de maneira contínua e automática. O ato de deglutir os alimentos é um processo complexo que envolve muitos músculos faciais e nervos encefálicos para um funcionamento normal. Algumas doenças e condições, como as neurológicas e as cirúrgicas, podem, em certas condições, abalar este ato, até então natural. Na presença de uma doença, por exemplo, hábitos e preferências alimentares podem necessitar de modificações, o que torna o momento de se alimentar difícil, constrangedor e, até mesmo, doloroso, ocasionando como consequência um distúrbio de deglutição (OLIVEIRA et al., 2008).

Para melhor compreensão foi dividida em fases:

4.2.1 Fase Preparatória

Seria a mastigação e a preparação e organização do bolo alimentar pra que o mesmo seja transportado para a faringe e em seguida para o esôfago (voluntária).

4.2.2 Fase Oral

É ainda voluntária, onde ocorre a elevação e impulsão do bolo alimentar em direção aos pilares amigdalianos anteriores e à faringe, iniciando o reflexo de deglutição.

4.2.3 Fase Faríngea

Representada pelo reflexo faríngeo, esta é a fase mais complexa da deglutição, porém tem duração total de apenas um segundo.

4.2.4 Fase Esofágica

Esta fase é completamente involuntária, iniciando a passagem do alimento pelo esfíncter esofágico superior. Existem duas ondas peristálticas (movimentação involuntária do esôfago que carrega o alimento), uma que vai da faringe para o esôfago e outra que vai do esôfago para o estômago (PADOVANI et al., 2007).

4.3 Disfagia

A disfagia pode ser resumida como a dificuldade na deglutição, a incapacidade de ingerir ou transportar nutrientes vitais ou secreções endógenas ao corpo humano. Não é uma patologia em si, e sim parte da sintomatologia clínica de diversas doenças tanto da orofaringe quanto sistêmicas (PADOVANI et al., 2007).

A nomenclatura que representa a dificuldade de deglutir é disfagia, do grego Dys-dificuldade e phagien-comer, e ela pode afetar desde a introdução do alimento na boca, até sua chegada ao estômago, resultando em ingestão e absorção inadequadas de alimentos, o que leva à desnutrição e a várias deficiências nutricionais. A disfagia pode ser resultado de alterações neurológicas e estruturais causadas por problemas na cavidade oral, na faringe, no esôfago e/ou junções gastroesofágicas, e traz o risco de causar engasgos, sufocamento, aspiração, problemas pulmonares e pneumonia, deficiências nutricionais, desidratação e até mesmo a morte (OLIVEIRA et al., 2008).

As várias modificações anatômicas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento tendem a transformar o mecanismo da deglutição na fase oral, faríngea e esofágica em uma deglutição menos eficiente e contribuir para o aparecimento de sintomas disfágicos.

Há evidências de que o desempenho da deglutição em pessoas idosas saudáveis é diferente da deglutição em seus pares mais jovens. Uma diferenciação entre a deglutição no envelhecimento e o que é disfagia no idoso se dá considerando, como parte do envelhecimento normal, as seguintes características: a diminuição da saliva (seja pela idade ou pelo tipo de medicamento usado), a lentificação do processo de mastigar e engolir, a escolha de alimentos mais moles (relacionada ao problema dentário), o trânsito do bolo alimentar mais lentificado, as sobras de alimento em seios piriformes, um pouco de tosse e aspiração em pequena quantidade (DIAS & CARDOSO, 2009).

O distúrbio de deglutição, ou disfagia, é o prejuízo no funcionamento de qualquer fase da deglutição, decorrente de comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico. A coordenação temporal entre os eventos da deglutição e da respiração é essencial para prevenir a aspiração pulmonar e para manter a nutrição e a hidratação adequadas.

Em indivíduos saudáveis, a respiração é interrompida durante a deglutição e retomada na fase expiratória, sendo este considerado um mecanismo de proteção e prevenção da aspiração laríngea. O padrão inspiratório após a deglutição, com a abertura das pregas vocais, pode facilitar a entrada de alimentos e saliva na laringe durante ou após a deglutição (CHAVES, 2011).

A disfagia no idoso é caracterizada como a presença da boca muito seca ou de baba, grande dificuldade para mastigar ou de manter o alimento na boca, a presença de movimentos incoordenados da língua e mandíbula na mastigação, a necessidade de deglutir o mesmo alimento várias vezes, tosse e engasgos frequentes, mudanças de postura de cabeça na deglutição, muito cansaço após as refeições, não percepção de resíduos alimentares na cavidade oral, cansaço para comer e evitação à alimentação (DIAS & CARDOSO, 2009).

Frequentemente a disfagia associa-se a doenças sistêmicas ou neurológicas, acidente vascular cerebral (AVC), câncer em território de cabeça e pescoço, efeitos colaterais de medicamentos ou quadro degenerativo próprio do envelhecimento. Acomete 16 a 22% da população acima dos 50 anos, alcançando índices de 70 a 90% de distúrbios de deglutição nas populações mais idosas. Estima-se que 20 a 40% dos pacientes após um AVC apresentam disfagia, sendo identificada aspiração em até 55% destes. Acomete mais de 95% dos pacientes com Doença de Parkinson. Vale ressaltar que a broncopneumonia aspirativa é a principal causa de mortalidade na população parkinsoniana (SANTORO, 2008).

As modalidades de tratamento para tumores de cabeça e pescoço, iniciais ou avançados, podem incluir a radioterapia indicada como tratamento exclusivo ou em combinação com cirurgia e quimioterapia. O principal objetivo do tratamento oncológico não cirúrgico é a preservação das funções de respiração, deglutição e comunicação.

Atualmente se tem discutido o impacto desse tipo de tratamento na função laríngea e na qualidade de vida desses pacientes, que podem sofrer sequelas decorrentes do tratamento: desnutrição, desidratação, perda de peso, dor, disfonia e

a ototoxicidade. A radioterapia exclusiva pode acarretar diferentes disfunções em diferentes graus, como xerostomia, odinofagia, perda ponderal do peso e a necessidade do uso de vias alternativas de alimentação. Alterações da deglutição afetam a eficiência e a segurança da alimentação. Esses distúrbios, independente da gravidade, podem desencadear modificações em diferentes aspectos da vida do indivíduo e ter impacto na qualidade de vida (PORTAS et al., 2011).

A disfagia pode conduzir à desnutrição pela redução ou restrição da ingestão alimentar, pois estes pacientes dificilmente consomem uma quantidade adequada de alimentos sólidos e/ou líquidos por medo de comer, por anorexia ou ainda pela própria dificuldade para a alimentação oral. Já a desidratação pode ser uma complicação importante no decorrer do tratamento da disfagia, pois pode haver necessidade de espessamento dos líquidos, com suspensão daqueles com consistência rala, com a finalidade de reduzir o risco de aspiração.

Em decorrência da desnutrição e da desidratação surgem inúmeras alterações corporais e metabólicas que, além de piorarem o processo da deglutição, afetam os sistemas imunológico e respiratório e contribuem para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca, a formação de úlceras de decúbito e a deficiência funcional do trato gastrointestinal, também interferem na resposta ao tratamento. Neste contexto, os pacientes disfágicos podem se encontrar em risco nutricional e, por isso, necessitam de assistência nutricional específica e acompanhamento constante (SONSIN et al., 2009).

A disfagia consiste na dificuldade da deglutição por perda na progressão ordenada do alimento da boca para o estômago. Trata-se do sintoma de uma doença em curso, podendo ocorrer em qualquer idade de forma imprecisa. Em função da localização do déficit estrutural, pode ser classificada em disfagia orofaríngea que vai da boca até o esfíncter cricofaríngeo e disfagia esofágica aquela abaixo do esfíncter cricofaríngeo.

A incoordenação do mecanismo de deglutição pode resultar em aspiração de alimentos ou regurgitação nasal. Assim a disfagia, geralmente é associada com tosse após a deglutição, dificuldade respiratória, infecção pulmonar, comprometendo tanto a parte respiratória do indivíduo como a sua nutrição (PAIXÃO & SILVA, 2010).

Disfagia é qualquer dificuldade na efetiva condução do alimento da boca até o estômago por meio das fases inter-relacionadas, comandadas por um complexo mecanismo neuromotor. É um sintoma que deve ser abordado interdisciplinarmente

por médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas e enfermeiros, uma vez que cada profissional contribui de forma independente para a melhora do paciente. A disfagia pode levar à desnutrição e à desidratação por inadequação dietética e em razão da consistência dos alimentos.

Na tentativa de se adaptar ao sintoma, o paciente altera a consistência dos alimentos e/ou das preparações acrescentando maior quantidade de água, reduzindo, assim, o valor calórico total. Com a dificuldade para deglutir líquidos finos, inclusive saliva, que requerem coordenação e controle, ocorre o risco de pneumonia aspirativa, sendo a avaliação precoce fundamental para minimizar ou mesmo evitar intercorrências clínicas.

A prevalência de disfagia também pode aumentar após a internação, como observado por Garcia et al, que avaliaram 440 pacientes internados e encontraram prevalência de disfagia menor no momento da internação comparada a 1 mês de hospitalização. Os fatores mais associados à disfunção foram idade, demência e AVE (PADOVANI et al., 2007).

A disfagia pode iniciar-se de um modo progressivo ou brutal, pode ser aguda ou crônica, intermitente ou constante. Sua etiologia pode ser de origem neurogênica, como acidente vascular encefálico, mal de Parkinson, mal de Alzheimer, miastenia gravis, distrofia muscular, nos traumas cranianos e câncer de cabeça e pescoço, tumores cerebrais, esclerose lateral amiotrófica, paralisia cerebral, síndrome de Guillian-Barret e encefalopatias anóxicas, entre outras. Caso existam traumas ou problemas neurológicos evidentes, é vista como um problema secundário. Podem ocorrer por próteses mal-adaptadas e pelo próprio envelhecimento do indivíduo (OLIVEIRA et al., 2008).

Observa-se que existe uma gama enorme de condições clínicas associadas à presença de disfagia. Para se ter o completo conhecimento da epidemiologia da disfagia, seria necessário conhecer dados de prevalência, incidência, fatores de risco e proteção da disfagia para cada condição clínica que cursa com a mesma. Sabemos que esses dados não são fáceis de serem obtidos. Alguns deles por nossa responsabilidade, no momento do preenchimento de dados hospitalares e prontuários médicos, comprometendo a confecção de um completo e atualizado banco de dados. Outros dados se perdem quando muitos dos nossos pacientes são avaliados em esquema de Home Care ou em Casas de Repouso, e acabam não contabilizados.

Fato relevante é o aumento da incidência da disfagia como diagnóstico principal ou secundário nos prontuários de pacientes hospitalizados. Contudo não sabemos se este achado se dá por um real aumento do número de pacientes disfágicos, ou à maior atenção destinada à presença do sintoma e sua documentação nos prontuários médicos.

É provável que a resposta correta seja atribuída à somatória das duas hipóteses, uma vez que efetivamente os profissionais de todas as áreas da saúde, compondo as equipes multidisciplinares dentro dos hospitais, estão cada vez mais coesos frente à importância das ações preventivas, do diagnóstico precoce e da terapêutica adequada. Além disso, o número de indivíduos disfágicos aumenta como consequência da expectativa de vida da população e aumento de afecções clínicas que cursam com disfunções da deglutição; além do aumento de sobrevivência de indivíduos, em especial prematuros e idosos, frente a dramáticas condições, graças ao avanço tecnológico de medicações e equipamentos em unidades de terapia intensiva e ao aprimoramento técnico das equipes que atuam junto a estes pacientes (SANTORO, 2008).

4.4 Classificação do Grau de Disfagia

A classificação é proposta conforme a gravidade do distúrbio de deglutição.

Nível I. Deglutição normal: a alimentação via oral completa é recomendada.

Nível II. Deglutição funcional: pode estar anormal ou alterada, mas não resulta em aspiração ou redução da eficiência da deglutição, sendo possível manter adequada nutrição e hidratação por via oral. Assim, são esperadas compensações espontâneas de dificuldades leves, em pelo menos uma consistência, com ausência de sinais de risco de aspiração. A alimentação via oral completa é recomendada.

Nível III. Disfagia orofaríngea leve: distúrbio de deglutição presente, com necessidade de orientações específicas dadas pelo fonoaudiólogo durante a deglutição. Necessidade de pequenas modificações na dieta; tosse e/ou pigarro espontâneos e eficazes; leves alterações orais com compensações adequadas.

Nível IV. Disfagia orofaríngea leve a moderada: existência de risco de aspiração, porém reduzido com o uso de manobras e técnicas terapêuticas. Necessidade de supervisão esporádica para realização de precauções terapêuticas; sinais de aspiração e restrição de uma consistência; tosse reflexa fraca e voluntária forte. O

tempo para a alimentação é significativamente aumentado e a suplementação nutricional é indicada.

Nível V. Disfagia orofaríngea moderada: existência de risco significativo de aspiração. Alimentação oral suplementada por via alternativa, sinais de aspiração para duas consistências. O paciente pode se alimentar de algumas consistências, utilizando técnicas específicas para minimizar o potencial de aspiração e/ou facilitar a deglutição, com necessidade de supervisão. Tosse reflexa fraca ou ausente.

Nível VI. Disfagia orofaríngea moderada a grave: tolerância de apenas uma consistência, com máxima assistência para utilização de estratégias, sinais de aspiração com necessidade de múltiplas solicitações de clareamento, aspiração de duas ou mais consistências, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca e ineficaz. Se o estado pulmonar do paciente estiver comprometido, é necessário suspender a alimentação por via oral.

Nível VII. Disfagia orofaríngea grave: impossibilidade de alimentação via oral. Engasgo com dificuldade de recuperação; presença de cianose ou broncos espasmos; aspiração silente para duas ou mais consistências; tosse voluntária ineficaz; inabilidade de iniciar deglutição (PADOVANI et al., 2007) .

4.4.1 Sintomas que podem acompanhar a disfagia

Existem alguns sintomas característicos que geralmente acompanham a disfagia:

1. Tosse ou engasgo com alimento ou saliva;
2. Pneumonias de repetição;
3. Refluxo gastro-esofágico;
4. Febre sem causa aparente;
5. Sensação de bolo na garganta;
6. Recusa alimentar;
7. Sonolência durante as refeições;

Sinais clínicos característicos de aspiração, ou seja, ausência de tosse, voz com qualidade vocal molhada (gargarejo), dispneia ou aumento de secreção em vias aéreas superiores (FRAGA et al.,).

4.4.2 Sinais esperados para um indivíduo disfágico

1. Dificuldade para realizar apreensão oral do alimento;
2. Dificuldade durante a mastigação;

3. Redução do controle oral do alimento na cavidade oral;
4. Escape do alimento para a faringe;
5. Regurgitação nasal ou oral;
6. Lentificação para a manipulação e preparo do alimento para deglutir;
7. Engasgos frequentes para qualquer consistência alimentar;
8. Insegurança e ansiedade no momento da refeição;
9. Qualidade vocal molhada, hipersecreção constante e alterações do padrão respiratório (FRAGA et al.,).

4.5 Diagnóstico da Disfagia

A atuação interdisciplinar em disfagia é fator comum defendido por pesquisadores e clínicos, uma vez que o paciente disfágico apresenta prejuízos nos aspectos médicos, nutricionais, fonoaudiológicos, fisioterápicos e psicológicos, sendo necessário, dessa forma, diversos profissionais para que todas as demandas do paciente sejam atendidas. A equipe que atua em disfagia deve incluir profissionais de diferentes áreas (enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos) e médicos de diferentes especialidades (otorrinolaringologistas, cirurgiões, neurologistas, gastroenterologistas, geriatras, radiologistas, entre outros). A avaliação interdisciplinar do paciente disfágico torna-se fundamental na determinação do diagnóstico e na elaboração do planejamento terapêuticos (SORDI et al., 2009).

Os métodos mais difundidos para avaliação da deglutição são a avaliação clínica da deglutição (ACD) e os exames instrumentais de videofluoroscopia (VFC) e videoendoscopia da deglutição (VED). A ACD não pode ser entendida como uma avaliação diagnóstica definitiva da disfagia, porém é um componente que permite compreender sua natureza. A ACD permite obter informações sobre a localização, o caráter, se estrutural ou funcional, e a etiologia subjacente, além de determinar a efetividade de algumas condutas. A ACD é interpretativa, baseia-se na observação da fase oral.

Dentre os exames instrumentais a VFC tem sido considerada o exame “padrão ouro”, porém devido ao seu alto custo e a escassez de locais que a realizam, a VED tem se mostrado acessível e factível. A videoendoscopia da deglutição é um exame simples, de baixo custo e pouco invasivo, além de facilmente transportado, tornando possível a realização de avaliações sequenciais em

pacientes com dificuldades de locomoção. Permite observar a fase faríngea da deglutição, possibilita a realização de manobras de proteção da via aérea, permitindo melhor orientação em relação à dieta desses pacientes.

A VED fornece informações estruturais e sensitivas da região faringo-laríngea, permitindo a observação funcional da fase faríngea da deglutição, bem como a visualização da aspiração silente. Estudos descrevem vantagens e contribuições da VED para a avaliação funcional da deglutição e destacam o espaço que o exame ganha no diagnóstico da disfagia (SORDI et al., 2009) .

Durante a realização da anamnese devem-se caracterizar cada um dos sintomas de maneira criteriosa para que se possa formular boa hipótese diagnóstica e decidir pelo melhor exame complementar. O tipo do alimento associado à disfagia deve ser bem explorado durante a história clínica, porque quando a disfagia é para líquidos, na fase inicial, a causa deve ter origem neuromuscular e quando para sólidos com progressão para líquidos as causas mais prováveis são de origem mecânica.

A disfagia é um complexo problema clínico que requer um adequado suporte nutricional. Quando mal diagnosticada, pode resultar em grave desnutrição calórico-proteica, desidratação e pneumonia aspirativa, esta última muito perigosa e responsável pela maior parte das mortes (CUENCA et al., 2007).

4.6 Avaliação Nutricional

Segundo os autores CASTRO & FRANK, 2009 prevalência da desnutrição é grande entre idosos, tanto naqueles institucionalizados quanto nos que vivem em suas residências. Muitas situações afetam o estado nutricional dos idosos, como fatores ambientais, funcionais, psicológicos, nutricionais e médicos. A disfagia, o maior tempo destinado à alimentação, as alterações na mastigação, a perda do apetite e outros aumentam o risco de desnutrição entre os idosos. Idosos desnutridos possuem uma maior chance de adquirir infecções, desenvolver a osteoporose com fraturas ósseas e apresentar problemas cardiorrespiratórios, dentre outras enfermidades que acentuam as desordens nutricionais frequentes com o envelhecimento.

Medidas antropométricas e dados bioquímicos, como proteínas séricas, vêm sendo utilizados na avaliação nutricional de idosos. Entretanto, a prática isolada desses parâmetros parece ter baixa especificidade. Valores antropométricos como

IMC, por exemplo, alteram-se em situação de retenção hídrica (edema). Valores bioquímicos como os da albuminemia podem estar alterados em idosos com doenças inflamatórias crônicas, não sendo exclusivo no diagnóstico da desnutrição. A sensibilidade do diagnóstico nutricional parece aumentar quando se utiliza pelo menos um dado antropométrico combinado a um bioquímico.

Pelo fato da desnutrição em idosos estar comumente ligada às doenças crônico-degenerativas, devem-se levar em consideração critérios clínicos na avaliação do estado nutricional. Nas últimas décadas, vários pesquisadores tentaram encontrar ferramentas confiáveis para avaliar o estado nutricional de idosos e, enquanto não se determina um consenso, muitos métodos diferentes têm sido utilizados.

4.6.1 Mini Avaliação Nutricional (MAN)

De acordo CASTRO & FRANK, 2009 a MAN é indicada para avaliação do estado nutricional na sua aplicação na sua aplicação integral. Sua forma reduzida está limitada ao processo de triagem. A definição dos conceitos de triagem e avaliação nutricional torna-se necessária diante da discussão frequente sobre a MNA e sua capacidade de rastrear e avaliar o estado nutricional.

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 alimentos; autonomia para se alimentar; avaliação global, com perguntas relacionadas ao estilo de vida e medicamentos utilizados e uma autoavaliação relativa à saúde e nutrição do idoso.

4.6.2 Avaliação Nutricional na Assistência Hospitalar

A hospitalização, por si só, deve ser considerada uma situação de risco para qualquer faixa etária. Contudo, deve-se dar atenção especial aos indivíduos idosos, os quais apresentam diversas comorbidades que impõem restrições alimentares, grande número de medicações com efeitos colaterais, hábitos alimentares que,

muitas vezes, não são respeitados pelo padrão de refeição hospitalar e mudanças no paladar e olfato, na dentição, na salivação, na mobilidade intestinal, além de lentificação do esvaziamento gástrico, que potencializa esse risco (CASTRO & FRANK, 2009).

4.7 Risco nutricional no idoso

De acordo com o I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. A desnutrição e a obesidade são frequentemente observadas nos idosos. Estes fatos estão relacionados com uma ampla variedade de condições socioeconômicas e variam de acordo com a área geográfica. Estes flagelos representam barreiras para um envelhecimento com sucesso e continuam a representar um grande desafio para a medicina geriátrica.

4.7.1 Triagem de Risco Nutricional e Disfagia

O idoso com risco nutricional e de disfagia configura o perfil tipicamente encontrado no ambiente hospitalar, em instituições de longa permanência para idosos, ou nos casos de idosos cronicamente enfermos em assistência domiciliária.

A desnutrição e a disfagia em idosos são frequentemente e erroneamente ignoradas, sendo associadas à senescência, postergando intervenções. Dessa forma a avaliação nutricional e de disfagia são fundamentais na avaliação geriátrica.

A identificação desse público de forma precoce, por meio de instrumentos de fácil aplicabilidade e alta especificidade e sensibilidade, é um grande desafio, considerando-se a ausência de diretrizes concretas para a população brasileira e o panorama atual dos serviços de saúde, muitas vezes limitado em número de profissionais, recursos e formação específica da equipe.

A triagem, diferentemente da avaliação, é considerada um processo de identificação das características associadas ao risco de desnutrição e disfagia, diferenciando indivíduos em risco daqueles com comprometimento estabelecido. Assim, a triagem promove a determinação de prioridades de assistência.

A triagem para avaliação de risco nutricional e de disfagia visa transpor e aperfeiçoar o modelo de avaliação geriátrica ampla (AGA) na determinação desses riscos, porque a AGA consiste em ampla avaliação que geralmente é realizada pelo médico, sob enfoque interdisciplinar, compreendendo um processo diagnóstico

multidimensional e ramificando-se em domínios avaliados por meio de protocolos específicos.

4.7.2 Equipe para Triagem

Considerando-se a assistência aos idosos com risco nutricional e de disfagia e partindo-se da premissa de que muitos necessitarão de terapia nutricional enteral (TNE), terapia nutricional parenteral (TNP/NPT – nutrition parenteral therapy) ou terapia nutricional oral (TNO), considerou-se a RDC n.63, de 6 de julho de 2000 (Regulamento Técnico que fixa os requisitos mínimos para TNE) como base para a determinação da equipe assistencial.

A equipe profissional responsável para aplicação da triagem deve ser composta por médico, nutricionista, fonoaudiólogo e enfermeiro, como mostra o quadro abaixo.

Procedimentos	Atribuições
Médico (a)	Realizar AGA e acompanhar clinicamente os idosos.*
Nutricionista	Aplicar triagem de risco nutricional.*
Fonoaudiólogo (a)	Aplicar triagem de risco de disfagia.*
Enfermeiro (a)	Realizar triagem gerontológica,** com avaliação de riscos, focando risco nutricional e de disfagia.*

Fonte: * Adaptado de RDC n.63, de 6 de julho de 2000.

** A triagem gerontológica de enfermagem deve ser realizada avaliando os seguintes domínios: exame físico e clínico, risco para úlcera por pressão e quedas, hábitos de vida, vacinas, alergias, acuidade visual e auditiva, padrões de higiene e de eliminações e condição nutricional.

4.7.3 Equipe Mínima

O I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados sugere que esta equipe seja representada por enfermeiro e/ou médico na etapa de triagem de risco de disfagia e desnutrição, principalmente por serem profissionais sempre integrantes das equipes de saúde e que possui, na maioria das vezes, uma rotina de maior contato com o idoso, facilitando a aplicação dos instrumentos de triagem e a identificação de sinais de risco.

4.7.4 Instrumentos para Triagem

A utilização de instrumentos ou questões relacionadas à avaliação de risco nutricional e de disfagia torna-se necessária para a sistematização da avaliação de risco, uma vez que os idosos são assistidos por uma equipe multi e/ou interdisciplinar, uniformizando os critérios.

A opção deve estar voltada para instrumentos validados, de fácil aplicação, sensíveis e específicos para essa população.

4.7.5 Risco Nutricional

A triagem nutricional realizada de forma precoce (em até 48 horas da admissão), com o objetivo de identificar o risco nutricional, é o primeiro passo para a assistência nutricional e para a prevenção de complicações relacionadas à depleção das reservas corpóreas, baseada no sistema de vigilância nutricional.

Diversos fatores são considerados sinais de risco para desnutrição, exigindo instrumentos com abordagem multifatorial representado pela aplicação de vários métodos, o que resulta em instrumentos pouco práticos e viáveis. Assim, para atender a necessidade da identificação de risco nutricional em idosos e sua complexidade de forma simples e aplicável, Guigoz ET AL. Publicaram a Miniavaliação Nutricional (MNA), um questionário composto por 18 questões, subdividido em quatro domínios: antropometria, dietética, avaliação global e autoavaliação. Cada questão possui um valor numérico que varia de 0 a 3 e contribui para o escore final, que atinge pontuação máxima de 30. A interpretação é baseada no escore total e, quando a MNA é menor que 17, representa desnutrição; entre 17 e 23,5, risco nutricional; e maior ou igual a 24, eutrofia.

4.7.6 Risco de Disfagia

A detecção do risco de disfagia é multiprofissional e pode ter como pilar a identificação de alguns componentes, como:

- Doença de base, antecedentes e comorbidades;
- Sinais clínicos de aspiração;
- Complicações pulmonares;
- Funcionalidade da alimentação.

Vale ressaltar que a literatura não dispõe de instrumentos específicos e validados para a população brasileira na triagem de risco de disfagia em idosos, de modo que a utilização dos critérios clínicos deve ser adotada como referencial.

Os profissionais da equipe mínima podem identificar situações de risco para disfagia por meio da checagem de critérios de risco, sem necessariamente oferecer alimentos. No quadro abaixo, encontram-se descritos esses critérios.

4.7.7 Fatores de Risco para Disfagia a Serem Investigados na Triagem

Fatores de risco	Relação com aumento de risco (continua)
Doenças de base, antecedentes e comorbidade.	<p>Disfagia neurogênica: AVE, TCE, doença de Parkinson, demências, ELA, EM, tumores do SNC, distrofias musculares, miastenia grave, polineuropatia do doente crítico.</p> <p>Disfagia mecânica: cirurgias e ferimento por arma de fogo em região de cabeça e pescoço, cirurgias e osteófito cervical.</p> <p>Demais condições clínicas: IOT, TQT, rebaixamento do nível de consciência, delirium.</p> <p>Comorbidades: DPOC, DRGE.</p>
Presença de sinais clínicos de aspiração durante e após as refeições.	<p>Tosse</p> <p>Engasgo</p> <p>Voz molhada</p> <p>Dispnéia</p>
Ocorrência de complicações Pulmonares	<p>Investigar a ocorrência de episódios de pneumonia e a relação com a disfagia.</p>
Funcionalidade da alimentação	<p>Dependência motora para alimentação: utilização de utensílios modificados e ajuda para alimentação.</p> <p>Tempo de refeição: maior ou igual a 30 a 40 min.</p> <p>Mudança de consistência alimentar: involução da consistência.</p>

Fatores de risco	Relação com aumento de risco (conclusão)
Perda de peso	Investigar se houve perda de peso não programada nos últimos 3 meses.

Fonte: I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em idosos hospitalizados, p.13. São Paulo, 2011.

AVE: acidente vascular encefálico, TCE: traumatismo cranioencefálico, ELA: esclerose lateral amiotrófica, EM: esclerose múltipla, SNC: sistema nervoso central, IOT: intubação orotraqueal, TQT: traqueostomia, DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica, DRGE: doença do refluxo gastroesofágico.

A indicação da presença de risco de disfagia é consolidada por meio da identificação de um ou mais critérios maiores ou dois critérios menores, como mostra o quadro abaixo.

Identificação do risco de disfagia em idosos.

Critérios	Sinais de risco para disfagia	Número de critérios para caracterizar risco
Critérios Maiores	Doenças de base, antecedentes e comorbidade.	presença de 1 ou mais
Critérios menores	Funcionalidade da alimentação Perda de peso	presença de 2 ou mais

Fonte: I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em idosos hospitalizados, p.14. São Paulo, 2011.

A identificação precoce do estado nutricional e a subsequente intervenção em idosos disfágicos podem amenizar os efeitos deletérios da desnutrição, necessitando da atuação conjunta de médicos, nutricionistas e fonoaudiólogos, para que as dificuldades presentes sejam sanadas, prevenindo o aparecimento de outras alterações e garantindo um envelhecimento ativo.

Evidências da triagem de risco nutricional e disfagia

	Recomendações	Evidência	Localização
Profissionais	Enfermeiro e/ou médico são os profissionais responsáveis pela triagem nutricional e de disfagia.	C	Equipe para triagem Equipe mínima
Instrumento de Triagem	Nutricional: MNA-SF revised Disfagia: identificação de critérios de risco maiores e menores	B C	Risco nutricional Risco de disfagia

Fonte: I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em idosos hospitalizados, p.14. São Paulo, 2011.

4.8 Desnutrição

A desnutrição é um problema comum nas pessoas idosas que é raramente reconhecido e diagnosticado, levando ao insucesso e incapacidade para cobrir as necessidades nutricionais dos doentes. Apesar dos estudos usarem diferentes critérios para identificar a má nutrição nos idosos, há clara evidência que a desnutrição afeta pessoas que vivem em suas casas, em instituições e em maior extensão em pacientes com doenças agudas ou crônicas que se encontram hospitalizados (OLIVEIRA et al., 2008).

4.8.1 Causas das Deficiências Nutricionais no Idoso

Atualmente, o estudo e conhecimento dos processos envolvidos no envelhecimento ganharam interesses consideráveis. A alimentação, desde que nutricionalmente adequada, exerce papel fundamental na promoção, manutenção e recuperação da saúde de pessoas idosas, sendo que várias mudanças decorrentes do processo de envelhecimento podem ser atenuadas com uma alimentação adequada e balanceada nos aspectos dietético e nutritivo.

Os idosos apresentam condições peculiares que condicionam o seu estado nutricional, os fatores envolvidos nas causas das deficiências nutricionais verificadas na população idosa, em parte são condicionados pelos processos inerentes às alterações fisiológicas do envelhecimento, pelas enfermidades e por fatores relacionados com a situação socioeconômica em que se encontra o idoso.

Estima-se que mais de 15% dos idosos têm alimentação diária com menos de 1.000 kcal/dia, observando-se uma porcentagem ainda maior entre as populações menos favorecidas economicamente. Estudos sugerem que grande parte dos idosos consome alimentos de má qualidade, em virtude dos insuficientes recursos econômicos provenientes de aposentadorias e/ou pensões.

O estudo realizado por Kemp et al., por exemplo, demonstrou que aproximadamente 90% dos idosos estudados apresentaram ingestão alimentar abaixo dos Dietary Reference Intakes (DRIs) para vitamina B6 e zinco, em torno de 50% apresentaram ingestão inadequada.

Outros fatores determinantes no quadro nutricional dos idosos estão diretamente ligados às alterações fisiológicas intrínsecas ao processo de envelhecimento. Tais como as mudanças na percepção sensorial, na capacidade mastigatória, na composição e no fluxo salivar e na mucosa oral, na estrutura e função do estômago e intestino, no pâncreas e na estrutura e função do fígado. A tabela abaixo sintetiza as principais mudanças clínicas observadas em decorrência desses fatores (MALAFAIA, 2008).

Principais fatores fisiológicos determinantes das deficiências nutricionais nos idosos e as mudanças clínicas observadas, decorrentes desses fatores:

Fatores determinantes	Mudanças clínicas	(continua)
Alterações na percepção Sensorial	Declínio ou perda de acuidade visual, olfato e sensação de gustação, o que reduz o apetite dos idosos.	
Alterações na capacidade Mastigatória	Inadequação do processo digestivo tanto no aspecto enzimático quanto no mecânico, o que reduz a digestão e absorção dos nutrientes nos idosos.	

Fatores determinantes	Mudanças clínicas	(conclusão)
Alterações na composição e no fluxo salivar e na mucosa oral	Redução das células das glândulas salivares, aparência lisa, na mucosa e diminuição da espessura do epitélio na cavidade oral, o que diminui o apetite nos idosos.	
Alterações na estrutura e função do estômago e intestino	Atrofia da mucosa gástrica, resultando em menor produção de ácido clorídrico, e diminuição na secreção do fator intrínseco, o que provoca menor absorção da vitamina B12.	
Alterações no pâncreas	Redução da função pancreática sob estimulação repetida dos hormônios secretina ou colecistocinina.	
Alterações na estrutura e na função do fígado	Redução da síntese proteica, do metabolismo lipoproteico e da secreção da bile, o que altera o metabolismo energético dos idosos.	

Fonte: MALAFAIA, 2008.

4.9 Tratamento da Disfagia

O tratamento baseia-se nas intervenções na causa base da disfagia que, frequentemente, é representada pelo tratamento das doenças associadas.

As condutas devem ser dadas de acordo com a classificação da disfagia e incluem a indicação de: (a) via alternativa de alimentação, como as sondas enterais e gástricas; (b) terapia fonoaudiológica, podendo ser direta (com alimento) e/ou indireta (sem alimento) e; (c) alimentação via oral assistida pelo fonoaudiólogo, de acordo com a seleção das consistências. As propostas de conduta baseadas na classificação da disfagia estão a seguir:

- Para os níveis I e II, a conduta será (c);
- Para os níveis III, IV e V, a conduta será (a) + (b) + (c) e
- Para os níveis VI e VII, a conduta será (a) + (b).

Classificação da disfagia/nível	Conduta da Disfagia	Indicação da via de alimentação	(continua)
I e II	c	(c) alimentação via oral assistida pelo	

Classificação da disfagia/nível	Conduta da Disfagia	Indicação da via de alimentação (conclusão)
III, IV, V	a/b/c	fonoaudiólogo, de acordo com a seleção das consistências. (a) via alternativa de alimentação, como as sondas enterais e gástricas. (b) fonoaudiológica, podendo ser direta (com alimento) e/ou indireta (sem alimento). (c) alimentação via oral assistida pelo fonoaudiólogo, de acordo com a seleção das consistências.
VI e VII	a/b	(a) via alternativa de alimentação, como as sondas enterais e gástricas. (b) fonoaudiológica, podendo ser direta (com alimento) e/ou indireta (sem alimento).

Fonte: OLIVEIRA et al., 2008

4.10 Terapia Nutricional

A terapia deve ser iniciada quando há desnutrição ou risco de desenvolvê-la, ingestão oral da oferta alimentar inferior a 75%, disfagia, doenças catabólicas e /ou perda de peso involuntária superior a 5% em três meses ou maior que 10% em seis meses. A indicação correta do tipo de dieta, a aplicação, a via de administração e o tipo de fórmula são os principais fatores a serem considerados na administração da terapia enteral. O profissional deve estar atento às intercorrências comuns, dentre elas: aumento do resíduo gástrico, distensão abdominal, diarreia, obstipação, vômitos e regurgitação da dieta. O fonoaudiólogo tem papel fundamental nesse processo, pois, juntamente com o nutricionista, realiza toda a adaptação dos graus de consistências dos alimentos e a reabilitação da ingestão de forma segura para o controle da disfagia (MILNE et al., 2005).

Um dos problemas enfrentados na tentativa de prover uma terapia nutricional a esses indivíduos é a sobrecarga de fluidos, pois com a atividade simpática prejudicada, ocorre um retardo do esvaziamento gástrico. A retenção de fluidos também presentes em pacientes críticos pode limitar a utilização da nutrição

parenteral, devido à sobrecarga de fluidos na função pulmonar e nas trocas gasosas.

Outros fatores, como a diminuição da sensibilidade da laringe, diarreia, distensão abdominal, estase gástrica e vômitos, podem também contribuir com essas inadequações, uma vez que, na presença de tais complicações, o volume da dieta a ser administrado é diminuído ou, até mesmo, ela pode ser suspensa (OLIVEIRA et al., 2008) .

A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea pode ser comprovada quando o paciente alimentar-se eficientemente por via oral ou ganhar peso, ou com a redução de pneumonia aspirativa (OLIVEIRA et al., 2008).

4.10.1 A Importância da Textura dos Alimentos

Ao se falar em disfagia, é de suma importância determinar duas características dos alimentos: sua textura e viscosidade. A textura é a soma das sensações cinestésicas derivadas da degustação dos alimentos e envolve características principais, das quais vale destacar firmeza, elasticidade, fraturabilidade, mastigabilidade/dureza, adesividade, coesão e viscosidade, sendo essa a variável mais importante no momento da deglutição (OLIVEIRA et al., 2008) .

Os líquidos ralos dificultam a deglutição de pacientes que apresentam o controle oral reduzido e ainda apresentam o risco de aspiração do alimento. Para evitar que isso ocorra, deve ser determinada a viscosidade ideal do alimento, de modo que sua deglutição ocorra de maneira segura (OLIVEIRA et al., 2008) .

A viscosidade é a resistência do líquido ao fluxo, ou seja, a densidade do líquido. Existem quatro tipos de viscosidade dos alimentos: ralo, néctar, mel e pudim. Além da determinação da textura e da viscosidade da dieta, é necessário que se correlacione o tipo de disfagia à modificação que será realizada na dieta do paciente:

- Nível 1: dieta geral;
- Nível 2: dieta geral, com mais tempo para realizar a refeição;
- Nível 3: dieta branda assistida;
- Nível 4: dieta branda ou semi-sólida, assistida e com auxílio, caso seja necessário;

- Nível 5: dieta semi-sólida ou pastosa, assistida e com utilização de estratégias especiais/manobras durante a alimentação;
- Nível 6: uso parcial de via oral, sendo mais indicada dieta pastosa, assistida, e com uso de manobras compensatórias de deglutição;
- Nível 7: restrição total de dieta via oral (OLIVEIRA et al., 2008) .

As fases da reintrodução da alimentação são constituídas por, basicamente, quatro etapas, onde ocorre a evolução gradativa da consistência e da quantidade de alimentos oferecidos. Estudos realizados sobre a adequação de ingestão alimentar de pacientes críticos revelaram uma inadequação calórica e proteica em grande parte desses pacientes.

Com a finalidade de evitar o risco de aspiração, os pacientes devem ser submetidos à reintrodução alimentar de maneira segura e de forma gradativa, obedecendo-se às fases preestabelecidas com alimentos de consistências variadas, administradas sob a supervisão de fonoaudiólogo, até que se consiga o alcance da fase 4. Estima-se que o tempo médio para que os pacientes recebam a dieta via oral é de 48 horas. A via de acesso ao paciente disfágico deve ser definida de acordo com sua condição básica e deve ser constantemente reavaliada (OLIVEIRA et al., 2008) .

Níveis de severidade da disfagia x modificação dietética mais apropriada:

Reintrodução da alimentação via oral	Dieta indicada	Nº de ofertas/dia	% aceitação	Tipo de alimento	Conduta
Nível 1-2	Geral	5X/dia	100% via	Leite, sucos chá, pães, carnes, grãos, verduras, legumes, frutas.*	Manutenção da terapia nutricional exclusivamente, por via oral, promovendo a manutenção, o ganho de peso e a hidratação.
Nível 2-3	Leve	5X/dia	75% via oral	Leite, suco, chá, pão de leite, arroz papa, caldo de feijão, carne	Retirada da terapia nutricional enteral, se a aceitação via oral for satisfatória em todas as ofertas,

(continua)

Reintrodução da alimentação via oral	Dieta indicada	Nº de ofertas/dia	% aceitação	Tipo de alimento	Conduta (conclusão)
				moída ou desfiada, legumes cozidos, frutas de textura macia. (compota de maçã, banana).	se a aceitação via oral for insatisfatória, a terapia nutricional enteral no período noturno será mantida.
Nível 4-5	Pastosa	5X/dia	75% via oral	Mingau espesso, sopa creme, papa de frutas, purê de legumes, carne liquidificada.	Diminuição da terapia nutricional enteral, se a aceitação via oral for satisfatória.
Nível 5-6	Cremosa	3x/dia	50% via Oral	Creme espesso (apenas para o treino da deglutição). Ex: mingau de maizena, flan, pudim.	

Fonte: COSTA et al.,2003.

4.10.2 Espessantes de Alimentos

Atualmente, existem muitos tipos de espessantes que podem ser utilizados para engrossar líquidos, diminuindo assim, o risco de aspiração. Os principais tipos de espessantes podem ser divididos em duas classes: as gomas e os amidos. A classe dos amidos pode ser dividida em três tipos: os amidos, os amidos naturais e os modificados. Dentre os modificados, encontram-se suplementos que são usualmente utilizados em hospitais, como o Thick Easy (Hormel/ HealthLabs/ Frenesius) e o Resource TickenUp Clear (Nestlé) e Nutilis (Support). Esses suplementos são bem aceitos, pois não alteram o sabor e a cor dos alimentos, e oferecem uma média de 18 calorias a cada 5 g (OLIVEIRA et al., 2008) .

Exemplo de cardápios e composição nutricional das dietas padronizadas para pacientes com disfagia

Consistência/Refeição	Leve Batida	Pastosa I	Pastosa II	Pastosa Arroz Geral
Desjejum	Mingau de amido de milho	Mingau de amido de milho	Café com leite com espessante	Café com leite
			Pão “tipo hot dog” com margarina	Pão francês com margarina
			Purê de frutas	Fruta macia (ex: mamão)
Almoço	Sopa de vegetais e carne bovina, liquidificada	Arroz papa	Arroz papa	Arroz
	Purê de frutas	Caldo de feijão	Caldo de feijão	Caldo de feijão
	Suco de frutas com espessante	Carne liquidificada	Carne liquidificada	Carne moída/desfiada
		Purê de raízes ou tubérculos	Purê de raízes ou tubérculos	Raízes ou tubérculos (refogado, suflê ou purê)
		Purê de frutas	Purê de frutas	Gelatina
		Suco de frutas com espessante	Suco de frutas com espessante	Suco de frutas

Merenda	Mingau de amido de milho	Mingau de amido de milho	Mingau de amido de milho	Leite com chocolate
				Biscoito doce
Jantar	Sopa de vegetais e frango, liquidificada	Arroz papa	Arroz papa	Arroz
	Purê de frutas	Caldo de feijão	Caldo de feijão	Caldo de feijão
	Suco de frutas com espessante	Frango liquidificado	Frango liquidificado	Frango moído/desfiado
		Purê de raízes ou tubérculos	Purê de raízes ou tubérculos	Purê de raízes ou tubérculos
		Purê de frutas	Purê de frutas	Fruta macia (ex: melancia)
		Suco de frutas com espessante	Suco de frutas com espessante	Suco de frutas
Lanche noturno	Mingau de amido de milho	Mingau de amido de milho	Mingau de amido de milho	Café com leite
				Biscoito salgado
Óleo vegetal	Não há adição	12g	12g	12g
Sal	4g	6g	6g	6g

VET*	1087,75kcal	1824,00kcal	2236,00kcal	2116,55kcal
Proteína	54,63g	82,43g	90,53g	112,65g
%VET Carboidrato	75,8	66,1	66,0	57,5
%VET Proteína	21,0	18,1	17,0	17,4
%VET Lipídio	4,0	15,1	17,0	25,1

* VET: Valor Energético Total

Fonte: Serviço de Nutrição e Dietética HU-USP.

Tipos de consistência

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

Fonte: NDD, 2002. National Dysphagia Diet

4.10.3 Terapia de Hidratação Oral

A desidratação é um problema frequente que acomete os indivíduos com disfagia. É necessário que ocorra monitoramento diário da hidratação por meio de registros de ingestão/diurese, exame laboratorial e físico do paciente.

O uso de espessantes industriais (amidos modificados) em líquidos ralos e a oferta de alimentos com alto teor de líquido, como purês de frutas e hortaliças, mingaus de cereais, manjares e pudins, e auxiliam na prevenção da desidratação. Caso o paciente não consiga suprir sua necessidade hídrica via oral, recomenda-se o uso de sonda nasogástrica ou nasoentérica, ou por via endovenosa.

A preocupação com a nutrição e hidratação adequadas nos idosos deve ser uma constante, pois a diminuição de ingestão alimentar nos asilos é observada com frequência e tem como um dos principais fatores etiológicos os distúrbios da deglutição (FURKIN et al., 2010).

4.11 Intervenção Fonoaudiológica

De acordo com o I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados o tratamento fonoaudiológico deve estar apoiado na avaliação nutricional e, assim, considerar as necessidades calóricas e de hidratação de cada paciente. Dessa forma, o paciente poderá, sem riscos, ser reabilitado e passar de alimentação por sonda enteral ou gastrostomia para alimentação por via oral sem prejuízo à sua saúde.

A atuação fonoaudiológica com disfagia orofaríngea, no Brasil, alcançou proporções significativas e merece, nesse momento, atenção para que seja baseada em evidências científicas.

O maior desafio no atendimento fonoaudiológico em âmbito hospitalar, no trabalho com pacientes disfágicos, tem sido evitar intercorrências, principalmente respiratórias, e retirar o mais rápido possível as vias alternativas de alimentação, diminuindo os custos hospitalares com a atuação multidisciplinar e o trabalho especializado em disfagia.

Para alcançar esse objetivo, o fonoaudiólogo lança mão de técnicas específicas que podem ser divididas em dois grandes grupos:

- terapia indireta: consiste na aplicação de técnicas sem oferecimento de alimento que visam à melhora dos aspectos de mobilidade e sensibilidade de todas as

estruturas envolvidas no processo de deglutição, supondo apenas a deglutição de saliva durante os exercícios e solicitações para deglutir;

- terapia direta: consiste na aplicação de técnicas com oferecimento de alimento que visam a compensar ou treinar a eficiência da deglutição.

A orientação fonoaudiológica compreende mudanças no posicionamento do paciente, mudanças de volume, sabor, consistência e temperatura do bolo alimentar, realização de exercícios de mobilidade, tonicidade e sensibilidade oral e manobras posturais ou compensatórias. A higiene oral dos pacientes também precisa ser cuidadosamente orientada, mesmo quando não estiver sendo oferecida a dieta oral.

A atuação fonoaudiológica voltada para o estabelecimento de um programa terapêutico para a detecção precoce da disfagia em meio hospitalar, constitui importante fator de diminuição de riscos que envolvem a ocorrência de broncopneumonia aspirativa e o desequilíbrio nutricional dos pacientes. A atuação fonoaudiológica procura oferecer tratamento mais eficaz ao paciente para o retorno mais precoce possível a sua independência.

Na reabilitação do paciente disfágico é importante avaliar suas alterações e o impacto destas em sua vida social, lembrando que esse sintoma pode privá-lo de um de seus grandes prazeres por longo período ou até mesmo por “tempo indeterminado” sendo primordial a elaboração de estratégias que lhe garantam a qualidade de vida, e que lhe possibilite o retorno da função, nem sempre próxima da função normal, mas que lhe permita manter, dentro de suas limitações, a nutrição e hidratação adequada, e a saúde pulmonar (ABDULMASSIH et al., 2009).

5. CONCLUSÃO

Alimentar-se considera mais do que necessidades orgânicas, deve ser um momento prazeroso para o indivíduo. O processo de alimentação do idoso deve seguir também este raciocínio, não basta somente pensar na qualidade da dieta, o idoso com disfagia precisa ter condições de conduzir este alimento até a boca e necessita realizar de maneira adequada ou adaptada a mastigação e deglutição dos alimentos.

Quando se pensa em idosos com riscos nutricionais ou desnutridos e com limitações perceptivas, motoras, cognitivas e/ou mentais é importante a avaliação e intervenção terapêutica nutricional e fonoaudiológica. Para avaliar as necessidades desses idosos, que ao se alimentar não seja algo de desconforto ou que venha comprometer o seu estado nutricional e de hidratação.

Portanto, torna-se imprescindível, quando confirmar o diagnóstico, a atuação de equipe multiprofissional responsável para aplicação da triagem em disfagia, basicamente deve ser composta por: médico, nutricionista, fonoaudiólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional e psicólogo são os profissionais de saúde de fundamental importância na terapia geral da saúde do idoso com disfagia.

O idoso com risco nutricional e de disfagia configura o perfil tipicamente encontrado no ambiente hospitalar, em instituições de longa permanência para idosos, ou nos casos de idosos cronicamente enfermos em assistência domiciliar.

Este estudo possibilitou estimar o quanto se faz necessário a assistência aos idosos, com risco nutricional e disfagia, partindo-se da premissa que sejam tratados precocemente, evitando assim, maiores prejuízos ao seu estado nutricional, hidratação e consequências gerais de saúde. Portanto, muitos necessitarão de terapia nutricional enteral (TNE), terapia nutricional parenteral (TNP) ou terapia nutricional oral (TNO) ou vias concomitantes.

REFERÊNCIAS

- ABDULMASSIH, Edna Márcia da Silva et al. Evolução de pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar. *Arq. int. otorrinolaringol.*, São Paulo, v.13, n.1, p.55-62, 2009.
- CASTRO, Patrícia Rocha; FRANK, Andréa Abdala. Miniavaliação nutricional na determinação do estado e saúde de idosos com ou sem doença de Alzheimer: Aspectos positivos e negativos. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v.14, n.1, p.45-64, 2009.
- CAVALCANTI, Christiane Leite et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev. Salud Pública*, v.11, n.6, p.865-877, 2009.
- CHAVES, Rosane de Deus et al., Sintomas indicativos de disfagia em portadores de DPOC. *J Bras Pneumol.*, v.37, n.2, p.176-183, 2011.
- CUENCA, Ronaldo Mafia et al. Síndrome disfágica. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.*, v.20, n.2, p.116-118, 2007.
- DIAS, Berenice Klimek Pereira; CARDOSO, Maria Cristina de Almeida Freitas. Características da função de deglutição em um grupo de idosos institucionalizados. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v.14, n.1, p.107-124, 2009.
- DIAS, Roberta Bolzani de Miranda et al. Tonturas e quedas em idosos: um olhar a partir da teoria do desengajamento. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v.16, n.2, p.245-260, 2011.
- FRAGA, Letícia de Menezes et al. Nutrição na maturidade: Aspectos da disfagia. Educação continuada - Nestlé Nutrition. Disponível em: <<http://www.nestle-nutricaoodomiciliar.com.br/documentos/aspectosdisfagia/pdf>>. Acesso em 11 jun. 2012.
- FURKIN, Ana Maria et al. A instituição asilar como fator potencializador da disfagia. *Rev. CEFAC*, v.12, n.6, p.954-963, nov/dez. 2010.
- LEITE, Ana Isabel dos Santos Costa. Envelhecimento e risco nutricional. 2004. Monografia, Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Portugal, 2004.
- MACIEL, Juliana Rolim Vieira; OLIVEIRA, Carlos Jorge Rocha; TADA, Cristiane de Melo Pantaleão. Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.21, n.4, p.411-421, jul/ago. 2008.
- MALAFAIA, Guilherme. As consequências das deficiências nutricionais associadas à imunossenescência na saúde do idoso. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v.33, n.3, p.168-176, 2008.
- MENDES, Márcia R.S.S Barbosa et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm.*, v.18, n.4, p.422-426, 2005.

NASCIMENTO, Clarissa de Matos et al. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: Revisão de literatura. Rev. Med., Minas Gerais, v.21, n.2, p.174-180, 2011.

OLIVEIRA, Mariana Mendonça Gregghi et al. Terapia nutricional em disfagia: A importância do acompanhamento nutricional. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 6, n.16, abr/jun. 2008.

PADOVANI, Aline Rodrigues et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol., São Paulo, v.12, n.3, jul/set. 2007.

PAIXÃO, Carina Teixeira; SILVA, Lolita Dopico da. Características de pacientes disfágicos em serviço de atendimento domiciliar público. Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v.31, n.2, p.262-269, jun., 2010.

PANISSA, Camila Oliveira; VANISSON, Helena Siqueira. Risco de desnutrição em idosos hospitalizados: avaliando ingestão alimentar e antropometria. DEMETRA, v.7, n.1, p.13-22, 2012.

PORTAS, Juliana et al. Deglutição após tratamento não cirúrgico (radioterápico/radioquimioterápico) do câncer de laringe. Brazilian Journal Otorhinolaryngology, v.77, n.1, p.96-101, jan/fev. 2011.

SANTORO, Patrícia Paula. Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, ações terapêuticas e perspectivas futuras. Rev. CEFAC, v.10, n.2, abr/jun., 2008.

SONSIN, Patrícia Bissoli et al. Análise da assistência nutricional a pacientes disfágicos hospitalizados na perspectiva de qualidade. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.33, n.3, p.310-319, 2009.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em idosos hospitalizados. ed.1, São Paulo, 2011.

SORDI, Marina et al. Importância da interdisciplinaridade na avaliação das disfagias: Avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v.75, n.6, nov/dez. 2009.