



ARTIGOS

***ANÁLISE CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO E DIFICULDADES
DE ALIMENTAÇÃO DE IDOSOS DESNUTRIDOS
EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL***

*Lúcia Serpentino Cortés**

*Tereza L. Bilton***

*Heloísa Suzuki****

*Elaine Paulikas Sanches*****

*Juliana Paula Venites******

*Gabriela de Luccia******

* Fonoaudióloga. Especialista em Gerontologia pela Unifesp-EPM.

** Fonoaudióloga. Professora assistente doutora da PUC-SP. Coordenadora da especialização em Gerontologia da Unifesp-EPM. Membro do centro de medicina diagnóstica Fleury.

Endereço para correspondência: rua Maestro Cardim, 354, sala 102, Paraíso, São Paulo – SP
CEP: 01323-000. E-mail: bilton@attglobal.net

*** Fonoaudióloga. Supervisora da especialização em Gerontologia da Unifesp-EPM. Pós-graduanda do Programa de Radiologia Clínica da Unifesp-EPM.

**** Fonoaudióloga. Supervisora da especialização em Gerontologia da Unifesp-EPM. Pós-graduanda em Epidemiologia pela Unifesp-EPM.

***** Fonoaudióloga. Pós-graduanda em reabilitação pela Unifesp-EPM.

***** Fonoaudióloga. Pós-graduanda em Psicobiologia pela Unifesp-EPM.

Introdução

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que modificam progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte (Carvalho Filho, 1996).

É fato que o envelhecimento é também um fenômeno de caráter universal e irreversível, pois todas as pessoas (e todos os organismos vivos) passam por este processo de alterações funcionais e estruturais dos diversos órgãos e sistemas do corpo, que não pode ser adiado ou anulado. Não há dúvida: um dia todos nós iremos envelhecer.

No mundo todo vem sendo observado um gradativo processo de envelhecimento populacional, condizente com a melhora nas condições de vida e bem-estar geral da população. O aumento da expectativa de vida é fruto do progresso contínuo de luta contra a mortalidade (Martins de Sá, 1998).

O Brasil vem passando por esse processo, já que, a partir da década de 70, a taxa de crescimento populacional começou a apresentar sensível redução. Em 1999, a população idosa brasileira era de 12,6 milhões de habitantes, ou seja, 7,7% da população do país, sendo 6,9 milhões de mulheres e 5,7 milhões de homens, numa razão de 120 mulheres para cada 100 homens (Ferrari, 1999; Araújo e Alves, 2000).

Essas alterações são devidas ao avanço contínuo e rápido da medicina; ao livre acesso às informações, fazendo com que haja maior divulgação de medidas de controle da natalidade e prevenção de doenças graves e contagiosas; à melhora geral nas condições de vida, que levam à diminuição das taxas de mortalidade. Em outras palavras, o aumento da sobrevida é consequência do desenvolvimento sócio-econômico-cultural-tecnológico.

Economicamente, o aumento da população não produtiva sobrecarrega a população ativa e aumenta os gastos e as despesas do sistema de previdência social, gerando grande impacto na repartição dos escassos recursos disponíveis (Ferrari, 1999).

Socialmente, a família passa a assumir um papel muito mais importante, pois, além de ser o centro de referência do idoso, é ela que fornece o apoio de saúde, o suporte econômico, social e emocional, com o propósito de manter o equilíbrio físico e psíquico do indivíduo nesta fase da vida (idem, *ibidem*).

As modificações na área da saúde vêm acompanhando esse processo de transição e também são evidentes, uma vez que, com a diminuição da mortalidade desta população, as causas de morte e morbidade se alteraram, havendo substituição das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crônicas, que provocam diversas incapacidades nesta população. Com isto, torna-se imprescindível oferecer serviços de saúde cada vez mais especializados, que assegurem o suprimento das necessidades e carências destes indivíduos, melhorando sua qualidade de vida (Queiroz, 1999; Ferrari, 1999).

A assistência à saúde dos idosos vem evoluindo de modo significativo em razão do já citado aumento de demanda decorrente do processo de transição demográfica, do maior conhecimento sobre o processo natural de envelhecimento e do acesso a técnicas diagnósticas e terapêuticas.

Ante todas essas mudanças e exigências inerentes ao processo de envelhecimento, é de se supor que um único profissional não disponha de recursos suficientes para suprir todas as necessidades dessa população. Faz-se necessário, então, a atuação de uma equipe composta por profissionais de diversas áreas do conhecimento humano, que tenha condições de prestar assistência específica e produzir resultados eficientes e positivos para o paciente.

Martins de Sá (1998) afirma que a interdisciplinaridade não se trata da redução das ciências a um denominador comum, mas da cooperação entre os conteúdos vivos, de modo a configurar uma nova totalidade, com um estatuto de coerência científica, com atividades racionais e caminhos próprios para se chegar ao conhecimento de um objetivo específico.

A disciplina de Geriatria da Unifesp – EPM conta com equipe interdisciplinar formada por assistente social, dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudióloga, médico geriatra, nutricionista e terapeuta ocupacional. Estes profissionais atuam na Enfermaria de Geriatria do Hospital São Paulo, nos Ambulatórios da Geriatria, no Lar Escola São Francisco e no Programa de Assistência Domiciliária ao Idoso.

No caso específico da Fonoaudiologia, um dos aspectos que permeia a atuação deste profissional com os idosos é a preocupação com a ocorrência de distúrbios de deglutição, sua prevenção e reabilitação, isto porque a disfagia é uma alteração que pode levar a quadros de desnutrição e/ou pneumonia aspirativa.

Em homens e mulheres, a partir dos 60 e 65 anos de idade, respectivamente, ocorre declínio anual do peso corporal, gerando deficiências nutricionais relacionadas às dificuldades de alimentação e processos de doença (Keller, 1993; Gazewood e Mehr, 1998).

De maneira bastante simplificada, pode-se dizer que a deglutição é o processo pelo qual o alimento é transportado da boca até o estômago. Aparentemente, é um processo simples, que ocorre quase sem percebermos, mas é muito complexo, pois necessita do funcionamento coordenado e rápido de um grande número de músculos e nervos, ocorrendo concomitantemente aos processos de mastigação e respiração. Compreende três fases, apontadas: oral, faríngea e esofágica.

Domenech e Kelly (1999) consideram que a disfagia é a sensação de que sólidos ou líquidos não foram engolidos corretamente. Os pacientes apresentam sintomas tais como mudanças na voz, sensação de “bola” ou dor na hipofaringe, tosse durante ou após comer, engasgos, pigarro freqüente, perda de peso, infecções respiratórias.

Desta forma, por se tratar de uma dificuldade de ingerir alimentos por via oral, a disfagia pode comprometer gravemente a condição nutricional do indivíduo e seu quadro clínico geral, debilitando-o e colocando sua saúde em risco, tendo graves conseqüências, como desidratação, desnutrição, pneumonia aspirativa e até mesmo a mortalidade (Marchini, Ferriolli e Moriguti, 1998).

Deste modo, é de extrema importância a presença efetiva do fonoaudiólogo nas equipes multidisciplinares que atuam junto a idosos, para avaliar, acompanhar e gerenciar o processo de reabilitação da disfagia, contribuindo para que o diagnóstico diferencial não seja feito tardiamente (Furkim e Silva, 1999).

O trabalho do fonoaudiólogo deve estar, também, intimamente interligado à atuação da equipe de nutrição, já que é este profissional que desenvolve e realiza a orientação nutricional individualizada visando a correção dos hábitos

alimentares inadequados e a programação da ingestão de dieta balanceada de acordo com a necessidade de cada paciente (Cardoso et alii, 1990), visando a melhora do estado nutricional do idoso e conseqüentemente a melhora de sua qualidade de vida.

Diante disso, os objetivos da presente pesquisa são: verificar se pacientes idosos acompanhados em ambulatório, com diagnóstico nutricional de desnutrição, apresentam também dificuldades de deglutição e analisar a atuação conjunta da nutricionista e da fonoaudióloga na melhora destes distúrbios.

Material e método

Foram avaliados nove pacientes, com variação de idade entre 64 e 86 anos (média de 76,3 anos), sendo sete do sexo feminino e dois do sexo masculino.

Todos eles foram atendidos nos diversos ambulatórios da Disciplina de Geriatria da Unifesp, passando freqüentemente por consulta médica e acompanhados por nutricionistas da disciplina de Nutrição, quando necessário.

Apenas os pacientes diagnosticados como desnutridos, a partir da avaliação nutricional, foram submetidos à avaliação fonoaudiológica específica para o reconhecimento das dificuldades de deglutição.

A avaliação fonoaudiológica foi realizada com o propósito de identificar alterações de deglutição, e, para tanto, obtiveram-se dados de história clínica da deglutição, realizaram-se exame estrutural da musculatura dos órgãos fonoarticulatórios e exame funcional da deglutição propriamente dita.

A avaliação nutricional foi composta pela obtenção criteriosa de uma série de dados a respeito do paciente, tais como: história clínica e dietética, exames laboratoriais e medidas antropométricas, para que se determinasse o diagnóstico do estado nutricional do idoso e para que as medidas de intervenção e conduta fossem adotadas.

Todas as informações da avaliação nutricional e fonoaudiológica foram registradas em um protocolo individual preenchido pelo fonoaudiólogo que realizou a avaliação.

Este protocolo foi dividido em três partes: dados de identificação, avaliação fonoaudiológica e avaliação nutricional (anexo).

Resultados

Gráfico 1 – Pacientes que referiram alguma dificuldade para se alimentar

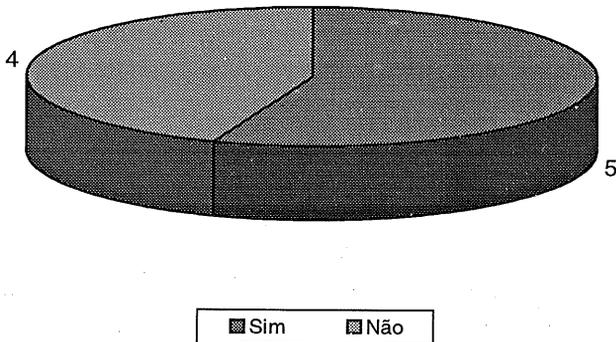


Gráfico 2 – Tipo de prótese utilizada pelos pacientes que apresentavam dificuldades para se alimentar

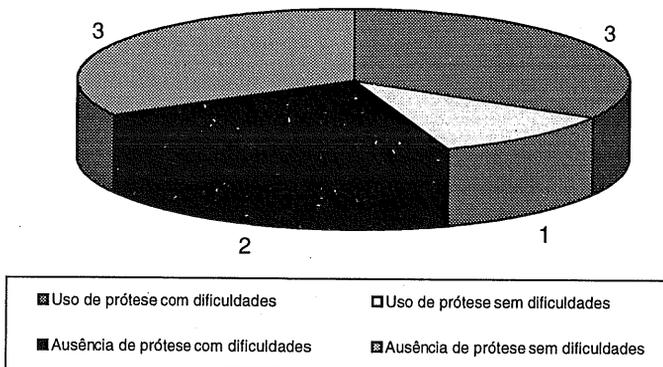


Gráfico 3 – Consistência ingerida pelos pacientes que apresentavam dificuldade alimentar

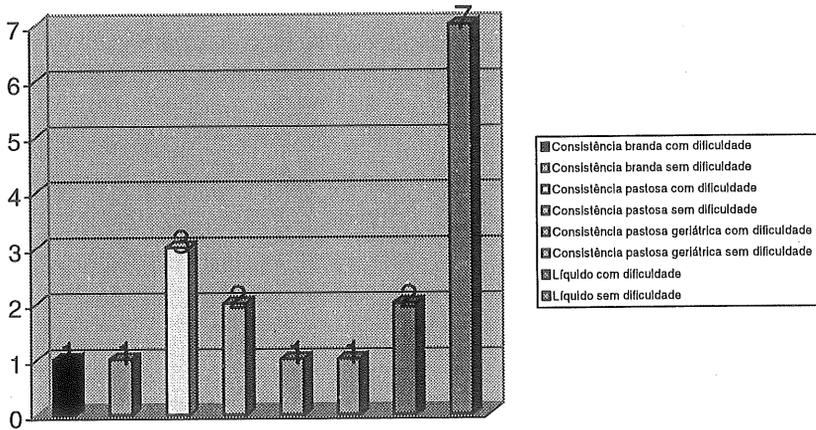


Gráfico 4 – Tipos de dificuldades encontradas na alimentação

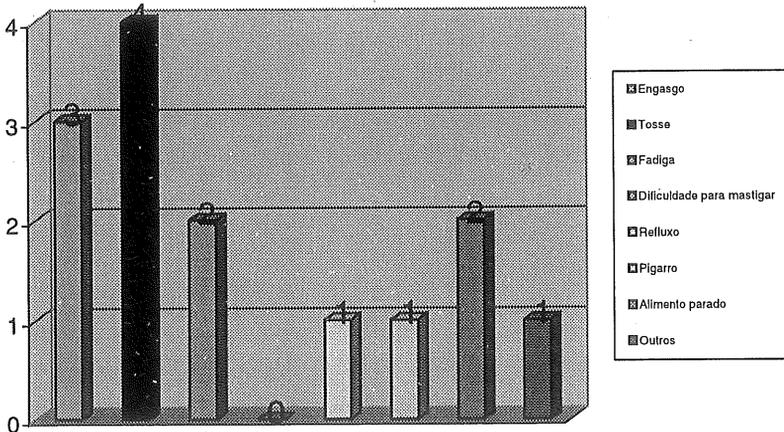


Gráfico 5 – Quantidade de quilos perdidos por paciente

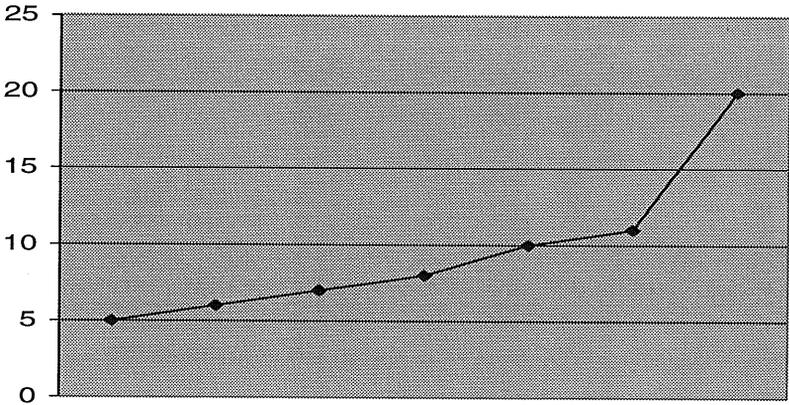


Gráfico 6 – Tempo de ocorrência de perda de peso

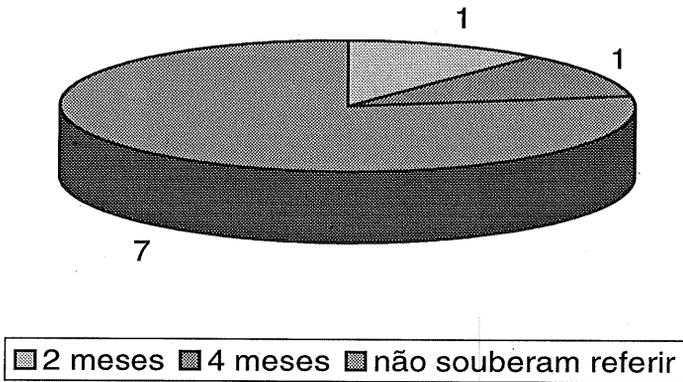


Gráfico 7 – Índices de massa corpórea (IMC) apresentados pelos paciente

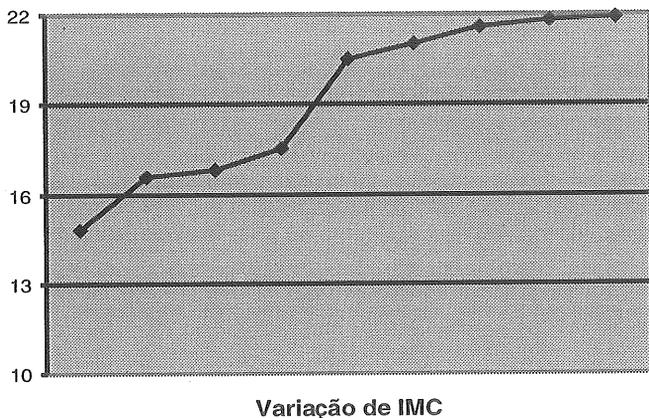
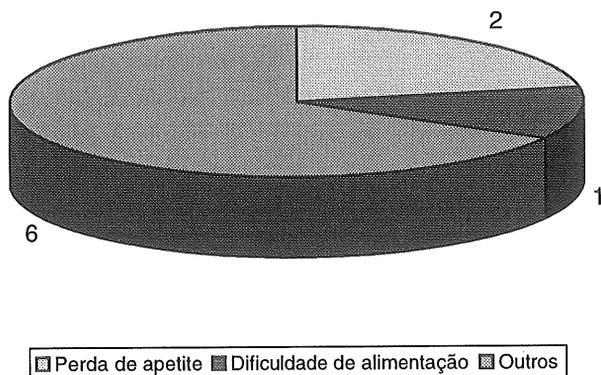


Gráfico 8 – Perda de peso versus disfagia



Discussão

Estudou-se a ocorrência de dificuldades de deglutição (Gráfico 1) e observou-se que cinco sujeitos (55,5%) apresentaram dificuldades e os outros quatro (44,4%) não tiveram qualquer alteração.

Sabe-se que a deglutição compreende a ocorrência de uma série de eventos encadeados, coordenados e rápidos e, de acordo com Furkim e Silva (1999), sua função primeira e básica é nutrir e hidratar o indivíduo, garantindo sua sobrevivência.

Estas informações são compatíveis com Keller (1993), ao referir que as carências nutricionais estão relacionadas com a disfagia, ou seja, pacientes disfágicos apresentarão perda de peso e recusa de alimento. Clark (1994) aponta, também, que qualquer um ou todos os estágios da deglutição podem estar prejudicados, com o grau da disfagia variando de um ligeiro desconforto à desnutrição.

Estes autores deixam claro que os mecanismos pelos quais a alteração de deglutição acarretará prejuízos ao estado nutricional – ou seja, a diminuição da ingestão alimentar, a ocorrência de dificuldades como tosse ou engasgo e a modificação da consistência alimentar – serão fatores primordiais no desenvolvimento da perda de peso e sua posterior evolução para a desnutrição.

Morley e Kraenzle (1994) estudaram 185 pacientes, dos quais apenas 13 (7%) apresentavam desnutrição causada por distúrbio da deglutição. Mais uma vez, observa-se a relação entre a disfagia e a desnutrição; porém, este estudo citado obteve um pequeno número de sujeitos apresentando as duas alterações concomitantemente, o que, de certo modo, é coerente com a atual pesquisa, já que um pequeno grupo de indivíduos foi analisado e todos apresentavam desnutrição e alguma doença de base que também pode alterar o estado nutricional e promover a ocorrência de dificuldades de deglutição.

Assim como qualquer outra doença, os idosos estão sujeitos ao aparecimento de dificuldades para se alimentar e, conseqüentemente, de desnutrição, de maneira que estas duas alterações devem ser identificadas o quanto antes para que sejam evitadas intercorrências como a instabilidade de todo quadro clínico, o que pode comprometer a vida do indivíduo.

Ao analisar a avaliação fonoaudiológica de cada paciente, pôde-se observar que, nas idades de 60 a 69 anos e 70 a 79 anos, houve a mesma incidência de dificuldades, com dois casos em ambas as faixas etárias; na faixa de 80 a 89 anos, houve apenas um caso de alteração de deglutição.

A partir da análise destes dados, notou-se que não houve muita relação entre a faixa de idade e a ocorrência da disfagia, isto é, seria de se supor que maiores dificuldades para alimentação estariam presentes em indivíduos mais velhos; porém, acreditamos que, nestes casos, as alterações estejam mais relacionadas às condições gerais de saúde, do que propriamente à idade.

A literatura não faz referências específicas ao aparecimento e à gravidade das alterações e dificuldades de deglutição de acordo com a faixa etária do indivíduo, parecendo haver uma série de fatores contribuintes para a suscetibilidade do paciente em apresentar distúrbio da deglutição, como a dependência para se alimentar, estado da dentição e consistência alimentar, entre outros.

Ainda neste segmento, estudou-se a relação entre o uso de próteses dentárias e a ocorrência de dificuldades de deglutição (Gráfico 2), sendo observado que três pacientes (33,3%), usuários de prótese dentária apresentaram disfagia, e, entre os indivíduos não usuários, dois (22,2%) apresentaram dificuldades. Um sujeito (11,1%), dentre os que usam prótese dentária, e três (33,3%) dos que não utilizam não apresentaram dificuldade de deglutição.

Esses resultados apresentam bastante coerência com a literatura pesquisada, já que a maior parte dos indivíduos que utiliza próteses dentárias apresentou dificuldade de deglutição, assim como Macedo, Gomes e Furkim (2000), que apontaram que dentaduras mal adaptadas trazem mais transtornos e compensações na fase oral da deglutição, ocasionando descontrole e incoordenação do bolo.

Johnson et alii (1995) referem que a dentição deficiente, entre outras alterações, pode afetar a mastigação e modificar a alimentação. Fucile et alii (1998) sugerem que as dificuldades de deglutição, provavelmente, estão relacionadas ao uso de dentaduras, e Gazewood e Mehr (1998) afirmaram que, dentre as dificuldades para comer, o número de problemas dentais seria um fator importante para a perda de peso.

Como se vê, mais do que a dificuldade de mastigação, a utilização de uma prótese mal adaptada ou a ausência de dentes e próteses podem levar a modificações na alimentação, que, por sua vez, se mal administradas, poderão causar perda de peso e desnutrição.

Foi observado, neste estudo, que todos os pacientes estavam desnutridos (em maior ou menor grau), e as alterações dentárias também foram bastante evidentes, podendo, ambas, serem justificadas e ser explicadas pela ocorrência de dificuldades de deglutição.

Durante a avaliação fonoaudiológica, foi constatado que muitos pacientes que utilizavam próteses as possuíam há vários anos, estando elas em condições insatisfatórias, e muitos destes sujeitos perceberam a precariedade da adaptação protética, apontando a dificuldade e o incômodo à mastigação, ou mesmo a dificuldade em manter a prótese fixa ao abrir a boca ou simplesmente falar, o que é confirmado por Bacha et alii (1999), já que em sua pesquisa encontraram idosos com dificuldades de deglutição relacionadas, pelo próprio paciente, às falhas dentárias.

Alencar e Curiati (1994) apontam que problemas dentários são comuns em idosos, pois a maioria não tem dentes próprios e geralmente não consegue se adaptar a próteses. No presente estudo, o número de pacientes que não possuem próteses dentárias foi bastante considerável, e apenas um destes sujeitos possui dentes próprios. Dentre estes pacientes, a metade (2 = 22,2%) apresentou dificuldades para deglutir, sendo um resultado bastante significativo.

Deste modo, viu-se que a ausência de dentes e a utilização de próteses dentárias mal adaptadas são fatores associados à ocorrência de dificuldades de deglutição e, possivelmente, à desnutrição.

Quanto ao estudo da ocorrência de dificuldades de alimentação e sua relação com a consistência alimentar ingerida (Gráfico 3), dos dois pacientes que referiram ingerir alimentos em consistência branda, um (5,55%) apresentou dificuldade de alimentação; três idosos (16,7%) alimentados com dieta em consistência pastosa apresentaram dificuldades; um (5,55%) apresentou dificuldade de deglutição com a dieta pastosa geriátrica e um (11,1%) apresentou dificuldade na ingestão de líquidos, principalmente água.

Vale ressaltar que os dois pacientes que se referiram e apresentaram dificuldade na ingestão de água estavam consumindo a dieta em consistência pastosa.

Groher e Mckraig (1995) apontam que a disfagia é um dos motivos pelo qual as dietas mecanicamente alteradas são indicadas, podendo justificar os resultados aqui obtidos, pois a maioria dos pacientes apresentou algum tipo de dificuldade, predominando a ingestão de dieta em consistência alterada. Por outro lado, não se pode esquecer que alguns pacientes manifestaram preferência por alimentos mais amolecidos e também maior facilidade em mastigar devido à ausência de dentes, de modo que esse tipo de consideração já foi apontado por Johnson et alii (1995).

Estes mesmos autores observaram em seu estudo que 3% dos pacientes que recebiam dieta normal (geral) e 10% dos que recebiam dieta de purê apresentavam dificuldade para deglutir. Embora os dados analisados na presente pesquisa sejam poucos, refletem este panorama, já que é muito provável que os pacientes com dieta normal estejam com alguma alteração dentária ou muscular, ou ainda alguma condição de saúde que justifique a dificuldade encontrada; enquanto os pacientes que recebem dieta em forma de purê normalmente estão bastante debilitados, o que, por si só, causa uma série de dificuldades.

No estudo referente à ocorrência dos tipos de dificuldades encontradas para se alimentar (Gráfico 4), observou-se que quatro pacientes (28,5%) apresentaram tosse e três (21,5%) apresentaram engasgo. A fadiga e a sensação de alimento parado foram referidas por dois pacientes (14,2%) cada uma. O pigarro e a sensação de refluxo foram apontados por um paciente (7,2% cada).

Apenas um paciente (7,2%) referiu a ocorrência de outra alteração, sendo esta a necessidade de fazer “força” para deglutir.

Embora alguns pacientes tenham referido dificuldade para mastigar os alimentos e Clark (1994) assinala esse sintoma como um dos causadores de prejuízos da deglutição, no presente estudo esta dificuldade não foi considerada, pois foi apontada por pacientes que não possuem dentes e/ou próteses dentárias.

Domenech e Kelly (1999) sugerem que a disfagia é a sensação de que sólidos ou líquidos não foram engolidos corretamente e, assim como Furkim e Silva (1999) e Clark (1994), apontam que os sinais clínicos da disfagia são a

mudança de voz, sensação de “bola” ou dor na hipofaringe, deglutição com esforço, tosse ou sufocação durante ou imediatamente após a alimentação, pigarro, regurgitação ou refluxo esofágico, perda de peso e pneumonia.

Portanto, fica clara a importância de investigar e identificar a ocorrência desses sintomas que, como pôde-se observar, estiveram bastante presentes nos pacientes estudados, já que cada um apresentou mais de uma dessas alterações, além de apresentarem alguma doença de base e desnutrição.

Quanto ao sintoma tosse, Macedo, Gomes e Furkim (2000) apontam que esse é um sinal de alerta para a presença de potencial aspiração laringo-traqueal, o que evidencia a necessidade de uma investigação mais aprofundada dos pacientes aqui estudados, uma vez que esta foi a alteração de maior predominância.

Um paciente referiu a sensação de refluxo gastro-esofágico e houve também um caso de ocorrência de pigarro constante (talvez como consequência de um refluxo ainda não percebido). Ao analisarmos a avaliação fonoaudiológica desses pacientes, observamos a ocorrência de posicionamento inadequado durante e principalmente após as refeições.

Isto demonstra que, de acordo com o proposto por Drakulovic et alii (1999), o refluxo pode ser reduzido pelo posicionamento adequado dos pacientes e que uma posição inclinada, além de diminuir o refluxo, previne a colonização anormal da orofaringe e a aspiração do conteúdo gástrico. Sendo assim, faz-se necessário fornecer aos pacientes as orientações necessárias para que estes sintomas sejam eliminados e para que sua saúde não seja colocada em risco.

Keller (1993) e Gwendolyn (1994) sugerem que a presença de um pequeno desconforto à deglutição (como deglutir com esforço) ou uma dificuldade de alimentação (como engasgo) irão afetar a habilidade de o paciente consumir os alimentos e, portanto, tem-se diminuída e prejudicada a ingestão de nutrientes.

Desta forma, supõe-se que todas essas dificuldades e alterações para deglutir de forma eficiente, associadas à idade e às condições clínicas gerais dos pacientes, sejam responsáveis pela significativa modificação na alimentação e pelo conseqüente desenvolvimento da desnutrição.

No estudo referente à frequência de ocorrência de perda de peso nesta população, observou-se que todos os pacientes avaliados apresentavam, além da desnutrição, história de perda de peso.

Esses dados são compatíveis com os de Gazewood e Mehr (1998), que apontam um declínio médio anual de 0,5% do peso para homens e mulheres a partir dos 60 e 65 anos, respectivamente. Além disso, Lipschitz (1994) refere que perder peso ou estar significativamente abaixo do peso é comum em idosos. Manson e Shea (1991) relatam que, embora a desnutrição seja frequente em pacientes idosos de ambulatório, o diagnóstico nutricional específico não é feito em muitos casos.

Estes autores afirmam que perder peso e estar desnutrido, muitas vezes, são aspectos independentes; contudo, os resultados obtidos evidenciaram o contrário, isto é, os pacientes já diagnosticados como desnutridos apresentavam perda de peso.

Estas informações e a literatura pesquisada apontam também para a importância da realização do diagnóstico e, assim, mais uma vez, é necessário ressaltar que todos os profissionais envolvidos no tratamento desses pacientes devem estar atentos à ocorrência da desnutrição e/ou perda de peso.

Para o estudo referente à quantificação da perda de peso e ao tempo estimado em que esta ocorreu (Gráficos 5 e 6), os resultados apresentados nos Gráficos 6 e 7 terão análise conjunta.

Observou-se a quantidade de quilos que cada sujeito referiu ter perdido. No total, a variação de perda de peso foi de 5 kg a mais de 20 kg, sendo a média de 7,4 kg. No Gráfico 4, é possível visualizar mais detalhadamente a variação da perda de peso apresentada pelos idosos.

Quanto ao tempo de ocorrência da perda de peso, a maior parte dos sujeitos (7=77,7%) não conseguiu referir o período de tempo aproximado em que se deu o emagrecimento, e apenas dois (22,2%) foram capazes de referir um período de tempo aproximado, de modo que não foi possível precisar o quanto a perda de peso apresentada por esses indivíduos foi excessiva, uma vez que Morley e Kraenzle (1994) definiram perda de peso excessiva como a perda de 2,5/3 kg em três meses ou mais.

Além disso, essas informações nos fazem supor que, ao não ser capaz de referir o período de tempo ou a quantidade de quilos perdidos, grande parcela

desses idosos experimentou uma perda de peso importante e involuntária e, conforme Lipschitz (1994) descreveu, podem estar mantendo ingestão nutricional inadequada, que não atende às suas necessidades.

Além disso, todos os idosos estudados apresentavam uma série de outros problemas de saúde, que, de acordo com Chang, Katz e Ambrose (1990), provocam mudanças no comportamento do idoso que podem gerar grande impacto na sua nutrição e ingestão alimentar. Portanto, a existência da doença pode ter se configurado em um fator de maior importância e preocupação para o idoso e seus familiares/cuidador, e a perda de peso passou a ser percebida secundariamente ou em um momento de maior fragilidade do idoso, ou ainda por pessoas que não fazem parte da convivência diária do paciente, como o médico.

No estudo referente ao índice de massa corpórea (IMC) obtido para cada paciente (Gráfico 7), observou-se que todos os indivíduos estavam desnutridos, baseado no critério estabelecido por Lipschitz (1994), que recomenda que pessoas acima de 65 anos tenham um IMC entre 24 e 29, e que um IMC de 22 é indicativo de quadro de desnutrição.

Todos estes pacientes estudados realizam acompanhamento periódico com nutricionista, de maneira que, dos nove sujeitos, três apresentaram IMC muito próximo da eutrofia (21,6; 21,8 e 21,9 kg/m²) e, embora possam estar apresentando melhor estado geral, são pacientes que ainda possuem risco nutricional, necessitando orientações para adequar a ingestão nutricional, atingir e manter suas necessidades.

Observou-se também que 3 pacientes (33,3% da amostra total) apresentaram IMC muito baixo, sendo 14,8; 16,6 e 16,8 kg/m². Ao analisar a história clínica desses pacientes, é possível notar que dois destes indivíduos possuem idades entre 70 e 79 anos e são dependentes nas atividades de vida diária, o outro indivíduo possui mais de 80 anos e diagnóstico de síndrome consumptiva a esclarecer.

Esses dados são compatíveis com Keller (1993) e Gazewood e Mehr (1998), que referem que a excessiva perda de peso pode indicar a existência de uma doença séria ou fatal e está, também, associada ao declínio funcional, sendo aspectos fundamentais na determinação e manutenção do estado nutricional do idoso.

Marchini, Ferrioli e Moriguti (1998) apontam, também, que a ingestão de alimentos está relacionada a estados mórbidos do paciente; portanto, quanto menor a ingestão calórica, mais provável que o indivíduo seja mais velho, tenha menor peso e maior dependência funcional.

Tomando por base a história clínica de todos os pacientes, as informações obtidas em literatura justificam e sustentam as hipóteses levantadas para as causas de perda de peso observadas, os baixos índices de massa corpórea e, conseqüentemente, a desnutrição, uma vez que todos os pacientes apresentavam, no mínimo, alguma doença de base.

Estudou-se também a existência da associação entre perda de peso, falta de apetite, dificuldades para deglutir ou outras causas (Gráfico 8).

Observou-se que apenas dois sujeitos (22,2%) referiram inapetência e um (11,1%), dificuldade para deglutir. Os seis restantes (66,6%) apontaram causas alheias aos dois aspectos anteriores.

Keller (1993) sugeriu que a desnutrição do idoso está associada, entre outros fatores, à disfagia e aos distúrbios de alimentação. Clark (1994) refere que a disfagia apresenta, como um de seus sintomas, inexplicável perda de peso. Morley e Kraenzle (1994) estudaram 185 pacientes, dos quais 7% apresentavam desnutrição causada por distúrbios da deglutição e, finalmente, Gazewood e Mehr (1998) referem que importante perda de peso pode ter como causa a anorexia ou dificuldade para comer.

Ao se observar os resultados obtidos, é possível perceber que uma pequena parcela dos indivíduos relacionou sua perda de peso a alterações alimentares. A disfagia é uma dificuldade de deglutição que interfere no adequado transporte do bolo alimentar da boca ao estômago. Como conseqüência, muitos idosos têm afetada a aceitabilidade do alimento, modificando a composição das refeições e a ingestão potencialmente dietética.

Por outro lado, os dados obtidos em literatura fazem associação direta entre a perda de peso e a disfagia, e esta associação foi observada em menor escala nos sujeitos avaliados (1=11,1%).

Embora a inapetência também seja fator contribuinte para a perda de peso, esta é citada apenas por Gazewood e Mehr (1998); porém, foi referida por dois indivíduos (22,2% da população estudada).

Há uma série de fatores que podem levar o indivíduo à inapetência. Doenças agudas, processos crônicos agudizados, síndrome consumptiva, isolamento social, depressão ou uso de medicamentos são algumas das situações que podem provocar perda de apetite e conseqüente ingestão inadequada de alimentos e nutrientes, promovendo a perda de peso e posterior desnutrição.

Ao analisar a história dos pacientes que não associaram a perda de peso à disfagia ou inapetência, observou-se que nenhum deles citou qualquer outra causa objetiva, ficando muitas vezes subentendido que, para estes indivíduos, a causa de sua perda de peso era desconhecida.

De acordo com os autores estudados, embora a inapetência e a disfagia sejam problemas de freqüente ocorrência em indivíduos idosos, é comum que estas alterações não sejam percebidas como causa de emagrecimento e perda de peso. Em alguns casos, essa associação realmente parece não existir, sendo necessário recorrer à história clínica e ao diagnóstico médico para procurar uma possível etiologia explicativa do quadro de desnutrição.

Os mesmos autores referem que processos de doença ou declínio funcional são causas comuns para perda de peso e desnutrição em idosos, e esses fatores são claramente observados na história clínica de todos os pacientes.

Considerações finais

Nestas últimas décadas, o Brasil vem sofrendo gradual e significativa modificação em sua composição demográfica. Com a diminuição da mortalidade infantil e as melhoras econômicas e sociais, ocorreu um aumento da expectativa de vida, promovendo o crescimento da população idosa.

Esta modificação populacional exige que todos os setores da sociedade se alterem a fim de se adaptar e melhor atender a clientela.

Neste sentido, os serviços de saúde são os mais afetados, pois a população idosa é muito distinta e requer cuidados bastante amplos e específicos, envolvendo a participação de uma gama variada de profissionais da saúde.

Para a Fonoaudiologia, abre-se um campo de atuação ainda pouco conhecido e explorado, necessitando pesquisas que favoreçam o crescimento da profissão e, conseqüentemente, do profissional, que, ao se aprimorar, passa a desempenhar melhor sua função.

Por este motivo, realizou-se a presente pesquisa com o objetivo de verificar se pacientes idosos acompanhados em ambulatório, com diagnóstico de desnutrição, apresentam também dificuldades de deglutição, analisando-se comparativamente os dados fonoaudiológicos e relacionando-os ao quadro nutricional.

Ao realizar uma atenta pesquisa nesta área, nota-se a existência de inúmeras publicações nas quais se estudou a disfagia em seus múltiplos aspectos, incluindo a desnutrição, tanto como uma provável causa da disfagia, como uma conseqüência evidente.

Porém, nenhum destes estudos determinou se a disfagia é decorrente de uma deficiência no estado nutricional ou se é a disfagia que favorece a ocorrência da desnutrição.

Em função do reduzido número de pacientes participantes desta pesquisa, não foi possível comprovar com significância estatística a relação direta entre os distúrbios de deglutição e a disfagia. Sendo assim, é necessário que novos estudos sejam realizados, já que este é um conhecimento de suma importância ao fonoaudiólogo que atua junto a pacientes idosos ou desnutridos.

Entretanto, esta pesquisa pode discutir aspectos inéditos na área e que poderão ser incorporados à prática clínica.

Conclusão

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, cujo objetivo é verificar se pacientes idosos acompanhados em ambulatório, com diagnóstico de desnutrição, apresentam também dificuldades de deglutição, pôde-se concluir que:

- de um modo geral, os pacientes não identificaram a disfagia como uma possível causa da perda de peso, sendo a inapetência e os demais problemas de saúde apontados como responsáveis pelo emagrecimento;
- pacientes idosos portadores de desnutrição apresentam alterações em fase oral da deglutição, independente de sexo ou idade;

- pacientes idosos desnutridos, que não apresentam alterações de deglutição propriamente dita, manifestam condições orais favoráveis ao aparecimento da disfagia;
- houve predominância da ingestão de alimentos em consistência modificada (pastosa e pastosa geriátrica) em decorrência a alterações dentárias, dificuldades de mastigação, engasgo, tosse, entre outras alterações;
- todos os pacientes idosos desnutridos, mesmo que não apresentem disfagia, necessitam orientações fonoaudiológicas como um meio de prevenção de quadros infecciosos secundários à fragilidade imposta pelo estado nutricional;
- é de fundamental importância a atuação interdisciplinar junto ao paciente idoso desnutrido, garantindo o suprimento de suas necessidades e a efetiva qualidade de vida.

Resumo

O presente trabalho visa verificar se pacientes idosos acompanhados em ambulatório, com diagnóstico de desnutrição, apresentam também dificuldades de deglutição. Para tanto, nove idosos desnutridos de ambos os sexos, com idades entre 64 e 86 anos, foram submetidos a avaliação fonoaudiológica específica para identificação de alterações em fase oral da deglutição. Concluiu-se que idosos desnutridos são mais susceptíveis ao desenvolvimento de alterações de deglutição, necessitando da atuação conjunta de nutricionistas e fonoaudiólogos para que as dificuldades presentes sejam sanadas, prevenindo o aparecimento de outras alterações e garantindo a melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: *dificuldades de deglutição; alimentação; idoso.*

Abstract

The present study aims to ascertain whether elderly ambulatory patients, with a nutritional diagnosis of malnutrition, also present swallowing difficulties. So, 9 malnourished elderly men and women, aged from 64 to 86, were specifically assessed by a speech/language therapist to identify any alteration in the oral phase of swallowing. We can conclude that malnourished elderly people are more likely

to develop dysphagia; it is necessary that nutritionists and speech/language therapists work together to remove the present difficulties and to prevent the outcome of other disorders, thus guaranteeing an effective quality of life.

Key-words: *difficulties on swallowing; feeding; elderly.*

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo verificar si pacientes edosos con acompãamiento ambulatorial y con diagnóstico de desnutrición, presentan también dificultades en la deglutiación. Para eso, nueve edosos desnutridos de ambos los sexos, con edades entre 64 a 86 años fueron sometidos a evaluación fonoaudiológica específica para identificación de alteraciones en la fase oral de la deglutiación. Se concluió que edosos desnutridos son mas suceptibles al desarrollo de alteraciones de deglutiación, necesitando la actuación conjunta de nutricionistas y fonoaudiólogos para que las dificultades presentes sean sanadas, previnindo asi el aparecimiento de otras alteraciones y garantizando mejor cualidad de vida.

Palabras clave: *dificultades de deglutiación; alimentación; edoso.*

Referências

- ALENCAR, Y. M. G. e CURIATI, J. A. E. (1994). "Envelhecimento do aparelho digestivo". In: CARVALHO FILHO, E.T. e PAPALÉO NETTO, M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo, Atheneu.
- ARAÚJO, T. C. N. e ALVES, M. I. C. (2000). Perfil da população idosa no Brasil. *Textos sobre envelhecimento*, v. 3, n. 3, pp. 7-19.
- BACHA, S. M. C.; GIGLIO, V. P.; RIBEIRO, J. M. L. e SOUZA, M. V. (1999). Perfil fonoaudiológico do idoso institucionalizado. *Pró-fono revista de atualização científica*, v. 11, n. 2, pp. 1-7.
- CARDOSO, V.; GONÇALVES, L. H. T.; FREITAS, M. L. S.; BALLEEN, M. G.; SILVA, R. M.; RABELLO, E. e LIMA, M. G. O. (1990). O grupo interdisciplinar de Gerontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e suas funções. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 19, n. 3, pp. 225-229.

- CARVALHO-FILHO, E. T. (1996). "Fisiologia do envelhecimento". In: PAPA-LÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, São Paulo, Atheneu.
- CHAN, J. I.; KATZ, P. R. e AMBROSE, P. (1990). Weight loss in nursing home patients: prognostic implications. *The journal of family practice*, v. 30, n. 6, pp. 671-674.
- CLARK, L. W. (1994). Communication disorders: what to look for, and when to refer. *Geriatrics*, v. 49, n. 6, pp. 51-55.
- DOMENECH, E. e KELLY, J. (1999). Swallowing disorders. *Medical clinics of North America*, v. 83, n. 1, pp. 97-113.
- DRAKULOVIC, M. B.; TORRES, A.; BAUER, T. T.; NICOLAS, J. M.; NOGUÉ, S. e FERRER, M. (1999). Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. *The lancet*, v. 354, n. 9193, pp. 1851-8.
- FERRARI, M. A. C. (1999). O envelhecer no Brasil. *O mundo da saúde*, v. 23, n. 4, pp. 197-203.
- FUCILE, S.; WRIGHT, P. M.; CHAN, I.; YEE, S.; LANGLAIS, M. E. e GISEL, E. G. (1998). Function oral-motor skills: do they change with age? *Dysphagia*, v. 13, n. 4, pp. 195-201.
- FURKIN, A. M. e SILVA, R. G. (1999). *Programas de reabilitação em disfagia neurogênica*. São Paulo, Frontis Editorial.
- GAZEWOOD, J. D. e MEHR, D. R. (1998). Diagnosis and management of weight loss in the elderly. *The journal of family practice*, v. 47, n. 1, pp. 19-25.
- GROHER, M. E. e McKAIG, T. N. (1995). Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 43, n. 5, pp. 528-532.
- GWENDOLYN, W. (1994). Oral health and nutrition. *Primary care*, v. 21, n. 1, pp. 121-133.
- JOHNSON, R. M.; WRIGHT, H. S.; SOUCY, I. M. e RIZZO, J. A.. (1995). Nutrient intake of nursing home residents receiving pureed foods or a regular diet. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 43, n. 4, pp. 344-348.

- KELLER, H. H. (1993). Malnutrition in institutionalised elderly: how and why? *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 41, n. 11, pp. 1212-1218.
- LEE, A.; SITO, Y. Y.; LIEU, P. K.; PHUA, S. Y. e CHIN, J. J. (1999). Swallowing impairment and feeding dependency in the hospitalised elderly. *Annals Academy of Medicine Singapore*, v. 28, n. 3, pp. 371-376.
- LIPSCHITZ, D. A. (1994). Screening for nutritional status in the elderly. *Primary care*, v. 21, n. 1, pp. 55-67.
- MACEDO FILHO, E. D.; GOMES, G. F. e FURKIM, A. M. (2000). *Manual de cuidados do paciente com disfagia*. Curitiba, Lovise.
- MANSON, A. e SHEA, S. (1991). Malnutrition in elderly ambulatory medical patients. *American journal of public health*, v. 81, n. 9, pp. 1195-1197.
- MARCHINI, J. S.; FERRIOLLI, E. e MORIGUTI, J. C. (1998). Suporte nutricional no paciente idoso: definição, diagnóstico, avaliação e intervenção. Ribeirão Preto, *Medicina*, v. 31, n. 1, pp. 54-61.
- MARTIN DE SÁ, J. L. (1998). Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos. *Gerontologia*, v. 6, n. 1, pp. 41-45.
- MORLEY, J. E. e KRAENZLE, D. (1994). Causes of weight loss in a community nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 42, n. 6, pp. 583-585.
- PASCHOAL, S. M. P. (1996). "Epidemiologia do envelhecimento". In: PAPA-LÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu.
- QUEIROZ, Z. P. V. (1999). Participação popular na velhice: possibilidade real ou mera utopia? *O mundo da saúde*, v. 23, n. 4, pp. 204-213.
- SHIP, J. A.; DUFFY, V.; JONES, J. A. e LANGMORE, S. (1996). Geriatric oral health and its impact on eating. *Journal of the American geriatrics society*, v. 44, n. 4, pp. 456-464.
- STEELE, C. M.; GREENWOOD, C.; ENS, I.; ROBERTSON, C. e CARLSON, R. S. (1997). Mealtime difficulties in a home for the aged: not just dysphagia. *Dysphagia*, v. 12, n. 1, pp. 43-50.
- SULLIVAN, D. H.; MARTIN, W.; FLAXMAN, N. e HAGEN, J. E. (1993). Oral health problems and involuntary weight loss in a population of frail elderly. *Journal of the American geriatrics society*, v. 41, n. 7, pp. 725-731.

L. S. Cortés; T. L. Bilton; H. Suzuki; E. P. Sanches; J. P. Venites e G. Luccia

TAYLOR, I. C. (1997). Drogas, disfagia e nutrição. *Pró-fono revista de atualização científica*, v. 9, n. 1, pp. 41-58.

WINKLER, S. (1997). "Aspectos orais do envelhecimento". In: CALKINS, E.; FORD, A. B. e KATZ, P. R. *Geriatrics prática*. 2 ed. Rio de Janeiro, Revinter.

YONEYAMA, T.; YOSHIDA, M.; MATSUI, T. e SASAKI, H. (1999). Oral care and pneumonia. *The lancet*, v. 354, n. 1777, p. 515.

Recebido em julho/01; aprovado em outubro/01.

Anexo

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E FONOAUDIOLÓGICA

Parte 1- Identificação

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Parte 2 - Avaliação Fonoaudiológica

a) Possui dentes próprios?

() sim () não

b) Utiliza prótese dentária?

() sim () não

c) Se sim, de que tipo?

() superior total e inferior total

() apenas superior total

() superior total e inferior parcial

() superior parcial e inferior total

() superior e inferior parcial

ALIMENTAÇÃO

a) Consistência da alimentação:

() geral

() branda

() pastosa

() pastosa geriátrica

() pastosa liquidificada

() leve

() líquida

b) Qual tipo de dificuldade?

() engasgo

() tosse

() fadiga

() dificuldade de mastigação

() sensação de refluxo

() sensação de alimento parado

() pigarro

Parte 3 – Avaliação Nutricional

a) Paciente tem história de perda de peso?

() sim () não

b) Quantos quilos e em quanto tempo? _____

c) Qual o IMC atual? _____

c) Perda de peso associada à alimentação (perda de apetite ou dificuldade para se alimentar)?

() sim () não