

ACOMPANHAMENTO INTERDISCIPLINAR DE IDOSOS FRAGILIZADOS

Teresa Bilton^{*}

Luciane Teixeira Soares^{**}

Luciana Vagione Tega^{***}

Carlos André de Freitas Santos^{****}

O século XX, dentre outras coisas, vem sendo marcado pelo aumento considerável da expectativa de vida da população, mais acentuado nos países desenvolvidos.

Em relação ao Brasil, estudo recente revela que a faixa acima de 60 anos é o grupo etário que mais cresce na população brasileira (Ramos *et al.*, 1987).

* Fonoaudióloga do CEE – Unifesp – EPM, com título em Gerontologia. Professora da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-SP. Doutoranda do Departamento de Diagnóstico por Imagem – Unifesp – EPM.

** Fonoaudióloga do CEE – Unifesp – EPM, com especialização em Gerontologia. Mestranda em Reabilitação pela Unifesp – EPM.

*** Fonoaudióloga do CEE – Unifesp – EPM, com especialização em Gerontologia.

**** Médico geriatra do CEE – Unifesp – EPM. Mestrando do Departamento de Nutrição – Unifesp – EPM.

Esse fato desperta a atenção de vários profissionais da área de saúde, em relação às medidas capazes de melhorar a saúde e a qualidade de vida destes idosos.

O envelhecimento é um processo tanto mental quanto físico e pode trazer consigo muitas implicações. Dentre elas, há uma que é de grande interesse dentro da área geriátrica – a disfagia, que pode levar a um quadro de desnutrição e/ou aspiração.

A alta prevalência de desnutrição e de pneumonia pode ser encontrada nas internações hospitalares dos idosos. A aspiração de partículas de alimento pelas vias aéreas é muito freqüente nesta parcela da população, e é uma das causas mais comuns de pneumonia e um dos maiores problemas enfrentados pelos profissionais da área (Ekberg e Nylander, 1992).

Sabemos que a deglutição é o processo pelo qual o alimento é transportado da boca até o estômago. É um processo que parece simples mas, no entanto, é bastante complexo, pois envolve uma série de músculos (mais de 30) e nervos que devem funcionar de forma coordenada e rápida. Compreende três fases: oral, faríngea e esofágica; e ocorre em relação a vários processos como a alimentação, mastigação e respiração (Kidd *et al.*, 1993).

A primeira fase, oral, é voluntária. Inicia-se quando o alimento é colocado na boca, os lábios são vedados, o alimento triturado pelos dentes e modificado pela saliva formando uma massa coesa chamada bolo. Após a mastigação, essa massa de alimento ou quantidade de líquido a ser deglutida é colocada sobre a língua, que forma um arco elevado contra o palato para empurrar o bolo até a faringe.

Inicia-se, então, a segunda fase (faríngea), involuntária, na qual o reflexo de deglutição é acionado, movendo o bolo pela faringe. A respiração é inibida, e as vias aéreas se fecham a fim de impedir que este alimento entre nos pulmões.

A terceira e última fase – esofágica – também involuntária, é caracterizada pela entrada do alimento no esôfago, que é um tubo através do qual o alimento chega ao estômago (Rende e Rarder, 1988).

É uma função que requer controle neuromotor fino, envolvendo o córtex, tractos cortical, bulbar e córtico espinhal e nervo cranial inervando a musculatura (Logemann, 1986).

É importante ressaltar que disfagia traduz qualquer alteração ou dificuldade no processo de deglutição que ocorre durante o transporte do alimento. Não é uma doença, mas sim um sintoma ou sinal de que algum outro distúrbio pode estar acontecendo com o indivíduo (Feinberg, 1993). Ela pode comprometer a condição nutricional por causa da dificuldade de este indivíduo ingerir alimentos via oral, debilitando-o e colocando sua saúde em risco (Mahan e Arlin, 1995).

Podemos definir desnutrição como sendo um estado mórbido secundário a uma deficiência ou excesso, relativo ou absoluto, de um ou mais nutrientes essenciais, que se manifesta clinicamente ou é detectado por meio de testes bioquímicos, antropométricos, topográficos ou fisiológicos, exames clínicos e laboratoriais.

A aspiração consiste na entrada de partículas de alimento nas vias respiratórias. Palmer e Duchane (1991) relatam que a aspiração pode ocorrer antes, durante e após a deglutição. Antes da deglutição, geralmente é causada pelo atraso deste processo com prolongada exposição da faringe ao alimento. Durante a deglutição, a aspiração pode ocorrer se o fechamento laríngeo é atrasado ou incompleto, e após a deglutição, caso o alimento retido na faringe entre na laringe sob influência da gravidade. Pode levar a complicações respiratórias (pneumonia, asfixia) pela penetração de alimento no tracto respiratório (aspiração) (Waitzberg, 1995).

Deve-se ressaltar que a aspiração de quantidades microscópicas é um evento fisiológico, mas em maior quantidade é incomum em indivíduos normais (Horner e Massey, 1988).

A disfagia pode ser um sintoma decorrente tanto de problemas congênitos, quanto de problemas adquiridos, como acidentes ou doenças. Entre as causas mais comuns podemos citar: acidente vascular cerebral; traumatismo craniano; doenças neurológicas degenerativas (demências, Parkinson, miastenia gravis, esclerose lateral amiotrófica, distrofia muscular...); doenças sistêmicas (cardiopatias, hepatopatias, pneumopatias, doenças de tireóide...); estado confusional agudo; encefalopatia crônica infantil não progressiva (paralisia cerebral); tumores de cabeça e pescoço; longo período de entubação; algumas drogas que alteram a produção de saliva, o tônus muscular ou o nível de consciência (Túbero *et al.*, 1995).

Em virtude dos aspectos relatados, o presente trabalho tem por objetivo principal apresentar o acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados da Enfermaria de Geriatria do Hospital São Paulo, que podem apresentar alterações de deglutição, que por sua vez pode levar a um quadro de desnutrição e/ou aspiração. Consideramos idosos fragilizados aqueles com doenças sistêmicas, alterações de imunidade, quadros neurológicos, desnutrição.

A equipe interdisciplinar pode ser definida como a articulação de profissionais de diferentes disciplinas com uma meta em comum, proporcionando diagnóstico, tratamento e reabilitação, sendo feito de maneira coordenada, produzindo resultado positivo para o paciente. A equipe da Enfermaria de Geriatria do HSP é composta por médicos geriatras, fonoaudiólogas, fisioterapeuta, nutricionistas, enfermeiro, assistente social, que se reúnem duas vezes por semana para discussão dos casos dos pacientes internados.

Estes pacientes, após a alta, são acompanhados no Ambulatório de Alta de Enfermaria do Setor de Geriatria e Gerontologia da Unifesp – EPM, onde passaram por consulta médica e receberam orientações da fonoaudióloga e da nutricionista.

A Enfermaria de Geriatria fica no 3º andar do Hospital São Paulo, conta com 8 leitos (3 femininos e 5 masculinos), e os pacientes são internados para compensar doenças crônicas agudizadas e/ou para investigação diagnóstica. Os encaminhamentos são feitos pelo Pronto Socorro do Hospital (pacientes acima de 65 anos) e pelos Ambulatórios da Geriatria da Unifesp – EPM.

No período de meados de abril ao final de outubro de 1996 foram avaliados 53 pacientes na Enfermaria, 28 do sexo masculino e 25 do sexo feminino (Tabela I – grupo A), com idade entre 65 e 95 anos, ocorrendo 17 óbitos, 36 altas. A média de internação destes pacientes foi de 17 dias (Tabela I – grupo A).

Dos 36 pacientes que receberam alta, 14 passaram pelo Ambulatório de Alta (9 do sexo feminino e 5 do sexo masculino), com idade entre 69 e 93 anos (Tabela I – grupo B) e foram acompanhados pelo médico, pela fonoaudióloga e nutricionista. Os outros 22 pacientes foram encaminhados a ambulatórios específicos por apresentarem determinada patologia. A média de internação destes 14 pacientes foi de 14 dias (Tabela I – grupo B), sendo considerados idosos fragilizados segundo diagnóstico médico.

As variáveis sexo e idade fazem parte apenas da caracterização da amostra, não sendo desta forma correlacionadas com os achados.

Os dados destes pacientes foram levantados a partir do preenchimento de um protocolo interdisciplinar (anexo 2) desenvolvido pela equipe, baseado nos protocolos de cada profissional utilizados entre o primeiro e meados do segundo semestre de 1996, dos quais foram retirados os aspectos relevantes a serem abordados nas avaliações dos pacientes para posterior discussão do caso pela equipe e planejamento da intervenção.

A seguir serão descritos os 14 pacientes avaliados pela equipe interdisciplinar.

1. E. A. L., feminino, 89 anos. Internação: 10/05/96. Alta: 29/05/96.

Diagnósticos: demência do tipo vascular, rebaixamento do nível de consciência, intoxicação digitálica, infecção urinária, desnutrição, anemia discreta.

Nos 19 dias de internação, foi observada durante diversas refeições. Nos primeiros dias, a paciente estava se alimentando no leito, com a cama reclinada a 45°, apoio de cabeça com travesseiro e ajuda de um profissional (dieta assistida). A consistência pastosa foi determinada para as refeições da paciente, que não apresentou fadiga ou engasgo. Apresentou dificuldade na ingestão de líquido fino (água), que foi substituído por líquido engrossado.

Com a melhora do nível de consciência foi liberada dieta sólida, porém mantida a restrição ao líquido fino. A paciente passou a se alimentar sentada na cadeira, mais atenta, mas nem sempre ingerindo a quantidade necessária prescrita pela nutricionista.

Após alta da Enfermaria, passou três vezes pelo Ambulatório de Alta a cada dois meses.

Desde o primeiro atendimento, a paciente foi encaminhada para a reabilitação fonoaudiológica, recebendo orientação em relação aos engasgos frequentes com líquidos finos, para a terapia miofuncional.

No retorno ao ambulatório a cuidadora¹ referiu raros episódios de engasgos da paciente. Foi orientada pela nutricionista a fazer fracionamento da alimentação e em maior quantidade.

1. *Cuidador* é um termo usado em gerontologia e se refere à pessoa que cuida do idoso fragilizado, podendo ser um cuidador informal, quando for pessoa da família ou equivalente, ou cuidador

No último retorno as condutas foram mantidas, e foi possível constatar que a paciente ainda encontrava-se desnutrida.

2. F. S. S., masculino, 84 anos. Internação: 05/06/96. Alta: 19/06/96.

Diagnósticos: insuficiência cardíaca congestiva, osteoartrose generalizada, doença pulmonar obstrutiva crônica, erisipela de membros inferiores, obesidade.

Internado durante 14 dias na Enfermaria, não apresentou nenhuma queixa e/ou alteração referente à deglutição. Alimentou-se sozinho, sentado, em quantidade satisfatória.

No Ambulatório de Alta, nos dois retornos, observou-se que o paciente se manteve estável do ponto de vista médico, apresentando um diagnóstico nutricional de obesidade grau II.

Foi orientado pela nutricionista a evitar óleo, aumentar consumo de frutas e retirar carboidratos e lipídios (excessos).

3. A. G., masculino, 71 anos. Internação: 20/06/96. Alta: 12/07/96.

Diagnósticos: pneumonia, derrame pleural parapneumônico à D, pneumotórax iatrogênico à E.

Internado durante 22 dias, sem queixa prévia de alteração de deglutição, paciente alimentou-se bem durante a internação, comendo sozinho, sentado, em quantidade satisfatória, com boa mobilidade de órgãos fonoarticulatórios, não apresentando fadiga ou engasgo com nenhuma consistência. Paciente eutrófico do ponto de vista nutricional.

Retornou no Ambulatório de Alta, sem nenhuma queixa e/ou alteração referente à deglutição.

4. M. G. S., feminino, 87 anos. Internação: 03/07/96. Alta: 19/07/96.

Diagnósticos: síndrome consuptiva, leucemia mielóide crônica, pneumonia, anemia.

formal quando for um profissional da área da saúde, geralmente enfermeiro ou auxiliar de enfermagem.

Internada por 16 dias na Enfermaria, a paciente não tinha dentes nem prótese dentária, e foi prescrita alimentação na consistência pastosa. Durante as refeições observadas, não apresentou engasgos, porém apresentou fadiga. Eutrófica, alimentava-se sozinha, sentada, e foi indicada uma alimentação fracionada e assistida por causa da fadiga. A paciente estava em tratamento quimioterápico.

Após alta da Enfermaria, retornou três vezes ao Ambulatório de Alta, e as condutas em relação ao fracionamento da alimentação e consistência foram mantidas.

5. M. C. S., feminino, 86 anos. Internação: 29/07/96. Alta: 16/08/96.

Diagnósticos: rebaixamento do nível de consciência, demência do tipo vascular, insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação atrial crônica, pneumonia, anemia, desnutrição.

Internada por 18 dias na Enfermaria, M. C. S. foi acompanhada sistematicamente pela fonoaudióloga e pela nutricionista. Necessitando de alimentação assistida, a paciente recebeu as dietas no leito, com a cama reclinada a 45° e apoio de cabeça, geralmente sendo alimentada pela filha, que muitas vezes trazia a alimentação de casa, segundo orientação nutricional e fonoaudiológica. Sem próteses e sem dentes, com alimentação pastosa, M. C. S. não apresentou engasgos, mas apresentou fadiga. Foi discutida a possibilidade de administrar dieta enteral, mas como a cuidadora demonstrou-se bastante colaborativa e foi devidamente orientada, prescreveu-se uma suplementação via oral e maior número de refeições visando melhora do estado nutricional.

Nos dois atendimentos do Ambulatório de Alta, observou-se uma diminuição do apetite, mantendo-se o quadro de desnutrição. A paciente foi orientada a fazer dieta de maior densidade calórica.

6. J. C. M., masculino, 74 anos. Internação: 08/08/96. Alta: 13/08/96.

Diagnósticos: cardiopatia chagásica, doença pulmonar obstrutiva crônica.

Durante cinco dias na Enfermaria, o paciente se alimentou bem, sozinho, sentado, sem apresentar engasgos ou fadiga; porém, a única modificação feita foi em relação à consistência da dieta, cuja consistência sólida foi suspensa pelo

fato de o paciente não ter dentes e estar sem prótese dentária. Eutrófico do ponto de vista nutricional.

No Ambulatório de Alta, foi orientada a ingerir dieta laxativa, com restrição hídrica.

7. J. M. C., feminino, 78 anos. Internação: 26/07/96. Alta: 23/08/96.

Diagnósticos: rebaixamento do nível de consciência, diabetes mellitus descompensado em hipoglicemia, hipernatremia, neoplasia de colo uterino, infecção urinária, anemia ferropriva, desnutrição.

Intercorrências: pielonefrite.

Reinternação em 26/10/96 em decorrência de sonolência, isolamento social e confusão mental, com diagnósticos de diabetes mellitus II, infecção urinária, hipernatremia, hiperpotassemia. Alta em 01/11/96.

Na primeira internação, ficou 28 dias na Enfermaria, inicialmente recebendo alimentação via oral com restrição de açúcar por causa de diabetes; porém, em razão do quadro de estado confusional e desnutrição, foi feita a opção pela dieta enteral.

Mesmo com sonda nasogástrica, continuou-se tentando alimentação pastosa via oral, assistida pela fonoaudióloga, com a cama reclinada a 45°. A consistência escolhida foi a pastosa por ser mais fácil de deglutir e porque a paciente não tinha dentes nem prótese dentária. J. M. C. não apresentou engasgos e só foi possível constatar que não apresentava fadiga após duas semanas de internação, quando a paciente obteve melhora do quadro confusional.

Durante a alimentação, apresentou alguns episódios de tosse, referindo sentir incômodo em relação à sonda.

Foi discutida, com a equipe interdisciplinar, a possibilidade de se retirar a sonda e adequar uma dieta via oral com suplementação para que a paciente pudesse receber alta alimentando-se sozinha, com mais autonomia, e garantir a sua nutrição. A paciente arrancou a sonda algumas vezes, e esta teve que ser passada novamente, não sendo realizada esta repassagem de maneira rápida, ficando assim sem receber as dietas.

A paciente fez nova infecção urinária e apresentou rebaixamento do nível de consciência e sonolência, sendo necessárias a manutenção da sonda nasogástrica e a suspensão de dieta via oral.

Com o decorrer do tratamento e melhora da paciente retomamos a alimentação via oral concomitante à enteral (persistia a queixa de irritação na garganta, devida à sonda), até conseguirmos fazer a transição total e definitiva da dieta enteral pela oral, nos três últimos dias de internação. A paciente foi para casa ainda desnutrida.

A cuidadora (filha) foi orientada pelos profissionais da equipe, e a paciente retornou quatro vezes ao Ambulatório de Alta.

Não apresentou nenhuma queixa e/ou alteração em relação à deglutição. A cuidadora foi novamente orientada a fracionar a alimentação por causa de diabetes e a cozinhar bem os alimentos dada a ausência de próteses dentárias.

8. C. P. C., feminino, 93 anos. Internação: 18/08/96. Alta: 22/08/96.

Diagnósticos: doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, coronariopatia crônica compensada.

Internada durante quatro dias na Enfermaria, institucionalizada há quatro anos, alimentou-se com ajuda de um profissional, sentada, apresentando bom vedamento labial, lateralização do alimento e elevação de laringe. Não apresentou engasgos, porém não estava ingerindo a quantidade calórica necessária para se manter eutrófica.

No Ambulatório de Alta, queixou-se apenas de urgência urinária.

Recebeu orientação em relação às suas necessidades calóricas diárias.

9. B. S. C., feminino, 80 anos. Internação: 04/09/96. Alta: 17/09/96.

Diagnósticos: demência nodular, diabetes mellitus tipo II, pneumonia aspirativa, acidente vascular cerebral isquêmico.

Intercorrências: pneumonia hospitalar aspirativa, hiperglicemia, hipernatremia.

Internada por 13 dias na Enfermaria, B. S. C. chegou ao hospital com pneumonia aspirativa, tendo um quadro de demência de base. Bastante confusa e com alteração de deglutição pertinente, foi indicada a passagem da sonda Du-

boff; porém, por causa da dificuldade de realizá-la, foi discutida a possibilidade de se fazer uma gastrostomia ou nutrição paraenteral. Somente no quinto dia de internação conseguiu-se passar a sonda na paciente. A sua alimentação ficou durante três dias exclusivamente por sonda, período em que foi feito um trabalho de estimulação oral, e observou-se que a paciente vinha mantendo um bom vedamento labial, sem escape de saliva e conseguindo degluti-la sem apresentar engasgos. Neste período a paciente arrancou diversas vezes a sonda e ficou sem receber as dietas até a sonda ser novamente repassada. A paciente apresentou alguns episódios de agressividade e foi restringida. Foi prescrito um aumento na quantidade calórica das dietas porque a paciente estava desnutrindo.

Com a compensação do diabetes e com a paciente contactuante, avaliou-se diversas vezes a possibilidade de ela receber algum tipo de alimentação via oral, mas esta apresentou engasgos com todas as consistências apresentadas; persistiu o quadro de pneumonia aspirativa. B. S. C. recebeu alta hospitalar, e a família foi orientada quanto à restrição total de alimentação via oral em qualquer consistência, e foi explicada a possibilidade de se fazer esta transição no ambulatório.

No primeiro atendimento do Ambulatório de Alta, notaram-se persistência da tosse e discreta dispnéia de decúbito. A paciente referiu dores no corpo e insônia com agitação. A cuidadora relatou que B. S. C. sempre apresentava náuseas e insistência em retirar a sonda nasoenteral. Não aceitou alimentação via oral.

No segundo retorno, familiares referiram agitação psicomotora. Foi possível observar a deglutição de oito colheres de alimento na consistência pastosa. A paciente não teve engasgos, mas apresentou náuseas e tossiu tentando expulsar a sonda, conforme relato da cuidadora. A conduta em relação à alimentação exclusivamente por sonda foi mantida, e um novo retorno foi marcado. A paciente não retornou ao setor.

10. I. W., feminino, 76 anos. Internação: 23/08/96. Alta: 17/09/96.

Diagnósticos: demência tipo Alzheimer, delirium, pneumonia.

Intercorrências: infecção urinária, pneumotórax iatrogênico.

Internada durante 25 dias na Enfermaria, com quadro pneumônico, apresentando vômitos e rejeitando alimentação, foi passada a sonda Duboff a fim de que a paciente não desnutrisse, recebendo esta alimentação durante todo o período

de internação, não aceitando nada via oral nem para avaliação. Recebeu alta com sonda nasoesofaríngea.

No primeiro atendimento no ambulatório, não foi possível avaliar a sua deglutição por causa da rejeição de alimentos via oral.

No retorno ao setor, apresentou tosse forte e expectoração amarelada, estando emagrecida, sonolenta, não contactante. Foi diagnosticada pneumonia bacteriana, e a paciente foi medicada adequadamente.

A densidade calórica das dietas foi aumentada e foi feita a opção definitiva pela dieta exclusivamente enteral por causa da rejeição da alimentação via oral, da presença de engasgos e do quadro demencial.

11. J. J. P., masculino, 81 anos. Internação: 12/09/96. Alta: 19/09/96.

Diagnósticos: insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica, erisipela.

Reinternação em 14/11/96 com falta de ar ao repouso. Alta em 16/11/96.

J. J. P. ficou sete dias internado na Enfermaria e não apresentou nenhuma queixa ou dificuldade em relação à deglutição. Alimentava-se em quantidade satisfatória, sentado, sozinho, apresentando bom vedamento labial, lateralização do alimento e elevação da laringe. Paciente eutrófico.

Com dentes inferiores em estado ruim de conservação e prótese superior completa mal adaptada, recebeu orientações quanto à higienização oral.

Passou pelo Ambulatório de Alta duas vezes, com queixa de dispnéia. Foi reinternado em 14/11/96 em razão dessa queixa, recebendo alta em dois dias.

12. H. F., masculino, 69 anos. Internação: 19/09/96. Alta: 27/09/96.

Diagnósticos: acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, cor pulmonale descompensado, fibrilação atrial crônica, diabetes mellitus.

Reinternação em 24/10/96. Alta em 30/10/96.

Internado por oito dias na primeira internação e seis dias na segunda, por causa da descompensação pulmonar, não apresentou queixas ou alteração em relação à deglutição, alimentando-se sentado, sozinho, em quantidade satisfatória e com boa mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios. Paciente eutrófico.

Após alta da Enfermaria, fez cinco retornos ambulatoriais. Retornou com exames, queixando-se de cansaço a mínimos esforços, dispnéico. Foi reinternado para compensação.

Sem queixas em relação à deglutição, a avaliação nutricional constatou eutrofia e o paciente foi orientado a fracionar a dieta, não misturar alimentos do mesmo grupo, aumentar o consumo de hortaliças e retirar as gorduras visíveis das carnes.

No último retorno ao setor, ainda apresentou expectoração esbranquiçada e dispnéia aos pequenos esforços.

13. L. D. G., feminino, 73 anos. Internação: 27/09/96. Alta: 11/10/96.

Diagnósticos: hepatopatia crônica descompensada em ascite, varizes de esôfago, anemia ferropriva.

Durante os 14 dias de internação L. D. G. alimentou-se sem dificuldades e não apresentou nenhuma queixa e/ou alteração de deglutição. A única restrição feita pelo médico foi em relação a líquidos, mas isso em decorrência de um aumento de sódio. Eutrófica.

Retornou ao Ambulatório de Alta, sem apresentar queixas.

14. H. C., feminino, 73 anos. Internação: 12/10/96. Alta: 17/10/96.

Diagnósticos: hipertensão arterial sistêmica controlada, insuficiência venosa periférica, pielonefrite, incontinência urinária e fecal, refluxo gastroesofágico, flebite de membros inferiores, hérnia de hiato recidivada, dist. de ansiedade, dor lombar.

Internada seis dias na Enfermaria, apresentou rejeição em relação à alimentação por causa da incontinência fecal. Ingerindo quantidade insuficiente de calorias, foi explicada a necessidade da alimentação para evitar a desnutrição e suas implicações. Recebeu orientações também em relação à postura durante e após as refeições por causa da hérnia de hiato e do refluxo gastroesofágico.

No retorno ao Ambulatório de Alta, estava depressiva, com dor lombar importante e recebeu medicação. Foi novamente orientada em relação à alimentação quanto à quantidade (fracionamento), qualidade e postura.

Intervenção fonoaudiológica

A intervenção fonoaudiológica junto aos 14 pacientes selecionados (grupo B) está demonstrada na Tabela II, e o diagnóstico nutricional, demonstrado na Tabela III.

Devemos esclarecer que os aspectos fonoaudiológicos e nutricionais receberam destaque na análise pelo fato de termos considerado no estudo que idosos fragilizados podem apresentar alterações de deglutição, podendo levar a um quadro de desnutrição e/ou aspiração, lembrando que as condutas em relação aos pacientes foram estabelecidas de acordo com o acompanhamento feito pela equipe interdisciplinar (caracterização do paciente através do protocolo interdisciplinar e discussões dos casos).

Cinco pacientes (1 do sexo feminino e 4 do sexo masculino) – grupo I –, apesar de serem considerados idosos fragilizados segundo avaliação médica, não apresentaram alteração de deglutição ou quadro de desnutrição.

Seis destes 14 pacientes (5 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) – grupo II – necessitaram de intervenção fonoaudiológica durante a internação. Foram consideradas intervenções as orientações de posicionamento e as estratégias durante a alimentação, mudanças ou restrições de consistências, presença de fadiga e/ou engasgos, e as prescrições de dietas assistidas e/ou as suplementações alimentares via oral. Neste grupo, dois pacientes encontravam-se desnutridos, e os demais, eutróficos.

No grupo III, três destes pacientes (todos do sexo feminino) receberam sonda naso-enteral durante a internação (sonda Duboff ou nasogástrica). Os critérios utilizados para este tipo de alimentação foram rebaixamento do nível de consciência, quadro de desnutrição, rejeição à alimentação via oral, aspiração e disfagia. Neste grupo, um paciente estava desnutrido, e dois, eutróficos.

É importante esclarecer que, nos quadros de desnutrição do grupo II não foi feita a opção pela dieta enteral, como mostra a conduta realizada no grupo III, porque estes pacientes estavam conseguindo ingerir, via oral, as quantidades calóricas prescritas pela nutricionista.

Devemos considerar que, dentre os 53 pacientes observados, 17 foram a óbito e que, dos 36 pacientes de alta, 14 foram acompanhados e descritos neste estudo.

Não foi encontrada uma relação direta entre idoso fragilizado e alteração de deglutição, conforme demonstrado no grupo I, mas foi observado que, quando isso ocorreu (grupos II e III), a intervenção interdisciplinar mostrou-se eficiente junto aos pacientes com risco de desnutrição e/ou de aspiração durante a hospitalização (grupo II). Porém, apesar de constarmos a efetividade desta intervenção, nos resultados encontrados no grupo II, notamos que não afastou a ocorrência de quadro aspirativo, como observado com a paciente B. S. C. do grupo III. A substituição da dieta via oral pela dieta via enteral não foi suficiente para evitar a aspiração (Tabela VII). Deve-se levar em conta, porém, que a paciente em questão já havia sido internada com o quadro de pneumonia aspirativa.

Em relação ao aspecto nutricional, os pacientes internados com desnutrição mantiveram o quadro; entretanto, os eutróficos não desnutriram (Tabela IV).

Ainda neste aspecto, notamos que, apesar da intervenção fonoaudiológica ser necessária e ter sido efetuada em todos os pacientes do grupo de desnutridos (Tabela V), a opção pela dieta via enteral se fez não só em relação a este grupo, mas também em relação ao grupo de eutróficos (Tabela VI). Nota-se a importância do Ambulatório de Alta, que tem por objetivo realizar o acompanhamento periódico dos pacientes da Enfermaria, evitando que permaneçam mais tempo internados, com risco de infecção hospitalar ou outras intercorrências.

As discussões em equipe interdisciplinar também dinamizaram a alta dos pacientes, bem como permearam as intervenções durante a internação e permitiram um planejamento para estes pacientes no Ambulatório de Alta.

Podemos considerar os aspectos relatados como benefícios trazidos pela equipe interdisciplinar para os pacientes, porém não deixando de apontar as dificuldades que por vezes limitaram a nossa atuação.

O fato de o trabalho em equipe estar sendo implantado concomitantemente à realização deste estudo, e de estarmos num hospital escola, colocou-nos diante de problemas como, por exemplo, a demora na passagem ou repassagem das sondas, a falta de material adequado para tratamento dos pacientes, o atraso no

resultado de exames e na avaliação de outras especialidades solicitadas pela equipe (interconsultas).

A experimentação destas dificuldades, porém, norteará a busca de novos caminhos com a finalidade de otimizar o nosso serviço e a assistência aos pacientes.

Resumo

O presente estudo tem por objetivo o acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados da Enfermaria de Geriatria do Hospital São Paulo – Unifesp – EPM, que podem apresentar alterações de deglutição, que, por sua vez, podem levar a um quadro de desnutrição e/ou aspiração. Os sujeitos foram avaliados pela equipe interdisciplinar da Enfermaria de Geriatria do HSP (médico, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social), por meio de um protocolo elaborado pela equipe com base nos protocolos de cada profissional utilizados entre o primeiro e meados do segundo semestre de 1996, dos quais foram retirados os aspectos relevantes a serem abordados nas avaliações dos pacientes para posterior discussão do caso e planejamento da intervenção. De meados de abril ao final de outubro de 1996, foram avaliados 53 pacientes, com idade entre 65 e 95 anos. A média de internação foi de 17 dias, ocorrendo 17 óbitos e 36 altas. Dos 36, 14 passaram pelo Ambulatório de Alta e foram atendidos por médico, fonoaudióloga e nutricionista. Dentre os 14, cinco não apresentaram alteração de deglutição e/ou quadro de aspiração; 6 necessitaram de intervenção fonoaudiológica, mantendo-se a dieta via oral (dois desnutridos e quatro eutróficos); e os três restantes (um desnutrido e dois eutróficos) receberam sonda nasoenteral. Não foi encontrada relação direta entre idoso fragilizado e alteração de deglutição, mas quando observada, a intervenção interdisciplinar colaborou para melhoria do paciente.

Palavras-chave: Equipe Interdisciplinar, envelhecimento, deglutição, aspiração.

Abstract

The objective of this study is the interdisciplinary monitoring of frail elderly from the Geriatric ward of São Paulo Hospital – Unifesp – EPM. It is thought that such monitoring can show alteration in deglutition, possibly leading to a problem of underfeeding and/or aspiration. The subjects were attended upon by an interdisciplinary team consisting of a physician, a physiotherapist, a speech therapist, a nutritionist and social welfare workers, through specific rules. From the middle of April to late October 1996, 53 patients between 65 and 95 years old were attended upon. The average period of hospitalization was 19 days. By the end of the period of hospitalization, 17 people were dead and 36 were discharged from the hospital. Among these 36, 14 went to the infirmary and were examined by the physician, the speech therapist and the nutritionist. Among these 14, 5 did not show any alteration in deglutition and/or aspiration; 6 did not need help from the speech therapist, maintaining the oral diet (2 were unfed and 4 were eutrophics); and the last 3 (1 unfed and 2 eutrophics) received tube feeding. No direct relation was found between the weak elders and the absence of alteration in deglutition, but when they were observed, the interdisciplinary interference led to the improvement of the patient.

Key-words: interdisciplinary team, elderly, deglutition, aspiration.

Referências bibliográficas

- EKBERG, O. e NYLANDER, G. (1992). Cineradiography of the pharyngeal stage of deglutition in 150 individuals without dysphagia. *BR. J. Radiol.*, 55: 253-257.
- FEINBERG, M. J. (1993). Radiographic techniques and interpretation of abnormal swallowing in adult and elderly patients. *Dysphagia*, 8: 356-358.
- HORNER, J. e MASSEY, W. (1998). Silent aspiration following stroke. *Neurology*, 38: 317-319.
- KIDD, D.; LAWSON, J.; NESBITT, R. e MACMHON, J. (1993). Aspiration in acute stroke: a clinical study with videofluoroscopy. *Quarterly Journal of Medicine*, 86: 825-829.

- LOGEMANN, J. A. (1986). Neurologic swallowing disorders: evaluation and treatment. In: *Manual for the videofluorographic study of swallowing*. College-Hill Press. Boston.
- MAHAN, L. K. e ARLIN, M. T. (1995). *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. 8 ed. São Paulo, Roca.
- PALMER, J. B. e DUCHANE, A. S. (1991). Rehabilitation of swallowins disorders due to stroke. *Phis. Med. Rehabil. Clin. North. Am.*, 2: 529-546.
- RAMOS L. R.; VERAS, R. P. e KALACHE A. (1987). Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Públ.*, 21: 211-24.
- RENDE B.; RANDER, T. (1988). Swallowing disorders: what families should know. *Therapy Skill Builders*: 1-13.
- TÚBERO, A.L. et al. (1995). *Disfagia: o que é?. Guia de informação e orientação*. São Paulo, Santos.
- WAITZBERG, D. L.; GAMA-RODRIGUES, J.; HABRE-GAMA, A. e FAINTUCH, J. (1995). Desnutrição. In: *Nutrição enteral e paraenteral na prática clínica*. 2 ed. São Paulo, Atheneu.

Recebido em mar/98; aprovado em abr/99

Anexos

Anexo 1

Tabela I – grupo A – Distribuição dos dias de internação dos pacientes avaliados na Enfermaria de Geriatria do HSP – Unifesp – EPM de abril a outubro de 1996.

Dias de Internação	Sexo		Total
	fem.	mas.	
1 ---- 7	3	6	9
8 ---- 29	21	14	35
30 ---- +	1	8	9
Total	25	28	53

Tabela I – grupo B – Distribuição dos dias de internação dos pacientes avaliados na Enfermaria de Geriatria do HSP – Unifesp – EPM de abril a outubro de 1996 e acompanhados no Ambulatório de Alta de Enfermaria do Setor de Geriatria e Gerontologia da Unifesp – EPM (pacientes selecionados).

Dias de Internação	Sexo		Total
	fem.	mas.	
1 ---- 7	2	2	4
8 ---- 29	7	3	10
30 ---- +	-	-	-
Total	9	5	14

Tabela II – Intervenção fonoaudiológica junto aos pacientes internados na Enfermaria de Geriatria do HSP – Unifesp – EPM e acompanhados no Ambulatório de Alta de Enfermaria do Setor de Geriatria e Gerontologia da Unifesp – EPM.

Intervenção Fonoaudiológica	Sexo		Total
	fem.	mas.	
Sem intervenção (grupo I)	1	4	5
Com intervenção Sem sonda (grupo II)	5	1	6
Com intervenção Com sonda (grupo III)	3	-	3
Total	9	5	14

Tabela III – Diagnóstico nutricional dos pacientes internados na Enfermaria de Geriatria do HSP – Unifesp – EPM e acompanhados no Ambulatório de Alta de Enfermaria do Setor de Geriatria e Gerontologia da Unifesp – EPM.

Estado Nutricional	Sexo		Total
	fem.	mas.	
Desnutrição	3	-	3
Eutrofia	6	4	10
Obesidade	-	1	1
Total	9	5	14

Tabela IV – Relação entre os diagnósticos nutricionais de entrada e os de saída dos pacientes selecionados, durante a internação na Enfermaria de Geriatria do HSP – Unifesp – EPM.

Entrada \ Saída	Desnutridos	Eutróficos	Obesos	Total
Desnutridos	3	-	-	3
Eutróficos	-	10	-	10
Obesos	-	-	1	1
Total	3	10	1	14

Tabela V – Relação entre o diagnóstico nutricional e a intervenção fonoaudiológica junto aos pacientes selecionados, durante a internação na Enfermaria de Geriatria do HSP – Unifesp – EPM.

Estado Nutricional \ Intervenção Fonoaudiológica	Desnutridos	Eutróficos	Obesos	Total
Sem intervenção	-	4	1	5
Com intervenção Sem sonda	2	4	-	6
Com intervenção Com sonda	1	2	-	3
Total	3	10	1	14

Tabela VI – Relação entre o diagnóstico nutricional e a via de alimentação dos pacientes selecionados, durante a internação na Enfermaria de Geriatria do HSP – Unifesp – EPM.

Estado Nutricional Via de Alimentação	Desnutridos	Eutróficos	Obesos	Total
Via oral	2	8	1	11
Via enteral	1	3	-	3
Total	3	10	1	14

Tabela VII – Relação entre a ocorrência ou não de aspiração e via de alimentação dos pacientes selecionados, durante a internação na Enfermaria de Geriatria do HSP – Unifesp – EPM.

Aspiração Via de Alimentação	Durante a internação	Não apresentou aspiração	Total
Via oral	-	11	11
Via enteral	1	2	3
Total	1	13	14

Anexo 2

Protocolo interdisciplinar

Dados da assistente social:

Identificação:

.data:

.leito:

.nome:

.idade:

.data de internação:

.RG-HSP:

.sexo:

.cor:

.data de nascimento:

.naturalidade:

.procedência:

.estado civil:

.escolaridade:

.religião:

.profissão:

.atividade atual:

.situação previd.:

.endereço:

.bairro:

.cidade:

.UF:

.ponto de referência:

.telefone:

.pessoas para contato:

.endereço:

.telefone:

.resumo social:

.parecer social:

.providências a serem tomadas pelos familiares pós-alta:

Dados médicos:

Diagnósticos de entrada:

Diagnósticos de saída:

Mini-mental de entrada:

Mini-mental de saída:

Albumina:

Transferrina:

Hb/Ht:

VCM/HCM:

Acompanhamento interdisciplinar de idosos fragilizados

Leucócitos/Linfócitos:

Quedas: () Sim () Não

Infecção Hospitalar: () Sim () Não

Dados fisioterápicos:

Força Muscular

0 – não realiza

1 – contrai s/mov. da articulação

2 – contrai c/mov. da articulação

3 – realiza a favor da gravidade

4 – realiza contra a gravidade

5 – realiza com resistência

Mobilidade

0 – não realiza

1 – com muita dificuldade

2 – com pouca dificuldade

3 – sem dificuldade

Alterações

A – dor

B – limitação articular

C – encurtamento

D – tônus

E – incoordenação

F – esquema corporal

G – fraqueza muscular

H – edema

I – não se aplica

Localização	Movimento	FM	Mobilidade	Alteração
MMII	Mexer dedos dos pés			
	Flexão de tornozelo			
	Extensão de tornozelo			
	Tríplice flexão			
	Flexão de quadril			
	Ponte			

Abdução de quadril
Adução de quadril
Extensão de joelhos
Flexão de joelhos

MMSS Tocar ombro contralateral
 Tocar cabeça
 Braços para trás
 Flexão de ombro
 Abdução de MMSS
 Adução de MMSS
 Flexão de cotovelo
Cabeça Flexão de pescoço
 Extensão de pescoço
 Inclinação lateral
 Rotação

T. Posturais

DD – DL(D)
 (E)
DD – Sentado
 Sentado – Em Pé

Deambulação:

Ortese	Bengala	Nas barras paralelas
Apoiado	Com auxílio	Sozinho

Análise da marcha

Dados nutricionais:

.peso internação:

.estatura:

.IMC:

.PP:

.CB:

.PCT:

.CMB:

.VCT:

- .comp. da perna:
- .circ. panturrilha:
- .prega subescapular:
- .diagnóstico nutricional:

Dados fonoaudiológicos:

.tipo de alimentação:

- enteral () sonda Duboff () sonda nasogástrica ()
- paraenteral () oral ()

.refeição observada:

- café da manhã () almoço () jantar () outros ()

especificar _____

.consistência:

- líquido fino () líquido engrossado () pastoso liquidificado ()
- pastoso () sólido ()

.mastigação:

.posicionamento durante a alimentação:

.alimenta-se:

- sozinho () c/ ajuda de algum profissional () familiares () outros ()

especificar _____

.apresentou engasgos:

- não () sim ()

especificar _____

.dentição:

dentes presentes:

3M 2M 1M 2PM 1PM C IL IC / IC IL C 1PM 2PM 1M 2M 3M

3M 2M 1M 2PM 1PM C IL IC / IC IL C 1PM 2PM 1M 2M 3M

estado de conservação:

- bom () ruim ()

oclusão:

- Classe I () Classe II () Classe III ()

prótese dentária:

não usa () total superior () total inferior ()

parcial superior () parcial inferior () bem adaptada ()

mal adaptada () cúspides gastas ()