



ANÁLISE DESCRITIVA DA ALIMENTAÇÃO DE IDOSOS COM DEMÊNCIA

*Elaine Palinkas Sanches**

*Tereza Bilton***

*Luiz Roberto Ramos****

A população idosa no Brasil tem aumentado significativamente nos últimos anos. As repercussões, para a sociedade, de populações progressivamente mais idosas são consideráveis, particularmente no que diz respeito à saúde. Ao lado de doenças infecciosas e parasitárias, as doenças crônicas, comuns das idades mais avançadas, estão se tornando progressivamente mais prevalentes num país como o nosso (Kalache et al., 1987).

* Fonoaudióloga, especialista em Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), pós-graduanda em Epidemiologia pela UNIFESP-EPM.

** Fonoaudióloga, professora assistente-mestre da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-SP, coordenadora da Especialização em Gerontologia da UNIFESP-EPM, especialista do Serviço de Imagem do Centro de Diagnósticos do Laboratório Fleury, São Paulo-SP.

*** Professor Adjunto e Livre-docente do Departamento de Medicina da UNIFESP-EPM, chefe da Disciplina de Geriatria da UNIFESP-EPM.

Alguns autores descrevem a prevalência de doenças relacionadas ao envelhecimento, como as crônico-degenerativas. A demência é uma síndrome caracterizada por múltiplos comprometimentos nas funções cognitivas, incluindo a inteligência geral, aprendizagem, memória, linguagem, solução de problemas, orientação, percepção, atenção, concentração, julgamento e habilidades sociais (Kaplan et al., 1997).

Nos Estados Unidos, 5% dos indivíduos com mais de 65 anos têm demência de grau severo, e 15% de grau leve; 10% dos indivíduos com mais de 80 anos apresentam demência severa. O tipo mais comum de demência é a doença de Alzheimer (50 a 60% dos casos), o segundo tipo mais comum é a demência vascular (15 a 30% de todos os casos), enquanto a demência mista (vascular mais doença de Alzheimer) compreende 10 a 15% dos casos (Kaplan et al., 1997).

A evolução da demência está associada a incapacidades funcionais, como a dificuldade para se alimentar e deglutir. A função de alimentação e deglutição pode apresentar-se alterada nos estágios iniciais da doença. Priefer et al. (1997) afirmam que a alimentação (habilidade de transferir a comida da mesa à boca) e a deglutição (transferência do bolo da boca ao estômago) encontram-se alteradas nos idosos com demência.

Estudos que abordam a deglutição e alimentação de idosos com demência são realizados em outros países, principalmente, por enfermeiros, que descrevem as questões éticas relacionadas a este tema.

Na literatura brasileira não foram encontrados estudos que descrevessem, por um fonoaudiólogo ou outro profissional, a função alimentar de indivíduos com síndrome demencial. Por esta razão e pela importância que este assunto assume diante desses dados epidemiológicos, este estudo foi idealizado. Os objetivos que tivemos ao realizarmos este estudo foram:

- descrever funções relacionadas à alimentação e deglutição de uma amostra de idosos com demência, detectando a prevalência de alterações.
- observar as alterações mais comumente apresentadas durante a alimentação e deglutição destes idosos, permitindo uma intervenção pontual nas alterações e dificuldades apresentadas.

Revisão de literatura

Com relação aos tipos de demência, a literatura mostra todos os aspectos fisiopatológicos relacionados. A seguir, serão descritas algumas características dos tipos mais comuns de demência (doença de Alzheimer e demência vascular), assim como as alterações de deglutição e alimentação associadas à demência como um todo.

A demência refere-se a um grupo de doenças caracterizadas pela perda das capacidades intelectuais e cognitivas, prejudicando o desempenho social ou profissional, sem comprometimento da consciência. O prejuízo da memória, aprendizagem, orientação, percepção, atenção, concentração, do pensamento abstrato e do julgamento, acompanhado por alterações da personalidade e labilidade afetiva, são sintomas marcantes do quadro clínico (Nicolosi et al., 1996; Tomaz, 1997).

Será descrita a seguir a fisiopatologia dos tipos mais comuns de demência.

Doença de Alzheimer

Segundo o DSM-III-R (1987) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revisado) os critérios para o diagnóstico são:

1. Demência.
2. Aparecimento insidioso com um curso deteriorante geralmente progressivo.
3. Exclusão de todas as outras causas específicas de demência pela história, exame físico e testes laboratoriais.

Os critérios diagnósticos segundo o DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) salientam a presença de um comprometimento da memória e a presença de, pelo menos, um ou outro sintoma de declínio cognitivo (afasia, apraxia, agnosia ou funcionamento executivo anormal). Os critérios diagnósticos também exigem um declínio contínuo e gradual no funcionamento, comprometimento no funcionamento social ou ocupacional e exclusão de outras causas de demência. O DSM IV sugere que a idade de início seja caracterizada

como precoce (65 anos ou menos) ou tardia (após 65 anos) e que um sintoma comportamental predominante seja codificado com o diagnóstico, se apropriado.

Demência vascular

Ocorre principalmente em indivíduos do sexo masculino, hipertensos. A causa primária é uma doença vascular cerebral múltipla, resultando em um padrão sintomático de demência. É conhecida também como multiinfarto.

Os múltiplos infartos ocorrem em especial nos territórios da artéria cerebral média e cerebral anterior. A história e o exame físico revelam hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, sinais de doença vascular difusa. O desenvolvimento da demência é gradativo, pontuado por eventos cronológicos. O declínio é cumulativo, porém não realmente gradual. Os sintomas gerais são os mesmos daqueles da doença de Alzheimer, mas o diagnóstico exige a presença de evidências clínicas ou laboratoriais apoiando uma causa vascular para a demência.

A alimentação de idosos com demência foi descrita por alguns autores. Mas quando avaliamos um idoso com esta ou outra patologia, devemos saber se a modificação encontrada é a fisiologicamente normal esperada pela idade ou se realmente existe pela patologia em questão. Para tal a fisiologia normal da deglutição do idoso deve ser conhecida.

A questão da deglutição do idoso brasileiro tem um fator agravante que é a precariedade da saúde bucal. Rosa et al. (1992) revelaram que são altos os índices de cáries na terceira idade, além do alto índice de extrações dentárias e doenças periodontais. A perda total dos dentes (edentulismo) é aceita pela sociedade, pelos odontólogos e pelas pessoas adultas especificamente como algo normal e natural com o avanço da idade, o que é falso. Rosa et al. (1992) referem que a população estudada apresentava condições muito precárias de saúde bucal, além de más condições de mastigação e lesões ligadas à prótese. A perda da dentição influi sobre a mastigação, digestão, gustação, pronúncia e aspecto estético. O indivíduo que usa prótese total tem somente 25% da capacidade mastigatória quando comparado a um indivíduo com todos os dentes naturais (Frare et al., 1997).

Alterações da alimentação e a demência

Norberg e Athlin (1989) referem que os pacientes com síndrome demencial em estágio mais avançado perdem o senso do que é saudável e apropriado para comer, além de apresentarem problemas em funções básicas como abrir e fechar a boca, mastigar e deglutir. Alguns pacientes podem recusar a comida.

Os sintomas da demência que podem interferir com a alimentação são os distúrbios da memória, afasia, agnosia, apraxia, declínio dos reflexos primitivos, da habilidade de despertar o interesse e da razão lógica.

Para comer é preciso concentrar-se, comunicar-se e realizar atividades necessárias para alimentar-se. A pessoa precisa reconhecer e entender o uso de utensílios, reconhecer a comida e diferenciá-la do que não é comida, iniciar a refeição e sentir-se satisfeito. Os reflexos devem estar intactos. Na companhia de outras pessoas, comer implica saber dialogar enquanto se come.

No indivíduo com demência muitos processos estão prejudicados, como esquecer que é hora de comer, problemas para reconhecer e interpretar sinais de fome e saciedade, reconhecer os utensílios que precisa usar, esquecer que está comendo, levantando-se da mesa antes da hora, esquecer que acabou de comer.

Steele et al. (1997) verificaram que 87% dos 349 idosos de sua amostra apresentavam algum tipo de dificuldade, exibindo uma mudança na habilidade de comer normalmente, ultrapassando as alterações de deglutição e podendo estar associados ao declínio da condição física, mental e comportamental. As dificuldades mais comumente observadas foram: rejeição à comida, dificuldade no posicionamento, verborragia, cuspir o alimento, tosse/engasgo, deglutição lenta ou ausente, presença de resíduo na cavidade oral, além de sonolência e falta de atenção. Em 48% da amostra já havia sido feita alguma modificação quanto a consistência da dieta, 68% faziam uso de prótese dentária.

A deglutição de idosos com demência foi avaliada por meio da videofluoroscopia por Feinberg et al. (1992) e Priefer e Robins (1997).

Feinberg et al. (1992) classificaram as disfunções da fase oral como ingestão anormal (incoordenação lingual), falha de contenção (escorrimento durante a fase oral) e tempo aumentado; e na fase faríngea classificaram as disfunções como fechamento laríngeo incompleto e transporte faríngeo incompleto (retenção

em valécula e seios piriformes). Foram observadas alterações na função motora lingual e na avaliação do tamanho, posicionamento e movimento do bolo alimentar. Conforme Feinberg et al. (1992), no estágio avançado a demência representa uma deterioração global da função cognitiva que pode interromper a maioria das atividades voluntárias.

Algumas características que podem descrever esta disfunção oral são agnosia (incapacidade de reconhecer estímulos ou situações familiares), dispraxia (incapacidade de realizar movimentos) e abulia (retardo psicomotor).

Priefer e Robins (1997) avaliaram a deglutição por meio da videofluoroscopia e observaram que a duração do trânsito oral apresentou-se com tempo significativamente maior em indivíduos com doença de Alzheimer, além de mastigação anormal ou ausente, movimento lingual ou de mandíbula anormais. Os indivíduos com doença de Alzheimer apresentaram alteração de deglutição e as alterações mais comuns aparecem na fase oral e na transição entre oral e faríngea. Necessitaram ainda muito mais da assistência e orientação do que o grupo de indivíduos normais. As orientações se deram principalmente quanto ao manuseio das embalagens e ao ato de beber ou comer algo (Priefer e Robins, 1997).

Sayeg, Marin e Inestrosa (1995) ressaltam a importância do papel do cuidador nas dificuldades e limitações apresentadas por um indivíduo com doença de Alzheimer e sugerem algumas modificações no ambiente, na apresentação do alimento, na consistência da dieta, na solicitação ao paciente, a fim de propiciar uma alimentação adequada ao idoso, visando à independência funcional, à nutrição e à hidratação adequadas.

Os estudos apresentados acima relatam a ocorrência de alterações na função alimentar mesmo precocemente em indivíduos com demência. A avaliação e o acompanhamento destes indivíduos permitem ao profissional fonoaudiólogo que realize uma série de modificações na alimentação quando necessário, como mudanças na consistência, temperatura e tempero da dieta, quantidade colocada na boca, fracionamento. A opção pela alimentação assistida pode ser feita, o que envolve a presença de outrem que procure trazer a atenção da pessoa para a atividade, faça com que ela evite distrações no ambiente onde a refeição é feita, dê ordem verbal e estímulo visual quando necessário, diminua a velocidade da

alimentação, evite que a pessoa deite após as refeições e realize a limpeza da cavidade oral após cada refeição. Em alguns casos a opção pela dieta enteral é a melhor decisão a ser tomada.

Casuística e método

Sujeitos

Foram avaliados 16 idosos com faixa etária entre 70 e 91 anos de idade, sendo 10 do sexo feminino e 6 do sexo masculino.

Material e procedimentos

O contato com os idosos de nossa amostra ocorreu no Ambulatório de Neuropsiquiatria do Centro de Estudos do Envelhecimento, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (CEE-UNIFESP-EPM). Neste ambulatório, os idosos são atendidos por médico residente, e os casos são discutidos numa equipe composta por médico geriatra, médico psiquiatra, psicólogo e fonoaudiólogo. Inicialmente o fonoaudiólogo acompanhou este ambulatório no período de três meses, antes de iniciar a coleta de dados. Neste período, foi possível observar quais eram as principais necessidades e dificuldades do idoso com demência, procedimento este que possibilitou a elaboração de questões importantes a serem incluídas numa entrevista e na avaliação destes pacientes.

O critério de inclusão dos idosos neste estudo foi o diagnóstico médico de demência, sem restrições quanto ao tipo, mesmo quando não se apresentavam queixas quanto à deglutição. Foram incluídos aqueles com os diagnósticos de possível ou provável doença de Alzheimer, demência vascular e demência mista.

Os idosos foram atendidos pelo fonoaudiólogo seguindo um programa pre-estabelecido. O programa de atendimento constou de:

1. Anamnese
2. Avaliação fonoaudiológica
3. Estabelecimento de condutas

A anamnese foi realizada com o idoso, quando este era capaz de responder as questões, ou com o familiar/cuidador. As perguntas constaram de aspectos importantes relacionados à alimentação do paciente. Algumas questões foram adicionadas àquelas já existentes no protocolo utilizado. Estas questões estão relacionadas à necessidade de um cuidador durante a alimentação, instrumentos e materiais utilizados, adaptações do ambiente, tempo aumentado/diminuído e as dificuldades alimentares apresentadas pelo indivíduo em questão.

As questões de anamnese encontram-se em anexo, assim como o protocolo utilizado.

Foi aplicado um protocolo de avaliação fonoaudiológica (anexo 1), o qual foi adaptado pelas fonoaudiólogas Tereza Bilton, Luciane T. Soares, Heloísa S. Suzuki e Elaine Palinkas Sanches, baseando-se nas avaliações propostas por Cherneny, Cantieri e Pannel (1994). Este protocolo já vem sendo utilizado no CEE-UNIFESP-EPM, no ambulatório de alta da enfermaria do Hospital São Paulo e no ambulatório de gerontologia do Lar Escola São Francisco.

O protocolo utilizado consta de anamnese, avaliações estrutural e funcional da deglutição. A avaliação estrutural foi realizada sempre que possível, ou seja, nos pacientes com função cognitiva preservada, capazes de atender às solicitações verbais da avaliadora. Tal protocolo foi aplicado na íntegra, porém é importante ressaltar que a área atentada neste estudo é a alimentação e deglutição, não enfatizando as outras áreas de atuação fonoaudiológica, como voz, linguagem, articulação e audição.

A avaliação estrutural da deglutição constou da observação das estruturas da cavidade oral, em que foram selecionados os aspectos mais relevantes para a deglutição segura e satisfatória. Entre os aspectos incluídos na avaliação estão: a presença e o estado de conservação dos dentes, presença e adaptação de próteses dentárias e inspeção dos órgãos fono-articulatórios. Para a realização da avaliação funcional, foram oferecidos os alimentos: água e bolacha (água e sal). Quando os familiares podiam retornar junto ao paciente, a avaliação foi realizada com o alimento trazido pela família (uma refeição).

A realização de uma avaliação completa torna possível o estabelecimento de algumas condutas de acordo com a necessidade de cada caso. A terapia fonoaudiológica pode ser indicada quando for detectada a presença de alterações

na fase oral da deglutição; o paciente pode ser acompanhado em retornos a fim de se prevenir e detectar a ocorrência de declínio na função da deglutição; o cuidador / familiar ou o paciente podem ser orientados quanto aos aspectos relacionados a alimentação e deglutição, higiene oral, postura durante e após a alimentação, entre outros.

Além do protocolo de avaliação (Anexo 1), foi aplicado um roteiro de questões relacionadas à alimentação (Anexo 2). Este roteiro foi elaborado pelas fonoaudiólogas Tereza Bilton e Elaine Palinkas Sanches, baseando-se na observação e na avaliação de idosos com demência, previamente à realização do presente estudo.

Análise das avaliações

A análise dos resultados permitiu a detecção de presença de dificuldades ou dependência em algum momento da alimentação em 87,5% (n = 14) dos 16 idosos avaliados.

A necessidade de assistência por meio de solicitações verbais foi observada em algumas situações: no ato de levar o alimento à boca, controle da quantidade e velocidade com que o alimento era colocado na boca, uso inadequado de utensílios (por exemplo, soprar o canudo ao invés de sugar), no ato de cuspir o alimento. Dois idosos paravam de mastigar e era preciso solicitar que eles continuassem, ou era preciso retirar o alimento de suas bocas.

A avaliação das estruturas da cavidade oral foi realizada apenas de forma passiva em quatro idosos, ou seja, foram observados aspectos da avaliação estrutural sem a realização de atos motores solicitados pela avaliadora, pois estes idosos não compreenderam tais solicitações. Nestes casos, foi possível observar passivamente o vedamento labial, tônus e mobilidade de língua e lábios e a sensibilidade do palato mole. As alterações na avaliação estrutural foram caracterizadas pela diminuição de força, mobilidade ou sensibilidade dos órgãos fono-articulatórios.

Os resultados obtidos a partir da análise das avaliações encontram-se no quadro a seguir:

Quadro 1. Dificuldades e alterações nos aspectos relacionados à alimentação e deglutição de idosos com demência.

Dificuldade ou alteração observada	%	(n =)
• restrição alimentar à consistência sólida	68,7	(11)
• edentulismo (ausência total de dentes)	68,7	(11)
• higiene oral inadequada	50	(8)
• dependência total de um cuidador nas atividades:		
- preparo do alimento	87,5	(14)
- colocação do alimento no prato	81,2	(13)
- levar o alimento à boca	37,5	(6)
- higiene oral	50	(8)
• presença de tosse ou engasgo associados a:		
- ingestão de alimentos na consistência sólida	12,5	(2)
- colocação de alimentos na boca em grande quantidade	6,25	(1)
- ingestão de alimentos em qualquer consistência	18,7	(3)
- ausência de deglutição de saliva	18,7	(3)
• alterações para referir sinais corporais (fome, sede e saciedade)	56,2	(9)
• alterações na avaliação estrutural	25	(4)
• alteração na quantidade de alimento ingerido e/ou no tempo de refeição	43,7	(7)
• INTERVENÇÃO / Orientação		
- quanto à higiene oral	50	(8)
- quanto à postura correta durante e após a alimentação	50	(8)
- quanto à mudança de consistência do alimento	43,7	(7)
• INTERVENÇÃO		
- indicação de terapia fonoaudiológica	25	(4)
- mudança de dieta: Introdução de sonda naso-enteral	12,5	(2)
- encaminhamento para o setor de Nutrição	12,5	(2)

Os cuidadores também foram orientados quanto à necessidade de diminuir os fatores distrativos no ambiente onde é realizada a refeição, o que inclui música, televisão, trânsito de pessoas, conversa durante a refeição e o excesso de utensílios na mesa, manter a atenção do paciente para o que ele está fazendo, e tomar o cuidado de não fazer pelo paciente o que ele ainda é capaz de realizar.

A partir da análise das avaliações, observa-se que é necessário acompanhar o idoso com demência e seu cuidador, para que, diante de tantas dificuldades, este possa realizar as adaptações importantes em cada momento.

Discussão

O alto índice de idosos edêntulos (68,7%) encontrado neste estudo equivale aos resultados de avaliações de outros autores (Frare et al., 1997), o que reflete a precariedade das condições de saúde bucal dos idosos da amostra, sem relação com a demência. Foi observado que a perda da dentição influenciou principalmente sobre a mastigação, refletindo na restrição alimentar da consistência sólida (68,7%), assim como descrito por Steele et al. (1997).

A higiene oral realizada de forma inadequada foi observada em 50% dos indivíduos, havendo presença de halitose e/ou restos alimentares nos dentes, próteses ou palato. Sayeg et al. (1995) afirmam que a importância da realização adequada da higiene oral está relacionada à prevenção de um foco de infecção e ao aparecimento de lesões na cavidade que prejudiquem a mastigação.

Entre as alterações ou dificuldades descritas em literatura, a dificuldade em reconhecer e interpretar os sinais de fome e saciedade, reconhecer os utensílios de precisa usar, esquecer que está comendo ou esquecer que já comeu (Norberg e Athlin, 1989; Priefer e Robbins, 1997; Steele et al., 1997 e Sayeg et al., 1995), dificuldade no posicionamento do paciente, verborragia, cuspir o alimento, lentidão para deglutir ou mastigar e falta de atenção (Steele et al., 1997 e Sayeg et al., 1995).

Assim, como os achados destes autores, todas as dificuldades descritas também foram encontradas no presente estudo. Observa-se que tais dificuldades estão ligadas ao declínio cognitivo dos pacientes e à perda da capacidade de realização de atividades voluntárias, assim como foi relatado por Nicolosi et al. (1996) e Tomaz (1997). Desta forma, as dificuldades estão relacionadas às tarefas que estes indivíduos, antes da doença, eram capazes de realizar e, com a sua evolução, passaram a depender de outrem. As tarefas que passaram a ser realizadas por outra pessoa são: preparar o alimento (87,5%), colocar o alimento no prato (81,2%), levar o alimento à boca e utilizar corretamente os utensílios (37,5%), realizar higiene oral (50%). Além disso, 56,2% dos indivíduos não informam os sinais de fome, sede ou saciedade, necessitando de um cuidador controlando os horários da refeição e a quantidade de alimento ingerido.

A presença de tosse, engasgo, fadiga, lentidão para deglutir, ausência de deglutição de saliva e incapacidade para deglutir qualquer alimento à medida que a deterioração global da função cognitiva alcançou um estágio mais avançado, interrompendo as atividades voluntárias (entre elas a fase oral da deglutição) concorda com a prevalência de alterações na fase oral da deglutição de 71% dos 131 idosos avaliados por Feinberg et al. (1992). Apesar da semelhança qualitativa dos resultados obtidos, a comparação entre o presente estudo e o realizado por este autor é restrita pela diferença entre os instrumentos de avaliação utilizados; a videofluoroscopia é um exame mais objetivo, mas um estudo baseado somente nela perde dados importantes de anamnese e avaliação estrutural. Inicialmente a proposta do presente estudo era de realizar também um exame mais objetivo – o videodeglutoesofagograma –, mas os pacientes com demência em grau moderado não conseguiram permanecer na posição adequada para a realização deste diagnóstico por imagem.

A quantidade do alimento ingerido é uma variável que se apresentou diminuída em 31,3% dos casos. O controle da quantidade é realizado pelos cuidadores, muitas vezes sem um acompanhamento nutricional. Sayeg et al. (1995) não fornecem dados quantitativos que possam ser comparados, mas mostram a importância deste controle pelo cuidador, que deve preocupar-se com a nutrição e a hidratação adequadas.

Como descrito nos resultados, apenas 18,7% dos casos não necessitaram de intervenção. As orientações foram realizadas quanto à higienização oral, postura correta, mudança de consistência do alimento, encaminhamento ao setor de Nutrição, troca e manutenção das próteses e mudança de comportamentos. A terapia fonoaudiológica também foi indicada, e a mudança do tipo de administração de dieta para enteral foi realizada em conjunto com o médico, o nutricionista e o cuidador, levando em conta as questões éticas levantadas por Norberg e Athlin (1989).

A intervenção fonoaudiológica mostrou-se necessária na maioria dos casos (81,3%), sendo necessário adequar as dificuldades/ limitações do paciente à atuação do cuidador.

Conclusões

A análise dos resultados e a sua comparação com os dados encontrados em literatura permitiram a descrição dos fatores relacionados à alimentação e à deglutição de uma amostra de idosos com demência, guiando o objetivo da intervenção fonoaudiológica. As conclusões obtidas foram as seguintes:

- o alto índice de edêntulos na amostra reflete as condições precárias de saúde bucal da amostra;
- a dificuldade de mastigação de alimentos sólidos está associada à falta de dentes e próteses dentárias, não sendo possível estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis, pois os eventos foram observados simultaneamente;
- os idosos com demência apresentam alterações relacionadas à alimentação de acordo com o declínio do estado cognitivo. Algumas destas alterações incluem a incapacidade de reconhecer e interpretar os sinais biológicos de fome, sede ou saciedade, atenção diminuída durante a alimentação, incapacidade para reconhecer os alimentos e os utensílios necessários, incapacidade de preparar a comida, colocá-la no prato e levá-la à boca;
- as fases oral e faríngea da deglutição apresentaram-se com algumas modificações, sendo observada a presença de engasgos, tosse, fadiga, lentidão para deglutir, presença do ato de cuspir alimentos, incapacidade para mastigar e deglutir alimentos, incapacidade para deglutir saliva;
- a dependência de um cuidador, para a realização das atividades relacionadas a alimentação e higiene oral, aumenta com a evolução da doença e o declínio do estado cognitivo;
- a proposta do presente estudo incluiu a realização da avaliação fonoaudiológica ambulatorial, porém sabe-se que a “visita domiciliar” é importante e permite a observação de características peculiares relacionadas à alimentação do idoso com demência. Em uma visita domiciliar é possível observar como é o ambiente onde ocorre a alimentação, quais os utensílios oferecidos ao paciente, quais os distrativos presentes no ambiente, como o cuidador posiciona o paciente durante e após a refeição, como

é realizada a higiene oral, como é preparada a comida, como o cuidador lida com as dificuldades do paciente, de quais estratégias o cuidador faz uso quando o paciente não quer comer ou quer comer o dia todo, quando o paciente cospe a comida, quando não abre a mandíbula ou não mantém a cabeça sustentada, etc. Estas observações e outros detalhes não mencionados acima complementam a avaliação ambulatorial e permitem uma intervenção mais pontual nas dificuldades apresentadas em cada caso.

A realização deste estudo atingiu os objetivos iniciais de descrever a alimentação e deglutição de idosos com demência, e detectar a prevalência das alterações, facilitando a intervenção.

A intervenção mais adequada foi realizada após a avaliação de cada caso, sendo possível observar que os cuidadores de alguma forma se adaptavam às necessidades dos pacientes, mas algumas modificações necessárias não eram feitas. Desta forma, conclui-se que o trabalho fonoaudiológico com idosos com demência deve ser focado no acompanhamento periódico aos pacientes e cuidadores, orientando, realizando adaptações e prevenindo alterações e perdas maiores de capacidade funcional relacionadas à alimentação. No entanto, sugere-se que trabalhos similares a este devam ser realizados, incluindo uma visita domiciliar, quando são verificadas as reais dificuldades do cuidador em relação ao paciente e as adaptações às condições do ambiente que devem ser feitas.

Referências bibliográficas

- CHERNEY, L. R. (1994). *Clinical management of dysphagia in adults and children*. Maryland, Aspen Publishers Inc.
- DSM III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1987). 3 ed. revisada. *American Psychiatric Association*, Washington DC.
- FEINBERG, M. J.; EKBERG, O.; SEGALL, L. e TULLY, J. (1992). "Deglutition in elderly patients with dementia: findings of videofluorographic evaluation and impact on staging and management", *Radiology*, vol. 183, pp. 811-814.

- FRARE, S. M.; LIMAS, P. A.; ALBARELLO, F. J.; PEDOT, G. e RÉGIO, R.A.S. (1997). “Terceira idade: quais os problemas bucais existentes?”, *Revista da APCD*, vol. 51, n. 6, pp. 573-576.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P. e RAMOS, L. R. (1987). “O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo”, *Revista de Saúde Pública*, vol. 21, n. 3, pp. 200-210.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. e GREBB, J. A. (1997). “Delirium, demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos e transtornos mentais devido a uma condição médica geral”. In: *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. São Paulo, Artes Médicas.
- NICOLOSI, L.; HARRYMAN, E. e KRESHECK, J. (1996). *Vocabulário dos Distúrbios da Comunicação: fala, linguagem e audição*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- NORBERG, A. e ATHLIN, E. (1989). “Eating problems in severely demented patients – issues and ethical dilemmas”, *The nursing clinics of North America*, v. 24, n. 3, pp. 781-789.
- PRIEFER, B. A. e ROBBINS, J. (1997). Eating changes in mild-stage Alzheimer’s disease: a pilot study”, *Dysphagia*, vol. 12, pp. 212-221.
- ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C.; PINTO, V. G. e RAMOS, L. R. (1992). Condições de saúde bucal de pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil), *Revista de Saúde Pública.*, vol. 26, n. 3, pp. 155-160.
- SAYEG, N.; MARIN, P. P. e INESTROSA, N. C. (1995). *Enfermidade de Alzheimer: guia del cuidador*. São Paulo. Lemos Editora.
- STEELE, C. M.; GREENWOOD, C.; ENS, I.; ROBERTSON, C. e SEIDMAN-CARLSON, R. (1997). “Mealtimes difficulties in a home for the aged: not just dysphagia”, *Dysphagia*, vol. 12, pp.43-50.
- TOMAZ, C. (1997). Demência. In: GRAEFF, F. G. e BRANDÃO, M. L. *Neurobiologia das doenças mentais*. São Paulo. Editora Lemos.

Resumo

O objetivo do presente estudo foi descrever as funções relacionadas à alimentação e deglutição de idosos com demência, detectando a prevalência de alterações. Foram avaliados 16 idosos com faixa etária entre 70 e 91 anos de idade. O critério de inclusão foi o diagnóstico médico de demência, sem restrição quanto ao tipo. Observamos que a maioria destes idosos apresentou dificuldades durante a alimentação ou em atividades envolvidas nesta função, como o preparo do alimento, manuseio de utensílios e higiene oral, dependendo da assistência de um cuidador. Concluímos que os idosos com demência precisam de acompanhamento fonoaudiológico periódico, a fim de minimizar suas limitações / incapacidades relacionadas à alimentação, prevenindo a desnutrição, a desidratação e outras complicações.

Palavras-chave: deglutição, demência, avaliação fonoaudiológica, idosos.

Abstract

The aim of the present study was to describe the functions related to eating and swallowing in elderly people with dementia, detecting the prevalence of abnormalities. 16 patients between 70 and 91 years of age were evaluated. Only patients diagnosed as demented by their doctors were included. We observed that most of the evaluated elderly people presented problems while eating or in activities linked to it, as cooking, self-feeding tasks and mouth cleanness. Most of them depended on a caregiver's assistance. We concluded that elderly people with dementia need a periodical follow-up carried out by a speech pathologist, in order to reduce their incapacity related to eating and potential problems associated with it (dehydration, mal-nutrition and others).

Key-words: swallowing, dementia, periodical speech pathologist follow up, elderly.

Recebido em mar/00; aprovado em jun/00

Anexos

Anexo I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - EPM
CENTRO DE ESTUDOS DO ENVELHECIMENTO
AMBULATÓRIO DE NEUROPSIQUIATRIA
(roteiro adaptado pelas fonoaudiólogas Tereza Bilton, Luciane Teixeira
Soares, Heloísa S. Suzuki e Elaine Palinkas Sanches)

FONOAUDIOLOGIA

Nome: _____ RG/GER: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data: ____/____/____

Prof. Anterior: _____

RESUMO DA AVALIAÇÃO E CONDUTA

A) HISTÓRIA MÉDICA

B) MEDICAMENTOS (tipos, modo de administração)

C) AUDIÇÃO

Tem dificuldade para escutar? () sim () não

Há quanto tempo? _____

Em qual ouvido? () OD () OE

Qual é melhor? () OD () OE

A dificuldade é: () progressiva () súbita () flutuante

() em crise () forte () moderada () fraca

Otalgia: () OD () OE

Fez alguma cirurgia no ouvido? () sim () não () OD () OE

Tem incômodo a sons intensos? () sim () não

Usa AASI? () sim () não

Fatores agravantes: _____

Fatores de melhora: _____

Outros dados: _____

Avaliação subjetiva

Tem dificuldade para ouvir a campainha da porta ou o toque do telefone? () sim () não

Tem dificuldade para ouvir a televisão?() sim () não

Tem dificuldade para conversar com duas ou três pessoas?() sim () não

Tem dificuldade para conversar com uma só pessoa em ambiente

ruidoso?() sim () não e silencioso?() sim () não

Tem dificuldade para conversar ao telefone? () sim () não

ZUMBIDO

Tem zumbido? () sim () não

Em qual ouvido? () OD () OE () ambos

O zumbido é: () moderado () fraco () forte

() constante () progressivo () súbito () em crise

TONTURA

Tem tontura? () sim () não

Há quanto tempo? _____

Rotatória? () sim () não

Em determinada posição? () sim () não Qual? _____

A tontura é: () em crise() constante() súbita

() moderada () fraca

Teve queda: () sim () não

Apresenta () sudorese () vômitos () náusea () palidez

Tem cefaléia? () sim () não Localização: _____

Outros sintomas: () escurecimento da vista

() desequilíbrio ao andar () dificuldade ou dor ao movimento

Fatores agravantes: _____

Fatores de melhora: _____

Outros dados: _____

OTOSCOPIA

D) DEGLUTIÇÃO – ANAMNESE

Queixas relacionadas à deglutição e alimentação do paciente:

1) alergia à comida? () sim () não

Qual? _____

Análise descritiva da alimentação de idosos com demência

2) restrições? () sal () açúcar () outros _____

3) tipo de alimentação () oral () enteral

4) alimenta-se () sozinho () com ajuda

Qual o tipo de ajuda necessária? _____

5) o que come? _____

6) como come? _____

7) horário das refeições? _____

8) postura durante e após a alimentação? _____

9) apresenta engasgos? () sim () não

Com o quê? _____

10) tosse durante as refeições? () sim () não () de vez em quando

11) tosse após as refeições? () sim () não () de vez em quando

12) fadiga durante a refeição? () sim () não () de vez em quando

13) relata que a comida fica parada na garganta? () sim () não

14) sente-se empazinado depois de comer? () sim () não

15) tem azia? () sim () não

16) sente queimação no estômago? () sim () não

17) tem pigarro constante? () sim () não

18) tem alteração de voz? () sim () não

19) faz higienização bucal? () com ajuda () sem ajuda

Como? _____

Quando? _____

E) DEGLUTIÇÃO – AVALIAÇÃO

a) 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 () regular

b) Prótese dentária:

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

() parcial superior () parcial inferior

() bem adaptada () mal adaptada

c) Presença de ulcerações na cavidade oral? () sim () não

d) Saliva: () pouca () normal () escape

e) Exame estrutural:

1. LÁBIOS

1.1.- desvios anatômicos: _____

1.2 – desvios funcionais (lateralização, protrusão, retrusão, compressão): _____

1.3 – tônus: () normal () aumentado () diminuído

1.4 – sensibilidade: () normal () alterada

2. LÍNGUA

2.1 – desvios anatômicos: _____

2.2 – desvios funcionais (protrusão, retrusão, elevação, lateralização, abaixamento, lambr os lábios e o palato): _____

2.3 – tônus: () normal () aumentado () diminuído

2.4 – sensibilidade: () normal () alterada

2.5 – forças: () 1/3 anterior () 1/3 médio () 1/3 posterior

3. ATM

3.1 – desvios funcionais: abrir, fechar, resistência para abrir e fechar, lateralizar (esquerda-direita), mastigação rotatória: _____

4. PALATOS

4.1 – desvios funcionais:

véu (repouso, /a/. /ã/, observar a nasalidade) _____

palato duro em repouso _____

4.2 – sensibilidade: () normal () alterada

5. PULMÃO

5.1 – desvios funcionais (doença respiratória, pneumonia por aspiração, evidência de aspiração clínica ou radiológica, entubação, ventilação, controle respiratório da deglutição)

DEGLUTIÇÃO FUNCIONAL

Consistências observadas:

() sólido: salsicha

() pastoso: bolacha umedecida no iogurte de beber

() purê: sopinha Nestlé

() líquido engrossado: iogurte de beber

() líquido fino: suco e água

Abre a boca voluntariamente? () sim () não

Apresenta reflexo de mordida? () sim () não

Vedamento labial adequado? () sim () não

Movimento mastigatório: () unilateral () bilateral

() bilateral com predomínio de um dos lados

Velocidade da mastigação: () normal () lenta () rápida

Apresenta movimentação compensatória ao deglutir? () sim () não

Análise descritiva da alimentação de idosos com demência

Qual o tipo de movimentação? _____

Fica resíduo na cavidade oral? () sim () não

Em que lugar? _____

Apresentou engasgo? () sim () não

Quando? _____

Apresentou tosse? () sim () não

Quando? _____

Apresentou fadiga? () sim () não

F. VOZ

1. Apresenta alteração de voz? () sim () não

2. Tempo máximo de fonação: () normal () diminuído

3. Ataque vocal: () brusco () aspirado () isocrônico

4. Respiração: () abdominal () torácica () tóraco-abdominal

5. Qualidade vocal: _____

6. *Pitch*: _____ *Loudness*: _____

Fonoaudióloga

CRFa:

Anexo 2

**ROTEIRO DE QUESTÕES RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO
DE INDIVÍDUOS COM DEMÊNCIA**

(sugerido pelas fonoaudiólogas Tereza Bilton e Elaine Palinkas Sanches)

a. Preparo do alimento

Como é preparado o alimento (cozido, assado, frito) ?

b. Consistência alimentar

Quais as consistências habituais (sólida, pastosa, líquida)?

Houve mudança na consistência? () sim () não

c. Compreensão e expressão dos sinais do próprio organismo

Solicita espontaneamente água e comida? () sim () não

Refere saciedade? () sim () não

Esquece que acabou de comer? () sim () não

d. Dependência de um cuidador

Prepara o alimento sozinho? () sim () não

Coloca o alimento no prato? () sim () não

Utiliza os instrumentos de acordo com sua função (talheres, guardanapo e copo)? () sim () não

Realiza higiene oral e das próteses sozinho? () sim () não

Reconhece os alimentos? () sim () não

Guarda os alimentos e utensílios no lugar correto? () sim () não

e. Modificações ambientais

(guardar os alimentos e produtos de limpeza fora do alcance, escolher um local mais sossegado para a alimentação, evitar distrações auditivas e visuais, entre outras)

É necessário realizar alguma mudança? () sim () não

Qual (is)? _____

f. Quantidade do alimento ingerido e tempo da refeição

A quantidade do alimento ingerido está () inalterada () diminuída () aumentada

O tempo da refeição está () inalterado () diminuído () aumentado

DADOS COMPLEMENTARES

Queixas e dificuldades:

Condições de Higiene Oral:

Resumo da Avaliação Estrutural:

Análise descritiva da alimentação de idosos com demência

Resumo da Avaliação Funcional:

Condutas:

Fonoaudiólogo
CRFa