

Qualidade de vida e interdisciplinaridade: a necessidade do programa de assistência domiciliar na prevenção das complicações em idosos com disfagia

Quality of life and interdisciplinarity: the necessity of home care programs in the prevention of complications in old people with dysphagia

Calidad de vida y carácter interdisciplinario: la necesidad de programas de cuidado domiciliario en la prevención de complicaciones de la gente envejecida con disfagia

*Fernanda Salzani Mendes**
*Lucy Aintablian Tchakmakian***

RESUMO: Com a mudança do perfil etário e demográfico da população notam-se alterações no processo de envelhecimento que dizem respeito ao estado nutricional e fonoaudiológico. O idoso com disfagia torna-se mais frágil, podendo ter complicações, como a pneumonia aspirativa e alteração na ingestão alimentar, o que pode comprometer sua saúde. Uma alternativa de suporte em saúde tem sido os serviços de assistência domiciliar, que utilizam o suporte técnico de uma equipe interdisciplinar para atender de uma forma global o indivíduo com dificuldade a chegar ao serviço ambulatorial. Esse trabalho visou a mostrar a importância do diagnóstico e intervenção precoce em idosos com disfagia, na tentativa de melhorar o estado nutricional, a qualidade de vida diminuindo assim as complicações na saúde em um grupo participantes de um Programa de Assistência Domiciliar no Município de São Paulo. Com base em um estudo de campo quanti-qualitativo, com método descritivo analítico, observou-se que com intervenção precoce da equipe trouxe discreta melhora no perfil nutricional e fonoaudiológico da amostra, mas não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis consistências das dietas e modificações com o diagnóstico nutricional inicial e pós-intervenção ($p > 0,10$).

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Assistência Domiciliar. Transtornos de Deglutição. Estado Nutricional.

ABSTRACT: Changes of the age and demographic profiles of the population evidence alterations in the aging process regarding nutritional and phonoaudiologic condition. Old people with dysphagia become more fragile and may present complications such as aspiratory pneumonia and alterations in food ingestion that may compromise their health. A health assistance alternative is home care services that use technical support of an interdisciplinary team to take care in a global way of individuals having difficulties to arrive at ambulatory services. This work aims to show the importance of early diagnosis and intervention in old people with dysphagia, in an attempt to improve nutritional condition and quality of life, thus diminishing health complications for a group participant of a Home Care Program in São Paulo City. On the basis of a quantitative-qualitative field study using an analytical descriptive method, we observed that early intervention of the care team produced some improvement in the nutritional and phonoaudiologic profiles of subjects in the sample, but not a statistically significant association between variables "consistencies of foods" and "modifications from pre- and post-intervention nutritional diagnosis" ($p > 0,10$).

KEYWORDS: Home Care Services. Deglutition Disorders. Nutritional Status.

RESUMEN: Cambios de la edad y de los perfiles demográficos evidencian alteraciones del proceso de envejecimiento respecto a la condición nutricional y fonoaudiológica. La gente envejecida con disfagia es más frágil y puede presentar complicaciones tales como pulmonía y alteraciones aspiratorias en la ingestión de alimentos que puede comprometer su salud. Una alternativa de asistencia a la salud son los servicios de cuidado domiciliario que utiliza el soporte técnico de un equipo interdisciplinario para asistir de una manera global a los pacientes que tienen dificultades para llegar a los servicios ambulatorios. Este trabajo apunta demostrar la importancia de la diagnosis y de la intervención temprana en la gente envejecida con disfagia, intentando mejorar la condición y la calidad de vida nutricionales, disminuyendo las complicaciones de la salud para un participante del grupo de un programa de cuidado domiciliario en la ciudad de São Paulo. En base a un estudio de campo cuantitativo-qualitativo, se usó un método descriptivo analítico, observando que la intervención temprana del equipo de cuidados produjo una cierta mejora en los perfiles nutricionales y fonoaudiológicos de los sujetos de la muestra, pero no una asociación estadística significativa entre las variables "consistencias de los alimentos" y "modificaciones de la diagnosis nutricional pre- y post-intervención" ($p > 0,10$).

PALABRAS LLAVE: Servicios de Atención de Salud a Domicilio. Trastornos de Deglución. Estado Nutricional.

* Nutricionista. Mestre em Ciências da Saúde com ênfase em Epidemiologia – UNIFESP/EPM. Especialista em Nutrição em Saúde Pública – UNIFESP/EPM. Especialista em Gerontologia – Centro Universitário São Camilo. Professora do Curso de Nutrição do Centro Universitário São Camilo.

** Nutricionista. Mestre em Gerontologia pela PUC-SP. Especialista em Administração Hospitalar – UNAERP. Coordenadora Adjunta do Curso de Nutrição e docente do Curso de Especialização em Nutrição Clínica e em Gerontologia do Centro Universitário São Camilo. E-mail: lucy@saocamillo-sp.br

Introdução

A Organização Mundial da Saúde, em 1990, publicou que a população idosa mundial com 60 anos ou mais era superior a 280 milhões; destas, 58% viviam em regiões menos desenvolvidas, para 2020, essa expectativa deverá ser de 700 milhões de idosos nestas regiões¹. Tal mudança na estrutura etária é dada pela queda da natalidade e aumento na expectativa de vida. Outro fator associado é a causa morte; que deixa de ser por doenças infecciosas, e passa a ser por doenças crônicas, alterando assim o perfil morbi-mortalidade da população. O envelhecimento populacional, portanto, é um fenômeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos como daqueles em desenvolvimento^{2,3,4,5}.

Os idosos representam uma população frágil, devido às alterações morfológicas, biomoleculares e funcionais no organismo. Essa fragilidade indica que a idade é um determinante importante para o aparecimento de doenças, agravadas pelo sedentarismo, pela má alimentação e fatores extrínsecos, principalmente em relação a doenças crônico-degenerativas e múltiplas que duram mais tempo necessitando cuidados à saúde^{6,7,8,9}.

Esse novo perfil epidemiológico traz grandes despesas com maior número de tratamentos médicos hospitalares, os idosos utilizam 30% a 40% dos serviços ambulatoriais e hospitalares e consomem 30% dos gastos em saúde, pois suas internações são mais frequentes e mais prolongadas, uma opção é o cuidado a saúde no domicílio, por equipes multidisciplinares permanentes^{10,11,12}.

Essa modalidade de atenção altera minimamente o modo de vida do paciente; tem sido muito procurada devido ao aumento da qualidade de vida e sobrevida dos

pacientes; tem a finalidade de garantir a assistência humanizada, assim como também promover educação em saúde junto aos familiares e cuidadores; reduz os custos da atenção, tanto para a família como para o estado; diminui o risco de infecção e utiliza mais racionalmente os leitos^{12,13,14,15}.

Com o envelhecimento há perda paulatina da capacidade do organismo de adaptar-se às mudanças ambientais e à interação de fatores intrínsecos (genéticos), podendo causar maior vulnerabilidade a doenças e à morte. Ocorre, também, o declínio imunitário que parece afetar o estado nutricional, há redução da reserva funcional de vários órgãos e sistemas do organismo, com deterioração do sistema sensitivo e da função motora^{2,16,17}.

Existe elevada incidência de disfagia nos idosos, e a explicação deve-se: aos problemas de mastigação (dentição péssimo estado, incompleta ou próteses inadequadas), fala inarticulada, tosse ou sufocamento enquanto come diminuição da força mastigatória e de língua, movimento excessivo da língua causando extrusão do alimento, resíduo do alimento na cavidade oral, penetração no vestíbulo laríngeo, diminuição de reflexos protetivos, aumento de refluxo gastroesofágico, voz molhada depois de comer ou beber, degeneração senil do esôfago, doenças e medicamentos que comprometam a atividade muscular dos órgãos envolvidos na deglutição e que podem causar xerostomia. No idoso, a disfagia tem consequências desastrosas, tais como; pneumonia aspirativa, alterações na ingestão alimentar e subnutrição, devido à relutância de consumir alguns tipos de consistências de dieta^{18,19,20,21}.

A disfagia pode ser orofaríngea ou esofágica, sendo a esofágica a mais frequente, devido à obstrução mecânica pela alteração da

motilidade. Pirose, perda de peso, regurgitação da comida, tosse e chiado ocorrem tipicamente com a obstrução esofágica, mas podem estar associados a uma motilidade normal. A disfagia orofaríngea é entendida como distúrbio da deglutição, com sinais e sintomas específicos, que se caracteriza por alterações em qualquer etapa e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, podendo ser congênita ou adquirida após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico e pode causar pneumonia, devido às aspirações^{22,23,24}.

O prejuízo na ingestão alimentar, diminuição do apetite podem causar comprometimento do estado nutricional e um aumento na frequência de doenças, resultando em sério comprometimento do estado geral do idoso^{25,26,27}. A alimentação merece grande atenção por parte dos profissionais de saúde que atendem a população idosa, visto que estes são responsáveis diretos pela nutrição e hidratação, e conseqüentemente pela saúde geral. Em idosos com deterioração da função cognitiva, geralmente está associado o quadro disfágico, na evolução da doença.

A anamnese alimentar associada à avaliação do estado nutricional, estabelece a conduta dietética a ser tomada pelo profissional nutricionista, enfatizando a elaboração, preparo e administração da dieta no domicílio. Dependendo da via de acesso da alimentação, a escolha do tipo da dieta e sua consistência, condições econômicas e higiênicas sanitárias, compreensão pelo cuidador e a possível interação medicamentosa são determinantes para uma boa recuperação do paciente¹³.

O fonoaudiólogo e o nutricionista junto à equipe poderão realizar as avaliações partindo, também, do contexto domiciliar, observando as situações alimentares, condições de preparo das refeições, além da

condição de mastigação e deglutição se são favoráveis ou não ao idoso¹⁶.

Com base nos dados, justifica-se a necessidade de desenvolver estudos que abordem as condições de saúde e nutrição dos idosos, a fim de auxiliar as ações de profissionais envolvidos no que diz respeito à prevenção de doenças e manutenção das atividades de vida diárias, garantindo a qualidade de vida e a independência desses indivíduos.

Objetivo

Mostrar a importância do diagnóstico precoce de disfagia em idosos e as melhores intervenções de uma equipe interdisciplinar de um Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso, na tentativa de melhorar a Qualidade de Vida.

Metodologia

Trata-se de um estudo de campo quanti-qualitativo, utilizando o método descritivo analítico. Previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo e pela equipe do Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso composto por: Geriatria, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Odontogeriatra e Assistente Social. A coleta dos dados ocorreu por meio de consulta aos prontuários de 53 idosos, com idade igual e/ou maior de 60 anos, de ambos os gêneros, atendidos de janeiro de 2004 a dezembro de 2005, tendo como critérios de inclusão: prontuários completamente preenchidos por todos os profissionais da equipe e mediante o consentimento do responsável pelo serviço. Adotaram-se como critérios de exclusão: prontuários incompletos, de idosos falecidos, institucionalizados, desistentes ou que recusaram a participar.

As informações contidas nos protocolos foram obtidas por meio de instrumentos e avaliações utilizados pelos profissionais. Os fonoaudiólogos e nutricionistas enfocaram a mastigação, deglutição, dentição, alimentação e estado nutricional. Foi seguido em especial por estes dois profissionais um protocolo de anamnese e avaliação clínica específica (avaliação estrutural e funcional), com atenção aos órgãos fonoarticulatórios e à integridade dos pares cranianos relacionados à deglutição, dificuldade de mastigar e de deglutir, hipotonia, engasgos e consistência da dieta.

As variáveis analisadas foram: idade, gênero, diagnóstico clínico e condutas clínicas, fonoaudiológicas e nutricionais, presença de disfagia, alteração da consistência da dieta e via de acesso. Estas variáveis serão apresentadas por meio de representação gráfica, onde se adotou um erro tipo I em 5% ($\alpha = 0,05$). Sendo considerados significantes se $p < 0,05$.

Análise dos resultados

No atendimento domiciliar é fundamental a identificação completa dos pacientes pela equipe, possibilitando a determinação detalhada da conduta terapêutica.

Foram avaliados 53 dos 60 prontuários dos idosos que foram acompanhados no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005. A exclusão dos 7 prontuários (11,6%), deveu-se aos dados incompletos, institucionalização e/ou morte do paciente no período da pesquisa. Incluindo na amostra apenas os prontuários completos dos indivíduos com idades entre 60 e 95 anos, onde 43 (81%) são do gênero feminino e 10 (19%) do gênero masculino. Esta distribuição é semelhante à encontrada na população brasileira em relação aos gêneros, o que indica uma clara

feminilização da população idosa, principalmente em idades mais avançadas²⁸.

Sabe-se que nos serviços de assistência domiciliar no Brasil, há um maior número de idosos atendidos, fato justificado pela maior prevalência de doenças crônicas degenerativas nesse grupo etário, sendo necessário muitas vezes o acompanhamento mais próximo da equipe no domicílio, pela dificuldade de locomoção que muitos apresentam neste período de senescência e senilidade.

Os diagnósticos clínicos da amostra foram agrupados por sistemas fisiológicos e representados na Tabela 1. Nota-se que as que mais afetaram os idosos da amostra foram: as doenças hipertensivas (71,7%), que de uma forma ou de outra podem estar associadas às doenças neurológicas, em especial as demências vasculares; para as doenças neurológicas (61,6%), coube o terceiro maior diagnóstico (42,6% para demências: Alzheimer e vascular e 19% para Parkinson); a disfagia (62,3%) ocupou a segunda posição na amostra, estando sempre associada às doenças acima citadas. Para os demais diagnósticos houve uma proporção de 43,5% de subnutridos, 32% com depressão, 30% diabéticos e 26,3% pós-acidente vascular cerebral (isquêmico e hemorrágico). Resultado interessante a ser observado, é que da amostra de 53 idosos, a associação entre as doenças ocorreu em todos eles, pois possuíam duas ou mais doenças, o que geralmente é esperado neste grupo.

De acordo com o perfil de morbidade dos idosos entrevistados na pesquisa SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) – São Paulo, as doenças crônicas não-transmissíveis foram as mais prevalentes, sendo que a hipertensão ocupou também o primeiro lugar (53,3%)^{28,29}. Abordagens de pro-

gramas multidisciplinares eficientes são fundamentais como forma de prevenção e controle da HAS e de seus fatores de risco

Os valores demonstrados na Tabela 1 para as doenças neurológicas, como já citados, foram expressivos. Sabe-se que no início do século a doença cerebrovascular era considerada a causa mais comum de demência em idosos. Hoje, conhecida como demência vascular, sendo a doença mais frequente na Europa, nos EUA e Brasil ocupando o segundo lugar.

Observa-se na literatura que a maior parte dessas doenças que foram diagnosticadas na amostra, estão associadas à alteração da deglutição e mastigação, podendo aumentar o risco para pneumonia aspirativa. Qualquer alteração no processo de deglutição é caracterizado por um distúrbio, que se não tratado pode levar à disfagia, sintoma de uma doença de base que compromete o trânsito do alimento da cavidade oral para o estômago, acarretando em risco ou levando a subnutrição, desidratação e a pneumonia pela aspiração de alimento, secreção ou saliva. Pode ser classificada em relação à fase afetada da deglutição (oral, faríngea ou esofágica), e em relação à sua causa (neurogênica, mecânica, psicogênica)^{30,31}.

Nota-se após a avaliação fonoaudiológica (Figura 1), que praticamente um terço (35,8%) da amostra não apresenta risco para a disfagia. O restante da amostra (64,2%) apresentam algum risco para disfagia, entre eles: 20,8% risco quando há ingestão de líquidos (com e sem sabor), 1,9% respectivamente para os indivíduos com ingestão de alimentos com dupla consistência, com dificuldade mastigatória e com presença de refluxo, os 37,7% dos idosos restantes apresentavam risco diversos para a disfagia, além daqueles já mencionados, tais como: diminuição da força mastigatória, mobilidade e sensibilidade comprometida, o uso de medicação que pode causar xerostomia, aumento da incidência de cáries e espessamento da saliva, ausência de dentes e/ou prótese não ajustada, hipotonia facial, resíduo alimentar na cavidade oral o que aumenta o risco para pneumonia aspirativa e afetam, significativamente o desempenho da mastigação e deglutição. A consistência da dieta inadequada também é um fator agravante para piora deste quadro, podendo muitas vezes levar a um comprometimento do estado nutricional.

O conhecimento do estado nutricional dos idosos faz-se importante e necessário para a prevenção

de algum distúrbio de saúde e seus respectivos tratamentos, e pode servir de proposição de estratégias de promoção da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida desses idosos³². A caracterização do estado nutricional em todas as fases de acompanhamento dos idosos pesquisados foi realizada por meio de medidas antropométricas, tais como: peso, estatura, estimativa de peso e estatura, perímetro de braço e panturrilha, comprimento de perna, dobras cutâneas tricipital e subscapular. Utilizou-se como critério de adequação os parâmetros de Índice de Massa Corpórea – IMC para idosos por NSI³³ e para as demais medidas, Phillips, Burr³⁴ e Frisancho³⁵, sempre empregando as medidas quando estas garantiam confiabilidade.

Da amostra, 23 idosos (43,5%) apresentavam-se após diagnóstico nutricional subnutrição, 16 idosos (30%) eutrofia e 14 idosos (26,5%) obesidade. O número de pacientes com subnutrição associado à doença de base é maior no âmbito domiciliar (40%) do que no de assistência em saúde (ambulatórios, clínicas, entre outros) (13%), simplesmente porque este é o local onde a maioria da população reside e muitas vezes não tem condições de buscar ou chegar ao serviço de assistência³⁶.

A Tabela 2 demonstra as características das dietas utilizadas pelos idosos antes e após a avaliação do profissional nutricionista e fonoaudiólogo, seus riscos para a disfagia e a importância da modificação da consistência da dieta. Observa-se nos dados da primeira entrevista que a via nasoenteral não era um acesso para alimentação utilizado pelos pacientes, o que mostra o grau de comprometimento nutricional deste pacientes quando admitidos pelo programa, pois muitas vezes não recebiam tratamento adequado em outros serviços antes

Tabela 1. Distribuição das doenças com maiores proporções encontradas nos idosos acompanhados pelo Programa – São Paulo, 2006

Diagnóstico clínico	N	%
HAS	38	71,7
Disfagia	33	62,3
Subnutrição	23	43,5
Demências	22	42,6
Parkinson	10	19,0
Depressão	17	32,0
Diabetes	16	30,0
AVC	14	26,3

Figura 1. Frequência de risco para disfagia entre os idosos participantes do Programa após avaliação Fonoaudiológica – São Paulo, 2006

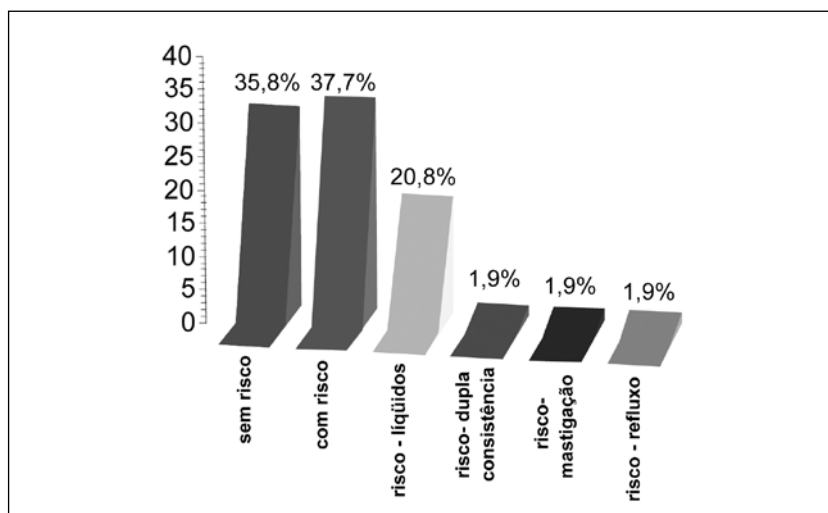


Tabela 2. Dados comparativos da via de acesso e consistência da alimentação na primeira e na segunda entrevista feita pelo nutricionista, período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005 – São Paulo, 2006

Consistência da dieta	1ª Entrevista		2ª Entrevista	
	N	%	N	%
Geral	35	66,0	17	32,1
Branda	04	07,6	09	17,0
Pastosa	10	19,0	22	41,5
Pastosa geriátrica	02	03,7	03	05,7
Sonda gástrica	02	03,7	02	03,7
Sonda nasoenteral	00	00,0	00	00,0
Total	53	100	53	100

de serem admitidos pela equipe e terem um atendimento personalizado.

A nutrição enteral está indicada nas doenças que limitam a ingestão oral de alimentos em que o trato gastrointestinal esteja total ou parcialmente funcional. Alguns pacientes podem, a médio e longo prazo, voltar a nutrir-se oralmente. Outros necessitam que a terapia nutricional enteral seja mantida para o resto de suas vidas, nestes casos, as ostomias (esofagostomia, gastrostomia, duodenostomia, jejunostomia) que permitem

o acesso direto da sonda no órgão, são utilizadas como uma boa opção de oferta de nutrientes em longo prazo. Em ambos os casos (enteral ou ostomias), muitas vezes são possíveis instituir a terapia nutricional no domicílio do paciente, o que reaproxima o contato com sua família e reduz os custos de hospitalização¹³.

As diferentes consistências das dietas podem estar associadas a uma ou mais modificações na composição dos nutrientes, que são determinadas pela textura dos alimentos e preparações que a com-

põem. A dieta geral é indicada para indivíduos que não necessitam de modificações na textura da dieta; na dieta branda todo o tecido dos alimentos deve ser abrandado por ação mecânica ou pela cocção, na tentativa de facilitar a mastigação e digestão dos alimentos, evitando oferecer aos indivíduos frituras e alimentos concentrados; a dieta pastosa e a pastosa geriátrica são oferecidas aos indivíduos com dificuldade de mastigação e de deglutição, que não podem consumir alimentos com dupla consistência ou líquidos finos³⁷.

Nota-se, na Tabela 2, que houve aumento da frequência e da proporção da 1ª entrevista para a 2ª entrevista da utilização das consistências branda (7,6% para 17%), pastosa (19% para 41,5%) e pastosa geriátrica (3,7% para 5,7%), com exceção do uso da sonda gástrica que manteve a proporção (3,7%) e para a dieta geral que houve diminuição (66% para 32,1%), valores que demonstram que houve intervenção nutricional e fonoaudiológica na tentativa de diminuir o risco de disfagia, melhora do estado nutricional e das condições de saúde deste idosos com comprometimento. Não houve aumento na utilização da sonda nasoenteral devido à recusa dos familiares por acharem um procedimento muito invasivo.

Associado às ações do nutricionista, a orientação fonoaudiológica domiciliar se faz de grande importância, oferecendo uma abordagem indireta (posicionamento para as refeições, adaptação de utensílios, volume, sabor e temperatura dos alimentos) e direta (exercícios de mobilidade e sensibilidade oral, manobras posturais, manobras de reabilitação com uso de alimento real e manobras de auxílio para a deglutição). Tais abordagens apresentam um resultado mais significativo quando associado a uma

equipe interdisciplinar, em especial do profissional nutricionista, que o auxilia nesta adaptação e adequação dos alimentos para a avaliação fonoaudiológica mais precisa^{16,21}.

O papel de cada membro da equipe interdisciplinar é de trabalhar em conjunto pelo objetivo comum, que é a promoção da saúde da população atendida, realizando a troca de informações entre os demais membros da equipe. A participação da família é fundamental nesta fase, pois eles serão os responsáveis pela manipulação e administração da alimentação e dos cuidados, favorecendo a manutenção e/ou recuperação do estado nutricional e clínico do paciente. Monitorar periodicamente o paciente é fundamental para promoção da qualidade de vida.

Após a intervenção da equipe interdisciplinar houve melhora no estado nutricional em especial dos indivíduos subnutridos (43,5% para 37,5%), manutenção na proporção dos indivíduos obesos (26,5%) e um aumento após intervenção de indivíduos eutróficos de 30% para 35,8%.

Com esses resultados, mostra-se que a terapia nutricional domiciliar é fundamental para iniciar as adaptações necessárias da dieta, uma vez que no domicílio as particularidades e a dinâmica da residência

a diferenciam do âmbito hospitalar. A participação do cuidador familiar ou não (contratado), é essencial para a recuperação ou manutenção do quadro clínico, garantindo a sobrevida aos pacientes.

A Tabela 3 representa a proporção de modificações da dieta que ocorreram entre os idosos após inclusão com diagnóstico fonoaudiológico de disfagia com risco (n = 19) de complicações e sem risco (n = 20), mas este segundo grupo apresentava pelo menos dificuldade de mastigar e de deglutir.

Observa-se que no grupo com risco a proporção foi bem significativa (42,5%) para aqueles que consumiam uma dieta de consistência geral e passaram a consumir uma dieta pastosa e daqueles que consumiam uma dieta geral para branda (37%). Neste mesmo grupo, houve uma proporção de 10,5% de indivíduos que modificaram a consistência da dieta branda para pastosa, 5% que mantiveram sem alteração a consistência e 5% dentro da dieta pastosa modificaram para pastosa geriátrica.

A equipe observou que a amostra tinha preferência aos alimentos bem cozidos e picados e que deixaram de consumir os alimentos crus (hortaliças e frutas) e os líquidos finos. A modificação da dieta foi feita pela equipe na tentativa de dimi-

nuir o risco de complicações disfágicas, e ocorreu após o diagnóstico, intervenção da equipe e adesão das orientações pelos pacientes e cuidadores.

Após análise estatística das variáveis contidas na Tabela 4 (consistências das dietas e os diagnósticos nutricionais iniciais e após intervenção) não foi possível detectar uma associação estatisticamente significativa ($p > 0,10$), dado que pode ser justificado pela pequena amostra estudada e pelo curto período de tempo de acompanhamento, mas nota-se que houve uma melhora discreta no estado nutricional deste grupo após intervenção da equipe interdisciplinar no período de acompanhamento, onde ocorreu uma diminuição de idosos subnutridos e uma discreta elevação de eutróficos.

Dados coletados dos prontuários que também trouxeram interesse para análise na pesquisa foram: a utilização pelos idosos de espessantes (amido de milho modificado) nos alimentos, posicionamento durante a ingestão alimentar e medicamentosa e a presença de resíduo alimentar na cavidade bucal, após as refeições.

Observou-se que mesmo antes a intervenção da equipe 3 idosos (5,5%) já faziam uso de espessante e 50 idosos (94%) não tinham conhecimento do produto, mesmos aqueles já com comprometimento na mastigação e deglutição. Hoje, o uso de espessante é uma prática muito utilizada, pois os profissionais conseguem adaptar e adequar as quantidades e consistências das dietas sem comprometer a ingestão calórica e hídrica do indivíduo prevenindo muitas vezes a alteração do estado nutricional.

Dentro desta mesma amostra durante as refeições 2 indivíduos (4%) comiam em decúbito deitado e 51 (96%) decúbito elevado (sentados), sendo esta prática mais ade-

Tabela 3. Proporção da modificação da consistência das dietas entre os indivíduos com e sem risco de disfagia após avaliação do nutricionista e do fonoaudiólogo, período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005 – São Paulo, 2006

Consistência da dieta	Disfagia			
	Com risco		Sem risco (*)	
	N	%	N	%
Sem Alteração	01	5,0	15	75,0
Geral para Branda	07	37,0	03	15,0
Geral para Pastosa	08	42,5	01	5,0
Branda para Pastosa	02	10,5	01	5,0
Pastosa para Pastosa Geriátrica	01	5,0	00	00
Total	19	100,0	20	100,0

(*) Os idosos não tinham risco para disfagia, mas apresentavam dificuldade de mastigar e de engolir.

Tabela 4. Comparação entre as consistências da dieta inicial e final em relação com estado nutricional dos idosos acompanhados pelo Programa antes e após intervenção, período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005 – São Paulo, 2006

Consistência da dieta	Diagnóstico nutricional											
	Inicial						Pós- intervenção					
	Subnutrição		Eutrofia		Obesidade		Subnutrição		Eutrofia		Obesidade	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geral	14	60,8	10	62,5	11	78,6	05	25,0	05	26,3	07	50,0
Brandta	02	8,8	01	6,0	01	7,1	01	5,0	04	21,0	04	28,6
Pastosa	03	13,0	05	31,5	02	14,3	10	50,0	09	47,4	03	21,4
Pastosa Geriátrica	02	8,7	00	0,0	00	0,0	02	10,0	01	5,3	00	0,0
Sonda Gástrica	02	8,7	00	0,0	00	0,0	02	10,0	00	0,0	00	0,0
Total	23	100	16	100	14	100	20	100	19	100	14	100

Teste ANOVA: p = 0,204 diagnóstico nutricional inicial / p = 0,117 pós-intervenção

quada para prevenir a pneumonia aspirativa. Após as refeições apenas 20 idosos (38%) faziam higiene oral e 33 (62%) tinham na cavidade oral resíduo alimentar. Dados de interesse da equipe, pois todas essas variáveis podem comprometer ainda mais o quadro de disfagia e a piora da saúde. Dessa forma, o odontogeriatra auxilia não só na orientação da forma mais correta de higiene bucal, como também na intervenção se necessário (prótese mal ajustadas, condições dentárias precárias entre outros), dando apoio à equipe interdisciplinar.

Sabe-se que com a situação de saúde que o Brasil vive hoje, a assistência domiciliar pode ajudar a minimizar a deficiência dos serviços ambulatoriais e hospitalares no atendimento aos doentes, pois com esse serviço a equipe consegue de forma mais preventiva e intensa atuar no trabalho de educação com o paciente, cuidadores e familiares, tornando-os mais esclarecidos e aptos para continuidade do trata-

mento com qualidade de vida, isso faz com que haja menor recidiva da doença e menor busca aos serviços que hoje sabemos que estão saturados.

Conclusão

Prestar assistência domiciliar faz com que o paciente, em especial o idoso, que necessita de uma atenção maior devido ao processo de envelhecimento, consiga recuperar e/ou manter seu estado de saúde de uma forma mais precoce, não esquecendo que este cuidado é individualizado e mais humanizado, proporcionando um envelhecimento mais saudável e mais digno, com maior qualidade de vida.

A importância do trabalho conjunto em especial dos profissionais fonoaudiólogos e nutricionistas, realizado com pacientes idosos que apresentam disfagia pôde ser evidenciado com os dados apresentados neste trabalho. O trabalho em equipe interdisciplinar vem sendo

um tipo de atuação cada vez mais necessário para que haja avaliações periódicas, bem como condutas adequadas que possam oferecer um tratamento apropriado a qualquer paciente.

A intervenção fonoaudiológica e nutricional se fazem necessárias, pelas mudanças que ocorrem na deglutição pelo processo natural de envelhecimento e, observou-se que nos idosos acompanhados em domicílio, devido a fragilidade deste grupo, é alto o risco de disfagia associado às doenças de base, sendo possível adaptar as consistências das dietas levando a uma melhora discreta no estado nutricional.

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

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Adults 60 years of age and older. Technical Report Series. 1995;(854):375-407.
2. Aranha FQ, Barros ZF, Moura LSA, et al. O papel da vitamina C sobre as alterações orgânicas no idoso. *Rev Nutr.* 2000;13(2):89-97.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo de 2000.
4. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML. Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Rev Esc Enferm.* 2006;40(4):540-7.
5. Carvalho H. O nó cego da previdência. *Problem Bras [Internet].* 2007 [acessado 16 Nov 2007];380:[8 p.]. Disponível em: http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=271&breadcrumb=1&Artigo_ID=4259&IDCategoria=4844&rtype=1
6. Garcia A, et al. A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciência & Cognição.* 2006;7(1):111-21.
7. Marucci MF, et al. Nutrição na Geriatria. In: Silva SMCS, Mura JDP. *Tratado de Alimentação, Nutrição & Dietoterapia.* São Paulo: Roca; 2007. p. 392-4.
8. Silva MM, Silva VH. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. *Arq Méd ABC.* 2005;30(1):11-8.
9. Silva RCP, Simões MJS, Leite AA. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2007;28(1):113-21.
10. Durante AMG. Prevalência de déficit Cognitivo em idosos residentes no domicílio em área urbana de Montes Claros, MG [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.
11. Jacob Filho W, Sitta MC. Interprofissionalidade. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu; 2002. p. 440-50.
12. Gordilho A, Nascimento JS, Silvestre J, Ramos LR, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao idoso. *Bahia Análises de Dados.* 2001;4(1):138-53.
13. Andrade KC, Maeda AP, Yamauti AC, Castro de Souza HH, et al. Atendimento Nutricional Domiciliar: Uma abordagem descritiva. *Rev Nutr Pauta.* 2002;2(5):38-42.
14. Carletti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu; 2002. p. 415-30.
15. Su RYT, Frangella VS. A assistência domiciliar e o atendimento nutricional. *Cad Centro Univ São Camilo.* 2002;8(4):55-64.
16. Leme LEG. A interprofissionalidade e o contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJE. *Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico.* São Paulo: Atheneu; 2000. p. 130-3.
17. Ramos LR, Junqueira VBC. Estresse oxidativo. In: Litvoc J, Brito FC. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde.* São Paulo: Atheneu; 2004. p. 71-82.
18. Almada Filho CM. Estresse oxidativo e capacidade funcional em idosos residentes na comunidade [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000. 90 p.
19. Finestone HM, Greene-Finestone LS. Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional managements for stroke patients. *CMAJ.* 2003;169(10):1041-4.
20. Groher ME. Distúrbios da deglutição em idosos. In: Furkim AM, Santini C. *Disfagias orofaríngeas.* São Paulo: Pró-fono; 2001. p. 97-108.
21. Macedo Filho ED, Gomes GF, Furkim AM. *Manual de cuidados do paciente com disfagia.* São Paulo: Lovise; 2000. 127 p.
22. Feijó AV, Rieder CRM. Distúrbio da deglutição em idosos. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. *Disfagia – Avaliação e Tratamento.* Rio de Janeiro: Revinter; 2003. 408 p.
23. Marik PE, Kaplan D. Aspiration Pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest.* 2003;124:328- 36.
24. Tonial SR. Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife (PE): Instituto Materno Infantil de Pernambuco; 2001. 180 p.
25. Nicolas AS, Andrieu S, Nourhashémi F, Rolland Y, Vellas B. Successful aging and nutrition. *Nutr Reviews.* 2001;59(8 Pt 2):S88-92.
26. Persson MD, Brismar KE, Katzarski KS, et al. Nutritional Status using mini nutritional assessment and subjective global assessment predict mortality in geriatric patients. *JAGS.* 2002;50(12):1996-2002.
27. Tucker KL, Buranapin S. Nutrition and aging in developing countries. *J Nutr.* 2001;131(Supl):S2417-23.
28. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): OPAS; 2003. 255 p.
29. Duarte ALN, Nascimento ML. Condutas Dietéticas. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu; 2005. p. 262-72.

30. Bilton TL, Lederman HM. Abordagem da disfagia [CD-ROM]. Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia 2. Abr 2001:19-22.
 31. Furkim AM, Silva RG. Programas de Reabilitação em Disfagia Neurogênica. São Paulo: Frôntis; 1999. 52 p.
 32. Marucci MFN, Mercurio R. Nutrição, Longevidade e Qualidade de Vida. Mundo Saúde. 2005;29(29):575-84.
 33. Incorporating Nutrition Screening and Interventions Into Medical Practice: a monograph for Physicians. The Nutrition Screening Initiative; 1994. p. 20-6.
 34. Phillips KM, Burr ML. Antropometric norms in the elderly. British J Nutr. 1984;51:165-9.
 35. Frisancho AR. New standart of weight and body composition by frame size and height for assessment of nutritional status of adults and the elderly. Am J Clin Nutr. 1984;40:808-19.
 36. Waitzberg DL, Caieffe WT, Correia MITD. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI). Rev Bras Nutr Clín. 1999;14:124-34.
 37. Caruso L, Simony RF, Silva ALND. Dietas hospitalares: Uma abordagem na prática clínica. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 3-12.
-

Recebido em 9 de fevereiro de 2009
Versão atualizada em 23 de março de 2009
Aprovado em 14 de maio de 2009