



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO
DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

**INFLUÊNCIA DAS ALTERAÇÕES DE DEGLUTIÇÃO NO ESTADO
NUTRICIONAL DE INDIVÍDUOS IDOSOS EM UM ABRIGO DE
SALVADOR – BAHIA: UM ESTUDO TRANSVERSAL.**

DENISE TEREZINHA SANTANA SANTOS

Salvador
2018

DENISE TEREZINHA SANTANA SANTOS

**INFLUÊNCIA DAS ALTERAÇÕES DE DEGLUTIÇÃO NO ESTADO
NUTRICIONAL DE INDIVÍDUOS IDOSOS EM UM ABRIGO DE
SALVADOR – BAHIA: UM ESTUDO TRANSVERSAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Católica do Salvador como requisito parcial
para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.^a M^a Carolina Alves Rolim de
Albuquerque.

Salvador
2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

INFLUÊNCIA DAS ALTERAÇÕES DE DEGLUTIÇÃO NO ESTADO NUTRICIONAL DE INDIVÍDUOS IDOSOS EM UM ABRIGO DE SALVADOR – BAHIA: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

DENISE TEREZINHA SANTANA SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel em Nutrição do curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Católica do Salvador.

BANCA EXAMINADORA

Prof. M^a Carolina Alves Rolim de Albuquerque.

Prof. M^a Catarina Lima Leite.

Prof. Maria das Graças Perdigão.

Salvador, _____ de _____ de 2018.

AGRADECIMENTOS

Foram cinco anos de muito estudo, lutas, algumas batalhas vencidas, outras não. Muitas vezes tive vontade de desistir, mas Deus me deu saúde e muita força para superar todas as dificuldades.

Agradeço às minhas orientadoras e professoras Renata Oliveira, Tatiane Melo, Carolina Rolim e Gisele Menezes por todo o tempo que dedicaram a me ajudar durante o processo de realização deste trabalho;

À minha família, em especial a Dona Antonia, minha mãe, por todo o amor que me proporcionou, além da educação, ensinamentos e apoio;

Agradeço à minha irmã Daniela pelos puxões de orelha, coragem, amor e dedicação de sempre;

Agradeço à parceria de Gy Simões, por todos os momentos bons, ruins, de estresse, todas as idas e vindas da faculdade ao abrigo e ao estágio, meu muito obrigado, sem você isso tudo não seria possível;

Agradeço às minhas amigas Patrícia Lima e Eliana Almeida por confiarem em mim e estarem ao meu lado em todos os momentos felizes e difíceis da graduação. E, enfim, agradeço a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, seja de forma direta ou indireta. Fica registrado, aqui, o meu muito obrigado!

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Resultado Eating Assesment Tool (EAT10).	13
GRÁFICO 2 - Resultado Eating Assesment Tool (EAT10) entre sexo feminino e masculino.	14
GRÁFICO 3 - Resultado da Mini Nutritional Assessment (MNA).	15
GRÁFICO 4 - Resultado da Mini Nutritional Assessment (MNA) por sexo feminino e masculino.	15

LISTA DE TABELA

TABELA 1 - Perfil da amostra por sexo e idade.	13
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Referência da classificação do IMC segundo a OPAS ⁸ .	10
QUADRO 2 - Referência da classificação de Estimativa da altura ¹⁰ .	11
QUADRO 3 - Referência da estimativa do peso ¹⁰ .	11

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
METODOLOGIA.....	9
TIPO DE ESTUDO E AMOSTRA	9
CRITÉRIO DE INCLUSÃO	9
CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	9
INSTRUMENTO DE COLETA	10
ESTATÍSTICA.....	12
ASPECTOS ÉTICOS	12
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	16
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS	18
ANEXO 1.....	21
ANEXO 2.....	23

Influência das alterações de deglutição no estado nutricional de indivíduos idosos em um abrigo de Salvador - Bahia: Um estudo transversal.

Influence of alterations of deglutition in the nutritional state of elderly individuals in a shelter of Salvador - Bahia: a cross-current study.

Denise Terezinha Santana Santos¹
Amanda Ramos Nascimento Rocha Costa²
Tatiane Oliveira Melo³
Renata Oliveira dos Santos Menezes⁴
Carolina Alves Rolim de Albuquerque⁵

RESUMO

Introdução: Os idosos em virtude de alterações da fisiologia e de quadros de doenças neurológicas e degenerativas apresentam, frequentemente, alterações de deglutição, com comprometimento importante do seu estado nutricional levando esse público a um risco aumentado de desnutrição grave. **Objetivos:** Conhecer o estado nutricional e o risco de desenvolver desnutrição e identificar a prevalência dos sinais e sintomas das alterações de deglutição informados pelos idosos residentes. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, descritivo, sobre as alterações de deglutição. A amostra estudada foi de conveniência, representada por 14 indivíduos em uma instituição de longa permanência localizado em um bairro na cidade de Salvador, Bahia. Para identificar os sinais das alterações de deglutição foi aplicado o questionário de queixas de deglutição *Eating Assessment Tool* e para triagem de risco nutricional aplicou-se a *Mini Nutritional Assessment*. A coleta aconteceu entre fevereiro a agosto de 2018. **Resultados:** Sobre o estado nutricional dos idosos institucionalizados a maioria 57,1%(8/14) estava eutrófico, entre os sexos foi constatado que os homens apresentaram maior eutrofia que as mulheres. Em relação as queixas de deglutição os resultados mostraram, 42,9% dos indivíduos avaliados têm problemas de deglutição, 57,1% dos participantes não apresentaram alterações para deglutir. Na amostra estudada, nenhum paciente apresentou complicação severa de deglutição. **Conclusão:** A intervenção em lares de longa permanência é essencial em virtude do elevado número de idosos institucionalizados, apresentando dificuldades de deglutição, que pode, a depender do grau, comprometer o estado nutricional desses indivíduos. Faz-se necessário a presença de uma equipe multiprofissional para a avaliação de cada indivíduo, com vistas a minimizar os impactos dessa condição clínica ao estado nutricional desses idosos.

Palavras-chave: Disfagia – Idoso – Institucionalização - Alimentação - Desnutrição.

¹ Acadêmica do Curso de Bacharelado em Nutrição: Universidade Católica do Salvador
- UCSAL. E-mail: denisesantos2113@yahoo.com.br

² Acadêmica do Curso de Bacharelado em Nutrição: Universidade Católica do Salvador – UCSAL. Participou como colaboradora em parte da coleta de dados.

³ Mestre em alimentos, nutrição e saúde – UFBA, Especialista em nutrição clínica sob forma de residência – UFBA.

⁴ Nutricionista, Mestre em Ciência dos Alimentos – UFBA.

⁵ Nutricionista, Docente do curso de Bacharelado em Nutrição- UCSAL, Mestre em Nutrição Clínica-UCM, Especialização em Nutrição Clínica Funcional- UNICSUL, Especialização em Nutrição Enteral e Parenteral – GANEP

ABSTRACT

Introduction: The elderly due to changes in physiology and neurological and degenerative disorders often present swallowing changes, with a significant impairment of their nutritional status, leading to an increased risk of severe malnutrition. **Objectives:** To know the nutritional status and risk of developing malnutrition and to identify the prevalence of signs and symptoms of swallowing changes reported by elderly residents. **Method:** A cross-sectional, quantitative, descriptive study on changes in swallowing. The sample studied was of convenience, represented by 14 individuals in a long-term institution located in a neighborhood in the city of Salvador, Bahia. To identify the signs of swallowing changes, the Eating Assessment Tool swallowing complaints questionnaire was applied and a nutritional risk screening was applied to the Mini Nutritional Assessment. The results were collected between February and August of 2018. **Results:** On the nutritional status of the institutionalized elderly, a majority of the 57.1% (8/14) were eutrophic, between the sexes, it was found that the men presented greater eutrophy than the women. Regarding swallowing complaints the results showed that 42.9% of the individuals evaluated had swallowing problems, 57.1% of the participants had no swallowing changes. In the sample studied, no patient had severe swallowing complications. **Conclusion:** Intervention in long-term care homes is essential because of the high number of institutionalized elderly people, presenting swallowing difficulties. It is necessary the presence of a multiprofessional team to evaluate each individual, in order to minimize the impacts of this clinical condition on the nutritional status of these elderly individuals.

Key words: Dysphagia - Aged - Institutionalization - Food - Malnutrition.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo regido pelas leis da natureza, mudanças que interferem em todo o sistema e suas funções chamando-se senescência. Mudanças essas que, em algumas pessoas, se desenvolvem com maior visibilidade do que em outras, a exemplo de modificações da estrutura muscular, diminuição da capacidade cognitiva e dificuldade de memorização¹.

O aumento significativo da população idosa deve-se ao crescimento da expectativa de vida associado ao avanço da medicina, porém esse prolongamento da expectativa de vida não foi suficiente para trazer um envelhecimento com qualidade de vida para essa população. O aumento das complicações de doenças crônicas não transmissíveis, como problemas cardiológicos, diabetes, artroses, entre outras, são um grande problema de saúde pública nessa faixa etária².

As alterações morfológicas e funcionais, características do envelhecimento, podem ser agravadas quando associadas a problemas bucais, como a perda de dentes, uso de prótese mal adaptada e, ainda, podem gerar incômodos como dificuldades de mastigação e alterações da fala gerando perda na qualidade de vida do idoso. Vale destacar que essa é uma das queixas mais comuns nessa população: problemas de deglutição³.

Um problema muito frequente na população de idosos são alterações diversas nas fases da deglutição oral, faríngea e esofágica, decorrentes de causas neurológicas, dentre elas acidente vascular encefálico, traumatismo crânioencefálico, doenças neuromusculares degenerativas (Parkinson, Alzheimer), xerostomia, câncer de cabeça e pescoço, encefalopatias, demências⁴.

Com as dificuldades de deglutição podem ocorrer a diminuição da força mastigatória, alterações significativas da musculatura como a paresia muscular e atrofia, ocasionando o acúmulo de resíduos e redução do grau de elevação da laringe, resultando na entrada do alimento na via aérea e em tosse, aspiração, asfixia. Essas alterações geram déficits como a redução da ingestão calórica, instalando um processo de desnutrição energético-proteica aumentando a vulnerabilidade às infecções, restringindo a qualidade de vida dessa população levando ao agravamento do quadro clínico e nutricional e, por vezes, a morte.

A sarcopenia, processo de perda de massa muscular e redução de funcionalidade muscular, é outro fator que pode agravar a redução da ingestão calórica e, conseqüentemente, levar a perda de peso desses pacientes⁵.

As alterações de deglutição podem levar o idoso a desenvolver desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa que, inclusive, é responsável por 50% das mortes em idosos⁶.

Tendo em vista o que foi dito até então, o presente trabalho tem como objetivo conhecer a prevalência dos sinais e sintomas das alterações de deglutição informados pelos idosos residentes em um abrigo de longa permanência na cidade de Salvador - Bahia e identificar o estado nutricional e o risco de desenvolver desnutrição associado ao perfil antropométrico da população em estudo.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO E AMOSTRA

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, descritivo, sobre as alterações de deglutição em pacientes idosos com idade igual ou maior que 60 anos. A coleta da amostra foi realizada de forma individual, com a aplicação do questionário de queixa de desnutrição *Eating Assessment Tool (EAT10)*. Este é um questionário validado e desenvolvido por uma equipe multidisciplinar para verificar o grau de severidade das alterações de deglutição. Em seguida, o questionário de triagem de risco nutricional *Mini Nutritional Assessment (MNA)*, utilizado pela Academia Internacional de Nutrição e Envelhecimento (IANA).

A coleta foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2018. A instituição é de caráter privado, funcionando em regime residencial. Totalizando 45 moradores sendo estudada uma amostra de conveniência representada por 20 indivíduos, sendo 10 do gênero masculino e 10 do gênero feminino, em uma instituição de longa permanência localizada no bairro de Sussuarana, cidade de Salvador, Bahia.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Foram considerados os idosos residentes do abrigo localizados no bairro de Sussuarana, cidade de Salvador – Bahia, com capacidade cognitiva preservada, de ambos os sexos, selecionados por meio de lista disponibilizada pela assistente social e cuidadores.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os idosos, em uso de traqueostomia, gastrostomia ou sonda para alimentação, com dificuldades de compreensão das perguntas dos questionários ou que recusaram participação na pesquisa.

INSTRUMENTO DE COLETA

O método utilizado para identificar os sinais das alterações de deglutição foi o questionário sobre queixas de deglutição, *Eating Assessment Tool* (EAT 10) validado para o português por Gonçalves⁷, com escores que variam de 0 a 40. Escores acima de 3 caracterizam presença de queixa de alterações de deglutição (ANEXO 1). Para triagem de risco nutricional será aplicada a *Mini Nutritional Assessment* (MNA) (ANEXO 2).

A MNA classifica o estado nutricional do idoso em 3 partes, aqueles que obtiverem de 12-14 pontos (estado nutricional normal), 08-11 pontos (sob risco de desnutrição) e de 0-7 pontos (desnutrido). Tanto o EAT 10 como a MNA serão preenchidos pela própria pesquisadora previamente treinada.

Como indicador secundário necessário para o preenchimento da MNA será calculado o índice de massa corporal (IMC), exposto a seguir, através das duas medidas: peso (kg) dividido pela estatura (m) ao quadrado.

Fórmula IMC

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Quadro 1 - Referência da classificação do IMC segundo a OPAS⁸.

IMC (Kg/ m ²)	Classificação
< 23,0	Magreza
23,0 – 28,0	Eutrófica (peso adequado)
28,0 – 29,9	Sobrepeso
> 30	Obesidade

Para estimar a altura, foi realizada a medida da altura do joelho, utilizando uma fita métrica flexível e inelástica. Com esse método, o pesquisador deve colocar o idoso em posição supina com o joelho dobrado em ângulo de 90°, o comprimento é medido entre a planta do pé

e a superfície anterior da perna, na altura do joelho⁹, posteriormente essa mesma medida é inserida na fórmula a seguir para estimar a altura:

Quadro 2 - Referência da classificação de Estimativa da altura¹⁰.

$M = (2,08 \times \text{altura do joelho (cm)}) - (0,04 \times \text{idade (anos)}) + 64,19$
$F = (1,83 \times \text{altura do joelho (cm)}) - (0,24 \times \text{idade (anos)}) + 84,88$

Para aferir o peso coloca-se o indivíduo descalços com roupas leves, posicionando no centro da balança em posição ereta, distribuindo o peso em ambos os pés, foi utilizada uma balança digital (modelo w920) marca *Wiso Care*, com capacidade para 210 kg e 200g.

Quando a utilização do peso real não foi possível, nos casos de pacientes acamados, faz-se necessário a utilização da medida altura do joelho e circunferência do braço, utilizando as seguintes fórmulas¹⁰:

Quadro 3 - Referência da estimativa do peso¹⁰.

Raça	Idade	Sexo masculino	Sexo feminino
Branca	19-59	$(AJ \times 1,19) + (CB \times 3,21) - 86,82$	$(AJ \times 1,01) + (CB \times 2,81) - 66,04$
	60-80	$(AJ \times 1,10) + (CB \times 3,07) - 75,81$	$(AJ \times 1,09) + (CB \times 2,68) - 65,51$
Negra	19-59	$(AJ \times 1,09) + (CB \times 3,14) - 83,72$	$(AJ \times 1,24) + (CB \times 2,97) - 82,48$
	60-80	$(AJ \times 0,44) + (CB \times 2,86) - 39,21$	$(AJ \times 1,50) + (CB \times 2,58) - 84,22$

Onde: AJ – Altura do joelho (cm); CB – circunferência do braço (cm)

A Circunferência do Braço foi medida no ponto médio entre o acrômio e o olecrano, preditor para avaliar a reserva de gordura corporal.

Como marcador de desnutrição e perda de reserva muscular foi utilizado a circunferência da panturrilha, com indivíduo sentado, a medida é obtida com a fita métrica flexível e inelástica colocada em posição horizontal, na circunferência da panturrilha direita, tocando a pele sem comprimir os tecidos, esse é um marcador sensível da massa muscular. Valores iguais ou inferiores a 34 cm para homens e menor ou igual a 33 cm para mulheres são marcadores de desnutrição¹¹.

ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados utilizando o software Microsoft Excel 2013. A análise estatística será do tipo descritiva, considerando a média e o desvio padrão dos resultados dos questionários aplicados.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para aqueles que não puderam assinar foi realizada a coleta da digital ou assinado por um responsável.

Considerando os aspectos éticos, este estudo foi submetido e aprovado com número do parecer 2.31.4.388 ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica do Salvador (Ucsal), sendo de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, sobre pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

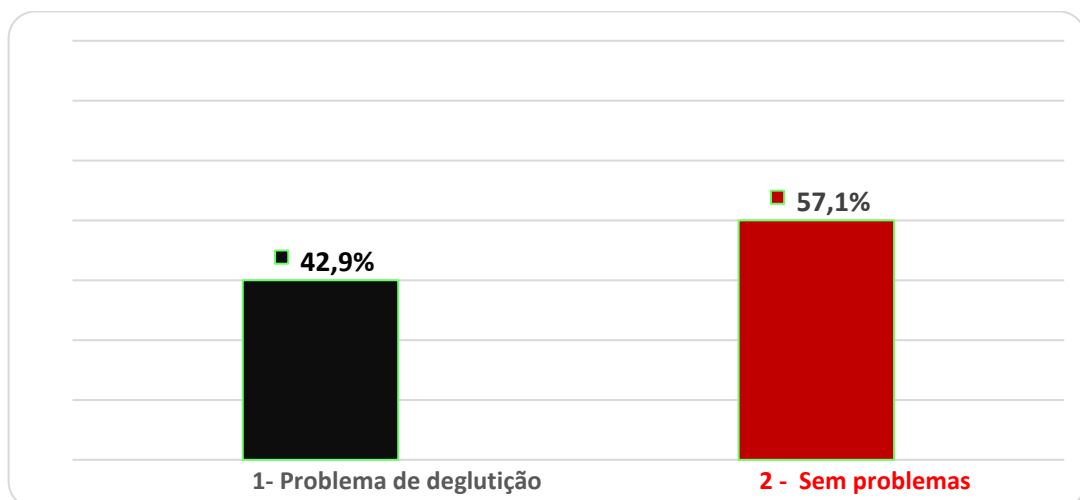
Inicialmente foram selecionados 20 idosos, porém alguns se reintegraram à família no período da pesquisa, ou foram excluídos por conta da capacidade cognitiva reduzida ou óbito, totalizando um número de 14 idosos moradores de uma instituição de longa permanência localizada no bairro de Sussuarana, cidade de Salvador - Bahia. Como se pode observar a seguir na Tabela 1, o total da amostra entre os sexos foram 64,2% (9/14) do sexo masculino, 35,7% (5/14) do sexo feminino, todos compreendidos na faixa etária de 65 a 84 anos, com média de idade de 75 anos.

Tabela 1 - Perfil da amostra por sexo e idade.

Variáveis	N	%
SEXO		
Feminino	5	35,7
Masculino	9	64,2
IDADE		
65 a 69 anos	2	14,3
70 a 74 anos	5	35,7
75 a 79 anos	3	21,4
80 a 84 anos	4	28,6
MÉDIA	75	
DESVIO PADRÃO	5,7	

FONTE: Elaboração da autora (2018).

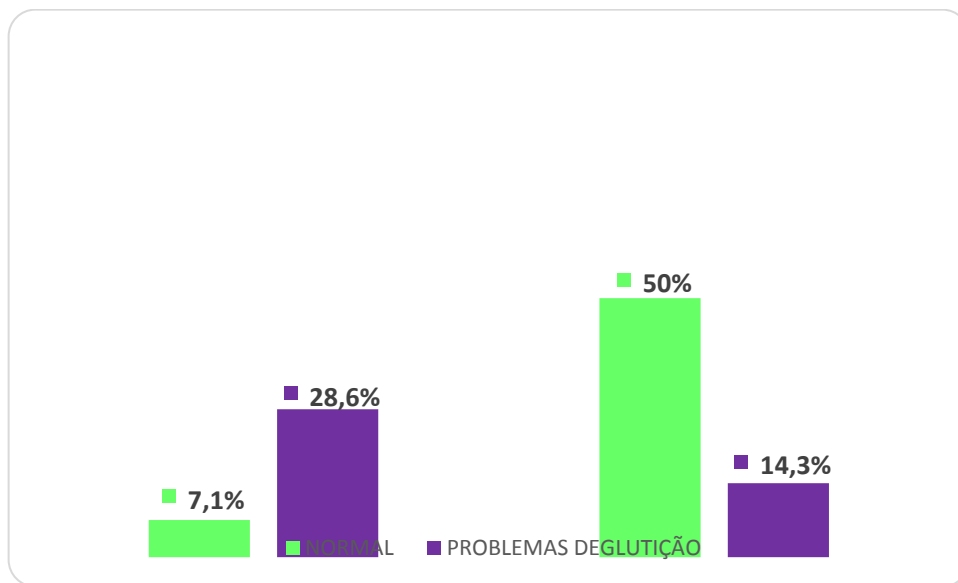
O Gráfico 1 que segue apresenta os dados sobre queixas de deglutição referente ao questionário *Eating Assessment Tool* (EAT 10). As respostas variaram entre zero (não é um problema) e 4 (é um problema muito grave) para cada pergunta⁷. De acordo com os resultados, 42,9% (6/14) dos indivíduos avaliados têm problemas de deglutição e segurança alimentar, 57,1% (8/14) dos participantes não apresentaram problemas para deglutir. Nessa amostra estudada, nenhum paciente apresentou problema severo de deglutição.

Gráfico 1 - Resultado *Eating Assesment Tool* (EAT10).

FONTE: Elaboração da autora (2018).

O Gráfico 2 que segue demonstra o resultado do *Eating Assessment Tool* (EAT 10) em comparação a homens e mulheres. Foi evidenciado que, após a aplicação do instrumento, 50% (7/14) dos homens não apresentaram problemas de deglutição e 14,3% (2/14) desses apresentaram algum grau de comprometimento da deglutição. Com relação às mulheres os resultados foram mais expressivos: 7,1% (1/14) estavam normais, enquanto 28,6% (4/14) apresentaram problemas de deglutição.

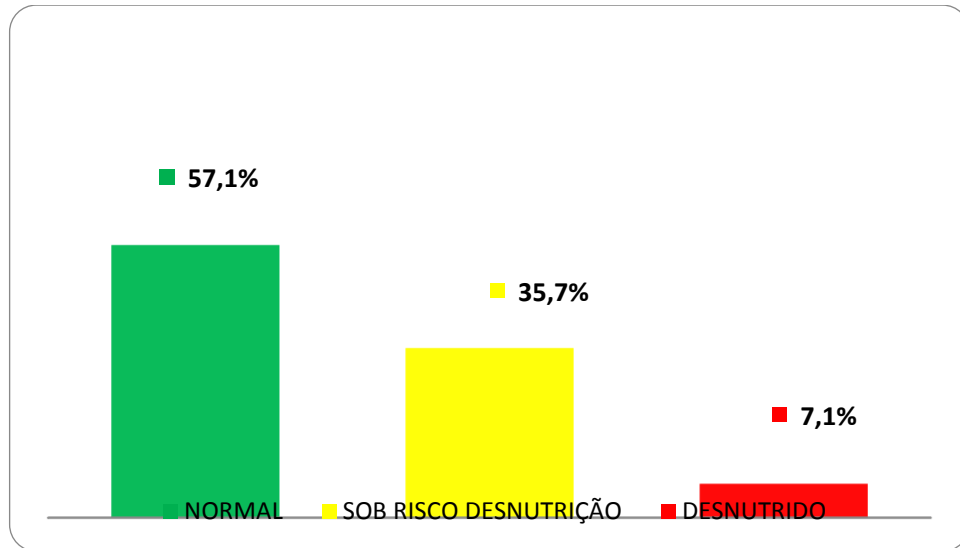
Gráfico 2 - Resultado *Eating Assessment Tool* (EAT10) entre sexo feminino e masculino.



FONTE: Elaboração da autora (2018).

No Gráfico 3 a seguir podemos observar que foi utilizada a *Mini Nutritional Assessment* (MNA) para avaliação do estado nutricional do idosos, demonstrando que 57,1% (8/14) estavam com o estado nutricional normal, 35,7% (5/14) apresentavam risco de desnutrição e 7,1% (1/14) estavam desnutridos.

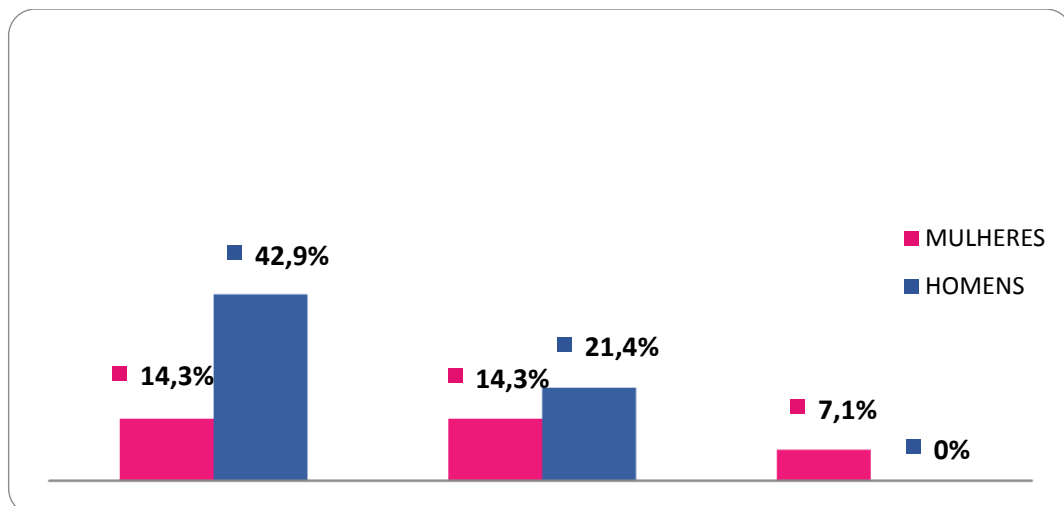
Gráfico 3 - Resultado da *Mini Nutritional Assessment* (MNA).



FONTE: Elaboração da autora (2018).

Já no gráfico 4 a seguir podemos verificar a diferença do estado nutricional entre homens e mulheres. Foi constatado que os homens apresentaram 42,9% (6/14) eutrofia e 21,4% (3/14) sobre risco de desnutrição; já sexo feminino demonstrou que 14,3% (2/14) estavam eutróficos e 14,3% (2/14) sob risco de desnutrição e 7,1% (1/14) desnutrido.

Gráfico 4 - Resultado da *Mini Nutritional Assessment* (MNA) por sexo feminino e masculino.



FONTE: Elaboração da autora (2018).

DISCUSSÃO

Uma importante parcela da população estudada apresentou alterações de deglutição, essas complicações podem afetar o estado nutricional do idoso levando a perda de peso progressiva. Soma-se a isso o fato de existir pouca percepção da equipe a esses indivíduos, aumentando a vulnerabilidade do idoso, com o decorrer do tempo, trazendo-lhes complicações como a desnutrição, sarcopenia, deixando-os debilitados e aumentando a dependência de cuidados. Segundo Lacourt *et al*¹² (2005), com o envelhecimento ocorre a redução da força muscular, independente do sexo e, quando associados a doenças crônicas e traumas, o declínio da força muscular é acelerado, causando maior dependência do indivíduo, reduzindo a deambulação e diminuição da capacidade óssea.

O envelhecimento acarreta em alterações fisiológicas no ato de mastigar, o que se caracteriza, principalmente, pela ausência da eficácia de comandar o alimento oralmente processado. Dessa forma, associado à diminuição da força mastigatória do amassar por falta de peças dentárias, ou deficiência de microminerais que causam a xerostomia, o envelhecimento afeta diretamente o estado nutricional do idoso³.

Com resultados expressivos de idosos com problemas de deglutição, é importante o diagnóstico e acompanhamento por um profissional fonoaudiólogo capacitado para avaliar e tratar as diversas alterações de deglutição. Assim, deve-se sempre estar atento e observando com métodos e matérias disponíveis capazes de diagnosticar com clareza e destreza, planejando e protocolando todas as ações necessárias para obter os melhores resultados⁴.

O nutricionista tem papel indispensável dentro da equipe por utilizar ferramentas que contribuem para a prevenção de fatores e agravamento da desnutrição, executando ações habilidosas de fornecer nutrientes indispensáveis, supervisionando e avaliando todo o processo. Esse profissional também é responsável pela observação da alimentação do paciente, pode identificar e intervir em qualquer dificuldade da ingestão das diversas consistências, caso necessário, e realizar a modificação da consistência da dieta e o uso de espessantes (amido de milho, farinha de aveia) para melhorar a absorção e ingestão alimentar¹³.

Os dados encontrados neste estudo apontam que 57,1% (8/14) de idosos estavam eutróficos, 35,7% (5/14) com risco de desnutrição e 7,1% (1/14) com desnutrição. Esses achados corroboram com o estudo de PAZ *et al*¹⁴ (2012), que foi realizado em uma instituição particular de longa permanência no Distrito Federal e avaliou os idosos através da MNA e antropometria (peso, altura, índice de massa corporal, circunferência muscular do braço, prega cutânea tricipital, circunferência da panturrilha), e constatou que, através da *Mini Nutritional*

Assessment, 66,7% (16/24) idosos estavam eutróficos, 25% (6/24) apresentou risco de desnutrição e 8,3% (2/24) desnutridos.

Trabalho realizado em uma instituição filantrópica e privada no Rio Grande do Sul, conduzida com 28 idosos constatou que 64,3% (18/28) apresentavam eutrofia e 10,7% estavam desnutridos, semelhante com os encontrados neste estudo¹⁵.

Spinelli *et al*¹⁶ realizou um estudo em 2010 no Rio Grande do Sul com idosos institucionalizados e não institucionalizados na comunidade de Erechim. Nesse estudo sessenta indivíduos de ambos os sexos foram avaliados, sendo 50% institucionalizados que, por meio da MNA, verificou o estado nutricional dos idosos e chegou à conclusão de que 80% (24/30) deles apresentavam risco de desnutrição, em contrapartida apenas 20% (6/30) dos idosos não institucionalizados entraram nesta posição, ou seja, uma diferença exorbitante.

A maioria dos idosos não abrigados eram mulheres independentes que residiam sozinhas, faziam suas próprias atividades diárias como caminhar, elaborar suas próprias refeições, higienização, participavam de grupos da terceira idade. Esses dados reforçam os resultados encontrados nesse estudo que identificou como abrigados a maior parte do sexo masculino, dependentes, debilitados. Explicação para isso é o fato dos homens ficarem expostos a indicadores de risco como excesso de trabalho, consumo de cigarro, bebidas alcoólicas, negligência com a saúde e falta de aceitação de doenças crônicas.

Um estudo de Goes *et al*¹⁷ (2014) utilizou dados dos indivíduos cadastrados no Programa de Dispensação de Medicamentos Especiais do Ministério da Saúde, residentes no município de Guarapuava, Paraná, Brasil, e avaliou 30 pacientes diagnosticados com provável doença de Alzheimer. Destes, 70% (21/30) foi diagnosticado com alteração de deglutição leve e 16,6% (5/30) risco moderado. Nenhum paciente foi identificado com risco grave. Em relação ao estado nutricional a MNA, 16,6% (5/30) indicam eutrofia, 30% (9/30) estavam desnutridos e 53,3% (16/30) apresentavam risco de desnutrição.

No estudo citado, foi possível identificar que as alterações de deglutição se agravam com o grau de desenvolvimento do Alzheimer, alertando para probabilidade do aparecimento de futuros problemas nutricionais graves e reforçando a ideia de que a atuação de uma equipe multiprofissional pode apresentar estratégias que possam melhorar ou minimizar as dificuldades de se alimentar dos idosos.

Alguns medicamentos como os analgésicos, sedativos, cardiovasculares, medicamentos ligados à xerostomia, intensificam os efeitos adversos, modificando as percepções do sabor, reduzindo o paladar, causando disgeusia, elevando os problemas de deglutição¹⁸. Em virtude do elevado uso de medicamentos para tratamento das patologias próprias da idade, a população

idosa apresenta, notoriamente, uma alteração da palatabilidade e alterações de deglutição, situações que podem comprometer o estado nutricional já tão debilitado desse público.

CONCLUSÃO

A internação em lares de longa permanência aumenta a fragilidade e vulnerabilidade elevando as alterações do estado nutricional na população idosa. Dessa forma, as intervenções da instituição são extremamente relevantes para manter o estado nutricional adequado e para uma melhor qualidade de vida dos residentes. A nutrição, portanto, tem papel fundamental no desenvolvimento de ações de educação alimentar e nutricional para proporcionar segurança e qualidade alimentar para a população em estudo.

Com base nos resultados obtidos durante este trabalho, e em virtude do elevado número de idosos institucionalizados apresentando dificuldades de deglutição, conclui-se que é necessária a presença de uma equipe multiprofissional para a avaliação de cada indivíduo, com vistas a minimizar os impactos dessa condição clínica ao estado nutricional desses idosos. Portanto, mais estudos, ou outros instrumentos e novas formas de abordagens, são necessários para minimizar as causas dos problemas aqui relatados, tendo em vista que são graves e ainda vistos com indiferença pela sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Acosta N, Cardoso MCAF. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano 9.1 2013.
2. Maksud SS, Reis LF. Disfagia no Idoso. Especialização em Motricidade Oral pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC) 2003.
3. Cassil k, Galli JFM, Zamberlan NE, Leite APD. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. Unicentro – Irati (PR), Brasil 2012.
4. Padovani AR, Maraes DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007; 12(3):199-205.
5. Borrego CCH, Lopes HCB, Soares MR, Barros VD, Fragella VS. Causas da má nutrição, sarcopenia e fragilidade em idosos. Rev. Assoc. Bras. Nutr. jan-jun 2012.
6. Goncalves MIR, Remaili CB, Behlau M. Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool – EAT-10. Revista Codas Universidade Federal de São Paulo 2013.
7. Tavares EL, Santos DM, Ferreira AA, Menezes MFG. Avaliação nutricional de idosos: Desafios da atualidade. Ver. Bras. Geriat. Gerontl. jul/set. 2015.
8. Chumlea W C, Roche AF, steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. Journal of the American Geriatrics Society. New York. 116-120. Fev. 1985.
9. Chumlea WC, GUO S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. Journal of American Dietetic Association, 1988.
10. Pagotto V, Santos KF, Malaquias SG, Bachion MM, Silveira EA. Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. Revista Brasileira de Enfermagem, 2018.
11. Lacourt MX, Marini LL. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 114-121 - jan./jul. 2006.
12. Clara MCG Evolução do Estado Nutricional num doente com Disfagia no pós-AVC. Estudo de caso. Porto - Portugal; Universidade do Porto 2008/2009.
13. Paz RC, Fazio DMG, Santos ALB. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. Revisa 2012; 1(1): 9-18 – Jan/Jun 2012.
14. Colembergue J P, Conde SR. Uso da Miniavaliação Nutricional em idosos institucionalizados. Scientia Medica (Porto Alegre): 59-63 2011.

15. Spinelli RB, Zanardo VPS, Schneider RH. Avaliação nutricional pela miniavaliação nutricional de idosos independentes institucionalizados e não Institucionalizados em uma cidade da região Norte do Rio Grande do Sul. RBCEH, Passo Fundo. 47-57, 2010.
16. Goes V F, Carpes PBM, Oliveira LO, Hack J, Magro M, Bonini JS. Avaliação do risco de disfagia, estado nutricional e ingestão calórica em idosos com Alzheimer. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 317-324, 2014.
17. Strapasson GC, Barreira S M. W, Wille M.FC, Grace M, Mulinari RA. Fatores que alteram a percepção de sabor. Infarma Ciências Farmacêuticas. 111-115, 2013.

ANEXO 1

Instrumento de Avaliação da Alimentação (EAT-10)

Uma ferramenta para avaliação do risco de disfagia

NOME _____ SEXO _____ IDADE _____ DATA _____

OBJETIVO:

O EAT-10 te ajuda a avaliar a dificuldade de deglutição. Converse com seu médico ou fonoaudiólogo sobre os possíveis tratamentos para os seus sintomas.

A. HISTÓRICO:

Fale sobre seu problema de engolir: _____

Liste todos os exames de deglutição que você fez (data e resultados): _____

B. AVALIAÇÕES:

Responda cada questão, escrevendo o número de pontos no quadrado.

O quanto essas situações são um problema para você? Marque o melhor número para o seu caso.

1 Meu problema para engolir me faz perder peso.

0	1	2	3	4
S m problemas				P b m severo

2 Meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa.

0	1	2	3	4
S m problemas				P b m severo

3 Preciso fazer força para beber líquidos.

0	1	2	3	4
S m problemas				P b m severo

4 Preciso fazer força para engolir comida (sólidos).

0	1	2	3	4
S m problemas				P b m severo

5 Preciso fazer força para engolir remédios.

0	1	2	3	4
S m problemas				P b m severo

6 Dói para engolir.

0	1	2	3	4
S m problemas				P b m severo

7 Meu problema para engolir me tira o prazer de comer.

0	1	2	3	4
S m problemas				P b m severo

8 Fico com comida presa/entalada na garganta.

0	1	2	3	4
S m problemas				P b m severo

9 Eu tusso quando como.

0	1	2	3	4
S m problemas				P b m severo

10 Engolir me deixa estressado.

0	1	2	3	4
S m problemas				P b m severo

C. PONTUAÇÃO:

Some os pontos escritos nos quadrados.
Pontuação máxima de 40 pontos.

TOTAL:

D. O QUE FAZER EM SEGUIDA:

Se o total de pontos é igual ou maior que 3, você pode ter problemas de deglutição e segurança. Recomenda-se que você divida esses resultados com seu médico ou fonoaudiólogo.

Referências: The validity and reliability of EAT-10 has been determined.
Bedaisy PC, Mowder DA, Rees CL, Pryor JC, Posma CN, Allen L, Leonard RL. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otology Rhinology & Laryngology* 2012; 121(7):519-524.

ANEXO 2

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)²

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

Referências

- Vellas B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M366-377
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Révision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim não
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim não
- carne, peixe ou aves todos os dias? sim não

- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim»

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1.0 = PB > 22

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Pontuação da triagem

Pontuação total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos

estado nutricional normal

de 17 a 23,5 pontos

sob risco de desnutrição

menos de 17 pontos

desnutrido