

3G
50
anos

Disfagia & Desnutrição

Beatrice Carvalho
Déborah Santos Sales



| *Disfagia e Desnutrição*

As mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento acometem diversos mecanismos, incluindo o processo de deglutição. Muitas vezes elas ocorrem de forma gradual, sendo possível ao idoso se adaptar a essas novas condições sem que haja interferência no estado físico, nutricional e pulmonar deste indivíduo. Porém, a associação destas mudanças a outras comorbidades, coloca este indivíduo idoso no grupo de risco para disfagia e desnutrição.

Disfagia é qualquer dificuldade na efetiva condução do alimento da boca até o estômago por meio das fases inter-relacionadas, comandadas por um complexo mecanismo neuromotor. É uma condição clínica que deve ser abordada interdisciplinarmente por médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas e enfermeiros, uma vez que cada profissional contribui de forma interdependente para a melhora do paciente.

São consequências da disfagia: desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa. A pneumonia aspirativa é responsável por 50% das mortes em idosos.

Os instrumentos de triagem nutricional (MNA) e disfagia (EAT10) e o uso de espessante são aliados importantes para revertermos as mortes por pneumonia aspirativa. O uso do espessante aparece como um grande coadjuvante na preservação da via oral, assim como na prevenção da desidratação.

Então, este material foi desenvolvido, em parceria entre nutrição e fonoaudiologia, com o objetivo de trazer informações práticas aos profissionais de saúde quanto à triagem e gerenciamento do risco para disfagia e desnutrição em pacientes idosos.

Os principais métodos de triagem e avaliação fonoaudiológica e nutricional serão apresentados a seguir sob a forma de tabelas auto-explicativas.



**Disfagia &
Desnutrição**

Nutren[®]
Senior

RESOURCE[®]
ThickenUp Clear

SBC
50
anos

Métodos de Triagem e Avaliação do Risco Nutricional

Método	Aplicador	Pontuação	Procedimento
MNA Short Form (mini avaliação nutricional resumida)	Equipe multidisciplinar	Escore > 12	Reaplicar em 6 meses. Em caso de intercorrência clínica – aplicação imediata
MNA Short Form (mini avaliação nutricional resumida)	Equipe multidisciplinar	Escore < 11	Avaliação Nutricional
Avaliação Nutricional			
MNA Completa	Nutricionista	Escore > / 24	Reaplicar MNA Short em 6 meses. Em caso de intercorrência clínica – aplicação imediata
MNA Completa	Nutricionista	Escore < 23,5 e > 17- Risco Nutricional	Intervenção Nutricional
MNA Completa	Nutricionista	Escore < 17 - Desnutrição	Intervenção Nutricional

Identificar o risco nutricional é o primeiro passo para a assistência nutricional e prevenção de complicações relacionadas ao mau estado nutricional.

Diversos fatores são considerados sinais de risco para desnutrição, um instrumento para ser eficaz necessita

de uma abordagem multifatorial. Para atender a necessidade da identificação de risco nutricional em idosos e sua complexidade de forma simples e aplicável, Guigoz et al. publicaram a Mini Avaliação Nutricional (MNA), um questionário composto por 18 questões, subdividido em 4 domínios:



Métodos de Triagem e Avaliação do Risco Nutricional

antropometria, dietética, avaliação global e autoavaliação. Cada questão possui um valor numérico que varia de 0 a 3 e contribui para o escore final, que atinge pontuação máxima de 30. A interpretação é baseada no escore total e, quando a MNA é menor que 17, representa desnutrição; entre 17 e 23,5, risco nutricional; e maior ou igual a 24, eutrofia.

Em comparação com outros instrumentos de triagem nutricional, a MNA mostra ser mais sensível para triagem de idosos. A European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN), a Associação Internacional de Gerontologia (IAG) e a Academia Internacional de Nutrição e Envelhecimento (IANA) preconizam a MNA como instrumento preferível para triagem de idosos, principalmente idosos frágeis, em razão da sensibilidade e da precocidade de risco nutricional, contemplando questões que afetam diretamente as reservas corpóreas desse público e são frequentemente observadas, como funcionalidade e cognição. A MNA nos permite intervir no

risco nutricional diminuindo a incidência de desnutrição.

A triagem do risco nutricional pode acontecer por meio da aplicação da forma resumida da MAN (MNA – SF – short form), composta por 6 questões que correspondem à parte inicial do instrumento, sendo estes itens de maior sensibilidade para a detecção da condição de risco nutricional em idosos. Esta triagem pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde.

A MNA resumida pode ser aplicada em até 4 minutos. Em 2009, Kaiser et al propôs a utilização da circunferência da panturrilha em substituição ao IMC. A pontuação máxima a ser atingida é 14. O escore de 12 pontos ou mais considera o idoso normal, sendo desnecessária a aplicação da MNA completa. Para aqueles que atingem 11 pontos ou menos, deve-se considerar a possibilidade de risco nutricional ou desnutrição e, portanto, a MNA completa deve ser aplicada e considerada como um instrumento para avaliação nutricional dos idosos.



Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®



Mini Avaliação Nutricional MNA®

Sobrenome: _____ Primeiro Nome: _____ Sexo: _____ Data: _____

Idade: _____ Peso (kg): _____ Altura (cm): _____ Número de Identificação: _____

Completar a avaliação preenchendo as caixas com os números apropriados.

Somar os números para a avaliação. Se o escore for 11 ou menos, continuar com a avaliação para obter um Escore do Indicador de Desnutrição.

Controle

A ingestão de alimentos diminuiu nos últimos 3 meses devido à falta de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigação ou deglutição?

- 0 = perda de apetite severa
1 = perda de apetite moderada
2 = nenhuma perda de apetite

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = perda de peso superior a 3 kg (6,6 libras)
1 = não sabe
2 = perda de peso entre 1 e 3 kg (2,2 e 6,6 libras)
3 = nenhuma perda de peso

C Mobilidade

- 0 = preso à cama ou à cadeira
1 = pode sair da cama/cadeira, mas não sai
2 = sai

D Sofreu estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses

- 0 = sim
2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência severa ou depressão
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos

F Índice de Massa Corporal (IMC) (peso em kg) (altura em m²)

- 0 = IMC menor do que 19
1 = IMC 19 até menos do que 21
2 = IMC 21 até menos do que 23
3 = IMC 23 ou maior

Escore de controle (subtotal máximo 14 pontos)

12 pontos ou mais Normal - fora de risco - não precisa de avaliação completa

11 pontos ou menos Possível desnutrição continuar a avaliação

Avaliação

G Vive independentemente (não em uma clínica ou hospital)
0 = não
1 = sim

H Toma mais de 3 medicamentos receitados por dia
0 = sim
1 = não

I Escaras ou úlceras cutâneas
0 = sim
1 = não

Ref.: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J. Nut 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. Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutri Health Aging 2006;10:466-487.

©Nestlé, 1994. Revisão 2006. N67200 12/99 10M
Para mais informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições completas o paciente faz diariamente?

- 0 = 1 refeição
1 = 2 refeições
2 = 3 refeições

K Selecionar os marcadores de consumo para ingestão de proteínas

- Pelo menos uma porção de produtos lácteos (leite, queijo, iogurte por dia) sim não
 - Duas ou mais porções de legumes ou ovos por semana sim não
 - Carne, peixe ou frango todo dia sim não
- 0,0 = se 0 ou 1 sim
0,5 = se 2 sim
1,0 = se 3 sim ,

L Consome duas ou mais porções de frutas ou verduras por dia?

- 0 = não
1 = sim

M Qual a quantidade de líquido (água, suco, café, chá, leite) consumida por dia?

- 0,0 = menos de 3 xícaras
0,5 = 3 a 5 xícaras
1,0 = mais de 5 xícaras ,

N Modo de se alimentação

- 0 = não consegue se alimentar sem ajuda
1 = alimenta-se com alguma dificuldade
2 = alimenta-se sem problemas

O Ponto de vista pessoal da condição nutricional

- 0 = vê-se desnutrido
1 = não tem certeza de sua condição nutricional
2 = vê-se sem problemas nutricionais

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente avalia sua condição de saúde?

- 0,0 = não tão boa
0,5 = não sabe
1,0 = tão boa quanto
2,0 = melhor ,

Q Circunferência braquial (CB) em cm

- 0,0 = CB menor do que 21
0,5 = CB 21 a 22
1,0 = CB 22 ou maior ,

R Circunferência da panturrilha (CP) em cm

- 0 = CP menor do que 31
1 = CP 31 ou maior

Avaliação (máximo 16 pontos) ,

Escore do controle

Avaliação total (máximo 30 pontos) ,

Escore do Indicador de Desnutrição

de 17 a 23,5 pontos Risco de desnutrição

Menos de 17 pontos Desnutrição



Disfagia &
Desnutrição



Sobrenome: _____ Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Peso, kg: _____ Altura, cm: _____ Data: _____

Completar a avaliação, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números para obter o escore final de triagem.

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 severa 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 estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

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

F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m²])

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

SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2.
NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.

F2 Circunferência da Panturrilha (CP) em cm

- 0 = CP menor que 31
3 = CP maior ou igual a 31

Escore de Triagem

(máximo. 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, preencha a versão completa no MAN®, que está disponível no www.mna-elderly.com

- Ref. Vellas B, Villars 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, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Para maiores informações: www.mna-elderly.com



Método de Triagem do Risco para Disfagia

Método	Aplicador	Procedimento
TRIAGEM: EAT 10	Profissionais da saúde	Em caso de pontuação igual ou superior a 3, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação fonoaudiológica especializada

Breve Descrição EAT 10

O EAT 10 é uma ferramenta validada de triagem do risco de disfagia. É um instrumento prático, para uso rotineiro no cuidado dos idosos, visando melhorar a saúde e qualidade de vida, e reduzir custos de cuidados médicos.

O EAT 10 é um questionário subjetivo e específico especialmente desenvolvido para avaliar o grau de severidade dos sintomas da disfagia. É composto por 10 itens selecionados a partir de

inúmeras correlações de testes e retestes.

Foi desenvolvido por uma equipe multidisciplinar e é de fácil aplicação. Através dessa triagem, é possível identificar os pacientes que necessitam de uma avaliação fonoaudiológica detalhada.

Idosos que necessitam ser monitorados constantemente com o EAT 10: portadores de Alzheimer, portadores de Parkinson, idosos frágeis que tiveram quadro de pneumonia.





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
Sem problemas		Problema severo		

6 Dói para engolir.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

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

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

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

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

3 Preciso fazer força para beber líquidos.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

8 Fico com comida presa/entalada na garganta.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

4 Preciso fazer força para engolir comida (sólidos).

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

9 Eu tusso quando como.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

5 Preciso fazer força para engolir remédios.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

10 Engolir me deixa estressado.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema 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.

Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008;117(12):919-924.



Métodos de Avaliação do Risco para Disfagia

Método	Aplicador	Procedimento
TRIAGEM: EAT 10 + Avaliação Fonoaudiológica Estrutural e Funcional + Escala de Severidade da Disfagia (O'Neil et al, 1999)	Fonoaudiólogo especialista	De acordo com o resultado da avaliação, os pacientes poderão ser encaminhados para avaliações complementares de deglutição como a videofluoroscopia ou a videoendoscopia da deglutição e/ou encaminhados para tratamento fonoaudiológico especializado. Nesta etapa, podem-se fazer necessárias modificações de consistência, indicação do uso de espessante alimentar e/ou indicação de vias alternativas parciais ou exclusivas de alimentação.

O padrão ouro para o diagnóstico de disfagia e determinação do risco de aspiração é dada pela associação de métodos de avaliação clínica e instrumental da deglutição, podendo esta ser a videofluoroscopia ou a vídeo endoscopia da deglutição.

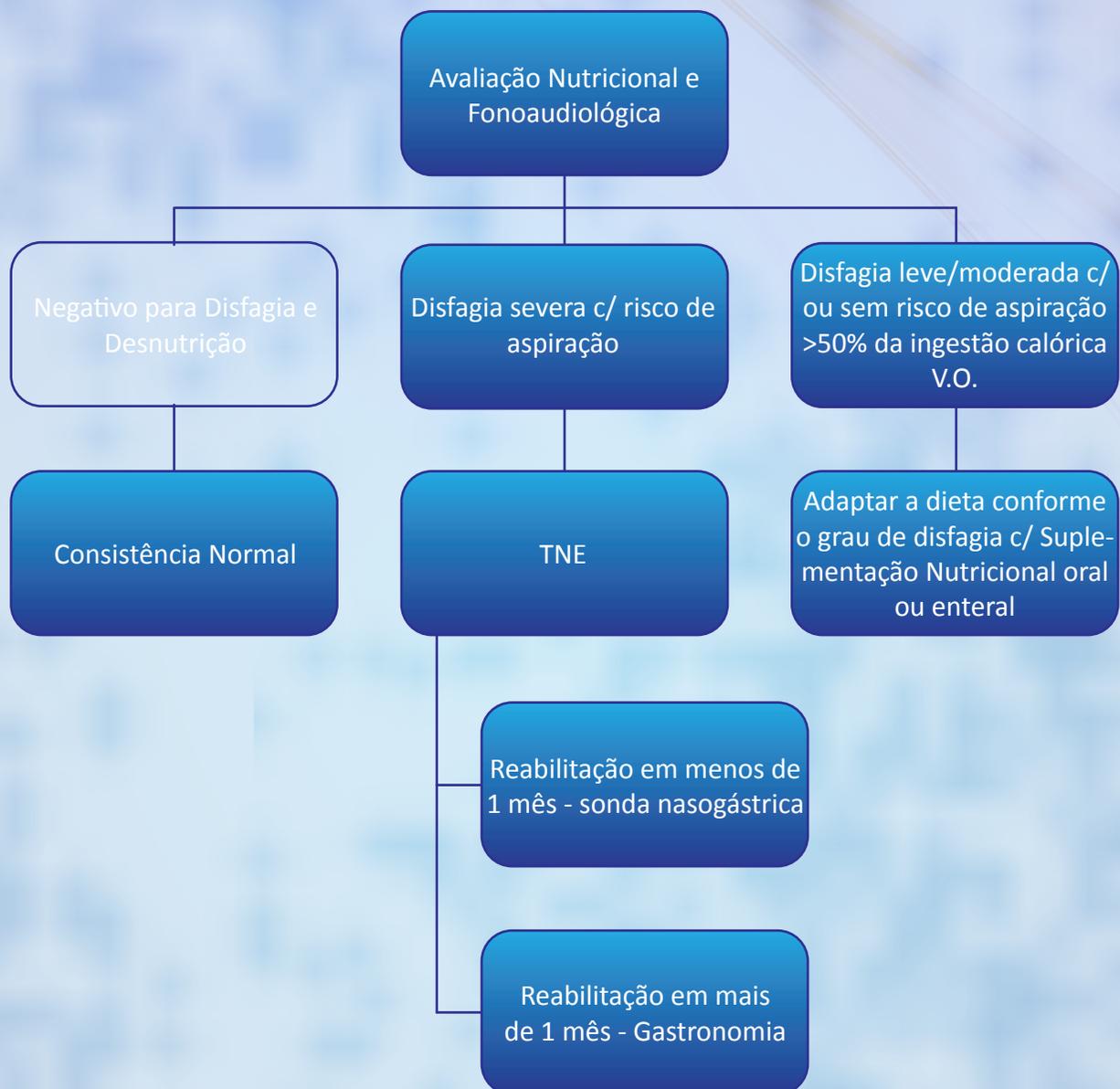


Descrição dos diferentes graus da disfagia a partir da avaliação fonoaudiológica realizada, seguido do tipo de dieta sugerida e suas principais características

Deglutição e Disfagia	Tipo de Dieta	Características da dieta
Deglutição normal	Normal	Inclui todos os alimentos e todas as texturas
Deglutição funcional	Branda	Alimentos macios que requerem certa habilidade de mastigação, como carnes cozidas e úmidas, verduras e legumes cozidos, pães e frutas macios. Exclui alimentos de difícil mastigação ou que tendem a se dispersar na cavidade oral, como os secos (farofa), as verduras e os legumes crus, os grãos etc., bem como as misturas de consistências (canja de galinha e feijão com caldo e caroço).
Disfagia leve	Dieta pastosa	Alimentos bem cozidos, em pedaços ou não, que requerem pouca habilidade de mastigação, como arroz pastoso, carnes e legumes bem cozidos, picados ou desfiados, pães macios e sopas cremosas e/ou com pedaços de legumes bem cozidos ou batidos. Líquidos podem ser espessados ou não. Pode haver necessidade de suplementação nutricional.
Disfagia de leve a moderada	Pastosa homogênea	Alimentos cozidos e batidos, coados e peneirados formando uma preparação homogênea e espessa. Ausência de grumos. Ex: Purês, mingaus, líquidos espessados. Pode haver necessidade de suplementação nutricional da alimentação.
Disfagia grave	Enteral	Via oral suspensa e necessidade de dieta enteral exclusiva



Algoritmo de Assistência Fonoaudiológica e Nutricional a Idosos



Sugestão para Adaptação da Consistência Líquida, Conforme o Grau da Disfagia, com o Uso do Espessante

Deglutição e Disfagia	Descrição da consistência	Exemplos
Deglutição normal	Líquidos ralos	Água, gelatina, café, chás, sucos, refrigerantes
Deglutição funcional	Líquidos ralos	Água, gelatina, café, chás, sucos, refrigerantes
Disfagia leve	Néctar - O líquido escorre da colher formando um fio	Suco de manga ou pêsego ou iogurte de beber
Disfagia de leve a moderada	Mel - O líquido escorre da colher formando um V	Mel
Disfagia moderada	Creme - O líquido se solta da colher, caindo em bloco	Papa de Frutas e iogurtes cremosos
Disfagia grave	Enteral exclusiva	

Fonte: adaptada de Crary et al., 2005.



Referências Bibliográficas

Van Nes MC, Herrmann F.R, Gold G, Michael JP, Rizzoli R. Does the Mini Nutritional Assessment predict hospitalization outcomes in older people? *Age and ageing* 2001; 30: 221-6

Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54 (1pt2): 859-65

Kaiser R, Bauer JM, Ramsch C. Validation of the mini nutritional assessment Short – Form (MNA – SF): a practical tool for identification of nutritional status. *The journal of Nutritional, Health e Ageing* 2009; 13(9): 782-8

Rubstein 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 Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56 M 366-72

O’Neil KH, Purdy M, Falk J et al. The Dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia* 1999; 14 : 139- 45.

JOTZ, G.P.; Angelis, E.C. Barros, A.P.B. (Orgs.). *Tratado de Deglutição e Disfagia: no adulto e na criança*. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

Neto JT, Pintarelli VL, Yamatto TH. *À Beira do Leito Geriatria e Gerontologia na Prática Hospitalar* Ed . Manole, 2007

I Consenso de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados, coordenadora Najas M. Ed. Manole, 2011



Referências Bibliográficas

Belafsky CP, Mouamed A.D., Ress JC, Pryor CJ, Postma NG, Allen J, Fracs R, Leonard J – Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT 10)- Annals of otology, rhinology e laringology 117 (12): 919-924 - 2008

Os formulários dos métodos de triagem apresentados nesta publicação podem ser acessados em www.nestle.com.br/healthcarenutrition

Beatrice Carvalho

Nutricionista formada pela USU

Gerontóloga titulada pela SBGG

Membro da Câmara Técnica de Gerontologia da SBGG RJ

Nutricionista da Saúde do Idoso SES - RJ

Nutricionista do TNC-GAN

M. Sc. Déborah Santos Sales

Doutoranda em Neurologia - UNIRIO

Mestre em Neurologia - UNIRIO

Membro do Departamento de Fonoaudiologia - SOTIERJ

Coordenadora Técnica Científica da Fonolife - Serviços de Fonoaudiologia Hospitalar e Domiciliar LTDA

Chefe da Equipe de Fonoaudiologia - Hospital Evangélico do RJ



**Disfagia &
Desnutrição**

Nutren[®]
Senior

RESOURCE[®]
ThickenUp **Clear**

SBGG
50
anos

Agradecemos o apoio da  NestléHealthScience
para realização deste projeto.

Nutren[®]
Senior

RESOURCE[®]
ThickenUp **Clear**

www.sbgg.org.br

www.nestle.com.br/healthcarenutrition