

Disfagia no idoso. Enfoque nos fatores determinantes e recursos terapêuticos.

Valter Nilton Felix

Professor Livre-Docente – Gastroenterologia - FMUSP; Coordenador do Grupo de Estudos das Disfunções da Deglutição – GEDD – FMUSP

Introdução

A chegada à senilidade determina alterações naturais no organismo humano, mas delas há que se diferenciar doenças, que têm sido identificadas e tratadas convenientemente, com os avanços da Medicina, fazendo com que haja taxas crescentes no percentual da população mais idosa, acima de 80 anos de idade¹. Saber controlá-las ou evitá-las, em esforço interdisciplinar, faz parte da abordagem para conservar boa qualidade de vida e atingir o envelhecimento saudável.

Para que ocorra uma deglutição eficiente, é essencial a integridade anatomofuncional de todos os órgãos, músculos e nervos envolvidos. A propulsão oral ineficiente ou a redução da contração da musculatura faríngea resulta em retenção de alimento em valéculas. A diminuição da tonicidade muscular e o comprometimento do reflexo da deglutição proporciona diminuição na efetividade do esvaziamento faríngeo, com risco de penetração ou aspiração laríngea.

Com o envelhecimento há redução da reserva funcional de vários órgãos e sistemas do organismo, com deterioração sensitiva e motora. Existe elevada incidência de disfagia orofaríngea ou esofágica nos idosos, devido a xerostomia, déficit de mastigação, decorrente de problemas dentários ou próteses inadequadas, movimentos impróprios da língua, comprometimento da fala, tosse ou sufocamento enquanto come, diminuição de reflexos protetivos da aspiração, aumento de refluxo gastroesofágico, degeneração senil do esôfago, doenças e medicamentos que comprometem a atividade muscular dos órgãos envolvidos na deglutição.

A disfagia tem consequências graves, tais como desidratação, desnutrição, pneumonia aspirativa e superveniência de outras doenças. Seu controle é fundamental para proporcionar envelhecimento mais saudável e mais digno, com melhor qualidade de vida. Na abordagem interdisciplinar da disfagia do idoso, as várias modalidades de tratamento cirúrgico dificilmente são aplicáveis, em função do comprometido estado geral dos pacientes, destacando-se as medidas clínicas de controle de doenças de base, e, sobretudo, intervenções de odontologistas, nutricionistas e fonoaudiólogos, sob orientação médica. Diagnóstico preciso e precoce da disfagia com pronta reabilitação da mastigação, modificações adequadas da consistência da dieta e das práticas alimentares faz com que haja substancial redução de complicações.

Causas de disfagia no idoso

Deixe-se à parte o divertículo faringoesofágico, que, muitas vezes, no idoso, recebe tratamento endoscópico, com secção do septo esofagodiverticular, com controle bastante aceitável da disfagia orofaríngea, embora inferior à diverticulectomia associada a miotomia do esfíncter esofágico superior². Descartem-se também casos de disfagia relacionada ao câncer, de procedimento terapêutico distinto a cada caso. Considerem-se, isto sim, as causas de disfagia mais comuns e de abordagem mais genérica.

Redução de paladar e olfato, falta ou mau estado de dentes, prótese dentária mal adaptada, diminuição da produção de saliva e redução do tônus muscular prejudicam o processo de mastigação e a fase preparatória oral da deglutição. Outras modificações relevantes ligadas ao envelhecimento prendem-se à redução da força muscular da língua, à perda da capacidade de propulsão alimentar, acarretando estase na cavidade oral. A seguir, destaquem-se, na fase faríngea, lentificação, incoordenação e/ou enfraquecimento dos movimentos musculares, disfunção de epiglote, do esfíncter superior do esôfago, além da redução na elevação da laringe, o que possibilita estase faríngea e penetração do bolo alimentar na laringe. Tais alterações são contumazes, sobejamente agravadas após eventos neurológicos, e muitos idosos não conseguem alcançar as adaptações necessárias, sobrevivendo a disfagia e suas consequências.

Os primeiros sinais clínicos da disfunção de deglutição são rigidez mandibular, tremor labial e lingual, redução da força mastigatória, vedamento labial incompleto, descontrole do bolo alimentar, retenção oral de alimentos, atraso no início da excursão hiolaríngea, engasgo, voz molhada e tosse entre as deglutições. História medicamentosa é essencial, pois efeitos adversos podem ser responsáveis pela disfagia. A par do exame físico convencional, é básico realizar avaliação funcional, para identificar a real capacitação para viver com independência, além de verificação de saúde mental e de condições socioambientais do idoso.

A disfagia também pode manifestar-se após a internação hospitalar do idoso, como observado por Garcia et al., que avaliaram 440 pacientes internados e encontraram prevalência de disfagia menor no momento da internação, comparada a observações efetuadas após um mês de hospitalização. Os fatores mais associados à disfunção foram idade, demência e AVE³.

O idoso com risco nutricional e de disfagia configura o perfil tipicamente encontrado no ambiente hospitalar e em instituições destinadas a acolhê-lo, afetado por doença crônica ou não. A desnutrição e a disfagia em idosos são frequente e erroneamente ignoradas, associadas indevidamente ao processo da senescência, postergando intervenções. A aspiração silente, frequente no idoso, deve ser suspeitada à evidência de sinais clínicos de incapacidade deglutitiva, à perda de peso involuntária ou ao surgimento de pneumonias repetidas, sendo a videofluoroscopia fundamental para diagnosticá-la.

Para atender à necessidade de identificação de risco nutricional em idosos, Guigoz et al.⁴ publicaram a Miniavaliação Nutricional (MNA®), um questionário composto por 18 questões, subdividido em quatro domínios: 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.

A avaliação antropométrica é o método mais utilizado para a avaliação do estado nutricional, enquanto os principais marcadores bioquímicos são pré-albumina, albumina, transferrina e colesterol total. Sugere-se considerar, na interpretação, as doenças de base e os marcadores inflamatórios, como proteína C-reativa e velocidade de hemossedimentação.

A avaliação do risco de disfagia é multiprofissional e se baseia na identificação de doença de base, antecedentes e comorbidades, sinais clínicos de aspiração, complicações pulmonares e funcionalidade da alimentação. São fatores de risco de disfagia AVE, TCE, doença de Parkinson, demências, ELA, EM, tumores do SNC, distrofias musculares, miastenia grave, polineuropatia, cirurgias de grande porte, osteófito cervical, intubação orotraqueal, traqueostomia, rebaixamento do nível de consciência, delirium, DPOC, DRGE. Atenção especial deve ser dedicada a idosos que apresentam antecedentes de pneumonia de repetição, dependência motora para alimentação, tempo de refeição maior ou igual a 30 - 40 min, involução de consistência alimentar, perda de peso não programada nos últimos três meses. Videofluoroscopia da deglutição, videoendoscopia da deglutição e eletromanometria faringoesofágica são muito úteis na confirmação diagnóstica da disfagia e na identificação de seu fator causal.

Tratamento da disfagia do idoso

A abordagem da disfagia em idosos desnutridos deve ser baseada na melhora do estado nutricional, na reabilitação fonoaudiológica, na condição bucal e na higiene oral.

A higiene oral e a reabilitação odontológica são essenciais desde o início do tratamento. Estado de alerta reduzido, mostras de fadiga ou sonolência prandiais representam fatores de risco de alimentação por via oral no disfágico. Ansiedade deve ser combatida, às vezes com emprego de medicamentos.

Mudanças simples, como planejamento de cardápios, que contemplem as preferências alimentares dos idosos e atendam às suas necessidades nutricionais, são fundamentais. A função do trato gastrointestinal está preservada com o envelhecimento, ao menos em relação aos macronutrientes, mas atenção especial deve ser dada aos micronutrientes, tais como vitamina B6, cálcio, vitamina D, que, muitas vezes merecem suplementação. Na presença de situações como úlcera por pressão, infecções, fraturas, imobilidade, doenças crônicas, desnutrição e estresse hospitalar, os idosos necessitam de no mínimo 1 g de proteína/kg/dia e em torno de 32 a 38 Kcal/kg/dia.

Considera-se adequada a ingestão mínima diária de 75% das refeições oferecidas. O valor calórico e a consistência de cada dieta são pré-estabelecidos nos manuais de dietas hospitalares de cada instituição, e a prescrição dietética deve estar de acordo com o

estado nutricional e a capacidade de deglutição de cada paciente. Aqueles que não atingirem essa recomendação por sete dias consecutivos deverão ser avaliados quanto ao tipo de terapia nutricional a ser indicada, seja oral, enteral ou parenteral.

Na prescrição da dieta para o paciente disfágico, vários fatores precisam ser considerados, como grau de disfagia, estado cognitivo, capacidade de incorporar manobras compensatórias, grau de independência alimentar, estado nutricional, aceitação e preferência alimentar, disponibilidade de supervisão profissional e familiar e condições socioeconômicas. Os líquidos, por terem consistência que oferece maior risco de aspiração, muitas vezes devem ser evitados e o recurso utilizado é o seu espessamento, que pode ser realizado com produtos industrializados ou adaptações naturais. Balanceada e bem preparada, a dieta adaptada à disfagia, sobretudo quanto a consistência, volume e fracionamento, pode substituir a dieta usual, proporcionando refeições seguras e prazerosas.

Dieta enteral por sonda, industrializada ou não, pode ser utilizada para substituir ou completar a alimentação oral em pacientes disfágicos, desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Está indicada quando a ingestão alimentar não atingir as necessidades nutricionais e houver perda de peso e/ou presença de doenças/cirurgias que impossibilitem a alimentação via oral, devendo estar o trato gastrointestinal íntegro ou parcialmente funcional.

Pacientes impossibilitados de alimentar-se com quantidades adequadas por via oral devem ter como primeira escolha a via enteral, uma vez que a presença de nutrientes no trato digestivo é essencial para o trofismo da mucosa intestinal. Nutrição parenteral reserva-se a idosos disfágicos e desnutridos que não alcançam o objetivo terapêutico nutricional utilizando a via digestiva, mas é preciso ter excelente perspectiva para futuro próximo para justificar seu emprego, considerando inclusive a pequena reserva cardiocirculatória e renal do idoso.

Na presença de deglutição efetiva e segura, e quando o paciente atingir ingestão alimentar de aproximadamente 50 a 75% das necessidades nutricionais, pode-se iniciar o desmame da nutrição enteral por sonda.

O trabalho fonoaudiológico deve estar apoiado na avaliação nutricional e, assim, considerar as necessidades calóricas e de hidratação de cada paciente. Dessa forma, o enfermo poderá, sem riscos, ser reabilitado e passar de alimentação por sonda enteral ou gastrostomia para alimentação por via oral. Reabilitar o quadro disfágico significa trabalhar para a conquista de uma deglutição sem riscos de complicações. O objetivo da reabilitação em disfagia orofaríngea é estabilizar o aspecto nutricional e eliminar os riscos de aspiração laringotraqueal e consequentes complicações.

Para alcançar esse objetivo, o fonoaudiólogo lança mão de terapia indireta, que consiste na aplicação de técnicas sem oferta de alimento, que visam à melhora de mobilidade e sensibilidade de todas as estruturas envolvidas no processo de deglutição, utilizando apenas a deglutição de saliva durante os exercícios e solicitações para deglutir, e de terapia direta, conjunto de técnicas nas quais se emprega alimentos para recuperar a efetividade da deglutição ou compensar déficits⁵.

Destacam-se estimulação sensorial, térmica e tátil, da região intraoral e da base do pilar anterior das fauces, gustativa, da língua, treinamento para controle oral do bolo, exercícios de língua e de lábios, da musculatura extrínseca da laringe (manobra de Shaker), ajustes de consistência e volume de ingestões alimentares, uso de utensílios especiais, mudanças posturais, treinamento de deglutição com esforço, deglutições múltiplas, deglutição supraglótica e supersupraglótica, manobra de Mendelsohn e de Masako, associando muitas vezes diferentes técnicas de *biofeedback* para elevar as taxas de eficácia da terapia.

Referências bibliográficas

1. Corral LR. Epidemiologia da terceira idade no Brasil. In: Magnoni D, Cukier C, Oliveira PA. Nutrição na terceira idade. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2010.
2. Felix VN, Viebig RG: Tratamento cirúrgico das causas esofágicas da disfagia orofaríngea. In: Furkim AM, Santini CRS. Disfagias Orofaríngeas-Volume 2. São Paulo: Pró-Fono, 2008.
3. Garcia VR, Martínez BV, Melchor ES, et al. Prevalencia de disfagia en los ancianos ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio. Rev Esp Geriatr Gerontol 2007; 42:55-8.
4. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology 1994; 2:15-59.
5. Felix VN, Furia CLB, Freitas GC, et al (GEDD). Disfagia orofaríngea e implicações nutricionais. In: Waitzberg D. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. São Paulo: Atheneu, 2008.

G E D D