

Investigação fonoaudiológica de idosos em programa de assistência domiciliar

Speech and language investigation of the elderly in a home nursing program

Maria Isabel d'Ávila Freitas¹, Ariella Fornachari Ribeiro², Toshio Chiba³, Letícia Lessa Mansur⁴

RESUMO

Objetivos: Investigar o número de pacientes com disfagia atendidos no Núcleo de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar (NADI/HCFMUSP), definindo seu grau, e investigar as habilidades cognitivas deles.

Métodos: Foram levantados os dados de 153 prontuários de pacientes em atendimento no NADI. Os pacientes portadores de disfagia e sua gravidade foram classificados pela *Dysphagia Outcome and Severity Scale*. As habilidades cognitivas foram baseadas no *Clinical Dementia Rating* (CDR). **Resultados:** Os pacientes têm idade média de 76 anos. Desses pacientes, 29% realizaram avaliação fonoaudiológica, dos quais 64% apresentam disfagia e 52% alteração de linguagem. Quanto à disfagia, 32% apresentam deglutição funcional, 32% disfagia discreta, 18% disfagia discreta a moderada e 18% disfagia moderada a grave. Quanto às habilidades cognitivas do CDR, 64% dos pacientes apresentam alterações de memória, orientação e julgamento.

Conclusão: A alta porcentagem de pacientes com disfagia, alteração de linguagem e habilidades cognitivas comprometidas nos levam a assumir a necessidade de intervenções preventivas e mantenedoras da funcionalidade, com a participação da família e cuidadores.

Descritores: Transtornos de deglutição; Cognição; Comunicação; Idoso; Assistência domiciliar

ABSTRACT

Objectives: To investigate the number of dysphagic patients attending the Center of Interdisciplinary Home Care, to define dysphagia grade and investigate the cognitive skills of such patients. **Methods:** We analyzed the medical charts of 153 patients in treatment. We assessed the number of dysphagic patients and their severity according to the Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS). Cognitive skills were based on the CDR (Clinical Dementia Rating). **Results:** The mean age of patients was 76 years. Out of the total, 29% underwent speech and language assessment: 64% had dysphagia and 52% had language impairment. As to dysphagia, 32% had functional dysphagia, 32% mild dysphagia, 18% mild to moderate dysphagia, and 18% moderate

to severe dysphagia. As to cognitive skills, 64% presented memory, orientation and judgment impairment. **Conclusion:** The high percentage of dysphagic patients with language and cognitive impairment led us to realize the need for preventative actions to preserve functionality with the participation of family members and caregivers.

Keywords: Deglutition disorders; Cognition; Communication; Elderly; Home nursing

INTRODUÇÃO

Assistência domiciliar é uma proposta versátil que se adapta muito bem às necessidades do portador de múltiplas comorbidades e de alta dependência, características freqüentemente encontradas entre idosos. Cabe, porém, aos seus praticantes, desenvolver técnicas que possam torná-la cada vez mais eficaz e abrangente no seu propósito e, ao mesmo tempo, simplificá-la para que possa ser expandida a todos os setores da assistência pública de saúde. Há, portanto, premência de identificar as demandas, com um olhar criterioso e objetivo para se avançar no sentido de aprimorar a oferta de atendimento neste setor⁽¹⁾.

As alterações fonoaudiológicas incluem amplo espectro de distúrbios de comunicação e deglutição que contribuem para a perda da funcionalidade e independência dos idosos. Entre elas, a disfagia é um sintoma freqüente e traz riscos de desnutrição e pneumonia aspirativa. Estimativas da prevalência de disfagia nos idosos são variáveis. Na Europa, a disfagia ocorre em 8% a 10% das pessoas com mais de 50 anos de idade⁽²⁻³⁾. Em um estudo americano, estimou-se que a prevalência de disfagia na população seja de 6,9%⁽⁴⁾. Tal índice é mais alto em populações selecionadas, tais

Estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

¹ Fonoaudióloga, Mestre em Distúrbios da Comunicação, Universidade Tuiuti do Paraná; Especialização em Fonoaudiologia, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

² Fonoaudióloga, Especialização em Fonoaudiologia, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

³ Médico Geriatra, Doutor em Patologia, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Fonoaudióloga, Doutora em Linguística, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Maria Isabel d'Ávila Freitas – Rua Herculano de Freitas 237, ap. 185 – Bela Vista – CEP 01308-020 – São Paulo (SP), Brasil – Tel.: 11 3129-7654 – e-mail: mariaisabeldf@terra.com.br

Data de submissão: 15/9/2006 – Data de aceite: 30/11/2006

como pacientes residentes de casas de repouso, nos quais os valores sobem para 30% a 40%⁽⁵⁾.

Nos idosos, a disfagia pode ser causada pelo envelhecimento associado a doenças sistêmicas. É importante notar que desordens alimentares em pacientes idosos podem resultar não somente em doenças faringo-esofágicas, mas também em distúrbios não associados com o trato gastrointestinal, e co-ocorrem com problemas cognitivos e psiquiátricos, comprometimento físico de membros superiores, deterioração dos músculos da mastigação, doenças dentais e osteoporose afetando a mandíbula⁽⁶⁾.

Idosos saudáveis mantêm a funcionalidade realizando compensações para as perdas decorrentes do envelhecimento. Essas compensações são realizadas de modo eficiente e dependem da condição cognitiva, que garante o monitoramento dos riscos, déficits e leva ao desenvolvimento de mecanismos de proteção. Essa condição pode ser notada em relação à comunicação e à deglutição.

Um estudo mostrou que apenas 22% dos médicos e enfermeiros perguntam aos pacientes se eles têm problemas de deglutição antes de prescrever ou oferecer a medicação. Em cuidados paliativos, por exemplo, a disfagia abala potencialmente o estado nutricional complicando a administração de medicamentos sólidos por via oral e diminuindo a qualidade de vida. Por outro lado, os idosos também não informam a seus médicos a dificuldade em deglutir as medicações prescritas⁽⁷⁾.

Assim sendo, instrumentos que questionem de forma direta e abrangente as condições da deglutição e sua gravidade são importantes para detectar e tratar o problema da disfagia.

Nesse sentido, a *Dysphagia Outcome and Severity Scale* (DOSS) foi desenvolvida a partir de um estudo de 135 pacientes com o propósito de estabelecer um método consistente de documentação e melhora da qualidade de cuidados em pacientes disfágicos e, assim, introduzir uma medida possível de conseqüências funcionais em disfagia. A DOSS pode ser uma alternativa excelente e completa para comumente avaliar e descrever a gravidade funcional da disfagia; além disso, apresentou excelentes índices de confiabilidade interavaliador (90%) e intra-avaliador (93%)⁽⁸⁾.

Pacientes em pós-acidente vascular cerebral (AVC) e aqueles com demência podem não ter as habilidades cognitivas para reconhecer ou compreender o risco de disfagia presente. Lesões cerebrais causam diminuição na função cognitiva, como concentração ou atenção seletiva, podendo diminuir o controle da deglutição⁽⁹⁾.

Alterações cognitivas são prevalentes na população de casas de repouso, com 70% dos residentes exibindo

alguma forma de diminuição cognitiva indiferente do diagnóstico⁽¹⁰⁾.

Os sintomas cognitivos de demência podem incluir declínio na memória, linguagem, praxia e função executiva. Essas mudanças podem diminuir as habilidades da pessoa para realizar seus cuidados próprios, participar nas atividades e comunicar-se com os outros⁽¹¹⁾.

Portanto, a cognição é um fator importante para considerar quando decidir o quão prontamente e espontaneamente o paciente aprenderá estratégias ou precisará de supervisão em decorrência do déficit de memória⁽⁸⁾.

Apesar da importância da alimentação e deglutição para os pacientes acamados, a maioria dos pacientes atendidos em domicílio tem problemas de disfagia a longo prazo. Deve ser fornecido treinamento de deglutição para pacientes com disfagia, indicando o alimento e em qual consistência são mais facilmente deglutidos. Durante as visitas domiciliares, os membros da família são educados a preparar a comida de forma que seja mais fácil para o paciente disfágico deglutir⁽¹²⁾.

Técnicas compensatórias de deglutição (cabeça virada, queixo dobrado durante a alimentação ou deglutições múltiplas) são componentes aceitáveis de reabilitação de deglutição. Estas técnicas, combinadas com modificação da dieta, podem reduzir o risco de aspiração ou melhorar o clareamento faríngeo em pacientes disfágicos⁽¹³⁾.

Sinais e sintomas podem ser verificados pelo relato do próprio indivíduo com disfagia ou um cuidador, observação clínica e/ou exame direto pelo fonoaudiólogo ou outro profissional de saúde⁽¹⁴⁾.

OBJETIVO

Os objetivos do presente estudo foram investigar o número de pacientes com disfagia atendidos no Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI/HCFMUSP), definindo seu grau, e investigar as habilidades cognitivas deles.

MÉTODOS

Foram levantados 153 prontuários de pacientes com múltiplas comorbidades, provenientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), e que são acompanhados pelo Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do referido hospital.

Os fatores considerados para o presente estudo foram: idade, sexo, tempo de permanência no NADI, diagnóstico

médico, avaliação fonoaudiológica, habilidades cognitivas e gravidade da disfagia.

As comorbidades apresentadas pelos pacientes foram divididas conforme estabelecido por O'Neil et al. (1999): diagnósticos neurológicos, médico-cirúrgicos gerais (desordens gastrointestinais, renais, urológicas, HIV, sepse, desidratação, desnutrição e todas as cirurgias gerais), pulmonares, cardiológicos, otorrinolaringológicos e psiquiátricos⁽⁸⁾.

O protocolo utilizado para avaliação fonoaudiológica inclui dados de linguagem/comunicação, audição, voz, fala e deglutição. A partir dos dados descritos na avaliação fonoaudiológica, foi utilizada a DOSS⁽⁸⁾ para a definição do grau e gravidade da disfagia.

As habilidades cognitivas dos pacientes disfágicos foram determinadas com base na CDR, que foi definida a partir das informações descritas nos prontuários por todos os profissionais da equipe.

RESULTADOS

Os pacientes atendidos no NADI tinham idade média de 76 anos, sendo 36% homens e 64% mulheres. Desses pacientes, 15% eram atendidos há menos de um ano, 61% estavam em atendimento entre 1 e 4 anos, 20% entre 5 e 9 anos e 4% há mais de 9 anos.

A média de comorbidades dos pacientes foi de 6,7 doenças. Os diagnósticos neurológicos foram os mais ocorrentes (48%). Os demais corresponderam a 22,6% de doenças médico-cirúrgicas gerais, 11,6% doenças cardiológicas, 9,3% doenças psiquiátricas, 6% doenças pulmonares e 2,5% doenças otorrinolaringológicas (figura 1).

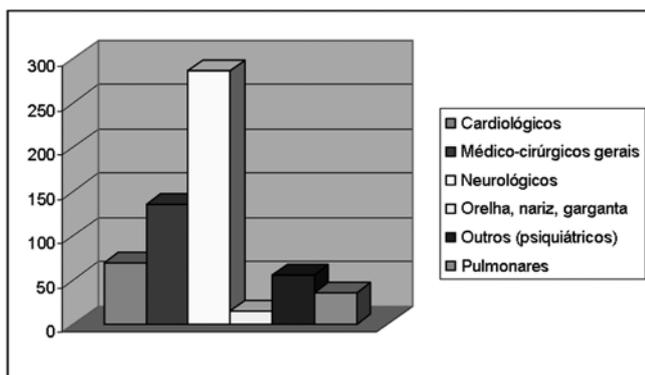


Figura 1. Principais diagnósticos médicos dos pacientes com disfagia

Desses pacientes, 29% realizaram avaliação fonoaudiológica, dos quais 64% apresentaram disfagia e 52% alteração de linguagem. Quanto à disfagia, 32% apresentaram deglutição funcional, 32% disfagia discreta, 18% disfagia discreta a moderada e 18% disfagia moderada a grave (figura 2).

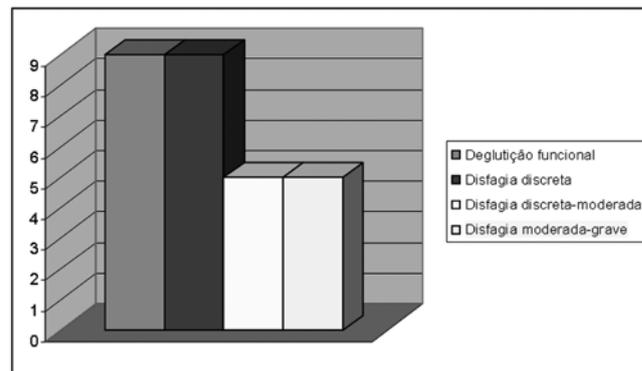


Figura 2. Grau da disfagia dos pacientes segundo a DOSS

Quanto às habilidades cognitivas da CDR, 64% dos pacientes apresentaram alterações de memória, orientação e julgamento, 96% referiram diminuição nas atividades de envolvimento social e lazer e 93% dificuldades ou impossibilidade para realizar os cuidados pessoais (figura 3).

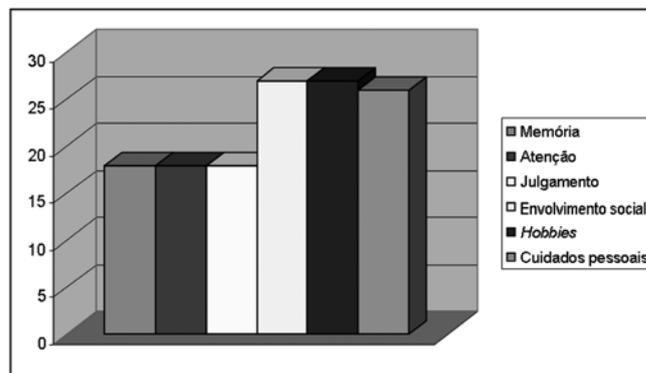


Figura 3. Habilidades cognitivas alteradas na CDR dos pacientes disfágicos

DISCUSSÃO

Os pacientes atendidos pelo NADI são pacientes que apresentam múltiplas comorbidades e precisam ser atendidos por uma equipe interdisciplinar. A assistência domiciliar é o tipo de atendimento mais adequado para uma população idosa que apresenta alta dependência de cuidados, porém não necessita de atendimento hospitalar. Além disso, pela cronicidade das comorbidades apresentadas, tais pacientes permanecem sob cuidados do NADI por tempo prolongado, o que vem reafirmar a estratégia de reversão da atenção centrada em hospitais, propiciando a construção de um enfoque na promoção, prevenção e humanização dos serviços em saúde⁽¹⁵⁾.

As diversas comorbidades apresentadas demonstram que o idoso é um paciente complexo que exige tratamento intenso⁽¹⁶⁾ e a presença de cuidadores bem orientados.

As doenças neurológicas e a alta porcentagem de pacientes disfágicos na população avaliada confirmam que a idade e o nível de disfagia são fatores determinantes de sobrevivência em pacientes com doenças neurológicas, superiores até a índices de atividades de vida diária e nível de demência⁽¹²⁾.

Hipertensão arterial foi a comorbidade mais prevalente nos idosos. Vários estudos têm demonstrado relação entre hipertensão e a doença de Alzheimer (DA). Seguidos de estudos relataram que a hipertensão precede a DA por aproximadamente 10 anos, sendo um fator de risco que surge décadas antes do início da doença⁽¹⁷⁾.

Idosos que apresentam déficits de memória, função executiva e outras funções cognitivas podem desenvolver disfagia. A correlação entre essas mudanças neuropatológicas com os sintomas cognitivos é bem estabelecida⁽¹⁸⁾. Portanto, alterações nas habilidades cognitivas, como demonstrado na população estudada, devem ser consideradas no atendimento dos pacientes, uma vez que é um fator de risco para a evolução da disfagia.

Anormalidades de deglutição, incluindo aspiração, são mais prevalentes em pacientes com demência de Alzheimer do que em indivíduos idosos normais. As conseqüências adversas da disfagia são geralmente menosprezadas, mas podem levar à morte⁽¹⁹⁾. Por isso, o número de pacientes com deglutição funcional e disfagia discreta apresentado na pesquisa revela que é preciso medidas preventivas e de informação para que não haja aparecimento de pneumonias, que são um risco para a saúde do idoso, principalmente aqueles com diagnóstico de demência.

CONCLUSÃO

A alta porcentagem de pacientes que apresentaram disfagia discreta ou deglutição funcional e a natureza e número de comorbidades e de habilidades cognitivas alteradas nos levaram a assumir a necessidade de intervenções preventivas e mantenedoras da funcionalidade, com a participação da família e cuidadores.

REFERÊNCIAS

- Jacob W. Assistência Domiciliar: instrumento versátil que deve ser aprimorado [texto na Internet] [citado 2006 Ago 18]. Disponível em: <http://www.ciad.com.br/Default.asp>
- Lindgren S, Janzon L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50–79-year-old men and women in an urban population. *Dysphagia*. 1991;6(4):187-92.
- Tibbling L, Gustafsson B. Dysphagia and its consequences in the elderly. *Dysphagia*. 1991; 6(4):200-2.
- Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol*. 1992;136(2):165-77.
- Siebens H, Trupe E, Siebens A, Cook F, Anshen S, Hanauer R, et al. Correlates and consequences of eating dependency in institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34(3):192-8.
- Achem SR, Devault KR. Dysphagia in aging. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39(5):357-71.
- Morris H. Dysphagia in a general practice population. *Nurs older people*. 2005;17(8):20-3.
- O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. Dysphagia outcome and severity scale. *Dysphagia*. 1999; 14(3):139-45.
- Martino R, Foley N, Bhoqal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke. *Stroke*. 2005;36(12):2756-63.
- Pyle MA, Nelson S, Sawyer DR. Nursing assistants' opinions of oral health care provision. *Spec Care Dentist*. 1999;19(3):112-7.
- Wilkins CH, Moylan KC, Carr DB. Diagnosis and management of dementia in long-term care. *Ann Long-Term Care*. 2005;13(11):17-24.
- Shintani S, Shiigai T. Survival-determining factors in patients with neurologic impairments who received home health care in Japan. *J Neurol Sci*. 2004;225(1-2):117-23.
- Kikawada M, Iwamoto T, Takasaki M. Aspiration and infection in the elderly: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs Aging*. 2005;22(2):115-30. Review.
- Reilly S, Ward E. The epidemiology of dysphagia. Describing the problem – are we too late? *Adv Speech Lang Pathol*. 2005;7(1):17-26.
- Silva KL, Sena R, Leite JC, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):391-7.
- Kubo H, Nakayama K, Ebihara S, Sasaki S. Medical treatments and cares for geriatric syndrome: new strategies learned for frail elderly. *Tohoku J Exp Med*. 2005;205(3):205-14.
- Skoog I. Hypertension and cognition. *Int Psychogeriatr*. 2003;15 (Suppl1):139-46.
- Horner J, Alberts MJ, Dawson DV, Cook GM. Swallowing in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 1994;8(3):177-89.
- Kalia M. Dysphagia and aspiration pneumonia in patients with Alzheimer's disease. *Metabolism*. 2003;52(10 Suppl 2):36-8.