

Estado nutricional e risco de disfagia em idosos institucionalizados

Nutritional status and risk of dysphagia in institutionalized elderly

Simone de Souza Genehr, Gabriele Dos Anjos Palagi da Silva, Fernanda dos Santos Pichini, Angela Ruviaro Busanello-Stella, Adriane Schmidt Pasqualoto

Resumo:

Objetivo: Avaliar e relacionar o estado nutricional e a deglutição, por escores de estimativa de vida em idosos institucionalizados. **Métodos:** Participaram do estudo 13 idosos do sexo masculino, residentes de uma Instituição de longa permanência. A amostra foi estratificada em dois grupos de acordo com Índice de *Charlson* corrigido para idade: alto risco de mortalidade ($n=8$) e baixo risco de mortalidade ($n=5$). A média de idade foi de $81,31 \pm 7,1$ anos. Realizadas avaliações nutricionais (cálculo do Índice de Massa Corporal, mensuração de circunferências abdominal, braço e panturrilha; bioimpedância, miniavaliação alimentar-, força de preensão palmar); avaliação clínica da deglutição e do risco para disfagia. **Resultados:** O grupo com alto risco de mortalidade apresentou sobrepeso (62,5%), risco para doença cardiovascular pela circunferência abdominal (50%), risco para desnutrição pela miniavaliação alimentar (50%), dinapenia (50%) e risco para disfagia (62,5%). O grupo com baixo risco de mortalidade apresentou sobrepeso (80%), risco para doença cardiovascular (80%); risco para desnutrição (20%) e risco para disfagia (80%). Foi encontrada relação positiva e moderada entre Índice de *Charlson* e miniavaliação alimentar ($r=0,62$); negativa e moderada entre miniavaliação alimentar e o risco de disfagia ($\rho=-0,59$) e positiva e moderada entre o risco para disfagia e a força de preensão palmar ($\rho=0,67$). **Conclusão:** Idosos, independente da estimativa de vida, apresentaram alteração nutricional e risco para disfagia. No entanto, a dinapenia foi prevalente no grupo com alto risco de mortalidade.

Palavras-chave: Idoso. Estimativa de vida. Deglutição. Nutrição.

Abstract:

Objective: To evaluate and relate the nutritional status and swallowing, by life expectancy scores in institutionalized elderly. **Methods:** Thirteen male elderly residents of a long-stay institution participated in the study. The sample was stratified into two groups according to the age-corrected Charlson Index: high mortality risk ($n=8$) and low mortality risk ($n=5$). The mean age was 81.31 ± 7.1 years. Nutritional estimates performed (calculation of the Body Mass Index, measurement of abdominal commissariats, arm and calf; bioimpedance, mini-eating assessment, handgrip strength); clinical evaluation of swallowing and risk for dysphagia. **Results:** The group with a high mortality risk was overweight (62.5%), the risk for cardiovascular disease due to abdominal restriction (50%), risk for malnutrition based on mini-dietary assessment (50%), dynapenia (50%), and risk for dysphagia (62.5%). The group with low mortality risk was overweight (80%), at risk for cardiovascular disease (80%); risk for malnutrition (20%) and risk for dysphagia (80%). A positive and moderate relationship was found between the Charlson Index and mini-dietary assessment ($r=0.62$); a negative and moderate between the mini-eating assessment and the risk of dysphagia ($\rho=-0.59$) and a positive and moderate between the risk for dysphagia and the handgrip strength ($\rho=0.67$). **Conclusion:** Elderly, regardless of life expectancy, presented nutritional alteration and risk for dysphagia. However, dynapenia was prevalent in the group with high mortality risk..

Keywords: Elderly. Life estimate. Deglutition. Nutrition.

Como citar este artigo:
GENEHR, S. S.; SILVA,
G. A. P.; PICHINI, F. S.;
BUSANELLO-STELLA, A.
R.; PASQUALOTO, A. S.
Estado nutricional e risco
de disfagia em idosos
institucionalizados. Revista
Saúde (Sta. Maria). 2024; 50.

Autor correspondente:
Nome: Simone de Souza
Genehr
E-mail: simone_sgenehr@
yahoo.com.br
Formação: Nutricionista,
Mestre em Distúrbios da
Comunicação Humana
Filiação: Universidade
Federal de Santa Maria -
UFSM

Endereço: Av. Roraima nº
1000, Prédio 26 D, Cidade
Universitária, Camobi, Santa
Maria, Rio Grande do Sul
CEP: 97105-900

Data de Submissão:
20/12/2022
Data de aceite:
26/07/2023

Conflito de Interesse: Não
há conflito de interesse

DOI:
10.5902/2236583473608



INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida global, o envelhecimento da população tornou-se um fenômeno internacional. Estima-se que a proporção de idosos no mundo chegue a 11,7% em 2030, 15,9% em 2050 e atinja 22,6% em 2100¹.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE), o aumento da população idosa está estimado em cerca de 200% até 2025. No Brasil, nos últimos 60 anos, a população idosa cresceu em aproximadamente 15 milhões de indivíduos, e a perspectiva para 2025 é de que o aumento seja de mais de 33 milhões, tornando o Brasil o sexto país com a maior população idosa do mundo. As principais doenças que acometem a população idosa e que cursam com maior morbidade e mortalidade são as doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas². O processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio de capacidades tanto físicas como cognitivas dos idosos que podem vir associadas à prebisfagia, uma modificação natural no processo de deglutição nos idosos³.

Estudos epidemiológicos internacionais referem que as alterações da deglutição estão presentes em 13% a 40% da população idosa⁴. Pacientes disfágicos apresentam redução da ingesta alimentar e conseqüentemente baixa ingestão energético-proteica em relação às necessidades nutricionais. Além disso, perda de peso progressiva e depleção de massa muscular, bem como diminuição da força dos músculos responsáveis pelo processo de deglutição, aumentando assim a gravidade da disfagia e implicando na redução da qualidade de vida⁵.

Essa alteração no estado nutricional no idoso contribui para o aumento da mortalidade e susceptibilidade às infecções e a redução da qualidade de vida, com agravos ainda mais importantes quando se tratam de idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI)⁶.

Adicionalmente ao exposto, uma diminuição na ingestão de alimentos pode predispor à perda de massa muscular e na função muscular dessa população. Tal situação é descrita como sarcopenia, uma característica marcante da fragilidade, e mesmo sendo mais comumente associada aos músculos esqueléticos apendiculares para caminhar e segurar a mão, também pode ser observada nos músculos orofaciais e associados à deglutição⁷.

O presente estudo teve como objetivo avaliar e relacionar o estado nutricional e a deglutição, por escores de estimativa de vida em idosos institucionalizados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, analítico, observacional, realizado em uma ILPI em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul - RS, no período de maio e junho de 2021 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional conforme parecer número 1.967.549. Todos os participantes assinaram voluntariamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi realizada com idosos, exclusivamente do sexo masculino, residentes em uma ILPI, com idade igual ou superior a 65 anos, independentemente de suas doenças e da presença ou não de queixas de disfagia e com condições cognitivas que permitisse as avaliações. Idosos com comprometimento grave, acamados, fazendo uso de sonda nasogástrica ou outra condição que impossibilitasse de responder aos instrumentos e ou as avaliações propostas no estudo, foram excluídos.

A amostragem foi não probabilística e por conveniência, estratificada em dois grupos pelo Índice de Comorbidade de Charlson corrigido pela idade (ICCI). Ademais, as coletas foram realizadas por dois pesquisadores do grupo (nutricionista e fonoaudióloga), ambas realizaram e auxiliaram as coletas na qual foram previamente treinadas para aplicarem os instrumentos de coleta.

As características sociodemográficas, história clínica, comorbidades, uso de medicamentos que caracterizem a polifarmácia (uso concomitante de quatro ou mais medicamentos, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) foram investigadas. Do prontuário, foram coletadas informações da presença ou não de infecções pulmonares nos últimos três meses, sobre o rastreio cognitivo avaliado pela equipe multidisciplinar da instituição, bem como da saúde bucal e comorbidades dos idosos.

Num segundo momento e de posse dessas informações foi possível calcular a gravidade da comorbidade. O impacto das comorbidades foi calculada pelo ICCI que atribuí pesos que variam de 1 a 6 para cada uma as comorbidades existentes e cuja pontuação final é obtida pelo somatório desses pesos. Para o ajuste do índice de Charlson conforme a idade, foi acrescido um ponto a cada década de vida a partir dos 40 anos, tornando possível determinar o grau de comorbidade e estipular a sobrevida da amostra. Foram estratificados dois grupos: Baixo risco de mortalidade ($ICCI \geq 1$ a ≤ 2) e alto risco de mortalidade ($ICCI > 2$), logo quanto maior a pontuação do ICCI menor sobrevivência estimada em dez anos⁸.

As avaliações nutricionais e de deglutição foram realizadas em um único dia, previamente agendadas com a ILPI. Foi realizada a mini avaliação nutricional (MNA®) que é uma autoavaliação da alimentação, composto por 18 questões, subdivididas em quatro domínios: antropometria, dietética, avaliação global e autoavaliação⁹.

Adicionalmente, a verificação do peso (Kg) foi realizada com o auxílio de balança de bioimpedância da marca Tanita, Segmental Body Compositon Monitor BC-601, com capacidade de 150Kg. A estatura foi mensurada com estadiômetro e medida em centímetros (cm). O Índice de Massa Corporal (IMC), foi classificado de acordo com as recomendações do Ministério de Saúde para idosos¹⁰.

A aferição das circunferências abdominal (cm), do braço (cm) e da panturrilha (cm) foram realizadas com o indivíduo em pé e utilizando uma fita métrica não extensível de 150 cm¹¹.

Circunferência abdominal foi aferida no ponto médio da região do abdômen utilizando-se o ponto de corte de ≥ 102 cm para risco de doença cardiovascular. A circunferência do braço (CB) foi aferida no ponto lateral médio entre o acrômio da escápula e o olécrano da ulna do braço dominante, utilizando-se fita métrica¹¹. Utilizou-se o intervalo <21 desnutrição, $\geq 21 - \leq 22$ eutrofia e > 22 sobrepeso escrito no MNA como valor de referência. A circunferência da panturrilha foi realizada com o auxílio de uma fita métrica flexível e inelástica, foi medido o ponto mais volumoso da panturrilha dominante. Foram classificados com depleção muscular os indivíduos que apresentaram uma circunferência da panturrilha ≤ 31 cm¹². Ainda se avaliou através dos resultados da bioimpedância os valores da composição de massa corporal.

Por fim, foi mensurada a Força de Preensão Palmar (FPP) (KgF) com o dinamômetro manual hidráulico da marca Saehan hidráulico (Saehan. Corporation, 973, Yangdeok-Dong, Masan 630-728, Korea) (kgf). A mão dominante foi definida como a preferida para a realização das atividades diárias. O indivíduo permaneceu sentado em uma cadeira com braço aduzido paralelo ao tronco e o ombro em rotação neutra, com cotovelo flexionado a 90° , com antebraço e punho em rotação neutra, foram realizadas três manobras com um intervalo de descanso de um minuto entre elas, sendo considerado o maior valor obtido para à análise dos dados. Foram classificados com dinapenia e/ou fraqueza muscular periférica os que apresentaram o valor ≤ 30 kgf¹³.

Para a deglutição foram aplicados dois instrumentos, um de rastreio e um de avaliação clínica. O primeiro foi o instrumento Eating Assessment Tool (EAT-10) composto

por 10 questões que fornecem informações sobre funcionalidade, impacto emocional e sintomas físicos que um problema de deglutição pode acarretar na vida de um indivíduo. Adotou-se o escore de três ou mais pontos no EAT-10 para classificar o risco de disfagia, com sensibilidade: 0,697 especificidade: 0,729. O mesmo foi aplicado pela fonoaudióloga pesquisadores realizando as perguntas aos idosos.

Na sequência, foi aplicado o Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD)¹⁴, constituído por três partes: teste de deglutição da água, teste de deglutição de alimentos pastosos e classificação do grau de disfagia. Antes de iniciar a aplicação do protocolo foi observado as condições clínicas do paciente, sendo imprescindível o estado de alerta, estando sentado, acordado e capaz de receber líquidos e alimentos na boca. As ofertas das consistências foram repetidas três vezes para cada graduação, tendo início com o teste da água, sendo ofertada em 5 ml e 10 ml na seringa. Logo após, foi realizado o teste de deglutição do alimento pastoso, ofertados em colheres de 5 ml e 10 ml. O paciente foi orientado a capturar o alimento da colher e degluti-lo. Ressalta-se que no estudo optou-se pelo teste com 5 ml e 10 ml por serem os volumes que melhor eliciariam a deglutição. Ao final do protocolo são elencados os níveis alcançados que vão desde o nível I (deglutição normal) até nível VII (Disfagia orofaríngea grave).

Os dados foram analisados através do software *Statistical Package for Social Sciences*, versão 26.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), e apresentados em mediana (intervalo interquartil) ou frequências absolutas e relativas. A normalidade foi avaliada através do teste de Shapiro-Wilk. Para comparar os grupos quanto ICCI foi utilizado o teste t Student para amostras independente e o teste de Qui-quadrado, para os dados nominais. Quanto às associações, essas foram avaliadas através do teste de Correlação de Spearman. Foram considerados os seguintes coeficientes de correlação: correlação fraca: rho 0,20 a 0,39; correlação moderada: rho 0,40 a 0,69 e forte: rho > 70. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$ para todos os testes.

RESULTADOS

A amostragem foi não probabilística e por conveniência, e a amostra final constituída por 13 idosos, com média de idade de $81,31 \pm 7,1$ anos, que atenderam os critérios de elegibilidade previamente descritos.

As características antropométricas e de deglutição estão apresentadas na Tabela 1. Foram incluídos 13 idosos do sexo masculino com média de idade de 81,31±7,1 anos. A amostra foi estratificada em dois grupos de acordo com o ICCI: alto risco de mortalidade, ICCI > 2, (n=8) e baixo risco de mortalidade, ICCI ≥1 a ≤2, (n=5) e não houve diferença entre os grupos quanto às características relacionadas a triagem nutricional e de risco para disfagia (EAT-10). Contudo, destaca-se que em ambos os grupos o sobrepeso e o risco cardiovascular foram mais prevalentes. E no grupo com alto risco de mortalidade o risco para desnutrição estava presente em 4 (50%).

Quanto às características relacionadas a dentição, no grupo de alto risco de mortalidade (n=8) seis faziam o uso de prótese bem adaptada e dois apresentavam dentição completa. Enquanto que no grupo de baixo risco de mortalidade (n=5) quatro idosos apresentavam dentição completa e um apresentava prótese bem adaptada. Nenhum dos pacientes apresentou alterações pulmonares nos últimos três meses e nem alterações cognitivas que excluíssem estes do estudo.

No grupo de alto risco de mortalidade, 5 (38,4%) faziam uso de cinco ou mais medicamentos, o que caracteriza a polifarmácia do idoso, já no grupo de baixo risco de mortalidade nenhum apresentava polifarmácia.

Tabela 1 - Características antropométricas e de deglutição da amostra conforme a classificação de estimativa vida.				
Variável	Todos idosos n=13	Alto risco de mortalidade n=8	Baixo risco de mortalidade n=5	Valor de p
Idade (anos)	81,31±7,1	84,5 (79,2 - 88,7)	79,0 (70,5 - 81,0)	0,065
IMC (kg/m²)	28,2± 4,9	27,3 (24,8-30,8)	28,5 (26,4 - 32,2)	0,622
Baixo peso ≤ 22		1 (12,5)	0 (0)	0,411
Eutrofia >22 <27		2 (25)	1 (20)	0,835
Sobrepeso ≥ 27		5 (62,5)	4 (80)	0,506
Circunferências (cm)				
Abdominal	106,6±15,5	101,5 (92,7 - 114,2)	110,0 (98,0 - 122,0))	0,622
Baixo risco		4 (50,0)	1 (20,0)	0,279
Risco DCV		4 (50,0)	4 (80,0)	0,279
Braço		24,5 (23,2 - 29,7)	30,0 (28,0 - 36,0)	0,093
< 21		0 (0)	0 (0)	-

Tabela 1 - Características antropométricas e de deglutição da amostra conforme a classificação de estimativa vida.

Variável	Todos idosos n=13	Alto risco de mortalidade n=8	Baixo risco de mortalidade n=5	Valor de p
≥ 21 - ≤ 22		0 (0)	0 (0)	-
> 22		8 (100)	5 (100)	-
Panturrilha	37,1±3,3	35,5 (33,2 - 39,3)	38,0 (36,0 - 41,0)	0,284
> 31 sem depleção		8 (100)	5 (100)	
IMMC (kg/m²)	16,7±3,0	17,6 (14,9 - 18,8)	17,2 (13,5 - 18,6)	0,724
<10,76		0 (0)	1 (20,0)	0,188
MNA® total		24,0 (20,5 - 27,5)	25,5 (24,2 - 27,5)	0,171
Normal, n (%)		4 (50)	4 (80)	0,279
Risco de desnutrição		4 (50)	1 (20)	0,279
Desnutrido		0 (0)	0 (0)	
FPP (KgF)	32,6±11,6	29,6 ± 17,1	38,0 ± 5,8	
≤ 30 dinapenia		4 (50)	0 (0)	0,057
Eat-10		2,0 (0,2 - 3,0)	0,0 (0,0 - 4,5)	0,354
≥ 3		3 (37,5)	1 (20,0)	0,506
< 3		5 (62,5)	4 (80,0)	0,506

Legenda: Alto risco de mortalidade = ICCI > 2; Baixo risco de mortalidade ICCI ≥1 a ≤2; DCV: Doença cardiovascular; IMC: Índice de massa corporal; FPP: Força de pressão palmar; IMMC: Índice de massa magra corporal; MNA®: Mini Nutritional Assessment; Fonte: (Elaborada pela autora, 2022)

No grupo com alto risco de mortalidade a FPP para mão dominante foi de 29,6±17,1 em contrapartida, no grupo com baixo risco de mortalidade os valores médios para a FPP para mão dominante não caracterizaram a dinapenia (38,0±5,8).

Em relação ao risco de disfagia, no grupo de idosos com alto risco de mortalidade foram identificados três (37%) de idosos com deglutição funcional (Tabela 2).

Tabela 2 - Características da amostra, de acordo com o grau de risco de disfagia PARD.

Variável	Todos idosos	Alto risco de mortalidade n=8	Baixo risco de mortalidade n=5	Valor de P
PARD				
Deglutição normal, n (%)	10 (76,9)	5 (62,5)	5 (100)	0,118
Deglutição funcional, n(%)	3 (23,1)	3 (37,5)	0 (0,0)	0,118
Sintomas disfagia				

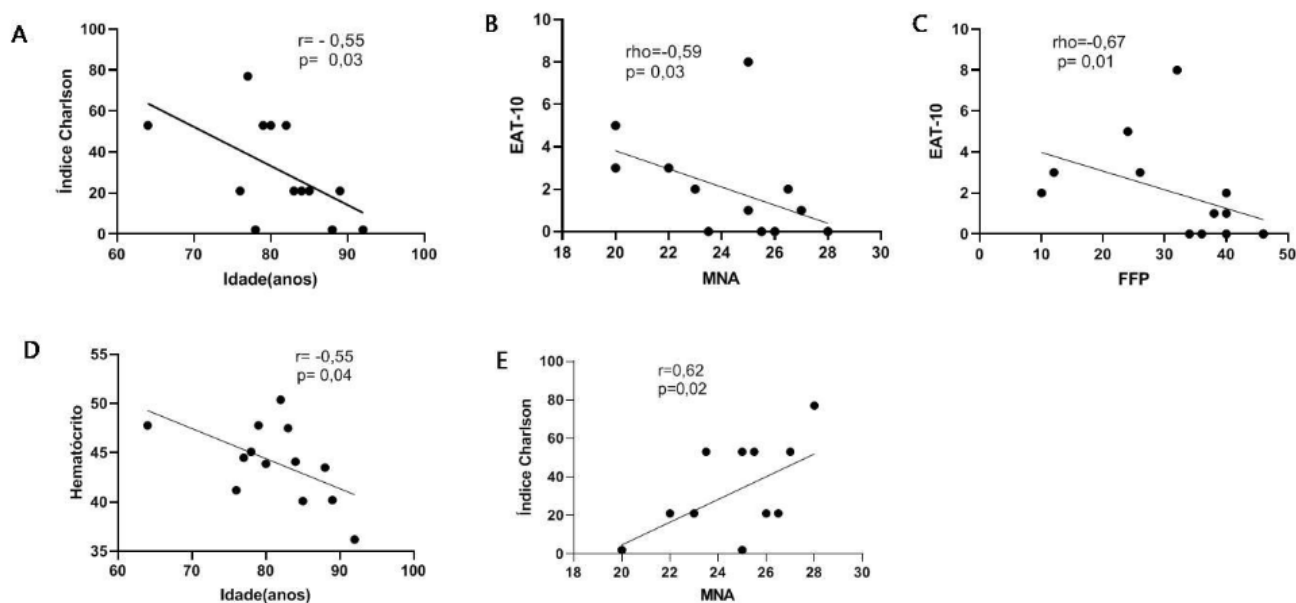
Tabela 2 - Características da amostra, de acordo com o grau de risco de disfagia PARD.

Variável	Todos idosos	Alto risco de mortalidade n=8	Baixo risco de mortalidade n=5	Valor de P
Tosse – Líquido	1 (7,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	0,057
Tosse – Pastoso	1 (7,7)	1 (10,0)	0 (0,0)	0,569
Engasgo – Líquido	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Engasgo – Pastoso	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Refluxo – Pastoso	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Sufocamento – Líquido	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Resíduo na boca – Pastoso	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-

Fonte: (Elaborada pela autora, 2022)

A relação entre as características da deglutição, com o estado nutricional, hematológico e estimativa de vida da amostra, está apresentada na Figura 3.

Figura 3 - Relação entre as características da deglutição, com o estado nutricional, e estimativa de vida da amostra.



Fonte: (Elaborada pela autora, 2022)

DISCUSSÃO

Até o limite do conhecimento das autoras, este é o primeiro estudo que investigou e relacionou o estado nutricional e o risco de disfagia em idosos institucionalizados, estra-

tificados pelo escore de estimativa de vida. De maneira resumida, a análise permite concluir que os idosos, do sexo masculino, residentes de uma ILPI, independente da estimativa de vida apresentaram sobrepeso, desnutrição, risco cardiovascular, risco para disfagia.

O ICCI avalia o impacto da carga mórbida e estima a mortalidade, é um método simples, mas ainda pouco explorado nas ILPI. No presente estudo, a amostra foi constituída por homens, idosos, institucionalizados e estratificados pelo ICCI em alto e baixo risco de mortalidade. A utilização do ICCI para o reconhecimento da multimorbidade e gravidade da doença tem relevância clínica amplamente utilizada em diferentes populações, como doentes hospitalizados e mais recentemente para estratificação de risco dos pacientes com Covid-19¹⁵. Neste sentido, reconhecer a gravidade das doenças quanto às comorbidades subjacentes, como indicador prognóstico pode-se contribuir para melhor manejo em saúde¹⁶. A presente amostra foi constituída exclusivamente pelo sexo masculino e a maioria encontrava-se no grupo de menor estimativa de vida.

Estudo mostra que o processo de envelhecimento vem acompanhado por uma inflamação a longo prazo e está relacionado a eventos adversos na saúde. Assim pode causar deterioração do sistema imunológico, o que promove um aumento na produção de citocinas pró-inflamatórias favorecendo a ocorrência de inflamação crônica em idosos. O IMC tem sido apontado como importante preditor de morbimortalidade, apresentando boa correlação com a massa corporal e gordura corporal nos indivíduos, que são fatores de risco para processos inflamatórios¹⁷. No presente estudo, no grupo com menor estimativa de vida verificou-se que 62,5% estavam com sobrepeso, quando avaliados pelo IMC.

De acordo com OMS e do documento Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, o IMC é o índice preconizado para classificar o estado nutricional tanto de adultos como idosos. Esse protocolo define para triagem e acompanhamento de idosos em risco à saúde.

Em relação à circunferência do braço e da panturrilha, não foi encontrada depleção muscular em ambos os grupos estratificados pela estimativa de vida. A circunferência da panturrilha é indicada para avaliação nos idosos por ser considerada mais sensível às alterações de massa muscular com a idade, decréscimo da atividade física e da mobilidade¹⁸. Sabe-se, ainda, que o acúmulo de gordura abdominal, conhecido como gordura visceral, ou

seja, a gordura que está entre os órgãos, está associada a diversos prejuízos à saúde. Esse tecido assume um perfil inflamatório devido ao aumento na produção de citocinas pró-inflamatórias, como a Interleucina 6 (IL-6) e o fatores de necrose tumoral alfa (TNF- α), tal condição inflamatória tem sido relacionada a maiores chances de desenvolver doenças crônicas¹⁹.

Esse acúmulo de gordura é considerado fator de risco para diversas doenças, logo avaliar a obesidade abdominal é fundamental e contribui para a prevenção de patologias cardiovasculares²⁰. Segundo um estudo que avaliou o fator de risco de doenças cardiovasculares em idosos, verificou-se que 43,59% dessa população apresentam riscos de acometimento por doenças cardiovasculares devido valores de circunferência abdominal acima das normalidades. O autor ainda relata que este aumento, e consequentemente a obesidade abdominal, são fatores de risco cardiovasculares envolvidos na síndrome metabólica²¹.

Referente ao presente estudo, também se verificaram valores elevados em que 50% do grupo de menor estimativa de vida apresentavam risco para doenças cardiovasculares devidos valores da circunferência abdominal estarem acima das normalidades, o que corrobora com a literatura apresentada. É visto ainda que o acúmulo de gordura abdominal e dinapenia, e a perda de força muscular no idoso são fatores a serem analisados no idoso, o que foi mostrado em um estudo 22 em que 7,5% dos idosos avaliados apresentavam dinapenia e 45% tinham obesidade abdominal. A dinapenia permaneceu associada à mortalidade, no entanto, indivíduos obesos abdominais dinapênicos apresentaram maior risco de mortalidade do que obesos não dinapênicos não abdominais.

Referente ao MNA®, um estudo 23 apresentou resultados semelhantes ao presente estudo, em que 63,3% dos idosos encontravam-se desnutridos ou com risco para desnutrição com prevalência no sexo masculino (76,6%). Os valores do presente estudo corroboram a literatura, visto que no grupo de menor estimativa de vida apresentou que 50% dos idosos possuíam risco para desnutrição conforme a avaliação do MNA®.

A dinapenia é utilizada como um forte preditor de funcionalidade e, quando diminuída relaciona-se com maior risco para dependência futura e pior condição de saúde²⁴. Os indivíduos mais velhos experimentam, em média, perdas anuais de massa e força muscular de 1% e 3%, respectivamente²⁵. Tal situação pode explicar os resultados do presente estudo para a FPP diminuída em 50% da amostra (grupo menor estimativa de vida).

Além disso, a multimorbidade geriátrica geralmente implica em problemas de saúde e ao uso de mais de quatro medicamentos o que caracteriza a polifarmácia. Na amostra do presente estudo, 38% faziam o uso de cinco ou mais medicamentos. Em um estudo 26 que avaliou as características de saúde de idosos institucionalizados os autores verificaram que 26,7% faziam o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos.

Em relação às alterações de deglutição no idoso, a função pode estar alterada por diferentes situações cursando com alterações sensoriais (paladar, olfato), posturais (projeção da cabeça a frente) e de declínio gradual da massa e força muscular, comprometendo o sistema músculo esquelético e conseqüentemente o mecanismo da deglutição. A prevalência de disfagia orofaríngea (DO) em idosos acima de 65 de idade é aproximadamente 13%²⁷.

Em relação ao risco para disfagia, um estudo avaliou este risco e a qualidade de vida dos idosos, identificando 37,2% indivíduos idosos saudáveis com risco, sendo que destes, 63,41% eram do sexo masculino²⁸. Outro recente estudo avaliou a prevalência de disfagia em idosos e verificou que o risco de disfagia aumenta com a idade e com o nível de cuidados diários necessários que o idoso necessita. O estudo ainda mostrou que idosos independentes apresentam 25,1% de risco de disfagia, enquanto que os dependentes apresentam maiores chances de apresentarem risco de disfagia (53,8%)²⁷.

No presente estudo, o risco para disfagia avaliado pelo EAT-10 foi de 37,5% no grupo de alto risco de mortalidade e de 20% no grupo de baixo risco de mortalidade. Por outro lado, mediante a avaliação clínica da deglutição esse risco não foi suficiente para alterar a deglutição dos idosos do estudo.

Um estudo apresentou resultados que demonstraram que o idoso, quando residente de ILPI, pode desenvolver alterações durante a alimentação, muitas vezes, relacionado pelo seu comportamento com a alimentação, uso de consistências alimentares inadequadas impostas pelo local, dificuldades na postura e posicionamento para se alimentar. Além disso, em alguns casos até mesmo a maneira como o cuidador oferta o alimento, presença de alterações dentárias e o fator de recusa alimentar, são variáveis que podem influenciar aspectos nutricionais e de deglutição no idoso²⁹. Provavelmente os idosos da amostra estudada não tenham apresentado tamanhas alterações pois encontravam-se em uma ILPI diferenciada, na qual era presente assistência multipro-

fissional, fundamentada na identificação das diferentes demandas relacionadas à saúde, garantindo ao idoso o estabelecimento de estratégias de acompanhamento pela equipe, possibilitando o cuidado nos seus diversos aspectos, tanto em quantidade de cuidadores quanto na qualidade da assistência.

Por fim, no presente estudo encontrou-se correlação negativa e moderada entre risco para disfagia e MNA® e FPP, ou seja, quanto melhor a força de preensão palmar e a avaliação nutricional, menor o risco para disfagia. Os achados corroboram a literatura que traz que, de fato o declínio na musculatura esquelética no idoso é progressivo, inclusive a envolvida no processo de deglutição³⁰.

Ainda assim, o presente estudo apresenta algumas limitações. É um estudo realizado em uma única ILPI, exclusivamente para idosos do sexo masculino o que limita comparações, além de possuir pequeno número amostral. Não foi possível ter acesso aos exames videofluoroscopia nem a nasofibrolaringoscopia que poderiam confirmar ou descartar o diagnóstico de disfagia. Os resultados, portanto, não são representativos da população de idosos. Destaca-se, porém, a comparação dos desfechos entre os escores de estimativa de vida, visto ainda ter uma escassez de estudos que abordem a comparação do risco para disfagia e aspectos nutricionais em idosos residentes de ILPI. Entretanto, este estudo pode contribuir para outras pesquisas com novos delineamentos que busquem associar desfechos nutricionais, deglutição com escores de estimativa de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que os idosos institucionalizados, do sexo masculino, com alto risco de mortalidade, apresentaram multimorbidade, sobrepeso, dinapenia e risco para disfagia. Os idosos com maior risco para disfagia também apresentavam maior risco para desnutrição.

A inclusão do ICCI, em uma ILPI pode ser uma estratégia de acompanhamento e estabelecimento de estratégias de cuidado multidisciplinar juntamente com o rastreamento da disfagia e da desnutrição nessa população.

AGRADECIMENTOS

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes

REFERÊNCIAS

1. Xavier JS, Gois ACB, de Carvalho Palhano Travassos L, Pernambuco L. Oropharyngeal dysphagia frequency in older adults living in nursing homes: An integrative review. *Codas*. 2021;33(3):1–12.
2. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2019 Nov 1;15(32):69–79.
3. Rech RS, Baumgarten A, Colvara BC, Brochier CW, de Goulart BNG, Hugo FN, et al. Association between oropharyngeal dysphagia, oral functionality, and oral sensorimotor alteration. *Oral Dis*. 2018 May 1;24(4):664–72.
4. Miquilussi PA, Zanata IDL, Sartori APDA, Silva JTN da, Silva J da. A percepção da qualidade de vida do idoso disfágico após intervenção fonoaudiológica. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2019 Jul 16;2(1):93–102.
5. da Silva RS, Fedosse E, dos Santos Pascotini F, Riehs EB. Health conditions of institutionalized elderly: Contributions to interdisciplinary action and health promoter. *Brazilian Journal of Occupational Therapy*. 2019;27(2):345–56.
6. Damo CC, Doring M, Alves ALS, Portella MR. Risk of malnutrition and associated factors in institutionalized elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018 Dec;21(6):711–7.
7. Cichero JAY. Alterações relacionadas à idade na alimentação e deglutição impactam na fragilidade: aspiração, risco de asfixia, textura alimentar modificada e autonomia de escolha. *Geriatrics*. 2018;3(4):69.
8. Charlson M, Szatrowski T, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol* 1994;47:1245-1251.

9. Gonçalves MI, Remaili CB, Behlau M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool-EAT-10. *Codas*. 2013;25(6):601-604.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. (Caderno de Atenção Básica, 19).
11. Lohman T, R. A.; martoreli, R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics Publishers, 1988.
12. WHO. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. World Health Organization, Geneva 1995.
13. Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Topinková E, Michel JP. Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. Vol. 13, *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. 2010. p. 1–7.
14. Padovani AR, Moraes DP, Mangilli LD, Andrade CRF. Protocolo de Avaliação do Risco para a Disfagia (PARD). In: Andrade CRF, Limongi SCO (Org). *Disfagia: prática baseada em evidências*. São Paulo: Sarvier; 2012. p. 62-73.
15. Tuty Kuswardhani RA, Henrina J, Pranata R, Anthonius Lim M, Lawrensia S, Suastika K. Charlson comorbidity index and a composite of poor outcomes in COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*. 2020 Nov 1;14(6):2103–9.
16. Shuvy M, Zwas DR, Keren A, Gotsman I. The age-adjusted Charlson comorbidity index: A significant predictor of clinical outcome in patients with heart failure. *Eur J Intern Med*. 2020;73:103–4.

-
17. de Amorim JSC, Torres KCL, Teixeira-Carvalho A, Martins-Filho OA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Inflammatory markers and occurrence of falls: Bambuí Cohort Study of Aging. *Rev Saude Publica*. 2019;53.
18. OMS, G. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. s/l, Ginebra (Suíça) OMS 1995.
19. Machado LG, Domiciano DS, Figueiredo CP, Caparbo VF, Takayama L, Oliveira RM, Lopes JB, Menezes PR, Pereira RM. Visceral fat measured by DXA is associated with increased risk of non-spine fractures in nonobese elderly women: a population-based prospective cohort analysis from the Sao Paulo Ageing & Health (SPAH) study. *Osteoporos Int* 2016;27:3525–33.
20. Oliveira LP, Cabral NLA, Vale D, Lyra CO, Lima KC. Prevalência de desnutrição em idosos institucionalizados: uma revisão crítica sistemática. *J Health Biol Sci*. 2014;2(3):135-41.
21. Costa A. Relação entre os Dados Antropométricos e o Controlo Glicémico nos Diabéticos. *Med Interna (Bucur)*. 2019 Mar 10;26(1):21–7.
22. Da Silva Alexandre T, Scholes S, Ferreira Santos JL, de Oliveira Duarte YA, de Oliveira C. Dynapenic Abdominal Obesity Increases Mortality Risk among English and Brazilian Older Adults: A 10-Year Follow-Up of the ELSA and SABE Studies. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(1):138-144
23. Pereira MLAS, de Almeida Moreira P, de Oliveira CC, Roriz AKC, Amaral MTR, Mello AL, et al. Estado nutricional de ancianos brasileños institucionalizados: Un estudio con el mini nutritional assessment. *Nutr Hosp*. 2015 Oct 3;31(3):198–204.
24. Araújo RG, Moura RBB de, Cabral CS, Paiva GT de, Cavalcanti IC da SP, Olinto EO dos S, et al. Correlação da força de preensão palmar e parâmetros nutricionais em idosos hospitalizados/Correlation of handgrip strength and nutritional parameters in hospitalized elderly. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(6):15838–51.
-

25. Pourhassan M, Rommersbach N, Lueg G, Klimek C, Schnatmann M, Liermann D, et al. The impact of malnutrition on acute muscle wasting in frail older hospitalized patients. *Nutrients*. 2020 May 1;12(5).
26. Haddad PCM de B, Calamita Z. Aspectos sociodemográficos, qualidade de vida e saúde do idoso institucionalizado. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2020 Jan 8;14.
27. Igarashi K, Kikutani T, Tamura F. Survey of suspected dysphagia prevalence in home-dwelling older people using the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10). *PLoS One*. 2019 Jan 1;14(1).
28. Ferraz MST, Guimarães MF, Nunes JDA, Azevedo EHM. Risco de Disfagia e Qualidade de Vida em Idosos Saudáveis. *Distúrbios da Comunicação*. 2020 Sep 3;32(3):454–61.
29. Santos BP, Andrade MJC, Silva RO, Menezes E da C. Dysphagia in the elderly in long-stay institutions - a systematic literature review. *Revista CEFAC*. 2018 Feb;20(1):123–30.
30. Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, SerraPraat M et al. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr* 2015; 34: 436e442.