

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNA DIVINÓPOLIS

GABRIELA GUIMARÃES DE OLIVEIRA¹

JENNIFER CAROLINE DA SILVA²

RAFAELA CONCEIÇÃO SANTOS³

**INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSOS DISFÁGICOS HOSPITALIZADOS
NUTRITIONAL INTERVENTION IN HOSPITALIZED DYSPHAGIC ELDERLY**

Divinópolis

2021

GABRIELA GUIMARÃES DE OLIVEIRA¹
JENNIFER CAROLINE DA SILVA²
RAFAELA CONCEIÇÃO SANTOS³

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSOS DISFÁGICOS HOSPITALIZADOS
NUTRITIONAL INTERVENTION IN HOSPITALIZED DYSPHAGIC ELDERLY

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado para obtenção do grau em
Bacharel em Nutrição, do Centro
Universitário - Una Divinópolis, Minas
Gerais.**

**Orientador: Prof. Maria Amélia de
Almeida Macedo**

Divinópolis

2021

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 METODOLOGIA	9
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	16

RESUMO

O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e comum a todos os seres vivos, juntamente com o envelhecimento corporal, a função de deglutição também sofre modificações, tornando-se mais lenta e difícil. A disfagia é definida como dificuldade no processo de deglutição de alimentos sólidos ou líquidos e é considerada um dos principais fatores que influenciam no estado nutricional do paciente hospitalizado. Este trabalho é uma pesquisa descritiva realizada através de estudos bibliográficos e tem como objetivo investigar esse tema apontar alternativas para melhorar a aceitação das dietas pelos pacientes. A indicação de nutrição enteral e parenteral são apenas fornecidas nos casos de disfagia em que, por disfunção ou oclusão, o indivíduo não esteja conseguindo se alimentar pelo trato gastrointestinal, então para garantir uma alimentação por via oral em pacientes disfágicos é necessário recorrer à aplicação de dietas de textura modificada para uma deglutição segura.

Palavras-chave: “Idosos disfágicos hospitalizados”, “Problemas nutricionais causados pela disfagia”, “intervenções nutricionais para pacientes disfágicos”.

ABSTRACT

Aging is a dynamic, progressive process, common to all living beings. Along with body aging, the swallowing function also undergoes changes, becoming slower and more difficult. Dysphagia is defined as difficulty in the process of swallowing solid or liquid foods and is considered one of the main factors influencing the nutritional status of hospitalized patients. This work is a descriptive research carried out through bibliographic studies and aims to investigate this topic and point out alternatives to improve the acceptance of diets by patients. The indication for enteral and parenteral nutrition is only provided in cases of dysphagia in which, due to dysfunction or occlusion, the individual cannot be served by the gastrointestinal tract to eat, so to ensure oral feeding in dysphagic patients it is necessary to resort to application of modified texture diets for safe swallowing.

Keywords: "Hospitalized dysphagic elderly", "Nutritional problems caused by dysphagia", "nutritional interventions for dysphagic patients".

1. INTRODUÇÃO

As projeções indicam que, em 2050, a população brasileira será a quinta maior população do planeta, abaixo apenas dos países da Índia, China, Estados Unidos e Indonésia, ou seja, a população brasileira, que era predominante jovem em um passado nem tão distante, apresenta, nos dias atuais, um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade (VASCONSELOS, *et al*, 2012).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) estimam que a expectativa de vida para a população brasileira para o ano de 2027 será de 78,15 anos.

O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e comum a todos os seres vivos, sendo influenciado por múltiplos fatores (biológicos, psicológicos, econômicos, sociais, culturais, dentre outros). Se caso algum desses fatores for alterado, pode comprometer a independência funcional do idoso, suas condições de saúde e conseqüentemente sua qualidade de vida (TRAVASSOS *et al*, 2020).

Juntamente com o envelhecimento corporal, a função de deglutição também sofre modificações, tornando-se mais lenta e difícil. Na presença de estressores, como doenças e medicamentos, pode haver desequilíbrio da função e instalação da disfagia (AZZOLINO, *et al*, 2019).

Um dos principais fatores que influenciam o estado nutricional do paciente internado é a disfagia, um sintoma de características complexas que pode ser intensificado pelos efeitos fisiológicos do envelhecimento e surge a partir de agravos e patologias neurológicas ou mecânicas (CARRIÓN, *et al*, 2015).

A disfagia é definida como dificuldade no processo de deglutição de alimentos sólidos ou líquidos, denominada disfagia orofaríngea, caracterizada pela dificuldade em iniciar a ingestão dos alimentos (SILVA *et al*, 2019).

A disfagia orofaríngea é um sintoma de uma doença em curso e causa uma diminuição da proteção das vias respiratórias. Caracteriza-se por qualquer alteração no trânsito do bolo alimentar da boca ao estômago com risco de penetração ou aspiração laríngea, podendo ocasionar desnutrição, desidratação e até mesmo levar a óbito (PARK, *et al*, 2013; PAIXÃO *et al*, 2010).

Essa dificuldade para deglutir é vista como uma condição que resulta em interrupção do prazer de se alimentar ou em manter hidratação e nutrição adequadas, podendo provocar limitações funcionais e sequelas importantes no estado geral de saúde (GASPAR, *et al*, 2015).

Portanto, a disfagia pode levar à redução ou restrição da ingestão alimentar e assim expor o idoso ao quadro de desnutrição (ORTEGA *et al*, 2017)

A desidratação é um sintoma que pode ocorrer durante o tratamento devido a necessidade de espessamento dos líquidos e suspensão de líquidos ralos a fim de reduzir o risco de aspiração. A deglutição de líquidos ralos exige maior controle e coordenação, por este motivo são facilmente aspirados. Os pacientes idosos são mais propensos para ocorrência de aspiração devido debilidades adquiridas com a idade causadas por alterações musculares e/ou neurológicas. Além disso, a xerostomia, alterações do paladar e do olfato relacionadas também à idade como por exemplo a sensação de boca seca podem interferir negativamente no processo de deglutição (BOCCARDI, *et al*; 2016).

O diagnóstico e o tratamento da disfagia requerem uma abordagem que inclua conhecimentos de diferentes domínios profissionais, porque, assim, reduzem se ou eliminam-se os fatores de risco e são fornecidos benefícios para os pacientes com disfagia (SILVÉRIO, *et al*, 2010; GONZÁLEZ; RECIO, 2016).

A prevalência de disfagia relatada em população geriátrica é de 10% em pacientes hospitalizados e de 30 a 60% em pacientes em programas de acompanhamento domiciliar (CUPPARI, 2019).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo (SBGG), a frequência de mortes por engasgo, seja por asfixia ou pneumonia por aspiração, é muito maior na terceira idade do que em outras faixas etárias. Entre os anos de 2007 e 2010, o engasgo com a comida ocasionou a morte de 2.114 pessoas com mais de 65 anos nos Estados Unidos, de acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Center for Disease Control and Prevention- CDC*).

O nutricionista deve estabelecer a via de administração mais segura, seja ela via oral assistida, nutrição enteral ou parenteral e, no caso de alimentação oral, adaptá-la ao grau da disfagia. Em alguns casos necessitam-se restrições alimentares. Em casos leves, por exemplo, precisa-se fazer o espessamento de líquidos (CAPELARI, 2017).

O processo de envelhecimento influencia no estado nutricional, uma vez que os pacientes idosos já hospitalizados, indica algum problema de saúde. Os dados mostram o aumento frequente da população idosa, conseqüentemente o risco de possíveis doenças que os levam a uma internação de longa permanência.

Os pacientes com disfagia possuem necessidades nutricionais específicas, com a redução no consumo de alimentos e o ato de se alimentar prejudicado, podendo apresentar graves complicações, como, dificuldade de mastigar na deglutição e risco de aspiração ou engasgo.

Para que as mudanças de hábitos alimentares necessárias ao tratamento da disfagia não causem impacto negativo, é necessário que garanta um aporte nutricional adequado ao paciente.

Diante disto este estudo tem como objetivo revisar a literatura sobre as intervenções nutricionais praticadas ou que são realizadas em pacientes idosos hospitalizados disfágicos, relacionando a disfagia e o risco nutricional, associando as complicações nutricionais relacionadas à disfagia e apontar alternativas para uma melhor aceitação das dietas pelos pacientes, com o intuito de melhorar essa aceitação fazendo com que diminua o risco nutricional de desnutrição.

2. METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa descritiva realizada através de estudos bibliográficos.

A amostra foi constituída por artigos em Português, Inglês e Espanhol, completos e disponíveis publicados entre (janeiro 2010 e novembro 2021) nas bases de dados Scielo, PubMed e Google Acadêmico.

Realizou-se buscas relacionadas aos assuntos “Relações da disfagia com a Nutrição”, “Idosos disfágicos hospitalizados”, “Problemas nutricionais causados pela disfagia”, “intervenções nutricionais para pacientes disfágicos” e “Dietas para idosos disfágicos hospitalizados”.

Utilizou-se como critério de exclusão a faixa etária, limitando as buscas apenas para idosos. E também estudos realizados com pacientes neurológicos ou que sofreram algum trauma na boca, pois esse não tem relação direta com a nutrição.

Ao todo foram analisados 40 artigos e 23 foram considerados pertinentes aos objetivos desse estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

É notado que no ambiente hospitalar, os idosos possuem um acentuado declínio nutricional e referem queixa para deglutir, especialmente engasgo, cuja presença está relacionada com risco nutricional. Apesar da ausência de correlação entre os desfechos dos instrumentos utilizados neste estudo, eles fornecem informações complementares que devem ser investigadas na rotina hospitalar. Tais situações inspiram atenção e cuidado em função das sequelas que a desnutrição e as alterações da deglutição podem ocasionar no estado clínico geral do paciente e ao aumento de gastos que essas condições representam para os serviços de saúde. (TRAVASSOS *et al*, 2019)

Perante um quadro de disfagia na pessoa idosa, alimentada por via oral, é necessário assegurar uma alimentação nutricionalmente adequada, sensorialmente agradável e segura para o indivíduo (KELLER, *et al*, 2012), esses cuidados também acompanhados da avaliação nutricional periódica podem prevenir a desnutrição.

Foi apontado em estudos que a disfagia é um fator de risco independente para desnutrição em uma amostra de 1662 idosos hospitalizados por doenças agudas, sendo a prevalência de desnutrição pela avaliação nutricional de 45,3% nos pacientes disfágicos e de apenas 18% naqueles sem disfagia (CARRIÓN, *et al*, 2015). A presença de disfagia também foi associada ao risco de desnutrição e à piora do estado nutricional nos primeiros 14 dias de internação hospitalar (DIENDÉRÉ, *et al*, 2018).

Para garantir uma alimentação por via oral em disfagia, é necessário recorrer à aplicação de dietas de textura modificada, essenciais para uma deglutição segura. Esta modificação é conseguida à custa de alterações das propriedades reológicas dos alimentos (FERNANDES *et al*, 2012).

Segundo a pesquisa de dados foi encontrado maior incidência de casos de disfagia em pessoas do sexo feminino e com idade superior a 70 anos.

Nota-se que pacientes disfágicos tem dificuldades em atingir sua necessidade calórica diária devido a redução da ingestão alimentar, sendo assim a alteração da textura e da consistência da dieta pode ser uma boa alternativa para melhorar a aceitação desses pacientes.

Ainda não existe um padrão específico para as dietas de textura modificada. Conforme pode-se observar na Tabela 1- Classificação de textura de alimentos modificados, atualmente existem três países com propostas de classificação implementadas: Estados Unidos da América (EUA), Austrália e Reino Unido. Países como o Brasil estão atualmente desenvolvendo trabalho para uniformização da sua nomenclatura (SORDI *et al*, 2011).

Tabela 1 – Classificação de textura de alimentos modificados

Proposta Norte-Americana	Proposta Australiana	Proposta Britânica
Grau 4 – Regular	Regular	Normal
Grau 3 - Avançada (sólido-macio <2,5 cm)	Textura A – Suave (1,5 cm)	Textura E (Esmagado - 1,5 cm)
Grau 2 - Alterado mecanicamente (semissólido $\pm 0,6$ cm)	Textura B – Picada e húmida (0,5 cm)	Textura D (Pré-puré)
Grau 1 – Puré	Textura C – Puré Suave	Textura C (puré espesso)
		Textura B (puré fino)

Fonte: (MAHAN *et al*, 2011).

A tabela classifica as dietas em quatro graus especificando o nível de disfagia e qual alternativa pode-se utilizar de acordo com o estado que o paciente for classificado. (MAHAN *et al*, 2011).

Com o envelhecimento se tem o benefício de uma maior longevidade, mas com isso há um aumento de morbimortalidade, que acontece por se ter um maior número de doenças crônico-degenerativas nesta faixa etária. A preocupação com as condições de saúde de idosos tem ocasionado o aumento de muitos estudos sobre o envelhecimento humano (PIMENTA *et al*, 2015).

A doença quase sempre, incide em modificações do metabolismo do paciente, não só pela própria enfermidade, como também pelo tratamento efetuado, caracterizando assim um desequilíbrio metabólico (VERAS *et al*, 2016).

Os pacientes hospitalizados podem sofrer influência de variáveis de risco para o desenvolvimento da desnutrição, baixo peso ou excesso de peso, e muitas vezes inerentes à própria doença e à hospitalização (SILVA *et al*, 2016).

O estudo de CAPELARI (2017) avaliou a prevalência de disfagia e fatores associados de idosos institucionalizados, com idade igual ou acima de 60 anos, dos municípios de Içara e Criciúma. A disfagia teve prevalência de 69,4 %. Foi observado

uma população de 98 idosos com idade média de $76,9 \pm 9,8$ na sua maioria do sexo feminino e minoria do sexo masculino, respectivamente, 58 (59,2%), 40 (40,8%).

Bonfim *et al* (2013) encontraram uma população semelhante a população do presente estudo, onde predominaram as mulheres idosas, que constituem aproximadamente 57,3% dos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPs) brasileiras, sendo que no estudo de Capelari (ano?) essa porcentagem é 59,2%.

No estudo de Silva (2019) e colaboradores foram avaliados 12 idosos, sendo 75% mulheres (n=9). A média de idade encontrada foi de $70,50 \pm 7,77$ anos, todos apresentaram disfagia do tipo orofaríngea. Esse grupo apresentou menor ingestão hídrica, seguidas de comorbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus e cardiopatia. O percentual para a disfagia encontrado em pacientes com Hipertensão Arterial foi frequente em 90,27% e para a Diabetes foi em 88% dos casos do estudo (MANEIRA *et al*, 2016).

O envelhecimento está associado ao aumento do risco de transtornos de deglutição devido as alterações relacionadas com a idade, como a sarcopenia, problemas sensoriais e fraqueza muscular. (NIMMONS, *et al*, 2016), sugere que quanto mais cedo o idoso apresentar sintomas disfágicos, mais graves estes sintomas serão e/ou se tornarão em comparação aos sintomas que aparecem no idoso com idade mais avançada.

Capelari (2017) encontrou-se uma média de idade de 76,9 anos e observou-se que com o avançar da idade é maior as chances de desenvolver disfagia. Isso se fundamenta no fato de que há maior dificuldade em transportar o bolo alimentar da cavidade oral até o estômago (LONDOS, *et al*, 2013).

Portanto, os dados do estudo de Capelari (2017) corroboram com o estudo de Londos *et al* (2013).

Para Gallegos (2017) a dieta dos indivíduos com disfagia podem necessitar de modificações nas consistências e texturas dos alimentos, tanto sólidos quanto líquidos.

Dessa forma de acordo com Sura (2012) e colaboradores essa modificação promove uma maior segurança e facilidade para ingestão segura por via oral. Entretanto, a baixa aceitabilidade e conseqüentemente menor adesão à dieta modificada pode aumentar o risco de deficiência nutricional em idosos com disfagia.

Tendo em conta o tipo e a severidade da disfagia, a intervenção nutricional passa pela adaptação da alimentação às necessidades e dificuldades do indivíduo. Esta adaptação pode ser conseguida através da modificação da textura da dieta. (ROFES, *et al*, 2011; KELLER, *et al*, 2012), em casos mais graves, é preciso avaliar se o paciente tem indicação de nutrição enteral ou parenteral.

Segundo Najas (2011), a indicação de nutrição enteral e parenteral são apenas fornecidas nos casos de disfagia em que, por disfunção ou oclusão, o indivíduo não possa ser atendido pelo trato gastrointestinal para se alimentar.

Sordi (2011), classifica as dietas em quatro graus de modificação da textura de alimentos. Grau 1: destinado a indivíduos com disfagia moderada a grave; grau 2: destinado a indivíduos com disfagia oral leve a moderada ou disfagia faríngea; grau 3: destinado a indivíduos com disfagia oral leve e/ou faríngea e grau 4: sem distúrbio de deglutição (normal), e quanto aos líquidos, estes são classificados mediante o valor de viscosidade.

No caso do risco nutricional, sabe-se que a avaliação do estado nutricional de idosos no âmbito hospitalar é fundamental devido às consequências que a desnutrição pode provocar, como mais chance de infecções, complicações clínicas, redução da função imunológica, aumento do tempo de hospitalização e custos hospitalares, além de maior risco de mortalidade. Embora saiba-se que a taxa de desnutrição em idosos hospitalizados é alta e pode prejudicar o quadro clínico do paciente, chama-se a atenção, neste estudo, para o fato de quase 93% dos idosos estarem desnutridos ou em risco de desnutrição de acordo com a MAN, resultado superior ao encontrado em outros levantamentos realizados no Brasil, nos quais essas proporções oscilaram entre 48% e 68% (SOARES, *et al*, 2014; DALPIAZ *et al*, 2015; ANDRADE *et al*, 2018; PANISSA O, *et al*, 2012; SOUSA *et al*, 2015).

Tendo em conta, as necessidades específicas do idoso e o elevado risco de desnutrição associado a disfagia (ROFES *et al*, 2011) faz-se necessário o acompanhamento por parte do nutricionista com o intuito de adequar o estado nutricional. Para Rofes *et al* (2011), as funções do nutricionista neste contexto passam pela recolha da história alimentar, avaliação do estado nutricional, instituição de plano alimentar individualizado e monitorização. A intervenção do nutricionista em disfagia deverá conjugar ações de minimização da disfagia e suas consequências nutricionais (desnutrição e desidratação).

Quanto à água, as Guidelines recomendam a ingestão de 30 ml/kg/dia, ressaltando a tendência agravada do idoso para a desidratação, devido à reduzida ingestão de fluidos (em grande parte relacionada com a diminuição da sensação de sede) e ao aumento das perdas (AFONSO *et al*, 2012).

No entanto para reduzir significativamente os custos com medicamentos, frequência e tempo de internações dos pacientes, requer uma abordagem multidisciplinar que inclui conhecimentos de diferentes domínios profissionais, assim podendo reduzir ou eliminar os fatores de risco e fornecer benefícios para os pacientes com disfagia, antes do início do aparecimento dos sintomas, através da mudança de estilos de vida (SILVERIO, *et al*, 2010, BAENA GONZALEZ e MOLINA 2016).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa a disfagia e o risco nutricional tiveram associação significativa, pelos aspectos analisados conclui-se que a disfagia tem maior prevalência na população idosa e do sexo feminino.

O estado nutricional afeta a condição física e emocional dos idosos, e isso trás grandes chances de desnutrição, devido a restrição da ingestão alimentar, alterações do estado de saúde, alteração do paladar, múltiplas internações hospitalares, entre outros, tendo a possibilidade de aumentar o tempo de permanência hospitalar.

Ficou evidente que pacientes diagnosticados com disfagia, esperam a doença chegar em um nível mais avançado, para serem hospitalizados, a intervenção precoce de uma equipe multidisciplinar, pode auxiliar na eficiência do tratamento e prevenir a piora de complicações futuras, como desnutrição, desidratação, engasgos e pneumonia aspirativa.

Visto que a evolução da ingestão alimentar e melhora do estado nutricional do paciente, depende do processo de deglutição, e intervenção da equipe multidisciplinar, onde envolve principalmente nutricionista e fonoaudiólogo é essencial.

Sendo assim, é de suma importância que o mesmo faça um acompanhamento nutricional, a fim adequar um plano alimentar individualizado de acordo com a resposta de tratamento do paciente e grau de disfagia em que ele se encontra, melhorando sua qualidade de vida, bem-estar emocional e nutricional.

Observou-se que em algumas das pesquisas estudadas foi mencionado a falta de estudos citando a padronização de dietas especiais em hospitais para idosos disfágicos, e a falta de capacitação envolvendo os profissionais responsáveis pelos pacientes, dificulta o trabalho dos mesmos, sendo assim, é de suma importância que seja feito mais estudos para chegar a uma padronização e ajustar as condutas e prescrições para a avaliação e tratamento da disfagia, podendo diminuir tempo de internação, e deixando os pacientes menos suscetíveis a outros riscos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO C; MORAIS C. de Almeida MDV. Alimentação e Nutrição em Gerontologia. In: Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento. Lidel; 2012. p. 41-69.
- ANDRADE PA; SANTOS CA; FIRMINO HH; Rosa COB. Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados. Einstein. 2018;16(2): eAO4189.
- AZZOLINO D; DAMANTI S; BERTAGNOLI L; LUCCHI T; CESARI M. Sarcopenia and swallowing disorders in older people. Aging Clin Exp Res. 2019; 31(6): 799-805. Nutrição Clínica no Adulto. . ed. São Paulo: Manole, .624p.
- BOCCARDI V; RUGGIERO C; PATRITI A; MARANO L. Diagnostic assessment and Management of dysphagia in patients with Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis. V. 5 ,n. ,p. 755,2016.
- BOMFIM FM; CHIARI BM; ROQUE FP. Factors associated to suggestive signs of oropharyngeal dysphagia in institutionalized elderly women. CoDAS, São Paulo. 2013;25(2):154-163.
- CAPELARI, S. Prevalência de disfagia e fatores associados avaliados em idosos institucionalizados de dois municípios do sul do Brasil. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade do Extremo sul Catarinense, Santa Catarina, 2017.
- CARRIÓN S; CABRÉ M; MONTEIS R; ROCA M; PALOMERA E; SERRAPRAAT M. 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.
- CUPPARI, L. Nutrição Clínica no Adulto. 4. ed. São Paulo: Manole, 2019. 624 p.
- DALPIAZ JS; BERTONI VM; ALVES ALS; BERTOL D. Nutritional status and its evolution during hospitalization in elderly patients. Rev. Bras Nutr Clin. 2015;30(1):34-8.
- DIENDÉRE J; MILLOGO A; PREUX PM; JESUS P; DESPORT JC. Changes in nutritional state and dysphagia in stroke patients monitored during a 14-day period in a Burkina Faso hospital setting. Nutrition. 2018;48:55-60.
- FERNANDES LF. Disfagia na pessoa idosa: Intervenção do nutricionista e padronização de dietas de textura modificada. Faculdade de Ciências da Nutrição e da Alimentação da Universidade do Porto 2012.
- GALLEGOS C; BRITO-de la Fuente G; CLAVÉ P; COSTA A; ASSEGEHEGN G. Nutritional aspects of dysphagia management. Adv Food Nutr Res. 2017; 81:271-318.
- GASPAR MRF; PINTO GS; GOMES RHS; SANTOS RS; LEONO VD. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfagia neurogênica. Rev CEFAC. 2015; 6(17): 1939-45.

GONZÁLEZ M.B; RECIO.M. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzheimer. *Nutrición Hospitalaria*, Madrid, v. 33, n. 3, p. 739-748, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. [Acesso em 30 de Junho de 2017].

KELLER H; CHAMBERS L; NIEZGODA H; DUIZER L. Issues associated with the use of modified texture foods. *Journal of Nutrition Health & Aging*,. 2012; 16(3):195-200.

LONDOS E; HANXSSON O; HIRSCH IA; JANNESKOG A; BULOW M; PALMQVIST S. Dysphagia in Lewy Body Dementia - a Clinical Observational Study of Swallowing Function by Videofluoroscopic Examination. *BMC Neurology*. 2013; 13(140):1-5.

MAHAN LK; ESCOTT -Stump S.,RAYMOND JL. Krause's Food and the Nutrition Care Process. In: Saunders E, editor. 13ª ed.; 2011. p. 1122-26.

MANEIRA A; ZANATA IL. A frequência de disfagia em idosos em um hospital da cidade de Curitiba-PR. *R. Saúde Públ.* 2018 Jul.;1(1):20-26.

NAJAS M. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. Editora Manole ed.: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2011.

NIMMONS D; MICHOU E; JONES M; PENDLETON N; HORAN M; HAMDY S. A Longitudinal Study of Symptoms of Oropharyngeal Dysphagia in an Elderly Community-Dwelling Population. *Dysphagia*. 2016;31 560– 566.

ORTEGA O; MARTÍN A; CLAVÉ P. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18(7): 576-82.

PAIXÃO CT; SILVA LD. Características de pacientes disfágicos em serviço de atendimento domiciliar público. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2):262-9.

PANISSA CO; VASSIMON HS. Risco de desnutrição de idosos hospitalizados: avaliando ingestão alimentar e antropometria. *Demetra*. 2012;7(1):13-22.

PARK YH; HAN HR; OH BM; LEE J; PARK JÁ; YU SJ et al. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatric Nursing*. Instituto de Psicologia Faculdade de Odontologia, Curso de Fonoaudiologia. Rio Grande do Sul, v. 34, p. 212- 217, 2013.

PIMENTA FB,PINHO L; SILVEIRA MF; BOTELHO ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(8):2489-2498.)

ROFES L; ARREOLA V; ALMIRALLI J; CABRÉ M; CAMPINS L; GÁRCIA -Péris P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. *Gastroenterology Research and Practice*. 2011.

SILVA DMM; SANTOS CM; MOREIRA MA. Perfil nutricional de pacientes internados em um hospital público de Recife-PE. *Rev destaques acad*. 2016; 8(3):97-108.)

SILVA JL; MARQUES APO; LEAL MCC; ALENCAR DL; MELO EMA. Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2015;18(2):443-51.

SILVA LML; LIMA CR; CUNHA DA; ORANGE LG. Disfagia e sua relação com o estado nutricional e ingestão calórico-proteica em idosos. *Revista CEFAC, Recife, Pernambuco, Brasil*, v. 21, n.3. p. 15618,2019.

SILVÉRIO, C.C; HERNANDEZ, A.M; GONÇALVES, M.I.R. Ingestão oral do paciente Hospitalizado com disfagia orofaríngea neurogênica. *Revista CEFAC, São Paulo*, v. 12, n. 6, p. 964970, 2010.

SOARES ALG; MUSSOI TD. Mini nutritional assessment to determine nutritional risk and malnutrition in elderly hospitalized. *Rev Bras Nutr Clin*. 2014;29(2):105-10.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. 1ª edição. Barueri, SP: Minha Editora; 2011.

SORDI M; MOURÃO LF; SILVA LBC. Rheological behavior and labels of texturamodified foods and thickened fluids as used for dysphagia's services. *Revista CEFAC*. 2011.

SOUSA APG; GALLELLO DC; SILVA ALND; CARREIRA MC; DAMASCENO NRT. Triagem nutricional utilizando a Mini Avaliação Nutricional versão reduzida: aplicabilidade e desafios. *Geriatr. Geronto. Aging*. 2015;9(2):49-53.

SURA L; MADHAVAN A; CARNABY G; CRARY MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging*. 2012;7:287-98.

TRAVASSOS LCP; SOUZA DX; BANDEIRA JF; RODRIGUES DSB; AMARAL AKFJ; SILVA TMAL; PERNANBUCO L. Risco nutricional e sinais e sintomas de alterações da deglutição em idosos hospitalizados. *Rev. CEFAC*, v, 21, n ,6, 2019.

VASCONCELOS AMN; GOMES MMF. Demographic transition: the Brazilian experience. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012 Dec;21(4):539-8.

VERAS VS; OLIVEIRA TR; FORTES RC; SALARON ALR. Prevalência de desnutrição ou Riscos nutricional em pacientes cirúrgicos hospitalizados e correlação entre os métodos subjetivos e objetivos de avaliação do estado nutricional. *Rev Bras Nutr Clín*. 2016;31(2):101-7.)

