

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO (PPG-CR)

Ronivaldo Pinto Ferreira

Avaliação do risco de disfagia em idosos hospitalizados e sua relação com a nutrição, sarcopenia, hidratação e qualidade de vida: um estudo transversal analítico.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Linha de pesquisa: Aspectos biomecânicos e funcionais associados à prevenção, desempenho e reabilitação.

Tema: Funcionalidade da face.

Orientadora: Laura Davison Mangilli Toni

Brasília
2022

PF383a Pinto Ferreira, Ronivaldo
AVALIAÇÃO DO RISCO DE DISFAGIA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS
E SUA RELAÇÃO COM A NUTRIÇÃO, SARCOPENIA, HIDRATAÇÃO E
QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO TRANSVERSAL ANALÍTICO /
Ronivaldo Pinto Ferreira; orientador Laura Davison
Mangilli Toni. -- Brasília, 2022.
127 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) --
Universidade de Brasília, 2022.

1. Disfagia. 2. Desnutrição. 3. Transtornos da
deglutição. 4. Envelhecimento. 5. Enfermagem. I. Davison
Mangilli Toni, Laura, orient. II. Título.

Avaliação do risco de disfagia em idosos hospitalizados e sua relação com a nutrição, sarcopenia, hidratação e qualidade de vida: um estudo transversal analítico.

Ronivaldo Pinto Ferreira

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Laura Davison Mangilli Toni

Orientadora

Prof. Dr. Felipe Augusto dos Santos Mendes

Membro vinculado ao PPGCR e professor da UnB

Prof. Dra. Danielly Bandeira Lopes

Membro externo. Professora do Instituto Federal de Goiás-IFG

Prof. Dra. Cristina Lemos Barbosa Furia

Membro Suplente e professora da UnB

BRASÍLIA
2022

Não sou herói.
Não sou anjo.
Não quero palmas e nem balões.
Sou Enfermeiro, sou ciência e quero dignidade, respeito e valorização
profissional.

Ronivaldo Pinto Ferreira

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por sempre me conceder sabedoria para compreender e saber agir diante as necessidades do próximo.

A minha família por sempre acreditar no meu potencial e me incentivarem a buscar sempre mais.

Aos usuários do SUS que já passaram por minha assistência, agradeço por acreditarem e confiarem no meu profissionalismo.

Aos participantes do estudo, agradeço por terem aceitado a participarem dessa pesquisa e me acolhido com sorrisos e risadas mesmo em momentos difíceis.

Aos profissionais de saúde do Hospital Regional de Samambaia, em especial da clínica médica, agradeço pelo acolhimento, colaboração e entendimento da importância desse estudo.

A fonoaudióloga Luana Marsicano Alves por ter aceitado ser pesquisadora nesse estudo e aplicar seus conhecimentos mesmo em tempos corridos.

A minha orientadora a fonoaudióloga Doutora Laura Davison Mangilli Toni por ter me aceitado em sua linha de pesquisa, mesmo eu sendo de outra categoria profissional, e ter compreendido meus anseios e sempre me direcionado aos melhores caminhos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, por abrir as portas para a enfermagem também demonstrar que poderá atuar como uma ciência da reabilitação. Fico grato por ser o primeiro enfermeiro a entrar no programa.

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	11
LISTA DE FIGURAS.....	13
LISTA DE QUADROS	14
LISTA DE TABELAS.....	15
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	16
1- APRESENTAÇÃO	17
2- INTRODUÇÃO	19
3- REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1. Fases da Deglutição	22
3.2. Fatores de risco e complicações.....	25
3.3. Prevalência de disfagia em idosos	28
3.4. Sarcopenia.....	30
3.5. Identificação de riscos.....	33
3.5.1. Instrumentos de identificação de riscos	35
3.6. As interfaces da reabilitação	39
4 - OBJETIVOS DO ESTUDO	43
4.1- Objetivo geral	43
4.2- Objetivos específicos	43
4.3- Hipóteses.....	43
5 - MÉTODOS.....	44
5.1-Tipo de estudo	44
5.2- Cenário	44
5.3 – Participantes	44
5.4 - Critérios de inclusão dos participantes.....	45
5.5- Critérios de exclusão de participantes	45
5.6- Aspectos éticos.....	45
5.7- Procedimentos de avaliação	45
5.7.1- Avaliação Cognitiva	47

5.7.2- Avaliação do risco de disfagia.....	49
5.7.3- Avaliação do risco de sarcopenia e CP.....	49
5.7.4- Avaliação do risco nutricional.....	50
5.7.5- Avaliação do turgor da pele.....	51
5.7.6- Avaliação da qualidade de vida em disfagia.....	51
5.7.7- Aplicação do protocolo PARD.....	52
6 - ANÁLISE DE DADOS	53
7 - RESULTADOS	55
7.1- Caracterização da amostra.....	55
7.2- Descrição do <i>EAT-10</i>	58
7.3- Associação do risco de disfagia com o risco de sarcopenia, risco nutricional, hidratação e qualidade de vida.....	61
7.4- Associação entre <i>EAT-10</i> e o PARD.....	66
7.5- Outros testes.....	66
7.5.1- Associação entre o <i>EAT-10</i> e higiene oral.....	66
7.5.2- Associação entre o <i>EAT-10</i> e o uso de prótese dentária.....	67
7.5.3- Associação entre <i>EAT-10</i> e a quantidade de medicações.....	67
7.5.4- Associação entre <i>EAT-10</i> e o tempo de internação.....	68
7.6- Razão de chances.....	68
8- DISCUSSÃO	69
8.1- Características da amostra.....	69
8.1.1- Características sensoriais gustativas e sinais de risco.....	72
8.1.2- Características e vias da dieta ofertada.....	73
8.1.3- Estado Cognitivo.....	75
8.2- Risco de disfagia pelo instrumento <i>EAT-10</i>	76
8.3- Associação do risco de disfagia pelo <i>EAT-10</i> com o risco de sarcopenia, risco nutricional, hidratação e qualidade de vida.....	78
8.3.1- Associação do risco de disfagia com o risco de sarcopenia.....	78
8.3.2- Associação do risco de disfagia com o risco nutricional.....	79
8.3.3- Associação do risco de disfagia com a hidratação.....	81
8.3.4- Qualidade de vida em disfagia.....	83
8.4- Outras análises.....	88

9- CONCLUSÕES.....	89
10- IMPACTOS PRÁTICOS DOS ACHADOS PARA A SOCIEDADE.....	90
11- PRODUTOS DESENVOLVIDOS NO PERÍODO DO MESTRADO	92
REFERÊNCIAS	94
ANEXOS.....	110
ANEXO 1: CEP/UnB	110
ANEXO 2: CEP/FEPECS.....	111
ANEXO 3:TCLE	112
ANEXO 4: Levantamento de dados sociodemográficos e de saúde	113
ANEXO 5: MEEM	114
ANEXO 6: <i>EAT-10</i>	115
ANEXO 7: SARC-F+CP	116
ANEXO 8: MNA-SF <i>revised</i> ®.....	117
ANEXO 9: Avaliação do turgor da pele	118
ANEXO 10: SWAL-QOL	119
ANEXO 11: PARD	123
ANEXO 12: Anais de evento.....	124
ANEXO 13:Submissão Revista ACTA Paulista de Enfermagem.....	125
ANEXO 14: Submissão Revista CoDAS	126
ANEXO 15: Palestra	127

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento promove o aumento de doenças crônicas com baixa letalidade e alta morbidade, acarretando ao cenário brasileiro fatores impactantes para sustentabilidade da economia e da sociedade. A dificuldade na deglutição é um desses impactos, afetando 1 a cada 17 pessoas, com mais de 60 anos, com 300.000 a 600.000 casos novos diagnosticados a cada ano. Para identificação de idosos com alteração na deglutição, é preciso realizar o levantamento de sua prevalência na comunidade por meio do rastreamento desta condição de saúde para o estabelecimento de medidas ou programas de prevenção de complicações, morbidades e mortalidade. Em idosos hospitalizados, uma avaliação clínica da deglutição compreende o levantamento do histórico e das condições clínicas atuais e a avaliação da funcionalidade da função de deglutição. Esse rastreamento se faz necessário, visto que estão associados ao aumento de morbidade e mortalidade, levando a uma variedade de complicações clínicas, entre elas: desnutrição, desidratação, perda de massa muscular e pneumonia aspirativa. Sendo assim, essa avaliação precoce poderá prevenir futuras complicações clínicas e melhorar a qualidade de vida de pessoas acometidas com essa alteração.

Objetivo: Identificar os fatores associados ao risco de disfagia entre idosos hospitalizados. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal analítico com participação de 52 idosos internados em clínica médica de um hospital público no Distrito Federal. Foram aplicados os instrumentos *Eating Assessment Tool*, *Strength*, *Assistance with walking*, *Rise from a chair*, *Climb stairs and Falls* + Circunferência da Panturrilha, *Mini Nutritional Assessment shortform*, *Quality of Life in Swallowing Disorders* e o Protocolo de Avaliação de Risco de Disfagia, além de coleta de dados sociodemográficos e de condições de saúde. **Resultados:** Dos idosos participantes 30,8% apresentaram risco de disfagia autorrelatada pelo EAT-10. Os fatores associados ao risco de disfagia foram risco de sarcopenia ($p=0,04$), risco nutricional ($p=0,008$) e higiene oral ($p=0,03$). Tempo de se alimentar foi o domínio com menor pontuação na qualidade de vida de idosos com risco de disfagia ($47,66 \pm 9,90$). As principais correlações moderadas foram encontradas em “frequência dos sintomas” com “saúde mental” ($0,64$; $p=0,00$) e “frequência dos sintomas” com o “medo de se alimentar” ($0,68$; $p=0,00$). Houve associação entre as avaliações pelo EAT-10 e o

PARD ($p=0,01$). **Conclusão:** Estes resultados sugerem que o risco de disfagia apresenta uma associação com o risco de sarcopenia, risco nutricional e higiene oral em idosos hospitalizados. É preciso aumentar o reconhecimento da disfagia como uma importante síndrome geriátrica e demonstrar aos profissionais de saúde seu impacto na funcionalidade da população, em especial nos idosos durante uma hospitalização. É importante o desenvolvimento de instrumentos de alta sensibilidade e especificidade com rápida e fácil aplicação.

Palavras-chave: disfagia, desnutrição, transtornos da deglutição, envelhecimento, enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The aging process promotes the increase of chronic diseases with low lethality and high morbidity, leading to the Brazilian scenario impacting factors for the sustainability of the economy and society. Difficulty swallowing is one such impact, affecting 1 in 17 people over the age of 60, with 300,000 to 600,000 new cases diagnosed each year. To identify elderly people with swallowing disorders, it is necessary to survey their prevalence in the community by tracking this health condition to establish measures or programs to prevent complications, morbidities and mortality. In hospitalized elderly, a clinical evaluation of swallowing comprises the survey of the history and current clinical conditions and the assessment of the functionality of the swallowing function. This screening is necessary, since they are associated with increased morbidity and mortality, leading to a variety of clinical complications, including: malnutrition, dehydration, loss of muscle mass and aspiration pneumonia. Therefore, this early assessment may prevent future clinical complications and improve the quality of life of people affected by this alteration.

Objective: Identify the factors associated with the risk of dysphagia among hospitalized elderly. **Methods:** This is an analytical cross-sectional study with the participation of 52 elderly people admitted to a medical clinic at a public hospital in the Federal District. The Eating Assessment Tool, Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls + Calf Circumference, Mini Nutritional Assessment shortform and Quality of Life in Swallowing Disorders were applied, in addition to data collection. sociodemographic data and health conditions. **Results:** Of the elderly participants, 30.8% were at risk of dysphagia self-reported by the EAT-10. Factors associated with the risk of dysphagia were risk of sarcopenia ($p=0.04$), nutritional risk ($p=0.008$) and oral hygiene ($p=0.03$). Time to eat was the domain with the lowest score in the quality of life of elderly people at risk of dysphagia (47.66 ± 9.90). The main moderate correlations were found in “frequency of symptoms” with “mental health” (0.64 ; $p=0.00$) and “frequency of symptoms” with “fear of eating” (0.68 ; $p=0.00$). There was an association between the evaluations by the EAT-10 and the PARD ($p=0.01$). **Conclusion:** These results suggest that the risk of dysphagia is associated with the risk of sarcopenia, nutritional risk and oral hygiene in hospitalized elderly. It is necessary to increase the recognition of dysphagia as an

important geriatric syndrome and demonstrate to health professionals its impact on the functionality of the population, especially in the elderly during hospitalization. It is important to develop instruments with high sensitivity and specificity that are quick and easy to use.

Key words: dysphagia, malnutrition, deglutition disorders, aging, nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Músculos da face.....	23
Figura 2. Fases da deglutição.....	25
Figura 3. Fisiopatologia das complicações associadas a disfagia no idoso.....	27
Figura 4. Fluxograma da pesquisa.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Alterações anatomofisiológicas que interferem na deglutição.....	20
Quadro 2: Critérios para avaliação do risco de disfagia.....	26
Quadro 3: Critérios diagnósticos de consenso para disfagia sarcopênica.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Média de idade e tempo de internação em idosos. Brasília, DF, 2022.	55
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica, clínica e funcional em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	56
Tabela 3. Avaliação Cognitiva MEEM de acordo com a escolaridade em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	58
Tabela 4. Pontuação e classificação do EAT-10 junto com as classificações dos níveis PARD em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	60
Tabela 5. Frequência Absoluta e Relativa da Classificação EAT-10 segundo a classificação SARC-F+CP em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	61
Tabela 6. Frequência Absoluta e Relativa da Classificação EAT-10 segundo a classificação MNA-SF <i>revised</i> ® em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	62
Tabela 7. Frequência Absoluta e Relativa da Classificação EAT-10 segundo o turgor da pele em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	62
Tabela 8. Teste de normalidade das variáveis qualidade de vida em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	63
Tabela 9. Resultados das variáveis relacionadas a qualidade de vida na deglutição, por domínio, segundo a classificação EAT-10 em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	64
Tabela 10. Correlação das variáveis de qualidade de vida nas perturbações da deglutição (<i>SWAL-QOL</i>) de idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	65
Tabela 11. Frequência Absoluta e Relativa da Classificação EAT-10 segundo a classificação PARD em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	66
Tabela 12. Frequência da higiene oral segundo a classificação EAT-10 em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.	67
Tabela 13. Frequência absoluta e relativa da classificação EAT-10 segundo a dentição em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022	67
Tabela 14. Quantidade de medicações segundo a Classificação EAT-10. Brasília, DF, 2022.	68
Tabela 15. Tempo de Internação segundo a Classificação EAT-10. Brasília, DF, 2022.	68
Tabela 16. Razão de chances.	69
Tabela 17. Produtos desenvolvidos durante o mestrado.	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP: Circunferência da Panturrilha

DF: Distrito Federal

DM: Diabetes Mellitus

DO: Disfagia Orofaríngea

E.Fun.Comp: Ensino Fundamental Completo

E.Fun.Inc: Ensino Fundamental Incompleto

E.M.Comp: Ensino Médio Completo

E.M.Inc: Ensino Médio Incompleto

E.S.Comp: Ensino Superior Completo

EAT-10: Eating Assessment Tool-10

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HRSam: Hospital Regional de Samambaia

MEEM: Mine Exame do Estado Mental

MNA-SF: Mini Nutritional Assessment- Short Form

PARD: Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia

SARC-F: Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls

SES: Secretaria de Estado da Saúde

1- APRESENTAÇÃO

Sou Ronivaldo Pinto Ferreira, enfermeiro, formado pela Universidade Paulista (UNIP) em 2011, servidor público da Secretária de Saúde do Distrito Federal (SESDF) desde 2012, atualmente trabalho no ambulatório de estomias e disfunções miccionais além de atender usuários que convivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na Policlínica II de Ceilândia.

Iniciei minha experiência profissional em 2011 na cidade de Brasilândia de Minas como enfermeiro de equipe de saúde da família onde tive contato direto com usuários de um território de saúde e suas demandas biopsicossociais e culturais.

No Distrito Federal tive como primeiro cenário de atuação o Instituto Hospital de Base (IHBDF), onde trabalhei por seis anos em uma unidade de clínica cirúrgica que englobava a cirurgia geral, cirurgia oncológica, cirurgia torácica, proctologia e otorrinolaringologia. Foi nesse cenário de múltiplas especialidades que comecei a me questionar sobre a enfermagem na área de reabilitação, pois é um local onde os usuários hospitalizados necessitavam de um processo de adaptação e reabilitação pós-tratamentos de saúde, entre eles disfunções miccionais, estomias, feridas, nutrição e atividades que envolvia o sistema neuromotor.

Dentre essas alterações funcionais a área de nutrição sempre me chamou atenção por estar diretamente ligada ao estado de saúde e com questões sociais e culturais desses indivíduos. Com meu interesse pela nutrição, comecei a observar nos usuários hospitalizados, que a questão nutricional era mais do que simplesmente ofertar um alimento durante a internação ou que esse alimento compreendesse a prescrição de um único profissional de saúde envolvido na assistência. Era preciso que esse alimento atendesse a individualidade cultural, desejos, demandas do organismo, deglutição e principalmente tivesse sido de acordo com avaliação em equipe e não simplesmente uma dieta taxativa.

Com todas minhas observações e questionamentos comecei a buscar conhecimento e chamar para discussão de casos os profissionais da fonoaudiologia, nutrição e fisioterapia que estavam disponíveis no local de trabalho. Nessas

discussões nasceu meu interesse pela deglutição em especial a disfagia e como a enfermagem poderia atuar na identificação de riscos e manutenção de uma via alimentar segura.

Confesso que antes de entrar no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPGCR) da Faculdade de Ceilândia (FCE), Universidade de Brasília (UnB), busquei em outros programas que tinham a enfermagem já instituída no cenário a linha de pesquisa ou profissional que pesquisasse a área de deglutição, mas não encontrei, e tive que me candidatar à linha de pesquisa de uma fonoaudióloga do PPGCR.

Entre como aluno especial em 2018 e em 2019 como aluno regular do PPGCR. Por motivo da pandemia pelo Covid-19 minha coleta de dados teve que ser adiada até 2021, pois a pesquisa envolve pessoas hospitalizadas e nesse período o local de aplicação (Hospital Regional de Samambaia) se tornou referência para internações por Covid-19.

Durante a coleta de dados, ainda por motivos da pandemia, tivemos que tomar medidas de segurança e seguir com as recomendações da SESDF dentro do ambiente hospitalar, visto que a maioria das internações na clínica médica ainda estavam sendo por infecções pelo coronavírus durante a chamada segunda onda.

Ter realizado uma pesquisa durante esse período acarretou uma nova realidade e mudanças de projetos. Mudanças desafiadoras de estar no desconhecido e mudanças de conhecimento em apresentar uma pesquisa onde teríamos como novo aspecto clínico a infecção pelo Covid-19.

Dessa forma, foi realizado o estudo e seus resultados serão apresentados nessa dissertação da seguinte forma:

- Introdução: envelhecimento e alterações da deglutição;
- Referencial teórico: fases da deglutição;
- Resultados, discussão e conclusão.

Em suma, essa dissertação mostrará o olhar e análise do enfermeiro na deglutição e como seu papel assistencial pode ser fundamental na prevenção de riscos e reabilitação de indivíduos junto a equipe de saúde.

2- INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional o perfil demográfico no Brasil e em outros países vem apresentando sinais de inversão da pirâmide etária. O aumento da expectativa de vida e a redução da natalidade são indicadores que demonstram de forma objetiva esta inversão no quadro populacional brasileiro. Pessoas com mais de 60 anos passaram de 12,8% para 14,4%, entre 2012 e 2016 levando a um crescimento de 16,0% na população nessa faixa etária, passando de 25,5 milhões para 29,6 milhões com projeções de que em 2050 será 1 idoso para 1 jovem no Brasil (IBGE, 2017).

No Distrito Federal (DF) há uma população de 311.431 mil pessoas com mais de 60 anos, destes 15.088 mil estão na cidade de Samambaia - DF (BRASÍLIA, 2019). Segundo relatório da CODEPLAN (2019), tem-se como o grupo majoritário no DF a faixa etária de 60 a 69 anos (59,7%), seguido por 70 a 79 anos (28,6%) e, finalmente, aqueles com 80 anos e mais (11,7%).

Diante dos números apresentados, é preciso reconhecer alterações relacionadas ao envelhecimento, causadas pelo processo normal durante essa fase do ser humano. Esse processo de envelhecimento promove o aumento de doenças crônicas com baixa letalidade e alta morbidade, acarretando ao cenário brasileiro fatores impactantes para sustentabilidade da economia e da sociedade (KAIRALLA, 2018). Além das doenças crônicas, existem as síndromes geriátricas, que são condições de saúde onde o idoso acumula disfunções em múltiplos sistemas aumentando sua condição de vulnerabilidade (PERRACINI e GAZZOLA, 2018).

As síndromes geriátricas tais como a fragilidade, quedas, imobilismo, tontura, delirium, incontinência urinária e comprometimento cognitivo (demências) resultam em incapacidade funcional, dependência, institucionalização, internações hospitalares frequentes e óbito. Essas incapacidades estão igualmente envolvidas com as condições socioeconômicas e psicológicas que também devem estar presentes na avaliação e tratamento (FERRUCCI *et al.*, 2004).

Das síndromes citadas anteriormente podemos destacar três: a fragilidade, imobilização e demências como maior prevalência e impacto entre idosos (PERRACINI e GAZZOLA, 2018). A alteração da massa muscular, desidratação e

desnutrição que não foram mencionadas entre as síndromes, também acarretam modificações na função física aumentando o risco de quedas, hospitalizações e declínio da mobilidade em idosos (SBGG, 2011; MCLEAN e KIEL, 2015).

O processo natural de envelhecimento, associado as síndromes mencionadas, traz diversas alterações morfológicas e funcionais que comprometem a comunicação humana, entre elas: alterações de linguagem, audição, voz e motricidade facial (GUTIERREZ *et al.*, 2009). Esse comprometimento afeta o sistema estomatognático: suas estruturas – língua, bochechas, mandíbula, lábios, área oclusal e palato, e suas funções – sucção, respiração, mastigação, fala e deglutição (LIMA *et al.*, 2009).

Geralmente, esse comprometimento na população idosa se manifesta pela dificuldade em mastigar ou iniciar o processo de deglutição, com a presença de tosse, engasgos, pirose, dor torácica e regurgitação nasal durante as refeições e sensação de alimento parado na garganta após as refeições. Estes efeitos tornam a dinâmica da deglutição mais vulnerável a distúrbios causados por pequenas alterações de saúde, como infecções de vias aéreas superiores (FURKIN e SANTINI, 2008).

Essas modificações na funcionalidade da deglutição poderão ser classificadas como disfagia, que segundo Cook e Kahrilas (1999) é uma condição que envolve dificuldade percebida ou real em formar ou mover um bolo alimentar com segurança da cavidade oral até o estômago.

A seguir, o Quadro 1, resume os sinais e sintomas das alterações relacionadas com as mudanças anatomofisiológicas que interferem no sistema estomatognático e podem ocasionar a disfagia.

Quadro 1: Alterações anatomofisiológicas que interferem na deglutição.

Alterações anatomofisiológicas	Repercussões na alimentação e na dinâmica da deglutição
Deterioração do aparelho dentário – edentulismo/perdas dentárias.	Problemas de mastigação; manipulação lenta do bolo alimentar; mudança na consistência alimentar.
Atrofia dos alvéolos dentários.	Dificuldade na adaptação de próteses dentárias.
Atrofia dos músculos da língua.	Ingestão de bolos alimentares em volume menor; dificuldade na ejeção do bolo alimentar; preferência por alimentos mais cozidos.
Aumento do depósito de gordura e crescimento de tecido fibroso na língua.	Diminuição da mobilidade; hipertrofia; alteração na força de propulsão, levando à incoordenação dos movimentos e menos prensão do alimento junto ao palato, impedindo a formação do bolo alimentar.

Espessamento da mucosa lingual.	Dificuldade de higienização.
Atrofia das glândulas salivares menores/redução do número total de glândulas - redução das células acinares.	Xerostomia, em decorrência do envelhecimento glandular e/ou do uso de medicamentos; interfere na formação do bolo alimentar e na lubrificação da cavidade oral.
Aglomerado valecular.	Enquanto a mastigação está ocorrendo, parte do bolo alimentar (já preparado) se desloca das fauces para a parte oral da faringe, antes do início da fase faríngea, acumulando-se na valécula.
Redução da força dos músculos da mastigação e disfunção da articulação temporomandibular.	Diminuição da força mastigatória; o alimento é pouco triturado e ocorre a dificuldade de lateralizá-lo na boca.
Atraso no disparo do reflexo da deglutição.	Escape prematuro do bolo alimentar na faringe/laringe.
Perda da sensibilidade faríngea e redução da força dos músculos faríngeos.	Diminuição na efetividade do esvaziamento da faringe, estase alimentar em valécula e recessos piriformes; aumento do tempo da fase faríngea.
Diminuição da força dos músculos supra-hióideos e atraso na abertura do esfíncter esofágico superior.	Diminuição da amplitude de elevação e abaixamento da laringe e da transição faringoesofágica.
Denervação senil do esôfago e dilatação esofágica.	Retardo do esvaziamento esofágico; presença de contrações esofágicas polifásicas; tendência a refluxo.
Disfunções da motilidade esofágica e dos esfíncteres esofágicos.	Limitam o trânsito do bolo da faringe para o estômago.

Fonte: SOARES *et al.*, 2018, adaptado.

Com essas alterações relacionadas à deglutição, na última década, tem havido uma crescente conscientização de que a disfagia orofaríngea deve ser reconhecida como uma síndrome geriátrica. Isso porque ela ocasiona uma sequência de distúrbios como descrito a seguir: (1) Desidratação (2) Anorexia → relutância em se alimentar (3) Perda de peso → desnutrição energética proteica (4) Sarcopenia → diminuição da função (5) Aspiração: química ou bacteriana (6) Diminuição do prazer de comer / beber (7) Constrangimento em situações sociais (8) Isolamento → depressão (9) Estresse do cuidador (10) Disforia (11) Morte (PAYNE e MORLEY, 2017).

A desidratação, anorexia, perda de peso, aspiração e diminuição na qualidade de vida também poderão estar presentes na disfagia sarcopênica, que é uma classificação nova relacionada à dificuldade de deglutir devido à sarcopenia de músculos esqueléticos generalizados e dos músculos da deglutição. A força da língua, que desempenha um papel fundamental na propulsão do bolo alimentar, é prejudicada em idosos. Esse achado tem sido relacionado à fraqueza dos músculos da cabeça e pescoço e fragilidade geral (WAKABAYASHI, 2014). Maeda e Akagi

(2015) encontraram uma prevalência de sarcopenia em 76,8% dos idosos hospitalizados e destes 30% apresentaram disfagia sarcopênica.

Dessa forma, a população idosa apresenta grandes riscos para disfagia, devido aos efeitos do processo de envelhecimento, que são decorrentes da degeneração do mecanismo da deglutição. Essa alteração é frequente e tardiamente identificada, sendo associada, muitas vezes, a este processo de senescência e, assim, postergando as investigações. A identificação precoce dessa alteração é fundamental para minimizar, ou mesmo evitar intercorrências clínicas. É preciso monitoramento precoce e contínuo a beira leito pela equipe multidisciplinar/interdisciplinar de forma a minimizar os impactos no quadro clínico desses pacientes hospitalizados (SBGG, 2011).

3- REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Fases da Deglutição

A dinâmica de deglutir envolve atividades voluntárias e reflexivas de mais de 30 nervos e músculos, exercendo um papel vital no dia a dia de todos os indivíduos, transportando nutrientes e energia necessária da cavidade oral ao estômago, segurando que nenhuma substância vá para a via aérea (HIEMAE e PALMER, 1999; NEY *et al.*, 2009; TRIGGS e PANDOLFINO, 2019). Abaixo podemos observar na Figura 1 alguns músculos da face relacionados a essa dinâmica.

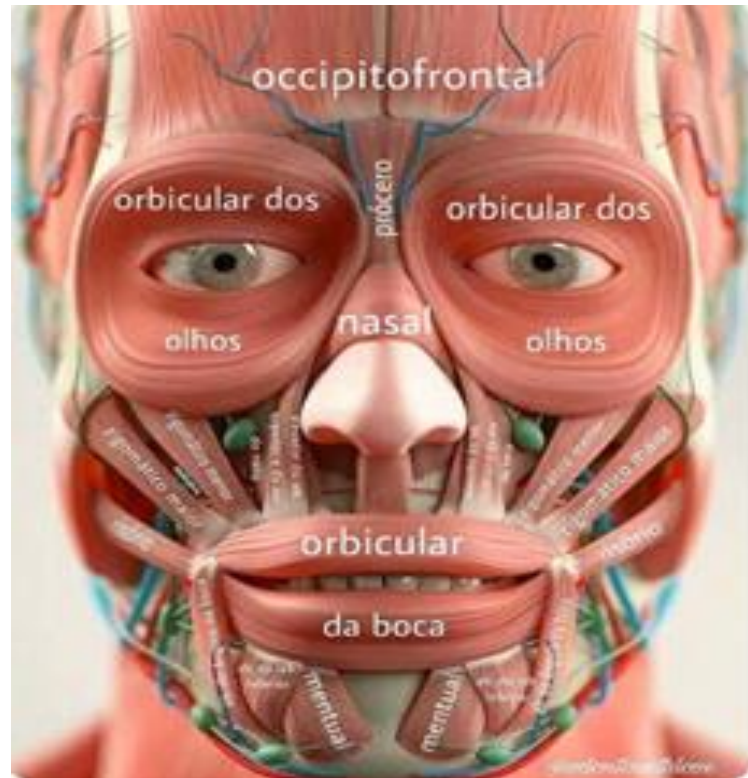


Figura 1. Músculos da face. Fonte: Google imagens, 2022.

Dessa forma, podemos definir a deglutição normal como um processo que envolve músculos, dentes, ossos e suas receptivas funções anatômicas como mastigar e respirar em um ato automatizado (BARBOSA, 2019).

A deglutição é dividida em 3 fases: oral, faringe e esofágica. Mas, para efeitos didáticos esse processo fisiológico será apresentado em 4 fases distintas: preparatória oral, oral, faringe e esofágica (JOTZ e DORNELLES, 2010).

A fase oral preparatória é voluntária, inicia-se com a escolha do alimento para comer; as cores e o cheiro ajudam nessa escolha, pois comemos primeiro com os olhos antes de levar o alimento até a cavidade bucal, com isso já ocorre a alteração no mecanismo respiratório para digestivo, pois ocorre primeiro a salivação antes mesmo do alimento chegar à boca. Esse estágio preparatório consiste na mastigação com suas três fases: incisão, trituração e pulverização onde também ocorrerá a mistura do bolo alimentar com a saliva (BARBOSA, 2019). Durante essa fase, as bochechas, os lábios e a língua trabalham para manter o alimento na cavidade oral, prevenindo o escape anterior (através dos lábios) ou posterior (por sobre a base da língua) (JOTS e DORNELLES, 2010).

A fase oral (Figura 2) é iniciada a partir da passagem do bolo alimentar da cavidade oral anterior para a orofaringe, ultrapassando a arcada amigdaliana, caracterizando assim a atividade voluntária final da deglutição (JOTZ e DORNELLES, 2010). A língua, nessa fase, exerce papéis importantes: sua ponta apoia-se contra as bordas do alvéolo maxilar ou os incisivos superiores, a parte anterior retrai-se para conter bolos com grandes volumes e além do mais, a língua leva o alimento para ser mastigado em ambas as laterais causando a propulsão necessária para o transporte do bolo alimentar através da hipofaringe, esfíncter esofageal superior e para dentro do esôfago (BARBOSA, 2019).

Quando esse bolo alimentar chega à faringe, inicia-se a 3ª fase da deglutição (Figura 2). A faringe nesse momento fará a transformação da via respiratória em via digestiva. Acontece uma atividade sequencial rápida que dura entre 0,5 segundo a 1,5 segundo, onde dois fatores são destacados: a passagem do alimento impulsionando o bolo alimentar pela faringe e esfíncter esofágico superior para o esôfago e a proteção das vias aéreas, com o isolamento da laringe e traqueia da faringe durante a passagem de alimentos, evitando sua entrada na via aérea (GARCIA e QUEIJA, 2017).

Na 4ª fase, a esofágica (Figura 2), uma onda peristáltica automática leva o bolo alimentar para o estômago, reduzindo o risco de refluxo gastroesofágico ou reentrada de alimentos do esôfago para a faringe (BARBOSA, 2019). Essa dinâmica é realizada através do relaxamento coordenado do esfíncter superior do esôfago, que relaxa e se fecha em cada deglutição, enquanto o esfíncter inferior se abre e fecha em decorrência da onda peristáltica do esôfago (GARCIA e QUEIJA, 2017).

Diante desse processo de deglutição, vimos que as estruturas envolvidas podem estar propícias as alterações, tais como ausência de dentes, próteses, alteração na produção da saliva, perda de força muscular de lábios, língua, faringe, bochechas, laringe e incoordenação respiratória. Com isso, o vedamento labial, manipulação do alimento, formação do bolo alimentar, propulsão e direcionamento do bolo alimentar são impactados podendo ocasionar desvios de fluxo, atraso no desencadeamento da fase faríngea, resíduos nos recessos, até penetração ou aspiração laringotraqueal e consequente broncoaspiração (BAIJENS *et al.*, 2016).

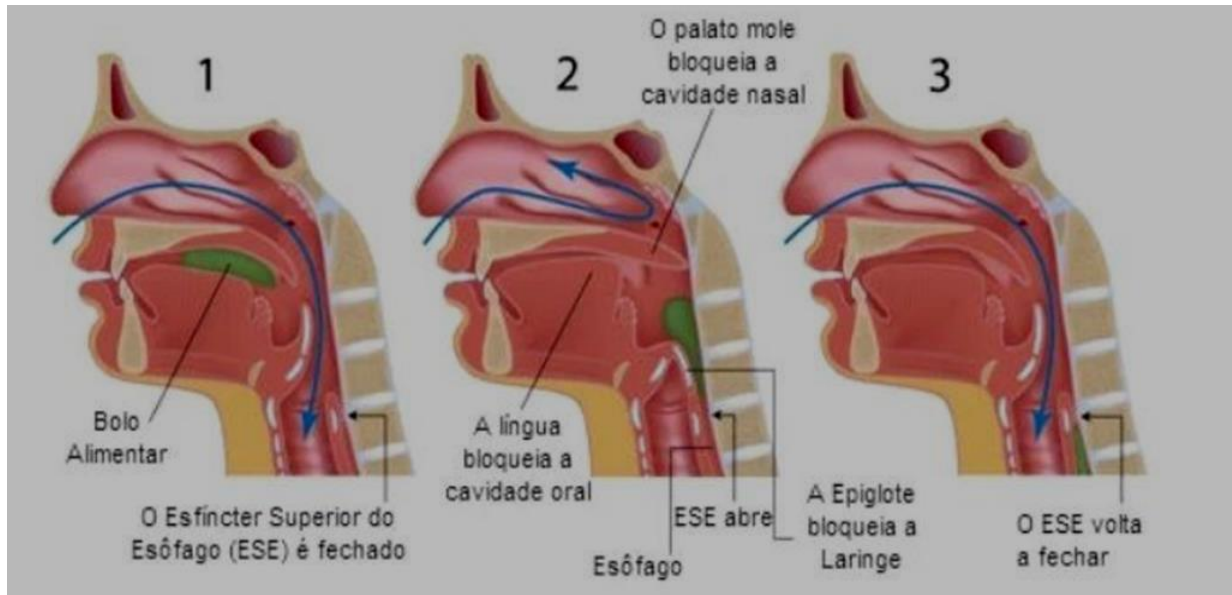


Figura 2. Fases da deglutição. Fonte: <https://bitly.com/iDDXv>

3.2. Fatores de risco e complicações

A disfagia pode ser definida como qualquer impedimento na efetiva condução do alimento da boca até o estômago por meio das fases inter-relacionadas, comandadas por um complexo mecanismo neuromotor (SBGG, 2011). Já a presbifagia que é decorrente do processo de envelhecimento pode ser caracterizada pela redução da massa muscular, redução da elasticidade das estruturas dos órgãos fonoarticulatórios, redução da produção de saliva, mudança coluna cervical, redução da sensibilidade oral e faríngea, incluindo redução do olfato e paladar e podendo também causar prejuízo à saúde bucal (WIRTH, 2013).

Os fatores de risco associados não esclarecem quanto aos potenciais fatores de confusão e aos mediadores da disfagia. Os estudos, em sua maioria, estão sujeitos a causalidade-reversa e não se confirma o que vem antes, a alteração na deglutição ou o agravo à saúde, como por exemplo a sarcopenia, fragilidade e o estado psicológico (NOWJACK-RAYNER; SHEIHAM, 2003; SAHYOUN; LIN; KRALL, 2003; YOSHIDA; SUZUKY; KIKUTANY, 2014).

Langmore (1998), Salassa (1999), Winterholler (2008), SBGG (2011), Fussi e Fúria (2017) sugerem os seguintes critérios de risco de disfagia para avaliação:

Quadro 2. Critérios para avaliação do risco de disfagia.

Fatores de inclusão (ao menos um dos itens abaixo):	
Doenças de base para risco de aspiração	<p>Doenças neurológicas: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Parkinson, demência/Alzheimer, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, miastenia gravis, tumor cerebral, neuropatia/miopatia/polineuropatia do doente crítico.</p> <p>Doenças respiratórias: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), fibrose pulmonar, pneumonia aspirativa ou de repetição.</p> <p>Doenças gastrointestinais: Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), distensão abdominal, alto volume residual gástrico.</p> <p>Cirurgias em região de cabeça e pescoço.</p>
Condições clínicas/dispositivos:	<p>Rebaixamento do Nível de Consciência (RNC) / delirium;</p> <p>Intubação Orotraqueal (IOT) ≥ 48 horas;</p> <p>Traqueostomia (TQT) com ou sem cuff;</p> <p>Sinais e sintomas de desconforto respiratório: dispneia, Frequência Respiratória (FR) ≥30 rpm, uso de musculatura acessória, batimento de asa de nariz, respiração paradoxal, tiragem intercostal e/ou de fúrcula;</p> <p>Presença de sonda enteral ou gástrica; gastrostomia ou jejunostomia (somente para os casos de macroaspiração).</p>
Presença de sinais clínicos de aspiração durante e após a deglutição	Tosse/ engasgo/ pigarro/ dispneia/ voz molhada.
Ocorrência de complicações pulmonares	Episódios de pneumonia e a correlação com a disfagia
Funcionalidade da alimentação	<p>Dependência motora para alimentação;</p> <p>Utilização de utensílios modificados e ajuda para a alimentação;</p> <p>Tempo de refeição ≥30 – 40 minutos;</p> <p>Mudança de consistência alimentar (involução de consistência).</p>
Perda de peso	Investigar se houve perda de peso não programada nos últimos três meses

Fonte: Langmore (1998), Salassa (1999), Winterholler (2008), SBGG (2011), Fussi e Fúria (2017), adaptado.

Dentre os fatores associados a prevalência de alteração na deglutição, os relacionados as alterações biológicas e fisiológicas do envelhecimento (perda de função e massa muscular, diminuição da elasticidade dos tecidos, capacidade compensatória e comprometimento sensorial), condições de saúde (número de

doenças neurológicas, crônicas e uso de medicamentos), condições de saúde bucal e xerostomia são os mais identificados nos estudos (YANG *et al.*, 2013; RECH *et al.*, 2018; MIKAMI *et al.*, 2019).

Já os fatores de risco relacionados a prevalência de consequências/complicações demonstram a gravidade do subdiagnóstico, diagnóstico tardio e a não reabilitação como os mais frequentes (ROMMEL e HAMDY, 2016).

A seguir na figura 3 poderemos observar melhor as complicações associadas a disfagia no idoso.

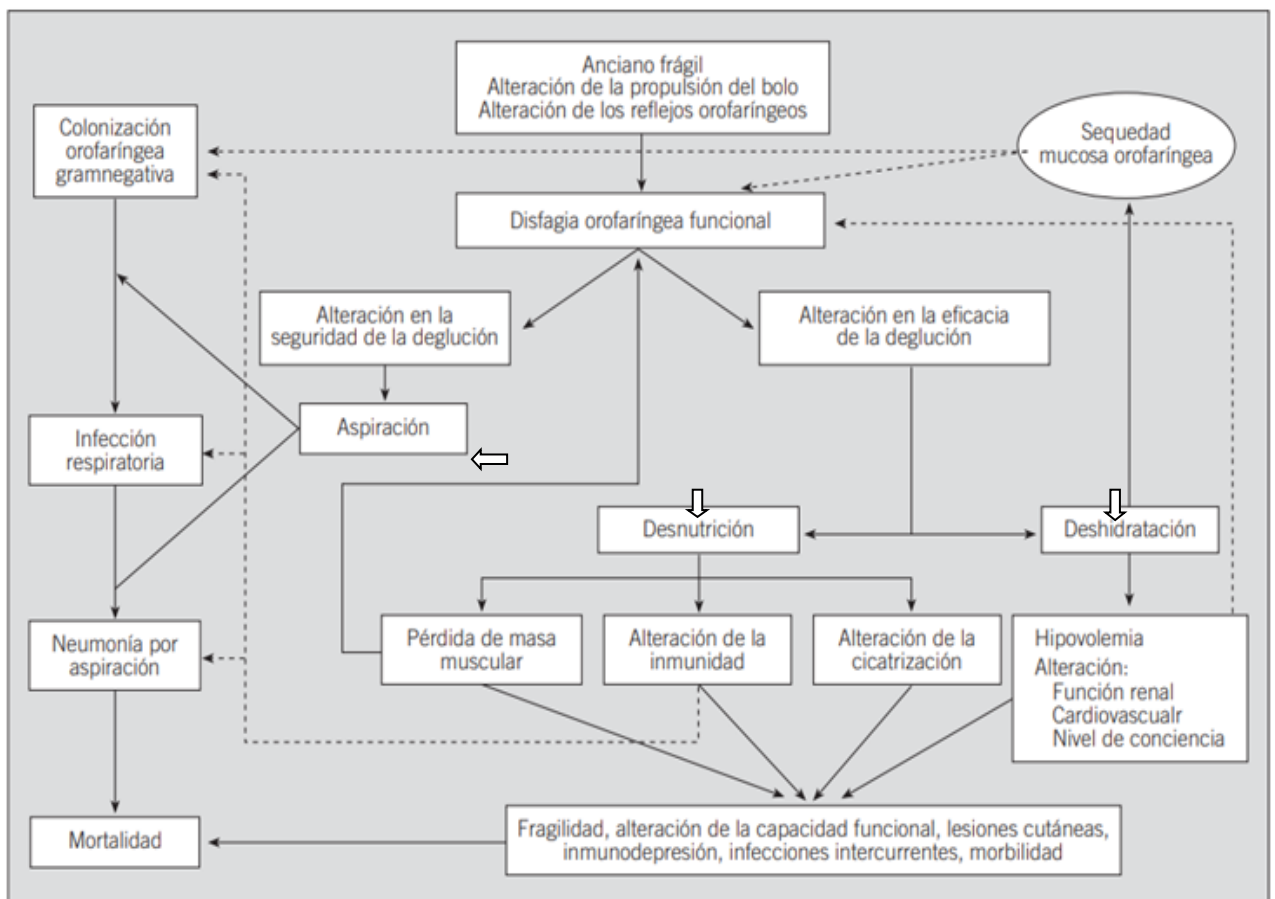


Figura 3. Fisiopatologia das complicações associadas a disfagia no idoso. Fonte: Clavé, P.; Verdaguer, A.; Arreola, V. 2005.

Os idosos da comunidade também são indivíduos de risco de hospitalizações e disfagia. Uma pesquisa avaliou a deglutição em adultos idosos residentes da comunidade por diferentes testes e constatou que idosos sem história de disfagia apresentaram problemas na dinâmica da deglutição autorreferidos mais graves que

indivíduos saudáveis de todas as idades, porém com menor gravidade que indivíduos com disfagia (MOLFENTER *et al.*, 2018). Essa população, muitas vezes, tem essas alterações subestimadas, sendo assim, uma boa anamnese na admissão hospitalar baseada nos critérios de risco para disfagia e que cubra os principais elementos do diagnóstico é útil e ajuda frequentemente a estabelecer um rastreio com qualidade e eficácia (WGO, 2014).

3.3. Prevalência de disfagia em idosos

A prevalência de disfagia reconhecida em idosos é de 10% em indivíduos hospitalizados e de 30 a 60% em indivíduos em programas de assistência domiciliar (CUPPARI, 2018). De acordo com a SBGG de São Paulo, a frequência de mortes por engasgo, seja por pneumonia por aspiração ou asfixia, é maior na terceira idade do que em outras faixas etárias. Entre os anos de 2007 e 2010, o engasgo durante a alimentação causou a morte de 2.114 pessoas com mais de 65 anos nos Estados Unidos.

Segundo Smeltzer (2009), a dificuldade na deglutição, afeta 1 a cada 17 pessoas, incluindo 6,2 milhões de idosos norte-americanos com mais de 60 anos, com 300.000 a 600.000 casos novos diagnosticados a cada ano. Oliveira e colaboradores (2014) realizaram um estudo com 30 idosos em uma casa de longa permanência e encontraram os seguintes resultados: 77% dos idosos avaliados verificaram a ocorrência de déficit na mobilidade das bochechas e 85% apresentaram tônus alterado das mesmas. Quanto à língua, foi observado que 62% apresentaram alteração de tonicidade e 85% demonstraram alguma dificuldade de mobilidade. Referente aos lábios, as autoras encontraram percentagem de 62% para alteração de tônus e 69% para déficit de mobilidade desta estrutura.

Em 2014 Cardoso e colaboradores, realizaram um estudo com 23 idosos institucionalizados com objetivo de investigar o impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida destes. A disfunção de deglutição esteve presente em 15 indivíduos, sendo a presbifagia mais prevalente e encontrada em 82,6% dos idosos e a disfagia orofaríngea neurogênica em 17,4%.

Soares e colaboradores (2018) descrevem que cerca de 40% de indivíduos com mais de 60 anos apresentam alguma queixa de alteração da deglutição. Já a disfagia orofaríngea afeta até 30-40% das pessoas com mais de 65 anos de idade e sua prevalência é maior em pacientes com doenças neurodegenerativas [até 80% - Parkinson (52-82%) e Alzheimer (84%)] e pós-acidentes vasculares encefálicos (> 30%). Já em idosos hospitalizados, é maior que 51%, com impacto no tempo de internação hospitalar, comorbidades e custos com os cuidados com a saúde.

Em uma análise documental de 216 prontuários médicos de pacientes internados em um hospital da cidade de Curitiba-PR, constatou-se que 7,87% (n=17) dos pacientes apresentaram deglutição funcional, 51,85% (n=112) disfagia leve, 16,67% (n=36) disfagia moderada e 23,61% (n=51) apresentaram disfagia grave (MANEIRA e ZANATA, 2018).

Maeda e colaboradores (2019) realizaram uma análise em 2.384 pacientes hospitalizados com triagem de risco nutricional. Destes, 98 (4,1%) pacientes desenvolveram distúrbios de deglutição. Eles apresentaram menor força de preensão manual e menor circunferência da panturrilha do que aqueles que não desenvolveram distúrbios de deglutição, mostrando diferença estatisticamente significativa. Além disso, a possível sarcopenia na admissão foi mais prevalente nos pacientes que desenvolveram distúrbios de deglutição do que naqueles que não desenvolveram (55,1% vs. 37,0%, $p < 0,001$).

Já o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI) constatou que a prevalência média na população brasileira de pacientes internados com desnutrição é de 48,1%, sendo que 31,8% dos pacientes já se encontram desnutridos nas primeiras 48 horas de internação, aumentando na medida em que o período de internação se prolonga (IBRANUTRI, 1996). Maciel, Oliveira e Tada (2008) investigaram a associação entre o grau de risco de disfagia e o risco nutricional de 49 pacientes idosos internados na clínica médica do Hospital Universitário de Brasília e constataram que 51% (25) tinham risco nutricional, 20% (10) estavam desnutridos e 29% (14) estavam adequados, e em relação ao risco de disfagia, 31% dos pacientes apresentaram risco mínimo, 47% leve, 18% moderado e 4%, grave.

Mas para evitar e controlar sintomas decorrentes da presbifagia, os idosos criam estratégias de adaptação. Cardoso e colaboradores (2014) observaram que em suas avaliações algumas estratégias para evitar engasgos são criadas instintivamente, dentre elas: comer devagar, não falar durante a alimentação, cortar a comida em pedaços pequenos, evitar consistências e tomar água para auxiliar a deglutição de alimentos sólidos. Com isso concluiu-se que o uso dessas estratégias seria uma das justificativas pelas quais os participantes não apresentaram queixa, apesar de terem a alteração.

Essas estratégias foram observadas no estudo de Capelari (2017), em idosos institucionalizados, onde se ressaltou a autopercepção do idoso sobre a dificuldade alimentar, embora os sintomas disfágicos estavam presentes em 69,4% da amostra, somente 27,6% manifestaram diretamente alguma dificuldade alimentar, outros 20% relataram terem modificado a consistência dos alimentos e somente 13,3% relataram tosse ou falta de ar durante a alimentação.

Dessa forma, observamos que a disfagia é prevalente na população idosa, porem sofre variações de prevalência entre os ambientes hospitalares, instituições de longa permanência e comunidade. Sendo assim é preciso estudos com perspectiva epidemiológica para estimar uma melhor prevalência, incidência, fatores associados e de risco na população brasileira (RECH, 2020).

3.4. Sarcopenia

A sarcopenia é definida como uma doença do músculo esquelético, com a baixa força muscular superando o papel da baixa massa muscular como principal determinante (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019). Pode ocorrer em função do envelhecimento (consequência primária) ou de doenças, inatividade, desnutrição e resposta inflamatória (consequências secundárias). Muitas vezes está relacionada a fraqueza adquirida durante a hospitalização, tendo consequências disfuncionais que podem acometer desde o nervo até o músculo (WANG; BAI, 2012; BATT *et al.*, 2013).

Os fatores de risco para sarcopenia estão associados ao tempo de internação, principalmente em unidade de terapia intensiva, duração e intensidade

da resposta inflamatória sistêmica, uso prolongado de sedativos, ventilação mecânica, imobilização e nutrição inadequada. De outra forma, sexo feminino, idade, hipoalbuminemia, hiperglicemia, uso de corticoides e bloqueador neuromuscular também são fatores considerados de risco (KIZILARSLANOGLU *et al.*, 2016).

O *European Working Group on Sarcopenia in Older People 2* (EWGSOP2) apontou a perda de força muscular como parâmetro primário de sarcopenia com provável presença de sarcopenia quando há constatação de fraqueza muscular. Os parâmetros de baixa quantidade e qualidade muscular são agora usados em pesquisa e não na prática clínica, pois esses parâmetros são tecnicamente difíceis de medir com precisão, pois dependem de ferramentas mais complexas e de alto custo para o diagnóstico (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

O EWGSOP2 sugere seguir o caminho: *Find cases- Assess-Confirm-Severity* (F - A - C - S) para triagem e diagnóstico de sarcopenia:

- **Find cases (encontrando casos):** para identificar indivíduos com risco de sarcopenia, o uso do instrumento SARC-F ou suspeita clínica para encontrar sintomas associados à sarcopenia.
- **Assess (Avaliar):** para verificar a evidência de sarcopenia, o uso de força de preensão ou o teste de levantar da cadeira com pontos de corte específicos para cada teste. Para casos especiais e para estudos de pesquisa, outros métodos para medir a força (flexão / extensão do joelho) podem ser usados.
- **Confirm (Confirmar):** para confirmar a sarcopenia por detecção de baixa quantidade e qualidade muscular, recomenda-se Densitometria Óssea (DXA) e a Bioimpedância Elétrica (BIA) na prática clínica e DXA, BIA, tomografia computadorizada ou ressonância magnética em estudos de pesquisa.
- **Severity (Determinar a gravidade):** a gravidade pode ser avaliada por medidas de desempenho: velocidade de marcha, *Short Physical Performance Battery* (SPPB) com ponto de corte ≤ 8 , *Timed Up & Go* (TUG) com ponto de corte ≥ 20 s e teste de caminhada de 400m com ponto de corte quando o indivíduo não conclui ou apresenta um tempo ≥ 6 minutos para conclusão, podem ser usados.

Sendo assim, a definição categórica atual da sarcopenia pelo EWGSOP2 é:

- Provável sarcopenia: baixa força muscular;
- Sarcopenia: baixa força muscular + baixa quantidade ou qualidade muscular;
- Sarcopenia grave: baixa força muscular + baixa quantidade ou qualidade muscular + baixa performance física.

Já a disfagia sarcopênica é um termo novo que caracteriza a disfagia orofaríngea causada pela sarcopenia dos músculos esqueléticos generalizados e músculos da deglutição, e que requer uma combinação de reabilitação e tratamento nutricional. Com essa redução de massa muscular as forças de propulsão do bolus alimentar também são fortemente reduzidas em indivíduos com doenças neuromusculares e idosos com desnutrição e sarcopenia, resultando em resíduo orofaríngeo pós-deglutição (WAKABAYASHI, 2014).

No Quadro 3 estão elencados os critérios estabelecidos pela associação japonesa de reabilitação de disfagia (2014) no algoritmo para diagnóstico da disfagia.

Quadro 3. Critérios diagnósticos de consenso para disfagia sarcopênica

<p>1) Presença de disfagia.</p> <p>2) Presença de sarcopenia generalizada (perda generalizada de massa e força muscular esquelética).</p> <p>3) Os resultados dos exames de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia) são compatíveis com perda de massa muscular da deglutição.</p> <p>4) As causas de disfagia são excluídas, exceto sarcopenia.</p> <p>5) A principal causa de disfagia é considerada sarcopenia (se existirem outras causas de disfagia, como acidente vascular cerebral, lesão cerebral, doenças neuromusculares, câncer de cabeça e pescoço e doenças do tecido conjuntivo).</p> <p>Diagnóstico definitivo: 1, 2, 3, 4</p> <p>Diagnóstico provável: 1, 2, 4</p> <p>Diagnóstico possível: 1, 2, 5</p>

Fonte: Fujishima *et al.*, 2019, adaptado.

Dessa forma, o manejo da sarcopenia deve incluir uma abordagem rápida e enérgica da condição subjacente; estratégia nutricional adequada e precoce; e reabilitação imediata (KIZILARSLANOGLU *et al.*, 2016).

3.5. Identificação de riscos

Durante a internação hospitalar a alteração da deglutição já pode fazer parte do histórico do usuário, sendo assim, os profissionais de saúde devem reconhecer os sinais e sintomas dessa disfunção contribuindo para a prevenção de complicações e diminuição do número de mortes associadas à disfagia (GUEDES, 2009).

No que se referem às internações hospitalares, segundo a CODEPLAN (2012), no DF as causas de hospitalização de idosos são causadas principalmente por doenças do aparelho circulatório, já as doenças respiratórias são o segundo motivo de morbidade hospitalar, ficando as neoplasias em terceiro lugar, todas essas causas citadas afetam mais pessoas de 60 a 69 anos. Considera-se também alto o percentual de internações por envenenamentos, lesões e outras consequências de causas externas, o que reforça a preocupação com acidentes e violências contra a pessoa idosa, inclusive em relação à administração de medicamentos, que pode culminar em intoxicações.

Essas informações nos mostra a importância de investimentos e de aplicações em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, que permitem a mudança de hábitos vida, o acompanhamento da situação geral de saúde, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado nos casos de doenças crônicas, neoplasias e outras ocorrências (CODEPLAN, 2012).

E para identificação de idosos com disfagia, é preciso realizar o levantamento de sua prevalência na comunidade em diferentes contextos socioculturais, por meio de rastreamento desta condição de saúde para o estabelecimento de medidas ou programas de prevenção de complicações, morbidades e mortalidade (MAGALHÃES JUNIOR, 2018).

Esse rastreamento da dinâmica da deglutição se faz necessário, visto que estão associados ao aumento de morbidade e mortalidade, levando a uma variedade de complicações clínicas, entre elas: desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa. Sendo assim, essa avaliação precoce pode prevenir futuras complicações clínicas e melhorar a qualidade de vida de pessoas acometidas com essa alteração (ETGES *et al.*, 2014).

Em idosos hospitalizados, uma avaliação do risco de disfagia compreende o levantamento do histórico e das condições clínicas atuais, a verificação das condições sensoriais e estruturais do sistema oromotor e a avaliação da funcionalidade da função de deglutição da própria saliva e/ou alimentos em diferentes consistências (FUSSIA e FURIA, 2017; TELLES *et al.*, 2018).

O levantamento das informações confiáveis pode ser feito com o próprio idoso, familiares ou cuidadores, objetivando sempre dados para uma análise completa. Os dados da alimentação e de deglutição de períodos anteriores conduzem informações de como se encontra esse indivíduo no momento atual. Desta forma, o profissional pode determinar quando mudou, o como se alterou e talvez o porquê da condição atual da deglutição (TELLES *et al.*, 2018).

Os aspectos referentes à saúde e as doenças apresentadas, são importantes para o pensamento clínico e correlação com o diagnóstico e prognóstico. Aspectos alimentares (horários, qualidade e quantidade dos alimentos), possibilita avaliar a necessidade de intervenção nutricional precoce, já que no caso de alterações na deglutição, ter a informação de qual consistência do alimento e do tipo de dificuldade relacionada a ele, direciona o profissional de saúde para uma avaliação mais segura do paciente. Já as informações socioculturais, fornecem sinais da relação do idoso com os alimentos e orientação para a escolha adequada da avaliação clínica e seguimento terapêutico, caso seja necessário (TELLES *et al.*, 2018).

É importante saber também se o idoso possui restrições na dieta, diabetes e hipertensão arterial interferem diretamente no tipo de alimento consumido e na funcionalidade intestinal. Doenças do aparelho digestivo ou respiratório, refluxo gastroesofágico, tabagismo, etilismo, alergias e repulsões alimentares são também informações fundamentais para o rastreio da disfagia (FUSSIA e FURIA, 2017; TELLES *et al.*, 2018).

Além disso, é preciso investigar o uso de medicamentos e seus potenciais efeitos no organismo do idoso; a posição que se costuma alimentar; quais utensílios utilizam; se tem independência na alimentação ou se alguém fornece o alimento; se a via oral de alimentação é exclusiva ou se há outra via alternativa e desde quando se encontra presente; se apresenta tosse, falta de ar, engasgos ou outros comportamentos durante ou após as refeições; se tem prótese dentária e como está a adaptação dessa prótese na cavidade oral (TELLES *et al.*, 2018).

Além das alterações das funções estomatognáticas as alterações na deglutição causam restrições alimentares vivenciadas por idosos, trazendo sentimento de frustração, desânimo, vergonha e constrangimento diante de seus amigos e familiares. Com isso, esses sentimentos os levam para um isolamento durante as refeições ou evitem alimentar-se diante de outras pessoas, resultando em isolamento social (CABRE *et al.*, 2010). Essas restrições deverão ser levantadas e observadas pelo profissional de saúde.

3.5.1. Instrumentos de identificação de riscos

A identificação pelo profissional de saúde poderá ser realizada, inicialmente, através de um teste de triagem para o risco de disfagia. Dentre várias ferramentas podemos mencionar o *Eating Assessment Tool* (EAT-10) que é um instrumento prático, para uso rotineiro no cuidado aos idosos, é um questionário subjetivo e específico para avaliar o grau dos sintomas da disfagia. Por meio dessa triagem, é possível identificar os pacientes que necessitam de uma avaliação fonoaudiológica detalhada e monitoramento por parte da enfermagem (CARVALHO e SALES, 2016).

O EAT-10 teve sua adaptação transcultural para versão brasileira publicada em 2013, sendo o escore igual ou superior a três pontos o ponto de corte para risco de disfagia (GONÇALVES; REMAILI; BEHLAU, 2013).

É importante também avaliar alterações na massa muscular, visto que há uma perda constante e involuntária do músculo durante o envelhecimento. Esta perda progressiva e generalizada de massa muscular esquelética e de força leva a efeitos adversos, como incapacidade física, diminuição da qualidade de vida e, em última instância, à morte (WATERS *et al.*, 2010). Segundo o Grupo de Trabalho

Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas (EWGSOP2, 2019), a sarcopenia é um distúrbio músculo esquelético progressivo e generalizado associado ao aumento da probabilidade de desfechos adversos incluindo quedas, fraturas, incapacidade física e mortalidade, na qual a baixa força muscular é o determinante principal para a investigação diagnóstica, ultrapassando a baixa massa muscular.

Para identificação de indivíduos com risco de sarcopenia, o EWGSOP2 (2019) recomenda o uso do questionário SARC-F. É um questionário de 5 itens que é auto-relatado pelos participantes e as respostas baseiam-se na percepção de suas limitações em força, ajuda para caminhar, levantar-se de uma cadeira ou cama, subir escadas e experiências com quedas. Este questionário pode ser prontamente usado na comunidade e em ambientes hospitalares pelo seu baixo custo e ampla aplicabilidade e apresenta de baixa a moderada sensibilidade e alta especificidade para prever baixa força muscular. A mensuração da CP é um procedimento simples, barato, não invasivo e relevante no diagnóstico da condição nutricional, saúde e capacidade funcional, indicando alterações na massa magra que ocorrem com a progressão da idade e o decréscimo na atividade física, estimando assim a prevalência de sarcopenia (BARBOSA-SILVA *et al.*, 2016). Nesse estudo foi utilizado o instrumento SARC-F associado a medida antropométrica da Circunferência da Panturrilha SARC-F+CP. A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica redução de massa muscular quando o valor da CP for inferior a 31 cm, mas é recomendado utilizar as referências da validação clínica de massa muscular em idosos realizada no Brasil com pontos de corte de 33 cm nas mulheres (sensibilidade: 80,0%; especificidade: 84,6%) e 34 cm nos homens (sensibilidade: 71,5%; especificidade: 77,4%) (PAGOTTO *et al.*, 2017).

Outro item importante na avaliação de idosos internados é a avaliação nutricional. A desnutrição é definida como o desequilíbrio entre o consumo de nutrientes e as necessidades do organismo decorrente de uma dieta inadequada ou de fatores que comprometem a ingestão, absorção e uso desses nutrientes em consequência de necessidades nutricionais aumentadas ou alguma afecção (MORLEY, 1998). A desnutrição pode ter como causas: fatores socioeconômicos que dificultam o acesso a alimentos fontes de proteínas como leite, carnes e substitutos por serem de alto custo, dificuldade de mastigação e deglutição,

isolamento social, perda do cônjuge, solidão, polifarmácia e comprometimento da capacidade funcional (MORLEY, 2001), visto que hoje a disfagia é considerada uma das causas mais importantes de desnutrição em idosos, e merece atenção especial (NAJAS e NEBULONI, 2018).

Essa triagem do risco nutricional, em idosos hospitalizados, poderá ser aplicada por qualquer profissional de saúde através do instrumento Mine Avaliação Nutricional (MNA-SF[®]- *short form*) na sua versão reduzida. É um teste simples e não invasivo e fácil de ser aplicado (cerca de 4 min), não oneroso, altamente específico (98%) e sensível (96%) e com boa reprodutibilidade, composto por seis questões sobre diminuição de a ingesta alimentar, perda de peso, mobilidade, estresse psicológico ou doença aguda e Índice de Massa Corpórea (IMC) (GUIGOZ *et al.*, 1996). Mas em 2009 Kaiser *et al.*, revisou e validou a MNA-SF[®] e propôs a utilização da CP em substituição ao IMC quando este não estiver disponível, mantendo os mesmos resultados (MNA-SF *revised*[®]).

Outro aspecto importante a ser avaliado no idoso hospitalizado é o estado de hidratação, visto que a ingestão de líquidos e principalmente de água é bastante comprometida em idosos, em especial nos pacientes com disfagia (NAJAS e NEBULONI, 2018).

A desidratação é definida como uma depleção da água corporal total devida a perdas patológicas de fluidos, diminuição do consumo de água ou a uma combinação de ambos (BEGUM; JOHNSON, 2010). E essa desidratação em idosos está associada à uma diminuição da percepção de sede se comparando ao sistema fisiológico de indivíduos mais jovens (MESSINGER-RAPPORT *et al.*, 2009). Essa depleção ocorre não só pela restrição da ingesta de líquidos, mas também pela diminuição do consumo de alimentos ricos em água. E essa diminuição de ingestão alimentar é frequente em idoso disfágicos, uma vez que necessitam de líquidos espessados e de mais tempo dos cuidadores para consumir o volume necessário, sendo por isso frequentemente negligenciados. No entanto, a alteração do estado de consciência, a demência, a diminuição das capacidades cognitivas, depressão, alterações sensoriais na visão, olfato, paladar, diminuição da mobilidade, bem como a presença de incontinência urinária, são também motivos frequentes para a redução do consumo de alimentos e água (WOTTON, CRANNITCH e MUNT, 2008).

A avaliação do estado de hidratação pode ser realizada por medições objetivas não invasivas (massa corporal, medições da ingestão e das perdas e as dejeções e avaliação dos sinais vitais), por observações subjetivas (turgor da pele, umidade das mucosas e sensação de sede) e por testes laboratoriais (osmoralidade sérica, concentração de sódio, hematócrito e osmoralidade urinária). Nas observações subjetivas: turgor da pele, umidade das mucosas e a sensação de sede, são consideradas as mais simples, mais rápidas e de menor custo para serem analisadas pela equipe de saúde (IHS, 2009).

Com todos os possíveis sinais avaliados durante a internação, é preciso verificar a qualidade de vida destes indivíduos idosos no ambiente hospitalar. Qualidade de Vida (QV) é definida como a percepção do indivíduo a respeito de sua condição de vida no contexto cultural e de sistemas de valores e a respeito da relação com as expectativas, objetivos e padrão de preocupações. Assim é preciso avaliar as adaptações que os sujeitos disfágicos precisam realizar para ter uma alimentação eficaz e segura. Com essa disfunção a nova forma de se alimentar pode trazer frustração, constrangimento, desânimo e isolamento social, uma vez que os sujeitos tendem a realizar suas refeições sozinhas, evitando comer na presença de familiares ou em locais públicos. Para essa avaliação pode ser aplicado o protocolo *SWAL-QOL (Quality of Life in Swallowing Disorders)* que se trata de uma autoavaliação composta por 44 questões que permite elucidar o impacto da QV dos sujeitos decorrentes das alterações apresentadas no momento da alimentação (GONÇALVES *et al.*; 2015).

O *SWAL-QOL* avalia onze domínios: deglutição como um fardo, desejo de se alimentar, seleção de alimentos, duração da alimentação, frequência de sintomas, comunicação, medo de se alimentar, saúde mental, sono, fadiga e o social. A pontuação varia de 0 a 100: quanto mais baixa a pontuação, pior a qualidade de vida relacionada à deglutição (MCHORNEY *et al.*, 2002).

E integrando a equipe de saúde, o fonoaudiólogo poderá avaliar e caracterizar a gravidade da alteração da deglutição através do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). O PARD é constituído por três partes: teste de deglutição da água, teste de deglutição de alimentos pastosos, classificação

do grau de disfagia e condutas (PADOVANI *et al.*, 2007; MORAES *et al.*, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2014).

O primeiro componente do PARD é o teste de deglutição da água, seguido da avaliação da deglutição com alimento pastoso. A classificação do grau de disfagias e condutas fazem parte do terceiro componente, onde é constituído por 5 níveis de classificação da disfagia e 3 tipos de condutas (PADOVANI *et al.*, 2012; MORAES *et al.*, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2014).

Diante desse contexto de reconhecer os sinais de alteração na deglutição, o enfermeiro ganha um papel de destaque por estar constantemente na linha de frente de prestação dos cuidados assistenciais ao paciente. Em uma revisão integrativa realizada por Dias e colaboradores (2018) com o objetivo de evidenciar a importância do cuidado integrado de fonoaudiologia e enfermagem ao cliente disfágico foi concluído que a enfermagem possui um grande potencial no rastreio e gerenciamento da disfagia pois, passam a maior parte do tempo com os pacientes hospitalizados e estão de maneira ideal posicionados para observar os que estão tendo dificuldade em comer, beber e tomar medicamentos. Além do mais, os enfermeiros constituem normalmente a maior equipe e estão disponíveis durante as 24 horas do dia, facilitando uma observação mais efetiva do cliente hospitalizado.

Também há os casos em que os pacientes são internados devido a sintomas como redução do apetite, perda de peso e infecções pulmonares recorrentes e todos esses sintomas podem indicar possível disfagia. O profissional que admite esse tipo de paciente deve estar ciente de que a triagem da deglutição deverá sempre ser realizada, pois a disfagia pode ser a causa subjacente que leva a internação hospitalar de idosos (GRIFFITEH, 2016; VESEY, 2017).

3.6. As interfaces da reabilitação

Reabilitar significa, acima de tudo, fornecer condições funcionais – neste caso, de alimentação. Para essa conquista, a terapia da deglutição deve ser diária e intensiva visando didaticamente às quatro fases da deglutição: oral preparatória, oral propriamente dita, faríngea e esofágica (SILVA *et al.*, 2006).

O reconhecimento da importância clínica e das complicações relacionadas a disfagia está crescendo entre os profissionais de saúde em muitas áreas. Além disso, o surgimento de novos métodos para rastrear e avaliar a função da deglutição, e avanços marcantes na compreensão da fisiopatologia dessas condições, estão abrindo caminho para uma nova era de pesquisa intensiva e estratégias terapêuticas ativas para pacientes afetados. De fato, está se desenvolvendo um campo unificado de deglutologia, com novos perfis profissionais para cobrir as necessidades de todos os pacientes com disfagia de forma não fragmentada (CLAVÉ e SHAKER, 2015).

O processo de reabilitação do paciente disfágico significa trabalhar para a conquista de uma deglutição sem riscos de complicações. Segundo DePippo e colaboradores (1994) o objetivo da reabilitação em disfagia é estabilizar o aspecto nutricional e eliminar os riscos de broncoaspiração e consequentes complicações relacionadas. Dessa forma, é preciso diferenciar o conceito de eficiência e eficácia em disfagia; a eficiência deve ser compreendida como a capacidade que um procedimento terapêutico possui para produzir efeitos benéficos na dinâmica da deglutição, já a eficácia está relacionada às melhoras no quadro geral do indivíduo, independente da permanência do distúrbio, desde que os procedimentos garantam ingestão oral segura, estabilização de comprometimentos pulmonares e manutenção da condição nutricional e psicossocial adequadas (LANGMORE, 1995; SILVA, 1999; PROSIEGEL *et al.*, 2005).

Para não ocorrer essa fragmentação assistencial a abordagem profissional ao paciente disfágico deverá ser multidisciplinar/interdisciplinar, mas os enfermeiros desempenham um papel diferenciado na observação e monitorização desse doente pelo seu acompanhamento contínuo (SILVA, 2015). As avaliações da equipe de enfermagem fornecem dados, que muitas vezes, não são observados durante o exame fonoaudiológico, nutricional ou médico, já que são os funcionários de enfermagem que estão com os pacientes durante administração de medicação via oral, administração da dieta e cuidados gerais (GUEDES, 2009).

No processo de reabilitação o enfermeiro tem um papel não só na sensibilização para observação dos sinais de disfagia, mas também na estimulação e aplicação de técnicas que possam melhorar o processo de deglutição e na

supervisão e ensino de outros profissionais de saúde e cuidadores informais (PINTO, 2013).

Molina e colaboradores (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura para conhecer quais intervenções são realizadas pelos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente adulto com disfagia e obtiveram os seguintes resultados: a intervenção mais prevalente é relacionada com o rastreio de disfagia, seguido pela avaliação clínica e a detecção de risco. Já as intervenções de enfermeiros na adequação da administração de medicamentos, cuidados nutricionais e detecção de possíveis complicações, podem reduzir a prevalência de penetrações e aspirações nesses indivíduos.

Em um estudo realizado por Zeng e colaboradores (2021) os profissionais de enfermagem foram utilizados para intervir em pacientes submetidos à radioterapia para câncer de esôfago. Os resultados mostraram que a taxa efetiva total de melhora da função de deglutição no Grupo de Intervenção (GI) foi de 82,8%, significativamente maior do que 57,8% no Grupo Controle (GC) e a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Os escores de autocuidado e qualidade de vida no GI foram superiores aos do GC, e a incidência de complicações no GI foi de 6,3%, obviamente inferior a 22,2% no GC.

A triagem serve para identificar os pacientes com maior risco de ter disfagia, para que possam ser encaminhados ao fonoaudiólogo que, então, administrará uma avaliação clínica diagnóstica abrangente. Os achados da triagem não fornecem informações sobre a gravidade da disfagia ou o melhor tratamento. Apenas os resultados de testes abrangentes são suficientes para direcionar o tratamento da disfagia (MCCULLOUGH, 2013). Neste sentido, o fonoaudiólogo irá intervir prevendo as técnicas a serem aplicadas no programa de reabilitação além de orientações complementares. As abordagens terapêuticas poderão ser indiretas (postura corporal, adaptação de utensílios, consistência, ritmo e volume do alimento, exercícios de fortalecimento muscular e vocais), manobras voluntárias de deglutição, manobras posturais de cabeça e coadjuvantes fonoterapêuticos (estimulação elétrica, bandagem terapêutica, eletromiografia de superfície (FURKIM e SANTINI, 1999; SPEYER *et al.*, 2009; TERRÉ e MEARIN, 2012; SZE *et al.*, 2016).

Em estreita cooperação interdisciplinar, o nutricionista deverá elaborar um plano de cuidados nutricionais ajustado individualmente e desenvolvido para apoiar o consumo oral seguro, fácil e atraente. Uma vez que os pacientes com disfagia geralmente não atendem às suas necessidades dietéticas por meio de dieta normal ou de textura modificada, a ingestão oral deve ser facilitada e aumentada pelo enriquecimento das refeições e suplementos nutricionais orais. Se a ingestão de alimentos e líquidos por via oral for insuficiente ou mesmo impossível, a alimentação enteral é indicada (WRIGHT *et al.*, 2005; WIRTH *et al.*, 2016)

Outra interface na reabilitação é a fisioterapia, que irá intervir na melhora da força muscular respiratória, no treinamento muscular, na mobilização e posicionamento do paciente. Já em indivíduos acamados e acometidos com disfagia o fisioterapeuta deverá avaliar a eficiência da tosse, mobilidade da coluna cervical e a força da musculatura respiratória. Também irá intervir em pacientes traqueostomizados com a melhora da permeabilidade da via aérea objetivando a decanulação (BUSCH e VARKALA, 2018).

Já a odontologia tem um papel de contribuir no restabelecimento da função mastigatória. O odontólogo irá avaliar e realizar uma reabilitação com próteses, mensuração na força de mordida, tratamento e prevenção e tratamento de doenças dentárias objetivando restabelecer não apenas a estética, mas também a função mastigatória.

O médico deverá participar de maneira interdisciplinar realizando avaliações clínicas e físicas do paciente. É o responsável legal pela prescrição da dieta e de medicamentos com base nos achados das suas avaliações e dos outros profissionais da equipe além de procedimentos invasivos para diagnóstico ou terapêutica. Dentre as especialidades podemos destacar a otorrinolaringologia como a área que mais está relacionada com a disfagia (GUEDES *et al.*, 2009).

Devido à alta complexidade no atendimento desses pacientes, outros profissionais de saúde também deverão ser inseridos nessa interface de reabilitação (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e farmacêutico) já que a adequada avaliação da disfagia deverá ser responsabilidade de uma equipe multidisciplinar/interdisciplinar (BOTELLA e FERRERO, 2002; FREITAS *et al.*, 2007).

Dessa forma, a alimentação não é um ato que se limita apenas a suprir a saciedade de sobrevivência, mas constituiu também fonte de prazer, caracterizando-se, como um ato social e facilitador de interação entre pessoas. Sendo assim, a reabilitação ou habilitação do ato alimentar visa melhoraria na qualidade de vida desses pacientes, contudo, é necessário que haja uma reflexão por parte dos profissionais envolvidos nesse processo no intuito de um programa onde os idosos disfágicos sejam vistos individualmente (SILVA *et al.*, 2006).

4 - OBJETIVOS DO ESTUDO

4.1 Objetivo geral

- Investigar o risco de disfagia em idosos hospitalizados e suas associações com os riscos/consequências clínicas, sociais e psicológicas.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar características da amostra estudada: tempo de internação, hidratação, risco nutricional, risco de sarcopenia, nível de cognição e risco de disfagia.
- Verificar a qualidade de vida dos participantes, comparando os que apresenta ou não risco de disfagia.
- Investigar a associação entre o risco de sarcopenia, risco nutricional e hidratação com o risco de disfagia no idoso hospitalizado.
- Verificar a associação entre os instrumentos *EAT-10* e o *PARD* na avaliação de idosos hospitalizados.

4.3-Hipóteses

- Os riscos de sarcopenia, desidratação e desnutrição estão relacionadas aos riscos e/ou dificuldades na dinâmica alimentar.
 - A qualidade de vida está relacionada com os riscos da deglutição.

5 – MÉTODOS

5.1-Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico.

5.2- Cenário

O recrutamento dos participantes e a coleta dos dados foi realizada entre setembro e dezembro de 2021, na clínica médica do Hospital Regional de Samambaia (HRSam) pertencente a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Em 2018 o HRSam teve 10.339 mil Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's), destas 1.449 foram referentes a idosos (BRASÍLIA, 2019).

5.3 – Participantes

A amostragem foi por conveniência, ou seja, não probabilística, por ser de fácil acesso e por apresentar vantagens óbvias em termos de custo e logística, além de ser útil para verificar se o problema da pesquisa existe no universo em que estão inseridas (PEREIRA, 2005; HULLEY et al., 2015).

Dessa forma, o tamanho amostral compreendeu todos os idosos hospitalizados na clínica médica e que atenderam aos critérios de inclusão no período da coleta de dados.

Cabe destacar que estudo prévio, com desenho semelhante, foi utilizado como base para norteamto dos meses de coleta. Um cálculo amostral inicial foi realizado, baseado em um estudo realizado por Maciel, Oliveira e Tada (2008), onde se pesquisou a associação entre o risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados na clínica médica de um hospital universitário de Brasília. Foi utilizado o programa G-Power 3.1, considerando poder de 95%, significância de 5% e uma população de 49 indivíduos. Aplicando o desfecho principal de risco de disfagia e risco nutricional obteve-se um tamanho amostral mínimo de 44 participantes para este estudo.

5.4 – Critérios de inclusão dos participantes

Foram incluídos na pesquisa voluntários com idade igual ou superior a 60 anos e internados na clínica médica.

5.5- Critérios de exclusão de participantes

Foram considerados inelegíveis para a pesquisa os participantes que não conseguiram realizar avaliação cognitiva, que possuíam algum membro inferior amputado; faziam uso de prótese ortopédica em membros inferiores; que apresentavam edema em membro inferior; ou que estavam com dieta via oral suspensa.

5.6- Aspectos éticos

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (CEP/FCE), conforme parecer número 3.749.828 (ANEXO 1), CAAE: 18188219.0.0000.8093 e Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS), conforme parecer número 3.820.960 (ANEXO 2), CAAE: 18188219.0.3001.5553. Todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo e que se encaixaram nos critérios de inclusão assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 3) .

5.7 – Procedimentos de avaliação

As avaliações com os instrumentos MEEM, *EAT-10*, *SARC-F+CP*, *MNA-SF revised®*, *SWAL-QOL* e turgor da pele foram realizadas pelo pesquisador principal (enfermeiro) capacitado para a aplicação. Já a avaliação pelo PARD foi realizada pela pesquisadora auxiliar (fonoaudióloga) capacitada para a aplicação. O PARD foi aplicado após as avaliações iniciais do pesquisador principal. Não houve comunicação de resultados das avaliações feitas pelo pesquisador principal a pesquisadora auxiliar antes e nem após a realização das avaliações.

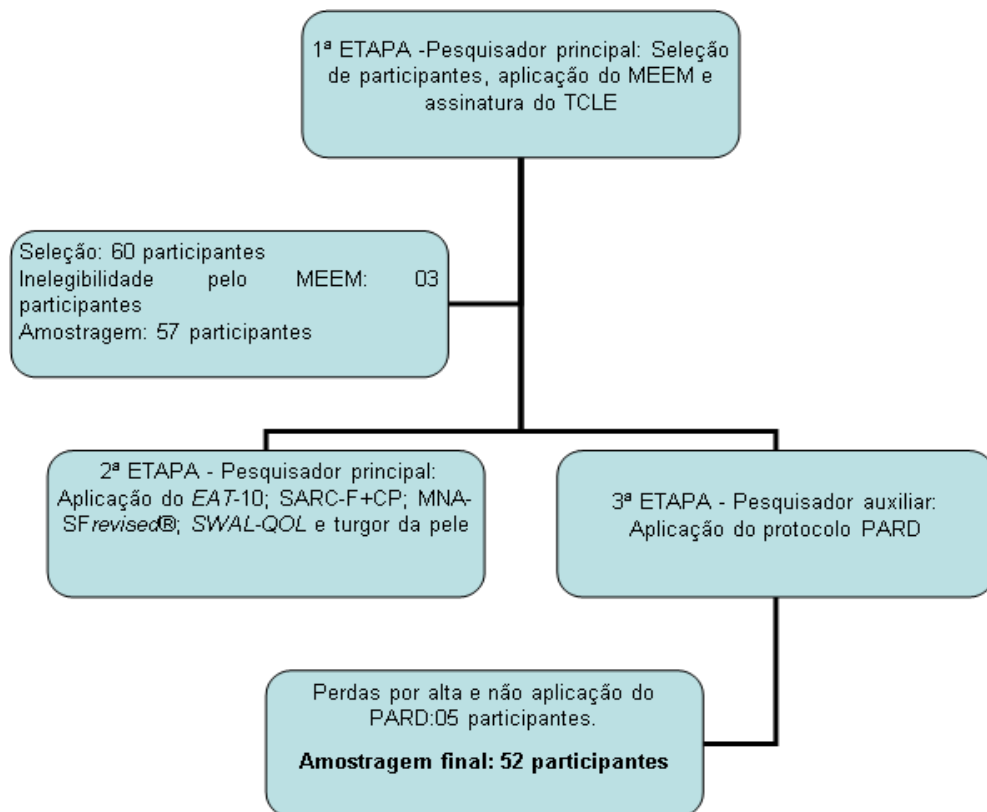
Os instrumentos impressos não foram entregues aos participantes e sim realizada a leitura para os mesmos responderem. Somente no MEEM onde o

participante precisava utilizar papel e caneta foram fornecidos o material e realizado o registro das ações em outro local. O motivo dessa abordagem foi pelo risco de contaminação via papel pelo Covid-19, pois o pesquisador principal precisava levar os registros para fora do ambiente hospitalar para análises.

Após assinatura do TCLE foi realizado uma busca de dados como: tempo de internação, idade, sexo, escolaridade, raça, cor, doenças, uso e via de administração de medicações, tipo de dieta ofertada, alterações no paladar, mobilidade e frequência da higiene oral que foram coletadas por meio de um levantamento estruturado acessando o prontuário do participante através do sistema *TrakCare®* de informação em saúde da Secretária de Saúde do Distrito Federal e através de perguntas respondidas pelo participante. (ANEXO 4).

Na Figura 4 segue o fluxograma da pesquisa até chegar ao número de participantes incluídos no estudo.

Figura 4. Fluxograma da pesquisa



Fonte: dados da pesquisa, 2022.

5.7.1- Avaliação Cognitiva

A cognição é a capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano. Há diversos testes para a avaliação cognitiva, mas recomenda-se que a triagem seja feita utilizando-se instrumentos mais simples, rápidos e de fácil aplicação, como o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN *et al.*, 1975; BRUCKI, 2003).

O MEEM (ANEXO 5) é uma avaliação extremamente útil na triagem cognitiva por ser simples e de fácil aplicação, com duração de no máximo 10 minutos. É composto por 11 itens e a pontuação máxima é de 30 pontos. Os primeiros cinco itens do instrumento determinam basicamente a memória e função executiva (atenção e concentração). A segunda metade avalia as outras funções corticais (linguagem, gnosis, praxia, função executiva e função visuoespacial) (PARANÁ, 2018). A avaliação seguiu as recomendações do manual de Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.

Inicialmente perguntou-se ao participante a data atual (ano, mês, dia do mês, dia da semana e hora aproximada) e onde estamos (estado, cidade, bairro, local). Em seguida, solicitou-se que o mesmo repetisse três palavras aleatórias (gelo, cidade e planta). As três palavras foram faladas com clareza e pausadamente (um segundo para cada palavra), para focalizar a atenção auditiva. O participante foi orientado a ouvir atentamente as três palavras e, logo em seguida, repeti-las. A primeira repetição determina o escore (0 a 3). Após a pontuação, certificou-se que o mesmo tinha memorizado as palavras, explicando que teria que repeti-las posteriormente. Foram repetidas conforme a necessidade de cada participante (até cinco tentativas).

O item de atenção e cálculo avaliou a atenção e concentração (função executiva), e serviu como elemento para avaliação da memória de evocação. Solicitou-se que o participante realizasse o cálculo (“sete seriado”) ou que soletrasse a palavra mundo (se não soubesse realizar cálculos) “da última letra para a primeira”. A tendência é o uso do “sete seriado”, por depender menos do nível de escolaridade. Um ponto foi dado para cada acerto na subtração, mesmo que a

subtração anterior tivesse sido incorreta (por exemplo, “93, 87, 80, 73, 66” receberá quatro pontos). Os casos onde ocorreu erros foram prosseguidos com a subtração, sem corrigir o participante.

Após dois minutos do registro, foi solicitado ao participante que repetisse as três palavras memorizadas anteriormente (gelo, cidade e planta). Cada palavra recordada valeu 1 ponto, independente da sequência. Continuou-se o teste, apontando para uma caneta e um relógio e pedindo ao participante para nomeá-los, cada acerto correspondeu a 1 ponto.

Em seguida solicitou-se que o participante repetisse a frase “nem aqui, nem ali, nem lá”, na sequência correta (1 ponto). Foi certificado de que o participante ouviu a ordem com clareza e permitiu somente uma tentativa. Neste momento o pesquisador apanhou uma folha de papel e entregou para o participante com a seguinte ordem: “Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão”. O score foi dado pela sequência correta das 3 ações (três pontos). O participante pode utilizar as duas mãos para dobrar a folha e esta pode ser dobrada até por duas vezes.

O item “escrever uma frase ou sentença completa” requereu a presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. Foi dado o comando ao participante de escrever uma frase que tinha começo, meio e fim, e que fizesse sentido. No próximo item foi mostrando a frase FECHÉ SEUS OLHOS, e solicitado ao participante que fizesse o que estava escrito. As letras foram impressas em tamanho grande para atender ao grau de acuidade visual dos participantes.

No último item da avaliação MEEM foi mostrado ao participante o desenho de dois pentágonos em tamanho grande e solicitado ao mesmo que copiasse os dois desenhos. Foi avaliado a presença dos 5 lados ou 10 ângulos e da interseção. O tremor e rotação do desenho foram ignorados.

A pontuação de corte utilizada foi a recomendada por Bertolucci e colaboradores (1994): 13 para analfabetos, 18 para baixa e média e 26 para alta escolaridade. Essa referência apresentou sensibilidade de 82,4% para analfabetos, 75,6% para baixa e média e 80% para alta escolaridade; e especificidade de 97,5% para analfabetos, 96,6% para baixa e média e 95,6% para alta escolaridade.

5.7.2- Avaliação do risco de disfagia

A primeira avaliação para o rastreio de risco para disfagia foi realizada pelo instrumento EAT- 10 que avaliou o processo de alimentação do participante. Cada questão tem uma pontuação de 0 (sem problemas) a 4 (problema grave) sendo a pontuação máxima do instrumento de 40 pontos e a notas de corte < 3 pontos sem risco para disfagia e maior ou igual a 3 com risco para disfagia (CARVALHO e SALES, 2016). O instrumento aborda o participante questionando “o quanto essas situações são um problema para você? Marque o melhor número para o seu caso”, e segue com os questionamentos: meu problema de engolir me faz perder peso; meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa; preciso fazer força para beber líquidos; preciso fazer força para engolir comida (sólido); preciso fazer força para engolir remédios; dói para engolir; meu problema para engolir me tira o prazer de comer; fico com comida presa/ entalada na garganta; eu tusso quando como e engolir me deixa estressado. Após o participante responder, somaram-se os valores das respostas correspondentes em cada item onde um resultado maior ou igual a três foi indicador de alteração. (ANEXO 6).

5.7.3- Avaliação do risco de sarcopenia e CP

Após aplicação do EAT-10 foi iniciado o questionário SARC-F (*Strength, Assistance with walking, Rise from a chair, Climb stairs and Falls*) + CP (ANEXO 7) para análise do risco de sarcopenia. Foram aplicadas as seguintes perguntas: Quanta dificuldade o senhor (a) tem para levantar ou carregar 5,0kg? Quanta dificuldade o senhor (a) tem para andar por um quarto? Quanta dificuldade o senhor (a) tem para levantar de uma cadeira ou cama? Quanta dificuldade o senhor (a) tem para subir 10 degraus de escada? Quantas vezes o senhor (a) caiu no último ano? As respostas possíveis e quantificáveis foram: nenhuma = 0, alguma = 1, muita ou não consegue = 2, e para a pergunta: quantas vezes o senhor (a) caiu no último ano? Os valores mensuráveis das repostas foram: nenhuma = 0; 1-3 quedas = 1; 4 ou mais quedas = 2 (BARBOSA-SILVA *et al.*, 2016; EWGSOP2 ,2019).

Em seguida foi realizada a medida antropométrica da circunferência da panturrilha. A medida foi realizada na perna direita, com uma fita métrica inelástica, na sua parte mais protuberante, com o participante com a perna dobrada formando um ângulo de 90 graus com o joelho e para evitar o viés de erro inerente à CP, esse procedimento foi realizado por um único antropometrista (o pesquisador principal). Em participantes acamados a aferição foi realizada no leito e em deambulantes sentados em uma cadeira. A pontuação para CP seguiu os seguintes pontos de corte: mulheres >33cm 0, ≤33 cm 10; homens >34cm 0 e ≤34cm 10 (BARBOSA-SILVA *et al.*, 2016; PAGOTTO *et al.*, 2017).

Após aplicação do questionário SARC-F + CP fez-se o somatório dos valores das respostas (0 – 20 pontos) e o participante foi classificado em: ausência de sinais sugestivos de sarcopenia (0 – 10 pontos) e sugestivo de sarcopenia (11 – 20 pontos) (BARBOSA-SILVA *et al.*, 2016).

5.7.4- Avaliação do risco nutricional

O risco de desnutrição foi avaliado pela aplicação da MNA-SF *revised*® (ANEXO 8) O consenso brasileiro de nutrição e disfagia recomenda a aplicação, pelo enfermeiro, dessa versão reduzida, garantindo a identificação dos idosos em risco e a possibilidade de indicação quando o escore for menor ou igual a 12 para avaliação específica com nutricionista (SBGG,2011). Podemos citar como benefícios dessa versão a exclusão de itens redundantes, que necessitavam de treinamento especial, que envolviam subjetividade e memória do paciente ou que produzissem muitas respostas em branco ou “não sei” (RUBENSTEIN, 2001).

O MNA-SF *revised*® foi aplicado ao participante. É um questionário de triagem composto por 5 perguntas com opções de respostas correspondentes a pontos (podem variar de 0 a 3), para somatória no final da avaliação. Aborda diminuição de a ingestão alimentar, perda de peso, mobilidade, estresse psicológico ou doença aguda e problemas neuropsicológicos, o Índice de Massa Corpórea (IMC) poderá ser substituído pela CP na impossibilidade de verificação do mesmo. Para todos os participantes foram utilizados o IMC. Ao final foi realizada a somatória dos números correspondentes as respostas para obter o escore final da triagem: 12-14

pontos: estado nutricional normal; 8-11 pontos: sob risco de desnutrição e 0-7 pontos: desnutrido (RUBENSTEIN, 2001; SBGG, 2011).

5.7.5- Avaliação do turgor da pele

O turgor da pele é a elasticidade da pele, ou seja, sua habilidade de se esticar e retomar a força original. Para avaliá-lo pinça-se com o polegar e o indicador uma prega de pele, incluindo tecido subcutâneo, do antebraço ou da junção esternoclavicular, em seguida, solte a pele. Em situação normal, a prega se desfaz rapidamente indicando que a pele está hidratada, quando a prega se desfaz lentamente (mais de 30 segundos), ou continuar na posição elevada, indica que a pele está desidratada (FREITAS *et al.*, 2002; ANDRIS *et al.*, 2006).

Essa avaliação foi realizada para verificar a hidratação do participante (ANEXO 9). Foi explicado ao participante que para esse teste seria necessário tocar em sua pele do antebraço e fazer uma prega cutânea e soltar em seguida. O turgor foi descrito como normal ou diminuído.

5.7.6- Avaliação da qualidade de vida em disfagia

Em seguida foi avaliado o impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida desse participante idoso hospitalizado por meio do instrumento SWAL-QOL validado para o português brasileiro por PORTAS (2009). Este questionário é composto por 44 questões que avaliam onze domínios, sendo eles: deglutição como fardo, desejo de se alimentar, tempo de se alimentar, frequência de sintomas, seleção de alimentos, comunicação, medo de se alimentar, saúde mental, função social, sono e fadiga (ANEXO 10). O participante respondeu sobre a frequência com que ocorria cada uma das afirmações presentes em cada domínio (sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, nunca), quanto à veracidade das mesmas (totalmente verdade, muito verdade, alguma verdade, muito pouco verdade e falso) ou quanto ao grau de concordância que apresenta com elas (concordo totalmente, concordo, não tenho a certeza, discordo, discordo totalmente) (MCHORNEY *et al.*,

2002). Os valores de cada resposta dentro de cada domínio devem ser somados e o resultado dividido pelo número de questões do domínio analisado. A resultado final do instrumento é a somatória da pontuação em cada domínio, podendo variar de 0 a 100; quanto mais baixa a pontuação pior a qualidade de vida relacionada à deglutição (VIEIRA, 2010; MCHORNEY *et al.*, 2002).

5.7.7- Aplicação do protocolo PARD

Em outro momento os participantes foram avaliados com o protocolo PARD pela fonoaudiologia (ANEXO 11). A fonoaudióloga foi inscrita junto ao CEP e foi convidada e voluntária para aplicação do PARD, além de ter experiência nesse tipo de avaliação.

A aplicação do protocolo PARD, requer que o fonoaudiólogo esteja ciente do quadro clínico do participante. Somente o participante que esteja alerta, acordado e com capacidade de receber líquidos e alimentos via oral irão ser avaliados conforme o protocolo. Foram necessários para aplicação os seguintes materiais: estetoscópio, oxímetro de pulso, 15ml de água potável, 54ml de alimento pastoso, seringas de 5 e 10ml e uma colher de sobremesa (PADOVANI *et al.*, 2012).

Antes de iniciar os testes foram verificados os sinais vitais prévios: Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR) e Saturação da Pressão de Oxigênio (SPO₂).

O primeiro teste foi o da água, onde o fonoaudiólogo ofertou gradativamente de 1 a 5ml na seringa ao participante, pedindo que o mesmo sugasse a água da seringa enquanto o avaliador empurrava o êmbolo suavemente. Após foi orientado que o participante realizasse a deglutição para avaliações: escape oral anterior, tempo de trânsito oral, refluxo nasal, número de deglutições, elevação laríngea, ausculta cervical, saturação de oxigênio, qualidade vocal, tosse, engasgo, cianose, broncoespasmo e alterações na FC e FR (PADOVANI *et al.*, 2012).

O próximo teste foi o de deglutição com alimento pastoso que se iniciou com o fracionamento do alimento por meio da seringa de 10ml, gradativamente em 3, 5 e 10ml. Depois de fracionado o alimento foi colocado na colher de sobremesa e o participante foi orientado a capturá-lo da colher e deglutir; esse procedimento foi

repetido três vezes para cada volume, observando a uniformidade do desempenho. Neste teste também foram avaliados: escape oral anterior, tempo de trânsito oral, refluxo nasal, número de deglutições, elevação laríngea, ausculta cervical, saturação de oxigênio, qualidade vocal, tosse, engasgo, cianose, broncoespasmo e alterações na FC e FR (PADOVANI *et al.*, 2012).

Após realização dos testes o fonoaudiólogo classificou a deglutição do participante em: normal, funcional, disfagia leve, disfagia leve a moderada, disfagia moderada, disfagia moderada a grave ou disfagia grave (PADOVANI *et al.*, 2012). As condutas seguiram conforme descrito (PADOVANI *et al.*, 2012; MORAES *et al.*, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2014):

- Nível I: deglutição normal; alimentação será por via oral assistida pelo fonoaudiólogo, de acordo com as consistências;
- Nível II: deglutição funcional; alimentação será por via oral assistida pelo fonoaudiólogo, de acordo com as consistências;
- Nível III: disfagia orofaríngea leve; via alternativa de alimentação (sondas enterais), terapia fonoaudiológica e alimentação via oral assistida;
- Nível IV: disfagia orofaríngea leve a moderada; via alternativa de alimentação (sondas enterais), terapia fonoaudiológica e alimentação via oral assistida;
- Nível V: disfagia orofaríngea moderada; via alternativa de alimentação (sondas enterais), terapia fonoaudiológica e alimentação via oral assistida;
- Nível VI: disfagia orofaríngea moderada a grave; via alternativa de alimentação (sondas enterais) e terapia fonoaudiológica;
- Nível VII: disfagia orofaríngea grave; via alternativa de alimentação (sondas enterais) e terapia fonoaudiológica;

6 - ANÁLISE DE DADOS

Para a análise e interpretação dos resultados foram utilizados os programas Microsoft Excel 2018 e o “*Statistical Package of Social Sciences*” (SPSS) versão 19.0.

Primeiramente, realizou-se uma análise descritiva dos dados a fim de avaliar o comportamento geral dos dados. Nas variáveis quantitativas utilizou-se as principais medidas descritivas e para as variáveis qualitativas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Os dados, nesta etapa, também foram apresentados por meio de tabelas.

Após a análise exploratória dos dados empregou-se técnicas de inferência estatística, a fim de inferir características da população estudada. A associação entre a variável classificação EAT- 10 e as variáveis qualitativas foi verificada através do teste de qui-quadrado de Pearson (distribuição normal) e do Teste t-Mann-Whitney (distribuição não normal). Para verificar a normalidade nas variáveis foi empregado o teste de Kolmogorov-Smirnov. A correlação entre as variáveis do *SWAL-QOL* foi realizada com o teste de correlação de Spearman.

O nível de confiança adotado neste estudo foi equivalente a 95%.

7 - RESULTADOS

7.1- Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 52 indivíduos com idade média de 73 anos. O tempo de internação, tendo a relação com o dia da pesquisa, apresentou uma média de 5,5 dias (TABELA 1).

Tabela 1. Média de idade e tempo de internação em idosos. Brasília, DF, 2022.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade (Anos)	73,17	8,38	61,00	94,00
Tempo de Internação (Dias) no dia da pesquisa	5,50	3,86	1,00	15,00

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

O sexo dos participantes encontra-se na amostra de forma balanceada (TABELA 2). A maioria dos participantes foi da cor/raça branca. A maioria eram casados e em relação ao nível de escolaridade, 26 relataram possuir o ensino fundamental incompleto.

Em relação a internação 67,31% dos indivíduos era procedentes de outras unidades de saúde. A questão respiratória foi o motivo de internação principal, estando infectados pelo Coronavírus (Covid-19) 75,00% dos idosos. A mobilidade estava normal para a maioria.

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foram as comorbidades mais prevalentes.

O número de medicações apresentou variância entre os participantes, estando a maioria fazendo uso de três medicações, seguidos de cinco e dos que não faziam uso de nenhuma medicação.

No que tange a dieta a maioria dos participantes estavam com dieta do tipo branda seguida de dieta do tipo pastosa. A via de administração da dieta foi predominantemente oral. A queixa relacionada a disfagia mais afirmada foi a tosse, mas a maioria dos participantes 63,00% negaram queixas relacionadas.

Os dados relacionados a saúde bucal mostraram que a maioria estavam em uso de prótese dentária total e realizava a higiene oral duas vezes ao dia.

Em relação ao tabagismo e etilismo a maioria dos participantes afirmou nunca ter fumado ou consumido bebida alcoólica, seguido pelos que já fizeram uso de cigarros e álcool, mas não possuíam mais o hábito.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica, clínica e funcional em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Variável	Classificação	n = 52	%
Gênero	Feminino	28	53,85%
	Masculino	24	46,15%
Raça/Cor	Amarela	1	1,92%
	Branca	32	61,54%
	Parda	18	34,62%
	Preta	1	1,92%
Estado civil	Casado	21	40,38%
	Divorciado	5	9,62%
	Solteiro	5	9,62%
	União estável	5	9,62%
	Viúvo	16	30,77%
Escolaridade	Analfabeto	7	13,46%
	E.M. Comp	8	15,38%
	E.M.Inc	1	1,92%
	E.Fun.Comp	6	11,54%
	E.Fun.Inc	26	50,00%
	E.S. Comp	4	7,70%
Procedente de outra unidade de saúde	Não	17	32,69%
	Sim	35	67,31%
Motivo internação	Cirúrgico	12	23,08%
	Respiratório	40	76,92%
Covid-19	Não	13	25,00%
	Sim	39	75,00%
Hipertensão Arterial Sistêmica	Não	18	34,62%
	Sim	34	65,38%
Diabetes Mellitus	Não	30	57,69%
	Sim	22	42,31%
Outras comorbidades	Não	18	34,62%
	Sim	34	65,38%
Quantidade de medicamentos em uso contínuo	1	5	9,62%
	2	6	11,54%
	3	10	19,23%
	4	8	15,38%
	5	5	9,62%
	Mais de 5	9	17,31%
	Sem uso de medicação	9	17,31%
Queixas	Engasgos	5	9,62%
	Falta apetite	1	1,92%
	Tosse	13	25,00%

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Variável	Classificação	n=52	%
Queixas	Sem queixas	33	63,46%
	Dentição permanente	2	3,85%
Dentição	Edentulismo	4	7,69%
	Prótese parcial	12	23,08%
	Prótese total	34	65,38%
	Branda/Pastosa	6	11,54%
Tipo de dieta	Branda	28	53,85%
	Enteral/Pastosa	3	5,77%
	Líquida	2	3,85%
	Pastosa	13	25,00%
Via da dieta	Oral	49	94,23%
	Sonda nasointestinal/Oral	3	5,77%
Paladar	Ausente	2	3,85%
	Diminuído	18	34,62%
	Normal	30	57,69%
	Queixa de gostos	2	3,85%
Frequência da higiene oral	1	8	15,38%
	2	20	38,46%
	3	6	11,54%
	Mais de 3	18	34,62%
Mobilidade	Acamado	4	7,69%
	Com auxílio	15	28,85%
	Normal	33	63,46%
Tabagismo/Etilismo	Etilismo	6	11,54%
	Tabagismo	1	1,92%
	Ex. etilista	5	9,62%
	Ex. tabagista	11	21,15%
	Ex. tabagista/Ex. etilista	11	21,15%
	Nunca fumaram ou consumiram álcool	18	34,62%

Fonte: dados da pesquisa, 2022. **Legenda:** E.M. COMP: Ensino Médio Completo; E.M.INC: Ensino Médio Incompleto; E.FUN.COMP: Ensino Fundamental Completo; E.FUN.INC: Ensino Fundamental Incompleto; E.S. COMP: Ensino Superior Completo

De acordo com a escolaridade, a maioria dos participantes apresentaram as seguintes pontuações da avaliação cognitiva, neste caso descrito em intervalos: analfabetos entre **18-24** pontos; ensino fundamental completo, entre **18-26 pontos**; ensino fundamental incompleto, entre **18-28 pontos**; ensino médio completo, entre **19-30 pontos**; ensino médio incompleto, entre **29-30** pontos e ensino superior completo, entre **27-30 pontos**. Os resultados podem ser analisados na Tabela 3:

Tabela 3. Avaliação Cognitiva MEEM de acordo com a escolaridade em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Escolaridade	Pontuação MEEM														Total Geral	
	18		19-20		21-22		23-24		25-26		27-28		29-30			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	5	9,62	0	0,00	1	1,92	1	1,92	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	13,46
E.Fun.Comp	1	1,92	1	1,92	3	5,77	0	0,00	1	1,92	0	0,00	0	0,00	6	11,54
E.Fun.Inc	5	9,62	1	1,92	6	11,54	7	13,46	5	9,62	2	3,85	0	0,00	26	50,00
E.M. Comp	0	0,00	2	3,85	0	0,00	0	0,00	5	9,62	0	0,00	1	1,92	8	15,38
E.M.Inc	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,92	1	1,92
E.S.Comp	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	5,77	1	1,93	4	7,70
Total Geral	11	21,15	4	7,69	10	19,23	8	15,38	11	21,16	5	9,62	3	5,77	52	100,00

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

7.2- Descrição do EAT-10

A soma total do EAT-10 classificou o idoso em risco (≥ 3) ou não risco (< 3) de disfagia. Conforme a Tabela 4, podemos analisar as pontuações desses idosos e o número absoluto e relativo em cada pontuação. Além de podermos verificar também os níveis de classificações do protocolo PARD apresentado em cada pontuação e classificação do EAT-10. A pontuação 4 foi a predominante em 4 idosos com risco de disfagia e na classificação sem risco de disfagia a pontuação zero foi predominante. Já o nível de classificação do protocolo PARD apresentou variações dentro da classificação do EAT-10, sendo nos idosos sem risco de disfagia a predominância do nível I (deglutição normal) e nos que apresentaram risco de disfagia os níveis I (deglutição normal) e nível II (deglutição funcional) mantiveram a

mesma predominância 13,88%. As outras definições das classificações de nível PARD podem ser verificadas na Tabela 4.

Tabela 4. Pontuação e classificação do EAT-10 junto com as classificações dos níveis PARD em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Classificação EAT-10	Pontuação EAT- 10											TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6	7	13	18	20	
Risco de disfagia				2 (12,50%)	4 (25,00%)	2 (12,50%)	1 (6,25%)	2 (12,50%)	2 (12,50%)	1 (6,25%)	2 (12,50%)	16 (100,00%)
Sem risco de disfagia	21 (58,31%)	10 (27,77%)	5 (13,92%)									36 (100,00%)
Nível PARD	I (16) II (4) III (1)	I (4) II (6)	I (3) II (2)	I (1) IV (1)	I (1) II (3)	I (1) II (1)	III (1)	I (1) IV (1)	I (1) V (1)	IV (1)	II (1) VII (1)	52 (100,00%)

Sem risco de disfagia	Com risco de disfagia	Não pontuado na categoria
-----------------------	-----------------------	---------------------------

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Nível PARD de disfagia:
 I Deglutição normal
 II Deglutição funcional
 III Disfagia orofaríngea leve
 IV Disfagia orofaríngea leve a moderada
 V Disfagia orofaríngea moderada
 VI Disfagia orofaríngea moderada a grave
 VII Disfagia orofaríngea grave

7.3-Associação do risco de disfagia com o risco de sarcopenia, risco nutricional, hidratação e qualidade de vida

A fim de averiguar se existe associação entre a variável classificação *EAT- 10* e as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de qui-quadrado. Esse teste foi utilizado para testar a significância da associação entre as categorias em uma tabela cruzada. As hipóteses do teste foram: H0: as variáveis são independentes; H1: as variáveis não são independentes.

No teste qui-quadrado a hipótese nula das variáveis é rejeitada quando apresentarem valores $<0,05$. Nas tabelas abaixo a variável classificação *EAT-10* é dependente das variáveis classificação *SARC-F+CP* e classificação *MNA-SF revised®*, pois o p-valor apresentado para o teste dessas variáveis foram $<0,05$, logo aceitamos a hipótese alternativa de que as variáveis são dependentes.

Os dados da Tabela 5 nos mostra que dos 16 participantes que apresentaram risco de disfagia 12 apresentaram risco de sarcopenia, e 20 dos que não apresentaram risco de disfagia não apresentaram risco de sarcopenia. A associação entre as variáveis apresentou um $p=0,04$, podendo-se afirmar que há evidências estatísticas de que as variáveis de estudo são dependentes.

Tabela 5. Frequência Absoluta e Relativa da Classificação *EAT-10* segundo a classificação *SARC-F+CP* em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Classificação <i>EAT-10</i>	CLASSIFICAÇÃO <i>SARC-F+CP</i>		Total	Qui-quadrado de Pearson (p-valor)
	Sem sinais de sarcopenia	Sugestivo de sarcopenia		
Risco de disfagia	4 (25,00%)	12 (75,00%)	16 (100,00%)	0,04*
Sem risco de disfagia	20 (55,60%)	16 (44,40%)	36 (100,00%)	
Total	24 (46,20%)	28 (53,80%)	52 (100,00%)	

Fonte: dados da pesquisa, 2022

Na Tabela 6 os dados nos mostram que dos 16 participantes com risco de disfagia, 11 estavam sob o risco de desnutrição, mas dos 35 que não apresentaram risco de disfagia somente 13 apresentavam estado nutricional sugestivo de normalidade. Pelos resultados abaixo ($p=0,008$) pode-se afirmar que há evidências estatísticas de que o risco para disfagia é dependente do risco de desnutrição. 61

Tabela 6. Frequência Absoluta e Relativa da Classificação *EAT-10* segundo a classificação *MNA-SF revised®* em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Classificação <i>EAT-10</i>	CLASSIFICAÇÃO <i>MNA-SF revised®</i>			Total	Qui-quadrado de Pearson (p-valor)
	Estado nutricional normal	Sob risco de desnutrição	Desnutrido		
Risco de disfagia	1 (6,25%)	11 (68,75%)	4 (25,00%)	16 (100,00%)	0,008*
Sem risco de disfagia	13 (36,11%)	22 (61,11%)	1 (2,78%)	36 (100,00%)	
Total	14 (26,92%)	33 (63,46%)	5 (9,62%)	52 (100,00%)	

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

De acordo com a Tabela 7, o turgor de pele estava normal em 11 dos 16 participantes com risco de disfagia e em 32 dos 36 participantes sem risco de disfagia. Dessa forma, não houve associação estatística entre as variáveis pois o $p=0,07$, sendo o risco para disfagia independente do turgor de pele.

Tabela 7. Frequência Absoluta e Relativa da Classificação *EAT-10* segundo o turgor da pele em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Classificação <i>EAT-10</i>	TURGOR		Total	Qui-quadrado de Pearson (p-valor)
	Normal	Reduzido		
Risco de disfagia	11 (68,80%)	5 (31,30%)	16 (100,00%)	0,07
Sem risco de disfagia	32 (88,90%)	4 (11,10%)	36 (100,00%)	
Total	43 (82,70%)	9 (17,30%)	52 (100,00%)	

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Para verificar se existe diferença estatística entre a classificação *EAT-10* e as variáveis relacionadas as variáveis qualidade de vida foi necessário primeiramente

testar o pressuposto de normalidade dos dados para saber se o teste utilizado seria o paramétrico ou não paramétrico. O teste utilizado para verificar a normalidade foi o teste de Kolmogorov-Smirnov. Na tabela 8 verifica-se que nenhuma variável relacionada a qualidade de vida apresenta distribuição de probabilidade normal, logo utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Tabela 8. Teste de normalidade das variáveis qualidade de vida em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Qualidade de vida	p-valor
Deglutição como fardo	0,00
Desejo de se alimentar	0,00
Tempo de se alimentar	0,00
Frequência de sintomas	0,00
Seleção de alimentos	0,00
Comunicação	0,00
Medo de se alimentar	0,00
Saúde mental	0,00
Função social	0,00
Sono	0,00
Fadiga	0,00

Teste de Kolmogorov-Smirnov. **Fonte:** dados da pesquisa, 2022.

Verifica-se por meio da Tabela 9 que as variáveis relacionadas a qualidade de vida apresentaram diferenças estatísticas em relação a classificação *EAT-10*, exceto a variável sono ($p > 0,05$). Na tabela também são descritas médias dos valores obtidos em cada um dos domínios, por categoria do *EAT-10*, assim como o desvio padrão.

Observando os dados na Tabela 9, podemos ver que os pacientes com risco de disfagia apresentaram uma menor pontuação no domínio “tempo de se alimentar” e uma maior pontuação no domínio de “saúde mental”. Neste mesmo grupo nenhum domínio atingiu a pontuação total (100 pontos). Já no grupo sem risco de disfagia a pontuação menor também foi referente ao domínio “tempo de se alimentar” e a maior pontuação foi no domínio “deglutição como fardo”.

Tabela 9. Resultados das variáveis relacionadas a qualidade de vida na deglutição, por domínio, segundo a classificação *EAT-10* em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Classificação <i>EAT-10</i> Domínios do <i>SWAL-QOL</i>	Risco de disfagia N = 16	Sem risco de disfagia N = 36	p-valor
Deglutição como fardo	75,00 ± 7,74	100,00 ± 0,00	0,00*
Desejo de se alimentar	86,44 ± 5,74	96,06 ± 1,71	0,02*
Tempo de se alimentar	47,66 ± 9,90	78,82 ± 5,00	0,01*
Frequência de sintomas	75,88 ± 4,14	93,03 ± 1,08	0,00*
Seleção de alimentos	80,47 ± 5,35	96,53 ± 1,54	0,00*
Comunicação	78,13 ± 6,70	96,18 ± 1,48	0,00*
Medo de se alimentar	62,48 ± 6,56	88,88 ± 2,47	0,00*
Saúde mental	89,69 ± 2,98	99,86 ± 0,14	0,00*
Função social	88,44 ± 4,56	100,00 ± 0,00	0,00*
Sono	79,94 ± 6,73	88,89 ± 2,85	0,39
Fadiga	75,47 ± 4,60	88,61 ± 1,88	0,01*

Teste de Wilcoxon Mann-Whitney. **Fonte:** dados da pesquisa, 2022. Legenda: *p-valor significativo.

A Tabela 10 apresenta a correlação entre das variáveis de qualidade de vida nas perturbações da deglutição (*SWAL-QOL*). O coeficiente de correlação de Spearman varia de -1 a +1. O valor +1 indica que quando uma variável aumenta, a outra variável também aumenta, já o valor -1 significa o contrário. Na tabela 10 os valores hachurados de cinza apresentam as correlações significativas entre as variáveis do *SWAL-QOL* de todos os participantes, o que indica que existe associação estatisticamente significativa entre as variáveis de todos os participantes. Valores positivos do coeficiente de correlação corresponde associação diretamente proporcional. Não foi observada nenhuma correlação negativa.

Tabela 10. Correlação das variáveis de qualidade de vida nas perturbações da deglutição (SWAL-QOL) de idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

VARIÁVEIS		FADIGA	SONO	FUNÇÃO SOCIAL	SAÚDE MENTAL	MEDO DE SE ALIMENTAR	COMUNICAÇÃO	SELEÇÃO DE ALIMENTOS	FREQ. DE SINTOMAS	TEMPO DE SE ALIMENTAR	DESEJO DE SE ALIMENTAR	DEGLUTIÇÃO COMO FARDOS
DEGLUTIÇÃO COMO FARDOS	Coef. de Correlação	0,45	0,20	0,53	0,52	0,39	0,59	0,40	0,47	0,38	0,17	1,00
	P-Valor	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,22	-
DESEJO DE SE ALIMENTAR	Coef. de Correlação	0,20	0,21	0,47	0,32	0,44	0,13	0,34	0,26	0,15	1,00	
	P-Valor	0,16	0,14	0,00	0,02	0,00	0,37	0,01	0,07	0,30	-	
TEMPO DE SE ALIMENTAR	Coef. de Correlação	0,23	0,02	0,26	0,42	0,56	0,26	0,36	0,50	1,00		
	P-Valor	0,11	0,86	0,06	0,00	0,00	0,07	0,01	0,00	-		
FREQ. DE SINTOMAS	Coef. de Correlação	0,45	0,16	0,38	0,64	0,68	0,50	0,43	1,00			
	P-Valor	0,00	0,25	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	-			
SELEÇÃO DE ALIMENTOS	Coef. de Correlação	0,31	0,28	0,42	0,54	0,42	0,09	1,00				
	P-Valor	0,03	0,04	0,00	0,00	0,00	0,55	-				
COMUNICAÇÃO	Coef. de Correlação	0,40	0,01	0,37	0,43	0,48	1,00					
	P-Valor	0,00	0,95	0,01	0,00	0,00	-					
MEDO DE SE ALIMENTAR	Coef. de Correlação	0,53	0,30	0,36	0,68	1,00						
	P-Valor	0,00	0,03	0,01	0,00	-						
SAÚDE MENTAL	Coef. de Correlação	0,41	0,25	0,54	1,00							
	P-Valor	0,00	0,07	0,00	-							
FUNÇÃO SOCIAL	Coef. de Correlação	0,26	0,27	1,00								
	P-Valor	0,07	0,05	-								
SONO	Coef. de Correlação	0,42	1,00									
	P-Valor	0,00	-									
FADIGA	Coef. de Correlação	1,00										
	P-Valor	-										

Fonte: dados da pesquisa, 2022. Coeficiente de correlação de Spearman. Legenda: *p-valor significativo.

7.4-Associação entre *EAT-10* e o PARD

A fim de averiguar se existe associação entre a variável *EAT-10* e a variável PARD (TABELA 11) foi utilizado o teste de qui-quadrado. As hipóteses do teste foram: H0: as variáveis são independentes; H1: as variáveis não são independentes. Pelos resultados abaixo, pode-se afirmar que há evidências estatísticas de que o risco para disfagia (*EAT-10*) é dependente do risco de disfagia PARD.

Os dados nos apontam que 11 dos 16 participantes que apresentaram risco de disfagia pelo *EAT-10* também foram classificados dentro das alterações de deglutição pelo PARD, sendo a mais frequente a classificação de deglutição funcional. Com relação aos 36 participantes que não apresentaram risco para disfagia pelo *EAT-10* a maioria também apresentou classificação de deglutição normal pelo PARD.

Tabela 11. Frequência Absoluta e Relativa da Classificação *EAT-10* segundo a classificação PARD em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Classificação <i>EAT-10</i>	PARD-CLASSIFICAÇÃO						Total	Qui-quadrado de Pearson (p-valor)
	Deglutição normal	Deglutição funcional	DO leve	DO leve/moderada	DO moderada	DO grave		
Risco de disfagia	5 (31,30%)	5 (31,30%)	1 (6,30%)	3 (18,80%)	1 (6,30%)	1 (6,30%)	16	0,01*
Sem risco de disfagia	23 (63,90%)	12 (33,33%)	1 (2,80%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	36 (100,00%)	
Total	28 (53,80%)	17 (32,70%)	2 (3,80%)	3 (5,80%)	1 (1,90%)	1 (1,90%)	52 (100,00%)	

Fonte: dados da pesquisa, 2022. DO= Disfagia Orofaríngea

7.5- Outros testes

7.5.1- Associação entre o *EAT-10* e higiene oral

Conforme Tabela 12, a classificação *EAT-10* está relacionada com a frequência com que o participante realiza a sua higiene oral ($p < 0,05$).

Tabela 12. Frequência da higiene oral segundo a classificação *EAT-10* em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Frequência	Risco de disfagia		Sem risco de disfagia		Total		Qui-quadrado de Pearson (p-valor)
	N	%	N	%	N	%	
1	4	25,0%	4	11,1%	8	15,4%	0,03*
2	8	50,0%	12	33,3%	20	38,5%	
3	3	18,7%	3	8,4%	6	11,5%	
4 ou mais	1	6,3%	17	47,2%	18	34,6%	
Total	16	100,0%	36	100,0%	52	100,0%	

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

7.5.2- Associação entre o *EAT-10* e o uso de prótese dentária

Segundo o teste qui-quadrado realizado, o risco de disfagia (*EAT-10*) não apresentou associação com a dentição do participante. A Tabela 13 apresenta os dados de referência.

Tabela 13. Frequência absoluta e relativa da classificação *EAT-10* segundo a dentição em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Classificação <i>EAT-10</i>	DENTIÇÃO				Total	Qui-quadrado de Pearson (p-valor)
	Dentição permanente	Dentulismo	Parcial	Total		
Risco de disfagia	0 (0,00%)	3 (18,75%)	4 (25,00%)	9 (56,25%)	16 (100,00%)	0,18
Sem risco de disfagia	2 (5,56%)	1 (2,78%)	8 (22,22%)	25 (69,44%)	36 (100,00%)	
Total	2 (3,85%)	4 (7,69%)	12 (23,08%)	34 (65,38%)	52 (100,00%)	

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

7.5.3- Associação entre *EAT-10* e a quantidade de medicações

Segundo o teste qui-quadrado realizado, o risco de disfagia (*EAT-10*) não apresentou associação com a quantidade de medicações em uso pelos participantes. A Tabela 14 apresenta os dados de referência.

Tabela 14. Quantidade de medicações segundo a Classificação *EAT-10*. Brasília, DF, 2022.

Quantidade	Risco de disfagia		Sem risco de disfagia		Total		Qui- quadrado de Pearson (p-valor)
	N	%	N	%	N	%	
0	2	12,5%	7	19,4%	9	17,3%	0,43
1	2	12,5%	3	8,3%	5	9,6%	
2	3	18,8%	3	8,3%	6	11,5%	
3	5	31,3%	5	13,9%	10	19,2%	
4	2	12,5%	6	16,7%	8	15,4%	
5	0	0,0%	5	13,9%	5	9,6%	
6 ou mais	2	12,5%	7	19,4%	9	17,3%	
Total	16	100,0%	36	100,0%	52	100,0%	

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

7.5.4- Associação entre *EAT-10* e o tempo de internação

A variável tempo de internação não segue uma distribuição de probabilidade normal, logo utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Não foi encontrado diferença estatística no tempo de internação segundo a classificação *EAT-10* (TABELA 15).

Tabela 15. Tempo de Internação segundo a Classificação *EAT-10*. Brasília, DF, 2022.

	Média	Erro padrão da média	Teste t-Mann-Whitney(p-valor)
Risco de disfagia	6,94	1,07	0,09
Sem risco de disfagia	4,86	0,59	

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

7.6- Razão de chances

Como foi demonstrado estatisticamente a associação do risco de disfagia (*EAT-10*) com as variáveis do SARCF+CP, MNA-SF *revised*®, PARD e higiene oral, realizou-se a razão de chances (*odds ratio*) dos indivíduos apresentarem risco de disfagia estando expostos as alterações nesses instrumentos (Tabela 16). Para verificar a razão de chances de um idoso hospitalizado exposto ao risco de disfagia pelo *EAT-10* apresentar alteração no PARD também foi apresentado na tabela.

Tabela 16. Razão de chances

Variável	Exposição	Odds Ratio Risco de disfagia EAT-10	IC 95%
MNA-SF <i>revised</i> ®	Desnutrido	52,00	2,616 – 1033,8
SARCF+CP	Sugestivo de sarcopenia	3,75	1,013 – 13,88
Higiene oral	≤3	13,42	1,59 – 112,64
Variável	Exposição	Odds Ratio PARD alterado (fincional+disfagia)	IC 95%
EAT-10	Risco de disfagia	3,89	1,10 – 13,68

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

8- DISCUSSÃO

8.1- Características da amostra

O presente trabalho procurou identificar o risco de disfagia em idosos hospitalizados e as associações desse risco com o risco de desnutrição, risco de sarcopenia, hidratação e qualidade de vida. Para tanto, o risco de disfagia foi avaliado por dois testes, sendo um aplicado por um pesquisador principal (enfermeiro) e outro aplicado pelo pesquisador auxiliar (fonoaudióloga).

A composição da amostra revelou que mesmo estando balanceada, a maioria dos idosos hospitalizados na clínica médica do HRSam entre setembro e dezembro de 2021 pertenciam ao sexo feminino, média de idade de 73 anos (mínimo de 61 anos e o máximo de 94 anos); afirmaram ser da raça/cor branca, casados e possuíam ensino fundamental incompleto. Esses achados vão ao encontro do estudo de Luccia e colaboradores (2016) onde a maioria eram do sexo feminino (67.1%) com média de idade de 71 anos (mínimo de 60 anos e máximo de 102 anos).

Os dados clínicos levantados apontaram que o motivo das internações foi respiratório (76,92%) tendo ligação com o Covid-19 em 75,00%. Esse achado pode estar relacionado à segunda onda da pandemia, onde houve pequena redução

proporcional de casos nas faixas etárias mais jovens (até 49 anos de idade) e aumento nas faixas mais idosas (≥ 60 anos) entre indivíduos de raça/cor branca (MOURA *et al.*, 2021). Estudos apontam que essa predominância de indivíduos de raça/cor branca pode ser reflexo das desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre brancos, pardos e negros. Ainda que a pandemia tenha afetado e continue afetando a população do país como um todo, as desigualdades e as situações de exclusão social que enfrentamos e que fazem parte da nossa realidade, apresentam-se sob diferentes formas de impactos. Indivíduos que possuem condições de vida e trabalho mais vulneráveis têm maiores dificuldades no acesso aos bens e serviços essenciais, podendo então resultar em diferenças observáveis de status socioeconômico como é o caso de raça/cor (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020; SILVA *et al.*, 2020). Não foi objetivo do estudo encontrar associação entre a disfagia e a infecção pelo Covid-19.

Em relação as comorbidades, a HAS e o DM apresentaram respectivamente em 65,38% e 42,31% da amostra, estando também outras patologias associadas em 65,38%. Essa maior presença de HAS entre os participantes, vem ao encontro de Paixão e Silva (2010) que identificaram essa característica em 60,5% dos pacientes portadores de disfagia.

Com relação ao quantitativo de medicamentos utilizados pelos participantes, um maior número relatou fazer uso de três diferentes medicações (19,23%). Mas quando somamos os que fazem uso de cinco medicamentos (9,62%) com os que fazem uso de mais de cinco medicações (17,31%) o estudo apresenta 26,93% de indivíduos classificados como polifarmácia. Esse dado também foi encontrado em estudos de base populacional no Brasil, onde a prevalência de polifarmácia na população idosa variou entre 25 e 36% e apresentou associação com sexo feminino, idade igual ou superior a 75 anos e baixa escolaridade (ROZENFELD; FONSECA; ACURCIO, 2008; GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010; CARVALHO *et al.*, 2012).

Neste estudo, o número de medicações em uso não apresentou associação com o risco de disfagia ($p > 0,05$) pelo instrumento *EAT-10*. Isso também pode ser verificado na questão de número cinco do *EAT-10*, especificamente, onde se questionou sobre a dificuldade de deglutição de medicamentos. Somente 13,47% responderam que precisavam fazer força para engolir os remédios e 86,53%

relataram não ter dificuldade na deglutição de medicamentos. Souza e colaboradores (2019) analisaram a dificuldade de deglutição de medicamentos em 439 idosos em cinco cidades do estado de São Paulo e o resultado foi semelhante ao encontrado nesse estudo, sendo 83% referiram não apresentar dificuldades para ingerir medicamentos e 17% relataram algum grau de dificuldade. A literatura aponta que a deglutição de medicamentos é adaptada e aprimorada pela experiência repetida e, portanto, pela aprendizagem do ato (HANSEN; TULINIUS; HANSEN, 2008; LLORCA, 2011; LAU *et al.*, 2018). Estudo realizado na Noruega, abrangendo todas as faixas etárias, mostrou que as dificuldades dos pacientes em engolir comprimidos diminuem com a idade (ANDERSEN, 1995).

Já em relação a saúde oral ligada a dentição, o estudo revelou que somente 4,0% dos idosos possuíam dentição permanente, os que faziam uso de algum tipo de prótese 88,0% e os edêntulos total sem uso de prótese 8,0%. Esses resultados vêm ao encontro de um estudo realizado por Costa e colaboradores (2010) que teve o objetivo de analisar o perfil de saúde bucal de idosos do DF, onde os resultados demonstraram que a grande maioria de idosos usavam algum tipo de prótese, sendo a prótese total a mais frequente no arco superior (74,3%) e inferior (47,1%).

Já a quantidade de vezes que os idosos realizam a higiene oral apresentou associação com o risco de disfagia. A maioria dos idosos (53,0%) relataram menos de três procedimentos de higienização oral por dia.

Pesquisas demonstram que a preservação de uma boa saúde bucal é importante para pacientes geriátricos, pois está fortemente relacionada à ingestão nutricional, diminuição do risco de doenças respiratórias e cardiovasculares e melhor qualidade de vida. A literatura aponta que as doenças bucais causadas pela placa bacteriana foram identificadas como um grande risco para a capacidade do paciente de comer, comunicar e socializar (AZARPAZHOOH; LEAKE, 2006; LEE; WU; PLASSMAN, 2013; BANSAL; KHATRI; TANEJA, 2013).

A frequência de higiene oral apresentada no estudo, poder estar relacionada, com base nos relatos dos participantes, na descrição de que na maior parte do tempo não se tinha acompanhantes ou cuidadores que poderiam incentivar ou ajudar na higienização. Schüler e colaboradores (2020) relatam que em idosos frágeis e medicamente comprometidos, coloca-se a questão de quais destes ainda

são capazes de realizar uma higiene bucal e da prótese suficiente sozinhos ou que precisam de assistência para essa atividade, pois a higienização oral e a limpeza das próteses necessitam de um certo nível de destreza manual, acuidade visual, habilidades processuais, cognitivas e mobilidade suficiente das articulações do ombro e cotovelo.

O tempo de internação, no momento em que o idoso era abordado, não apresentou associação com o risco de disfagia. No entanto, pela Tabela 15 pode se observar que os indivíduos com risco de disfagia tinham um tempo maior de internação com média de 6,98 dias, já os indivíduos que não possuíam risco de disfagia tinham uma média de 4,86 dias. Estudos demonstram que o período de internação hospitalar pode evoluir e resultar em perda de funcionalidade, que pode ser devido à doença que originou a internação, as condições clínicas prévias do indivíduo, procedimentos a que é submetido, à baixa adaptação do sistema de saúde ao envelhecimento e à fragilidade desta. Esta condição é denominada Incapacidade Associada à Hospitalização (IAH) e pode estar presente em 30 a 60% dos idosos hospitalizados. Entre idosos, a IAH pode prejudicar na qualidade de vida, independência funcional e é preditora de maior emprego de recursos e de morte (SOURDET *et al.*, 2015; CHODOS *et al.*, 2015; GILL *et al.*, 2015).

8.1.1- Características sensoriais gustativas e sinais de risco

No estudo o autorrelato de paladar normal foi manifestado por 58,0% dos idosos, mas um número considerável - de 48,0% - relatou alteração com predominância de paladar diminuído. O estudo de Coelho e Granato (2014) mostra que as perdas sensoriais gustativas são progressivas e tornam-se evidentes a partir dos 60 anos, mas com aumento severo de queixas e frequência de autorrelatos após os 70 anos prejudicando a saúde global e a qualidade de vida destes.

Em um estudo realizado por Correia e colaboradores (2016) com idosos norte-americanos, o comprometimento do paladar foi o déficit sensorial mais prevalente, com 74,0% dos participantes tendo um sentido do paladar prejudicado e uma associação com o sexo masculino e raça/cor negra.

Dentre os sinais manifestados que indicam risco para disfagia, a tosse esteve presente em 25,0% dos idosos, essa manifestação também pode estar relacionada ao Covid-19. Estudos realizados na China e nos Estados Unidos demonstraram que a tosse esteve presente respectivamente em 76,0% e 88,0% dos indivíduos confirmados com o vírus (BHATRAJU *et al.*, 2020; HUANG *et al.*, 2020).

Os outros sinais e sintomas de risco para disfagia foram pouco manifestados ou relatados pelos idosos: engasgos (10,0%), falta de apetite (2,0%) e 63,0% não manifestaram e nem relataram qualquer sintoma de risco.

Dessa forma, a função sensorial é importante em estudos sobre o envelhecimento e saúde, tanto porque é um importante resultado de saúde quanto porque um declínio no funcionamento pode ser sintomático ou predizer outras condições de saúde nessa população. Apesar das medidas objetivas fornecerem significativamente mais precisão do que os itens de autorrelato, estes últimos podem ser valiosos para imputação de dados ausentes e para entender as diferenças em como os idosos percebem sua própria capacidade sensorial (SCHUMM *et al.*, 2009).

8.1.2 – Características e vias da dieta ofertada

A via de alimentação oral exclusiva esteve presente em 94,23% dos idosos hospitalizados, demonstrado que a alimentação estava sendo ofertada de forma voluntária e sem contraindicações. Apenas 5,77% estavam com duas vias de alimentação simultâneas, a oral e a enteral, via cateter mesentérico. Essa dupla via estavam em idosos que no momento da internação apresentaram quadro de desnutrição e baixa aceitação da dieta via oral.

Com relação a consistência das dietas, 53,85% indivíduos recebiam dieta oral branda, 25,0% dieta oral pastosa e 11,54% recebiam refeições intercalando entre branda e pastosas. Durante a aplicação dos instrumentos da pesquisa, houve relatos, por parte dos idosos, de preferências por dietas pastosas, por serem mais fácil para mastigação, com isso algumas consistências eram ofertadas por solicitação do idoso para melhoria de sua qualidade de vida, e não necessariamente por prescrição médica ou nutricional. Essa prescrição e oferta da preferência da consistência da dieta vem de acordo com o recomendado pela Sociedade Europeia

de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN): a nutrição hospitalar deve ser analisada, reavaliada e adaptada para cada paciente em intervalos regulares (cada três a cinco dias) de acordo com o curso da doença, ingestão oral monitorada e aceitação (THIBAULT *et al.*, 2021).

Dessa forma, é preciso conhecer as características das dietas apresentadas no estudo para uma melhor discursão e entendimento. Segundo Dias e colaboradores, 2009 e SANTOS; ALVES, 2018, seguem as considerações:

- **Dieta oral branda:** é indicada para indivíduos com patologias de esôfago, com dificuldades na mastigação ou deglutição; tem o objetivo de oferecer alimentos de mais fácil mastigação, macios ou abrandados pela cocção, pouco condimentados, subdivididos, porém não necessariamente moídos ou triturados.
- **Dieta oral pastosa:** é indicada para indivíduos com dificuldade de mastigação e/ ou deglutição devido à inflamação, danos neurológicos, distúrbios neuromotores, alterações anatômicas da boca ou esôfago e uso de próteses dentárias; evolução pós-cirúrgica e para proporcionar certo repouso gastrointestinal; tem o objetivo de diminuir o esforço da mastigação, deglutição e digestão dos alimentos.
- **Dieta oral líquida:** é indicada para indivíduos que apresentam dificuldade para deglutição, disfagia ou sem dentição. Também é utilizada como dieta de treino para desmame da terapia nutricional enteral; seu objetivo é excluir a função mastigatória, facilitar a deglutição, digestão e absorção dos alimentos.
- **Dieta enteral:** é uma terapia indicada para indivíduos que apresentam o trato gastrointestinal total ou parcialmente funcionante, porém apresenta alguma impossibilidade de ingestão por via oral ou a quantidade de alimentos ingerida torna-se insuficiente para proporcionar nutrição adequada para o mesmo. É administrada através de um cateter que pode estar via nasoenteral, oral ou do tipo estomia (gastrostomia, jejunostomia). Seu objetivo é minimizar agravos provocados pela desnutrição e manter o funcionamento corporal.

As indicações descritas vêm ao encontro ao apontado nesse estudo, onde 96,15% dos idosos apresentavam alguma alteração na dentição e necessitavam adequações alimentares para suprir suas necessidades nutricionais e manutenção de qualidade de vida.

8.1.3- Estado Cognitivo

A avaliação cognitiva realizada por meio do MEEM, não apontou nenhum idoso participante fora da pontuação de acordo com seu nível de escolaridade. Somente na etapa de seleção dos participantes que três idosos apresentaram desorientação temporal e/ou espacial e foram excluídos do estudo, por se entender que os instrumentos aplicados eram de autorrelato, e para isso, precisávamos ter respostas confiáveis e reais. Todos os níveis de escolaridade foram autorrelatados pelos participantes.

Utilizou os pontos de corte sugeridos por Bertolucci e colaboradores (1994) por apresentar alta especificidade e sensibilidade nos níveis de escolaridade e ter sido desenvolvido em uma população de origem hospitalar. Dessa forma, os pontos de corte foram:

- Analfabetos: 13 pontos;
- Ensino fundamental incompleto (baixa e média escolaridade): 18 pontos;
- Ensino fundamental completo, médio incompleto e completo e, superior completo (alta escolaridade): 26 pontos.

Na escolaridade analfabeta a menor pontuação foi 18 pontos em 5/7 idosos. Nossos resultados foram diferentes dos apresentados no estudo realizado por Araújo e colaboradores (2019) em idosos assistidos na atenção secundária de Ceilândia DF, onde a média para analfabetos variou entre 11,1 ($\pm 4,7$) a 12,3 ($\pm 3,9$). Os idosos do presente estudo, na sua maioria, não residiam na cidade de Samambaia, eram procedentes de cidades como Águas Claras, Taguatinga e Sobradinho, que segundo a CODEPLAN, as condições de renda per capita são maiores do que na região de Samambaia e Ceilândia (BRASÍLIA, 2018). Com isso,

esse fator pode refletir em melhores condições biopsicossocial e cultural da população participante da pesquisa.

Idosos com baixa e média escolaridade representaram 50,00% dos indivíduos do estudo, com pontuação variando entre 18 e 30 pontos, todos dentro da pontuação de corte. Essa pontuação pode ser considerada próxima a encontrada por Laks e colaboradores (2007), onde idosos brasileiros com baixa escolaridade apresentaram média MEEM de 23,90 ($\pm 3,87$) e Araújo e colaboradores (2019) que apresentaram pontuação variando entre 14,6 ($\pm 5,9$) e 16,8 ($\pm 5,2$).

Já idosos com alta escolaridade representaram 36,54% da amostra. A pontuação esteve entre 18 e 30 pontos, o que também pode ser considerado próximo ao encontrado por Araújo e colaboradores (2019) que para esse tempo de escolaridade obtiveram pontuação variando entre 19,7 ($\pm 5,5$) e 22,5 ($\pm 5,2$).

Dentre os 19 idosos com alta escolaridade, 7 (36,84%) apresentaram pontuação abaixo de 26 pontos. Estes se mantiveram no estudo por não apresentarem alterações nos itens orientação temporal e espacial e conseguiram responder à todos instrumentos da pesquisa

O MEEM apontou ao pesquisador pontos interessantes durante sua aplicação. Foi possível observar que os idosos hospitalizados que participaram do estudo apreciavam os desafios do instrumento, principalmente na atenção e cálculo e memória de evocação e consideravam fracas as questões envolvendo nomeação de objetos, repetição e comando de estágios. Segundo Ikiugu e colaboradores (2018) os desafios proporcionam esses efeitos porque a participação em ocupações significativas propicia sentimentos positivos, ativando assim as vias neurais da recompensa. E desta forma, causando posteriormente uma sensação de bem-estar e boa saúde.

8.2 – Risco de disfagia pelo instrumento *EAT-10*

O instrumento norteador do estudo foi a aplicação da avaliação do risco de disfagia autorrelatada através do instrumento *EAT-10*. O risco de disfagia foi encontrado em 30,77% da amostra, com pontuação mínima de 3 e máxima de 20 pontos. Quando comparado a pontuação dos idosos com risco de disfagia pelo *EAT-*

10 com o a classificação do resultado do PARD (Tabela 4) podemos observar que o intervalo de pontuação entre 3 e 7 pontos teve predominância de classificação PARD I (deglutição normal) e II (deglutição funcional) e que as pontuações ≥ 13 pontos apresentaram classificação PARD para disfagia (V, VI, VII). Dessa forma, podemos propor, não de forma estatística, que idosos hospitalizados que apresentarem pontuação *EAT-10* menor do que 10 pontos poderão apresentar uma deglutição normal ou funcional e que pontuação *EAT-10* maiores do que 10 pontos poderão apresentar um quadro de disfagia já instalado.

Outros estudos realizados com idosos hospitalizados, apresentaram valores discrepantes de risco de disfagia pelo *EAT-10*. Andrade e colaboradores (2018) avaliaram 909 idosos e encontraram risco de disfagia em 10,5%; Mañas-Martínez e colaboradores (2018) verificaram 56,7% de risco de disfagia em uma amostra de 90 idosos; em outro estudo de Souza e colaboradores (2020) observou-se risco de disfagia em 7,8% (n=191) dos idosos rastreados. Essa discrepância de resultados pode ser devido a diferença na caracterização da amostra e a presença de alteração neurológica em alguns.

Já quando comparamos a pontuação do *EAT-10* (Tabela 4) dos idosos que não apresentaram risco de disfagia (69,23%) com a classificação PARD, observamos que dos 36 idosos, 23 (63,88%) apresentaram classificação I (deglutição normal) entre a pontuação 0 e 2 do *EAT-10*. Dessa forma, podemos propor, não estatisticamente, que idosos que apresentarem pontuação abaixo de 3 no *EAT-10* poderão apresentar uma deglutição normal pelo PARD.

Nesse estudo, idosos hospitalizados com risco de disfagia pelo *EAT-10* apresentaram 3,89 vezes mais chances de apresentarem classificação alterada no PARD (incluindo deglutição funcional e disfagia) em comparação aos que não apresentaram risco de disfagia (Tabela 16). Sendo assim, a exposição ao risco (*EAT-10* ≥ 3 pontos) aumenta a ocorrência do desfecho de alteração no PARD.

Não foi encontrado na literatura estudos que realizaram testes comparativos entre o *EAT-10* e o PARD com recorte de pontuação. Lembramos que o *EAT-10* é um instrumento autorrelatado de rastreio e o PARD é um protocolo de aplicabilidade de testes onde a análise do fonoaudiólogo vai determinar a classificação da deglutição.

8.3- Associação do risco de disfagia pelo *EAT-10* com o risco de sarcopenia, risco de desnutrição, hidratação e qualidade de vida.

8.3.1- Associação do risco de disfagia com o risco de sarcopenia

Para detectar indivíduos com risco de sarcopenia seguiu-se o recomendado pelo EWGSOP2 com aplicação do SARC-F+CP. Não foi objetivo do estudo avaliar a força muscular e nem a gravidade da sarcopenia.

Os idosos hospitalizados com risco de disfagia apresentaram associação estatística ($p < 0,05$) com risco de sarcopenia (Tabela 5). Entre os 52 indivíduos da amostra, 12 (23,07%) apresentaram risco de disfagia com risco de sarcopenia pelo SARC+F+CP. Quando se observa esse risco de sarcopenia dentro dos idosos com risco de disfagia (16-100,0%) esse número apresenta-se mais alto 12 (75,0%).

Mas quando é analisado, separadamente, só os idosos do nosso estudo, com risco de sarcopenia o número aumenta consideravelmente para 53,80% da amostra total. Essa população sem risco de disfagia, mas com risco de sarcopenia também deverá ser acompanhada e monitorada durante a hospitalização visto que a o maior motivo dessas foi a questão da infecção pelo Covid-19.

Como mencionando anteriormente 75,0% dos idosos estavam hospitalizados por Covid-19. Segundo Mao e colaboradores (2020), o coronavírus 2 (SARS-CoV-2) é um vírus neurotrópico que pode provocar doença nos nervos periféricos. A neuropatia glossofaríngea e vagal, que estão entre as manifestações neurológicas da Covid-19, pode levar a disfagia.

De acordo com a definição sugerida pela associação japonesa de reabilitação de disfagia (2014) no algoritmo para diagnóstico da disfagia sarcopenica (Quadro 2), não foi possível diagnosticar se os idosos que apresentaram risco de disfagia e risco de sarcopenia estavam com a disfagia sarcopenica já instalada, visto que não era objetivo do estudo validar esse diagnóstico e sim realizar avaliações de risco sem utilização de alta demanda tecnologica.

Estudo recente demosntrou que os pacientes com sarcopenia apresentam uma pressão de língua significativamente menor, e uma possível razão é que o

declínio generalizado da massa e força muscular em indivíduos sarcopênicos também afeta os músculos relacionados à deglutição, como os músculos da língua, infra-hióideos, supra-hióideos e faríngeos. Portanto, em pacientes com baixos valores ou desempenho dos subcomponentes da sarcopenia, a pressão da língua deve ser examinada para detectar disfagia subclínica (CHEN *et al.*, 2021).

Outro fator que deve ser considerado é que, devido algumas medidas preventivas para diminuição da transmissão pelo Covid-19 e pelo próprio quadro dos idosos que precisavam usar máscara, o perímetro para realização de atividades se resumia à área do quarto de internação. Esse fator pode ter contribuído para diminuir a deambulação nos participantes da pesquisa.

Pesquisas tem demonstrado que em pacientes idosos hospitalizados, a prevenção da disfagia sarcopênica pode ser possível pelas atividades assistenciais precoce de reabilitação, deambulação e ingestão oral, com avaliação adequada da condição de todo o corpo e da função de deglutição o mais cedo possível após a admissão. Com o objetivo de prevenir a disfagia por sarcopenia, é fundamental que os profissionais de saúde previnam a sarcopenia iatrogênica, que pode ser causada por inatividade ou repouso no leito desnecessário e manejo nutricional inadequado, como fornecer apenas água e fluidos eletrolíticos (KOYAMA *et al.*, 2015; WAKABAYASHI, 2017).

Na Tabela 16 podemos observar que idosos hospitalizados expostos ao risco de sarcopenia apresentam 3,75 vezes mais chances de apresentarem risco de disfagia pelo *EAT-10* em comparação aos que não apresentam esse sinais. Sendo assim, a exposição ao risco (sinais sugestivos de sarcopenia) aumenta a ocorrência do desfecho de risco de disfagia.

8.3.2 –Associação do risco de disfagia com o risco nutricional

O estudo apresentou associação estatística ($p < 0,05$) entre o risco de disfagia e o estado nutricional dos idosos hospitalizados. Dentre os 16 (100,0%) indivíduos com risco de disfagia, 11 (68,75%) estavam sob risco de desnutrição, 4 (25,00%) estavam desnutridos e somente 1 (6,25%) apresentou estado nutricional normal. Considerando as alterações nutricionais nesses idosos com risco de disfagia, temos

que 93,75% apresentavam um risco nutricional e que provavelmente necessitariam ou necessitaram de um plano de cuidados e monitoramento beira leito.

Maciel e colaboradores (2008) realizaram um estudo com 49 idosos em um hospital universitário de Brasília e chegaram a resultados semelhantes. Idosos com risco de disfagia e risco de desnutrição representaram 51,0%, já os desnutridos e com risco disfagia 20,0%.

Já Nishida e colaboradores (2021) investigaram as associações entre a função da deglutição e o estado nutricional em idosos da comunidade no Japão e os resultados deste estudo mostraram que entre os 38 indivíduos com risco de disfagia pelo *EAT-10* a desnutrição esteve presente em 60,5%. Esse número mais alto é explicado porque os autores quando realizaram a comparação das características para o estado nutricional e disfagia incluíam os idosos com risco de desnutrição e desnutridos na mesma classificação de desnutrição.

Quando se analisa somente os idosos hospitalizados com risco de desnutrição e desnutrição esse estudo apresentou respectivamente 63,46% e 9,62% totalizando 73,08% da amostra alterada segundo a *MNA-SF revised*®. É consideravelmente um número alto que requer rastreio e monitoramento por parte da equipe assistencial.

Conforme Tabela 16, idosos hospitalizados expostos a desnutrição tem 52 vezes mais chances de apresentarem risco de disfagia pelo *EAT-10* em comparação aos que apresentam estado nutricional normal. Sendo assim, a exposição ao risco (desnutrição) aumenta a ocorrência do desfecho de risco de disfagia.

Como já mencionamos anteriormente, esses idosos hospitalizados estavam em sua maioria sem acompanhantes durante a hospitalização por motivo do Covid-19 e isso poderá ter interferido na ingestão alimentar e ter proporcionado um quadro de risco para desnutrição.

A diretriz de terapia nutricional no envelhecimento da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN) sugere que idosos com risco de desnutrição ou desnutridos, e que necessitem de auxílio durante as refeições recebam apoio para promover uma ingestão alimentar adequada (GONCALVES, T.; GONÇALVES, S.; PEREIRA, 2019). Tassone e colaboradores (2015) avaliaram os efeitos da assistência durante as refeições em idosos hospitalizados realizadas pela

equipe de enfermagem ou acompanhantes e os resultados mostraram que esse tipo de assistência melhorou significativamente a ingestão de proteínas e calorias diárias.

As pesquisas tem demonstrado que para melhorar a ingestão oral, o idoso deverá receber orientações nutricionais dos benefícios da boa ingesta alimentar. O cardápio deverá ser adaptado as perspectivas culturais, sociais e de saúde além de ser saboroso, nutritivo e atrativo. Ofertar alimentos que facilitem o processo de mastigação e deglutição. Lanches intermediários, pequenas porções de alimentos e suplementação oral ou a oferta de alimentos naturais, são ações eficazes (GONCALVES, T.; GONÇALVES, S.; PEREIRA, 2019).

8.3.3- Associação do risco de disfagia com a hidratação

Os resultados encontrados neste estudo não apontaram associação entre o risco de disfagia (*EAT-10*) e a hidratação/desidratação (turgor da pele) em idosos hospitalizados ($p>0,05$). O turgor da pele reduzido esteve presente em 5 (31,30%) dos 16 (100,0%) idosos com risco de disfagia. Quando analisado a amostra total (52-100%) esse valor também é baixo pois somente 9 (17,30%) apresentaram turgor da pele reduzido sugerindo desidratação.

Neste estudo, o número pequeno de idosos hospitalizados considerados desidratados pode estar relacionado com a infusão de fluidos via endovenosa que os mesmos estavam ou já tinham recebido quando foi aplicada a pesquisa. Foi observado que muitos estavam recebendo medicações via endovenosa e diluídas em fluidos como solução fisiológica ou estavam apenas com hidratação venosa de manutenção.

Mesmo nosso estudo não encontrando associação estatística entre risco de disfagia e a hidratação/desidratação (turgor da pele), é considerável que a equipe de saúde esteja atenta a esta questão em idosos hospitalizados. De acordo com Xiao; Barber e Campbell, (2004); Stookey; Pieper e Cohen (2005) a desidratação é um dos dez diagnósticos mais comum na admissão hospitalar; já na comunidade sua prevalência entre os idosos chega a 60,0%.

Artigos tem apontado que em idosos com disfagia, o desequilíbrio dos fluidos corporais é frequentemente aumentado devido à restrição da ingestão de líquidos, pois a segurança prejudicada da deglutição pode levar a penetrações e aspirações de líquidos, causando infecções respiratórias. Com isso, o estado de hidratação desses idosos com transtorno na deglutição e hospitalizados devem ser assistidos de perto e a desidratação rapidamente corrigida (ORTEGA; MARTIN; CLAVE, 2017; SHIMIZU *et al.*, 2019).

A desidratação foi diretamente relacionada à disfagia em um estudo de Whelan (2001), onde foi descrito que a ingestão diária de líquidos espessados por via oral em indivíduos com disfagia foi de apenas 22,0% da quantidade diária recomendada. Durante a aplicação dos instrumentos do estudo, pelo enfermeiro, não foi observado a oferta de água ou outro líquido com espessante aos participantes, o que se observou foi a entrega de água pelas copeiras em copos individuais (deixados na mesa de cabeceira) ou sucos de consistência líquida no horário de lanche da tarde.

Segundo a BRASPEN as principais estratégias para aumentar a ingestão de líquidos em idosos é a individualização do cuidado, de modo a assegurar a oferta de bebidas de melhor preferência e a ingestão adequada com oferta frequente pela equipe de saúde, familiares e/ou cuidadores (GONAÇALVES *et al.*, 2019). Estudos tem demonstrado que os enfermeiros realizam um papel essencial na prevenção da desidratação, pois o estímulo verbal para ingerir líquidos entre as refeições e o auxílio ofertado aos que apresentam limitações funcionais aumenta o consumo e assegura ao profissional um registro visual da ingestão hídrica (FAES; SPIGT; OLDE, 2007; EL-SHARKAWY *et al.*, 2014).

O turgor da pele aplicado para avaliar o estado de hidratação dos idosos hospitalizados foi uma avaliação rápida e de fácil aplicação. Mas é preciso o profissional de saúde reconhecer e interpretar a redução desse turgor para diferenciá-lo de processos normais do envelhecimento e correlacioná-lo a outras características. Shimizu e colaboradores (2012) indicam que a axila seca é um marcador de desidratação com sensibilidade de 44% e especificidade de 89%, já Guastaferrero e colaboradores (2018) descrevem que a secura da língua provou ser o sinal clínico mais significativo associado ao mau estado de hidratação. Porém

somente exames laboratoriais tais como a osmolalidade sérica ou plasmática é determinante para o diagnóstico da desidratação em idosos junto com a avaliação clínica (SHIMIZU *et al.*, 2012).

8.3.4- Qualidade de vida em disfagia

O ato de deglutir (mais claramente, alimentação) não envolve apenas a ingestão fisiológica de alimentos, mas também experiências psicológicas, culturais e sociais. Como a maioria dos estudos se preocupa com a função fisiológica da deglutição, não há estudos suficientes sobre a qualidade de vida de indivíduos com disfagia (KIM *et al.*, 2020). Esse fato foi observado pelo pesquisador, pois não foram encontrados estudos que avaliassem a qualidade de vida na deglutição de idosos hospitalizados que não tivessem referência a doenças neurológicas.

Em nosso estudo, a qualidade de vida autorrelatada através do instrumento *SWAL-QOL* apresentou associação com o risco de disfagia pelo *EAT-10* em dez domínios ($p < 0,05$), sendo o padrão de sono o único sem associação estatisticamente significativa ($p = 0,39$). Ferraz e colaboradores (2020), realizaram um estudo com 110 idosos saudáveis em atendimento ambulatorial e não encontraram associação entre o risco de disfagia e qualidade de vida em deglutição ($p > 0,05$). Essa diferença entre o estudo citado e os resultados deste estudo pode estar relacionada ao ambiente no momento da pesquisa (internação versus ambulatório) e o quadro de saúde dos participantes, pois diferente do nosso estudo esses idosos eram saudáveis e não estavam hospitalizados.

Analisando os idosos hospitalizados com risco de disfagia (Tabela 10), pôde-se notar que a média de pontuação nos 11 domínios foi menor do que a média de pontuação de idosos sem risco de disfagia. Isso demonstra que questões sociais, culturais e biopsicológicas relacionadas a deglutição podem estar sendo alteradas antes da hospitalização, se agravarem durante essa hospitalização e apresentar reflexos no pós alta. Segundo Hong e colaboradores (2020) na atual situação de saúde mundial, onde os hospitais estiveram e podem novamente estarem saturados como resultado da atenção prioritária aos indivíduos com Covid-19 ou outras

pandemias, principalmente nos serviços que focam nas doenças respiratórias, tornou-se prioritário evitar a readmissão de pacientes idosos.

Os domínios com menor pontuação na qualidade de vida nos idosos com risco de disfagia foram o “tempo de se alimentar” e “medo de se alimentar”. O tempo foi manifestado como mais demorado em comparação a outras pessoas para realizarem uma refeição e o medo de engasgar-se e de ter uma pneumonia foram fatores autorrelatados predominantes do domínio medo.

Acreditamos que o tempo mais demorado para se alimentarem pode estar relacionado a dentição, visto que a maioria dos participantes utilizavam próteses dentárias e, segundo relatos, em casa a alimentação tinham uma consistência “mais dura” do que no hospital. Em um estudo de Cassol e colaboradores (2012) foi relatado que idosos que faziam uso de prótese dentária e referiram má adaptação da mesma, apresentaram escores médios menores de qualidade de vida nos domínios duração da alimentação, deglutição como um fardo e frequência de sintomas.

Nossos resultados indicam que a “deglutição como fardo” e a “frequência de sintomas” também apresentaram médias de pontuação menores nos idosos com risco de disfagia, e quando comparadas com as dos idosos que não apresentaram risco de disfagia esse fato se tornou mais evidente, com diferença entre as médias dos grupos de até 25 pontos. Cassol e colaboradores (2012) enfatiza que o domínio “frequência de sintomas” verifica, dentre outros aspectos, queixas referentes à fase oral da deglutição, como as características mastigatórias, por exemplo.

Estudos trazem que é possível que o idoso, em razão das alterações decorrentes do envelhecimento, como a diminuição da força muscular corporal e a necessidade de uso de prótese dentária, autoavalie o tempo de sua alimentação se remetendo a um período anterior de sua vida. Além do mais, aumentar o tempo da alimentação pode ser um ajuste necessário para que os aspectos referentes aos outros domínios do *SWAL-QOL* se mantenham com médias elevadas. Dessa maneira, é possível que as outras queixas referentes à deglutição tenham médias mais altas porque o idoso encontrou no aumento do tempo de alimentação uma forma de minimizar tais efeitos (OLIVEIRA *et al.*, 2005; CASSOL *et al.*, 2012).

Na análise de correlações (Tabela 11) entre as variáveis dos 11 domínios do SWAL-QOL, foi possível observar correlações positivas para maioria das médias com diferentes graus. De acordo com a classificação do coeficiente de correlação de Spearman as correlações estatisticamente mais significativas foram entre a “frequência dos sintomas” e o “medo de se alimentar” (moderada 0,68) e “medo de se alimentar” e “saúde mental”. Dessa forma, podemos ter que quanto mais o idoso hospitalizado apresenta sintomas como tosse, engasgos, comida presa na garganta, pigarro ou problemas em mastigar, maior será seu medo em se alimentar; e esse medo de se alimentar afetará sua saúde mental, com frustrações e ansiedade.

Em um estudo realizado na Europa com 360 idosos institucionalizados foi demonstrado que 36% evitavam comer com outras pessoas, 41% apresentavam ansiedade e pânico durante a alimentação e somente 45% considerava o ato de comer agradável (EKBERG *et al.*, 2002). Esses dados podem também estar ligados aos desconfortos causados pela frequência dos sintomas, medo e saúde mental assim como correlacionado nessa pesquisa.

A “deglutição como fardo” apresentou também correlação moderada (0,59) com a “comunicação”, apontando que há dificuldade das pessoas em entender com clareza o que esses idosos querem dizer. O pesquisador principal não observou dificuldade em compreender a fala dos participantes, isso pode estar ligado a questão de ter dado tempo para as respostas e paciência para esperar a fala dos mesmos, sem interromper a quebra na comunicação.

O “desejo de se alimentar” manifestado através de encontrar comida que goste e que, ao mesmo tempo, possa comer, apresentou também correlação positiva em grau moderado (0,47) com a “função social”. Identificamos que esta questão pode ser representada por “deixarem de comer fora de casa por causa do problema em engolir ou de mastigação”.

Quanto ao tempo gasto para se alimentar mostrou uma correlação positiva em grau moderado (0,56) com o “medo de se alimentar”. O idoso hospitalizado apresenta um tempo em se alimentar mais lento quando apresenta níveis mais elevados de medo em ter engasgos ou de apanhar uma pneumonia.

A questão de selecionar alimentos adequados a sua deglutição apontou uma correlação positiva em grau moderado (0,54) com a saúde mental dos idosos.

Quanto mais escolhas eles têm que realizar para adaptação da função mastigatória e de deglutição mais impacientes e frustrados eles ficam e na maioria das vezes podem deixar de se nutrirem.

O domínio “comunicação” mostrou uma correlação positiva em grau moderado (0,48) com o “medo de se alimentar”. Quanto mais o idoso não é compreendido na sua fala e necessidades, mais alimentos que não atendem suas preferências e adaptações podem ser ofertados, aumentando assim o seu medo de engasgos e pneumonia.

Na “saúde mental” a correlação positiva com a “função social” (0,54) apresentou uma classificação moderada. Podemos inferir que os sintomas de ansiedade e frustração interferem aumentando as chances de não desempenho no papel social com os familiares, evitando que esses idosos saem para comer fora de seus domicílios ou a questão de se alimentarem fora de casa aumenta a frustração e ansiedade dos mesmos.

O padrão de sono apontou correlação positiva em grau moderado (0,42) com a “fadiga”. Quanto mais dificuldade em adormecer mais cansados eles ficam. Essa dificuldade em adormecer foi observada nos relatos através de afirmações de estarem em um ambiente hospitalar com rotinas diferentes das suas ou que estavam dormindo muito durante o dia e a noite não apresentavam sono.

A “fadiga” que envolveu relatos referentes às questões da hospitalização e quadro clínico, apresentou correlação positiva em grau moderado (0,53) com o “medo de se alimentar”. A questão da fraqueza e do cansaço no idoso hospitalizado aumenta o medo de ter uma pneumonia, que pode ser decorrente de uma broncoaspiração ou de engasgos comendo alimentos não adaptados à sua realidade.

As relações apresentadas neste estudo nos mostram que a disfagia pode ser considerada uma condição incapacitante para o idoso hospitalizado no que diz respeito tanto aos aspectos funcionais, quanto aos emocionais-relacionais. Farri; Accornero; Burdes (2007) realizaram um estudo com 73 indivíduos com idade entre 40 e 80 anos para identificar as consequências sociais e emocionais em indivíduos com disfagia e os resultados revelaram que os indivíduos disfágicos tendem a se isolar mais, muitos evitam comer fora com outras pessoas, em parte porque sentem

envergonhados, em parte porque eles precisam de assistência durante as refeições e/ou se sentem menos interessados devido a limitação do tipo de alimento, causando assim ansiedade e pânico. Todos esses aspectos contribuem para que as pessoas com alteração na deglutição se sintam inquietos, com uma sensação de ser diferente em relação aos seus semelhantes, levando à perda da autoestima.

Com relação as emoções e relações com familiares e profissionais de saúde, Bushuven e colaboradores (2021), relataram que em indivíduos com disfagia a raiva é manifestada como uma frustração severa principalmente sobre suas próprias capacidades e não em relação com as pessoas, os profissionais de saúde relatam que estes ficam com raiva por não receberem suas refeições favoritas; já os familiares relataram que a raiva é manifestada pelo motivo de não terem recebido as orientações necessárias para uma deglutição segura. A tristeza foi apresentada sobre a forma de falha na terapia de reabilitação, desconcentração na deglutição com ocorrência de aspiração e quando a compaixão familiar é enxergada pelo indivíduo. A ansiedade foi demonstrada sob a forma de receio em morrer engasgado; já pelos profissionais de saúde e familiares é vista quando há relatos de que antes podiam comer refeições mais complexas e agora precisam escolher refeições adaptadas. A punição é relatada sobre a forma de questionamentos religiosos e espirituais. Já a manifestação de vergonha vem sob a forma de chamar atenção durante a refeição em lugares públicos, ter que realizar adaptações e quando causam sujeira no ambiente.

Um ponto que não se manifestava sob domínio era a classificação que o idoso dava para sua saúde naquele momento da hospitalização, e 60% consideraram seu estado de saúde como bom. A literatura aponta que indivíduos que autorreferem bom estado de saúde têm menor risco de mortalidade quando comparados aos indivíduos que autorreferem má qualidade de saúde (ORTEGA; MARTIN; CLAVE, 2017).

Foi observado que o instrumento *SWAL-QOL*, por conter mais questões do que os outros instrumentos aplicados neste estudo, a até mesmo por seu teor, causou inquietação nos participantes. Muitos achavam repetitivas as questões com respostas semelhantes. Talvez o instrumento possa ser reavaliado e seja possível uma versão reduzida e específica para patologias, focando nos domínios que

tiveram menor pontuação (tempo de se alimentar, medo de se alimentar e deglutição como fardo) a exemplo dessa população.

8.4- Outras análises

Dentre outros resultados apresentados pelo estudo, o que merece atenção é a associação entre o risco de disfagia pelo *EAT-10* e a frequência de higiene oral que os idosos realizavam por dia segundo relatado por eles ($p= 0,03$).

Idosos hospitalizados expostos ao risco de realizarem até três higiênes orais ao dia apresentam 13,42 vezes mais chances de apresentarem risco de disfagia pelo *EAT-10* em comparação aos que realizam mais de três higiênes orais ao dia (Tabela 16). Sendo assim, a exposição ao risco (≤ 3 higiênes orais/dia) aumenta a ocorrência do desfecho de risco de disfagia.

A frequência da higiene oral diária nos idosos que apresentaram risco de disfagia foi menor ou igual a 3 (93,7%) sendo predominante duas vezes ao dia, já nos idosos sem risco de disfagia foi maior ou igual a 3 (55,6%) sendo a frequência de quatro vezes ou mais a predominante (47,2%).

Sanivarapu e Gibson, (2022) relatam que idosos com baixa higiene oral e risco de disfagia, a pneumonia aspirativa silenciosa poderá estar presente. A entrada de líquido nos brônquios e no espaço alveolar desencadeia uma reação anti-inflamatória com liberação de citocinas pró-inflamatórias, fator de necrose tumoral alfa e interleucinas. A inoculação de organismos da flora comum da orofaringe e esôfago resulta no processo infeccioso.

Os idosos hospitalizados que participaram do estudo e apresentaram risco de disfagia, apresentaram baixa frequência de higiene oral, isso pode estar ligado tanto a cultura de não ter a prática do hábito, visto que a maioria fazia uso de prótese dentária e/ou a falta de incentivo, ajuda e orientação por parte da equipe de saúde durante a hospitalização. Foi observado que muitos tiveram suas internações sem programação e com isso não levaram produtos para higiene oral, e como muitos relataram que a “preocupação maior era o Covid-19”, essa questão não era prioridade naquele momento e realizavam a higiene oral somente com bochechos de água até a família enviar os produtos.

Estudos tem apontando reflexões em relação aos indivíduos geriátricos, colocando-se a questão de quais destes ainda são capazes de realizar uma higiene oral suficiente sozinhos e quais idosos precisam de assistência para serem assistidos pela equipe de enfermagem. Esta decisão é relatada como difícil e desafiadora pela equipe de saúde. A escovação e a limpeza dos dentes e das próteses demandam um certo nível de destreza manual, acuidade visual, habilidades processuais e cognitivas e mobilidade suficiente das articulações do ombro e cotovelo para serem eficientes e resolutivas (CHEN; CLARK, 2012).

9- CONCLUSÕES

Nesse estudo foi possível avaliar o risco de disfagia e suas associações com fatores de riscos e consequências sociais e psicológicas em idosos hospitalizados.

O risco de disfagia em idosos hospitalizados, em sua maioria com Covid-19, apresentou associação com o risco nutricional, risco de sarcopenia, qualidade de vida e frequência da higiene oral.

A hipótese de associação do risco de disfagia com a desidratação, pela avaliação do turgor da pele, não foi possível de ser comprovada nesse estudo por motivos já descritos.

A qualidade de vida de idosos hospitalizados com risco de disfagia ou que já apresentam essa alteração instalada está diretamente sendo manifestada com a diminuição do convívio social, aumento do tempo para se alimentar, medo e fardo.

A enfermagem poderá atuar junto a fonoaudiologia para rastreio de risco de disfagia em idosos hospitalizados e essa assistência poderá ser ampliada para outros profissionais de saúde, aumentando assim o trabalho e assistência multi e interdisciplinar.

O enfermeiro por ser o profissional que passa o maior tempo em assistência ao indivíduo hospitalizado poderá ser a base para a identificação de riscos na deglutição e prevenir a aspiração silenciosa, perda de massa muscular, desnutrição e, junto com outros profissionais de saúde, ajudar esse indivíduo e seu familiares a manter uma boa qualidade de vida e reconhecer os sinais e sintomas de perigo.

Esse estudo aponta que o enfermeiro poderá atuar na identificação de risco da deglutição com uma prática de enfermagem e trazer uma reflexão de que o enfermeiro também pode ser considerado um profissional da reabilitação.

A pandemia pelo Covid-19 foi uma limitação para realização do estudo em ambiente hospitalar, visto os riscos de contaminação que os pesquisadores poderiam estar expostos e reserva de leitos em clínica médica quase que exclusivas para indivíduos com essa infecção.

Novos estudos, que abordam o processo de adaptação do idoso as alterações prejudiciais para uma deglutição funcional e satisfatória, deverão ser realizados para uma melhor compreensão técnica e assistencial na identificação de riscos, melhora da qualidade de vida e reabilitação destes. É preciso também estudos de custos financeiros, que demonstrem que instrumentos de fácil aplicação e baixo custo, poderão favorecer o rastreio de risco de disfagia com controle e racionalização de recursos empregados, sem que se perca a qualidade dos serviços prestados.

O desafio futuro é divulgar e aumentar o reconhecimento da disfagia como uma importante síndrome geriátrica e demonstrar aos profissionais de saúde seu impacto na saúde da população, em especial nos idosos durante uma hospitalização. É importante o desenvolvimento de mais instrumentos com alta sensibilidade e especificidade e com rápida e fácil aplicação.

10- IMPACTOS PRÁTICOS DOS ACHADOS PARA A SOCIEDADE

Os resultados apresentados neste estudo vêm a somar e acrescentar informações à base científica já existente, indicando que avaliações de risco na deglutição de idosos durante a hospitalização deverá se tornar um procedimento padrão em uma equipe multiprofissional. A aplicabilidade na prática dos instrumentos utilizados nas avaliações pelo pesquisador principal (enfermeiro), são de fácil e rápida aplicação.

A dissertação apresenta a seguinte avaliação de qualidade:

- Abrangência: nacional. Apesar dos dados dessa pesquisa serem coletados em um hospital público e regional no Distrito Federal, acreditamos que o alcance seja nacional, já que os aspectos avaliados serão os mesmos se aplicados em qualquer outra região do país seguindo a mesma metodologia.
- Aplicabilidade: alta. A pesquisa utilizou instrumentos de fácil aplicabilidade, estando estes validados no Brasil como citado na dissertação. Somente o protocolo PARD é restrito a uma categoria profissional, e os outros instrumentos poderão ser aplicados por qualquer membro da equipe multiprofissional. Dessa forma, a replicabilidade desse estudo é possível em todo território nacional.
- Complexidade: é uma produção com baixa complexidade, pois resulta de desenvolvimento baseado em alteração/adaptação de conhecimento existente e estabelecido sem, necessariamente, a participação de diferentes atores. Apresenta definições conceituais e operacionais descritos.
- Inovação: médio teor inovativo. Houve uma combinação e adaptação de conhecimentos pré-estabelecidos e existentes. O estudo não apresenta inovação do ponto de vista tecnológico, mas do ponto de vista científico sim, tendo em vista que traz questões pouco discutidas como a relação da deglutição com a sarcopenia e a possibilidade de atuação da enfermagem no rastreamento de riscos.

A avaliação de qualidade demonstra que a dissertação apresenta poder de verificabilidade e aplicabilidade em ambiente hospitalar com base na realidade desses cenários no Sistema Único de Saúde, sem uso de alta tecnologia e tempo. Dessa forma, pesquisas futuras poderão ser feitas com base nos achados desta dissertação e nos artigos que serão publicados.

11- PRODUTOS DESENVOLVIDOS NO PERÍODO DO MESTRADO

Na Tabela 17 estão apresentados os produtos desenvolvidos durante o mestrado e seus impactos.

Tabela 17. Produtos desenvolvidos durante o mestrado.

Produto	Impacto	Observações
Apresentação de resumo em evento científico e anais: “Avaliação clínica da deglutição em idoso hospitalizado: relato de caso”	Científico	Apresentado no I Simpósio Interdisciplinar em Ciências da Reabilitação (SIMReab) na Universidade de Brasília. Data: 20 de novembro de 2021 Acesso: https://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/12836 Esta publicação conta com a parceria de duas discentes do programa, a saber: Luana Marsicano Alves e Ana Patrícia da Rocha Santos Em ANEXO 12 resumo publicado.
Submissão de artigo científico: “Qualidade de vida relacionada à deglutição de idosos hospitalizados: estudo transversal analítico”	Científico	Submetido a Revista ACTA Paulista de Enfermagem da USP em 28/07/2022 ISSN: 1982-0194 SCOPUS 2021: 64% Esta publicação conta com a parceria de Luana Marsicano Alves, discente do programa. Em ANEXO 13 comprovante de submissão.
Submissão de artigo científico: “Fatores relacionados ao risco de disfagia em idosos hospitalizados: um estudo transversal analítico”	Científico	Submetido a Revista CoDAS em 09/09/2022 ISSN: 2317-1782 SCOPUS 2021: 68% Esta publicação conta com a parceria de Luana Marsicano Alves, discente do programa. Em ANEXO 14 comprovante de submissão.
Educação na Saúde: “Atuação da	Educacional	Palestra realizada no Hospital Regional de Ceilândia-HRC Data: 14/09/2022

Enfermagem na disfagia: identificando usuários de risco”		Em ANEXO 15 comprovante de realização.
Capítulo de Livro: “Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento para Organização da Assistência ao Pé Diabético”	Científico	<p>Livro: Interdisciplinaridade no contexto das doenças dos pés no diabetes: tratamentos clínicos, políticas públicas e tecnologias em saúde.</p> <p>ISBN: 978-85-7621-276-8</p> <p>Parceria entre: Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD); Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN); Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Universidade de Brasília (UnB). Lançado em 2021.</p> <p>Disponível em: https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/08/livro-interdisciplinaridade-pes-diabeticos.pdf</p>

Fonte: dados do pesquisador, 2022.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, O. *et al.* Problemer med å svelge tabletter. Sporreundersokelse fra allmennpraksis [Problems when swallowing tablets. A questionnaire study from general practice]. **Tidsskr Nor Laegeforen**. [S.L.], v.115, n.8, p.947-949, 1995.

ANDRADE, P.A. *et al.* The importance of dysphagia screening and nutritional assessment in hospitalized patients. **Einstein (São Paulo)**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 1-6, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4189>

ANDRIS, D.A. *et al.* Semiologia: bases para a prática assistencial. Rio de Janeiro, RJ: **Guanabara Koogan**, 2006.

ARAÚJO, R.S. *et al.* Can clinical and physical-functional factors predict falls in cognitively impaired older adults?. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online], v. 22, n. 06, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190211>.

AZARPAZHOOH, A.; LEAKE, J.L.. Systematic Review of the Association Between Respiratory Diseases and Oral Health. **Journal Of Periodontology**, [S.L.], v. 77, n. 9, p. 1465-1482, set. 2006. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1902/jop.2006.060010>.

BAIJENS, L.W. *et al.* European society for swallowing disorders – European union geriatric medicine society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. **Clinical Interventions In Aging**, [S.L.], v. 11, p. 1403-1428, 2016. <http://dx.doi.org/10.2147/cia.s107750>.

BANSAL, M.; KHATRI, M.; TANEJA, V.. Potential role of periodontal infection in respiratory diseases - a review. **Journal of medicine and life**, [S.L.], v.6, n.3, p.244–248, 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786481/>

BARBOSA-SILVA, T.G.; MENEZES, A.M.B.; BIELEMANN, R.M.; MALMSTROM, T.K.; GONZALEZ, M.C. Enhancing SARC-F: improving sarcopenia screening in the clinical practice. **Journal Of The American Medical Directors Association**, [S.L.], v. 17, n. 12, p. 1136-1141, dez. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.004>.

BARBOSA, E.A. Manual prático de disfagia para *Home Care*. 1ª Ed. Rio de Janeiro, RJ: **Thieme Revinter Publicações**, 2019.

BATT, J. *et al.* Intensive care unit–acquired weakness. **American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine**, [S.L.], v. 187, n. 3, p. 238-246, 2013. <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201205-0954so>.

BEGUM, Monirun Nessa; JOHNSON, C. Shanthi. A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly. **E-Spen, The European E-Journal Of Clinical Nutrition And Metabolism**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 47-53, fev. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclnm.2009.10.007>.

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.L.], v. 52, n. 1, p. 01-07, 1994. <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-282x1994000100001>.

BHATRAJU, P.K. *et al.* Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region — Case Series. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 382, n. 21, p. 2012-2022, 21 maio 2020. Massachusetts Medical Society. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa2004500>.

BOTELLA, T.J.J.; FERRERO, L.M.I. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual. **Nutr Hosp**, [S.L.], v.17, n.3, p.168-74, 2002.

BRASIL (2009). MS. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília (DF): MS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf>. Acessado em 27 de mar.2019.

BRASIL (2017). IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Rio de Janeiro (RJ): **IBGE**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/habitacao/17270-pnad-continua.html?edicao=18264&t=sobre>>.

BRASÍLIA (2016). Governo do Distrito Federal. Saúde em Samambaia. **Brasília** (DF). Disponível em: <<http://www.samambaia.df.gov.br/2016/08/08/saude-em-samambaia/>> Acessado em 26 de mar.2019.

BRASILIA (2018). Governo do Distrito Federal. PDAD 2018- Destaques. **Brasília** (DF). Disponível em: <https://bityli.com/WPDbwa>. Acessado em 21 de abril de 2022.

BRASÍLIA (2019). Governo do Distrito Federal. Sala de Situação. **Brasília** (DF). Disponível em : <<https://salasit.saude.df.gov.br/>>. Acessado em 18 de abr. 2019.

BRUCKI, S.M.D. *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, [S.L.], v. 61, p.777-781, 2003.

BUSCH, T.; VARKALA, F. A interface com a fisioterapia. In: VENITES, Juliana (org.) Disfagia no Idoso: Guia Prático. Ribeirão Preto, SP, **Book Toy**, 2018. p.227-234.

BUSHUVEN, S. *et al.* Emotional and psychological effects of dysphagia: validation of the jugendwerk dysphagia emotion and family assessment (jdefa). **Dysphagia**, [S.L.], v. 37, n. 2, p. 375-391, 2021. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-021-10289-1>.

CABRE, M. *et al.* Prevalence and Prognostic Implications of Dysphagia in Elderly Patients With Pneumonia. **Age and Ageing**. 2010; 39:39–45. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ageing/article/39/1/39/40572>> acessado em 27 abr. 2018.

CAPELARI, S. **Prevalência de disfagia e fatores associados avaliados em idosos institucionalizados de dois municípios do sul do Brasil**. 2017.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade do Extremo sul Catarinense, Santa Catarina, 2017.

CARDOSO, S.V. *et al.* O impacto das alterações de deglutição na qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Kairós: Gerontologia**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 231-245, mar. 2014. ISSN 2176-901X. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21196>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

CARVALHO, M.F.C. *et al.* Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 817-827, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2012000400013>.

CARVALHO, B. SALES, D.S. Disfagia e Desnutrição. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2016.

CASSOL, K. *et al.* Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. **Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 223-232, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s2179-64912012000300007>.

CORREIA, C. *et al.* Global sensory impairment in older adults in the united states. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.L.], v. 64, n. 2, p. 306-313, 2016. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13955>.

CHEN, XI; CLARK, J.J.J.. Assessment of dentally related functional competency for older adults with cognitive impairment-a survey for special-care dental professionals. **Special Care In Dentistry**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 48-55, 26 dez. 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/scd.12005>

CHEN, Kuan-Cheng. *et al.* Assessment of tongue strength in sarcopenia and sarcopenic dysphagia: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers In Nutrition**, [S.L.], v. 8, p. 1-13, 2021. <http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2021.684840>.

CHEN, Kuan-Cheng. *et al.* Sarcopenic dysphagia: a narrative review from diagnosis to intervention. **Nutrients**, [S.L.], v. 13, n. 11, p. 4043, 2021. <http://dx.doi.org/10.3390/nu13114043>.

CHODOS, A.H. *et al.* Hospitalization-associated disability in adults admitted to a safety-net hospital. **Journal Of General Internal Medicine**, [S.L.], v. 30, n. 12, p. 1765-1772, 2015. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-015-3395-2>.

CLAVÉ, P.; VERDAGUER, A.; ARREOLA, V. Disfagia orofaríngea en el anciano. **Medicina Clínica**, [S.L.], v. 124, n. 19, p. 742-748, maio 2005. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1157/13075447>.

CLAVÉ, P.; SHAKER, R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, [S.L.], v. 12, n. 5, p.

259-270, 7 abr. 2015. Springer Science and Business Media LLC.
<http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2015.49>.

COELHO, H.D.S.; GRANATO, L. Avaliação dos limiares e detecção do gosto salgado em idosos. **J Health Sci Inst**, [S.L.], v. 32, n.4, p.413-8, 2014.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). Perfil da População Idosa do Distrito Federal. **Brasília**, 2012. Disponível em:
 <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Perfil-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-Idosa-do-Distrito_Federal.pdf>. Acesso em: 21 de abr. 2019.

COOK, Ian J.; KAHNILAS, Peter J.. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. **Gastroenterology**, [S.L.], v. 116, n. 2, p. 455-478, fev. 1999. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5085\(99\)70144-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5085(99)70144-7).

COSTA, A.M. *et al.* Perfil da condição bucal de idosas do Distrito Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 2207-2213, jul. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000400035>.

CRUZ-JENTOFT, A.J. *et al.* Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, [S.L.], v.48, n.1, p.16–31, 2019. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ageing/article/48/1/16/5126243>>. Acesso em 16 mai. 2019.

CUPPARI, L. Nutrição clínica no adulto – Guia de medicina ambulatorial e hospitalar (UNIFESP/Escola Paulista de Medicina). 1 ed. São Paulo: **Manole**, 2018.

DEPIPPPO, K. L.; HOLAS, M. A.; REDING, M. J.; MANDEL, F. S.; LESSER, M. L.. Dysphagia therapy following stroke: a controlled trial. **Neurology**, [S.L.], v. 44, n. 9, p. 1655-1655, 1 set. 1994. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1212/wnl.44.9.1655>.

DIAS, S.F.C. *et al.* Integrated care of speech therapy and nursing in oropharyngeal dysphagia. **Journal of Nursing UFPE on line** - ISSN: 1981-8963, [S.L.], v. 12, n. 10, p. 2844-2853, oct. 2018. ISSN 1981-8963. Available at:
 <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236956>>. Date accessed: 26 may 2019. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236956p2844-2853-2018>.

DIAS, *et al.* Dietas orais hospitalares. In: WAITZBERG, D. L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4ªed. São Paulo: Editora **Atheneu**. v. 1. Cap.36. p.649-663, 2009.

EKBERG, O. *et al.* Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. **Dysphagia**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 139-146, 2002. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>.

EL-SHARKAWY, A.M. *et al.* The pathophysiology of fluid and electrolyte balance in the older adult surgical patient. **Clinical Nutrition**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 6-13, fev. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2013.11.010>.

ETGES, C.L. *et al.* Screening tools for dysphagia: a systematic review. **Codas**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 343-349, out. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20142014057>.

FAES, M.C.; SPIGT, M.G.; OLDE SIKKERT, M.G. Dehydration in geriatrics. **Geriatrics and Anging**, v.19, n.5, p. 491-496, 2007.

FARRI, A.; ACCORNERO, A.; BURDESE, C. Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. **Acta Otorhinolaryngol Ital**, v.27, n.2, p.83-86, 2007.

FERRAZ, M.S.T. *et al.* Risco de Disfagia e Qualidade de Vida em Idosos Saudáveis. **Distúrbios da Comunicação**, [S.L.], v. 32, n. 3, p. 454-461, 3 set. 2020. Pontifical Catholic University of Sao Paulo (PUC-SP). <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i3p454-461>.

FERRUCCI, L. *et al.* Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons: a Consensus Report. **Journal of The American Geriatrics Society**. 2004; 52 :625-34. Acesso em: 23 abr.2018.

FOLSTEIN, M.F. *et al.* "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiat Rev**, v.12, p.189-198, 1975.

FREITAS, E.V. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, p. 645-7, 654-8, 2002.

FREITAS, M.I.A. *et al.* Investigação fonoaudiológica de idosos em programa de assistência domiciliar. **Einstein** (São Paulo). 2007;5(1):6-9.

FUJISHIMA, I. *et al.* Sarcopenia and dysphagia: position paper by four professional organizations. **Geriatrics & Gerontology International**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 91-97, 2019. <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.13591>.

FURKIN, A.M; SANTINI, C.R.Q.S. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: **Disfagias Orofaríngeas**, volume 1. Barueri, SP: Pró-Fono,1999.

_____. **Disfagias Orofaríngeas**, volume 2. Barueri, SP: Pró-Fono, 2008.

FUSSI, C.C; FURIA, C.L.B. Avaliação clínica. In: DEDIVITS, Rogério A. (org.) Manual prático de disfagia: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro, RJ, **Editora Revinter**, 2017. p.149-169.

GALATO, D.; SILVA, E.S; TIBURCIO, L.S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 6, p. 2899-2905, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000600027>.

GARCIA, R.I.D; QUEIJA, D.S. Anatomia e fisiologia da deglutição. In: Dedivits, Rogério A. (org.) Manual prático de disfagia: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro, RJ, **Editora Revinter**, 2017. p.03-18.

GILL, T. M. *et al.* The role of intervening hospital admissions on trajectories of disability in the last year of life: prospective cohort study of older people. **Bmj**, [S.L.], v. 350, n. 1420, p. 2361-2361, 2015. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h2361>.

GONÇALVES, M.I.R; REMAILI, C.B; BEHLAU, M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool - EAT-10. **Codas**, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 601-604, 16 dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s2317-17822013.05000012>.

GONCALVES, T.; GONÇALVES, S.L; PEREIRA, A. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no envelhecimento (BRASPEN GUIDELINE ON NUTRITION THERAPY IN AGING). 34. 58-2019.

GONÇALVES, B.F.T. *et al.* Utilização de protocolos de qualidade de vida em disfagia: revisão de literatura. **Revista Cefac**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 1333-1340, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517418014>.

GOES, E.F.; RAMOS, D.O.; FERREIRA, A.J.F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 1-7, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>.

GRIFFITH, Richard. District nurses' role in managing medication dysphagia. **British Journal Of Community Nursing**, [S.L.], v. 21, n. 8, p. 411-415, 2 ago. 2016. Mark Allen Group. <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.8.411>.

GUASTAFERRO, R. *et al.* Development of a screening tool to assess dehydration in hospitalized older population: a diagnostic, observational study. **Prof Inferm.** v.71, n.3, p. 178-187, 2018.

GUEDES, L.U. *et al.* Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um hospital universitário de Belo Horizonte. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, [S.L.], v. 14, n. 3, p. 372-380, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-80342009000300014>.

GUIGOZ, Y. *et al.* Assessing the Nutritional Status of the Elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. **Nutrition Reviews**, [S.L.], v. 54, n. 1, p. 59-65, 27 abr. 2009. Oxford University Press (OUP).
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x>.

GUTIERREZ, S.M. *et al.* Queixas Fonoaudiológicas de Idosos Residentes em Uma Instituição de Longa Permanência. **Distúrbios da Comunicação**, [S.L.], v. 21, n.1, P.21-30, 2009.

HANSEN, D.L.; TULINIUS, D.; HANSEN, E.H. Adolescents' struggles with swallowing tablets: barriers, strategies and learning. **Pharmacy World & Science**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 65-69, 27 jun. 2008. Springer Science and Business Media LLC.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11096-007-9142-y>.

HIEMAE, K.M; PALMER, J.B. Food transport and bolus formation during complete feeding sequences on foods of diferente initial consistency. **Dysphagia**, [S.L.], v.14, n.3, p.31-42, 1999.

HONG, Young-Rock. *et al.* Population-level interest and telehealth capacity of US hospitals in response to Covid-19: cross-sectional analysis of google search and national hospital survey data. **Jmir Public Health And Surveillance**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 1-8, 2020. <http://dx.doi.org/10.2196/18961>.

HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10223, p. 497-506, fev. 2020. Elsevier BV.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30183-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5).

HULLEY, S.B. *et al.* Delineando a pesquisa clínica.4^a ed. Porto Alegre: RS: **Artmed**, 2015.

IKIUGU, M.N.*et al.* Guidelines for occupational therapy interventions based on meaningful and psychologically rewarding occupations. **Journal Of Happiness Studies**, [S.L.], v. 20, n. 7, p. 2027-2053,2018.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10902-018-0030-z>.

Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar-IBRANUTRI. In: Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral-**SBPNE**. Proposta para tratamento da desnutrição hospitalar no Brasil.São Paulo; 1996.

Instituto Hidratação e Saúde - **IHS**. Conselho científico do instituto de hidratação e saúde. Marcadores do estado de hidratação. 2009.Disponível em:
http://www.ihs.pt/xms/files/Documentos_Tecnicos_-_Revisoes_Tematicas/MARCADORES_DO_ESTADO_DE_HIDRATACAO.pdf.
Acesso em: 21 mai. 2019.

JOTZ, GP. DORNELLES, S. Fisiologia da deglutição. In: JOTZ, GP (org.) Tratado da deglutição e disfagia. Rio de Janeiro, RJ, **Editora Revinter**, 2010. p.16-19.

KAIRALLA, Maísa. Envelhecimento Populacional - Epidemiologia e Mudanças no Paradigma na Saúde. In: VENITES, Juliana (org.) *Disfagia no Idoso: Guia Prático*. Ribeirão Preto, SP, **Book Toy**, 2018. p.23-26.

KAISER, M. J. *et al.* Validation of the mini nutritional assessment short-form (MNA®-SF): a practical tool for identification of nutritional status. **The Journal Of Nutrition, Health And Aging**, [S.L.], v. 13, n. 9, p. 782-788, 2009.
<http://dx.doi.org/10.1007/s12603-009-0214-7>.

KIM, Doo-Young, *et al.* The impact of dysphagia on quality of life in stroke patients. **Medicine**, [S.L.], v. 99, n. 34, p. 1-6, 21 ago. 2020. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).<http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000021795>.

KIZILARSLANOGLU, M.C. *et al.* Sarcopenia in critically ill patients. **Journal Of Anesthesia**, [S.L.], v. 30, n. 5, p. 884-890, 4 jul. 2016. Springer Science and Business Media LLC.<http://dx.doi.org/10.1007/s00540-016-2211-4>.

LANGMORE, S.E. Efficacy of behavioral treatment for oropharyngeal dysphagia. **Dysphagia**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 259-262, 1995. Springer Science and Business Media LLC.<http://dx.doi.org/10.1007/bf00431419>.

LANGMORE, S.E. *et al.* Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? **Dysphagia**. 1998;13(2):69-81.

LAKS, J. *et al.* Mini-Mental State Examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 23, n. 2, p. 315-319, 2007.<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200007>.

LAU, E.T.L. *et al.* Dosage form modification and oral drug delivery in older people. **Advanced Drug Delivery Reviews**, [S.L.], v. 135, p. 75-84, out. 2018. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.addr.2018.04.012>.

LEE, K.H.; WU, B.; PLASSMAN, B.L.. Cognitive Function and Oral Health-Related Quality of Life in Older Adults. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.L.], v. 61, n. 9, p. 1602-1607, 26 ago. 2013. Wiley.<http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12402>.

LIMA, R.M.L. *et al.* Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. **Revista Cefac**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 405-422, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-18462009000700017>.

LLORCA, Pierre-Michel. Discussion of prevalence and management of discomfort when swallowing pills: orodispersible tablets expand treatment options in patients with depression. **Therapeutic Delivery**, [S.L.], v. 2, n. 5, p. 611-622, maio 2011. Future Science Ltd. <http://dx.doi.org/10.4155/tde.11.32>.

LUCCIA, G.C. P. de; KVIECINSKI, B.; SANTOS, H.V.M.S. Pacientes Geriátricos e Disfagia: quais os reais riscos?. **Coorte: REVISTA CIENTÍFICA DOS HOSPITAL**

SANTA ROSA, Cuibá, v. 6, n. 2016, p. 12-26, jun. 2016. Semestral. Acesso em: 29 mar. 2022. Disponível em:
<http://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/66/0>

MACIEL, J. R.V.; OLIVEIRA, C. J. R.; TADA, C.M. P. Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. **Revista de Nutrição**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 411-421, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732008000400005>.

MAEDA, K.; AKAGI, J. Sarcopenia is an independent risk factor of dysphagia in hospitalized older people. **Geriatrics and Gerontology International**, [S.L.], v. 16, n. 4, p. 515-521, 21 mar. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/gqi.12486>.

MAEDA, K. *et al.* Development and predictors of sarcopenic dysphagia during hospitalization of older adults. **Nutrients**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 70, 26 dez. 2019. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu12010070>.

MAGALHÃES JUNIOR, H. V. Evidências de validades do questionário autorreferido para rastreamento de disfagia orofaríngea em idosos - RaDI. 2018. TESE (DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA) - **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, NATAL, RN, 2018.

MAÑAS-MARTÍNEZ, A.B. *et al.* Asociación de un cribado positivo para disfagia con el estado nutricional y la mortalidad a largo plazo en pacientes ancianos hospitalizados. **Endocrinología, Diabetes y Nutrición**, [S.L.], v. 65, n. 7, p. 402-408, ago. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endinu.2018.02.004>.

MANEIRA, A.; ZANATA, I.L. A frequência de disfagia em idosos em um hospital da cidade de Curitiba-PR. **R. Saúde Públ**, v.1, n.1, p.20-26, 2018.

MAO, L. *et al.* Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. **Jama Neurology**, [S.L.], v. 77, n. 6, p. 683, 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>.

MCHORNEY, C.A. *et al.* The SWAL-QOL and SWAL-CARE Outcomes Tool for Oropharyngeal Dysphagia in Adults: iii. documentation of reliability and validity. **Dysphagia**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 97-114, 1 abr. 2002. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-001-0109-1>.

MCCULLOUGH, G.H.M.R. *et al.* Clinical evolution of patients with dysphagia: Importance of history taking and physical exam. In: **Manual of diagnostic and therapeutic techniques for disorders of deglutition**. New York: Springer; 2013.; pp. 11–30.

MEDEIROS, Gisele Chagas de; SASSI, Fernanda Chiarion; MANGILLI, Laura Davison; ZILBERSTEIN, Bruno; ANDRADE, Claudia Regina Furquim de. Clinical dysphagia risk predictors after prolonged orotracheal intubation. **Clinics**, [S.L.], v. 69, n. 1, p. 8-14, jan. 2014. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2014\(01\)02](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2014(01)02).

MCLEAN, Robert R.; KIEL, Douglas P. Developing Consensus Criteria for Sarcopenia: an update. **Journal Of Bone And Mineral Research**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 588-592, 25 mar. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jbmr.2492>.

MESSINGER-RAPPORT, B.J. *et al.* Clinical Update on Nursing Home Medicine: 2009. **Journal Of The American Medical Directors Association**, [S.L.], v. 10, n. 8, p. 530-553, out. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2009.08.001>.

MIKAMI, Y. *et al.* Association between decrease in frequency of going out and oral function in older adults living in major urban areas. **Geriatrics & Gerontology International**, [S.L.], v. 19, n. 8, p. 792-797, 2 jul. 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.13715>.

MOLFENTER, S.M. *et al.* Alterations to Swallowing Physiology as the Result of Effortful Swallowing in Healthy Seniors. **Dysphagia**, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 380-388, 17 nov. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-017-9863-6>.

MOLINA, L. *et al.* Nursing interventions in adult patients with oropharyngeal dysphagia: a systematic review. **European Geriatric Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 5-21, 21 dez. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s41999-017-0009-z>.

MORAES, D.P. *et al.* Clinical prognostic indicators of dysphagia following prolonged orotracheal intubation in ICU patients. **Critical Care**, [S.L.], v. 17, n. 5, p. 1-10, 2013. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/cc13069>.

MORLEY, John E.. Symposium on 'Nutrition and the elderly' Protein-energy malnutrition in older subjects. **Proceedings Of The Nutrition Society**, [S.L.], v. 57, n. 4, p. 587-592, nov. 1998. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1079/pns19980085>.

_____. Anorexia, sarcopenia, and aging. **Nutrition**, [S.L.], v. 17, n. 7-8, p. 660-663, jul. 2001. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0899-9007\(01\)00574-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0899-9007(01)00574-3).

_____. Anorexia of ageing: a key component in the pathogenesis of both sarcopenia and cachexia. **Journal Of Cachexia, Sarcopenia And Muscle**, [S.L.], v. 8, n. 4, p. 523-526, 27 abr. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jcsm.12192>.

MOURA, E.C. *et al.* **Disponibilidade oportuna de dados públicos para gestão em saúde: análise da onda COVID-19 SciELO Preprints, 2021**. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.2316. Acesso em: 29 mar. 2022. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2316>.

NAJAS, M.; NEBULONI, C.C. A interface com a nutrição. In: VENITES, Juliana (org.) **Disfagia no Idoso: Guia Prático**. Ribeirão Preto, SP, **Book Toy**, 2018. p.219-223.

NEY, Denise M.; WEISS, Jennifer M.; KIND, Amy J. H.; ROBBINS, Joanne. Senescent swallowing: impact, strategies, and interventions. **Nutrition In Clinical Practice**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 395-413, 29 maio 2009. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1177/0884533609332005>.

NISHIDA, T.; YAMABE, K.; HONDA, S. The influence of dysphagia on nutritional and frailty status among community-dwelling older adults. **Nutrients**, 13(2):512, 2021. <https://doi.org/10.3390/nu13020512>.

NOWJACK-RAYMER, R.; SHEIHAM, A. Association of Edentulism and Diet and Nutrition in US Adults. **Journal Of Dental Research**, [S.L.], v. 82, n. 2, p. 123-126, fev. 2003. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/154405910308200209>.

OLIVEIRA, J.S. *et al.* Fonoaudiologia e adaptação de prótese dentária total em idosos: o que os dentistas sabem sobre isto? **Rev CEFAC**, [S.L.], v.7, n. 1, p.50-54, 2005.

OLIVEIRA, Bruna Silveira de *et al.* Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 575-587, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13065>.

ORTEGA, O.; MARTÍN, A.; CLAVÉ, P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. **Journal Of The American Medical Directors Association**, [S.L.], v. 18, n. 7, p. 576-582, jul. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>.

PADOVANI, Aline Rodrigues; MORAES, Danielle Pedroni; MANGILI, Laura Davidson; ANDRADE, Claudia Regina Furquim de. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 199-205, set. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-80342007000300007>.

_____. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD) In: ANDRADE, Claudia Regina Furquim de (org.) *Disfagia: pratica baseada em evidências*. São Paulo, SP. **SARVIER**, 2012. p. 62-73.

PAGOTTO, V. *et al.* Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. **Rev Bras Enferm**, [S.L.], v. 71, n. 2, p. 322-328, abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0121>.

PAIXÃO, C.T; SILVA, L.D. Características de pacientes disfágicos em serviço de atendimento domiciliar público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 262-269, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472010000200009>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Avaliação multidimensional do idoso. Curitiba: **SESA**, 2018.

PAYNE, Michelle A.; MORLEY, John E.. Dysphagia: a new geriatric syndrome. **Journal Of The American Medical Directors Association**, [S.L.], v. 18, n. 7, p. 555-557, jul. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.017>.

PEREIRA, Mauricio Gomes. Epidemiologia Teoria e Prática. **Guanabara Koogan**. Rio de Janeiro, RJ, 2005.

PERRACINI, Monica Rodrigues. GAZZOLA, Juliana Maria. Síndromes Geriátricas e Fragilidade: O que torna o idoso vulnerável? In: VENITES, Juliana (org.) Disfagia no Idoso: Guia Prático. Ribeirão Preto, SP. **Book Toy**, 2018. p. 29-37.

PINTO, P. S. O papel do Enfermeiro de Reabilitação Face ao Indivíduo com Disfagia. **Nursing**. 2013; 289. Disponível em: < <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/o-papel-do-enfermeiro-de-reabilitacao-face-ao-individuo-com-disfagia.pdf>> acessado em 18 abril de 2018.

PORTAS, J.G. Validação para a língua portuguesa brasileira dos questionários qualidade de vida em disfagia (SWAL-QOL) e satisfação do paciente e qualidade do cuidado no tratamento da disfagia (AWAL-CARE). [Dissertação]. São Paulo (SP): **Fundação Antônio Prudente**; 2009.

PROSIEGEL, M. *et al.* Swallowing therapy - a prospective study on patients with neurogenic dysphagia due to unilateral paresis of the vagal nerve, avellis' syndrome, wallenberg's syndrome, posterior fossa tumours and cerebellar hemorrhage. **Re-Engineering Of The Damaged Brain And Spinal Cord**, [S.L.], p. 35-37, 2005. Springer Vienna. http://dx.doi.org/10.1007/3-211-27577-0_4.

RECH, R. *et al.* Association between oropharyngeal dysphagia, oral functionality, and oral sensorimotor alteration. **Oral Diseases**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 664-672, 27 fev. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/odi.12809>.

RECH, R. **Perspectivas epidemiológicas sobre a disfagia orofaríngea em idosos independentes da comunidade**. 2020. 175 f. Tese (Doutorado em epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, BR-RS, 2020. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/205923>

REZENDE, I. F. B. *et al.* Prevalência da desnutrição hospitalar em pacientes internados em um hospital filantrópico em Salvador (BA), Brasil. **R. Ci. méd. biol**, [S. L.], v. 3, n. 2, p. 194–200, 2004. DOI:10.9771/cmbio.v3i2.4425.

RUBENSTEIN, L. Z. *et al.* Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (mna-sf). **The Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, [S.L.], v. 56, n. 6, p. 366-372, 1 jun. 2001. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.6.m366>.

ROMMEL, N.; HAMDY, S. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. **Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 49-59, 2 dez. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2015.199>.

ROZENFELD, S.; FONSECA, M.J.M; ACURCIO, F.A. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 23, p. 34-43, 2008.

SAHYOUN, N.R; LIN, C.; KRALL, E. Nutritional status of the older adult is associated with dentition status. **Journal Of The American Dietetic Association**, [S.L.], v. 103, n. 1, p. 61-66, jan. 2003. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1053/jada.2003.50003>.

SALASSA, John. A Functional Outcome Swallowing Scale for Staging Oropharyngeal Dysphagia. **Digestive Diseases**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 230-234, 1999. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000016941>.

SANIVARAPU, R.R.; GIBSON, J. **Aspiration pneumonia**. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.

SANTOS, A.L; ALVES, T.S.H.S. Terapia nutricional enteral: relação entre percentual de dieta prescrito e administrado e intercorrências associadas em hospital público de Salvador-BA. **Braspen J**, p. 58-63, 2018.

SCHÜLER, I.M. *et al.* Testing the ability for autonomous oral hygiene in hospitalized geriatric patients - clinical validation study. **Clinical Oral Investigations**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 1059-1068, 23 jun. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-020-03402-5>.

SCHUMM, L.P *et al.* Assessment of sensory function in the national social life, health, and aging project. **The Journals Of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, [S.L.], v. 64, n. 1, p. 76-85, 23 jun. 2009. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp048>.

SHIMIZU, Miyuki *et al.* Physical signs of dehydration in the elderly. **Internal Medicine**, [S.L.], v. 51, n. 10, p. 1207-1210, 2012. Japanese society of internal Medicine. <http://dx.doi.org/10.2169/internalmedicine.51.7056>.

SHIMIZU, A. *et al.* Impact of multiple texture-modified diets on oral intake and nutritional status in older patients with pneumonia: a retrospective cohort study. **Dysphagia**, [S.L.], v. 35, n. 4, p. 574-582, 18 set. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-019-10063-4>.

SILVA, R. G. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. In: FELIX, N.; FURKIM, A. M.; VIEBIG, R. **Arquivos de motilidade digestiva e neurogastroenterologia**. [S.L.], v.2, p. 3-73, 1999.

SILVA, Lúcia Marilac da. Disfagia orofaríngea pós-acidente vascular encefálico no idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 93-106, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09028>.

SILVA, N.N. *et al.* Access of the black population to health services: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 4, p. 1-9, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>.

SILVA, T.M.M.D. Disfagia no Doente com AVC: Prevalência e Determinantes. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) – Instituto Superior Politécnico de Viseu, **Escola Superior de Saúde de Viseu**, Viseu, Portugal.

SMELTZER, S.C. *et al.* Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2009. vol. I e II.

SOARES, L.T. *et al.* Presbifagia, disfagia no idoso e disfagia sarcopênica. In: VENITES, Juliana (org.) Disfagia no Idoso: Guia Prático. Ribeirão Preto, SP, **Book Toy**, 2018. p.79-87.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. [coordenadora Myrian Najas]. Barueri, SP: **Minha Editora**, 2011. <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Consenso Brasileiro de Nutricao1.pdf>

_____. **Engasgo**: sinal de problema para se alimentar. Disponível em: <https://www.sbgg-sp.com.br/engasgo-sinal-de-problema-para-se-alimentar/>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SOURDET, S. *et al.* Preventable iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. **J. Am. Med. Dir. Assoc**, [S.L.], v. 16, n. 8, p. 674-681, ago. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.011>.

SOUZA, L.F. *et al.* Medication swallowing difficulties in people without dysphagia. **Rev. CEFAC**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 1-7, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/20192140119>.

SOUZA, C.L.M. *et al.* Rastreio do risco de disfagia em pacientes internados em um hospital universitário. **Distúrb Comun**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 277-284, 2020. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i2p277-284>.

SPEYER, R. *et al.* Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review. **Dysphagia**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 40-65, 17 set. 2009. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-009-9239-7>.

STOOKEY, J.D; PIEPER, C.F; COHEN, H.J. Is the prevalence of dehydration among community-dwelling older adults really low? Informing current debate over the fluid

recommendation for adults aged 70+years. **Public Health Nutrition**, [S.L.], v. 8, n. 8, p. 1275-1285, 2005. <http://dx.doi.org/10.1079/phn2005829>.

SZE, W.P *et al.* Evaluating the training effects of two swallowing rehabilitation therapies using surface electromyography-chin tuck against resistance (CTAR) exercise and the shaker exercise. **Dysphagia**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 195-205, 2 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-015-9678-2>.

TASSONE, E.C. *et al.* Should we implement mealtime assistance in the hospital setting? A systematic literature review with meta-analyses. **Journal Of Clinical Nursing**, [S.L.], v. 24, n. 19-20, p. 2710-2721, 2 ago. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12913>.

TELLES, A.C. B. *et al.* Avaliação clínica da deglutição. In: VENITES, Juliana (org.) Disfagia no Idoso: Guia Prático. Ribeirão Preto, SP, **Book Toy**, 2018. p.91-97.

TERRÉ, R.; MEARIN, F. Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study. **Neurogastroenterology & Motility**, [S.L.], v. 24, n. 5, p. 414-419, 6 fev. 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2982.2011.01869.x>.

TRIGGS, Joseph; PANDOLFINO, John. Recent advances in dysphagia management. **F1000Research**, [S.L.], v. 8, p. 1527, 29 ago. 2019. F1000 Research Ltd. <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.18900.1>.

VESEY, S. The challenges of dysphagia in treating motor neurone disease. **Br J Community Nurs**. 2017 July; 22(Suppl 7):S17-S21. Doi: 10.12968/bjcn.2017.22.Sup7.S17.

VIEIRA, D.O. Validação da versão portuguesa do questionário SWAL-QoL em doentes com patologia oncológica da cabeça e pescoço. 2010. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, **Universidade do Porto**, Porto, Portugal.

WANG, C.; BAI, Li. Sarcopenia in the elderly: basic and clinical issues. **Geriatrics & Gerontology International**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 388-396, 25 abr. 2012. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00851.x>.

WAKABAYASHI, H. Transdisciplinary approach for sarcopenia. Sarcopenic dysphagia. **Clin Calcium**, [S.L.], v.24, n.10, p. 1509-1517, 2014. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25266097/>

_____. PRESBYPHAGIA AND SARCOPENIC DYSPHAGIA: association between aging, sarcopenia, and deglutition disorders. **Journal Of Frailty & Aging**, [S.L.], p. 1-7, 2017. SERDI. <http://dx.doi.org/10.14283/jfa.2014.8>.

WATERS, D.L. *et al.* Advantages of dietary, exercise-related, and therapeutic interventions to prevent and treat sarcopenia in adult patients: an update. **Clin. Interv. Aging.** 2010.

WHELAN, K.. Inadequate fluid intakes in dysphagic acute stroke. **Clinical Nutrition**, [S.L.], v. 20, n. 5, p. 423-428, out. 2001. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1054/clnu.2001.0467>.

WINTERHOLLER, C. Diagnosis and treatment of dysphagia in patients with neuromuscular disease. **Pneumologie**.2008; 62(suppl.1):S35-8.

WIRTH, R. *et al.* Guideline clinical nutrition in patients with stroke. **Exp Transl Stroke Med.** 2013;5(1):14. Published 2013 Dec 1. doi:10.1186/2040-7378-5-14.

_____ Oropharyngeal Dysphagia in Older Persons – From Pathophysiology to Adequate Intervention: a Review and Summary of an International Expert Meeting. **Clinical Interventions in Aging.** 2016;11:189-208. doi:10.2147/CIA.S97481.

WRIGHT, L. *et al.* Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. **J Hum Nutr Diet**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 213-219, jun. 2005. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-277x.2005.00605.x>.

WOTTON, K.; CRANNITCH, K.; MUNT, R. Prevalence, risk factors and strategies to prevent dehydration in older adults. **Contemporary Nurse.** 2008.31:1, 44-56, DOI: 10.5172/conu.673.31.1.44.

XIAO, H.; BARBER, J.; CAMPBELL, Ellen S.. Economic burden of dehydration among hospitalized elderly patients. **American Journal Of Health-System Pharmacy**, [S.L.], v. 61, n. 23, p. 2534-2540, 1 dez. 2004. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ajhp/61.23.2534>.

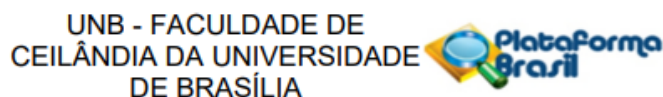
YANG, E.J. *et al.* Oropharyngeal dysphagia in a community-based elderly cohort: the korean longitudinal study on health and aging. **Journal Of Korean Medical Science**, [S.L.], v. 28, n. 10, p. 1534, 2013. Korean Academy of Medical Sciences. <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2013.28.10.1534>.

YOSHIDA, M.; SUZUKI, R.; KIKUTANI, T. Nutrition and oral status in elderly people. **Japanese Dental Science Review**, [S.L.], v. 50, n. 1, p. 9-14, fev. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdsr.2013.09.001>.

ZENG, X. *et al.* Rehabilitation nursing intervention can improve dysphagia and quality of life of patients undergoing radiotherapy for esophageal cancer. **Journal of Oncology**, [S.L.], v. 2021, p. 1-6, 5 ago. 2021. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2021/3711699>.

ANEXOS

ANEXO 1 : CEP/UNB



Continuação do Parecer: 3.749.828

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram resolvidas.

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

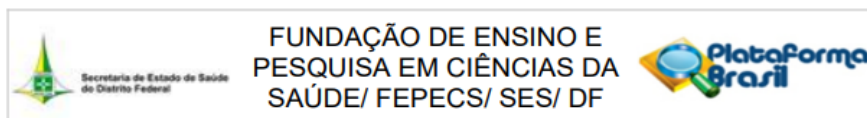
Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1390471.pdf	19/11/2019 21:49:47		Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_MODIFICADO_NOVEMBRO_2.doc	19/11/2019 21:47:33	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	CARTA_PENDENCIAS_WORD.doc	19/11/2019 21:44:50	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	CURRICULUM_ANA_PATRICIA.pdf	02/11/2019 16:08:33	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_MODIFICADO_NOVEMBRO.doc	02/11/2019 16:07:35	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_NOVEMBRO.pdf	02/11/2019 16:05:36	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_MODIFICADO.doc	18/09/2019 23:13:11	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO.doc	18/09/2019 23:12:41	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	18/09/2019 23:11:45	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Declaração de	TERMO_CONCORDANCIA_MODIFICA	18/09/2019	RONIVALDO PINTO	Aceito

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

ANEXO 2: CEP/FEPECS



Continuação do Parecer: 3.820.960

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1486272.pdf	16/01/2020 01:05:00		Aceito
Outros	RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS.pdf	16/01/2020 01:04:04	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_MODIFICADO_NOVEMBRO_2.doc	19/11/2019 21:47:33	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	CARTA_PENDENCIAS_WORD.doc	19/11/2019 21:44:59	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	CURRICULUM_ANA_PATRICIA.pdf	02/11/2019 16:08:33	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_MODIFICADO_NOVEMBRO.doc	02/11/2019 16:07:35	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_NOVEMBRO.pdf	02/11/2019 16:05:36	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	18/09/2019 23:11:45	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO.pdf	31/07/2019 18:32:15	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	LATTES_RONY.pdf	30/07/2019 20:49:52	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	30/07/2019 20:48:04	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito
Outros	TERMO_CONCORDANCIA.doc	30/07/2019 20:47:20	RONIVALDO PINTO FERREIRA	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA

ANEXO 3: TCLE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto [**Avaliação clínica de enfermagem na deglutição de idosos hospitalizados e sua associação com a nutrição, hidratação e qualidade de vida: um estudo transversal analítico**], sob a responsabilidade do pesquisador [Ronivaldo Pinto Ferreira].

O nosso objetivo é [avaliar a sua deglutição, mastigação dos alimentos, nutrição, hidratação, perda de peso e como esses fatores interferem na sua qualidade de vida].

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de questionários, também iremos medir a circunferência de sua panturrilha e aplicação de um teste de deglutição onde serão ofertados alimentos para avaliação de sua alimentação. Essa pesquisa ocorrerá em duas fases: uma será aplicação dos questionários e a segunda a avaliação da sua deglutição pelo fonoaudiólogo. Isso acontecerá durante a sua internação na clínica médica do Hospital Regional de Samambaia com tempo estimado total de 45min[utos]para sua realização.

[Os instrumentos escolhidos para essa pesquisa são métodos não invasivos e de baixo risco a sua saúde, mas em alguns participantes poderá causar estresse por responder ao número de questões dos instrumentos, constrangimento por ter que expor o nível de escolaridade e não saber realizar cálculo e não saber ler, desconforto por ter que se posicionar para aferição da CP, medo em deglutir alimentos e causar engasgos e tosse. Mas para minimizar esses riscos será oferecida a possibilidade de tempo para responder aos questionários, o nível de escolaridade pode ser não informado se você optar por não responder e para evitar engasgos e tosse durante o teste de deglutição será verificado o melhor posicionamento que você poderá ficar, pausa no teste ou não continuidade do mesmo.] Se você aceitar participar, estará contribuindo para [uma melhor atuação dos profissionais de enfermagem na avaliação de seu padrão de deglutição, estado nutricional, hidratação, qualidade de vida e perda de peso como prevenção de agravos durante a internação de usuários do sistema de saúde].

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor [da clínica médica do Hospital Regional de Samambaia e Universidade de Brasília] podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Ronivaldo Pinto Ferreira, na [Universidade de Brasília – Campus Ceilândia] no telefone [61-982733768], no horário [14:00h as 18:00h], disponível inclusive para ligação a cobrar, ou pelo e-mail ronny.pinto@hotmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 2017 1145 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

ANEXO 4: LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIODEMOGRAFICOS E DE SAÚDE

1-Hospital:

2-Data:

3-Unidade de Internação:Clínica Médica

4-Nome:

Registro SES:

5-Gênero: () M () F

6-Data de Nascimento:

Idade:

7-Raça/cor/etnia autodeclarada: () branca () preta () parda () amarela () indígena

8-Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () união estável

9-Escolaridade: () analfabeto () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo (1 ao 9 ano) () ensino médio incompleto () ensino médio completo () ensino superior incompleto () ensino superior completo

10-Data de Internação:

11-Tempo de Internação:

12-Precedente de outra unidade de internação? Se sim quando foi a internação?

13-Motivo da internação: () cardiológico () oncológico () cirúrgico () trauma () respiratório () neurológico () outros:.....

14- Infecção pelo Covid-19: () sim () não

15-Outras patologias:

16-Medicações em uso oral: () não () sim:.....

17-Tipo de dieta ofertada: () líquida () leve () branda () pastosa () livre () parenteral () enteral () mais de 2 tipos:.....

18-Via de administração da dieta: () oral () gastrostomia () jejunostomia () sonda nasoenterica () mais de 2 vias:.....

19-Paladar: () diminuído () ausente () queixas de gostos:.....

20-Mobilidade: () prejudicada () com auxilio () acamado () normal

21- Frequência da higiene oral: () não realiza () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

22- Prótese dentária: () não () parcial () total () edentulismo

23- Apresenta: () tosse () engasgos () pneumonia de repetição () perda de peso () falta de apetite

ANEXO 5: MEEM

QUADRO 14 MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (05 pontos)	Ano
	Mês
	Dia do mês
	Dia da semana
	Semestre/Hora aproximada
<i>Dê um ponto para cada acerto (total de 5 pontos). Considera-se hora aproximada a variação de uma hora, da mesma forma que o dia do mês.</i>	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL (05 pontos) Dê um ponto para cada item	Estado
	Cidade
	Bairro ou nome de rua próxima
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)
	Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)
Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA ou CARRO, VASO e TIJOLO	
<i>Dê 1 ponto para cada uma das três palavras repetida corretamente. Certifique-se que o paciente memorizou as palavras</i>	
ATENÇÃO E CÁLCULO	Subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$
	Solettrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM
<i>Solicite que faça o cálculo ("sete seriado") ou que soletre a palavra mundo "da última letra para a primeira". Considere a tarefa com melhor desempenho (1 ponto para cada acerto e total de 5 pontos). A tendência é o uso do "sete seriado", pela menor dependência da escolaridade. Um ponto é dado para cada acerto na subtração, mesmo que a subtração anterior tenha sido incorreta.</i>	
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
<i>Este item deve ocorrer após uma tarefa distratora, que, habitualmente, é o item anterior (atenção e cálculo). O paciente gasta, no máximo, 30 segundos para a evocação. Cada palavra evocada vale 1 ponto, independente da sequência.</i>	
NOMEAR DOIS OBJETOS (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"
COMANDO DE ESTÁGIOS	"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"
<i>Apanhe uma folha de papel, estenda-a para o paciente e dê a ordem: "Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão". O escore é dado pela sequência correta das 3 ações (3 pontos). O paciente pode utilizar as duas mãos para dobrar a folha e dobrá-la por até duas vezes.</i>	
ESCREVER UMA FRASE COMPLETA	"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim"
<i>Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. O comando é "escreva uma frase que tenha começo, meio e fim, e faça sentido". Gramática e pontuação corretas não são pontuados</i>	
LER E EXECUTAR (1 ponto)	FECHE SEUS OLHOS
<i>O paciente deverá ler e executar a tarefa. O aplicador não pode ler para o paciente.</i>	
COPIAR DIAGRAMA (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção
	

ANEXO 6: EAT-10***Instrumento de Avaliação da Alimentação (EAT-10)***
Uma ferramenta para avaliação do risco de disfagia

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Data: _____

OBJETIVO:

O EAT-10 te ajuda a avaliar a dificuldade de deglutição. Converse com um profissional de saúde sobre os possíveis tratamentos para os seus sintomas.

A-HISTÓRICO:

Fale sobre seu problema de engolir: _____

Liste todos os exames de deglutição que você fez (data e resultados): _____

B-AVALIAÇÕES:

Responda cada questão.

O quanto essas situações são um problema para você? Marque o melhor número para o seu caso.

ATENÇÃO	NÃO É PROBLEMA				É UM PROBLEMA MUITO GRANDE
1 Meu problema para engolir me faz ou fez perder peso.	0	1	2	3	4
2 Meu problema para engolir não me deixou comer fora de casa.	0	1	2	3	4
3 Preciso fazer força para beber líquidos.	0	1	2	3	4
4 Preciso fazer força para engolir comida (sólidos).	0	1	2	3	4
5 Preciso fazer força para engolir remédios.	0	1	2	3	4
6 Dói para engolir.	0	1	2	3	4
7 Meu problema para engolir me tira o prazer de comer.	0	1	2	3	4
8 Fico com comida presa/entalada na garganta.	0	1	2	3	4
9 Eu tusso quando como.	0	1	2	3	4
10 Engolir me deixa estressado	0	1	2	3	4
TOTAL EAT-10					

C- CONDUTA:

Se o total de pontos é igual ou maior que 3, você pode ter problemas de deglutição e segurança. Recomenda-se que o participante ou familiar procure orientações com a equipe de saúde.

ANEXO 7: SARC-F+CP

QUESTIONÁRIO SARC-F + CP

Componente + Pergunta		Pontuação	
Força	O quanto de dificuldade você tem para levantar e carregar 5kg?	Nenhuma	0
		Alguma	1
		Muita ou não consegue	2
Ajuda para caminhar	O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo?	Nenhuma	0
		Alguma	1
		Muita, usa apoios, ou incapaz	2
Levantar da cama/ cadeira	O quanto de dificuldade você tem para levantar de uma cama ou cadeira?	Nenhuma	0
		Alguma	1
		Muita ou não consegue sem ajuda	2
Subir escadas	O quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas (10 degraus)?	Nenhuma	0
		Alguma	1
		Muita, ou não consegue	2
Quedas	Quantas vezes você caiu no último ano?	Nenhuma	0
		1 a 3 quedas	1
		4 ou mais quedas	2
Panturrilha	Meça a circunferência da panturrilha direita exposta do(a) paciente em pé, com as pernas relaxadas e pés afastados a 20cm um do outro.	Mulheres: > 33cm	0
		≤ 33cm	10
		Homens: > 34cm	0
		≤ 34cm	10

Somatório (0 - 20 pontos)

0 - 10 : sem sinais sugestivos de sarcopenia no momento (*cogitar reavaliação periódica*)

11 - 20 : sugestivo de sarcopenia (*prosseguir com investigação e diagnóstico completo*)

ANEXO 8: MNA

Miniavaliação Nutricional MNA[®] – Versão Reduzida

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

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

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2. NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.	
F2 Circunferência da Panturrilha (CP) em cm 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	<input type="checkbox"/>
Escore de Triagem (máximo. 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	

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

- Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Geront 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

ANEXO 9: Avaliação do turgor da pele

Avaliação do turgor da pele

Nome:

Data Nascimento:

Instruções ao pesquisador: belisque suavemente a pele do antebraço ou da junção esternoclavicular do participante, entre seus dedos polegar e indicador e, em seguida solte a pele.

Resultado:

() **normal:** a pele voltou rapidamente a sua forma original

() **reduzido** : a pele voltou lentamente á posição inicial (mais de 30 segundos), ou continuou na posição elevada.

ANEXO 10: SWAL-QOL

SWAL-QOL

Avaliação da Qualidade de Vida nas Perturbações de Deglutição

Instruções de Preenchimento

O presente questionário foi construído para avaliar de que modo o seu problema em engolir tem afectado a sua qualidade de vida no dia-a-dia.

Por favor, leia com atenção cada pergunta e assinale, com um círculo, a resposta que melhor se adequa ao seu caso. Responda a todas as perguntas mesmo que algumas afirmações lhe pareçam iguais pois todas elas são diferentes.

Aqui está um exemplo das perguntas que irá encontrar neste questionário:

1. No último mês, com que frequência sentiu o seguinte sintoma físico?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco	1	2	3	4	5

No caso de se enganar, deve proceder do seguinte modo:

1. No último mês, com que frequência sentiu o seguinte sintoma físico?

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco	1	2	3	4	5

Nota Importante:

Sabemos que pode ter vários problemas físicos. Por vezes, torna-se difícil separá-los das dificuldades em engolir, mas esperamos que se consiga concentrar **apenas** no seu **problema em engolir**. Obrigado pelo seu esforço em completar este questionário.

1. Apresentam-se, de seguida, afirmações que pessoas com **problemas em engolir** podem produzir. Refira o **grau de verdade** que cada uma delas teve para si no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Muito verdade	Alguma verdade	Muito pouco verdade	Falso
É muito difícil lidar com o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir é um grande estorvo na minha vida.	1	2	3	4	5

2. Apresentam-se, de seguida, afirmações sobre a alimentação diária ditas por pessoas com **problemas em engolir**. Refira o **grau de verdade** que cada uma delas teve para si no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Totalmente verdade	Muito verdade	Alguma verdade	Muito pouco verdade	Falso
Na maioria dos dias não me importo se como ou se não como.	1	2	3	4	5
Demoro mais tempo a comer do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
Raramente tenho fome.	1	2	3	4	5
Demoro imenso tempo a comer uma refeição.	1	2	3	4	5
Já não sinto prazer em comer.	1	2	3	4	5

3. Apresentam-se, de seguida, alguns problemas físicos sentidos por pessoas com **problemas em engolir**. No último mês, **com que frequência** experimentou cada um desses problemas em consequência das suas dificuldades em engolir.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequente-mente	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
Tossir.	1	2	3	4	5
Engasgar-me ao comer alimentos.	1	2	3	4	5
Engasgar-me ao beber líquidos.	1	2	3	4	5
Ter saliva ou expectoração espessas.	1	2	3	4	5
Vontade de vomitar.	1	2	3	4	5
Babar-me.	1	2	3	4	5
Problemas em mastigar.	1	2	3	4	5
Ter muita saliva ou expectoração.	1	2	3	4	5
Ter de limpar a garganta (pigarrar).	1	2	3	4	5
Ficar com comida presa na garganta.	1	2	3	4	5
Ficar com comida presa na boca.	1	2	3	4	5
Babar comida ou líquidos pela boca.	1	2	3	4	5
Babar comida ou líquidos pelo nariz.	1	2	3	4	5
Tossir comida ou líquidos pela boca quando ficam presos.	1	2	3	4	5

4. De seguida, responda o **quanto concorda** com cada uma das afirmações sobre o modo como o seu **problema em engolir** afectou a sua dieta e alimentação no último mês.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
Saber o que posso e o que não posso comer é um problema para mim.	1	2	3	4	5
É difícil encontrar comida que eu goste e que ao mesmo tempo possa comer.	1	2	3	4	5

5. No último mês, **com que frequência** as afirmações que se seguem sobre comunicação se aplicaram a si devido ao seu **problema em engolir**.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
As pessoas têm bastante dificuldade em compreender o que digo.	1	2	3	4	5
Tem sido difícil para mim falar com clareza.	1	2	3	4	5

6. Apresentam-se, de seguida, algumas preocupações mencionadas por pessoas com **problemas em engolir**. No último mês, **com que frequência** experimentou cada um desses sentimentos.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Quase sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
Tenho medo de me engasgar quando como alimentos.	1	2	3	4	5
Tenho medo de apanhar uma pneumonia.	1	2	3	4	5
Tenho medo de me engasgar quando bebo líquidos.	1	2	3	4	5
Nunca sei quando me vou engasgar.	1	2	3	4	5

7. No último mês, **com que frequência** as afirmações que se seguem **foram verdadeiras** para si devido ao seu **problema em engolir**.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre verdade	Frequentemente verdade	Algumas vezes verdade	Raramente verdade	Nunca verdade
O meu problema em engolir deprime-me.	1	2	3	4	5
Ter de ter muitos cuidados a comer ou a beber aborrece-me.	1	2	3	4	5
Sinto-me desencorajado devido ao meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir frustra-me.	1	2	3	4	5
Fico impaciente ao lidar com o meu problema em engolir.	1	2	3	4	5

8. Pense na sua vida social no último mês. Refira o **quanto concorda** com cada uma das afirmações que se seguem.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Concordo totalmente	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo totalmente
Não vou comer fora por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu problema em engolir dificulta a minha vida social.	1	2	3	4	5
O meu trabalho ou as minhas actividades de lazer alteraram-se por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
As situações sociais (como férias ou festas) não são agradáveis por causa do meu problema em engolir.	1	2	3	4	5
O meu papel com familiares e amigos modificou-se devido ao meu problema em engolir.	1	2	3	4	5

9. No último mês, **com que frequência** sentiu cada um dos seguintes sintomas físicos.

(assinale, com um círculo, um número em cada linha)

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
Sentir-me fraco.	1	2	3	4	5
Ter dificuldade em adormecer.	1	2	3	4	5
Sentir-me cansado.	1	2	3	4	5
Ter dificuldade em ficar a dormir.	1	2	3	4	5
Sentir-me exausto.	1	2	3	4	5

10. Actualmente, come ou bebe através de uma sonda de alimentação?

(assinale, com um círculo, apenas um número)

Não 1
Sim 2

11. Assinale, com um círculo, a letra que melhor descreve a consistência ou textura dos alimentos que comeu mais vezes na última semana.

(assinale, com um círculo, apenas uma letra)

A	Dieta completamente normal, com uma grande variedade de alimentos, incluindo alimentos difíceis de mastigar como bifes, cenouras, pão, salada e pipocas.
B	Alimentos moles e fáceis de mastigar como estufados, fruta de conserva, legumes cozidos, carne picada ou sopas passadas.
C	Alimentos que tenham sido triturados por uma varinha mágica ou picadora, como comida em puré.
D	A maior parte da alimentação é feita através de sonda, comendo por vezes gelados, pudins, compotas, ou outros alimentos saborosos.
E	Toda a alimentação é feita através de sonda.

12. Assinale, com um círculo, a letra que melhor descreve a consistência dos líquidos que bebeu mais vezes na última semana.

(assinale, com um círculo, apenas uma letra)

A	Bebe líquidos como água, leite, chá, sumo de fruta e café.
B	A maior parte dos líquidos são espessos, como néctar de pêsego. Esses líquidos espessos escorrem lentamente da colher quando virada para baixo.
C	Os líquidos são moderadamente espessos. São líquidos difíceis de beber por uma palha, como é o caso dos batidos espessos, ou que escorrem muito lentamente, gota-a-gota, da colher quando virada para baixo, como o mel.
D	Os líquidos são muito espessos, ficando agarrados à colher quando virada para baixo, como pudim.
E	Não bebe líquidos pela boca ou apenas está limitado a pedaços de gelo.

13. No geral, considera que a sua saúde é:

(assinale, com um círculo, apenas um número)

Má 1
Razoável 2
Boa 3
Muito boa 4
Excelente 5

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO NESTE QUESTIONÁRIO!

ANEXO 11

Protocolo de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD).

Teste de deglutição da água				
Sinais vitais prévios à oferta: FC: _____ bpm (60 a 100 bpm) FR: _____ rpm (12 a 20 rpm) SPO ₂ : _____ % (>95%)				
Escape oral anterior	ausência 1 2 3 4 5 ml		presença 1 2 3 4 5 ml	
Tempo de trânsito oral	adequado 1 2 3 4 5 ml		lento 1 2 3 4 5 ml	
Refluxo nasal	ausência 1 2 3 4 5 ml		presença 1 2 3 4 5 ml	
Número de deglutições	única 1 2 3 4 5 ml		múltiplas 1 2 3 4 5 ml	ausente 1 2 3 4 5 ml
Elevação laríngea	adequada 1 2 3 4 5 ml		reduzida 1 2 3 4 5 ml	ausente 1 2 3 4 5 ml
Ausculata cervical	adequada 1 2 3 4 5 ml		alterada antes e após 1 2 3 4 5 ml	alterada após a deglutição 1 2 3 4 5 ml
Saturação de oxigênio	linha de base ____% 1 2 3 4 5 ml		queda ____ para ____% 1 2 3 4 5 ml	
Qualidade vocal	adequada 1 2 3 4 5 ml	disfonia / afonia 1 2 3 4 5 ml	voz molhada clareamento espontâneo 1 2 3 4 5 ml	voz molhada clareamento voluntário 1 2 3 4 5 ml
Tosse	ausência 1 2 3 4 5 ml	presença: voluntária 1 2 3 4 5 ml reflexa 1 2 3 4 5 ml	presença: forte 1 2 3 4 5 ml fraca 1 2 3 4 5 ml	presença: antes 1 2 3 4 5 ml durante 1 2 3 4 5 ml após 1 2 3 4 5 ml
Engasgo	Ausência 1 2 3 4 5 ml		presença: rápida recuperação 1 2 3 4 5 ml	presença: recuperação com dificuldade 1 2 3 4 5 ml
Outros Sinais	cianose 1 2 3 4 5 ml		broncoespasmo 1 2 3 4 5 ml	alteração dos sinais vitais FC 1 2 3 4 5 ml FR 1 2 3 4 5 ml
Teste Deglutição de Alimento Pastoso (3, 5 e 10 ml)				
Escape oral anterior	3 5 10 ausência 3 5 10 presença		Refluxo nasal	3 5 10 ausência 3 5 10 presença
Tempo de trânsito oral	3 5 10 adequado 3 5 10 lento		Resíduo em cavidade oral	3 5 10 ausência 3 5 10 presença
Número de deglutição	3 5 10 única 3 5 10 múltiplas 3 5 10 ausente		Engasgo	3 5 10 ausência Presença: 3 5 10 rápida recuperação 3 5 10 recuperação com dificuldade
Tosse	3 5 10 ausência Presença: 3 5 10 voluntária 3 5 10 antes 3 5 10 reflexa 3 5 10 durante 3 5 10 fraca 3 5 10 após 3 5 10 forte		Qualidade vocal	3 5 10 adequada 3 5 10 disfonia / afonia 3 5 10 voz molhada com clareamento espontâneo 3 5 10 voz molhada com clareamento voluntário
Elevação laríngea	3 5 10 adequada 3 5 10 diminuída 3 5 10 ausente		Ausculata cervical	3 5 10 adequada 3 5 10 alterada antes e após a deglutição 3 5 10 alterada após a deglutição
Saturação de oxigênio	3 5 10 linha de base ____% 3 5 10 queda ____ para ____%		Outros sinais	3 5 10 cianose 3 5 10 broncoespasmo Alteração dos sinais vitais: 3 5 10 FC 3 5 10 FR
Nível	Classificação			
I	() Deglutição NORMAL			
II	() Deglutição FUNCIONAL			
III	() Disfagia orofaríngea LEVE			
IV	() Disfagia orofaríngea LEVE A MODERADA			
V	() Disfagia orofaríngea MODERADA			
VI	() Disfagia orofaríngea MODERADA A GRAVE			
VII	() Disfagia orofaríngea GRAVE			
Conduta:	() Via alternativa de alimentação. () Terapia fonoaudiológica. () Alimentação via oral assistida pelo fonoaudiólogo.			
FONOAUDIÓLOGO:				CRFA:

ANEXO 12

ANAIS DE EVENTO

AValiação CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO EM IDOSO HOSPITALIZADO: RELATO DE CASO

Ronivaldo Pinto Ferreira¹; Luana Marsicano Alves¹; Ana Patrícia da Rocha Santos¹; Laura Davison Mangilli Toni¹


¹Universidade de Brasília

E-mail: ronny.pinto@hotmail.com

Resumo: **Introdução:** Na senescência, o organismo é caracterizado por decréscimo de força, estabilidade, resistência e coordenação. Essas mudanças interferem na biomecânica da deglutição, e isto ocorre, em parte, por causa da sarcopenia e conseqüentemente perda de reserva muscular, necessária para adaptações ou compensações do organismo em situações de estresse fisiológico. **Objetivo:** Demonstrar a avaliação de enfermagem na deglutição, estado nutricional, risco de sarcopenia e de disfagia em uma idosa hospitalizada através de instrumentos de fácil aplicação e de baixo custo financeiro e relacionar esses riscos com a avaliação fonoaudiológica. **Método:** Relato de caso baseado no estudo sob número do CAAE 18188219.0.3001.5553, cuja avaliação foi realizada em 01 mulher, 94 anos, com COVID-19. Foram aplicados os instrumentos padronizados EAT-10, SARC-F+CP e MNA-versão reduzida, pelo enfermeiro, com somatório de pontos para nota de corte e o PARD, protocolo também padronizado e aplicado pela fonoaudióloga, com classificação da deglutição e determinação de condutas. **Resultados:** Na avaliação de enfermagem a idosa apresentou problemas de deglutição com 22 pontos no EAT-10, o SARC-F+CP foi sugestivo de sarcopenia com 19 pontos e o MNA com escore de desnutrição em 5 pontos. Na avaliação fonoaudiológica pelo PARD foi classificada em Disfagia Orofaringea grave com conduta sugestiva de via alternativa de alimentação exclusiva. **Conclusão:** Instrumentos de fácil aplicabilidade e baixo custo financeiro poderão detectar alterações na deglutição, sinais sugestivos de sarcopenia e desnutrição em idosos hospitalizados, demonstrando a possibilidade do trabalho de rastreio e reabilitação conjunta entre a Enfermagem e a Fonoaudiologia.

Palavras-chave: enfermagem, envelhecimento, desnutrição, transtornos da deglutição.

ANEXO 13: SUBMISSÃO A REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM

 **Acta Paulista de Enfermagem**

[# Home](#)

[/ Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Acta Paulista de Enfermagem

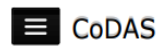
Manuscript ID
APE-2022-0150

Title
Qualidade de vida relacionada à deglutição de idosos hospitalizados: estudo transversal analítico

Authors
FERREIRA, RONIVALDO
Alves, Luana
Mangilli, Laura

Date Submitted
28-Jul-2022

ANEXO 14: SUBMISSÃO A REVISTA CoDAS



[Home](#)

[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
CoDAS

Manuscript ID
CODAS-2022-0232

Title
Fatores relacionados ao risco de disfagia em idosos hospitalizados: um estudo transversal analítico

Authors
FERREIRA, RONIVALDO
Alves, Luana
Mangilli, Laura Davison

Date Submitted
09-Sep-2022

ANEXO 15

