

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

Swallowing-related quality of life in hospitalized elderly patients: A cross-sectional analytical study  
Calidad de vida relacionada con la deglución en adultos mayores hospitalizados: estudio transversal analítico

Ronivaldo Pinto Ferreira<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-1740-6149>

Luana Marsicano Alves<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-3933-8688>

Laura Davison Mangilli<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-2739-126X>

## Como citar:

Ferreira RP, Alves LM, Mangilli LD. Qualidade de vida relacionada à deglutição de idosos hospitalizados: estudo transversal analítico. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE01502.

## DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A001502>



## Descritores

Disfagia; Qualidade de vida; Transtornos da deglutição; Envelhecimento; Cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado; Idoso fragilizado; Fatores etários

## Keywords

Dysphagia; Quality of life; Deglutition disorders; Aging; Nurses improving care for health system elders; Frail elderly; Age factors

## Descriptores

Disfagia; Calidad de vida; Trastornos de deglución; Envejecimiento; Cuidados de enfermería para personas mayores hospitalizadas; Anciano frágil; Factores de edad

## Submetido

28 de Julho de 2022

## Aceito

28 de Novembro de 2022

## Autor correspondente

Ronivaldo Pinto Ferreira  
E-mail: ronny.pinto@hotmail.com

## Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Rafaela Gessner Lourenço  
(<https://orcid.org/0000-0002-3855-0003>)  
Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida relacionada à deglutição em idosos hospitalizados.

**Métodos:** Estudo transversal analítico e observacional. Participaram 52 idosos internados em clínica médica de um hospital público no Distrito Federal. Foram aplicados os instrumentos *Eating Assessment Tool* e *Quality of Life in Swallowing Disorders*, além de coleta de dados sociodemográficos e condições de saúde.

**Resultados:** Dos idosos participantes 30,8% apresentaram risco de disfagia autorrelatada. Os idosos com risco de disfagia apresentaram menor pontuação no domínio “tempo de se alimentar” e maior pontuação no domínio de “saúde mental”. O único domínio que não houve diferença estatística no padrão de resposta dos participantes que apresentaram ou não risco de disfagia foi o domínio sono. Entre as variáveis dos 11 domínios do *Quality of Life in Swallowing Disorders* foi possível observar correlações positivas em sua maioria com diferentes graus.

**Conclusão:** A qualidade de vida relacionada à deglutição de idosos hospitalizados está diretamente manifestada com a diminuição do convívio social, aumento do tempo para se alimentar, medo e fardo.

## Abstract

**Objective:** To evaluate swallowing-related quality of life in hospitalized elderly patients.

**Methods:** Cross-sectional analytical and observational approach was used in our study. Fifty-two elderly patients in a medical clinic of a public hospital in Distrito Federal [Federal District] participated. In addition to collecting sociodemographic and health condition data, the Eating Assessment Tool and the swallowing-related quality of life Questionnaire were applied.

**Results:** Of the elderly participants, 30.8% had a self-reported risk of dysphagia. The elderly at risk for dysphagia had lower scores in the “eating duration” domain and higher scores in the “mental health” domain. The only domain in which there was no statistical difference in the response pattern of the participants who were, or were not at risk for dysphagia was the “sleep domain.” Among the variables of the 11 domains of the Swallowing Quality of Life Questionnaire, mostly positive correlations were found, with different degrees.

**Conclusion:** The swallowing-related quality of life of hospitalized elderly patients is directly manifested as decreased social interaction, increased eating time, fear to eat, and swallowing as a burden.

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida relacionada con la deglución en adultos mayores hospitalizados.

**Métodos:** Estudio transversal analítico y observacional. Participaron 52 adultos mayores internados en clínica médica de un hospital público en el Distrito Federal. Se aplicaron los instrumentos *Eating Assessment Tool* y *Quality of Life in Swallowing Disorders*, además de la recopilación de datos sociodemográficos y condiciones de salud.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.  
Conflitos de interesse: nada a declarar.

**Resultados:** De los adultos mayores que participaron, el 30,8 % presentó riesgo de disfagia autoinformada. Los adultos mayores con riesgo de disfagia presentaron un menor puntaje en el dominio "tiempo para alimentarse" y un puntaje más alto en el dominio "salud mental". El único dominio en el que no hubo una diferencia estadística en el tipo de respuesta de los participantes que presentaron o no riesgo de disfagia fue el del dominio sueño. Entre las variables de los 11 dominios del *Quality of Life in Swallowing Disorders* se observaron mayormente correlaciones positivas en diferentes niveles.

**Conclusión:** La calidad de vida relacionada con la deglución de adultos mayores hospitalizados está directamente manifestada con la reducción de la convivencia social, el aumento de tiempo para alimentarse, el miedo y la carga.

## Introdução

O processo natural de envelhecimento junto com as síndromes geriátricas, traz diversas alterações nas funções motoras e sensoriais envolvidas na deglutição, com riscos de impacto negativo na nutrição, saúde pulmonar e participação em funções sociais envolvendo os atos de comer e de beber.<sup>(1)</sup> 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.<sup>(2)</sup>

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, 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.<sup>(3)</sup>

As modificações na funcionalidade da deglutição podem ser classificadas como disfagia, que é 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.<sup>(4)</sup> A presbifagia, caracterizada como modificações/alterações na função de deglutição 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 na coluna cervical, redução da sensibilidade oral e faríngea, incluindo redução do olfato e paladar, e, podendo também, causar prejuízo à saúde bucal.<sup>(5)</sup>

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.<sup>(6)</sup> De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) de São Paulo,

a frequência de mortes por engasgo, seja por pneumonia ou por aspiração ou por 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.<sup>(7)</sup>

Além das alterações das funções estomatognáticas, as alterações na deglutição podem causar restrições alimentares nos 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 a evitar alimentar-se diante de outras pessoas, resultando em isolamento social.<sup>(8)</sup> Essas restrições devem ser levantadas e observadas pelo profissional de saúde.<sup>(4)</sup>

Com todos os possíveis sinais avaliados durante a hospitalização, é preciso verificar a qualidade de vida dos 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, com base nessa premissa, é preciso avaliar as implicações das adaptações que os indivíduos 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 indivíduos tendem a realizar suas refeições sozinhos, evitando comer na presença de familiares ou em locais públicos.<sup>(9,10)</sup>

Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à deglutição em idosos hospitalizados.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado com 52 idosos internados em unidade de enfermagem, clínica

médica, de um hospital público no Distrito Federal (DF), durante o período entre setembro e dezembro de 2021. A população amostral, selecionada por conveniência, foi constituída por idosos, com idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos idosos que apresentavam alterações cognitivas graves (que afetavam a capacidade perceptiva, de discernimento e de linguagem); que possuíam algum membro inferior amputado; que faziam uso de próteses ortopédicas em membros inferiores; que apresentavam edema em membro inferior; ou que estavam com dieta via oral suspensa. Esses últimos três critérios de exclusão são compatíveis com necessidades de um estudo maior, realizado com a população descrita.

Inicialmente foi realizada a busca de dados gerais dos participantes, como exemplo o 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 no momento da anamnese.

Em seguida foi aplicado 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. Cada questão tem uma pontuação de 0 (sem problemas) a 4 (problema grave) sendo a pontuação máxima do instrumento de 40 pontos e as notas de corte: < 3 pontos sem risco para disfagia e maior ou igual a 3 com risco para disfagia. 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.<sup>(11)</sup> Após as respostas, somaram-se os valores de cada item, e um resultado maior ou igual a três indica alteração.

A avaliação da qualidade de vida em disfagia foi realizada mediante a aplicação do *Quality of Life in Swallowing Disorders (SWAL-QOL)*<sup>(9,10)</sup> validado para o português brasileiro por Portas.<sup>(12)</sup> 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. O participante deve responder sobre a frequência com que ocorre cada uma das afirmações presentes em cada domínio (sempre, muitas vezes, algumas vezes, poucas vezes, nunca), ou 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). Os valores de cada resposta dentro de cada domínio devem ser somados e o resultado dividido pelo número de questões do domínio analisado. O 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.<sup>(10,13)</sup>

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. As análises estatísticas descritivas foram realizadas para apresentar e resumir os dados coletados. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas foram apresentadas como média e Desvio Padrão. As variáveis do *SWAL-QOL* foram testadas quanto à normalidade pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*, e como não apresentou distribuição de probabilidade normal, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para a verificação da associação entre as variáveis do *SWAL-QOL* aplicou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. O nível de confiança adotado neste estudo foi equivalente a 95%.

O presente estudo é derivado do projeto de pesquisa “Avaliação do risco de disfagia em idosos

hospitalizados e sua relação com a nutrição, sarcopenia, hidratação e qualidade de vida: um estudo transversal analítico e observacional”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (CEP/FCE), conforme parecer número 3.749.828 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 18188219.0.0000.8093) e pelo 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. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a confidencialidade dos dados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

A amostra foi composta por 52 indivíduos com média de idade de 73 ( $\pm 8,3$ ) anos. O tempo de internação, com base no dia da coleta de dados, apresentou média de 5,5 ( $\pm 3,86$ ) dias (Tabela 1).

**Tabela 1.** Idade e tempo de internação de idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2022.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	73,17	8,38	61,00	94,00
Tempo de Internação (dias)	5,50	3,86	1,00	15,00

O sexo dos participantes encontrou-se de forma balanceada na amostra (Tabela 2). A maioria dos participantes foi da cor/raça branca, seguido de parda. A maioria era casado e, quanto ao nível de escolaridade, possuía o ensino fundamental incompleto. Em relação a internação, a maioria dos indivíduos era procedente de outras unidades de saúde. A questão respiratória foi o motivo de internação principal, estando infectados pelo Coronavírus (COVID-19) 39 (75,00%) dos idosos. A mobilidade estava normal também para a maioria dos participantes. O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foram encontrados em grande parte dos participantes. Além do DM e HAS, 65,38% apresentaram outras comorbidades. O número de medicações apresentou variância entre os participantes, estando a

maioria fazendo uso de três medicações, seguido dos que faziam uso de cinco e dos que não faziam uso de nenhuma medicação. No que tange a dieta, a maioria estava com dieta do tipo branda, com predominância da via de administração oral. A queixa relacionada a disfagia mais afirmada foi a tosse, mas a maioria dos participantes negou queixas relacionadas. Os dados relacionados a saúde bucal mostraram que a maioria estava em uso de prótese dentária total e realizava a higiene oral duas vezes ao dia. Em relação ao tabagismo e etilismo a maioria dos idosos afirmou nunca ter fumado ou consumido bebida alcoólica, seguido por aqueles que já fizeram uso de cigarros e álcool, mas não possuíam mais o hábito.

**Tabela 2.** Caracterização sociodemográfica, clínica e funcional de idosos hospitalizados

Variáveis	Classificação	n = 52 n(%)
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)

Continua...

Continuação.

Variáveis	Classificação	n = 52 n(%)
Queixas	Engasgos	5(9,62)
	Falta apetite	1(1,92)
	Tosse	13(25,00)
	Sem queixas	33(63,46)
Dentição	Dentição permanente	2(3,85)
	Dentulismo	4(7,69)
	Prótese parcial	12(23,08)
	Prótese total	34(65,38)
Tipo de dieta	Branda/Pastosa	6(11,54)
	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 nasoenteral/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)

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

Dos 52 participantes, 30,8% apresentaram risco de disfagia pelo *EAT-10* e 69,2% não apresentaram esse risco (Tabela 3). Observando os dados, podemos verificar que os idosos com risco de disfagia apresentaram menor pontuação no domínio “tempo de se alimentar” e maior pontuação no domínio de “saúde mental”. Neste mesmo grupo, nenhum domínio atingiu a pontuação total. No grupo sem risco de disfagia a pontuação menor também foi referente ao domínio “tempo de se alimentar”, e a maior foi no domínio “deglutição como fardo”. A comparação entre os grupos aponta que o único domínio que não houve diferença significativa entre as médias das respostas dos participantes que apresentaram ou não risco de disfagia foi o domínio sono.

No quadro 1, os valores hachurados de cinza, apresentam as correlações significativas entre as va-

**Tabela 3.** Resultado das variáveis relacionadas a qualidade de vida relacionada à deglutição, por domínio, segundo a classificação *EAT-10* em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2021.

Classificação <i>EAT-10</i> / Domínios do <i>SWAL-QOL</i>	Risco de disfagia n=16	Sem risco de disfagia n=36	p-value
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 não paramétrico de Mann-Whitney; \*p-value significativo

riáveis do *SWAL-QOL* de todos os participantes, o que indica que existe associação estatisticamente significativa entre elas. Valores positivos do coeficiente de correlação correspondem a uma associação diretamente proporcional. Não foi observada associação negativa.

## Discussão

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.<sup>(14)</sup> Esse fato foi observado pelos pesquisadores, 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 relação estatisticamente significativa com o risco de disfagia pelo *EAT-10* em dez domínios ( $p < 0,05$ ), sendo o padrão de sono o único sem relação ( $p = 0,39$ ). Ferraz e colaboradores, 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 ( $p > 0,05$ ).<sup>(15)</sup> Essa diferença entre o estudo citado e

**Quadro 1.** Correlação das variáveis de qualidade de vida relacionada à deglutição (SWAL-QOL), por domínio, de idosos hospitalizados

Variáveis		Fadiga	Sono	Função social	Saúde mental	Medo de se alimentar	Comunicação	Seleção de alimentos	Frequência de sintomas	Tempo de se alimentar	Desejo de se alimentar	Deglutição como fardo
Deglutição como fardo	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*	-	-	-
Frequência 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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Coeficiente de correlação de Spearman; \*p-value significativo

os resultados deste estudo pode estar relacionada ao ambiente no momento da pesquisa (internação *versus* ambatório) 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 3), pode-se notar que a média de pontuação nos 11 domínios foi menor do que a média de pontuação dos idosos sem risco de disfagia. Isso demonstra que questões sociais, culturais e biopsicológicas relacionadas a deglutição podem estar alteradas antes da hospitalização, se agravando durante essa hospitalização e apresentar reflexos no pós alta. Segundo Hong e colaboradores, 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.<sup>(16)</sup>

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. A literatura aponta que o sono e a fadiga foram os domínios com menores pontuações em idosos saudáveis em um hospital universitário.<sup>(15)</sup>

Acreditamos que o tempo mais demorado para se alimentar pode estar relacionado a dentição, visto que a maioria dos participantes utilizavam próteses dentárias e, segundo relatos, em casa a alimentação tinha uma consistência “mais dura” do que no hospital. Em um estudo de Cassol e colaboradores 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.<sup>(17)</sup>

Nossos resultados indicam que a “deglutição como fardo” e a “frequência de sintomas” também apresentaram medias 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. Lembramos que o domínio “frequência de sinto-

mas” verifica, dentre outros aspectos, queixas referentes à fase oral da deglutição, como as características mastigatórias, por exemplo.<sup>(17)</sup>

É possível também 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, autoavale 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.<sup>(17,18)</sup>

Na análise de correlações (Quadro 1), entre as variáveis dos 11 domínios do *SWAL-QOL*, foi possível observar correlações positivas para a maioria das médias com diferentes graus. De acordo com a classificação do coeficiente de correlação as correlações estatisticamente significativas foram em grau moderado para “frequência dos sintomas” e o “medo de se alimentar” e “medo de se alimentar” e “saúde mental”. Desta 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.<sup>(19)</sup> 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 grau de correlação moderada com a “comunicação”, apontando que há dificuldade das pessoas em entender com clareza o que esses idosos querem dizer. O pesquisador 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 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”.

O tempo gasto para se alimentar mostrou correlação positiva em grau moderado 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 ter uma pneumonia.

A questão de selecionar alimentos adequados a sua deglutição apontou correlação positiva em grau moderado com a saúde mental dos idosos. Quanto mais escolhas eles têm que realizar para adaptação a 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 correlação positiva em grau moderado 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” apresentou 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 saiam para comer fora de seus domicílios, ou de que a questão de se alimentarem fora de casa aumenta a frustração e ansiedade.

O padrão de sono apontou correlação positiva em grau moderado 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, apre-

sentou correlação positiva em grau moderado 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 e colaboradores, 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 inquietas, com uma sensação de ser diferente em relação aos seus semelhantes, levando à perda da autoestima.<sup>(20)</sup>

Com relação as emoções e relações com familiares e profissionais de saúde, Bushuven e colaboradores, 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 relataram que os disfágicos 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, foi vista por 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.<sup>(21,22)</sup>

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.

Diante das modificações na qualidade de vida relacionadas a deglutição, reconhece-se o papel essencial dos enfermeiros, pois estes devem estar sempre atentos às necessidades dos indivíduos durante a hospitalização, considerando que o processo de trabalho desse profissional é centrado no cuidado integral ao indivíduo. Além da importância assistencial, os enfermeiros compõem normalmente a maior equipe e estão disponíveis durante as 24 horas do dia, facilitando uma observação mais efetiva e a identificação precoce dessas alterações.<sup>(23)</sup>

## Conclusão

---

A qualidade de vida relacionada a deglutição de idosos hospitalizados com risco de disfagia está diretamente manifestada com a diminuição do convívio social, aumento do tempo para se alimentar, medo e fardo. É preciso que os profissionais de saúde em ambiente hospitalar realizem o rastreio de risco de disfagia em idosos e saibam as manifestações dessa alteração na qualidade de vida antes, durante e depois da internação e os familiares/cuidadores sejam orientados quanto a essas alterações biopsicossociais e culturais.

## Colaborações

---

Ferreira RP, Alves LM e Mangilli LD colaboraram com a concepção do estudo, análise e interpretação

dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

- Mancopes R, Gandhi P, Smaoui S, Steele CM. Os parâmetros físicos da deglutição mudam com o envelhecimento saudável? *OBM Geriat*. 2021;5(1):153.
- Lima RM, Amaral AK, Aroucha EB, Vasconcelos TM, Silva HJ, Cunha DA. Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev CEFAC*. 2009;11(Supl 3):405–22.
- Furkin AM, Santini CR. Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. *Disfagias Orofaríngeas*. Barueri (SP): Pró-Fono; 1999. 368 p.
- I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos hospitalizados. Barueri (SP): Minha Editora; 2011. 106 p.
- Wirth R, Smoliner C, Jäger M, Warnecke T, Leischker AH, Dziewas R; DGEM Steering Committee\*. Guideline clinical nutrition in patients with stroke. *Exp Transl Stroke Med*. 2013;5(1):14.
- Cuppari L. Nutrição clínica no adulto: guia de medicina ambulatorial e hospitalar (UNIFESP/Escola Paulista de Medicina). 4 ed. São Paulo: Manole; 2018. 624 p.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Engasgo: sinal de problema para se alimentar. São Paulo: SBGG; 2022 [citado 2022 Mar 19]. Disponível em: <https://www.sbgg-sp.com.br/engasgo-sinal-de-problema-para-se-alimentar/>
- Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing*. 2010;39(1):39-45.
- Gonçalves BF, Bastilha GR, Costa CC, Mancopes R. Utilização de protocolos de qualidade de vida em disfagia: revisão de literatura. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1333–40.
- McHorney CA, Robbins J, Lomax K, Rosenbek JC, Chignell K, Kramer AE, et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*. 2002;17(2):97-114.
- Carvalho B, Sales DS. *Disfagia e Desnutrição*. Rio de Janeiro: SBGG; 2016. 15 p.
- Portas JG. Validação para a língua portuguesa brasileira dos padrões de qualidade de vida em disfagia (SWAL-QOL) e satisfação do paciente e qualidade do tratamento no disfagia (AWAL-CARE) [dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente; 2009.
- Vieira DO. Validação da versão portuguesa do paciente em SWAL-QOL com patologia oncológica da cabeça e do pescoço [dissertação]. Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2010.
- Kim DY, Park HS, Park SW, Kim JH. The impact of dysphagia on quality of life in stroke patients. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(34):e21795.
- Ferraz MS, Guimarães MF, Nunes JA, Azevedo EH. Risco de disfagia e qualidade de vida em titulares. *Distúrbio Comun*. 2020;32(3):454–61.
- Hong YR, Lawrence J, Williams D Jr, Mainous III A. 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 Surveill*. 2020;6(2):e18961.
- Cassol K, Galli JF, Zamberlan NE, Dassisti-Leite AP. Quality of life in swallowing in healthy elderly. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;24(3):223–32.
- Oliveira JS, Mattoso FC, Oliveira AB, Di Ninno CQ. Fonoaudiologia e adaptação da prótese dentária total em idosos: o que os dentistas sabem sobre isto? *Rev CEFAC*. 2005;7(1):50–4.
- Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Carga social e psicológica da disfagia: seu impacto no diagnóstico e tratamento. *Disfagia*. 2002;17(2):139-46.
- Farri A, Accornero A, Burdese C. Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorrinolaringol Ital*. 2007;27(2):83–6.
- Bushuven S, Niebel I, Huber J, Diesener P. Emotional and Psychological Effects of Dysphagia: Validation of the Jugendwerk Dysphagia Emotion and Family Assessment (JDEFA). *Disfagia*. 2022;37:375–91.
- Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnóstico e manejo da disfagia orofaríngea em idosos, estado da arte. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(7):576–82.
- Dias SF, Queluci GC, Mendonça AR, Souza VR. Protocolo de cuidado de enfermagem no paciente disfágico hospitalizado. *CoDAS*. 2020;32(3):e20190060.