

# Rastreo do risco de disfagia em pacientes internados em um hospital universitário

## Screening of the risk of dysphagia in inpatients at a university hospital

## Detección del riesgo de disfagia en pacientes hospitalizados en un hospital universitario

*Ckellytha Lavinya Moura de Souza\**

*Michelle Ferreira Guimarães\**

*Letícia Macedo Penna\**

*Amanda Lima Carvalho Pereira\**

*Janaina de Alencar Nunes\**

*Elma Heitmann Mares Azevedo\**

### Resumo

**Introdução:** A presença da disfagia no ambiente hospitalar aumenta os custos de cuidado com a saúde e leva a maior tempo de internação hospitalar sobrecarregando, portanto, o sistema de saúde. Pacientes internados, por diferentes doenças de base, podem apresentar risco para disfagia com necessidade de intervenção fonoaudiológica. **Objetivo:** Rastrear o risco de disfagia em pacientes internados em um Hospital Universitário. **Métodos:** Estudo do tipo transversal descritivo realizado no período de março de 2016 a setembro de 2018 em um Hospital Universitário. Os dados foram coletados por meio de análise de prontuário e aplicação do instrumento de rastreo - *Eating Assessment Tool* (EAT-10). Os pacientes que pontuaram 3 ou mais foram classificados com risco de disfagia. Para análise estatística foi considerado o nível de 5% de significância. **Resultados:** O risco de disfagia foi identificado em 191 (7,8%) pacientes. Houve prevalência do sexo masculino, idade superior a 60 anos, e a doença de base prevalente foi cardiovascular. Observou-se que a Disfonia (4,2%), refluxo gastroesofágico (3,8%), uso de traqueostomia (1,1%) e via alternativa de alimentação (3,1%) foram fatores associados ao risco de

\* Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória, Espírito Santo, Brasil.

### Contribuição dos autores:

CLMS coleta de dados e esboço do artigo

MFG, LMP, ALCP e JAN esboço do artigo e revisão crítica

EHMA concepção do estudo; metodologia; esboço do artigo, revisão crítica e orientação

**E-mail para correspondência:** Elma Heitmann Mares Azevedo-kikahmazevedo@hotmail.com

**Recebido:** 28/03/2020

**Aprovado:** 08/05/2020

disfagia. **Conclusão:** Observou-se risco de disfagia nos pacientes internados principalmente nos pacientes do sexo masculino, idosos e cardiopatas. Disfonia, refluxo gastroesofágico, uso de traqueostomia e via alternativa de alimentação foram fatores associados ao risco de disfagia.

**Palavras-chave:** Deglutição; Transtornos de Deglutição; Programas de Rastreamento.

### **Abstract**

**Introduction:** The presence of dysphagia in hospital care increases costs to health and leads to increased hospital stay, overloading the health system. Hospitalized patients, by different underlying diseases, may present risk for dysphagia in need of rehabilitation. **Purpose:** To track the risk of dysphagia in patients admitted at a University Hospital. **Methods:** Descriptive cross-sectional study carried out from March 2016 to September 2018 in a University Hospital. The data were collected by means of chart analysis and application of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Patients who scored 3 or more were classified with risk of dysphagia. For statistical analysis, the level of 5% of significance was considered. **Results:** The risk of dysphagia was identified in 191 (7.8%) patients. There was a prevalence of males, older than 60 years, and the prevalent baseline disease was cardiovascular. Dysphonia (4.2%), gastroesophageal reflux (3.8%), use of tracheostomy (1.1%) and alternative feeding tube (3.1%) were associated with the risk of dysphagia. **Conclusion:** The risk of dysphagia was observed in patients hospitalized mainly in the male, elderly and cardiac patients. Dysphonia, gastroesophageal reflux, use of tracheostomy and alternative tube of feeding were factors associated with the risk of dysphagia.

**Keywords:** Deglutition; Deglutition Disorders; Mass Screening.

### **Resumen**

**Introducción:** La presencia de disfagia en aumenta los costos de atención hospitalaria para la salud y conduce a una mayor sobrecarga de estancia en el hospital, por lo que el sistema de salud. Pacientes hospitalizados, por diferentes enfermedades, subyacentes pueden presentar riesgos para la disfagia en necesidad de rehabilitación. **Objetivo:** rastrear el riesgo de disfagia en pacientes ingresados en un hospital universitario. **Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, realizado desde marzo de 2016 hasta septiembre de 2018 en un Hospital Universitario. Los datos fueron recolectados a través del análisis de gráficos y la aplicación de la herramienta de evaluación de la alimentación (EAT-10). Los pacientes que obtuvieron un puntaje de 3 o más fueron clasificados como en riesgo de disfagia. El análisis estadístico consideró el nivel de significancia del 5%. **Resultados:** El riesgo de disfagia se identificó en 191 (7,8%) pacientes. Hubo una prevalencia masculina, mayor de 60 años, y la enfermedad subyacente prevalente fue cardiovascular. La disfonía (4,2%), el reflujo gastroesofágico (3,8%), el uso de traqueostomía (1,1%) y la alimentación alternativa (3,1%) se asociaron con el riesgo de disfagia. **Conclusión:** el riesgo de disfagia se observó en pacientes hospitalizados, principalmente en hombres, ancianos y pacientes con enfermedades cardíacas. La disfonía, el reflujo gastroesofágico, el uso de traqueostomía y la alimentación alternativa fueron factores asociados con el riesgo de disfagia.

**Palabras clave:** Deglución; Trastornos de Deglución; Tamizaje Masivo.

## Introdução

Pacientes com alterações neurológicas, mecânicas e/ou funcionais podem apresentar diferentes graus de disfagia com comprometimentos que vão desde a fase antecipatória da deglutição até o alimento chegar ao estômago. Clinicamente essas alterações manifestam-se por meio de sinais e sintomas caracterizados por dificuldades na mastigação, xerostomia, engasgos/tosse e/ou pigarro antes, durante e/ou após a deglutição, resíduos, rouquidão, qualidade vocal molhada, alteração respiratória e odinofagia<sup>1,2</sup>, os quais podem causar diversos prejuízos ao paciente, como a desnutrição, desidratação, pneumonias, aumento do tempo de internação hospitalar, isolamento social e até óbito<sup>3</sup>.

Pacientes idosos internados apresentam risco para disfagia devido ao envelhecimento natural das estruturas que participam do mecanismo da deglutição<sup>4,5</sup>. Estas alterações podem ser pela redução de tônus, mobilidade e de força dos órgãos fonoarticulatórios, ausência dentária e/ou próteses mal adaptadas e ao surgimento de sintomas de doenças decorrentes do processo de envelhecimento associados à desnutrição, aumento do tempo de internação e da mortalidade<sup>5</sup>.

Pacientes com diagnóstico neurológico como, por exemplo, doenças degenerativas, acidente vascular cerebral, trauma encefálico e paralisia cerebral podem apresentar risco para disfagia resultante das alterações que comprometem um ou todos os componentes periféricos e/ou centrais que participam da deglutição<sup>3,6</sup>. Nos pacientes oncológicos pode ser pelas alterações anatômicas e/ou funcionais devido os diferentes tratamentos<sup>7</sup>.

A presença da disfagia no ambiente hospitalar aumenta em 40,36% os custos de cuidado com a saúde e 2,99 dias no tempo de internação hospitalar, portanto é imprescindível reconhecer os distúrbios de deglutição como uma questão de saúde pública, que sobrecarrega o sistema de saúde e, portanto, precisa ser identificada precocemente para minimizar as sequelas funcionais do paciente, a ocorrência de pneumonia aspirativa, reduzir a mortalidade, melhorar a qualidade de vida e reduzir ônus financeiro do serviço de saúde<sup>8,9</sup>. Portanto, o rastreamento da disfagia deve ser incorporado à rotina hospitalar, por meio do uso de instrumentos de rastreamento, os quais permitem identificar o risco de disfagia para encaminhar precocemente os casos

nos quais há necessidade de avaliação fonoaudiológica formal à beira do leito<sup>2,8,9</sup>.

Alguns instrumentos são utilizados com esta finalidade como o *Eating Assessment Tool* (EAT-10)<sup>10,11</sup>. Originalmente o EAT-10 foi desenvolvido como um instrumento para documentar a gravidade inicial da disfagia e monitorar o tratamento em pessoas com distúrbios da deglutição<sup>11</sup>. No entanto, observa-se na literatura seu uso com finalidades de rastreamento<sup>12-14</sup>, avaliação e auto-avaliação<sup>2,10,11,15</sup>.

Em 2016, autores<sup>16</sup> encontraram 43% de idosos internados com risco de disfagia, e em recente pesquisa<sup>2</sup> em um hospital filantrópico, observou-se risco de disfagia em 10,5% dos pacientes internados. Para Izaola et al.<sup>17</sup>, 83,1% de idosos internados apresentam risco de disfagia e associação com estado nutricional e prognóstico.

Desta forma, considerando o exposto acima e a magnitude do assunto, o objetivo deste estudo foi rastrear o risco de disfagia em pacientes internados em um Hospital Universitário.

## Material e Método

Tratou-se de um estudo do tipo transversal descritivo realizado em um Hospital Universitário aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CEP), da instituição de origem, sob o número 1.655.313 e CAAE 54342716.9.0000.5071. Os dados sócio demográficos e as variáveis disfonia, refluxo gastroesofágico (RGE), traqueostomia (TQT), via alternativa de alimentação (VAA) e doença de base foram obtidos por meio de análise de prontuários dos pacientes e a variável risco de disfagia foi obtida por meio da aplicação do instrumento de rastreamento, EAT-10, no período de março de 2016 a setembro de 2018. Todos os indivíduos que participaram da pesquisa foram avisados previamente da aplicação do instrumento e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trata-se de um hospital de médio porte com 249 leitos de enfermagem destinadas à Urologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Cardiologia, Neurologia, Reumatologia, Hematologia, Clínica Médica, Doenças Infeciosas, Nefrologia, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetria, Pediatria, Pronto-Socorro, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), UTI Neonatal, Centro Cirúrgico, Banco de Leite e Serviço de imagem e diagnóstico. Seis fonoaudiólogos fazem parte do corpo clínico, e o atendimento é realizado por meio de pedido de

parecer médico e, por busca ativa dos pacientes com necessidades de orientação e/ou intervenção fonoaudiológica. A amostra foi por conveniência.

Foram incluídos todos os pacientes internados nos setores de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Urologia, Pneumologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, Hematologia, Reumatologia, Doenças Infecciosas e Nefrologia, Clínicas nas quais os pacientes permanecem em enfermarias, independente dos fatores associados, idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, e com estado de alerta suficiente para responder o instrumento. Em relação ao diagnóstico, realizado pelas diferentes especialidades, optou-se por categorizá-lo em neurológico, oncológico e outras doenças. Neste último item, foram incluídos os diagnósticos da Pneumologia, Cardiologia, Gastrologia, Hematologia, Reumatologia, Urologia, Nefrologia, Doenças Infectocontagiosas e da Clínica Cirúrgica.

Foram excluídos os pacientes internados com dificuldades quanto à compreensão das sentenças e/ou instruções, pacientes reinternados com rastreios prévios, falta de interesse/indisponibilidade para participar do estudo, ausência no leito no momento do rastreio, ou instabilidade do quadro clínico.

O EAT-10 é um instrumento de auto-avaliação, utilizado por alguns autores com finalidade de rastreio do risco de disfagia em pacientes, com diagnósticos diversos<sup>12-14</sup>. Possui dez questões simples, de rápida aplicação, não requer medidas visuais analógicas e fórmulas para cálculos. Apresenta excelente consistência interna, reprodutibilidade e validade baseada em critérios com sensibilidade e especificidade de 0,85 e 0,82 respectivamente. Pode ser aplicado por diferentes profissionais de saúde, o que pode favorecer o aumento de encaminhamentos para avaliação fonoaudiológica, contribuindo para intervenções multiprofissionais mais precoces, redução de custos dos tratamentos e melhora da qualidade de vida. O ponto de corte do instrumento é 3 indicando risco de disfagia e, consequentemente, a necessidade de uma avaliação fonoaudiológica formal<sup>10-12</sup>. Cordier et al. (2017)<sup>18</sup> recomendam a reconstrução do EAT-10 usando a

análise Rasch. Para o presente estudo foi utilizado a versão original do instrumento baseada nos estudos já citados.

Devido às condições sócio-econômicas dos pacientes que frequentam o Hospital Universitário optou-se por treinar a pesquisadora, responsável pela coleta de dados, e as perguntas foram lidas e explicadas a cada paciente.

Para análise estatística, os resultados das características dos pacientes foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para associação entre as características e risco de disfagia foram utilizados os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher quando necessário. Foi considerado o nível de 5% de significância.

## Resultados

A amostra foi composta por 4265 pacientes. Destes, 2.465 (57,8%) foram incluídos e 1.800 (42,2%) foram excluídos por reinternação com rastreio prévio, dificuldades na compreensão das sentenças e/ou instruções ou quadro clínico que inviabilizasse a aplicação do instrumento.

Observou-se prevalência do sexo masculino (62,5% n=1.540), idade superior a 60 anos (63,2% n=1.557), presença de disфония em 104 (4,2%) pacientes, refluxo gastroesofágico (RGE) em 93 (3,8%), uso de TQT em 27 (1,1%) e 76 (3,1%) pacientes com via alternativa de alimentação (VAA). Como o diagnóstico foi categorizado em neurológico, oncológico e outras doenças foi observada prevalência de outras doenças de base (83,3% n=2053) e entre elas a mais frequente foi doença cardiovascular (21,7% n=535). Foram diagnosticados 366 (14,8%) pacientes oncológicos e 46 (1,9%) neurológicos. O risco de disfagia foi identificado em 191 (7,8%) pacientes.

Em relação à associação das características clínicas e demográficas dos pacientes com risco de disfagia, observou-se associação entre o risco de disfagia e a presença de disфония ( $p<0,0001$ ), RGE ( $p<0,0001$ ), TQT ( $p=0,0007$ ) e VAA ( $p<0,0001$ ).

**Tabela 1.** Características Clínicas e Demográficas dos Pacientes Internados ( $n = 2465$ ).

Variável	Característica	N(%)
Sexo	Feminino	925 (37,5)
	Masculino	1540 (62,5)
Idade	≤ 60 anos	908 (36,8)
	> 60 anos	1557(63,2)
Disfonia	Presente	104 (4,2)
	Ausente	2361 (95,8)
RGE	Presente	93 (3,8)
	Ausente	2372 (96,2)
Traqueostomia	Presente	27 (1,1)
	Ausente	2438 (98,9)
VAA	Presente	76 (3,1)
	Ausente	2389 (96,9)
Doença de base	Neurológica	46 (1,9)
	Oncológica	366 (14,8)
	Outras Doenças:	2053 (83,3)
	Cardiovascular	535 (21,7)
	Renal	186 (7,5)
	Respiratória	132 (5,4)
	Hepática	272 (11,0)
	Por vírus	68 (2,8)
	Por infecção	75 (3,0)
	Hematológica	90 (3,7)
	Gástrica	362 (14,7)
Risco de disfagia	Presente	191 (7,8)
	Ausente	2274 (92,2)

Legenda: RGE: refluxo gastroesofágico; VAA: via alternativa de alimentação; N: número de sujeitos; %: porcentagem.

**Tabela 2.** Associação das Características Clínicas e Demográficas dos Pacientes Internados com Risco de disfagia ( $n = 191$ ).

Característica		Risco de disfagia N(%)		p-valor
		Presente	Ausente	
Sexo	Feminino	70 (7,6)	855 (92,4)	0,8551*
	Masculino	121 (7,9)	1419 (92,1)	
Idade	≤ 60 anos	58 (6,4)	850 (93,6)	0,0641*
	> 60 anos	133 (8,5)	1424 (91,5)	
Disfonia	Presente	36 (34,6)	68 (65,4)	< 0,0001*
	Ausente	155 (6,6)	2206 (93,4)	
RGE	Presente	32 (34,4)	61 (65,6)	< 0,0001*
	Ausente	159 (6,7)	2213 (93,3)	
Traqueostomia	Presente	8 (29,6)	19 (70,4)	0,0007#
	Ausente	183 (7,5)	2255 (92,5)	
VAA	Presente	37 (48,7)	39 (51,3)	< 0,0001*
	Ausente	154 (6,4)	2235 (93,6)	
Doença de base	Neurológica	7 (15,2)	39 (84,8)	0,0874#
	Oncológica	33 (9,0)	333 (91,0)	
	Outras Doenças	151 (7,4)	1902 (92,6)	

Legenda: RGE: refluxo gastroesofágico; VAA: via alternativa de alimentação; N: número de sujeitos; %: porcentagem; \*Teste Qui-quadrado; #Teste Exato de Fisher.

## Discussão

Identificar um paciente com risco de disfagia no ambiente hospitalar é fundamental para encaminhá-lo precocemente à intervenção fonoaudiológica, minimizando as sequelas funcionais, as complicações pulmonares, a mortalidade, melhorando a qualidade de vida além de reduzir os custos de cuidado com a saúde, o tempo de internação hospitalar e, portanto, não sobrecarregando o sistema de saúde<sup>2,8</sup>.

No presente estudo, houve prevalência do sexo masculino, resultado semelhante a alguns estudos que observaram prevalência de sexo masculino na identificação de risco de disfagia em pacientes internados<sup>19-21</sup>. Acredita-se que a prevalência de homens internados seja devido à sua negligência e/ou limitados cuidados preventivos de saúde<sup>22</sup>, e também pelo critério de inclusão de pacientes oriundos da urologia predominantemente do sexo masculino.

Quanto à idade, houve prevalência de idosos e este resultado corrobora com a literatura. Andrade et al.<sup>2</sup> rastream 909 pacientes, utilizando o EAT-10, e verificaram risco de disfagia em 10,5%, sendo a idade fator associado por apresentarem doenças que se associam a essa condição. Tal resultado corrobora com o estudo de Maciel et al.<sup>20</sup>, no qual observaram risco de disfagia em 69% dos idosos internados. No presente estudo, observou-se risco de disfagia em 7,8% (n=191) dos idosos rastreados. Em outro estudo, Mánas-Martínez et al.<sup>23</sup>, por meio do EAT 10, verificaram 56,7% de risco de disfagia em pacientes idosos hospitalizados. O rápido envelhecimento populacional vem aumentando o número de idosos que necessitam de cuidados hospitalares, e justificam que estes pacientes sejam rastreados<sup>5,20,21,23,24</sup>.

O envelhecimento acarreta mudanças físicas e morfofuncionais que prejudicam o funcionamento de todo o organismo, sendo então uma condição que induz maior índice de internação hospitalar com presença de riscos para disfagia e consequente impacto negativo na função de deglutição<sup>2</sup>. Além disso, outros fatores de risco para disfagia podem ser observados, como a ausência e/ou prótese dentária mal adaptada, consistências inadequadas dos alimentos e postura incorreta durante as refeições<sup>4,5,19</sup>. Em idosos internados, a disfagia, perda de peso, redução da força muscular e cognição deficiente podem indicar risco aumentado de desnutrição<sup>25</sup>.

Neste estudo, observou-se uma taxa menor para o risco de disfagia em relação à literatura. É importante ressaltar que o hospital no qual o estudo foi realizado não é referência em neurologia e em outras clínicas, nas quais se observa um maior número de casos com disfagia. A diferença na metodologia dos estudos também pode refletir nos valores encontrados.

Dos pacientes rastreados, 4,2% apresentavam disфонia e é sabido que pacientes disfônicos apresentam risco de desenvolver algum grau de disfagia<sup>19,24,26</sup> uma vez que alterações de coaptação glótica podem comprometer os eventos da fase faríngea levando à ocorrência de penetração/aspiração em diferentes momentos e graus. Esse resultado pode estar relacionado aos diversos diagnósticos, procedimentos cirúrgicos e/ou dispositivos aos quais os pacientes foram submetidos. Neste estudo, o rastreio foi realizado em pacientes com diferentes doenças de base que são fatores de risco para disфонia e disfagia devido às alterações sensitivas e/ou motoras que podem impactar na anatomofisiologia da voz e deglutição.

A presença de RGE é fator de risco para disfagia e foi observada em 3,8% dos pacientes rastreados. Poucos estudos identificam a prevalência de RGE em pacientes disfágicos. No estudo de Burati et al.<sup>27</sup> ao analisarem as principais queixas dos pacientes com RGE, verificaram que os principais sintomas foram referentes a pigarro, tosse, odinofagia e engasgos, sendo todos fatores de risco para disfagia. A relação entre RGE e disfagia pode ser explicada pela irritação das estruturas laríngeo-faríngeas, desconforto na região cervical decorrente das alterações esofágica e pelas modificações do esfíncter esofágico superior<sup>27</sup>. A presença de RGE foi reduzida nos pacientes do nosso estudo, o que pode estar relacionado com a falta de informações no prontuário do paciente durante o rastreio, sub-diagnóstico e/ou por falta de conhecimento do paciente e/ou acompanhante sobre a doença.

Observou-se que 27 (1,1%) pacientes usavam TQT, resultado inferior ao encontrado na literatura<sup>21,28</sup>. Destes, observou-se que 8 (29,6%) tiveram risco de disfagia. Entendemos que a presença da TQT, por si só, não é condição para aspiração e disfagia, mas é um fator que pode provocar alterações nas funções motoras e sensitivas da deglutição, sendo um fator de risco para disfagia por comprometer a biomecânica da deglutição<sup>19,21</sup>. Rodrigues et al.<sup>28</sup> analisaram 14 pacientes traques-

tomizados e encontraram prevalência de disfagia de grau moderado.

Acredita-se que o fato de o rastreamento ter sido realizado em pacientes com diferentes doenças de base, e nem todos pacientes terem evoluído com necessidade de realização da TQT, pode explicar o número reduzido de indivíduos que utilizaram este dispositivo, além de destacar o perfil do Hospital no qual a pesquisa foi realizada, uma vez que se trata de uma instituição cuja referência clínica é cardiologia, abdômen agudo e maternidade de alto risco. No entanto, é preciso destacar atenção para 29,6% dos pacientes que precisam da avaliação da biomecânica de deglutição, por apresentarem risco de disfagia e, portanto, risco de comprometimentos respiratórios.

Em relação ao uso de VAA, 3,1% dos pacientes a utilizavam. No presente estudo não foi registrado o tipo de VAA, mas na literatura há evidências de estudos com predomínio do uso de sonda nasogástrica<sup>19,29</sup>. O paciente disfágico é mais suscetível à desnutrição e desidratação devido às dificuldades para deglutir ou pelo rebaixamento clínico, sendo a VAA um meio para suprir o suporte nutricional e hídrico do paciente<sup>23</sup>. Nogueira et al.<sup>29</sup> observaram que pacientes com uso de VAA apresentam fraqueza e alterações da sensibilidade da musculatura da deglutição, sendo fator de risco para disfagia.

Neste estudo, o número menor de doenças oncológicas e neurológicas pode ser explicado pelo fato de o local do estudo não ser referência nessas áreas. Embora a doença neurológica tenha sido a menos frequente, foi a que mais apresentou risco de disfagia, seguida de doenças oncológicas e outras doenças, categorizadas na Tabela 1, como observado em estudos que mostram risco de alterações da biomecânica da deglutição em doenças oncológicas e neurológicas<sup>3,6</sup>.

Foi encontrada prevalência de doença cardiovascular no rastreamento realizado. Estes dados corroboram com o estudo de Faria et al.<sup>30</sup>, no qual também houve predomínio de doença cardiovascular. Os sintomas respiratórios secundários a problemas cardíacos podem justificar estes achados uma vez que pacientes com alterações respiratórias podem descoordenar respiração com a deglutição e comprometer a apneia tornando-se suscetíveis a risco de alterações, principalmente durante a deglutição<sup>19,21</sup>.

Em relação à associação das características clínicas e demográficas dos pacientes internados com

risco de disfagia, houve associação com disfonias, RGE, VAA e TQT.

Inúmeras doenças de base podem comprometer a ação mioelástica da laringe, levando à redução da eficiência glótica, impactando a proteção da via aérea inferior e justificando a disфония como fator associado. A presença da traqueostomia isoladamente não é condição exclusiva para o paciente apresentar disfagia, mas somando-se ao quadro clínico e diversos dispositivos que o paciente pode apresentar, o risco de alteração na biomecânica da deglutição é esperado. E, a presença de VAA, especialmente por períodos prolongados, pode levar à dessensibilização da mucosa. Todos estes fatores associados, em maior ou menor grau, podem comprometer a eficiência e segurança da deglutição e, portanto, são considerados fatores de risco de disfagia.

A presença de disfagia no ambiente hospitalar impacta negativamente na qualidade de vida, na recuperação, no prognóstico do paciente, além de aumentar custos tanto para o paciente quanto para o hospital<sup>1,2,8</sup>. Ter um instrumento de fácil e rápida aplicação para rastreamento auxilia a identificar pacientes com potencial de risco para disfagia, contribuindo para minimizar a sintomatologia, evitar as complicações pulmonares, melhorar a qualidade de vida do paciente, acelerar a alta hospitalar e diminuir os custos hospitalares<sup>2,8</sup>.

Algumas informações incompletas no prontuário do paciente, a subjetividade e fragilidade da versão original, do instrumento de rastreamento utilizado, foram limitações encontradas no estudo.

## Conclusão

A partir do rastreamento realizado em pacientes internados foi observado que pacientes idosos, do sexo masculino e cardiopatas apresentaram risco para disfagia. A presença de disфония, RGE, uso de traqueostomia e VAA foram associados ao risco de disfagia por meio de um instrumento simples, rápido e de baixo custo.

## Referências Bibliográficas

1. Malhi H. Dysphagia: warning signs and management. *Br J Nurs*. 2016;8 ;25(10): 546-9.
2. Andrade PA, Santos CA, Firmino HH, Rosa CO. Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados. *Einstein (São Paulo)*. 2018; 16(2): 1-6.

3. Cheney DM, Siddiqui MT, Litts JK, Kuhn MA, Belafsky PC. The Ability of the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10) to Predict Aspiration Risk in Persons with Dysphagia. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2015; 124(5): 351-4.
4. Cunha DGP, Pontes ES, Wanderley RMM, Bittencourt GKGD, Alves GADS, Amaral AKDFJD. Dysphagia in institutionalized elderly. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2018; 12(8): 2181-7.
5. Santos BP, Andrade MJC, Silva RO, Menezes EC. Dysphagia in the elderly in long-stay institutions—a systematic literature review. *Rev. CEFAC.* 2018; 20(1): 123-30.
6. Menezes EC, Santos FAH, Alves FL, Cerebral palsy dysphagia: a systematic review. *Rev. CEFAC.* 2017;19(4): 565-73.
7. Macedo EP, Mendes IMG, Ferreira RA. Dysphagic patient profile at rehabilitation center in Goiânia. *Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago - RESAP.* 2017; 3(3): 137-48.
8. Attrill S, White S, Murray J, Hammond S, Doeltgen S. Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2018; 18(1): 594-612.
9. Wangen T, Hatlevig J, Pifer G, Vitale K. Preventing Aspiration Complications: Implementing a Swallow Screening Tool. *Clin Nurse Spec.* 2019; 33(5): 237-43.
10. Gonçalves MIR, Remaili CB, Behlau M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool – EAT-10. *CoDAS.* 2013; 25(6): 601-4.
11. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Leonard RJ, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008; 117(12): 919-24.
12. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil.* 2014; 26(9): 1256–65.
13. Regan J, Lawson S, De Aguiar V. The Eating Assessment Tool-10 Predicts Aspiration in Adults with Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Dysphagia.* 2017; 32(5): 714-20.
14. Tagliaferri S, Lauretani F, Pelá G, Meschi T, Maggio M. The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. *Clin Nutr.* 2019; 38(6): 2684-9.
15. Printza A, Goutsikas C, Triaridis S, Kyrgidis A, Haidopoulou K, Constantinidis J, et al. Dysphagia diagnosis with questionnaire, tongue strength measurement, and FEES in patients with childhood-onset muscular dystrophy. *Int J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 2019; 117: 198-203.
16. Wakabayashi H, Matsushima M. Disfagia Avaliada pela Alimentação de 10 Itens A ferramenta de avaliação está associada ao estado nutricional e às atividades diárias Vivendo em idosos que necessitam de cuidados prolongados. *J Nutr Health Aging.* 2016; 20(1): 22-7.
17. Izaola O, Gómez Hoyos E, López JJ, Ortola A, Torres B, Primo D, Castro Á, de Luis Román D. The 10-item eating assessment tool is associated with nutritional status, mortality and hospital stay in elderly individuals requiring hospitalization with acute diseases. *Nutr Hosp.* 2018; 35(4): 827-32.
18. Cordier R, Joosten A, Clavé P, Schindler A, Bülow M, Demir N, Arslan SS, Speyer R. Evaluating the Psychometric Properties of the Eating Assessment Tool (EAT-10) Using Rasch Analysis. *Dysphagia.* 2017; 32(2): 250-60.
19. Bassi D, Furkim AM, Silva CA, Coelho MSPH, Rolim MRP, Alencar MLA, Machado MJ. Identification of risk groups for oropharyngeal dysphagia in hospitalized patients in a university hospital. *CoDAS.* 2014; 26(1): 17-27.
20. Maciel JR, Oliveira CJR, Tada CM. Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. *Rev. Nutr.* 2008; 21(4): 411-21.
21. Favero SR, Scheeren B, Barbosa L, Hoher JÁ, Cardoso MCAF. *Complicações Clínicas da disfagia em pacientes internados em uma UTI.* *Distúrb Comun.* 2017; 29(4): 654-62.
22. Arruda GO, Molena-Fernandes CA, Mathias TAF, Marcon SS. Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; 22(1): 1-9.
23. Mánas- Martínez AB, Bucar- Barjud M, Campos- Fernández J, Gimeno- Orna JA, Pérez- Calvo J, Ocón- Bretón J. Asociación de un cribado positivo para disfagia con el estado nutricional y la mortalidad a largo plazo en pacientes ancianos hospitalizados. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2018; 65(7): 402-8.
24. Santos KW, Scheeren B, Maciel AC, Mauriceia Cassol M. Modificação da voz após deglutição: compatibilidade com achados da videofluoroscopia. *CoDAS* 2017; 29(6): e2017-0004.
25. Chatindiara I, Allen J, Popman A, Patel D, Richter M, Kruger M, Wham C. Risco de disfagia, baixa força muscular e baixa cognição preveem risco de desnutrição em idosos na admissão hospitalar. *BMC Geriatr.* 2018; 18(1): 78.
26. Santos KW, Scheeren B, Maciel AC, Mauriceia Cassol M. Vocal variability after swallowing in subjects with and without oropharyngeal dysphagia. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2015;19(1): 61-6.
27. Burati DO, Duprat AC, Eckley CA, Costa HO. Doença do refluxo gastroesofágico: análise de 157 pacientes. *Rev. Bras Otorrinolaringol.* 2003; 69(4): 458-62.
28. Rodrigues KA, Ribeiro FM, Chiari BM, Rosseti HB, Paula Lorenzon P, Inês M, et al. Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015; 27(1): 64-71.
29. Nogueira SCJ, Carvalho APC, Melo CB, Moraes EPG, Chiari BM, Gonçalves MIR. Profile of patients using alternative feeding route in a general hospital. *Rev. CEFAC.* 2013;15(1): 94-104.
30. Faria KCF, Pessoa ACN, Araújo LI, Paiva MLF. The profile of a patient receiving speech-language therapy assistance at a school hospital emergency unit. *Audiol., Commun. Res.* 2013;18(4): 308-13.