

Relação entre autorrelato de sintomas e possibilidade de disfagia antes da primeira consulta geriátrica

Relationship between self-reported symptoms and the possibility of dysphagia before first geriatric consultation

Relación entre el autorreporte de síntomas y la posibilidad de disfagia antes de la primera consulta geriátrica

Lavinya Saldanha Coelho¹ 

Gabriel Trevizani² 

Michelle Guimarães¹ 

Elma Heitmann¹ 

Resumo

Introdução: O envelhecimento está relacionado à maior prevalência de disfagia. **Objetivo:** Identificar, associar e correlacionar o autorrelato de sintomas e a possibilidade de disfagia em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria antes da primeira consulta. **Material e método:** Estudo observacional e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (número 5.530.009), realizado entre setembro/2022 e agosto/2023, em um hospital universitário. Os dados foram obtidos por meio da análise de prontuários e aplicação do *Eating Assessment Tool* (EAT-10) e do Rastreamento de Disfagia Orofaríngea em Idosos em ambiente hospitalar (RaDI-H). As comorbidades foram baseadas no Índice de Comorbidade de Charlson (ICC). Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais por meio

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Marília, SP, Brasil.

Contribuição dos autores:

LSC: coleta de dados; tabulação dos dados; interpretação dos resultados e redação do manuscrito.

GT: análise estatística dos dados e da revisão crítica do manuscrito.

MG: redação e revisão crítica do manuscrito.

EH: concepção e delineamento do estudo; orientação da pesquisa; análise dos dados; revisão crítica e revisão final do manuscrito.

Email para correspondência: kikahmazevedo@hotmail.com

Recebido: 08/12/2025

Aprovado: 31/05/2026

dos testes exato de Fisher e de Spearman. **Resultados:** Participaram 56 (100%) pacientes, com prevalência do sexo feminino (n=43; 77%) e mediana de idade de 75 anos. A maioria apresentava comorbidades (n=39; 69,7%), principalmente com peso 1 (n=35; 89,7%), como diabetes leve sem complicações (n=17; 43,5%) e provável sarcopenia (n=33; 58,9%). Observou-se 100% de alimentação via oral, queixa de deglutição e de alterações respiratórias em 6 pacientes (10,7%) e queixas de voz/fala (n=4; 7,1%). Houve autorrelato de sintomas indicativos de disfagia (n=15; 27%) e possibilidade de disfagia (n=11; 20%), com associação e correlação positiva forte. **Conclusão:** Neste estudo, 27% dos idosos, antes da primeira consulta com geriatra, apresentaram autorrelato de sintomas indicativos de disfagia e 20% apresentaram possibilidade de disfagia. Houve associação e forte correlação entre os protocolos, indicando que maiores escores de autorrelato correspondem à maior possibilidade de disfagia.

Palavras-chave: Deglutição; Transtornos de Deglutição; Idosos; Programas de Rastreamento; Fonoaudiologia.

Abstract

Introduction: Aging is associated with a higher prevalence of dysphagia. **Objective:** To identify, associate, and correlate self-reported symptoms and the possibility of dysphagia in older adults at a geriatric outpatient clinic before their first consultation. **Material and method:** An observational, cross-sectional study, approved by the Research Ethics Committee (number 5.530.009), conducted between September 2022 and August 2023 at a university hospital. Data were obtained through medical record analysis and the application of the Eating Assessment Tool (EAT-10) and the Oropharyngeal Dysphagia Screening for the Elderly in a Hospital Setting (RaDI-H). Comorbidities were assessed using the Charlson Comorbidity Index (CCI). Descriptive and inferential statistical analyses were performed using Fisher's exact and Spearman's correlation tests. **Results:** A total of 56 (100%) patients participated, with a predominance of females (n=43; 77%) and a median age of 75 years. Most presented comorbidities (n=39; 69.7%), primarily with a weight of 1 (n=35; 89.7%), such as mild diabetes without complications (n=17; 43.5%) and probable sarcopenia (n=33; 58.9%). All patients (100%) were on oral intake; swallowing and respiratory complaints were observed in 6 patients (10.7%), and voice/speech complaints in 4 (7.1%). Self-reported symptoms indicative of dysphagia were present in 15 patients (27%), and the possibility of dysphagia in 11 (20%), with a significant association and a strong positive correlation. **Conclusion:** In this study, 27% of the elderly, before their first consultation with a geriatrician, presented self-reported symptoms indicative of dysphagia, and 20% showed a possibility of dysphagia. There was a significant association and a strong correlation between the protocols, indicating that higher self-report scores correspond to a greater possibility of dysphagia.

Keywords: Deglutition; Deglutition Disorders; Aged; Mass Screening; Speech, Language and Hearing Sciences.

Resumen

Introducción: El envejecimiento está relacionado con una mayor prevalencia de disfagia. **Objetivo:** Identificar, asociar y correlacionar el autorreporte de síntomas y la posibilidad de disfagia en adultos mayores atendidos en un centro ambulatorio de geriatría antes de la primera consulta. **Material y método:** Estudio observacional y transversal, aprobado por el Comité de Ética en Investigación (número 5.530.009), realizado entre septiembre de 2022 y agosto de 2023 en un hospital universitario. Los datos se obtuvieron mediante el análisis de historias clínicas y la aplicación del *Eating Assessment Tool* (EAT-10) y del Rastreo de Disfagia Orofaringea en Ancianos en ambiente hospitalario (RaDI-H). Las comorbilidades se basaron en el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales mediante las pruebas exacta de Fisher y de Spearman. **Resultados:** Participaron 56 (100%) pacientes, con prevalencia del sexo femenino (n=43; 77%) y una mediana de edad de 75 años. La mayoría presentaba comorbilidades (n=39; 69,7%), principalmente con peso 1 (n=35; 89,7%), como diabetes leve sin complicaciones (n=17; 43,5%) y probable sarcopenia (n=33; 58,9%). Se observó un 100% de alimentación por vía oral; se registraron quejas de deglución y alteraciones respiratorias en 6 pacientes

(10,7%) y quejas de voz/habla en 4 (7,1%). Hubo autorreporte de síntomas indicativos de disfagia (n=15; 27%) y posibilidad de disfagia (n=11; 20%), con una asociación significativa y una correlación positiva fuerte. **Conclusión:** En este estudio, el 27% de los adultos mayores, antes de la primera consulta con el geriatra, presentaron autorreporte de síntomas indicativos de disfagia y el 20% presentó posibilidad de disfagia. Hubo asociación y una fuerte correlación entre los protocolos, lo que indica que mayores puntuaciones de autorreporte corresponden a una mayor posibilidad de disfagia.

Palabras clave: Deglución; Trastornos de la Deglución; Adultos Mayores; Programas de Cribado; Fonoaudiología.

Introdução

O envelhecimento é um processo irreversível, caracterizado por mudanças estruturais e funcionais associadas a diversas comorbidades, as quais afetam negativamente a funcionalidade do organismo, bem como aspectos emocionais, econômicos e sociais¹. Nesse contexto, a idade avançada é um dos fatores relacionados à maior prevalência de disfagia, considerada como síndrome geriátrica de caráter multifatorial. Essa condição é caracterizada por mudanças como perda gradual da força muscular e diminuição da sensibilidade de estruturas envolvidas na deglutição, comprometendo o transporte seguro e eficiente dos alimentos até o estômago, aumentando assim os riscos à saúde do paciente²⁻⁷.

A prevalência de disfagia em idosos é fortemente associada ao maior risco de pneumonia e mortalidade, principalmente em idosos mais velhos². Nessa população, a presença de sarcopenia, fragilidade, síndrome de imobilidade, demência, acidente vascular encefálico, incontinência urinária, úlceras de pressão, delirium e quedas aumentam significativamente o risco de disfagia orofaríngea². Em 2022, uma metanálise indicou que a prevalência da disfagia, em idosos que vivem em comunidade, quando avaliada por deglutição com água, varia entre 12,14% e 30,52%, e em idosos institucionalizados pode atingir até 58,69% dos residentes, dependendo do método de avaliação utilizado³.

A presença de doenças sistêmicas aumenta em 2,47 vezes a probabilidade de disfagia em idosos. As condições mais frequentemente associadas são: diabetes, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico (AVE), demência e câncer de cabeça e pescoço¹. Nos últimos anos, a disfagia sarcopênica tem recebido crescente atenção, uma vez que a relação entre a sarcopenia e a disfagia orofaríngea pode aumentar a vulnerabilidade dos idosos

a complicações como aspiração e desnutrição⁴. Diante desse cenário, torna-se essencial a implementação de ferramentas subjetivas validadas de autopercepção e identificação da possibilidade de disfagia em idosos, uma vez que a heterogeneidade nos métodos diagnósticos pode subestimar sua real prevalência^{3,4}.

Embora a disfagia seja uma questão importante de saúde, a prevalência de disfagia nos idosos pode ser subnotificada pela crença comum de que as dificuldades de deglutição são resultantes do processo natural do envelhecimento. Queixas como tosse durante/após a ingestão de líquidos ou refeições e sensação de comida parada na garganta são frequentemente omitidas em consultas, interferindo no diagnóstico precoce e no atraso do tratamento^{8,9}. Além disso, a investigação da disfagia deve ser realizada de forma completa, não sendo limitada ao autorrelato dos pacientes, especialmente na população idosa, que pode apresentar limitações cognitivas e sensoriais causadas pelo envelhecimento, dificultando o reconhecimento e a percepção de alterações na deglutição³.

O rastreamento é uma estratégia simples e rápida de identificar a possibilidade de disfagia ainda na primeira consulta, permitindo intervenção fonoaudiológica precoce com maiores chances de redução de custos assistenciais, com melhores resultados funcionais e impacto positivo na qualidade de vida^{5,7}. Assim, diversos instrumentos podem ser utilizados para o rastreio da disfagia, incluindo questionários, teste de deglutição de água e múltiplas consistências, podendo ser aplicados rapidamente em ambiente ambulatorial⁵.

Esta pesquisa é justificada pela escassez de estudos relacionados à presença de sinais e sintomas de deglutição, os quais podem ser identificados previamente à primeira consulta geriátrica. Parte-se da hipótese de que, neste primeiro momento, haja autorrelato de sintomas indicativos de disfagia,

mesmo que o paciente não apresente queixas, e possibilidade de disfagia, propiciando o direcionamento precoce dos pacientes para avaliação fonoaudiológica.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi identificar, associar e correlacionar o autorrelato de sintomas indicativos de disfagia e a possibilidade de disfagia em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria antes da primeira consulta.

Material e método

Trata-se de um estudo observacional, de delineamento transversal, uma vez que não houve intervenção dos pesquisadores sobre as variáveis investigadas, sendo os dados coletados em um único momento enquanto o paciente aguardava sua primeira consulta ambulatorial com geriatra. O delineamento transversal foi escolhido por permitir a identificação, associação e correlação entre sinais sugestivos de disfagia e a possibilidade de disfagia em idosos atendidos no ambulatório, em um único momento clínico, em consonância com o objetivo do estudo, sem pretensão de estabelecer relações causais ou diagnóstico clínico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição de origem, sob o número 5.530.009. A coleta foi realizada no ambulatório de Geriatria, de um hospital universitário, entre setembro de 2022 e agosto de 2023.

Foram incluídos pacientes idosos, independentemente do diagnóstico, os quais aguardavam o primeiro atendimento ambulatorial com geriatra. Foram excluídos pacientes com dificuldade de compreender ou responder às sentenças e/ou instruções e os que estavam em fonoterapia.

Os dados clínicos/demográficos foram obtidos por meio da análise dos prontuários (faixa etária, sexo, comorbidades, refluxo gastroesofágico, provável sarcopenia, via de alimentação, queixas relacionadas à voz/fala, alterações respiratórias e à deglutição). Os protocolos *Eating Assessment Tool* (EAT-10) e Rastreamento de Disfagia Orofaringea em Idosos em ambientes hospitalares (RaDI-H) foram aplicados em um único momento. Para análise das comorbidades, foi utilizado o *Índice de Comorbidade de Charlson* (ICC), escala usada pelo serviço de geriatria. Todos os pacientes foram

orientados previamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para minimizar o risco de viés, as perguntas dos protocolos foram direcionadas aos pacientes, em forma de entrevista, enquanto aguardavam a consulta com o geriatra e, em caso de dúvidas, as mesmas foram esclarecidas pela pesquisadora responsável, a qual possui experiência na área de disfagia e na aplicação de protocolos de autoavaliação. Não houve abordagem durante a consulta com geriatra, uma vez que o foco do estudo é voltado à perspectiva do paciente naquele momento.

Originalmente o EAT-10 é utilizado para identificação do risco e de sintomas de disfagia, documentar a gravidade inicial da disfagia e monitorar o tratamento. Neste estudo, optou-se por utilizá-lo relacionado ao autorrelato de sintomas indicativos de disfagia^{10,11}. O instrumento contém dez questões simples, de rápida aplicação, não requer medidas visuais analógicas e fórmulas para cálculos^{10,11}. Apresenta excelente consistência interna, reprodutibilidade e validade baseada em critérios com sensibilidade e especificidade de 0,82 e 0,63, respectivamente¹². Pode ser aplicado por diferentes profissionais de saúde, o que favorece o aumento de encaminhamentos para avaliação fonoaudiológica, contribuindo para intervenções multiprofissionais precoces, redução de custos dos tratamentos e melhora da qualidade de vida. O ponto de corte é 3, indicando autorrelato de sintomas indicativos de disfagia e necessidade de avaliação fonoaudiológica formal^{10,11}.

O RaDI-H^{13,14} é um protocolo que identifica a possibilidade de disfagia em pacientes idosos em ambiente hospitalar. Apresenta nove questões de fácil aplicação a respeito de sintomas e queixas relacionadas à deglutição. As possíveis respostas para cada questão são “não”, “sim” ou “não sabe”, e na presença de resposta positiva, investiga-se a frequência do sinal/sintoma por meio das opções “às vezes” ou “sempre”. Com as pontuações variando de 0 a 2 (“não” = 0; “sim” = 02; “às vezes” = 01; “sempre” = 02; “não sabe” = 02). O escore total pode variar de 0 a 18 pontos e o ponto de corte para considerar o RaDI-H positivo, com necessidade de encaminhamento para avaliação diagnóstica, é de 4 pontos¹³.

O ICC¹⁵ é um instrumento no qual o paciente recebe pontos por cada doença apresentada e essa pontuação é relacionada ao seu prognóstico, especialmente o risco de morte. São incluídas 19 condições clínicas e estabelecidos pesos para cada uma delas: peso 1 (infarto agudo do miocárdio, hepatopatia leve, diabetes leve sem complicação, doença pulmonar crônica, insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica de aorta, doença do tecido conjuntivo, doença cerebrovascular, demência e úlcera péptica), peso 2 (doença renal moderada/grave, hemiplegia, diabetes com complicações, tumor, linfoma e leucemia), peso 3 (hepatopatia moderada/grave) e peso 6 (câncer metastático e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS). A pontuação final é obtida por meio da somatória dos pesos de cada comorbidade apresentada, sendo que quanto maior a pontuação, menor a sobrevida do paciente¹⁵.

A provável sarcopenia foi avaliada por meio do instrumento de rastreamento para sarcopenia *Strength, Assistance in walking, Rise from a chair, Climb stairs, and Falls* (SARC-F)¹⁶, que identifica pacientes com chances de sarcopenia por meio de perguntas em relação à força muscular, necessidade de apoio para caminhar, dificuldade em sair da cama ou cadeira, dificuldade em subir escadas e quedas durante o último ano. A aplicação do questionário faz parte da rotina médica do ambulatório, portanto, os dados referentes à provável sarcopenia foram obtidos diretamente do prontuário do paciente.

Os dados foram tabulados em banco de dados confeccionado no programa Microsoft Office Excel® e posteriormente analisados estatisti-

camente. A amostra do estudo foi caracterizada como não paramétrica pelo teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, e para análise estatística foi realizada estatística descritiva e inferencial das variáveis estudadas. Para análise de associação, utilizou-se o Exato de Fisher, e para medir a correlação entre as pontuações dos protocolos foi utilizado o Teste de Correlação de *Spearman*, adotando um nível de significância de 5% ($p\text{-valor} \leq 0,05$). Para a interpretação da magnitude das correlações foi adotada a seguinte classificação dos coeficientes de correlação: $<0,3$ (correlação linear de fraca magnitude); $\geq 0,3$ a $<0,6$ (linear de moderada magnitude), $\geq 0,6$ a $<0,9$ (linear de forte magnitude), $\geq 0,9$ e $<1,0$ (linear de muito forte magnitude) e $r = 1,0$ (linear plena ou perfeita).

Resultados

Na primeira consulta foram identificados 59 pacientes, dos quais 56 foram incluídos e 3 excluídos: 1 (33,3%) por estar em terapia fonoaudiológica e 2 (66,6%) por dificuldades quanto à compreensão. Houve predominância do sexo feminino ($n=43$; 77%), faixa etária entre 61 e 93 anos, com mediana de 75 anos, além de elevada frequência de comorbidades ($n = 39$; 69,9%). Todos os pacientes ($n=56$; 100%) alimentavam-se por via oral. Foram registradas queixas relacionadas à deglutição, à respiração e à voz/fala em 6 (10,7%), 6 (10,7%) e 4 (7,1%) participantes, respectivamente. A provável sarcopenia esteve presente em 33 pacientes (58,9%), e apenas um (1,8%) referiu refluxo gastroesofágico (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das variáveis clínicas/demográficas dos idosos atendidos antes da primeira consulta em um ambulatório de geriatria (n=56)

Variáveis	n (%)
Faixa etária	60 - 70 anos
	15 (26,7%)
	71 - 80 anos
	29 (51,7%)
	Acima de 80 anos
	12 (21,5%)
Sexo	Feminino
	43 (77%)
	Masculino
	13 (23%)
Doença/ICC	Sim
	39 (69,7%)
	Não
	17 (30,3%)
Comorbidades ICC	Infarto agudo do miocárdio
	5 (12,8%)
	Diabetes leve sem complicação
	17 (43,5%)
	Insuficiência cardíaca congestiva
	3 (7,6%)
	Doença pulmonar crônica
	4 (10,2%)
	Doença vascular periférica de aorta
	1 (2,5%)
	Doença do tecido conjuntivo
	5 (12,8%)
	Doença cerebrovascular
	5 (12,8%)
	Demência
	2 (5,1%)
	Doença renal moderada/grave
	6 (15,3%)
	Diabetes com complicações
	4 (10,2%)
	Tumor
	1 (2,5%)
	Hepatopatia moderada/grave
	2 (5,1%)
Refluxo gastroesofágico	Sim
	1 (1,8%)
	Não
	55 (98,2%)
Provável sarcopenia	Sim
	33 (58,9%)
	Não
	23 (41,1%)
Alimentação por via oral	Sim
	56 (100%)
Queixa de voz e fala	Sim
	4 (7,1%)
	Não
	52 (92,9%)
Queixa de alteração respiratória	Sim
	6 (10,7%)
	Não
	50 (89,3%)
Queixa de deglutição	Sim
	6 (10,7%)
	Não
	50 (89,3%)

Legenda: ICC = Índice de comorbidade de Charlson.

Em relação ao ICC, 35,8% (n = 14) dos pacientes apresentaram multimorbidades, que podem incluir condições de mesmo peso ou de pesos distintos. Entre aqueles que obtiveram pontuação no índice, houve predominância de doenças classificadas como peso 1 (n = 35; 89,7%), com destaque para diabetes leve sem complicações (n = 17; 43,5%). Doenças de peso 2 estavam presentes em 11 pacientes (28,2%), sendo a doença renal moderada/grave a mais prevalente (n=6; 15,3%), e de peso 3 (n=2; 5,1%) hepatopatia moderada/grave. Não houve casos de doenças classificadas no peso 6.

Um total de 39 pacientes (69.7%) pontuaram no ICC. O escore total, obtido pela somatória dos pesos de cada condição, foi: peso 1 (n=22; 56,4%),

2 (n=7; 17,9%), 3 (n=7; 17,9%) 4 (n=2; 5,2%) e 5 (n=1; 2,6%). A média dos pesos foi 1,79, com mediana igual a 1, variando entre 1 e 5 pontos.

No EAT-10, a pontuação média foi de 1,91 com máximo de 16 pontos e desvio padrão de 3,46. Em relação ao RaDI-H, a média foi 1,42, o máximo de 10 pontos e o desvio padrão de 2,41. Ambos os instrumentos apresentaram mínima/mediana de 0 pontos.

O autorrelato de sintomas indicativos de disfagia foi identificado em 15 pacientes (27%), enquanto a possibilidade de disfagia esteve presente em 11 (20%). Todos os pacientes com possibilidade de disfagia apresentaram autorrelato de sintomas. Os resultados apontaram associação significativa entre as duas variáveis (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência e associação do autorrelato de sintomas indicativos de disfagia e possibilidade de disfagia em idosos atendidos antes da primeira consulta em um ambulatório de geriatria (n=56)

Possibilidade de disfagia	Autorrelato			p-valor
	Presente n (%)	Ausente n (%)	Total n (%)	
Não	4 (7%)	41 (73%)	45 (80%)	0,001
Sim	11 (20%)	0 (0%)	11 (20%)	
Total	15 (27%)	41 (73%)	56 (100%)	

Teste Exato de Fisher.

Houve correlação positiva forte ($p < 0,001$; $r = 0,719$) entre o autorrelato de sintomas indicativos de disfagia e a possibilidade de disfagia.

Discussão

Frequentemente as dificuldades de deglutição nos idosos não são mencionadas pelos pacientes, resultando no subdiagnóstico da disfagia, na qual a investigação é crucial. Identificar a possibilidade de disfagia é essencial para prevenir complicações, otimizar os resultados funcionais e a qualidade de vida dos pacientes, além de reduzir a duração e os custos das internações hospitalares, uma vez que permite a implementação de intervenções mais precoces e eficazes^{3,7,17}.

Entre os resultados obtidos, destaca-se a maior frequência de indivíduos entre 71 e 80 anos, faixa etária associada a maior vulnerabilidade para alterações da deglutição⁴. Esse achado está em consonância com a literatura, que demonstra aumento progressivo da prevalência de disfagia com o avançar da idade, especialmente após os 75 anos¹⁸. Diversas mudanças físicas e metabólicas ocorrem em decorrência do envelhecimento, incluindo sarcopenia, atraso no fechamento do vestibulo laríngeo, disfunção do esfíncter esofágico superior e aumento da rigidez esofágica, deixando os idosos mais suscetíveis à desnutrição, desidratação e complicações pulmonares^{2,3,5,18}.

A maior presença de mulheres na primeira consulta evidencia diferenças de comportamento em saúde entre os sexos e reforça a necessidade de estratégias específicas que incentivem homens a aprimorar a gestão de sua própria saúde. Enquanto as mulheres aparentam ser mais cuidadosas e preocupadas com sua saúde e bem-estar, os homens mostram-se resistentes em buscar ajuda profissional, possivelmente em decorrência de valores sociais e culturais que associam a imagem mascu-

lina à autossuficiência¹⁹. Assim, sugere-se sobre a possibilidade de sub-representação de homens nos serviços ambulatoriais, o que pode contribuir para atraso no diagnóstico e manejo de condições como a disfagia nessa população.

A elevada prevalência de comorbidades observada reforça o papel desse fator como um importante determinante da disfagia em idosos. Evidências provenientes de metanálises indicam prevalência de multimorbidade de 42,4% em adultos, com forte associação com o avanço da idade²⁰. Na população idosa, esse percentual pode alcançar 67,8%, estando relacionado a maior risco de mortalidade, declínio funcional e redução da expectativa de vida, além de favorecer o acúmulo progressivo de doenças crônicas²¹. Neste contexto, a presença de comorbidades e multimorbidades, especialmente quando associadas a prejuízos funcionais, contribui para o aumento da possibilidade de disfagia, em decorrência de impactos nos sistemas musculoesquelético, cardiometabólico e cognitivo¹.

A predominância de diabetes mellitus na amostra merece destaque, uma vez que essa condição está associada a manifestações que podem comprometer a função de deglutição. Queixas como xerostomia e alteração do paladar, decorrentes de modificações na composição salivar em pacientes diabéticos, podem dificultar a mastigação e a deglutição⁸. Além disso, alterações neuromusculares relacionadas à doença podem reduzir a função motora da língua e dos lábios, levando à diminuição da resistência e ao aumento da fadiga muscular⁹. Sensação de alimento preso na garganta e tosse após engolir os alimentos também são frequentemente relatados por essa população⁸.

Evidências indicam que a diabetes está presente em uma parcela significativa de idosos hospitalizados, sendo que uma proporção considerável desses indivíduos apresenta sinais de disfagia²². Nesse cenário, a abordagem multidisciplinar permite um

cuidado integral, promovendo não só eficiência como segurança alimentar e melhor qualidade de vida para os pacientes.

Em relação à pontuação final do ICC, pacientes com peso acima de 3 no ICC apresentam menor chance de alimentação por via oral²³. Acredita-se que, embora haja a presença de comorbidades, a decisão clínica de indicação de via alternativa de alimentação no idoso depende de múltiplos fatores relacionados à sua condição clínica e de uma análise da equipe multiprofissional. Ainda que o paciente se alimente por via oral, a presença de multimorbidades, mesmo sem queixas ou sintomas relacionados à deglutição, pode mascarar a possibilidade de disfagia e, consequentemente, a investigação clínica. Tal atraso no diagnóstico e a continuidade da alimentação por via oral podem permitir uma evolução silenciosa com inúmeros riscos à saúde do paciente.

O pequeno número de pacientes com relato de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) pode estar relacionado à ausência ou inconsistência de informações registradas nos prontuários. A DRGE é frequente na população idosa e constitui a doença mais comum do trato digestivo. Suas manifestações clínicas incluem regurgitação ácida, pirose, sensação de ardor, eructação, disfagia, rouquidão e tosse crônica, sendo que cerca de dois terços dos idosos com DRGE apresentam sintomas disfágicos devido à exposição ácida da cavidade oral, faringe e laringe, resultando em dor e desconforto durante a deglutição²⁴. Com o envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas no sistema digestivo, como a redução da pressão do esfíncter esofágico superior, comprometendo a barreira antirrefluxo e contribuindo para a maior frequência da DRGE nessa população²⁴.

O uso de medicamentos utilizados por idosos, como anti-inflamatórios e benzodiazepínicos, pode provocar a diminuição da pressão do esfíncter, contribuindo para o desencadeamento ou agravando a DRGE. A secreção salivar, que funciona como barreira da mucosa esofágica, também é comprometida com o envelhecimento, afetando cerca de 25% dos idosos e tornando os sintomas da DRGE mais intensos²⁴.

Os dados evidenciaram provável sarcopenia em mais da metade da amostra. A perda de massa e força muscular impacta diversas funções do corpo, incluindo a redução de amplitude e força da língua e de outros músculos da deglutição e de pressão

intraoral, comprometendo a propulsão do bolo alimentar^{4,25}. A associação entre sarcopenia e disfagia agrava a condição clínica dos pacientes, sendo que cerca de um terço dos idosos com disfagia apresenta sarcopenia, aumentando o risco de complicações nutricionais e funcionais²⁵. Além disso, a redução da função oral e a presença de disfagia configuram características importantes da fragilidade em idosos, refletindo uma interação complexa de mecanismos fisiopatológicos que contribuem para desfechos adversos nessa população^{6,7}.

Queixas vocais e respiratórias, presentes em parte da amostra, constituem marcadores relevantes para a possibilidade de disfagia, uma vez que os sistemas fonatório e deglutitório são interdependentes. Ambos dependem da integração entre mecanismos pressóricos, mioelásticos e aerodinâmicos para um desempenho adequado e seguro, coordenando-se de forma simultânea com a respiração para assegurar a proteção das vias aéreas inferiores²⁶. A disfonia é uma condição comum entre idosos, com prevalência que pode alcançar até 27,79%²⁷. A insuficiência glótica, frequentemente decorrente de fraqueza muscular, caracteriza-se pela redução da capacidade de realizar o fechamento glótico necessário para gerar pressão subglótica adequada, o que compromete a produção de uma tosse eficaz e, consequentemente, aumenta o risco de aspiração²⁸.

Considerando a estreita relação entre deglutição e voz, que compartilham estruturas anatômicas e mecanismos fisiológicos, a insuficiência glótica impacta diretamente a produção vocal, podendo resultar em rouquidão, sopro, instabilidade e redução da intensidade vocal. Além disso, essa disfunção prejudica a proteção das vias aéreas inferiores, repercutindo negativamente na efetividade da deglutição em idosos²⁸.

A incoordenação entre a respiração e a deglutição aumenta consideravelmente as chances de penetração e/ou aspiração, o que torna os pacientes mais suscetíveis a quadros de pneumonia aspirativa. A complexidade entre estes sistemas ressalta a importância de se atentar às queixas relatadas, correlacionando-as com a condição clínica de cada paciente para intervir de maneira precoce em casos de distúrbio em alguma dessas funções²⁷.

A presença de queixas relacionadas à deglutição durante a primeira consulta médica foi identificada em quase 11% dos idosos. Entretanto, 27% apresentaram autorrelato de sintomas indicativos de disfagia, o que sugere que, para muitos indivíduos,

determinados sinais podem ser percebidos como parte natural do envelhecimento, levando à sua subvalorização ou negligência. O autorrelato de sintomas indicativos de disfagia em idosos hospitalizados pode chegar a 24,1%³. Já em instituições de longa permanência, esse número pode variar entre 16 e 69,6%²⁹. Na região sul do Brasil, um em cada doze pacientes apresenta autorrelato de sintomas de disfagia¹⁹. Esses dados reforçam a importância do rastreamento do risco de disfagia permitindo a intervenção precoce e a redução das consequências clínicas e funcionais associadas ao envelhecimento, que podem comprometer significativamente a qualidade de vida dos idosos.

A possibilidade de disfagia encontrada neste estudo vai ao encontro a outra pesquisa cuja possibilidade foi identificada em 21,5% dos idosos que residem em casas de repouso³⁰. Essa porcentagem aumenta para 43,1% em unidades médicas agudas²². Diante desses resultados, ressalta-se a importância da implementação de rastreamento da disfagia na rotina ambulatorial.

Todos os pacientes com possibilidade de disfagia apresentaram autorrelato de sintomas indicativos de alteração da deglutição. Mas, nem todos com autorrelato de sintomas apresentaram possibilidade de disfagia no rastreamento. Embora não seja possível estabelecer relações causais, em função do caráter subjetivo dos protocolos utilizados, observou-se associação significativa e correlação positiva forte entre as variáveis, sugerindo que quanto pior o autorrelato de sintomas, maior a possibilidade de disfagia. Desta forma, os resultados reforçam a importância da incorporação de instrumentos sistematizados de rastreamento na consulta geriátrica inicial, etapa na qual se espera a identificação das demandas e queixas do paciente, subsidiando a definição de encaminhamentos adequados. Cabe ressaltar que a ausência de queixas autorreferidas não descarta a existência de possibilidade de disfagia, reiterando a necessidade de métodos validados de rastreio, a fim de não comprometer a detecção precoce e manejo clínico oportuno nestes pacientes.

Os dados acima reforçam a relevância do autorrelato de sintomas indicativos de disfagia como uma ferramenta promissora para o rastreamento precoce em idosos. Além disso, a associação entre

autorrelato de sintomas, comorbidades e provável sarcopenia destaca a vulnerabilidade dessa população às complicações decorrentes da disfagia. A presença de queixas vocais e respiratórias também sugere a necessidade de uma abordagem clínica abrangente, que inclua a avaliação da deglutição de forma sistemática. Assim, integrar o autorrelato de sintomas e a possibilidade de disfagia como parte da consulta geriátrica pode contribuir para diagnósticos mais precoces, intervenções mais eficazes e uma melhor qualidade de vida para os idosos atendidos em nível ambulatorial.

Vale destacar que o número reduzido de pacientes incluídos neste estudo se explica pela diminuição de vagas disponibilizadas no ambulatório de geriatria e pelo fato de a coleta ter ocorrido em apenas um hospital, fatores que configuram limitações importantes. Por se tratar de estudo transversal com utilização exclusiva de instrumentos subjetivos de autopercepção e rastreamento, os achados não permitem estabelecer diagnóstico de disfagia nem relações causais entre as variáveis investigadas. Além disso, os instrumentos utilizados têm caráter subjetivo, o que pode influenciar a magnitude das associações encontradas, além da ausência de métodos diagnósticos clínicos e/ou instrumentais limitando a validade dos achados. Ainda assim, identificar sintomas de deglutição e realizar o rastreamento da disfagia já na primeira consulta permite direcionar intervenções precoces capazes de minimizar prejuízos funcionais, sociais e emocionais, com impacto direto na qualidade de vida do idoso. Diante dos achados, considera-se que tanto o EAT-10 quanto o RaDI-H representam ferramentas relevantes para a rotina ambulatorial e hospitalar, favorecendo a triagem e o acompanhamento adequado da população idosa.

Conclusão

Neste estudo, 27% dos idosos, antes da primeira consulta com o geriatra, apresentaram autorrelato de sintomas indicativos de disfagia, e 20% apresentaram possibilidade de disfagia. Houve associação significativa e forte correlação positiva entre os protocolos, indicando que, quanto maior a pontuação no autorrelato de sintomas, maior a possibilidade de disfagia.

Referências

1. Dias R, Kusdhany I, Indrasari M. Contributing Factors of Dysphagia in Indonesian Elderly. *European Journal of General Dentistry*. 2024; 13(03): 183-9. doi.org/10.1055/s-0044-1782184
2. Banda KJ, Chu H, Chen R, Kang XL, Jen HJ, Liu D, et al. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia and Risk of Pneumonia, Malnutrition, and Mortality in Adults Aged 60 Years and Older: A Meta-Analysis. *Gerontology*. 2021; 68(8): 841-53. doi.org/10.1159/000520326
3. Doan TN, Ho WC, Wang LH, Chang FC, Nhu NT, Chou LW. Prevalence and Methods for Assessment of Oropharyngeal Dysphagia in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2022; 11(9): 2605. doi.org/10.3390/jcm11092605
4. Ghanem S, Graf A, Govind J. Diagnosis of Sarcopenic Dysphagia in the Elderly: Critical Review and Future Perspectives. *Dysphagia*. 2021; 37:1093-102. doi.org/10.1007/s00455-021-10371-8
5. Ozer FF, Akın S, Soysal T, Gokcekuyu BM, Erturk Zararsız G. Relationship Between Dysphagia and Sarcopenia with Comprehensive Geriatric Evaluation. *Dysphagia*. 2020; 36: 140-6. doi.org/10.1007/s00455-020-10120-3
6. Sakai K, Nakayama E, Daisuke Yoneoka, Sakata N, Iijima K, Tanaka T, et al. Association of Oral Function and Dysphagia with Frailty and Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cells*. 2022; 11(14): 2199-9. doi.org/10.3390/cells11142199
7. Sire A, Ferrillo M, Lippi L, Agostini F, de Sire R, Ferrara PE, et al. Sarcopenic Dysphagia, Malnutrition, and Oral Frailty in Elderly: A Comprehensive Review. *Nutrients*. 2022;14(5): 982. doi.org/10.3390/nu14050982
8. Aghili E, Ashtari A, Bakhtiyari J, Noroozi M, Ebrahimi SD, Jeddi M. Screening Oropharyngeal Dysphagia in Diabetic Patients and Its Potential Impact on Quality of Life. *Middle East J Rehabil Health Studies*. 2024; 11(3): e143122. doi.org/10.5812/mejrh-143122
9. Rajati F, Ahmadi N, Naghibzadeh ZA, Kazeminia M. The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: a systematic review and meta-analysis. *J Transl Med*. 2022; 20(1): 175. doi.org/10.1186/s12967-022-03380-0
10. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008 Dec; 117(12): 919-24. doi: 10.1177/000348940811701210
11. Goncalves MI, Remaili CB, Behlau M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool – EAT-10. *CoDAS*. 2013; 25: 601-4. doi.org/10.1590/S2317-17822013.05000012
12. Zhang L, Hou R, Liu L, Liu Y, Yu Q. Evaluation of the performance of screening tools for dysphagia in older adults: A diagnostic meta-analysis. *Geriatric Nursing*. 2025; 61: 629-641. doi: 10.1016/j.gerinurse.2024.12.039
13. Antunes APA. Rastreamento de disfagia orofaríngea em idosos (RaDI): validação ao ambiente hospitalar [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2020
14. Magalhães Junior HV. Evidências de validades do questionário autorreferido para rastreamento de disfagia orofaríngea em idosos – RaDI [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2018
15. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis*. 1987; 40(5): 373-83. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8
16. Woo J, Leung J, Morley JE. Validating the SARC-F: a suitable community screening tool for sarcopenia? *J Am Med Dir Assoc*. 2014; 15(09): 630-4. doi: 10.1016/j.jamda.2014.04.021
17. Souza CLM de, Guimarães MF, Penna LM, Pereira ALC, Nunes JDA, Azevedo EHM. Rastreio do risco de disfagia em pacientes internados em um hospital universitário. *Distúrbios da Comunicação*. 2020; 32(2): 277-84. doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i2p277-284
18. Mehraban-Far S, Alrassi J, Patel R, Ahmad V, Browne N, Lam W, et al. Dysphagia in the elderly population: A Videofluoroscopic study. *Am J Otolaryngol*. 2021 Mar-Apr; 42(2): 102854. doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102854
19. Mello RP, Xavier MO, Tomasi E, Gonzalez MC, Demarco FF, Bielemann RM. Dysphagia Perception Among Community-Dwelling Older Adults from a Municipality in Southern Brazil. *Dysphagia*. 2022; 37: 79-88. doi.org/10.1007/s00455-021-10347-8
20. Ho IS, Azcoaga-Lorenzo A, Akbari A, Davies J, Hodgins P, Khunti K, et al. Variation in the estimated prevalence of multimorbidity: systematic review and meta-analysis of 193 international studies. *BMJ Open*. 2022 Apr 29; 12(4): e057017. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057017
21. Gusmão MSF, Cunha P de O, Santos BG dos, Costa FM da, Caldeira AP, Carneiro JA. Multimorbidade em idosos comunitários: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2022; 25(1): e220115. doi.org/10.1590/1981-22562022025.220115
22. Olesen MD, Modlinski RM, Poulsen SH, Rosenvinge PM, Rasmussen HH, Holst M. Prevalence of signs of dysphagia and associated risk factors in geriatric patients admitted to an acute medical unit. *Clin Nutr ESPEN*. 2021 Feb; 41: 208-216. doi: 10.1016/j.clnesp.2020.12.020. Epub 2021 Jan 8.
23. Silva AF, Moreira EAM, Barni GC, Panza VSP, Furkim AM, Moreno YMF. Relationships between high comorbidity index and nutritional parameters in patients with Oropharyngeal Dysphagia. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2020; 38: 218-22. doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.04.008
24. Fangxu L, Wenbin L, Pan Z, Dan C, Xi W, Xues X, et al. Chinese expert consensus on diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease in the elderly. *Aging medicine*. 2024; 7(2): 143-57. doi.org/10.1002/agm2.12293
25. Yigman ZA, Umay E, Cankurtaran D, Guzel S. Swallowing difficulty in the older adults: presbyphagia or dysphagia with sarcopenia?. *Int J Rehabil Res*. 2021 Dec 1; 44(4): 336-342. doi: 10.1097/MRR.0000000000000494
26. Queiroz ATL, Barreto FG, Santos TL, Ximenes CR, Gomes AOC. Efeitos dos exercícios vocais no tratamento da disfagia: revisão integrativa. *Audiol Commun Res*. 2022; 27: e2551. doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2551

27. Wong HYK, Ma EPM. Self-Perceived Voice Problems in a Nontreatment Seeking Older Population in Hong Kong. *JVoice*. 2021; 35(3): 597-603. doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.012
28. Myszel K, Skarzynski PH. Medical conditions associated with concurrent dysphagia and dysphonia. In: Gendeh HS, editor. *Navigating swallowing disorders – from symptoms to solutions*. London: IntechOpen; 2024. Available from: doi.org/10.5772/intechopen.1006813
29. Roberts H, Lambert K, Walton K. The Prevalence of Dysphagia in Individuals Living in Residential Aged Care Facilities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*. 2024; 12(6): 649-9. doi.org/10.3390/healthcare12060649
30. Savci C, Ilhan N, Yildirim S. The relationships between dysphagia risk, frailty, and depression in older adults living in nursing homes. *Geriatr Nurs*. 2025 Mar-Apr; 62(Pt B): 116-121. doi: 10.1016/j.gerinurse.2025.02.001. Epub 2025 Feb 7.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.