



Associação entre a Enfermagem e a Fonoaudiologia na identificação de risco para disfagia: estudo transversal analítico

Association between Nursing and Speech, Language and Hearing Sciences in identifying risk for dysphagia: analytical cross-sectional study

Asociación entre Enfermería y Fonoaudiología en la identificación de riesgo de disfagia: estudio transversal analítico

Ronivaldo Pinto Ferreira¹

Luana Marsicano Alves¹

Laura Davison Mangilli¹

1. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Brasília, DF, Brasil.

RESUMO

Objetivo: investigar e demonstrar a associação entre a avaliação de autopercepção da deglutição realizada pelo enfermeiro e a classificação de risco de disfagia realizada pelo fonoaudiólogo em idosos hospitalizados. **Método:** estudo transversal analítico realizado com a aplicação dos instrumentos *Eating Assessment Tool* e do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação de Risco para Disfagia em 52 idosos em clínica médica, além da coleta de dados sociodemográficos e de condições de saúde. Para a análise estatística foi utilizado o teste exato de *Fisher* e a regressão logística para a razão de chances. **Resultados:** houve a associação ($p=0,01$) entre a avaliação do enfermeiro e a do fonoaudiólogo, com razão de chances de um idoso hospitalizado exposto ao risco de disfagia pelo *Eating Assessment Tool* apresentar a alteração no Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (OR 3,89 IC 95%: 1,10-13,68). **Conclusão e implicações para a prática:** os achados apontam que há uma associação entre a avaliação do enfermeiro e a do fonoaudiólogo nas alterações da deglutição e que a Enfermagem poderá atuar na identificação de riscos, prevenção e reabilitação em disfagia.

Palavras-chave: Deglutição; Disfagia; Enfermagem; Envelhecimento; Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

Objective: to investigate and demonstrate the association between the self-perceived swallowing assessment carried out by nurses and the dysphagia risk classification carried out by speech therapists in hospitalized elderly patients. **Method:** an analytical cross-sectional study using the Eating Assessment Tool and the Speech and Hearing Therapy Protocol for Dysphagia Risk Assessment in 52 elderly patients in a medical clinic, as well as collecting sociodemographic data and health conditions. Fisher's exact test and logistic regression for odds ratios were used for statistical analysis. **Results:** there was an association ($p=0.01$) between the nurse's assessment and that of the speech therapist, with an odds ratio of a hospitalized elderly person exposed to the risk of dysphagia by the Eating Assessment Tool presenting a change in the Speech Therapy Protocol for Dysphagia Risk Assessment (OR 3.89 95% CI: 1.10-13.68). **Conclusion and implications for practice:** the findings indicate that there is an association between the nurse's assessment and that of the speech therapist in swallowing disorders and that Nursing can act to identify risks, prevent and rehabilitate dysphagia.

Keywords: Deglutition; Dysphagia; Nursing; Aging; Multiprofessional Team.

RESUMEN

Objetivo: investigar y demostrar la asociación entre la evaluación de la autopercepción de la deglución realizada por enfermeros y la clasificación del riesgo de disfagia realizada por el audiólogo en ancianos hospitalizados. **Método:** estudio analítico transversal realizado con la aplicación de los *Eating Assessment Tool* y del Protocolo de Evaluación del Riesgo de Disfagia por Logopedas en 52 pacientes ancianos de una clínica médica, además de la recogida de datos sociodemográficos y condiciones de salud. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba exacta de Fisher y la regresión logística para el odds ratio. **Resultados:** hubo asociación ($p=0,01$) entre la evaluación del enfermero y del logopeda, con odds ratio de un anciano hospitalizado expuesto al riesgo de disfagia por la *Eating Assessment Tool* presentar una alteración en el Protocolo Logopédico de Evaluación del Riesgo de Disfagia (OR 3,89 IC 95%: 1,10-13,68). **Conclusión e implicaciones para la práctica:** los hallazgos indican que existe una asociación entre la valoración de enfermería y logopedia en los trastornos de la deglución y que la Enfermería puede actuar en la identificación de riesgos, prevención y rehabilitación en la disfagia.

Palabras clave: Deglución; Disfagia; Enfermería; Envejecimiento; Equipo multiprofesional.

Autor correspondente:

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

Recebido em 08/03/2023.
Aprovado em 04/08/2023.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0037pt>

INTRODUÇÃO

A dinâmica de deglutir envolve atividades voluntárias e reflexivas de mais de 30 nervos e músculos, exercendo um papel vital no dia a dia de todos os indivíduos, transportando os nutrientes e a energia necessária da cavidade oral ao estômago, segurando que nenhuma substância vá para a via aérea.¹

A deglutição é dividida em fase oral, faríngea e esofágica; mas esse processo inicia-se com a escolha do alimento para comer; as cores e o cheiro ajudam nessa escolha, pois se come primeiro com os olhos, antes de levar o alimento até a cavidade bucal. Com isso já ocorre a alteração no mecanismo respiratório para o digestivo, pois ocorre primeiro a salivação antes mesmo do alimento chegar à boca. Na fase oral, o alimento é mastigado e misturado à saliva para formar um bolo alimentar de consistência adequada na boca, em seguida o bolo alimentar é impulsionado para a faringe pela língua. Outras estruturas selam simultaneamente a nasofaringe e a laringe para evitar a regurgitação ou a aspiração, e o esfíncter esofágico inferior começa a relaxar. Na fase esofágica, o bolo alimentar passa pelo esfíncter esofágico superior e entra no corpo esofágico, onde é impulsionado por contrações involuntárias até o estômago.^{2,3}

Diante desse processo de deglutição, verifica-se que as estruturas envolvidas podem estar sujeitas às alterações, tais como ausência de dentes, próteses mal adaptadas, alteração na produção da saliva, perda de força muscular de lábios, língua, faringe, bochechas, laringe e incoordenação respiratória. Com isso, o vedamento labial, manipulação do alimento, formação do bolo alimentar, propulsão e direcionamento do bolo alimentar são impactados podendo ocasionar desvios de fluxo, atraso no desencadeamento da fase faríngea, resíduos nos recessos, até a penetração ou a aspiração laringotraqueal e a consequente broncoaspiração.⁴

O processo natural de envelhecimento, associado às síndromes geriátricas, afeta o sistema estomatognático: suas estruturas – língua, bochechas, mandíbula, lábios, área oclusal e palato, e suas funções – sucção, respiração, mastigação, fala e deglutição. Esse comprometimento na população idosa se manifesta pela dificuldade em mastigar ou iniciar o processo de deglutição, com a presença de tosse, engasgos, pirose, dor torácica e regurgitação nasal durante as refeições, e a sensação de que o alimento está parado na garganta após as refeições. Essas modificações na funcionalidade da deglutição poderão ser classificadas como disfagia, que é uma condição que envolve uma dificuldade percebida ou real em formar ou mover um bolo alimentar com segurança da cavidade oral até o estômago.⁵

A prevalência de disfagia não é bem definida na literatura, pois irá depender do instrumento de avaliação e do perfil clínico dos indivíduos avaliados. Uma revisão sistemática demonstrou que a prevalência da disfagia é de 27% em idosos comunitários, 47,5% em pacientes idosos internados em cuidados intensivos, 51% em residentes de asilos e 91% em pacientes idosos hospitalizados por pneumonia adquirida na comunidade. No entanto, uma porcentagem de indivíduos com disfagia não é identificada rotineiramente, porque adaptam espontaneamente à textura dos

alimentos e às suas capacidades mastigatórias e excluem os alimentos difíceis de mastigar de sua dieta e/ou porque sofrem de aspiração silenciosa.⁶

Os fatores de risco associados não esclarecem quanto aos potenciais fatores de confusão e aos mediadores da disfagia. Os estudos, em sua maioria, estão sujeitos à causalidade-reversa e não se confirma o que vem antes, a alteração na deglutição ou o agravo à saúde, como por exemplo, a sarcopenia, a fragilidade e o estado psicológico.⁷

Para não ocorrer uma fragmentação assistencial, a abordagem profissional ao paciente disfágico deverá ser multidisciplinar/interdisciplinar, mas os enfermeiros desempenham um papel diferenciado na observação e na monitorização do doente pelo seu acompanhamento contínuo. As avaliações da equipe de Enfermagem fornecem dados, que muitas vezes, não são observados durante o exame fonoaudiológico, nutricional ou médico, já que são os profissionais de Enfermagem que estão com os pacientes durante a administração de medicação via oral, administração da dieta e os cuidados gerais.⁸

Atualmente, poucos estudos demonstram o trabalho da Enfermagem em disfagia junto à Fonoaudiologia, e a relação do instrumento *Eating Assessment Tool*^{9,10} (EAT-10) com o Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia¹¹ (PARD). Esta relação pode tornar-se uma aliada da equipe multiprofissional no processo de acompanhamento e prevenção de complicações em ambiente hospitalar. Nesse contexto, o objetivo deste estudo é investigar e demonstrar a associação entre a avaliação de autopercepção da deglutição realizada pelo enfermeiro por meio do EAT-10 e a classificação de risco de disfagia realizada pelo fonoaudiólogo em idosos hospitalizados

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado entre setembro e dezembro de 2021, na clínica médica do Hospital Regional de Samambaia (HRSam), pertencente à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

A amostragem foi por conveniência, ou seja, não probabilística, por ser de fácil acesso e por apresentar vantagens óbvias em termos de custo e logística, além de ser útil para verificar se o problema da pesquisa existe no universo em que estão inseridas.¹² Dessa forma, o tamanho amostral compreendeu todos os idosos hospitalizados na clínica médica e que atenderam aos critérios de inclusão no período da coleta de dados.

Foram incluídos na pesquisa pacientes voluntários com idade igual ou superior a 60 anos e internados na clínica médica. Excluíram-se os participantes que não conseguiram responder ao instrumento EAT-10 ou que estavam com dieta via oral suspensa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (CEP/FCE), conforme Parecer número 3.749.828, CAAE: 18188219.0.0000.8093 e Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS), conforme Parecer número 3.820.960, CAAE: 18188219.0.3001.5553. Todos os indivíduos que aceitaram

participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a assinatura do TCLE foi realizada uma busca de dados sociodemográficos e de saúde por meio de um levantamento estruturado, acessando o prontuário do participante por meio do sistema *TrakCare®* de informação em saúde da Secretária de Saúde do Distrito Federal e por meio de perguntas respondidas pelo participante.

A avaliação com o instrumento EAT-10 foi realizada pelo pesquisador principal (enfermeiro) capacitado para a aplicação (1ª fase da pesquisa). Já a avaliação pelo PARD foi realizada pela pesquisadora auxiliar (fonoaudióloga) capacitada para a aplicação (2ª fase da pesquisa). O PARD foi aplicado após as avaliações iniciais do pesquisador principal. Não houve comunicação de resultados das avaliações feitas pelo pesquisador principal à pesquisadora auxiliar nem antes e nem após a realização das avaliações.

O instrumento impresso (EAT-10) não foi entregue aos participantes e sim realizada a leitura para eles responderem. O motivo da abordagem foi pelo risco de contaminação via papel pela COVID-19, pois o pesquisador principal precisava levar os registros para fora do ambiente hospitalar para as análises.

A primeira avaliação para o rastreamento de risco para a disfagia foi realizada pelo instrumento EAT-10 que avaliou o processo de alimentação do participante. Cada questão tem uma pontuação de 0 (sem problemas) a 4 (problema grave) sendo a pontuação máxima do instrumento de 40 pontos e a notas de corte < 3 pontos sem risco para a disfagia e maior ou igual a três com risco para a disfagia.^{9,10} O instrumento aborda o participante questionando “o quanto essas situações são um problema para você? Marque o melhor número para o seu caso”, e segue com os questionamentos: *“meu problema de engolir me faz perder peso; meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa; preciso fazer força para beber líquidos; preciso fazer força para engolir comida (sólido); preciso fazer força para engolir remédios; dói para engolir; meu problema para engolir me tira o prazer de comer; fico com comida presa/entalada na garganta; eu tusso quando como e engolir me deixa estressado”*. Após o participante responder, somaram-se os valores das respostas correspondentes em cada item onde um resultado maior ou igual a três foi indicador de alteração.

Em outro momento os participantes foram avaliados com o protocolo PARD¹¹ pela Fonoaudiologia. A aplicação do protocolo PARD, requer que o fonoaudiólogo esteja ciente do quadro clínico do participante. Foram necessários para a aplicação os seguintes materiais: estetoscópio, oxímetro de pulso, 15ml de água potável, 54ml de alimento pastoso, seringas de 5 e 10ml e uma colher de sobremesa. Antes de iniciar os testes foram verificados os sinais vitais prévios: Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR) e Saturação da Pressão de Oxigênio (SPO₂).

O primeiro teste foi o da água, onde o fonoaudiólogo ofertou gradativamente de 1 a 5ml na seringa ao participante, pedindo que ele sugasse a água da seringa enquanto o avaliador empurrava o êmbolo suavemente. Após, foi orientado que o participante

realizasse a deglutição para as avaliações: escape oral anterior, tempo de trânsito oral, refluxo nasal, número de deglutições, elevação laríngea, ausculta cervical, saturação de oxigênio, qualidade vocal, tosse, engasgo, cianose, broncoespasmo e alterações na FC e FR.

O segundo teste foi o de deglutição com alimento pastoso que se iniciou com o fracionamento do alimento por meio da seringa de 10ml, gradativamente em 3, 5 e 10ml. Depois de fracionado, o alimento foi colocado na colher de sobremesa e o participante foi orientado a capturá-lo da colher e deglutir; esse procedimento foi repetido três vezes para cada volume, observando a uniformidade do desempenho. Neste teste também foram avaliados: escape oral anterior, tempo de trânsito oral, refluxo nasal, número de deglutições, elevação laríngea, ausculta cervical, saturação de oxigênio, qualidade vocal, tosse, engasgo, cianose, broncoespasmo e alterações na FC e FR.

Após a realização dos testes, o fonoaudiólogo classificou a deglutição do participante em: normal, funcional, disfagia leve, disfagia leve a moderada, disfagia moderada, disfagia moderada a grave ou disfagia grave. As condutas seguiram conforme descrito:¹¹

- Nível I: deglutição normal. Nenhuma estratégia ou tempo extra é necessário. A alimentação via oral completa é recomendada.
- Nível II: deglutição funcional. Pode estar anormal ou alterada, mas não resulta em aspiração ou redução da eficiência da deglutição, sendo possível manter adequada a nutrição e a hidratação por via oral. Assim, são esperadas compensações espontâneas de dificuldades leves, em pelo menos uma consistência, com a ausência de sinais de risco de aspiração. A alimentação via oral completa é recomendada, mas pode ser necessário despende tempo adicional para esta tarefa.
- Nível III: disfagia orofaríngea leve. Distúrbio de deglutição presente, com necessidade de orientações específicas dadas pelo fonoaudiólogo durante a deglutição. Necessidade de pequenas modificações na dieta; tosse e/ou pigarro espontâneos e eficazes; leves alterações orais com compensações adequadas.
- Nível IV: disfagia orofaríngea leve a moderada. Existência de risco de aspiração, porém reduzido com o uso de manobras e técnicas terapêuticas. Necessidade de supervisão esporádica para realização de precauções terapêuticas; sinais de aspiração e restrição de uma consistência; tosse reflexa fraca e voluntária forte. O tempo para a alimentação é significativamente aumentado e a suplementação nutricional é indicada.
- Nível V: disfagia orofaríngea moderada. Existência de risco significativo de aspiração. Alimentação oral suplementada por via alternativa, sinais de aspiração para duas consistências. O paciente pode se alimentar de algumas consistências, utilizando técnicas específicas para minimizar o potencial de aspiração e/ou facilitar a deglutição, com necessidade de supervisão. Tosse reflexa fraca ou ausente.

- Nível VI: disfagia orofaríngea moderada a grave. Tolerância de apenas uma consistência, com máxima assistência para utilização de estratégias, sinais de aspiração com necessidade de múltiplas solicitações de clareamento, aspiração de duas ou mais consistências, ausência de tosse reflexa, tosse voluntária fraca e ineficaz. Se o estado pulmonar do paciente estiver comprometido, é necessário suspender a alimentação por via oral.
- Nível VII: disfagia orofaríngea grave. Impossibilidade de alimentação via oral. Engasgo com dificuldade de recuperação; presença de cianose ou broncoespasmos; aspiração silente para duas ou mais consistências; tosse voluntária ineficaz; inabilidade de iniciar deglutição.

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. Nas variáveis quantitativas utilizou-se as principais medidas descritivas e para as variáveis qualitativas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Após a análise exploratória dos dados empregou-se técnicas de inferência estatística. A associação entre a variável classificação EAT- 10 e o PARD foi verificada através do teste exato de Fisher. A razão de chances (odds ratio) foi calculada empregando a regressão logística, na qual avaliou a relação entre a chance de um indivíduo exposto (alteração no EAT-10) possuir a condição de interesse (alteração no PARD), comparada à do não exposto. O nível de confiança adotado neste estudo foi equivalente a 95%.

RESULTADOS

Do total de 57 participantes da 1ª fase da pesquisa, houve perda de cinco na 2ª fase devido à alta hospitalar, o que impossibilitou a aplicação do PARD. Desse modo, a amostra foi composta por 52 indivíduos com idade média de 73 anos (mínimo 61 anos e máximo 94 anos). O tempo de internação, tendo a relação com

o dia da 1ª fase da pesquisa, apresentou uma média de 5,5 dias (mínimo de 1,0 dia e máximo de 15,0 dias).

A caracterização sociodemográfica e de saúde detalhada dos idosos que compuseram a amostra deste estudo encontra-se descrita em estudo prévio, também elaborado por este grupo de pesquisadores.¹³ De forma resumida, a título de descrição dos participantes, o sexo encontra-se balanceado na amostra (feminino 53,85%; masculino 46,15%), a maioria é de cor/raça branca (61,54%), casados (40,38%) e houve predominância do Ensino Fundamental incompleto em relação à escolaridade (50,00%). O maior motivo de internação foi a questão respiratória (76,92%). O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foram as comorbidades mais prevalentes (DM 42,31%; HAS 65,38%). A via de administração da dieta foi predominantemente oral (94,23%).

A soma total do EAT-10 classificou o idoso em risco (≥3) ou não risco (<3) de disfagia. Conforme a Tabela 1, pode-se analisar as pontuações desses idosos e o número absoluto e relativo em cada pontuação. Além de se poder verificar também os níveis de classificações do protocolo PARD apresentado em cada pontuação e classificação do EAT-10. A pontuação quatro foi a predominante em quatro idosos com risco de disfagia e na classificação sem risco de disfagia a pontuação zero foi predominante. Já o nível de classificação do protocolo PARD apresentou as variações dentro da classificação do EAT-10, sendo nos idosos sem risco de disfagia a predominância do nível I (deglutição normal) e nos que apresentaram risco de disfagia os níveis I (deglutição normal) e nível II (deglutição funcional) mantiveram a predominância. As outras definições das classificações de nível PARD também podem ser verificadas na Tabela 1.

A Tabela 2 mostra, estatisticamente (p<0,05), a associação entre a variável EAT- 10 e a variável PARD. Os dados apontam que 11 dos 16 participantes, que apresentaram risco de disfagia pelo EAT-10, também foram classificados dentro das alterações de deglutição pelo PARD, sendo a mais frequente a classificação de deglutição funcional. Com relação aos 36 participantes que

Tabela 1. Pontuação e classificação do EAT-10 junto às classificações dos níveis PARD em idosos hospitalizados (n=52). Brasília, DF, 2022.

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

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

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa da classificação EAT-10 segundo a classificação PARD em idosos hospitalizados (n=52). Brasília, DF, 2022.

EAT-10	PARD							Total	Teste exato de Fisher
	*Deg. normal	*Deg. funcional	†DO leve	†DO leve/ ‡mod.	†DO ‡mod.	†DO ‡mod./ grave	†DO grave		
Risco de disfagia	5 31,3%	5 31,3%	1 6,3%	3 18,8%	1 6,3%	0 0,00%	1 6,3%	16 100%	p. valor 0,01
Sem risco de disfagia	23 63,9%	12 33,33%	1 2,8%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	36 100%	
Total	28 53,8%	17 32,7%	2 3,8%	3 5,8%	1 1,9%	0 0,00%	1 1,9%	52 100%	

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

*Deg= Deglutição; †DO=Disfagia Orofaríngea; ‡mod= moderada

não apresentaram risco para disfagia pelo EAT-10, a maioria também apresentou uma classificação de deglutição normal pelo PARD.

Também se realizou a razão de chances (*Odds Ratio*) de um idoso hospitalizado exposto ao risco de disfagia pelo EAT-10 apresentar alteração no PARD (OR 3,89 IC 95%: 1,10-13,68).

DISCUSSÃO

Dentre os sinais manifestados que indicam risco para disfagia, a tosse esteve presente em 25,0% dos idosos, essa manifestação também pode estar relacionada ao motivo da internação (respiratória). Alguns estudos realizados na China e nos Estados Unidos demonstraram que a tosse esteve presente, respectivamente, em 76,0% e 88,0% dos indivíduos internados por questões respiratórias.^{14,15} Um número menor de idosos com tosse no estudo pode ter relação ao tempo, tipo e melhora das intervenções assistenciais que estes já estavam recebendo no momento da aplicação dos instrumentos, visto que foi no momento considerado como a segunda onda (COVID-19), e os profissionais de saúde já estavam mais preparados para as intervenções. Os outros sinais e sintomas de risco para a disfagia foram pouco manifestados ou relatados pelos idosos: engasgos (10,0%), falta de apetite (2,0%) e 63,0% não manifestaram e nem relataram qualquer sintoma de risco.

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

Deve-se lembrar que o médico deverá indicar a via e o tipo de alimentação, e o nutricionista realizar a prescrição alimentar. E, na falta da prescrição do nutricionista na instituição, o enfermeiro pode solicitar a refeição de acordo com a prescrição médica.¹⁶ Mas isso não impede que a avaliação da via e do tipo

de alimentação seja realizado em equipe, incluindo também o fonoaudiólogo e outros profissionais de saúde.

O instrumento norteador do estudo foi a aplicação da avaliação do risco de disfagia autorrelatada por meio do instrumento EAT-10 pelo enfermeiro. Pelos resultados estatísticos (Tabela 2), pode-se afirmar que há evidências de que o risco para disfagia (EAT-10) é dependente da classificação de deglutição e risco de disfagia (PARD), e houve uma associação entre os dois instrumentos (p=0,01).

O risco de disfagia foi encontrado em 30,77% da amostra, com pontuação mínima de três e máxima de 20 pontos. Quando comparado à pontuação dos idosos com risco de disfagia pelo EAT-10 com a classificação do resultado do PARD (Tabela 1), pode-se observar que o intervalo de pontuação entre três e sete pontos teve predominância de classificação PARD I (deglutição normal) e II (deglutição funcional) e que as pontuações ≥ 13 pontos apresentaram classificação PARD para disfagia (V, VI, VII). Dessa forma, pode-se propor, não de forma estatística, que idosos hospitalizados que apresentarem pontuação EAT-10 menor do que 10 pontos poderão apresentar uma deglutição normal ou funcional, e que pontuações EAT-10 maiores do que 10 pontos poderão apresentar um quadro de disfagia já instalado.

Outros estudos realizados com idosos hospitalizados apresentaram valores discrepantes de risco de disfagia pelo EAT-10. Essa discrepância de resultados pode ser devido a diferença na caracterização da amostra e a presença de alteração neurológica em alguns.¹⁷⁻¹⁹

Já quando se compara a pontuação do EAT-10 (Tabela 1) dos idosos que não apresentaram risco de disfagia (69,23%) com a classificação PARD, observa-se que dos 36 (100,0%) idosos, 23 (63,88%) apresentaram classificação I (deglutição normal) entre a pontuação zero e dois do EAT-10. Dessa forma, pode-se propor, não estatisticamente, que os idosos que apresentarem pontuação abaixo de três no EAT-10 poderão apresentar uma deglutição normal pelo PARD.

Em um estudo sobre os fatores associados à disfagia autorrelatada em idosos pelo EAT-10, apontaram que em 67,0% dos participantes com pontuação EAT-10 ≥ 15 não foi relatado diagnóstico prévio de disfagia. Esses resultados sugeriram que os idosos podem não estar cientes de seus problemas de deglutição ou que a disfagia pode não ter sido identificada como uma preocupação persistente por parte dos profissionais de saúde.²⁰ Esse fato também foi verificado neste estudo, pois, quando se perguntava no EAT-10 “fale sobre seu problema de engolir”, os idosos relatavam que não tinham problemas, mas quando eram introduzidas as outras questões do EAT-10 eles começavam a manifestar as dificuldades na deglutição.

É preciso que a equipe de Enfermagem reconheça os sinais e sintomas de alterações na deglutição. É uma questão fundamental para esse reconhecimento é a forma de abordagem ao paciente idoso, pois é preciso uma linguagem clara, objetiva, paciente e que envolva sua família e/ou cuidador. E, que após essa abordagem, o resultado assistencial seja a transformação de uma escuta passiva em uma escuta resolutive e acolhedora.

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

A associação da identificação de risco pelo enfermeiro e a classificação do grau de disfagia pelo fonoaudiólogo ($p=0,01$), demonstra uma integração de habilidades e conhecimentos entre as duas categorias profissionais. Essa interação demonstra a possibilidade de prevenir ou minimizar as alterações na deglutição e suas possíveis complicações, promovendo a comunicação efetiva entre a equipe e a melhoria na qualidade dos serviços.

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

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Pode-se afirmar que houve uma associação entre os achados da avaliação do enfermeiro pelo EAT-10 e a avaliação fonoaudiológica pelo PARD em pacientes idosos hospitalizados.

Este estudo aponta que o enfermeiro poderá atuar na identificação de risco da deglutição como uma prática de Enfermagem e traz uma reflexão de que o enfermeiro também pode ser considerado um profissional da reabilitação.

Novos estudos entre a Enfermagem e a Fonoaudiologia deverão ser realizados demonstrando a importância da interação e na assistência multi e interdisciplinar.

Neste estudo, a pandemia da COVID-19 foi uma limitação epidemiológica encontrada nos participantes, e que por medidas de prevenção e controle algumas questões tiveram que ser delimitadas.

Os instrumentos de fácil aplicação e de baixo custo financeiro poderá favorecer o rastreio de risco de disfagia, buscando o controle e a racionalização dos recursos financeiros empregados, sem que se perca a qualidade dos serviços prestados pela equipe de enfermagem.

Propõe-se incluir a avaliação da deglutição como um fator para a identificação de risco de fragilidade e a segurança em idosos pela Enfermagem, e que a temática seja incluída na educação permanente desses profissionais, para uma melhoria no diagnóstico de Enfermagem “deglutição prejudicada” e suas relações. Dessa forma, compreender a disfagia e suas consequências pode levar a melhores estratégias assistenciais durante a hospitalização.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Ronivaldo Pinto Ferreira. Laura Davison Mangilli.

Aquisição de dados. Ronivaldo Pinto Ferreira. Luana Marsicano Alves. Laura Davison Mangilli.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Ronivaldo Pinto Ferreira. Luana Marsicano Alves. Laura Davison Mangilli.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Ronivaldo Pinto Ferreira. Luana Marsicano Alves. Laura Davison Mangilli.

Aprovação da versão final do artigo. Ronivaldo Pinto Ferreira. Luana Marsicano Alves. Laura Davison Mangilli.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Ronivaldo Pinto Ferreira. Luana Marsicano Alves. Laura Davison Mangilli.

EDITOR ASSOCIADO

Cristina Lavareda Baixinho 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 

REFERÊNCIAS

1. Triggs J, Pandolfino J. Recent advances in dysphagia management. *F1000 Res.* 2019;8:1527. <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.18900.1>.
2. Barbosa EA. Manual prático de disfagia para home care. 1ª ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações; 2019.
3. Wilkinson JM, Codipilly DC, Wilfahrt RP. Dysphagia: evaluation and collaborative management. *Am Fam Physician.* 2021;103(2):97-106. PMID:33448766.
4. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb G et al. European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging.* 2016;11:1403-28. <http://dx.doi.org/10.2147/CLIA.S107750>.

5. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(7):576-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>.
6. Drancourt N, El Osta N, Decerle N, Hennequin M. Relationship between oral health status and oropharyngeal dysphagia in older people: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(20):13618. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192013618>.
7. Yoshida M, Suzuki R, Kikutani T. Nutrition and oral status in elderly people. *Jpn Dent Sci Rev.* 2014;50(1):9-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdsr.2013.09.001>.
8. Guedes LU, Vicente LCC, Paula CM, Oliveria E, Andrade EA, Barcelos WCO. Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009;14(3):372-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342009000300014>.
9. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Disfagia e desnutrição [Internet]. Rio de Janeiro: SBBG; 2016 [citado 2023 mar 8]. Disponível em: <https://sbbg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/especial.pdf>
10. Gonçalves MI, Remaili CB, Behlau M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool-EAT-10. *CoDAS.* 2013;25(6):601-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-17822013.05000012>.
11. Padovani AR, Moraes DP, Mangilli LD, Andrade CRF. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007 Sep;12(3):199-205. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007>.
12. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delimitando a pesquisa clínica.* 4ª ed. Porto Alegre: Art Med; 2015.
13. Ferreira RP, Alves LM, Mangilli LD. Qualidade de vida relacionada à deglutição em idosos hospitalizados: um estudo analítico transversal. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAPE01502. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO01502>.
14. Bhatraju PK, Ghassemieh BJ, Nichols M, Kim R, Jerome KR, Nalla AK et al. Covid-19 in critically ill patients in the seattle region: case series. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2012-22. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2004500>.
15. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497-506. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
16. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *Cadernos de processos e práticas de hotelaria hospitalar.* 2ª ed. Brasília: EBSEERH; 2018.
17. Andrade PA, Santos CAD, Firmino HH, Rosa COB. The importance of dysphagia screening and nutritional assessment in hospitalized patients. *Einstein.* 2018;16(2). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4189>.
18. Mañas-Martínez AB, Bucar-Barjud M, Campos-Fernández J, Gimeno-Orna JA, Pérez-Calvo J, Ocón-Bretón J. Association of positive screening for dysphagia with nutritional status and long-term mortality in hospitalized elderly patients. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2018;65(7):402-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.endinu.2018.02.004>.
19. Souza CLM, Guimarães MF, Penna LM, Pereira ALC, Nunes JÁ, Azevedo EHM. Rastreamento do risco de disfagia em pacientes internados em um hospital universitário. *Distúrb Comun.* 2020;32(2):277-84. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i2p277-284>.
20. Kurosu A, Osman F, Daggett S, Peña-Chávez R, Thompson A, Myers SM et al. Factors associated with self-reported dysphagia in older adults receiving meal support. *J Nutr Health Aging.* 2021;25(10):1145-53. <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-021-1700-9>.