

 Ronivaldo Pinto Ferreira¹

 Luana Marsicano Alves¹

 Laura Davison Mangilli¹

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

O presente estudo é derivado da dissertação de mestrado intitulada “Avaliação do risco de disfagia em idosos hospitalizados e sua relação com a nutrição, sarcopenia, hidratação e qualidade de vida: um estudo transversal analítico e observacional”, autoria de Ronivaldo Pinto Ferreira e orientação de Laura Davison Mangilli, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade de Brasília, apresentado em dezembro de 2022. Brasília, DF, Brasil.

Correspondência

Ronivaldo Pinto Ferreira
ronny.pinto@hotmail.com

Editora

 Renata Brum Martucci

Disfagia: elementos na fala de idosos hospitalizados com risco nutricional

Dysphagia: elements in the statements of hospitalized elderly people with nutritional risk

Resumo

Introdução: A associação entre disfagia e desnutrição pode ser explicada pelo fato de que a disfagia prejudica diretamente a capacidade de comer e beber, reduz a ingestão alimentar de energia, água e outros nutrientes, resultando em desnutrição e desidratação. Uma habilidade que poderá contribuir na identificação de risco para disfagia e/ou desnutrição é a escuta sensível, qualificada e resolutiva dos idosos em ambiente hospitalar. **Objetivo:** Identificar elementos na fala de idosos hospitalizados com alteração nutricional que possam contribuir para o rastreio de disfagia. **Métodos:** Pesquisa quali-quantitativa com a técnica de análise de conteúdo, realizada com 52 idosos internados em unidade de clínica médica de um hospital público no Distrito Federal, com aplicação do *Mini Nutritional Assessment shortform* e da pergunta norteadora sobre engolir. **Resultados:** Maior frequência de risco de desnutrição (63,46%), tendo na fala a questão relacionada ao uso de prótese dentária mal adaptada, a consistência da dieta oral ofertada, o engasgo e o processo de envelhecimento como fatores que podem interferir no estado nutricional e favorecer o risco para disfagia. **Conclusão:** É preciso que esses fatores modificáveis sejam identificados pela equipe de saúde e que ações para o tratamento e prevenção eficazes de desnutrição e de disfagia sejam implantados e monitorados.

Palavras-chave: Desnutrição. Disfagia. Prótese Dentária. Idoso. Equipe Multiprofissional.

Abstract

Introduction: The association between dysphagia and malnutrition can be explained by the fact that dysphagia directly impairs the ability to eat and drink, reduces dietary intake of energy, water, and other nutrients, resulting in malnutrition and dehydration. A skill that may contribute to identifying risks for dysphagia and/or malnutrition is sensitive, qualified, and decisive listening to the elderly in a hospital environment. **Objective:** Identify elements in the statements of hospitalized elderly people with nutritional disorders that may contribute to the screening for dysphagia. **Methods:** Quali-Quantitative Research using the content analysis technique, carried out with 52 elderly people admitted to the medical clinic of a public hospital in the Federal District, using the *Mini Nutritional Assessment shortform* and the guiding question about swallowing. **Results:** Higher frequency of risk of malnutrition (63.46%), related to the use of poorly adapted dental prosthesis, the consistency of the oral diet offered, choking, and the aging process as factors that may interfere with nutritional status and promote the risk of dysphagia. **Conclusion:** These modifiable factors need to be identified by the healthcare team and actions for the effective treatment and prevention of malnutrition and dysphagia need to be implemented and monitored.

Keywords: Malnutrition. Dysphagia. Dental Prosthesis. Elderly. Multiprofessional Team.

INTRODUÇÃO

A nutrição é um relevante componente para manter o bem-estar e a saúde de idosos, ainda mais se estes estiverem hospitalizados. Uma nutrição inapropriada para este público contribui para o aparecimento de várias doenças e é fator predisposto para a síndrome da fragilidade, sarcopenia e aumento do tempo de internação.¹

Dentre muitas causas, um fator que poderá alterar o quadro nutricional no idoso é a disfagia, compreendida como a dificuldade em transferir o alimento da boca para o estômago. O processo de deglutição requer a coordenação de uma série complexa de atividades motoras, sensoriais e psicológicas voluntárias e involuntárias, e a maioria das alterações em sua função ocorre com o envelhecimento.²

A disfagia está associada a sintomas como incapacidade de engolir, dor ao engolir (odinofagia), sensação de comida presa na garganta, saliva, refluxo, azia frequente, perda de peso inesperada, tosse durante a alimentação, náusea ao engolir e a preferência por alimentos de consistência de fácil mastigação.³

Considerando os resultados de uma metarregressão,⁴ a prevalência de disfagia apresentou tendência crescente com o aumento da idade. Além disso, os resultados da análise em subgrupos demonstraram que a prevalência na faixa etária acima de 75 anos é maior do que em outros subgrupos.

Já o Inquérito Nacional Brasileiro de Nutrição Hospitalar (IBRANUTRI)⁵ apontou que a desnutrição hospitalar esteve presente em 48,1% dos indivíduos hospitalizados e a desnutrição grave, em 12,5%. Já o conhecimento médico sobre desnutrição é baixo e a terapia nutricional é subprescrita. A desnutrição apresentou relação com o diagnóstico primário na admissão, idade (>60 anos), presença de câncer ou infecção e maior tempo de internação ($p < 0,05$).

A associação entre disfagia e desnutrição pode ser explicada pelo fato de que a disfagia prejudica diretamente a capacidade de comer e beber, reduz a ingestão alimentar de energia, água e outros nutrientes, resultando em desnutrição e desidratação.²

Essas alterações na dinâmica alimentar diminuem a qualidade de vida desses idosos e poderá trazer alterações negativas durante o processo de hospitalização. Um estudo⁶ demonstrou que a qualidade de vida relacionada à deglutição em idosos hospitalizados está diretamente manifestada com a diminuição do convívio social, aumento do tempo para se alimentar, medo e fardo durante a alimentação.

Além disso, é preciso levar em consideração o desafio qualitativo que se refere às questões socioculturais que permeiam os idosos. Vivemos numa sociedade na qual alguns momentos de refeição se tornam oportunidades de reunião familiar, confraternização, lazer, celebração, comemoração e encontro com amigos. Assim, estabelecer uma alimentação por via oral de forma segura e saborosa é uma perspectiva do indivíduo inserido nessa sociedade. Compreendendo que o ser humano é construído historicamente, as influências ambientais, biológicas e socioculturais que permeiam nosso corpo - o corpo que cuida (profissional) e o corpo que recebe os cuidados (paciente) - compartilham sentimentos e emoções nessa construção. O conhecimento do "corpo biológico" e suas diversas significações é importante quando não apartado de seus componentes emocionais, subjetivos, históricos, espirituais, culturais, cognoscentes e singulares.⁷

Uma habilidade que poderá contribuir na identificação de risco para disfagia e/ou desnutrição é a escuta sensível, qualificada e resolutiva dos idosos em ambiente hospitalar. É crucial que o profissional tenha um olhar diferenciado sobre este indivíduo, sempre visando seu bem-estar – afinal, a hospitalização é encarada de maneira diferente por cada pessoa. Essa habilidade valoriza a capacidade de fomentar a pactuação entre a necessidade de saúde do indivíduo e a possibilidade de resposta do serviço, sendo

traduzida em qualificação da produção de saúde. Escutar o paciente é uma ferramenta terapêutica e de identificação para melhor trabalharmos, pois proporciona espaço de fala, segurança, forma vínculos e diminui a ansiedade.⁸

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar elementos na fala de idosos hospitalizados com alteração nutricional que possam contribuir para o rastreamento de disfagia.

MÉTODO

Pesquisa quali-quantitativa com a técnica de análise de conteúdo⁹ realizada com idosos internados em unidade de enfermagem, clínica médica, de um hospital público no Distrito Federal (DF), entre setembro e dezembro de 2021. A população amostral, selecionada por conveniência, foi constituída por idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos idosos pós-extubação e/ou que apresentaram alterações cognitivas graves que afetavam a capacidade perceptiva, de discernimento e de linguagem.

O presente estudo é derivado do projeto de pesquisa “Avaliação do risco de disfagia em idosos hospitalizados e sua relação com a nutrição, sarcopenia, hidratação e qualidade de vida: um estudo transversal analítico e observacional”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (CEP/FCE), conforme parecer número 3.749.828, e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS), conforme parecer número 3.820.960. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a confidencialidade dos dados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente, foi realizada a busca de dados sociodemográficos e de saúde dos participantes, por meio de um levantamento estruturado, acessando o prontuário do participante através do sistema *TrakCare®* de informação em saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e através de perguntas respondidas pelo participante no momento da anamnese.

O risco de desnutrição foi avaliado pela aplicação do *Mini Nutritional Assessment shortform* (MNA-SF *revised®*). O consenso brasileiro de nutrição e disfagia recomenda a aplicação, pelo enfermeiro, dessa versão reduzida, garantindo a identificação dos idosos em risco e a possibilidade de indicação quando o escore for menor ou igual a 12 para avaliação específica com nutricionista.¹⁰ Podemos citar como benefícios dessa versão a exclusão de itens redundantes, que necessitavam de treinamento especial, que envolviam subjetividade e memória do paciente ou que produzissem muitas respostas em branco ou “não sei”.¹¹

O MNA-SF *revised®* é um questionário de triagem composto por cinco perguntas com opções de respostas correspondentes a pontos (podem variar de 0 a 3), para somatória no final da avaliação. Aborda diminuição da ingestão alimentar, perda de peso, mobilidade, estresse psicológico ou doença aguda, problemas neuropsicológicos e índice de massa corpórea (IMC). Ao final, realizou-se a somatória dos números correspondentes às respostas para obter o escore final da triagem: 12-14 pontos: estado nutricional normal; 8-11 pontos: sob risco de desnutrição; e 0-7 pontos: desnutrido.^{10,11}

Para avaliar a autopercepção de disfagia, foi feito o seguinte questionamento ao participante: “você tem problema para engolir?”. Suas colocações, queixas e percepções sobre a temática foram anotadas pelo pesquisador, sem interferência na fala do participante.

Para a análise e interpretação dos resultados, foi utilizado o programa Microsoft Excel 2018. A análise de conteúdo⁹ das respostas sobre o problema em engolir seguiu os seguintes passos: 1) pré-análise; 2)

exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 52 usuários. 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.⁶ De forma sucinta, 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 *mllitus* (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foram as comorbidades mais prevalentes (DM 42,31%; HAS 65,38%).

A caracterização de questões referentes a dieta, paladar e a dentição estão descritas na Tabela 1. A avaliação nutricional está apresentada na Tabela 2, sendo a classificação de risco nutricional a de maior frequência.

Tabela 1. Caracterização da dieta, paladar e dentição de idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2023.

Variável	Classificação	N=52	%
Tipo de dieta	Branda (B)	28	53,85%
	Pastosa (P)	13	25,00%
	Líquida	2	3,85%
	Duas consistências VO (B+P)	6	11,54%
	Enteral + VO (P)	3	5,77%
Via de nutrição	Oral	49	94,23%
	Sonda nasointestinal/oral	3	5,77%
Paladar	Ausente	2	3,85%
	Diminuído	18	34,62%
	Normal	30	57,69%
	Queixa de gostos alterado	2	3,85%
Dentição	Dentição permanente	2	3,85%
	Edentulismo	4	7,69%
	Prótese parcial	12	23,08%
	Prótese total	34	65,38%

Fonte: Dados da pesquisa, 2021. VO= Via Oral.

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa da classificação MNA -SF revised® em idosos hospitalizados. Brasília, DF, 2023.

Variável	Classificação	N=52	%
MNA -SF revised®	Estado nutricional normal	14	26,92%
	Sob risco de desnutrição	33	63,46%
	Desnutrido	5	9,62%

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na análise de conteúdo, emergiram os seguintes elementos na fala dos idosos hospitalizados com risco nutricional que podem indicar necessidade de avaliação de risco para disfagia: consistência da dieta (26,32%), prótese dentária (28,95%), engasgo (18,43%) e doença/envelhecimento (15,79%). Esses elementos foram agrupados no Quadro 1, com as respectivas falas dos participantes. Destacamos que quatro idosos (10,51%) com risco nutricional relataram não ter problemas com a deglutição.

Lembramos que, neste estudo, quando se fazia a pergunta “você tem problema para engolir?”, não se tinha uma resposta direta “sim” ou “não”; as respostas dos participantes eram com frases mais detalhadas, como demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1. Elementos de risco para disfagia na fala de idosos hospitalizados com alteração nutricional. Brasília, DF, 2023.

Grupo	Elementos da fala
Consistência da dieta	“Em casa só comida pastosa para descer” * “Não consigo engolir comida sólida pois sinto a passagem estreita” “Em minha casa quando eu como tenho engasgos, aqui no hospital não” “Não gosto de comida pastosa pois não tem sabor” “Não como comida normal tipo dura pois fica parada na minha boca” * “Prefiro comer comida macia” “A comida do hospital é melhor para mastigar pois é mole” “Às vezes tenho que fazer força para comida mais grossa descer” “Não gosto de comida dura” “Só quando a garganta inflama aí fica difícil engolir”
Prótese dentária	“Minha dentadura é folgada e atrapalha eu comer” “Passei a comer devagar após tratamento dentário, minha prótese me atrapalha mastigar e comida pastosa não tem sabor” “Entalo com comida presa na garganta e minha mastigação é ruim por causa da prótese” “Tenho refluxo e pigarro e não mastigo direito por causa da dentadura” “Minha prótese é folgada e quando mastigo machuca minha gengiva” “Tive paralisia facial e minha mastigação é difícil e também não tenho a prótese inferior” “Tenho refluxo e as vezes quando como ou converso eu começo a tossir e minha dentadura debaixo também está folgada” “Algumas vezes a comida entra para debaixo da dentadura e fica ruim” “Machuco minha gengiva quando mastigo, pois, minha dentadura está folgada e eu não uso” “Minha dentadura está desgastada e por isso deixo de mastigar” * “Meu refluxo me faz engasgar e tossir e também não tenho todos os dentes para mastigar”

Quadro 1. Elementos de risco para disfagia na fala de idosos hospitalizados com alteração nutricional. Brasília, DF, 2023. (Cont.)

Grupo	Elementos da fala
Engasgo	"Comida não desce, tenho que fazer força" "Com o COVID-19 a comida não quer descer, fica entalada" "Tenho engasgos frequentes, mas acho que é porque como muito rápido" "Tenho engasgos com saliva e água" "Tenho entalos com comida grossa" * "Tenho engasgos e soluços depois do derrame" "Eu como bem devagar para não me engasgar"
Doença/Envelhecimento	"Não tenho problemas, mas as vezes dói para engolir" "Estou tendo falta de ar para mastigar e tenho tremor nas mãos para segurar a colher" "Como bem devagar" "Tenho queimação e refluxo após eu engolir" "Minha boca é muito seca" "Não tenho problemas para mastigar, mas tenho essa rouquidão"
Sem problemas	"Não tenho problemas" "Não tenho problemas" "Não tenho problemas" "Não tenho problemas"

Fonte: Dados da pesquisa, 2021. *Classificados como desnutridos pela MNA -SF revised®

DISCUSSÃO

A alimentação desempenha função relevante para o restabelecimento da saúde de indivíduos hospitalizados, sendo então necessário adequar os diferentes tipos de dieta às particularidades de cada indivíduo. Deve-se avaliar a via de administração da dieta, para que seja mais adequada ao paciente, e que o seu plano alimentar seja feito de forma correta e satisfatória - via oral, enteral ou nutrição parenteral.¹²

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 nasoentérico. Essa dupla via estava em idosos que no momento da internação apresentaram quadro de desnutrição e baixa aceitação da dieta via oral.

Com relação à consistência das dietas, as três mais prevalentes foram de 53,85% indivíduos recebendo dieta oral branda, 25,0% dieta oral pastosa e 11,54% recebendo refeições intercalando entre

branda/pastosa. Durante a aplicação dos instrumentos da pesquisa, houve relatos, por parte dos idosos, de preferências por dietas pastosas por serem mais fácil para mastigação. Com isso, algumas consistências eram ofertadas por solicitação do idoso para melhoria de sua qualidade de vida, e não necessariamente por prescrição médica ou nutricional. Essa prescrição e oferta da preferência da consistência da dieta vem de acordo com o recomendado pela Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN): a nutrição hospitalar deve ser analisada, reavaliada e adaptada para cada paciente em intervalos regulares (cada 3 a 5 dias), de acordo com o curso da doença, ingestão oral monitorada, aceitação e necessidades nutricionais individuais.¹³

Por outro lado, a mudança da textura dos alimentos representa um desafio para a cozinha hospitalar em termos sensoriais e nutricionais, visto que as dietas pastosas normalmente apresentam baixa densidade energética. Isso indica que uma maior quantidade de alimentos precisa ser ingerida para suprir as necessidades de nutrientes, o que pode impor uma carga fisiológica em idosos. Além disso, alimentos com textura modificada podem parecer pouco atraentes. No entanto, em indivíduos com risco de disfagia, deve-se realizar o rastreamento sistemático, e a necessidade e tipo de dieta de textura modificada devem ser identificados, prescritos e acompanhados pela equipe de saúde.^{13,14}

Dessa forma, é preciso que a equipe assistencial conheça as características das dietas, para uma melhor análise de adequação durante a hospitalização. Tais características englobam as dietas do tipo: oral branda, oral pastosa, oral líquida e enteral.^{15,16}

As indicações descritas em outras pesquisas^{15,16} vêm ao encontro do que foi apontado neste estudo, onde 96,15% dos idosos apresentavam alguma alteração na dentição e necessitavam adequações alimentares para suprir suas necessidades nutricionais e manutenção de qualidade de vida.

Com o processo de envelhecimento, é comum a manifestação de diminuição do paladar, que também pode ser agravada frente a determinadas condições clínicas. Com isso, a população idosa necessita de um estímulo gustativo mais intenso para produzir a mesma sensação de gosto que indivíduos jovens. Essa diminuição sensorial pode acarretar inapetência, monotonia alimentar, diminuição da ingestão e desnutrição.¹⁷ No estudo, o autorrelato de paladar normal foi manifestado por 58,0% dos idosos, mas um número considerável (48,0%) relatou alteração com predominância de paladar diminuído. Essa predominância de paladar sem alterações pode ter explicações nas adaptações que o indivíduo realiza durante o processo de envelhecimento e com a média de idade apresentada, que foi de 73 anos. Estudos^{17,18} apontam que as perdas sensoriais gustativas são progressivas e evidenciam queixas e frequência de autorrelatos após os 70 anos, prejudicando a saúde global e a qualidade de vida.

Já em relação à dentição, o estudo revelou que somente 4,0% dos idosos possuíam dentição permanente; os que faziam uso de algum tipo de prótese eram 88,0% e os edêntulos total sem uso de prótese, 8,0%.

Esses resultados vêm ao encontro de um estudo que teve por objetivo analisar o perfil de saúde bucal de idosos do DF, e cujos resultados demonstraram que a grande maioria de idosos usavam algum tipo de prótese, sendo a prótese total a mais frequente no arco superior (74,3%) e inferior (47,1%).¹⁹ A perda da dentição natural interfere nos diversos aspectos do organismo, dentre os quais a fonética, o aspecto estético e a função mastigatória. Esse edentulismo pode ser, em parte, solucionado pelo uso de prótese. Porém, alguns estudos apontaram que o número de próteses insatisfatórias devido a problemas funcionais e/ou estéticos é elevado. Além disso, a maioria dos idosos não utilizam a prótese inferior, justificando desconforto com a mesma.²⁰

Na avaliação nutricional (Tabela 2), os idosos hospitalizados com risco de desnutrição e desnutrição apresentaram respectivamente, uma frequência relativa de 63,46% e 9,62%, totalizando 73,08% da amostra alterada, segundo a MNA-SF *revised*®. É um número consideravelmente alto, que requer rastreamento e monitoramento por parte da equipe assistencial. Estudo realizado por este grupo de pesquisa, com essa mesma população, encontrou associação entre o risco de disfagia autorrelatada e o estado nutricional, com chances de que idosos hospitalizados expostos à desnutrição têm 52 vezes mais chances de apresentarem risco de disfagia.²¹

Nas categorias agrupadas pela fala dos idosos com alteração nutricional (Quadro 1), temos elementos que podem indicar necessidade de avaliação de risco de disfagia. Esses elementos necessitam de uma escuta atenciosa e qualificada, para que sejam identificados durante o acompanhamento diário na hospitalização.

A consistência da dieta é um elemento relatado em falas que são manifestadas por palavras do tipo “comida dura”, “comida mole” e acompanhadas de aspectos relacionados à biomecânica da deglutição, tais como “comida parada”, “descer” e “mastigar”. A consistência da dieta também poderá apresentar relatos quanto ao sabor neste estudo, sendo apontada como sabor inferior, não agradável ao paladar - “não gosto de comida pastosa, pois não tem sabor”. Esses elementos demonstram, mesmo que de forma subjetiva, a dificuldade em engolir alimentos de consistência sólida, apontando a necessidade de adaptação da consistência alimentar durante a hospitalização, levando em consideração, dentro da clínica do paciente, sua preferência e aceitação da dieta ofertada.

Estudos relatam que uma dieta hospitalar inadequada, associada à baixa ingestão oral, coloca em risco nutricional indivíduos hospitalizados. Uma ingestão aproximadamente de 50% da dieta oral ofertada está associada à desnutrição e é fator de risco independente para maior tempo de internação.^{22,23}

O uso de prótese dentária foi o elemento com maior frequência na análise de conteúdo (28,95%). As falas dos idosos hospitalizados apontaram termos relacionados à adaptação ao uso de prótese “dentadura folgada”, “dentadura está desgastada”, “prótese folgada”, e à falta ou não uso da prótese “não tenho prótese inferior”, “não tenho todos os dentes”. Esses elementos nas falas foram associados a uma mastigação ineficaz, com dor, acúmulo de alimentos na prótese, adaptações para conseguirem se alimentar e mudança na consistência da dieta que alterava o sabor dos alimentos para alguns idosos: “passei a comer devagar após tratamento dentário, minha prótese me atrapalha mastigar e comida pastosa não tem sabor”, “machuco minha gengiva quando mastigo, pois, minha dentadura está folgada e eu não uso”.

Esses relatos demonstram que a primeira fase da deglutição, a fase preparatória-oral, poderá estar prejudicada. Dessa forma, o processo mastigatório de incisão, trituração e pulverização do alimento de consistência sólida não está ocorrendo de forma funcional. Uma revisão sistemática²⁴ apontou que essas alterações demonstram uma fragilidade oral, e essa alteração poderá causar desnutrição, pneumonia por aspiração, asfixia e, às vezes, morte. Assim, a diminuição da função oral e o desenvolvimento de disfagia devem ser prevenidos com intervenção precoce em idosos durante e após a hospitalização.

No grupo engasgo, podemos observar um conteúdo manifestado por expressões do tipo “comida não desce”, “tenho engasgos” ou “tenho entalos”. A associação desses elementos ocorreu em falas que demonstram uma possível diminuição da força de músculos envolvidos na deglutição ou da força de propulsão da língua, dificultando, assim, o transporte do alimento para o esôfago: “comida não desce, tenho que fazer força”, “tenho entalos com comida grossa”, “tenho engasgos e soluços depois do derrame”. Um estudo²⁵ aponta que a razão dessa alteração é que o declínio generalizado da massa e força muscular também afeta os músculos relacionados à deglutição, como os músculos da língua, infra-hioideos, supra-

hioideos e faríngeos. Portanto, em pacientes idosos com risco de desnutrição e disfagia, a pressão da língua deve ser examinada para detecção precoce dessas alterações.

As adaptações também foram elementos observados nas falas. Os pesquisadores deste estudo observaram que, por se adaptar a essas alterações, muitas vezes o idoso pode não compreender esse fato como prejudicial em sua deglutição ou padrão alimentar. Adaptação na consistência da dieta: “tenho entalos com comida grossa”; adaptação na mastigação: “eu como bem devagar para não me engasgar”.

A análise do grupo doenças/envelhecimento apresentou um conteúdo com elementos relacionados às condições de saúde no momento da pesquisa. A odinofagia, a doença do refluxo gastroesofágico (DREG), a xerostomia e a rouquidão na voz poderão estar na subjetividade relatada: “não tenho problemas, mas as vezes dói para engolir”; “tenho queimação e refluxo após eu engolir”; “minha boca é muito seca”; “não tenho problemas para mastigar, mas tenho essa rouquidão”. Os elementos de aspectos adaptativos ao envelhecimento patologia estão em falas que podem passar despercebidas. Assim, é preciso, além da escuta sensível, uma observação direta durante a alimentação: “estou tendo falta de ar para mastigar e tenho tremor nas mãos para segurar a colher”; “como bem devagar”.

É preciso que esses elementos de sinais e sintomas presentes no grupo patologia/envelhecimento sejam avaliados mais detalhadamente, de modo a descartar outras patologias. Neste estudo, esse grupo estava em avaliação e investigação pela equipe de saúde multidisciplinar durante a internação. Estudos^{26,27} demonstram que sinais e sintomas de odinofagia, DRGE e xerostomia podem limitar a ingestão oral e serem fatores preditivos do estado nutricional e risco para disfagia em pacientes com patologias diversas.

Como observado no Quadro 1, quatro idosos hospitalizados não apresentaram, em suas falas, elementos de risco para disfagia, mesmo estes estando com alteração no estado nutricional. Nesses casos, é preciso que, além de perguntas certas e uma escuta sensível, a equipe seja observadora principalmente durante a alimentação. Pesquisa²⁸ demonstra que, para evitar e controlar sintomas decorrentes da disfagia, os idosos criam estratégias de adaptação, e o uso dessas estratégias seria uma das justificativas pelas quais não relatam e não reconhecem esses sintomas.

Neste estudo, podemos citar como pontos fortes a eficácia de uma escuta sensível e qualificada beira-leito e a identificação de indivíduos com risco nutricional e disfagia utilizando instrumentos de baixo custo financeiro. Já o ambiente hospitalar, em pandemia pela Covid-19, foi um fator de limitação por questões de restrições e precauções de contato.

CONCLUSÃO

Os elementos nas falas de idosos hospitalizados demonstraram que o uso de prótese dentária mal adaptada, a consistência da dieta oral ofertada, o engasgo e o processo de envelhecimento são fatores que podem interferir no estado nutricional e favorecer o risco para disfagia. É preciso que esses fatores modificáveis sejam identificados pela equipe de saúde e que ações para o tratamento e prevenção eficazes de desnutrição e de disfagia sejam implantados e monitorados.

REFERÊNCIAS

1. Morley J. E. Anorexia of ageing: a key component in the pathogenesis of both sarcopenia and cachexia. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*. 2017;8(4):523–526. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12192>.

2. Yang RY, Yang AY, Chen YC, Lee SD, Lee SH, Chen JW. Association between dysphagia and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2022;14(9):1812. <https://doi.org/10.3390/nu14091812>.
3. 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):576-582. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>.
4. 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). <https://doi.org/10.1186/s12967-022-03380-0>.
5. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: the brazilian national survey (IBRANUTRI). *Nutrition*. 2001;17(7-8):573-580. [https://doi.org/10.1016/s0899-9007\(01\)00573-1](https://doi.org/10.1016/s0899-9007(01)00573-1).
6. Ferreira R P, Alves L M, Mangilli L D. Qualidade de vida relacionada à deglutição em idosos hospitalizados: um estudo analítico transversal. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE01502. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO01502>.
7. Bastos LD, Ramos RL, Silva PS, Paraíso MA, Moreira da Silva IC, De Almeida Figueiredo NM. Disfagia em idosos e os agenciamentos corporal/emocional: reflexões teórico-prática sobre como estamos tratando. *Rev Prax [Internet]*. 2016;8(15). <https://doi.org/10.25119/praxis-8-15-668>.
8. Lopes de Souza SA, Cruz da Silveira LM. (Re)Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. *Rev Psicol Saude*. 2019;11(1):19-42. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.571>.
9. Sousa JR, Santos SC. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa. *Rev Pesqui Debate Em Educ*. 2020;10(2):1396-416. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>.
10. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. [coordenadora Myrian Najas]. Barueri, SP: Minha Editora, 2011. https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao1.pdf.
11. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(6):366-372. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.M366>.
12. Rattray M, Desbrow B, Roberts S. Comparing nutritional requirements, provision and intakes among patients prescribed therapeutic diets in hospital: an observational study. *Nutrition*. 2017;39-40:50-6. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2017.03.006>.
13. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, Ottens-Oussoren K, Pichard C, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clin Nutr*. 2021;40(12):5684-709. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.09.039>.
14. Fujishima I, Fujiu-Kurachi M, Arai H, Hyodo M, Kagaya H, Maeda K, et al. Sarcopenia and dysphagia: position paper by four professional organizations. *Geriatr Amp Gerontol Int*. 2019;19(2):91-7. <https://doi.org/10.1111/ggi.13591>.
15. Dias MCG, Motta LP, Steluti J, Evazian D. Dietas orais hospitalares. In: Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. São Paulo: Editora Atheneu; 2009.

16. Santos AL, Alves TSHS. Terapia nutricional enteral: relação entre percentual de dieta prescrito e administrado e intercorrências associadas em hospital público de Salvador-BA. *Braspen J.* 2018;33(1):58-63.
17. Cavazzana A, Röhrborn A, Garthus-Niegel S, Larsson M, Hummel T, Croy I. Sensory-specific impairment among older people. An investigation using both sensory thresholds and subjective measures across the five senses. *PLOS ONE.* 2018;13(8):e0202969. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.020296>.
18. Coelho HDS, Granato L. Avaliação dos limiares e detecção do gosto salgado em idosos. *J Health Sci Inst.* 2014;32(4):413-18.
19. Costa AM, Guimarães MD, Pedrosa SD, Nóbrega OD, Bezerra AC. Perfil da condição bucal de idosas do Distrito Federal. *Cienc Amp Saude Coletiva.* 2010;15(4):2207-13. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000400035>.
20. Colussi CF, Freitas SF. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2002;18(5):1313-20. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2002000500024>.
21. Ferreira RP, Alves LM, Mangilli LD. Associação entre risco de disfagia e sinais sugestivos de sarcopenia, estado nutricional e frequência de higiene oral em idosos hospitalizados. *CoDAS.* 2024;36(1). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232022232pt>.
22. Allard JP, Keller H, Jeejeebhoy KN, Laporte M, Duerksen DR, Gramlich L, *et al.* Malnutrition at Hospital Admission: contributors and effect on length of stay. *J Parenter Enter Nutr.* 2015;40(4):487-97. <https://doi.org/10.1177/0148607114567902>.
23. Nascimento-Dock DB, Campos LF, Dias MCG, Fabre MES. Dieta oral no ambiente hospitalar: posicionamento da BRASPEN. *BRASPEN J.* 2022;37(3):207-27.
24. Sakai K, Nakayama E, Yoneoka D, 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. <https://doi.org/10.3390/cells11142199>.
25. Chen KC, Jeng Y, Wu WT, Wang TG, Han DS, Özçakar L, Chang KV. Sarcopenic Dysphagia: a narrative review from diagnosis to intervention. *Nutrients.* 2021;13(11):4043. <https://doi.org/10.3390/nu13114043>.
26. Arribas L, Hurtós L, Taberna M, Peiró I, Vilajosana E, Lozano A, *et al.* Nutritional changes in patients with locally advanced head and neck cancer during treatment. *Oral Oncol.* 2017;71:67-74. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2017.06.003>.
27. Bassi D, Furkim AM, Silva CA, Coelho MS, Rolim MR, Alencar ML, *et al.* Identification of risk groups for oropharyngeal dysphagia in hospitalized patients in a university hospital. *CoDAS.* 2014;26(1):17-27. <https://doi.org/10.1590/s2317-17822014000100004>.
28. Santos BP, Andrade MJ, Silva RO, Menezes ED. Dysphagia in the elderly in long-stay institutions - a systematic literature review. *Rev CEFAC.* 2018;20(1):123-30. <https://doi.org/10.1590/1982-021620182013817>.

Colaboradores

Ferreira RP contribuição na concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final; Alves LM contribuição na análise e interpretação dos dados, aprovação da versão final; Mangilli LD contribuição na análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 21 de outubro de 2023

Aceito: 26 de fevereiro de 2024