

Aceitação da alimentação por via oral e risco para disfagia em adultos e idosos hospitalizados

Acceptance of oral food in hospitalized and risk for dysphagia adults and elderly people

Nathália Rieder Nunes, Magali Scheuer, Gabriele Rodrigues Bastilha.

Resumo:

Objetivo: analisar a aceitação à alimentação por via oral e o risco para disfagia em adultos e idosos hospitalizados. **Métodos:** trata-se de um estudo longitudinal, observacional, descritivo e quantitativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (5.640.721). Participaram indivíduos internados em um hospital universitário, dos sexos feminino e masculino, acima de 18 anos, com via oral exclusiva ou parcial. Os dados foram coletados em prontuário eletrônico, anamnese e aplicação do Eating Assessment Tool (EAT-10). Os participantes preencheram durante a internação um formulário com o nível de aceitação da dieta nas principais refeições diárias. Análise estatística com testes Qui-Quadrado de Pearson, Teste de Mann-Whitney e Correlação de Spearman (nível de significância de 5%). **Resultados:** Participaram 35 indivíduos, com média de 61 anos. A média de tempo de internação foi de 29 dias com preenchimento médio de cinco dias. Prevaleram indivíduos idosos; do sexo feminino; com risco para disfagia pela EAT-10 e com queixas; com deglutição funcional pela avaliação clínica, seguido por disfagia leve; e Functional Oral Intake Scale nível 5; com via oral macia; sem via alternativa de alimentação no primeiro e último dia de preenchimento do formulário; e com desfecho de alta hospitalar. Indivíduos que permaneceram mais tempo hospitalizados, com disfagia e via alternativa de alimentação aceitaram menos as dietas. **Considerações finais:** Os adultos e idosos da presente amostra apresentaram menor aceitação de dieta por via oral no decorrer da hospitalização, bem como presença de queixas e risco para disfagia.

Palavras-chave: Alimentação; Deglutição; Hospitalização; Transtornos de Deglutição

Abstract:

Objective: analyze the acceptance to oral feeding and risk for dysphagia in hospitalized adults and elderly. **Methods:** This is a longitudinal, observational, descriptive and quantitative study, approved by the Research Ethics Committee of the institution (5.640.721). Participants were male and female patients admitted to a university hospital, over 18 years of age, with exclusive or partial oral pathway. Data were collected from electronic medical records, anamneses, and the Eating Assessment Tool (EAT-10) was applied. The participants filled out a form during hospitalization with the level of acceptance of the diet in the main daily meals. Statistical analysis with Pearson's Chi-square test, Mann-Whitney test, and Spearman's Correlation (5% significance level). **Results:** Thirty-five subjects participated, with a mean age of 61 years. The mean number of days of hospitalization was 29 days with a mean completion of five days. There was a prevalence of elderly patients; female; at risk for dysphagia by EAT-10; with complaints; functional swallowing by clinical evaluation; mild dysphagia; Functional Oral Intake Scale level 5; soft oral pathway; no alternative feeding route on the first and last day of filling out the form; outcome of hospital discharge. Patients who stayed longer in the hospital, with dysphagia

Como citar este artigo:
Nunes, N. R.; Scheuer, M.; Bastilha, G. R. Aceitação da alimentação por via oral e risco para disfagia em adultos e idosos hospitalizados. Revista Saúde (Sta. Maria). 2024; 50.

Autor correspondente:
Nome: Nathália Rieder Nunes
E-mail: nathaliarieder@gmail.com
Formação: Graduanda em Fonoaudiologia
Filiação: Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Endereço para correspondência:
Rua Padre José de Anchieta, nº 22, Nossa Senhora de Lourdes, Santa Maria - RS

Data de Submissão:
09/01/2024

Data de aceite:
08/03/2024

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse

DOI:
10.5902/2236583486358



and alternative feeding route accepted the diets less. **Final considerations:** Adults and elderly patients of the present sample presented lower acceptance of oral diet during hospitalization, as well as presence of complaints and risk for dysphagia.

Keywords: Diet; Deglutition; Hospitalization; Deglutition Disorders

INTRODUÇÃO

Na realidade hospitalar, diversos fatores podem interferir na alimentação dos pacientes, como, por exemplo: patologias, tratamento médico, mudança de ambiente, rotina, hábitos e menor autonomia nas escolhas alimentares, além de exposição a fatores estressores. Ainda, a alimentação é um fator importante para a manutenção da qualidade de vida do sujeito em internação hospitalar¹.

A deglutição é uma função resultante de um mecanismo neuromotor, onde sua coordenação resulta na transferência segura e efetiva de alimentos, líquidos ou saliva da cavidade oral até o estômago^{2,3}. As alterações nessa biomecânica são definidas como disfagia e podem acarretar impactos na nutrição, hidratação e na saúde pulmonar e culminar em hospitalizações, diminuindo o prazer em se alimentar, propiciando um aumento da morbimortalidade^{3,4,5}.

A depender das condições clínicas, algumas pessoas podem apresentar limitações funcionais para ingestão oral durante a hospitalização, necessitando de via alternativa de alimentação (VAA), podendo essa ser via enteral ou parenteral^{6,7,8}.

A VAA enteral administra os nutrientes diretamente no estômago ou jejuno através das sondas nasogástrica, orogástrica ou nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia. Enquanto a VAA parenteral administra por via endovenosa, na impossibilidade de uso do trato gastrointestinal^{6,9,10}.

A dieta por via oral (VO) dos indivíduos com disfagia pode necessitar de modificações de consistências, podendo variar de acordo com o grau de disfagia e necessidades individuais. São comumente utilizados o abrandamento de sólidos e espessamento de líquidos. Além disso, podem ser necessários alguns ajustes mais significativos que modificam o sabor e a aparência dos alimentos ou líquidos, além de restrições dos alimentos que dificultam a mastigação^{11,12}.

Porém, apesar de poucos estudos abordarem essa temática, acredita-se que a baixa aceitação da alimentação e a menor adesão à dieta por VO com modificações pode

aumentar o risco de desnutrição em pacientes com disfagia, contribuindo para piora do quadro clínico geral e possível aumento no tempo de internação^{13,14}.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar o nível de aceitação à alimentação por VO e o risco para disfagia em adultos e idosos hospitalizados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo, que se utilizou de método quantitativo, com amostra não probabilística, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem (parecer de número 5.640.721). Todos os participantes consentiram por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada em um hospital universitário, nas unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, visto que estas são as unidades de internação com maior quantitativo de leitos destinados à indivíduos adultos e idosos e que possuem fonoaudiólogo na equipe, com coleta de dados no período de outubro de 2022 a fevereiro de 2023.

Adotaram-se como critérios de inclusão: indivíduos do sexo masculino e feminino; idade superior a 18 anos; estar em internação hospitalar nas unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica; fazer uso de alimentação por VO exclusiva ou por VO parcial com uso de VAA (sonda nasoenteral, sonda nasogástrica, sonda orogástrica, gastrostomia ou jejunostomia) e ter realizado avaliação com a equipe de Fonoaudiologia do referido hospital.

Os critérios de exclusão foram: indivíduos em uso de VAA exclusiva e/ou com impossibilidade de alimentação por VO; não ter realizado avaliação fonoaudiológica ou já ter recebido terapia fonoaudiológica na internação; internados nas demais unidades; que preencheram por menos de três dias o formulário ou de forma incorreta e indivíduos com dados incompletos no prontuário eletrônico.

A coleta dos dados da anamnese foi realizada através da pesquisa em prontuário eletrônico, a qual abordava questões relacionadas à história clínica atual e pregressa, bem como tempo e desfecho da internação hospitalar e os dados da avaliação clínica da deglutição realizada pela fonoaudióloga do hospital. Destaca-se que os pacientes não receberam terapia fonoaudiológica até o momento da coleta, apenas avaliação, sendo este um critério de seleção da amostra.

A avaliação fonoaudiológica foi realizada conforme a rotina do hospital utilizando o Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD)¹⁵ e a *Functional Oral Intake Scale* (FOIS)¹⁶. O PARD classifica os resultados da avaliação clínica da deglutição em: Deglutição funcional; Disfagia orofaríngea leve; Disfagia orofaríngea moderada; Disfagia orofaríngea moderada a grave e Disfagia orofaríngea grave¹⁵. A FOIS gradua a quantidade de ingesta alimentar por VO considerando os tipos de consistências alimentares e o uso de VAA. A mesma possui sete marcadores para progressão segura da VO, sendo eles: Nível 1 (nada por VO); Nível 2 (dependente de VAA e mínima VO de algum alimento ou líquido); Nível 3 (dependente de VAA com consistente VO de alimento ou líquido); Nível 4 (VO total de uma consistência); Nível 5 (VO total com múltiplas consistências, com necessidade de preparo especial ou compensações); Nível 6 (VO total com múltiplas consistências, sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares); e Nível 7 (VO total sem restrições)¹⁶.

Para rastreio do risco de disfagia foi aplicado o *Eating Assessment Tool* (EAT-10), composto por dez questões que avaliam as queixas relacionadas à deglutição e às limitações socioemocionais causadas nos indivíduos. Um escore de três ou mais pontos indica risco de disfagia¹⁷. Além disso, todos foram questionados quanto às queixas relacionadas à deglutição no primeiro dia, logo após a realização da anamnese.

Os participantes foram instruídos a preencher um formulário relacionado ao nível de aceitação da dieta VO, sendo o mesmo elaborado pelas autoras com base na literatura^{1,2,6}.

Figura 1 - Formulário do nível de aceitação da dieta VO

DATA: _____
 NOME DO PACIENTE: _____
 TEM QUEIXA DE DEGLUTIÇÃO? ☐ SIM ☐ NÃO
 PREENCHIDO POR: _____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:
 CADA FIGURA ABAIXO REPRESENTA O QUANTO O PACIENTE COMEU EM CADA REFEIÇÃO. VOCÊ DEVE MARCAR COM UM X NO QUADRADO À ESQUERDA DO PRATO A FIGURA QUE MELHOR REPRESENTA COMO FICOU O PRATO (MESMO QUE NÃO TENHA SIDO EM PRATO A REFEIÇÃO, É APENAS UMA REPRESENTAÇÃO). APÓS CADA REFEIÇÃO QUE O PACIENTE REALIZOU NO DIA DE HOJE, MARQUE APENAS UMA OPÇÃO EM CADA REFEIÇÃO.

☐ NÃO COMEU
☐ COMEU A METADE
☐ COMEU MENOS DA METADE
☐ COMEU MAIS DA METADE
☐ COMEU TUDO

CAFÉ DA MANHÃ	COLAÇÃO	ALMOÇO	LANCHE DA TARDE	JANTAR	CEIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ JEIUM ☐ NÃO RECEBEU ☐ JEIUM ☐ JEIUM ☐ JEIUM ☐ JEIUM
☐ JEIUM

Fonte: Elaborado pelos autores

O formulário (Figura 1) é composto pelas seguintes refeições do dia: café da manhã, colação, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia. Os participantes deveriam assinalar em cada refeição uma das cinco opções de marcação conforme a quantidade ingerida: não aceitou ingerir a refeição; ingeriu 25% da refeição; 50% da refeição; 75% da refeição; ou ingeriu 100% da refeição.

O formulário foi preenchido diariamente, após cada refeição, e os dias em que o paciente estivesse em jejum deveriam ser apontados. Os acompanhantes foram orientados e encarregados de realizar o preenchimento do formulário nas situações em que os pacientes não conseguiriam realizar a marcação no formulário sozinhos.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos no total seis indivíduos, resultando em uma amostra de 35 sujeitos.

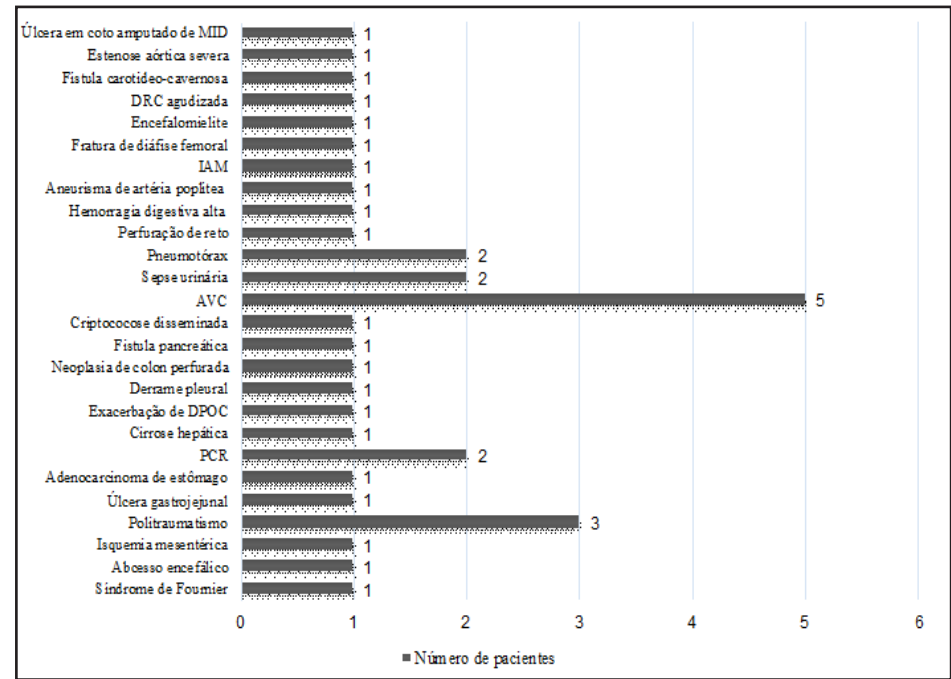
Os dados foram analisados estatisticamente de forma descritiva e inferencial através dos testes Qui-Quadrado de *Pearson* e Teste de *Mann-Whitney* e as correlações foram realizadas com o Teste de Correlação de *Spearman*, utilizando o software SPSS 25.0, com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Compuseram a amostra do estudo 35 participantes, com média de idade de 61 anos (mín= 19 anos e máx= 82 anos), sendo 51,43% (n=18) do sexo feminino e 48,57% (n=17) do sexo masculino; 69% (n=24) idosos e 31% (n=11) adultos. A média do tempo de internação foi de 29 dias, sendo cinco dias o período médio de preenchimento.

A Figura 2 apresenta os principais motivos de internação hospitalar da amostra.

Figura 2 - Motivo de internação dos adultos e idosos hospitalizados (n=35)

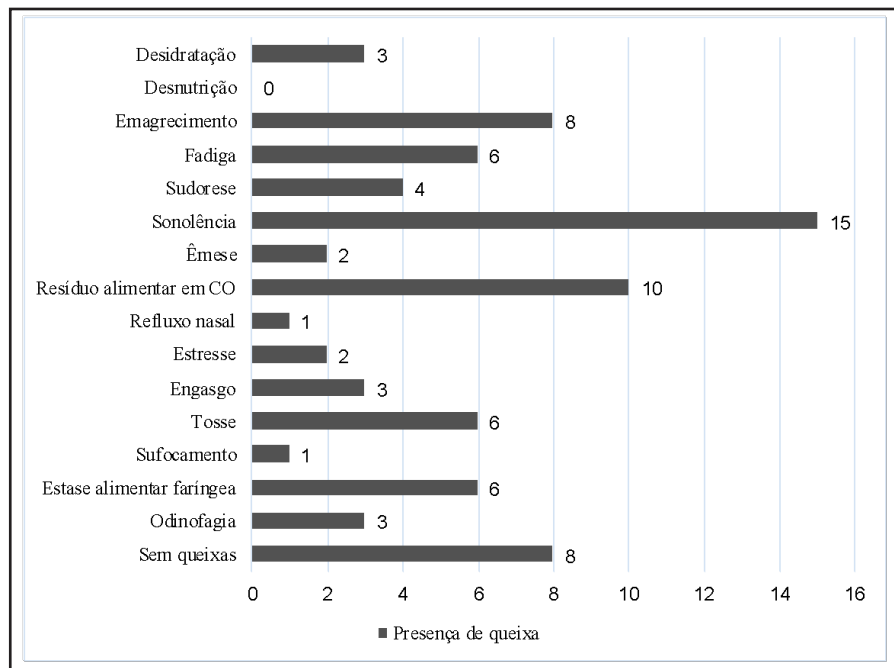


Legenda: MID=Membro Inferior Direito; DRC=Doença Renal Crônica; IAM=Infarto Agudo do Miocárdio; AVC=Acidente Vascular Cerebral; DPOC=Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; PCR=Parada Cardiorrespiratória.

Fonte: Elaborado pelos autores

A Figura 3 apresenta as queixas relacionadas à deglutição referidas pelos participantes no momento da aplicação da anamnese. Salienta-se que os indivíduos assinalaram mais de uma queixa.

Figura 3 - Caracterização das queixas relacionadas à deglutição referidas pelos adultos e idosos hospitalizados (n=35)



Legenda: CO=Cavidade Oral. Fonte: Elaborado pelos autores

Na Tabela 1 são expostos os dados da avaliação clínica de deglutição, nível de ingestão oral pela escala FOIS, risco para disfagia conforme escores da escala EAT-10, presença de queixas de deglutição e uso de VAA em adultos e idosos hospitalizados.

Na avaliação clínica de deglutição (Tabela 1), 54,30% (n=19) dos participantes apresentavam disfagia nos diferentes níveis. Disfagia leve com 34,29% (n=12); moderada com 11,43% (n=4); moderada a grave com 2,86% (n=1) e grave com 5,71% (n=2), enquanto 45,71% (n=16) dos indivíduos apresentavam deglutição funcional. Na análise inferencial não houve diferença estatisticamente significativa entre os participantes com disfagia e com deglutição funcional (p-valor >0,05).

No instrumento EAT-10 (Tabela 1), 68,57% (n=24) dos indivíduos apresentaram risco para disfagia e 31,43% (n=11) não apresentaram risco. Enquanto 77,14% (n=27) dos participantes apresentaram e 22,86% (n=8) não apresentaram queixas relacionadas à deglutição.

Quanto à escala FOIS (Tabela 1), 34,29% (n=12) da amostra foi classificada no nível cinco (VO total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações), sendo este o mais registrado entre os níveis. A consistência alimentar macia foi a mais ofertada entre o primeiro e último dia, sendo que 54,29% (n=19) dos participantes a utilizavam.

A via de alimentação (Tabela 1) mais registrada foi a VO total do primeiro dia de preenchimento (77,14%; n=27) até o último dia (80,00%; n=28). Grande parte dos participantes teve a alta hospitalar como desfecho da internação (91,43%; n=32) e apenas 8,57% (n=3) dos indivíduos tiveram o óbito como desfecho.

Tabela 1 – Análise descritiva da avaliação clínica de deglutição; nível na escala FOIS; risco para disfagia conforme escores da escala EAT-10; presença de queixas de deglutição e uso de VAA em adultos e idosos hospitalizados

AVALIAÇÃO DE DEGLUTIÇÃO	n	%
Deglutição funcional	16	45,71
Disfagia orofaríngea leve	12	34,29
Disfagia orofaríngea moderada	4	11,43
Disfagia orofaríngea moderada a grave	1	2,86
Disfagia orofaríngea grave	2	5,71
ESCALA FOIS	n	%
1	2	5,71
2	3	8,57
3	9	25,71
4	5	14,29
5	12	34,29
6	3	8,57
7	1	2,86
VAA 1º DIA	n	%
Não	27	77,14
Sim	8	22,86
VAA ÚLTIMO DIA	n	%
Não	28	80,00
Sim	7	20,00
EAT-10	n	%
Com risco	24	68,57
Sem risco	11	31,43
QUEIXAS	n	%
Com queixas	27	77,14
Sem queixas	8	22,86

Análise descritiva. Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa; FOIS=Functional Oral Intake Scale; EAT-10=Eating Assessment Tool; VAA=Via Alternativa de Alimentação

A Tabela 2 apresenta a análise descritiva dos escores do formulário preenchido quanto ao nível de aceitação à dieta por VO por dia e por refeição em adultos e idosos hospitalizados. Observa-se que a aceitação diminuiu com o passar dos dias de hospitalização.

Tabela 2 – Análise descritiva dos escores do instrumento que avaliou o nível de aceitação à dieta por VO por dia e por refeição em adultos e idosos hospitalizados

Variável	Média	DP	Mínimo	Máximo	Mediana
DIAS DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO					
Primeiro dia	17,80	6,94	5,00	30,00	18,00
Segundo dia	21,06	6,21	8,00	30,00	22,00
Terceiro dia	18,49	7,71	0,00	30,00	21,00
Quarto dia	15,89	10,06	0,00	30,00	18,00
Quinto dia	12,29	11,60	0,00	30,00	13,00
Sexto dia	8,57	10,49	0,00	26,00	0,00
Sétimo dia	6,14	9,76	0,00	25,00	0,00
REFEIÇÕES REALIZADAS POR DIA					
Café da manhã	20,54	8,78	9,00	37,00	19,00
Colação	5,26	8,59	0,00	27,00	0,00
Almoço	17,94	7,36	5,00	35,00	19,00
Lanche da tarde	20,17	8,34	4,00	35,00	20,00
Jantar	17,06	7,50	5,00	35,00	16,00
Ceia	19,26	8,86	6,00	35,00	21,00

Análise descritiva. Legenda: DP=desvio padrão

A Tabela 3 mostra que houve diferença no escore do nível de aceitação à dieta VO nos dias 4 ($U=87,5$; $p=0,031$) e 5 ($U=92$; $p=0,038$), sendo que indivíduos com deglutição funcional apresentaram valores maiores que os disfágicos (em qualquer grau, variando de leve a grave). Também houve diferença no escore do nível de aceitação à dieta VO no café da manhã ($U=92,5$; $p=0,048$), lanche da tarde ($U=92,5$; $p=0,048$) e ceia ($U=89$; $p=0,036$), sendo que indivíduos com deglutição funcional apresentaram valores maiores que os com disfagia.

Tabela 3 – Análise inferencial de comparação entre o nível de aceitação da dieta por VO por dia e refeição, em função da avaliação clínica da deglutição em adultos e idosos hospitalizados

		Avaliação da deglutição	Média	DP	p-valor
DIAS DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO	Primeiro dia	Deglutição funcional	18,94	6,93	0,369
		Disfagia	16,84	6,99	
	Segundo dia	Deglutição funcional	20,56	5,89	0,561
		Disfagia	21,47	6,59	
	Terceiro dia	Deglutição funcional	20,19	7,06	0,259
		Disfagia	17,05	8,13	
	Quarto dia	Deglutição funcional	19,63	8,66	0,031*
		Disfagia	12,74	10,27	
	Quinto dia	Deglutição funcional	16,31	12,02	0,038*
		Disfagia	8,89	10,35	
	Sexto dia	Deglutição funcional	9,50	11,25	0,700
		Disfagia	7,79	10,05	
	Sétimo dia	Deglutição funcional	7,25	11,18	0,702
		Disfagia	5,21	8,59	
REFEIÇÕES REALIZADAS POR DIA	Café da manhã	Deglutição funcional	23,81	9,61	0,048*
		Disfagia	17,79	7,15	
	Colação	Deglutição funcional	5,00	9,00	0,674
		Disfagia	5,47	8,48	
	Almoço	Deglutição funcional	19,44	7,49	0,179
		Disfagia	16,68	7,20	
	Lanche da tarde	Deglutição funcional	23,13	8,90	0,048*
		Disfagia	17,68	7,15	
	Janta	Deglutição funcional	18,69	7,40	0,140
		Disfagia	15,68	7,50	
	Ceia	Deglutição funcional	22,31	9,20	0,036*
		Disfagia	16,68	7,91	

Legenda: DP= Desvio Padrão; *= valor de $p \leq 0,05$. Teste de *Mann-Whitney*

A Tabela 4 apresenta o nível de aceitação por VO com relação aos dias de preenchimento do formulário, refeições e uso de VAA/VO. Houve diferença estatisticamente significativa no primeiro ($p=0,005$), segundo ($p=0,029$) e quarto ($p=0,003$) dia, nas refeições de café da manhã ($p=0,020$); almoço ($p=0,047$); lanche da tarde ($p=0,019$); jantar ($p=0,039$) e ceia ($p=0,029$). Sendo que quem não usava VAA no primeiro dia apresentou escores do nível de aceitação à dieta VO maiores que os que usavam.

Além disso, verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa no primeiro ($p=0,005$), segundo ($p=0,015$) e quarto ($p=0,013$) dia, e para as refeições de café da manhã ($p=0,026$) e de lanche da tarde ($p=0,030$). Os indivíduos que não usavam VAA no último dia apresentaram escores maiores do nível de aceitação à dieta do que os que usavam VAA no último dia.

Tabela 4 – Análise inferencial de comparação entre o nível de aceitação da dieta VO por dia e refeição em função do uso de VAA no primeiro e último dia em adultos e idosos hospitalizados

		VAA 1º DIA	Média	DP	p-valor	VAA ÚLTIMO DIA	Média	DP	p-valor
DIAS DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO	Primeiro dia	Não	19,56	6,33	0,005*	Não	19,46	6,23	0,005*
		Sim	11,88	5,77		Sim	11,14	5,81	
	Segundo dia	Não	22,48	5,06	0,029*	Não	22,50	4,97	0,015*
		Sim	16,25	7,59		Sim	15,29	7,65	
	Terceiro dia	Não	19,11	8,30	0,129	Não	19,07	8,15	0,148
		Sim	16,38	5,15		Sim	16,14	5,52	
	Quarto dia	Não	18,63	8,97	0,004*	Não	17,96	9,48	0,013*
		Sim	6,63	8,05		Sim	7,57	8,20	
	Quinto dia	Não	13,22	11,80	0,401	Não	12,75	11,85	0,651
		Sim	9,13	11,01		Sim	10,43	11,21	
	Sexto dia	Não	8,56	10,74	0,879	Não	8,25	10,67	0,615
		Sim	8,63	10,29		Sim	9,86	10,46	
	Sétimo dia	Não	7,11	10,57	0,417	Não	6,86	10,46	0,564
		Sim	2,88	5,64		Sim	3,29	5,96	
REFEIÇÕES REALIZADAS POR DIA	Café da manhã	Não	22,41	8,99	0,020*	Não	22,14	8,93	0,026*
		Sim	14,25	3,92		Sim	14,14	4,22	
	Colaço	Não	5,59	9,15	0,768	Não	5,39	9,04	0,536
		Sim	4,13	6,75		Sim	4,71	7,06	
	Almoço	Não	19,26	7,33	0,047*	Não	18,96	7,36	0,098
		Sim	13,50	5,88		Sim	13,86	6,26	
	Lanche da tarde	Não	22,00	8,03	0,019*	Não	21,75	7,99	0,030*
		Sim	14,00	6,48		Sim	13,86	6,99	
	Janta	Não	18,41	7,42	0,039*	Não	18,14	7,41	0,079
		Sim	12,50	6,16		Sim	12,71	6,63	
	Ceia	Não	21,00	8,89	0,029*	Não	20,46	9,18	0,102
		Sim	13,38	6,05		Sim	14,43	5,68	

Legenda: DP=desvio padrão; VAA=via alternativa de alimentação; *= valor de $p \leq 0,05$. Teste de Mann-Whitney

Além dos dados expostos nas tabelas acima, houve correlação significativa negativa entre o tempo de internação hospitalar e os escores do nível de aceitação nas refeições de almoço ($p=0,025$) e ceia ($p=0,046$) e nos seguintes dias: quinto ($p=0,043$), sexto ($p=0,032$) e sétimo dia ($p=0,038$). A análise de comparações múltiplas mostrou que o escore do

dia 7 foi significativamente menor que dos dias 1 ($p=0,019$), 2 ($p<0,001$) 3 ($p=0,006$) e 4 ($p=0,034$), e que o escore do dia 6 foi significativamente menor que do dia 2 ($p=0,001$). Houve, ainda, diferença no escore do nível de aceitação à dieta VO por dia em adultos e idosos hospitalizados com e sem risco para disfagia ($X^2=40,320$; $p<0,001$).

DISCUSSÃO

No presente estudo com indivíduos hospitalizados, houve predomínio de idosos do sexo feminino, com risco para disfagia pela EAT-10 e presença de queixas de deglutição, com diagnóstico de deglutição funcional, seguido por disfagia leve e com escala FOIS 5. Além disso, com VO macia e sem VAA no primeiro e último dia de preenchimento do formulário, com desfecho da internação de alta hospitalar.

Estudos apontam que a população idosa apresenta maior prevalência de risco para disfagia, devido à sarcopenia, edentulismo, atraso no disparo da deglutição, redução do peristaltismo esofágico, entre outros. Essas alterações somam-se às diversas patologias que acometem esta população, ocasionando em maior predisposição à disfagia e levando a maiores índices de hospitalizações^{6,14,18}.

Ainda, a literatura^{19,20} refere que as mulheres possuem maior incidência de alterações e comorbidades, além de maior risco de disfagia, concordando com o presente estudo.

Na presente pesquisa, a maioria dos participantes apresentou queixas de deglutição, além das queixas de sonolência, resíduo em cavidade oral, emagrecimento, fadiga, tosse e estase alimentar faríngea. Autores referem que a presença de queixas de disfagia pode influenciar no estado geral de saúde, sono e qualidade de vida, sendo a tosse um dos principais indicativos da alteração de deglutição²¹.

Somada a isso, a hospitalização pode favorecer a perda de peso. A literatura aponta que se um paciente realizar, no decorrer de três dias, uma ingesta alimentar inferior a 60% de sua nutrição diária necessária, pode apresentar sinais de deficiência nutricional, ocasionando alterações musculoesqueléticas, funcionais e de estado mental, sendo destacada a sonolência⁹. A sonolência, por sua vez, pode interferir na eficácia e segurança da deglutição, aumentando o risco de disfagia.

Considerando que o EAT-10 possui uma contribuição importante para a identificação do risco de disfagia, na presente pesquisa mais da metade dos participantes apresentou risco, com indicação precoce de intervenção multidisciplinar e acompanhamento clínico do caso^{17,24,25}.

A alimentação envolve aspectos emocionais, psicológicos e socioculturais, além dos aspectos biológicos, colocando-se como ponto determinante para as condições de saúde²². Desta forma, é imprescindível considerar fatores como: sabor, cor, forma, aroma, textura e temperatura dos alimentos^{22,23}, visto que a dieta hospitalar possui um papel co-terapêutico no tratamento de doenças crônicas e agudas.

A modificação da dieta é uma das medidas de reabilitação das disfagias, principalmente para aqueles que mantêm a alimentação exclusivamente por VO⁵. Neste estudo, ao analisar a FOIS, o nível mais registrado foi os cinco (VO total com múltiplas consistências, com necessidade de preparo especial ou compensações), sendo a consistência alimentar macia a mais ofertada entre o primeiro e último dia, a qual assemelha-se à consistência livre.

Mais da metade dos participantes utilizava VO total no primeiro e último dia de preenchimento do formulário. Isso possivelmente se deve ao quadro clínico estável dos participantes associado ao nível da disfagia ser em sua maioria leve ou com deglutição funcional. Embora não haja associação estatisticamente significativa, tais resultados sugerem a utilização das escalas EAT-10 e FOIS como possíveis marcadores para a necessidade de uso ou não de VAA.

De acordo com pesquisa prévia, o uso de VAA por indivíduos hospitalizados está relacionado com os distúrbios de deglutição em patologias neurológicas, oncológicas, dentre outras, e, até mesmo, a fatores como o rebaixamento de consciência, déficit cognitivo, estado geral grave e uso prolongado de ventilação mecânica²⁶. No presente estudo, o principal motivo de internação foi o Acidente Vascular Cerebral seguido por politraumatismo.

Pesquisas referem que pacientes neurológicos frequentemente fazem uso de VAA e possuem disfagia, além de queixas de inapetência e recusa ou baixa ingesta alimentar^{27,28}. O que vai ao encontro do presente estudo, que evidenciou o uso de VAA como uma influência negativa sob a aceitação da dieta VO.

Quando analisada a relação entre o tempo de internação e os escores do nível de aceitação à dieta VO, observou-se que o tempo prolongado de hospitalização (média de 29 dias) influenciou negativamente no nível de aceitação de alimentação por VO, o que corrobora com a literatura²⁹, apesar de escassa. Além disso, segundo a literatura, indivíduos internados por menos de cinco dias podem não apresentar impacto no nível de aceitação da VO¹⁴, diferentemente do presente estudo.

Verificou-se também que os participantes sem risco para disfagia no instrumento de rastreio ou com deglutição funcional na avaliação clínica apresentaram maior aceitação à dieta VO do que os disfágicos. É possível inferir que a disfagia prolonga o tempo de internação hospitalar bem como pode influenciar na redução da ingestão alimentar com menor adesão à dieta modificada, além do fato de o indivíduo disfágico apresentar medo de engasgos durante a alimentação^{6,30}.

O presente estudo buscou fornecer subsídios à equipe multiprofissional hospitalar, incluindo a Fonoaudiologia, visto que se trata do primeiro estudo brasileiro, até o presente momento, que analisou o nível de aceitação da alimentação por VO de adultos e idosos hospitalizados e a possível associação com as variáveis relacionadas à disfagia, evidenciando que esta temática é pouco abordada na literatura. Por isso, acredita-se que a disseminação do conhecimento acerca deste tema pode trazer benefícios e impactar na qualidade de vida dos indivíduos hospitalizados.

No entanto, algumas limitações podem ser apontadas, como o tamanho reduzido da amostra, limitando-se a somente duas unidades de internação; a dificuldade de adesão ao preenchimento do formulário durante o período de internação; a não utilização de uma avaliação instrumental da deglutição, como por exemplo, a videofluoroscopia, tendo em vista que tal procedimento não está disponível no hospital, o que inviabilizou a sua realização. Este último fato retrata a realidade da maioria dos hospitais brasileiros, onde a avaliação clínica fonoaudiológica à beira leito é o procedimento padrão para avaliação da disfagia, destacando a importância dos instrumentos utilizados no presente estudo.

Espera-se que esse trabalho impulse novas pesquisas no que tange a esta temática e encoraje o uso de ferramentas que possam gerar efeitos positivos na qualidade da assistência ao paciente hospitalizado com disfagia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os adultos e idosos da presente amostra apresentaram diminuição na aceitação de dieta VO no decorrer da hospitalização, bem como, presença de queixas, risco para disfagia e alteração de deglutição. Ainda, os idosos com complicações clínicas e tempo prolongado de internação hospitalar apresentaram maiores impactos no nível de aceitação da dieta por VO. Por isso, é de suma importância a atenção ao risco de disfagia e ao nível de aceitação da dieta VO de adultos e idosos hospitalizados, buscando diminuir os impactos do tempo prolongado de internação hospitalar.

Aponta-se a necessidade de avaliar as condições envolvidas na alimentação dentro do cenário hospitalar e de elaborar estratégias que estimulem a maior ingestão alimentar do paciente, visando qualificar o cuidado integral e favorecer a qualidade de vida e conforto dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Becari DD. Associação entre estilo alimentar, estado nutricional e consumo alimentar de pacientes hospitalizados [dissertação]. São Paulo-SP: Universidade de São Paulo; 2022.
2. Christmas C, Rogus-Pulia NJ. Swallowing disorders in the older population. *Am Geriatr Soc*. 2019; 67(12): 2643–2649.
3. Rodrigues C de S, Lira T de M, Azevedo AP de, Müller DL, Siqueira VC, Silva RK de S. Avaliação multidisciplinar para adequação da dieta em pacientes com sinais de disfagia em um hospital referência em infectologia no Amazonas. *Braz J Health Review*. 2020;3(6):20088–20104.
4. Frajkova Z, Tedla M, Tedlova E, Suchankova M, Geneid. Postintubation dysphagia during COVID-19 outbreak-contemporary review. *Dysphagia*. 2020;35(4):549-557.
5. Thiyagalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, Shindelar KL, Takahashi PY. Dysphagia in older adults. *Mayo Clin Proc*. 2021; 96(2):488-497.
6. Silva LML, Lima CR, Cunha DA, Orange LG. Dysphagia and its relation with nutritional status and calorie/protein intake in the elderly. *Rev CEFAC*. 2019;21(3):e15618.
7. Ciccarelli PA, Mattos EBT. Nutrição enteral em idosos com demência em cuidados paliativos. *Rev Bioét*. 2021;29(2):427–436.

8. Dias DM, Silva, GO da, Souza, MCS, Melo, Ndos S, Assis, JVM de, Oliveira, SR. de S, et al. Approach of the multidisciplinary team on the care of the patient with the use of a nasoenteral tube hospitalized in the Intensive Care Unit: literature review. RSD. 2022; 11(16):e175111638014.
9. Matsuba CST, Serpa LF, Pereira SRM, Barbosa JAG, Corrêa APA, Antunes, MS de, et al. Diretriz BRASPEN de enfermagem em terapia nutricional oral, enteral e parenteral. BRASPEN J. 2021;36(3):2-62.
10. Anziliero F, Nora CRD, Beghetto MG. Incidência e tempo até a primeira tração ou obstrução da sonda nasoenteral em adultos hospitalizados. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20210343.
11. Pedroni LAL. Percepção de indivíduos adultos perante modificação na consistência da dieta no manejo da disfagia orofaríngea [dissertação]. São Paulo-SP: Universidade Estadual Paulista; 2023.
12. Santos LB, Mituuti CT, Luchesi KF. Atendimento fonoaudiológico para pacientes em cuidados paliativos com disfagia orofaríngea. Audiol Commun Res. 2020;25:e2262.
13. Oliveira GG, Silva JC, Santos RC. Intervenção nutricional em idosos disfágicos hospitalizados [trabalho de conclusão de curso]. Divinópolis, MG: Centro Universitário Una; 2021.
14. Souza HFM, Franco, ALM., Souza, TAC, Marques R. de MB, de Pina, MJ dos Santos N, et al. Aceitabilidade das dietas orais de um hospital referência em reabilitação de Goiânia: Um relato de experiência. BJD. 2020; 6(5):32262-32267.
15. Padovani AR, Moraes, DP, Mangili LD, Andrade CRF. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). Rev Soc Bras Fonoaudiologia. 2007; 12(3):199–205.

16. Furkim AM, Sacco ABF. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a Escala Funcional de Ingestão por via oral (FOIS) como marcador. *Rev CEFAC*. 2008;10(4):503–512.
17. Gonçalves MIR, Remaili CB, Behlau M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool – EAT-10. *CoDAS*. 2013; 25(6):601-604.
18. Xavier JS, Gois ACB, Travassos LCP, Pernambuco L. Frequência de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *CoDAS*. 2021;33(3):e20200153.
19. Almeida AEM, Alcântara ACC, de Lima FAM, Rocha HAL, Cremonin-Junior JR, Costa HJM, et al. Prevalência de risco moderado e alto de aspiração em pacientes hospitalizados e custo-efetividade da aplicação de protocolo preventivo. *J Bras Econ Saúde*. 2016; 8(3):216-220.
20. Carmo LFS dos, Santos FAA dos, Mendonça SCB de, & Araújo BCL. Management of the risk of bronchoaspiration in patients with oropharyngeal dysphagia. *Rev CEFAC*. 2018; 20(4):532–540.
21. Campos SML, Trindade DRP, Cavalcanti RVA, Taveira KVM, Ferreira LM de BM, Magalhães Junior HV. Sinais e sintomas de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Audiol Commun Res*. 2022; 27:e2492.
22. Moura J, Catrini M. Corpo e linguagem: repercussões em um caso de disfagia. *CoDAS*. 2021;33(3):e20200120.
23. Souza BS, Molero MP, Molina VBC. Gastronomia e humanização hospitalar. *Rev Multidisciplinar da Saúde*. 2021;3(1):14-26.
24. Prestes D, Bilheri DFD, Nascimento JR, Righi NC, Baldissera C, Silva AFS da, et al. Relação entre o risco de disfagia e o estado de saúde de indivíduos com a doença pulmonar obstrutiva crônica. *CoDAS*. 2020;32(4):e20190036.

25. Penna LM, Nascimento GSS, GuimarãesMF, Nunes JA, Azevedo EHM. Rastreamento do Risco de Disfagia em Pacientes com Doenças Pulmonares. *Dist Comun.* 2022; 34:2, e53867.
26. Ojo O, Keaveney E, Wang XH, Feng P. The effect of enteral tube feeding on patients' Health-Related Quality of Life: A systematic review. *Nutrients.* 2019;11(5):1046.
27. Nogueira SCJ, Carvalho APC de, Melo CB de, Morais EPG de, Chiari BM, Gonçalves MIR. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *Rev CEFAC.* 2013; 15(1):94-103.
28. Barroqueiro PC, Lopes MKD, Moraes MAS. Critérios fonoaudiológicos para indicação de via alternativa de alimentação em unidade de terapia intensiva em um hospital universitário. *Rev CEFAC.* 2017; 19(2):190-197.
29. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Vivanti A, Batterham M, Bauer J, et al. Malnutrition, poor food intake, and adverse healthcare outcomes in non-critically ill obese acute care hospital patients. *Clin Nutr.* 2019; 38(2):759-766.
30. Souza CLM, Guimarães, MF, Penna, LM, Pereira, ALC, Nunes, J de A, & Azevedo, EHM. Rastreio do risco de disfagia em pacientes internados em um hospital universitário. *Dist Comunicação.* 2020; 32(2):277–284.