








Disfagia orofaríngea e qualidade de vida em idosos após a fase tardia do acidente vascular encefálico

Oropharyngeal dysphagia and quality of life in elderly people in the late phase after stroke

Letícia Sampaio de Oliveira¹ 
Cris Magna dos Santos Oliveira¹ 
Jonan Emi Valencia Cardenas¹ 
Raquel Rodrigues Rosa¹ 
Eduardo Carvalho de Andrade¹ 
Claudia Tiemi Mituuti¹ 
Giédre Berretin-Felix¹ 

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP, Bauru, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivo: verificar a correlação entre disfagia orofaríngea e qualidade de vida em idosos após a fase tardia do Acidente Vascular Encefálico.

Métodos: estudo transversal retrospectivo, cujos dados foram obtidos pela análise de um banco de dados, composto por 30 idosos acometidos por Acidente Vascular Encefálico, em fase tardia. Todos os participantes foram submetidos a avaliação clínica e instrumental da deglutição, por meio da videoendoscopia da deglutição. A qualidade de vida relacionada à deglutição foi analisada pelo protocolo Quality of Life in Swallowing Disorders. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e ao teste de correlação de Spearman ($p \leq 0,05$).

Resultados: a avaliação clínica evidenciou que a maioria dos indivíduos apresentou disfagia orofaríngea leve, enquanto a escala aplicada na avaliação instrumental demonstrou deglutição com limitações funcionais. Houve correlação positiva entre fardo, desejo de se alimentar, duração da alimentação e estado mental com a gravidade da disfagia orofaríngea, tanto pela avaliação clínica quanto instrumental; e entre a frequência dos sintomas e a gravidade da disfagia pela avaliação clínica.

Conclusão: houve correlação entre a gravidade da disfagia orofaríngea e a qualidade de vida de idosos após a fase tardia do Acidente Vascular Encefálico.

Descritores: Transtornos de Deglutição; Idoso; Qualidade de Vida; Acidente Vascular Encefálico; Fonoaudiologia

ABSTRACT

Purpose: to verify the correlation between oropharyngeal dysphagia and quality of life in elderly people in the late phase after stroke.

Methods: a retrospective cross-sectional study, whose data were obtained by analyzing a database composed of 30 elderly people in the late phase after stroke. All participants underwent clinical and instrumental evaluation of swallowing through the fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. The quality of life related to swallowing was analyzed using the Quality of Life in Swallowing Disorders protocol. Data were submitted to descriptive statistical analysis and Spearman's correlation test ($p \leq 0.05$).

Results: the clinical evaluation showed that most individuals had mild oropharyngeal dysphagia, while the protocol applied in the instrumental evaluation showed swallowing with functional limitations. There was a positive correlation between burden, eating desire, eating duration, and mental health with the severity of oropharyngeal dysphagia, both by clinical and instrumental evaluation; and between the symptom's frequency and the severity of dysphagia by clinical evaluation.

Conclusion: there was a correlation between the severity of oropharyngeal dysphagia and the quality of life of elderly people in the late phase after stroke.

Keywords: Deglutition Disorders; Aged; Quality of Life; Stroke; Speech, Language and Hearing Sciences

Trabalho conduzido na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil.

Fonte de financiamento: Este estudo recebeu auxílio à pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP | Processo 2012/24453-1

Conflito de interesses: Inexistente

Endereço para correspondência:

Cris Magna dos Santos Oliveira
Rua Padre João, 15-82, Vila Santa Tereza
CEP: 17012-020 - Bauru, São Paulo, Brasil
E-mail: crismagna01@gmail.com

Recebido em: 15/03/2023

Aprovado em: 15/05/2023



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A disfagia é caracterizada pela dificuldade em formar e transportar o bolo alimentar da boca ao estômago de forma segura e eficiente, podendo levar sujeitos a desidratação, desnutrição e pneumonia aspirativa, além da possibilidade de impactar na qualidade de vida¹.

Na população adulta e idosa, a disfagia está comumente associada ao Acidente Vascular Encefálico (AVE). Dados da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (2022) relatam que cerca de 70% das pessoas acometidas por um AVE não retornam à rotina de trabalho e cerca de 50% ficam dependentes de outras pessoas para a realização de suas atividades diárias. Sabe-se, ainda, que mais da metade dos pacientes que sofreram AVE apresentam de seis a dez tipos de incapacidade, incluindo a disfagia orofaríngea². Uma das complicações mais graves relacionadas a um quadro disfágico é a pneumonia aspirativa, que, nos piores casos, pode levar o indivíduo a óbito. Destaca-se que essa complicação se relaciona constantemente aos altos índices de mortalidade na população acometida por AVE³.

Na presença de AVE tardio, ou seja, no estágio não agudo, a avaliação clínica fonoaudiológica revelou que quase metade dos pacientes apresenta algum grau de disfagia, podendo, dessa forma, haver relação significativa entre a gravidade do AVE e a presença do comprometimento na deglutição³. A incidência aumenta em estudos que incluem avaliação instrumental⁴, sendo essa a técnica mais adequada para determinar o risco de aspiração, tanto no AVE agudo⁵ quanto no tardio⁶. A maior sensibilidade da avaliação instrumental permite detectar tanto formas leves de disfagia quanto alterações na fase faríngea que possam ser dificilmente observadas na avaliação clínica⁴.

A qualidade de vida pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto de cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁷. Sabendo que a disfagia pode acarretar limitações funcionais e consequentemente emocionais, já que está relacionada a uma atividade social, a alimentação, é fundamental avaliar os pacientes também sob a ótica das interferências na qualidade de vida, decorrentes de sequelas do AVE, neste caso, as dificuldades na função da deglutição⁸.

Nesse sentido, alguns estudos utilizaram o protocolo Quality of Life in Swallowing Disorders (SWAL-QOL)⁹, um questionário específico que aborda a qualidade de

vida relacionada à deglutição, para avaliar indivíduos com diferentes condições: laringectomia¹⁰, Doença de Parkinson¹¹, Esclerose Lateral Amiotrófica¹² e AVE^{13,14}. Em relação a lesões neurológicas, um estudo envolvendo AVE e a aplicação do SWAL-QOL descreve que essa população apresenta baixos escores relacionados à qualidade de vida que, segundo a análise dos autores, estão diretamente ligadas às dificuldades na deglutição¹⁴. Dentro desse contexto, entender os aspectos da qualidade de vida relacionada especificamente à função de deglutir pode fornecer informações importantes acerca das percepções do paciente sobre suas alterações e, assim, fornecer também melhores subsídios aos profissionais no processo de reabilitação¹⁵.

Diante disso, esta pesquisa teve como objetivo verificar a correlação entre o grau de disfagia orofaríngea e a qualidade de vida em idosos após a fase tardia do AVE.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal retrospectivo, com amostra de conveniência, realizado a partir da análise de banco de dados, com coleta realizada durante o período de junho a dezembro de 2013. O estudo seguiu todos os preceitos éticos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru, Brasil, sob protocolo n. 553.710 e CAEE n. 16365913.0000.5417. Os profissionais convidados a serem juízes das avaliações instrumentais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação no projeto. Em relação aos dados utilizados, todos os participantes já haviam assinado TCLE para permissão de uso de suas informações, disponíveis no prontuário do paciente.

Na coleta de dados, foram incluídas informações de 30 idosos acometidos por AVE, sendo 17 do gênero masculino e 13 do gênero feminino, com idade entre 61 e 90 anos (média de 74,4±9,6 anos). Foram utilizados como critérios de inclusão: o diagnóstico médico de AVE com tempo variando de 6 a 108 meses, respeitando o tempo máximo de recuperação espontânea (6 meses)¹⁶; a realização de acompanhamento clínico neurológico regular; o estado geral de saúde estável para realização dos exames propostos¹⁶ e apresentar pontuação mínima de 18/19 pontos no Miniexame do Estado Mental, a fim de descartar a possibilidade de declínio cognitivo¹⁷. Foram excluídos do estudo

indivíduos com histórico de outras doenças neurológicas ou oncológicas associadas.

Procedimentos

Avaliação clínica da deglutição

Foram utilizadas três consistências de alimentos padronizados e oferecidos na seguinte ordem:

- Pudim (10 ml): para preparação foi utilizado 30 ml de água filtrada, adicionados de 2 g de suco de uva *diet* em pó (Clight), engrossado com uma medida de espessante espontâneo (NUTILIS, Suporte), ofertado com uma colher descartável (10 ml).
- Sólido: uma fatia de pão francês de 1 cm de espessura com aproximadamente 4 cm de diâmetro foi utilizada. Ressalta-se que o pão utilizado foi assado no mesmo dia e período de avaliação, sempre adquirido na mesma padaria.

- Líquido (10 ml): água filtrada coletada com seringa de 10 ml, e oferecida em copo plástico (com capacidade de 50 ml), foi utilizado.

Em relação às consistências líquidas e pudim, foi orientado aos participantes colocar o conteúdo na boca e engolir voluntariamente. Já em relação à consistência sólida, foi solicitado ao indivíduo que colocasse o pão na boca e voluntariamente mastigasse, organizasse e engolisse o bolo alimentar. A avaliação clínica foi conduzida e realizada por uma fonoaudióloga com especialização na área de disfagia orofaríngea. O grau de disfagia foi pontuado considerando os resultados desta avaliação e classificado de acordo com os parâmetros de Classificação do Grau de Disfunção Orofaríngea da Deglutição¹⁸. Essa classificação foi proposta especificamente para indivíduos após AVE, definindo o grau em leve, moderado e grave (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação do grau de disfunção orofaríngea da deglutição com base na avaliação clínica da deglutição¹⁸

Classificação		Aspectos observados
1	Leve	Quando o controle e transporte do bolo alimentar está atrasado e lento, sem sinais de penetração laríngea na ausculta cervical. São observados: alteração do esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso para desencadear o reflexo de deglutição, ausência de tosse, sem redução acentuada da elevação da laringe, sem alteração do comportamento vocal após a deglutição e ausculta cervical normal.
2	Moderado	Quando o controle e transporte do bolo alimentar está atrasado e lento, com sinais de penetração laríngea e risco de aspiração. São observados: alteração de esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso ou ausência do reflexo de deglutição, ausência de tosse, presença de tosse antes, durante ou após a deglutição, redução na elevação da laringe, alteração do comportamento vocal após a deglutição e ausculta cervical alterada.
3	Grave	Quando há presença de aspiração substancial e ausência ou falha na deglutição completa do bolo alimentar. São observados: atraso ou ausência do reflexo de deglutição, redução na elevação da laringe, ausência de tosse, presença de tosse durante ou após a deglutição, alteração do comportamento vocal após a deglutição, alteração respiratória evidente, ausculta cervical alterada e deglutição incompleta, confirmado pela oximetria.

Avaliação instrumental da deglutição

A avaliação através da videoendoscopia da deglutição foi realizada por um otorrinolaringologista e conduzida por um fonoaudiólogo com experiência em disfagia, destacando-se o cuidado de evitar a interferência do examinador. Os pacientes foram instruídos a permanecerem sentados, com a cabeça disposta na direção do eixo corporal, sem flexão ou rotação. Utilizou-se para avaliação um Rinolaringofibrosópio Padrão ENF-P4, uma fonte de luz halógena CHL-25 e uma câmera OTV-SC, todos da marca Olympus. Os registros das imagens foram gravados em um DVD

Philips. Sobre a circunferência da fibra ótica flexível, aplicou-se xilocaína gel, para não gerar desconforto na cavidade nasal dos pacientes durante sua introdução.

Foram ofertados alimentos nas consistências pudim, sólida e líquida, que seguiram a mesma ordem e preparação das consistências para a avaliação clínica, porém, para a videoendoscopia da deglutição, foi acrescentada 2 a 4 gotas de anilina azul. Os pacientes foram orientados a colocar o conteúdo líquido na boca e engoli-lo somente após orientação verbal do fonoaudiólogo. Para a consistência pastosa, foi feito o mesmo. Na consistência sólida, o alimento foi introduzido na cavidade oral do paciente e solicitada

mastigação, organização e deglutição do bolo alimentar de forma habitual.

Ao término do processo de deglutição, realizado pelos indivíduos para cada consistência, foram fornecidas orientações ou sugestões de manobras posturais, essencialmente, para os pacientes que apresentavam estase alimentar ou permeação das vias aéreas. As manobras sugeridas durante o exame incluíram: inclinação da cabeça ou queixo para baixo, deglutição com esforço e deglutição múltipla.

Para análise dos exames, três profissionais com pelo menos um ano de experiência na área de disfagia orofaríngea foram convidados para serem juízes e pontuar o grau de disfagia de acordo com a Escala de Desfecho e Gravidade da Disfagia – DOSS¹⁹. A pontuação nessa escala varia em níveis da seguinte forma: *nível um* - disfagia grave - sem via oral; *nível dois* - disfagia moderadamente grave - necessita de assistência máxima ou de utilização de estratégias com via oral parcial apenas; *nível três* - disfagia moderada - totalmente assistida, supervisão ou estratégias, restrição de duas ou mais consistências; *nível quatro* - disfagia leve a moderada - supervisão intermitente, restrição de uma ou duas consistências; *nível cinco* - disfagia leve - supervisão distante, pode ter restrição de uma consistência; *nível seis* - via oral com limitações funcionais/modificações independente; *nível sete* - via oral normal em todas as situações.

A concordância entre os examinadores foi analisada pelo teste Kappa e, segundo sua interpretação, atingiu 100% entre os examinadores 1 e 2 ($k=1,00$; excelente), 86,7% entre os examinadores 2 e 3 e 1 e 3 ($k= 0,71$; substancial). A moda ou consenso entre os examinadores foi considerado como resultado.

Avaliação da Qualidade de Vida

Foi utilizado o protocolo SWAL-QOL (Qualidade de Vida nos Distúrbios da Deglutição - SWAL-QOL). Trata-se de um questionário contendo 44 questões relacionadas à qualidade de vida direcionada à deglutição, que avaliam onze domínios, a saber: fardo, desejo, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção de alimentos, comunicação, medo, saúde mental, social, sono e fadiga. Utilizou-se a versão do protocolo traduzida e adaptada para o Português Brasileiro²⁰. As respostas são convertidas numa pontuação que varia de zero a cem, onde zero corresponde a uma pontuação insatisfatória e cem corresponde à melhor resposta. Após a conversão, os valores de cada resposta, dentro de cada domínio, são somados para cada paciente e o resultado dividido pelo número total de questões resulta no valor global da pontuação.

Os resultados do SWAL-QOL foram analisados pela estatística descritiva e pelo teste de correlação de Spearman, para verificar a relação entre a classificação da disfagia orofaríngea e a pontuação no protocolo de qualidade de vida relacionado à deglutição²¹. Os dados utilizados foram organizados usando o programa Microsoft Excel, versão 2010, e analisados pelo programa SigmaPlot 12.0. Todos os testes consideraram um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

De acordo com os resultados da avaliação clínica da deglutição¹, foi verificado que a maioria dos indivíduos apresentou disfagia orofaríngea leve, caracterizada por atraso nas fases oral e faríngea, porém, sem sinais clínicos de aspiração e/ou presença de tosse e voz molhada, em todas as consistências avaliadas (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de idosos acometidos por acidente vascular encefálico a partir da classificação do grau de disfagia orofaríngea para as diferentes consistências testadas por meio da avaliação clínica da deglutição

Grau de disfagia orofaríngea	Consistência					
	Líquido		Pudim		Sólido	
	n	%	n	%	n	%
Leve	15	52,94%	17	58,82%	19	64,71%
Moderada	12	41,18%	10	35,29%	8	29,41%
Grave	1	5,88%	1	5,88%	1	5,88%

n: frequência absoluta; %: frequência relativa

A partir dos resultados da classificação da avaliação instrumental da deglutição, realizada por meio da videoendoscopia da deglutição, utilizando a escala DOSS, foi possível verificar que a maioria dos indivíduos, cerca de 64,71%, foram classificados com grau seis, ou seja, com deglutição funcional, apresentando limitações funcionais/modificações independentes, seguido de 23,56% de indivíduos que foram classificados na DOSS com nível cinco, associada à presença de disfagia leve. Enquanto isso, cerca de 5,88% foram classificados dentro no nível quatro, referente à disfagia leve a moderada e 5,88% no nível três, disfagia moderada.

A partir dos dados coletados do protocolo de qualidade de vida SWAL-QOL, foi verificado que, em todos os domínios, a maioria dos pacientes apresentou pontuação máxima próxima ou igual a 100 pontos, enquanto a pontuação mínima mostrou-se próxima de 0 ponto para poucos indivíduos e em poucos domínios. Isso também foi observado quando se analisou a pontuação mínima e máxima do escore global, onde a máxima encontrou-se próxima de 100 pontos e a mínima próxima à metade da pontuação máxima (Figura 1).

A análise da correlação entre o grau de disfagia na avaliação clínica e instrumental e a qualidade de vida em cada domínio do protocolo mostrou que, para avaliação clínica, houve correlação negativa moderada entre o grau de disfagia e a frequência de sintomas para consistência líquida; desejo de se alimentar, frequência de sintomas e escore global para consistência de pudim; carga, duração da alimentação, frequência de sintomas e estado mental para consistência sólida. Além disso, houve correlação estatisticamente significativa para o escore global na consistência sólida ($p=0,005$).

Quanto à correlação entre o grau de disfagia baseado na avaliação instrumental e a qualidade de vida, houve correlação positiva moderada entre os resultados da classificação pela DOSS e os domínios: fardo, desejo de se alimentar, frequência de sintomas e estado mental. Além disso, houve também correlação

com o escore global, demonstrando que quanto pior a disfunção da deglutição nesses casos, maior foi o impacto na qualidade de vida relacionada à deglutição (Tabela 2).

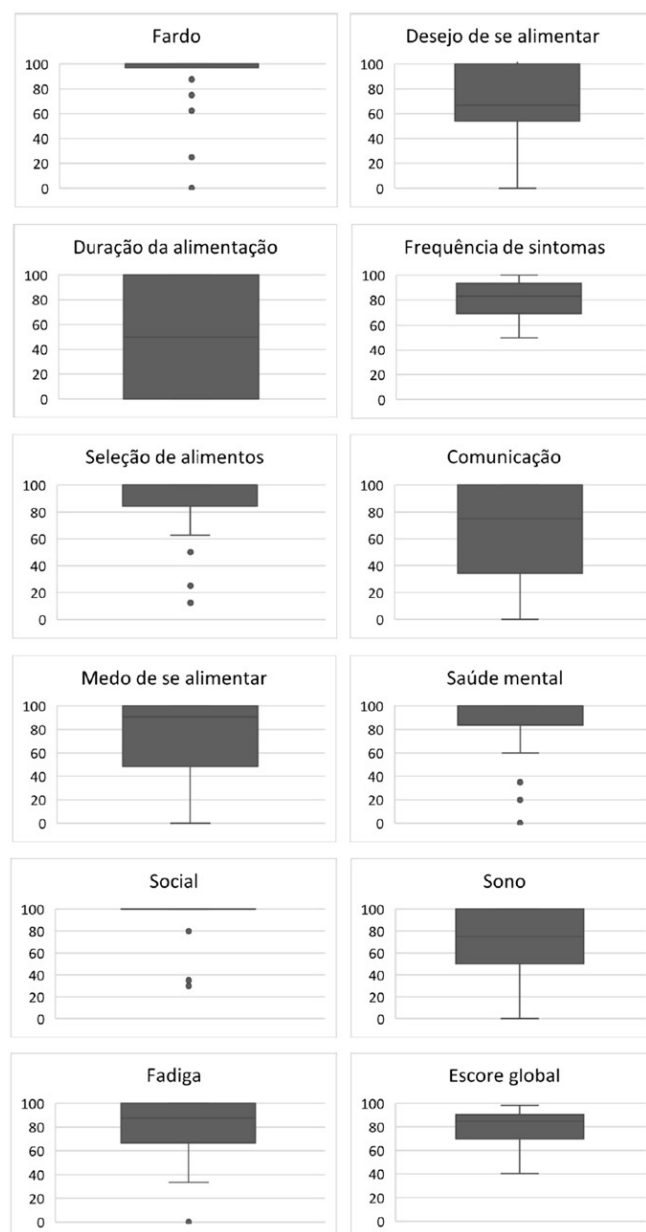


Figura 1. Box-plots para pontuação dos domínios do protocolo Qualidade de Vida em Distúrbios da Deglutição

Tabela 2. Correlação entre a deglutição, qualidade de vida e a classificação do grau da disfagia por avaliação clínica e instrumental da deglutição

Domínios	Avaliação Clínica						Avaliação Instrumental	
	Líquido		Pudim		Sólido		Escala DOSS	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Fardo	-0,27	0,14	-0,33	0,07	-0,50	<0,01*	0,42	<0,01*
Desejo de se alimentar	-0,31	0,09	-0,44	<0,01*	-0,29	0,10	0,46	<0,01*
Duração da alimentação	-0,19	0,31	-0,30	0,10	-0,47	<0,01*	0,20	0,28
Frequência de sintomas	-0,47	<0,01*	-0,54	<0,01*	-0,58	<0,01*	0,54	<0,01*
Seleção de alimentos	0,22	0,24	0,07	0,68	-0,12	0,50	0,08	0,66
Comunicação	0,15	0,40	-0,22	0,23	-0,06	0,71	0,31	0,09
Medo de se alimentar	-0,004	0,98	0,01	0,93	-0,10	0,56	-0,14	0,44
Saúde mental	-0,24	0,19	-0,31	0,08	-0,43	<0,01*	0,42	<0,01*
Social	-0,17	0,36	-0,27	0,13	-0,25	0,17	0,21	0,25
Sono	0,23	0,21	0,14	0,46	0,11	0,53	-0,18	0,33
Fadiga	-0,25	0,16	-0,11	0,55	-0,28	0,13	0,13	0,50
Global	-0,32	0,08	-0,39	<0,01*	-0,49	0,005*	0,46	<0,01*

Correlação de Spearman ($p < 0,05$)
r: correlação; p: valor-p

DISCUSSÃO

Estudos analisando a incidência de disfagia em idosos nos estágios agudo²² e tardio³ do AVE observaram que mais de 50% dessa população apresenta disfagia orofaríngea, que pode variar de leve, geralmente em estágio tardio, moderada ou grave na fase aguda, de acordo com a avaliação clínica da deglutição²². Deve-se considerar que, na fase tardia do AVE, pode haver redução das dificuldades em se alimentar, uma vez que esses indivíduos encontram diferentes maneiras de adaptar sua alimentação, porém, a qualidade da ingestão e os tipos de alimentos podem ser alterados²³, conforme é demonstrado também pelos resultados da presente pesquisa.

Sabe-se, ainda, que a incidência da disfagia varia conforme o método de avaliação, sendo esta mais sensível quando utilizada a avaliação instrumental². Nesse sentido, destaca-se que algumas características da disfagia orofaríngea de grau leve proposta na classificação usada¹⁸, sendo essa uma classificação específica para a população acometida por AVE, são semelhantes em alguns aspectos ao nível 6 da escala DOSS, tais como: atraso oral ou faríngeo e ausência de sinais de penetração e aspiração, o que justifica a proximidade das classificações encontradas pela avaliação clínica e instrumental.

Dentro desse contexto, os resultados da avaliação clínica superestimaram a avaliação instrumental, semelhante ao relato de outro estudo⁵, uma vez que

a classificação da disfagia com base na escala DOSS foi considerada grau 6 para mais da metade dos indivíduos (64,71%), ou seja, com limitações funcionais. De forma geral, mais da metade da amostra analisada apresentou disfunção na deglutição, o que corresponde ao encontrado em pesquisas anteriores^{24,25}.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à deglutição por meio do protocolo SWAL-QOL demonstrou que a maioria dos indivíduos apresentou escore máximo próximo ou igual a 100 pontos, e poucos obtiveram escores próximos ao mínimo esperado, tanto nos escores de cada domínio quanto no escore global. Um estudo realizado também com indivíduos pós AVE e utilizando o SWAL-QOL demonstrou que a disfagia provocou impacto na qualidade de vida de 100% da amostra, com impacto mais acentuado nos domínios: deglutição como um fardo, tempo de se alimentar, comunicação e social¹⁰. Um outro estudo, nesse caso com doença de Parkinson¹¹, observou redução na pontuação do protocolo SWAL-QOL com a evolução da doença, principalmente nos domínios: carga, duração da alimentação, comunicação, função social, sono e fadiga.

Os escores do SWAL-QOL foram correlacionados com o grau de disfagia, classificado tanto pela avaliação clínica quanto instrumental, sendo possível observar correlação estatisticamente significativa em ambas. Assim, quanto pior o grau de disfagia, maior o impacto na qualidade de vida desses indivíduos. É

fundamental ressaltar que o indivíduo disfágico pode desenvolver prejuízos nutricionais e respiratórios, aliados ao prejuízo numa função social básica, a habilidade de se alimentar. Essa é uma limitação que pode despertar, em muitos casos, sentimento de frustração e desânimo, impactando na qualidade de vida, de variadas formas²⁶.

Os resultados da presente pesquisa concordam com a literatura mesmo quando estudos foram realizados utilizando outros protocolos de qualidade de vida, como o protocolo *SF 36*²⁷, o *BDI (Beck Depression Inventor)*²⁸ e a escala *SS-QOL (Stroke Specific Quality of Life Scale)*²⁸. Segundo os autores desses estudos, no caso da disfagia orofaríngea, a qualidade de vida é um aspecto importante a ser investigado, pois ela pode estar alterada, independentemente do grau da disfagia.

Foi possível observar correlação entre alguns domínios específicos do protocolo *SWAL-QOL* tanto pela avaliação clínica quanto instrumental, como os domínios: fardo, duração da alimentação, desejo de comer, frequência dos sintomas e estado mental. Todos esses domínios foram relacionados com pelo menos uma consistência, porém mais frequentemente com alimentos sólidos. Maiores prejuízos à alimentação com textura sólida podem ser explicados pela necessidade de melhor preparo do bolo alimentar, o que demanda um bom estágio oral da deglutição¹³. Alterações como movimentos incoordenados de língua, característicos da classificação da avaliação clínica de disfagia leve e do nível seis da *DOSS*, podem aumentar o esforço e o tempo necessário para manipular e ejetar o bolo alimentar. Sendo possível, dessa forma, relacionar esse tipo de alteração com os domínios do *SWAL-QOL*, duração da alimentação e fardo, destacados neste estudo com correlação significativa²⁹.

Enquanto isso, os domínios de desejo de comer e estado mental podem se relacionar diretamente com o fardo e a duração da alimentação, bem como, com as dificuldades na fase oral encontradas pelos idosos estudados. Detectar esse fato pode ser um ponto importante de reflexão acerca da necessidade da terapia fonoaudiológica e/ou os ajustes e compensações que podem ser feitos, para proporcionar a melhora nas limitações que o indivíduo apresente na função da deglutição²⁹. Nesse sentido, pensando na alimentação também como um hábito social que influencia na qualidade de vida, investir na reabilitação da disfagia pode refletir positivamente na saúde mental e no próprio desejo de se alimentar.

Sobre a amostra apresentada, destaca-se ainda que, compreendendo indivíduos idosos, as dificuldades de deglutição observadas podem estar relacionadas não apenas à lesão neurológica, mas também ao processo de envelhecimento. A perda muscular e funcional, redução da sensibilidade oral e faríngea e redução da capacidade compensatória são aspectos que podem levar a um estágio oral prolongado durante a deglutição, redução da pressão da língua e retardo no fechamento da faringe, resultando em resíduos e maior risco de penetração de alimentos com o aumento da idade².

Algumas limitações devem ser levadas em consideração em relação à realização do presente estudo. Dentre elas estão a falta de informação quanto a extensão e local da lesão provocada pelo AVE, pois sabe-se que a presença e gravidade da disfagia orofaríngea estão ligadas às características do acometimento neurológico, além da grande variabilidade envolvendo o tempo de acometimento do AVE nos participantes que compõe a amostra (6 a 108 meses). A literatura tem se dedicado a estudar os padrões de lesões cerebrais da disfagia como sequela, então esse deve ser um ponto crucial nas próximas pesquisas a serem realizadas. Além disso, a versão em português brasileiro do protocolo *SWAL-QOL* foi aplicada a pacientes oncológicos em processo de tradução e adaptação transcultural¹⁰, enquanto este estudo avaliou pacientes neurológicos, o que pode ter prejudicado a análise ou mesmo a forma como os pacientes responderam ao protocolo. Por fim, considerou-se como limitação, ainda, o tempo de experiência das profissionais que fizeram as análises da avaliação instrumental e o fato de ter sido apenas uma profissional responsável pela avaliação clínica.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo permitiram concluir que idosos na fase tardia do AVE apresentaram limitações funcionais e modificações independentes, que interferiram numa função social básica, ou seja, a alimentação.

Assim, observou-se correlação entre a gravidade da disfagia orofaríngea e a qualidade de vida de idosos na fase tardia pós-AVE, avaliada por meio do *SWAL-QOL*, demonstrando a importância do acompanhamento longitudinal desses indivíduos em relação à alimentação e deglutição.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos imensamente aos pacientes atendidos na Clínica de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo, que permitiram o uso dos dados das suas avaliações para a realização desta pesquisa. Agradecemos também a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro que possibilitou o estudo e, finalmente, a todos os profissionais que participaram das coletas de dados, análises e reflexão crítica dos resultados.

REFERÊNCIAS

- Pereira KFPOI, Pereira ASP, Zeigelboim BS, Santos RS. Attention to oropharyngeal dysfunction in home care: speech therapy management. Appearance and content validation study of a guidance manual. *Rev. CEFAC*. 2018;20(5):640-7. <https://doi.org/10.1590/1982-021620182052918>.
- Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares [homepage na internet]. Acidente Vascular Encefálico [acessado 15 mar 2023]. Disponível em: <https://avc.org.br/pacientes/acidente-vascular-cerebral/>.
- Fabricio MZ, Pacheco-Castilho AC, Pontes-Neto OM, Dantas RO. Clinical swallowing assessment in the diagnosis of silent aspiration. *Rev. CEFAC*. 2020;22(6):e8420. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20202268420>.
- Santoro PP, Pinheiro TG. Avaliação clínica da deglutição no adulto e no idoso. In: Jotz GP, Carrara-De Angelis E, editores. *Disfagia: abordagem clínica e cirúrgica: criança, adulto e idoso*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017. p. 47-57.
- Leder SB, Espinosa JF. Aspiration risk after acute stroke: comparison of clinical examination and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. *Dysphagia*. 2002;17(3):214-8. <https://doi.org/10.1007/s00455-002-0054-7>. PMID:12140648.
- Chaves SPL, Fonseca ICD de A, Macêdo MLM, Lucena NNN de, Pontes ES, Sarmento AQ et al. Alteration of swallowing in the elderly after cerebrovascular accident: an integrative review study. *Research, Society and Development*. 2021;10(9):e36910917978. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17978>.
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul [homepage na Internet]. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [acessado 14 mai 2023]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol.html%3e>.
- Ferraz MST, Guimarães MF, Nunes JA, Azevedo EHM. Risk of dysphagia and quality of life in healthy elderly. *Distúrb. Comun.* 2020;32(3):454-61. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i3p454-461>.
- Mchorney C, Robbins J, Lomax K, Rosenbek J, Chignell K, Kramer A et al. The Swal-Qol and Swal-Care outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*. 2002;17(2):97-114. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0109-1>. PMID: 11956835.
- Oliveira DAF, Batista CM, Silva RF. Quality of life in post-brain stroke dysphagia. *Revista Vitae - Educação, Saúde & Meio Ambiente*. 2021;1(9):250-63. <https://doi.org/10.17648/2525-2771-v1n9-4>.
- Menezes D. Study of the quality of life in swallowing in patients with Parkinson's disease. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2011;69(2b):414-6. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2011000300035>.
- Tabor L, Gaziano J, Robinson R, Plowman E. Defining swallowing-related quality of life profiles in individuals with amyotrophic lateral sclerosis. *Dysphagia*. 2016;31(3):376-82. <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9686-2>. PMID: 26837611.
- Moon J, Hahm S, Won Y, Cho H. The effects of tongue pressure strength and accuracy training on tongue pressure strength, swallowing function, and quality of life in subacute stroke patients with dysphagia: a preliminary randomized clinical trial. *Int J Rehabil Res*. 2018;41(3):204-10. <https://doi.org/10.1097/MRR.000000000000282>. PMID: 29621048.
- Langone MB. Acidente vascular encefálico no sudoeste do Paraná: Prováveis causas e qualidade de vida em deglutição [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Tuiuti do Paraná; 2014.
- Guedes LA, Amaral IJL, Pereira LS. Self perception of quality of life in hospitalized elderly dysphagic patients. *Braz. J. Develop.* 2022;8(5):41739-49. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-588>.
- Vargas IMP, Rodrigues LP. Correlation between upper limb spasticity and hand movement after stroke. *Fisioter Pesqui.* 2022;29(1):29-36. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/20030129012022>.
- Melo DM, Barbosa AJG, Neri AL. Minimental State Examination: validity evidence based on internal structure. *Aval. psicol.* 2017;16(2):161-8. <https://doi.org/10.15689/AP.2017.1602.06>.
- Silva RG. Disfagia neurogênica em adultos pós-acidente vascular encefálico: identificação e classificação [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1997.
- O'Neil K, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*. 1999;14(3):139-45. <https://doi.org/10.1007/PL00009595>. PMID: 10341109.
- Portas JG. Validação para a língua português-brasileira dos questionários qualidade de vida em disfagia (SWAL-QOL) e satisfação do paciente e qualidade do cuidado no tratamento da disfagia (AWAL-CARE) [dissertação]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2009.
- Baba RK, Vaz MSMG, Costa J. Agrometeorological data correction using statistical methods. *Rev. Bras. Meteorol.* 2014;29(4):515-26. <https://doi.org/10.1590/0102-778620130611>.
- Freitas JNZ, Schiessel DL, Macedo DS, Mazur CE. Clinical and nutritional profile of stroke patients. *cmbio*. 2018;17(3):398-402. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v17i3.26226>.
- Schettino MSTB, Silva DCC, Pereira-Carvalho NAV, Vicente LCC, Friche AAL. Dehydration, stroke and dysphagia: systematic review. *Audiol., Commun. Res.* 2019;24:e2236. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2019-2236>.
- Fabricio MZ. Comparação entre avaliação clínica e objetiva da deglutição na suspeita de aspiração silente [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2017.
- Maneira A, de Lima Zanata I. The frequency of dysphagia in the elderly in a hospital of the city of Curitiba - state of Paraná. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. 2018;1(1):20-6. <https://doi.org/10.32811/2595-4482.2018v1n1.36>.
- Cuppari L. *Nutrição Clínica no Adulto*. 4.ed. São Paulo: Manole; 2019.

27. Brandão D, Nascimento J, Vianna L. Functional capacity and quality of life among elderly patients with or without dysphagia after an ischemic stroke. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2009;56(6):738-43. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000600020>.
28. Kang JH, Park RY, Lee SJ, Kim JY, S Yoon SR, Jung KI. The effect of bedside exercise program on stroke patients with dysphagia. *Ann Rehabil Med.* 2012;36(4):512-20. <https://doi.org/10.5535/arm.2012.36.4.512>. PMID: 22977777.
29. Kim DY, Park HS, Park SW, Kim JH. The impact of dysphagia on quality of life in stroke patients. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(34):e21795. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021795>.

Contribuição dos autores:

LSO: concepção e projeto do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo ou revisão crítica para conteúdo intelectual relevante;

RRR, ECA: concepção e projeto do estudo, análise e interpretação dos dados;

JEVC, CMSO: elaboração do artigo ou revisão crítica para conteúdo intelectual relevante;

GB-F: concepção e projeto do estudo, análise e interpretação dos dados; elaboração do artigo ou revisão crítica para conteúdo intelectual relevante, aprovação final da versão a ser apresentada para publicação.

CTM: elaboração do artigo ou revisão crítica para conteúdo intelectual relevante, aprovação final da versão a ser apresentada para publicação.