



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA GABRIELLA RODRIGUES DA SILVA BARBOSA

**SINAIS E SINTOMAS DE ALTERAÇÕES NA VOZ E NA DEGLUTIÇÃO DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

RECIFE

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA

MARIA GABRIELLA RODRIGUES DA SILVA BARBOSA

**SINAIS E SINTOMAS DE ALTERAÇÕES NA VOZ E NA DEGLUTIÇÃO DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

Projeto de pesquisa para trabalho de conclusão
de curso de Graduação do Curso de
Fonoaudiologia da Universidade Federal de
Pernambuco.

Orientador(a): Coeli Regina Carneiro Ximenes
Coorientador(a): Karina Polo Norte Danda
Soares

RECIFE
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva Barbosa, Maria Gabriella Rodrigues da.

Sinais e sintomas de alterações na voz e na deglutição de pacientes hospitalizados em um hospital universitário. / Maria Gabriella Rodrigues da Silva Barbosa. - Recife, 2023.

14

Orientador(a): Coeli Regina Carneiro Ximenes

Coorientador(a): Karina Polo Norte Danda Soares

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Fonoaudiologia - Bacharelado, 2023.

1. Disfagia. 2. Sinais e Sintomas. 3. Qualidade da voz. 4. Avaliação em Saúde. 5. Fonoaudiologia. I. Carneiro Ximenes, Coeli Regina. (Orientação). II. Danda Soares, Karina Polo Norte. (Coorientação). IV. Título.

610 CDD (22.ed.)

RESUMO

Objetivo: Investigar os sinais e sintomas de voz e deglutição em pacientes internados nas enfermarias de Cirurgia Geral e Cardiologia em um hospital Universitário. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo transversal, observacional. A população foi formada por internados nas enfermarias de Cirurgia Geral e Cardiologia. Para a avaliação dos sinais e sintomas relacionados à voz e à disfagia, foram utilizados os protocolos de autoavaliação *Eat Assessment Tool* e a Escala de Sintomas Vocais. Foram estudados os fatores de interferência na progressão das escalas como: idade e tempo de internamento. Foi realizada a análise descritiva da população do estudo por meio das medidas de tendência central, para as variáveis quantitativas. **Resultados:** 34 pacientes foram incluídos no estudo, sendo a maioria do sexo feminino, com idades entre 19 e 76 anos. Observou-se maior presença de sinais e sintomas de voz e deglutição, segundo autopercepção dos pacientes com idade acima de 60 anos. Os pacientes que permaneceram mais de 5 dias internados, apresentaram mais sintomas de deglutição, mas não apresentaram sintomas relacionados à voz. **Conclusão:** De acordo com a autopercepção dos sinais e sintomas de voz e deglutição dos pacientes internados nas enfermarias, os idosos tiveram mais sintomas de voz e deglutição e aqueles que permaneceram internados por mais de 5 dias tiveram mais sintomas de deglutição. Dessa forma, idade avançada e maior tempo de internamento representaram os principais fatores associados à presença de sintomas na voz e deglutição de pacientes internados na unidade hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Disfagia; Fonoaudiologia; Sinais e Sintomas; Qualidade da voz; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To investigate voice and swallowing signs and symptoms in patients hospitalized in the General Surgery and Cardiology wards of a university hospital. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional, observational study. The population consisted of patients admitted to the General Surgery and Cardiology wards. For the evaluation of signs and symptoms related to voice and dysphagia, the self-assessment protocols *Eat Assessment Tool* and the *Vocal Symptoms Scale* were used. Interfering factors in the progression of the scales were studied, such as: age and length of stay. A descriptive analysis of the study population was performed using measures of central tendency for quantitative variables. **Results:** 34 patients were included in the study, most of them female, aged between 19 and 76 years. There was a greater presence of voice and swallowing signs and symptoms, according to the self-perception of patients aged over 60 years. Patients who remained hospitalized for more than 5 days had more swallowing symptoms, but did not have voice-related symptoms. **Conclusion:** According to the self-perception of voice and swallowing signs and symptoms of patients hospitalized in the wards, the elderly had more voice and swallowing symptoms and those who remained hospitalized for more than 5 days had more swallowing symptoms. Thus, advanced age and longer hospital stay represented the main factors associated with the presence of voice and swallowing symptoms in patients admitted to the hospital unit.

KEYWORDS: Dysphagia; speech therapy; Signs and symptoms; Voice quality; Health Assessment.

INTRODUÇÃO

O papel do fonoaudiólogo no ambiente hospitalar teve enorme expansão nos últimos anos e está intrinsecamente relacionado aos aspectos cognitivos, como a linguagem, ou às alterações da deglutição⁽¹⁾, sendo o desenvolvimento da prática de rastreio diagnóstico dos distúrbios de deglutição e voz importantes para a identificação de sinais de risco de broncoaspiração pulmonar e pneumonias. No que diz respeito à Fonoaudiologia hospitalar com foco nas enfermarias, o trabalho fonoaudiológico traz consigo encargos e competências para a reabilitação dos distúrbios da deglutição que impactam na qualidade de vida dos pacientes admitidos⁽²⁾.

A capacidade do indivíduo em reconhecer a si e ao ambiente no qual está inserido, é de suma importância para a avaliação fonoaudiológica no âmbito hospitalar⁽¹⁾, ou seja, a relação do nível de consciência auxilia na identificação de fatores associados a autopercepção dos sinais que podem estar associados aos distúrbios de voz e deglutição, permitindo um mapeamento mais detalhado da população de risco, onde muitas vezes o paciente não percebe as dificuldades, seja pelo uso de medicações inerentes às condições de internamento hospitalar, ou por instabilidade clínica, como rebaixamento de consciência ou delirium⁽³⁾. Tal identificação é feita rotineiramente, em sua grande maioria, através de solicitações da equipe multiprofissional, baseada em queixas advindas do paciente ou de familiares⁽¹⁾.

Na perspectiva da qualidade de vida, são avaliados os fatores emocionais, físicos e sociais⁽⁴⁻⁵⁾, dessa forma, são necessárias as ferramentas para quantificar a percepção dos sujeitos sobre o impacto de alguma alteração na qualidade de vida dos mesmos, estes podem auxiliar o profissional no direcionamento do tratamento^(4,6).

As funções de fonação e deglutição possuem uma relação muito próxima, pelo fato de compartilharem estruturas anatômicas e neurais, mesmo sendo processos distintos. Os mecanismos cerebrais que controlam as funções reflexas da laringe, como proteção de via aérea durante a tosse, vômito, deglutição e aspiração, são os mesmos que realizam o controle neurológico da voz, como por exemplo o sistema nervoso periférico, mais especificamente os pares cranianos V, VII, IX, X, XI, XII, e o sistema nervoso central, que é responsável por toda atividade laríngea de planejar e executar as ações laríngeas⁽⁷⁾. Isso ocorre em decorrência da dinâmica da fonoarticulação e da deglutição, que dependem de vários fatores, como a integridade do sistema nervoso, tônus, mobilidade e sensibilidade das estruturas orofaríngeas.

A produção da voz depende de uma complexa atividade neurofisiológica de questões orgânicas e psicológicas, que envolvem o conjunto do aparelho fonador⁽⁸⁾. Alterações na voz são comuns em pacientes que estão sujeitos ao desenvolvimento de disfagias, uma vez que, para que haja o ato de deglutir é imprescindível a ação dinâmica do complexo hiolaríngeo e faríngeo, atuando na eficiência de coaptação glótica e auxiliando na proteção de via aérea⁽⁹⁾. Além disso, pode-se observar também que caso haja uma redução na mobilidade das estruturas dessa região, pode haver uma diminuição nas atividades de fala e deglutição.

Considerando as interfaces anatomofisiológicas envolvidas nas funções de voz e deglutição, é possível avaliá-las e trabalhá-las conjuntamente⁽⁷⁾. Alguns sinais e sintomas são observados mais frequentemente durante o processo de avaliação, entre eles tosse, engasgo frequente, deglutição lenta, e disfonia.

Comportamentos ou reações que podem estar relacionadas ao risco de penetração de secreções, líquidos ou alimentos na região laríngea, bem como ao risco de aspiração, servem de alerta ⁽¹⁰⁾.

Os sintomas que comumente relacionam a voz à deglutição são rugosidade, sopro, redução da loudness, maior esforço para falar, comida presa na garganta, tosse e força para engolir, estes sintomas podem refletir o abaixamento da laringe chegando à 8ª vértebra cervical na senescência. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é investigar a autopercepção dos sinais e sintomas que relacionam a voz e a deglutição, em pacientes internados nas enfermarias de Cirurgia Geral e Cardiologia de um hospital universitário do Nordeste do Brasil.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo do tipo observacional, transversal, descritivo, com amostra por conveniência, de pacientes internados nas enfermarias de Cirurgia Geral e Cardiologia, em um hospital universitário no Nordeste do Brasil, e que não tivessem sido submetidos a intervenção fonoaudiológica na enfermaria durante o tempo de internamento. Foram coletados os dados de janeiro a fevereiro de 2023. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital, sob o número de parecer 5.783.275, e todos os pacientes concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos na pesquisa pacientes adultos e idosos, que atenderam aos critérios de inclusão: pacientes com dezoito anos ou mais, com escolaridade de ensino fundamental completo, de ambos os sexos, que estiveram internados nas enfermarias de Cirurgia Geral e Cardiologia, que não receberam atendimento fonoaudiológico na enfermaria durante o período de hospitalização, com cognição preservada, segundo o Mini Exame de Estado Mental (Mini Mental) (FOLSTEIN, 1975). Foram excluídos da pesquisa os pacientes hospitalizados em alimentação por sonda gástrica, enteral, gastrostomia, jejunostomia ou parenteral e aqueles clinicamente muito comprometidos - pacientes em ventilação mecânica.

Através da coleta de dados no prontuário, foram coletados dados de identificação, como idade, sexo, tempo de internação, enfermaria específica e número do leito. Logo após serem identificados os pacientes elegíveis, foi realizada a ida ao leito, onde aconteceu a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em seguida foi realizada a avaliação do estado mental, para avaliar a cognição do paciente. Posteriormente, foi realizada avaliação por meio de dois protocolos validados.

Na primeira etapa de avaliação, foi aplicado o protocolo Escala de Sintomas Vocais (ESV), para observação dos sintomas relacionados à voz. A escala é constituída por trinta questões, divididas em três subescalas: 15 questões no domínio limitação, oito no emocional e sete no físico com pontuação de 0 a 4 de acordo com a frequência de ocorrência, onde: nunca = zero (0) ponto, raramente = 1 ponto, às vezes = 2 pontos, quase sempre = 3 pontos e sempre = 4 pontos. De acordo com o estudo de validação do protocolo, o valor de corte estabelecido para disfonia é acima de 16 pontos⁽¹¹⁾. A somatória dos pontos é dividida em quatro escores, onde o Grau Geral é o resultado total da escala, com máximo de 120 pontos, Limitação (soma dos resultados das questões 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 14, 16, 17, 20, 23, 24, 25 e 27, com valor máximo de 60 pontos), Emocional (soma dos resultados das questões 10, 13, 15, 18, 21, 28, 29 e 30,

com valor máximo de 32 pontos) e Físico (soma das respostas das questões 3, 7, 11, 12, 19, 22 e 26, com valor máximo 28 pontos). Quanto maiores os escores da ESV, maior a percepção do paciente sobre seu desvio vocal⁽⁹⁾.

A segunda etapa contou com a aplicação do protocolo *Eat Assessment Tool (EAT-10)*, que conta com uma pontuação que varia de "0 - não é um problema" a "4 - é um problema severo", para realizar o rastreamento da deglutição⁽¹²⁾. Buscou-se a identificação do risco de disfagia através da autopercepção dos usuários hospitalizados. O protocolo é composto por dez questões, sendo três do domínio funcional, três do domínio emocional e quatro do domínio físico, que podem afetar a deglutição e conseqüentemente a qualidade de vida dos pacientes. A pontuação menor que 3 significa que não há risco de disfagia e aspiração. Pontuação maior que 3, em cada questão nesta escala significa possível risco para disfagia⁽¹²⁾.

Para a análise estatística dos dados, foram utilizadas as perguntas e suas respectivas pontuações e classificações, através da observação dos sintomas mais frequentes, utilizando um método de análise descritiva através da medida da análise de frequência absoluta, onde observou-se a prevalência das manifestações envolvidas tanto na voz, quanto na deglutição dos pacientes. Os resultados encontrados no estudo foram tratados estatisticamente com os seguintes testes: Teste de normalidade dos dados das pontuações para o EAT-10 e ESV, e teste de comparação para as pontuações para a ESV, segundo a escala para as questões do EAT-10. Os questionários protocolados foram preenchidos e revisados para identificar possíveis lacunas e/ou incoerências nos dados coletados.

Foi realizada análise descritiva da população do estudo por meio das medidas de tendência central, para as variáveis quantitativas. A análise foi feita para descrever a necessidade de uma triagem para investigação de sinais e sintomas de voz associado a deglutição dos pacientes internados no hospital universitário, respeitando as variáveis de idade, sexo e tempo de internação.

RESULTADOS

O estudo incluiu 34 pacientes, sendo 26 do sexo feminino (76,5%) e 8 do sexo masculino (23,5%), entre 19 a 76 anos, com idade média de 47 anos e desvio padrão de 15,7. 29 indivíduos (85%), estavam internados na enfermaria de Cirurgia Geral, os 5 demais (15%) estavam internados na enfermaria de Cardiologia, onde, durante o tempo estudado, houve menor rotatividade de pacientes. Estão apresentados na tabela 1 as variáveis independentes de idade, sexo, enfermaria e tempo de internação.

Tabela 1 – Caracterização da população segundo os dados sociodemográficos. Brasil, 2023.

Variáveis	Porcentagens	
Idade (em anos)	19 a 28 anos	12%
	29 a 38 anos	18%
	39 a 48 anos	32%
	49 a 58 anos	15%
	59 a 68 anos	9%
	69 a 78 anos	15%
	Sexo	Feminino

A tabela 2 apresenta as medidas descritivas e frequências para os dados ESV, segundo intervalos de idades, relacionando os sintomas vocais, subdivididos em Grau Geral, Limitação Social, Limitação Emocional e Limitação Física, e a prevalência desses grupos. No estudo, foi observado que a pontuação do Grau Geral tende a aumentar conforme a idade. No que se refere aos sintomas enquadrados como Limitação Emocional, observou-se que as idades não influenciam tanto quanto nas Limitações Físicas e Sociais, chegando em alguns momentos a serem nulas.

Tabela 2 – Distribuição das medidas descritivas para os dados ESV, segundo a idade dos participantes. Brasil, 2023

Idade (em anos)	Medidas Descritivas	Grau Geral	Limitação Social	Limitação Emocional	Limitação Física
	Média	9,25	4,75	0	3,5
19 a 28 anos	Desvio Padrão	9,215	4,113	0	3,416
	CV	0,996	0,866	-	0,976
	Média	6,333	2,667	6,333	2,333
29 a 38 anos	Desvio Padrão	10,25	5,086	12,028	2,16
	CV	1,619	1,907	1,899	0,926
	Média	14,455	9,091	0,364	4,727
39 a 48 anos	Desvio Padrão	6,876	5,804	0,809	2,832
	CV	0,476	0,638	2,223	0,599
	Média	21,8	15,2	1,8	4,8
49 a 58 anos	Desvio Padrão	19,28	13,882	2,49	6,14
	CV	0,884	0,913	1,383	1,279
	Média	22,333	12,667	2,667	7
59 a 68 anos	Desvio Padrão	22,502	13,317	4,619	5
	CV	1,008	1,051	1,732	0,714
	Média	21,2	14,2	0,4	6,6
69 a 78 anos	Desvio Padrão	19,614	16,223	0,548	5,367
	CV	0,925	1,142	1,37	0,813

Nos produtos referentes ao protocolo EAT-10, foi possível observar que mais de 30% dos pacientes na faixa etária de 59 a 68 anos, responderam que sentiam a comida presa na garganta após a deglutição (Q8), tossir durante a refeição (Q9) e estressam-se para engolir (Q10). Entretanto, os sintomas apresentados pelo grupo de paciente com faixa etária entre 69 e 78 anos, observou-se que 20% deles referiram perda de peso (Q1), referiram também

que a dificuldade os impede de sair de casa (Q2), que fazem força para engolir sólidos (Q4), sentem dor ao engolir (Q6) e engolir tira o prazer de comer (Q7). Em ambos os grupos a escala foi marcada em uma média de 3 pontos , como pode ser analisado na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das escalas das questões EAT-10, segundo a idade dos participantes. Brasil, 2023.

Escala EAT-10						
Questões EAT-10	Idade (em anos)	0	1	2	3	4
Q1	19 a 28	100	0	0	0	0
	29 a 38	100	0	0	0	0
	39 a 48	81,82	9,09	0	0	9,09
	49 a 58	80	20	0	0	0
	59 a 68	100	0	0	0	0
	69 a 78	80	0	0	20	0
Q2	19 a 28	100	0	0	0	0
	29 a 38	83,33	16,67	0	0	0
	39 a 48	81,82	9,09	0	0	9,09
	49 a 58	100	0	0	0	0
	59 a 68	100	0	0	0	0
	69 a 78	80	0	0	20	0
Q3	19 a 28	100	0	0	0	0
	29 a 38	83,33	16,67	0	0	0
	39 a 48	81,82	9,09	0	0	9,09
	49 a 58	60	40	0	0	0
	59 a 68	66,67	33,33	0	0	0
	69 a 78	100	0	0	0	0
Q4	19 a 28	75	25	0	0	0
	29 a 38	66,67	33,33	0	0	0
	39 a 48	72,73	9,09	9,09	0	9,09
	49 a 58	80	0	20	0	0

	59 a 68	66,67	0	33,33	0	0
	69 a 78	60	20	0	20	0
	19 a 28	100	0	0	0	0
	29 a 38	83,33	0	16,67	0	0
Q5	39 a 48	54,55	36,36	9,09	0	0
	49 a 58	80	20	0	0	0
	59 a 68	66,67	33,33	0	0	0
	69 a 78	80	20	0	0	0
	19 a 28	100	0	0	0	0
	29 a 38	83,33	0	16,67	0	0
Q6	39 a 48	81,82	9,09	0	9,09	0
	49 a 58	80	20	0	0	0
	59 a 68	66,67	0	33,33	0	0
	69 a 78	80	0	0	20	0
	19 a 28	100	0	0	0	0
	29 a 38	100	0	0	0	0
Q7	39 a 48	81,82	9,09	0	0	9,09
	49 a 58	80	20	0	0	0
	59 a 68	66,67	33,33	0	0	0
	69 a 78	80	0	0	20	0
	19 a 28	100	0	0	0	0
	29 a 38	50	16,67	16,67	16,67	0
Q8	39 a 48	72,73	18,18	0	0	9,09
	49 a 58	60	20	0	0	20
	59 a 68	66,67	0	0	33,33	0
	69 a 78	40	60	0	0	0
	19 a 28	50	50	0	0	0
Q9	29 a 38	50	33,33	0	16,67	0
	39 a 48	54,55	27,27	9,09	0	9,09
	49 a 58	80	0	20	0	0

Q10	59 a 68	66,67	0	0	33,33	0
	69 a 78	60	20	20	0	0
	19 a 28	100	0	0	0	0
	29 a 38	100	0	0	0	0
	39 a 48	81,82	9,09	0	9,09	0
	49 a 58	100	0	0	0	0
	59 a 68	66,67	0	0	33,33	0
	69 a 78	100	0	0	0	0

Prosseguindo com as análises percentuais, na tabela 4, encontram-se as porcentagens para as escalas das questões do EAT-10 nos grupos formados a partir dos intervalos do tempo de internação (em dias). Dos participantes que passaram até 5 dias internados, apenas 4% marcaram que era um problema severo (Escala 4) para as questões Q1, Q2, Q3, Q4, Q7 e Q9. Já, dentre os participantes com mais de 15 dias de internação, 25% destes, marcaram escala 3 para Q1, Q2, Q7 e Q10.

Tabela 4 – Distribuição das escalas das questões EAT-10, segundo o tempo de internação dos participantes. Brasil, 2023.

Escala EAT-10							
Questões EAT-10	Tempo de Internação (em dias)	0					4
		0	1	2,0	3	4	
Q1	Até 5	86,96	8,7	0,0	0	4,35	
	6 a 10	100	0	0	0	0	
	11 a 15	100	0	0	0	0	
	Acima de 15	75	0	0	25	0	
Q2	Até 5	86,96	8,7	0	0	4,35	
	6 a 10	100	0	0	0	0	
	11 a 15	100	0	0	0	0	
	Acima de 15	75	0	0	25	0	
Q3	Até 5	73,91	21,74	0	0	4,35	
	6 a 10	100	0	0	0	0	
	11 a 15	100	0	0	0	0	
	Acima de 15	100	0	0	0	0	
Q4	Até 5	65,22	17,39	13,04	0	4,35	

	6 a 10	100	0	0	0	0
	11 a 15	66,67	33,33	0	0	0
	Acima de 15	75	0	0	25	0
	Até 5	65,22	26,09	8,7	0	0
Q5	6 a 10	100	0	0	0	0
	11 a 15	100	0	0	0	0
	Acima de 15	75	25	0	0	0
	Até 5	73,91	8,7	8,7	8,7	0
Q6	6 a 10	100	0	0	0	0
	11 a 15	100	0	0	0	0
	Acima de 15	100	0	0	0	0
	Até 5	82,61	13,04	0	0	4,35
Q7	6 a 10	100	0	0	0	0
	11 a 15	100	0	0	0	0
	Acima de 15	75	0	0	25	0
	Até 5	65,22	13,04	4,35	8,7	8,7
Q8	6 a 10	100	0	0	0	0
	11 a 15	33,33	66,67	0	0	0
	Acima de 15	50	50	0	0	0
	Até 5	60,87	17,39	8,7	8,7	4,35
Q9	6 a 10	100	0	0	0	0
	11 a 15	33,33	66,67	0	0	0
	Acima de 15	25	50	25	0	0
	Até 5	86,96	8,7	0	0	0
Q10	6 a 10	100	0	0	0	0
	11 a 15	100	0	0	0	0
	Acima de 15	75	0	0	25	0

DISCUSSÃO:

Atualmente, estudos confirmam que a capacidade do indivíduo reconhecer a si e aos os estímulos do ambiente, pode influenciar na

autopercepção da voz de pacientes hospitalizados⁽¹³⁾, uma vez que os pacientes podem apresentar-se colaborativos e contactantes na avaliação fonoaudiológica, já que o mesmo observará seu próprio desempenho nas atividades de fonação e deglutição.

O perfil dos pacientes encontrados na amostra, se assemelha ao que é comumente encontrado na literatura⁽¹⁴⁾ onde há maior participação de pessoas do sexo feminino, em relação ao sexo masculino, já que no estudo, houve maior prevalência do sexo feminino, com idade acima de 39 anos. Acredita-se que a prevalência de mulheres internadas seja devido à busca mais frequente por cuidados preventivos à saúde⁽¹⁴⁾.

A escala ESV permite verificar a autopercepção do paciente sobre o uso da sua voz e os aspectos relacionados a ela, enquanto o protocolo EAT-10 verifica a potencialidade de um paciente desenvolver disfagia, de acordo com os impactos sociais e psicológicos desses indivíduos, estes questionários mostraram-se úteis como forma de triagem para a disfagia, pois quase metade da população da amostra apresentaram sinais de autopercepção. Os dois instrumentos podem ser utilizados em conjunto, uma vez que, sutis alterações na qualidade vocal podem aparecer como primeiros sinais que indicam alguma disfunção laríngea, que nas condições desses pacientes, podem ter interface com uma disfagia⁽⁹⁾.

No que se refere à idade, estudos apontam que ela está proporcionalmente congruente às queixas de sintomas vocais e de deglutição⁽¹⁵⁾, ou seja, quanto maior a idade, mais sinais e sintomas de alguma alteração nestes eixos são apresentados. Maciel et al., observaram risco de disfagia em 69% dos idosos internados, sendo a idade fator associado, uma vez que os idosos apresentam alterações que estão comumente relacionadas a essa condição⁽¹⁶⁾. No presente estudo, verificou-se que os pacientes internados nas enfermarias de cirurgia geral e de cardiologia eram em sua grande maioria adultos com em média 42 anos, e apesar de não indicar um grupo predominantemente idoso, quando considerado o desvio padrão e a idade máxima observada, alguns indivíduos poderiam ter o processo de envelhecimento influenciando em sua deglutição⁽¹⁶⁾, ou seja, os pacientes com 59 anos ou menos apresentaram menores médias de escore da ESV - Grau Geral, e de prevalência das queixas do EAT-10, relacionadas a deglutição do que quando comparados a população com mais de 59 anos de idade, isto significa que a idade é refletida como um parâmetro de que a autopercepção dos sintomas de fonação e deglutição dos pacientes.

Ainda na análise da idade e autopercepção, os indivíduos presentes na faixa etária de 49 a 58 anos, apresentaram, em média, pior autopercepção sobre a disfunção da deglutição, foi identificado que eles não apresentaram queixas de deglutição, apontando escala 1. Por outro lado, estes mesmos indivíduos apresentaram maiores prejuízos vocais relacionados à limitação dos aspectos emocionais e físicos da voz. Ferraz et al. em seu estudo, verificaram que o envelhecimento, por si só pode acarretar problemas de deglutição, e que conforme o aumento da idade, os pacientes tendem a perceber diferentes sinais, como a maior probabilidade de frequência de tosse após a deglutição⁽¹⁷⁾, contribuindo com um quadro disfágico. Vale ressaltar que a questão fonatória é um fator duplamente importante a ser considerado no paciente disfágico independente da idade, corroborando com os sinais referidos pelos participantes neste estudo, pois devido à instabilidade na coordenação da respiração, o

trânsito do bolo pode ser alterado, dessa forma, os sinais de autopercepção na voz dos pacientes adultos, podem inferir a presbifagia, evento esperado na senescência.

Em concordância com estudos que relacionam o tempo de internação, foi possível confrontar apenas com as variáveis do protocolo EAT-10. Na escala ESV, os achados informaram que os participantes não apresentaram relações entre o tempo de internamento e os sinais e sintomas de fonação. Em um estudo de Giglio et al., foi constatado que o tempo de internação pode estar relacionado às variáveis de comorbidades e intercorrências clínicas, além da presença da disfagia associada ou não à queixa prévia⁽¹⁸⁾. No que se diz respeito à autopercepção da deglutição, no presente estudo, foi possível observar que, dos 68% que passaram mais de 5 dias internados, metade (34,8%), apresentaram queixas, marcando em média escala 4 - é um problema severo, no protocolo. Não obstante, observou-se também que os indivíduos que passaram mais de 15 dias internados apresentaram queixas de deglutição, envolvendo as questões Q1, Q2, Q4, Q7, e Q10, onde 50% deles marcou pelo menos uma escala 3.

Isso significa que, as percepções de intercorrências na deglutição estão ligeiramente ligadas ao tempo de internação e isso se dá devido à questão de que o paciente não foi internado propriamente por disfagia, sendo esta secundária ao motivo principal da internação. Dessa forma, podemos afirmar, que a presença de sinais de disfagia pode acarretar não só o prolongamento do tempo de internação como também na ocupação de leitos, impedindo a rotatividade e gerando mais custos hospitalares. Na literatura são encontrados muitos estudos relacionando dificuldades na deglutição associado ao tempo de internação de bebês⁽¹⁹⁾. Porém, são escassos os estudos que comparem os fatores de risco que se correlacionam com o tempo de internação dos adultos em qualquer que seja a enfermaria.

As queixas dos pacientes da enfermaria de cirurgia geral, quando comparadas às da cardiologia, se apresentaram com um grau bem mais discreto, mesmo tendo uma maior população. Não foram encontrados na literatura, dados que confirmassem a relação direta entre a disfagia e os casos internados em enfermaria de cirurgia geral, porém o presente estudo comprovou uma relação significativa entre sintomas e sinais de deglutição nos pacientes internados. Dessa maneira, é importante conscientizar a equipe profissional responsável, acerca de um atendimento multiprofissional.

A população das enfermarias escolhidas para o estudo, de modo geral, não apresenta alteração de deglutição ou voz como principal queixa, porém o grupo estudado apresentou uma alteração média na voz e na deglutição de grau considerado discreto. A inclusão destes protocolos, no estudo, deu-se pela necessidade de um rastreio de voz e de deglutição, de acordo com a autopercepção do paciente, para assim, auxiliar na avaliação clínica e trabalho fonoaudiológico.

Levando em consideração que a disfagia tem sido associada aos casos de alterações cardiovasculares, por causas multifatoriais⁽²⁰⁾, não foi possível analisar, durante o estudo, tal situação devido a baixa rotatividade de pacientes nessa enfermaria, no período estabelecido, porém observou-se, ao longo da coleta, que os pacientes apresentaram queixas vocais e disfágicas, independente de serem pré ou pós cirúrgicos, chamando a atenção para a importância de uma triagem fonoaudiológica para acompanhamento da queixa.

Considera-se como limitação deste estudo, a baixa rotatividade de pacientes durante o período estabelecido para a coleta. Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos em uma população maior de indivíduos.

Identificar um paciente com risco de disfagia no ambiente hospitalar é fundamental para encaminhá-lo precocemente à intervenção fonoaudiológica, minimizando as sequelas funcionais e as complicações pulmonares, melhorando a qualidade de vida além de reduzir os custos de cuidado com a saúde, o tempo de internação hospitalar e, portanto, não sobrecarregando o sistema de saúde.

Os protocolos ESV e EAT-10 contribuíram com resultados coerentes na avaliação da voz e deglutição de pacientes internados. São instrumentos validados, de rastreio rápido, sendo essa ferramenta de *screening* preconizada sobretudo, na população idosa, considerando as mudanças fisiológicas próprias da idade.

CONCLUSÃO:

O presente estudo demonstrou correlação entre idade e tempo de internação com os sinais e sintomas de voz e deglutição de pacientes internados nas enfermarias de cirurgia geral e cardiologia. A pesquisa aponta que, conforme o aumento da idade, os pacientes tendem a ter uma maior percepção das dificuldades de fonação e deglutição. Além disso, observou-se que o tempo de internamento pode ser um forte fator para as manifestações de sintomas relacionados à dificuldade de deglutir.

A identificação dos fatores associados permite um mapeamento da população de risco, possibilita o gerenciamento dos problemas e determina as intervenções multiprofissionais ágeis, visando o bem-estar dos pacientes e os custos de saúde. A análise de dados relacionados à autopercepção pode, portanto, ser utilizada na triagem, inclusive para elegibilidade de emergência em grandes serviços.

REFERÊNCIAS

1. Formigosa R. Gerenciamento das disfagias no contexto hospitalar. In: Feitosa ALF, Depolli GT, Canuto MSB, (orgs.). Mapas conceituais em Fonoaudiologia: Disfagia 1ª ed. Ribeirão Preto - SP: BookToy, 2022. p. 157-167.
2. Brasil. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Lei nº 6.965/1981, o Decreto nº 87.218/1982, de 15 de março de 2021.
3. Rehder MI, Branco AA, organizadores. Disfonia e disfagia – interface, atualização e prática clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. 224p.
4. Klodsinki D, Fadel CBX, Costa FM, Santos RS, Rosa M de O, Dassie-Leite AP. Correlação entre sintomas e avaliação perceptivo-auditiva da voz em indivíduos disfônicos. *Audiology - Communication Research*. 2015 Mar;20(1):84–87.
5. Morais EPG, Azevedo RR, Chiari BM. Correlação entre voz, autoavaliação vocal e qualidade de vida e voz de professoras. *Rev CEFAC*. 2012;14(5):892-900.

6. Marchesan IQ. Deglutição - normalidade. In: Furkin AM; Santini CS (orgs.). *Disfagias orofaríngeas*. São Paulo: Pró-Fono; 1999. p. 3-18.
7. Queiroz, A. T. M. de; BARRETO, F. G.; SANTOS, T. L. dos; et al. Efeitos dos exercícios vocais no tratamento da disfagia: revisão integrativa. *Audiology - Communication Research*, v. 27, 2022.
8. Binhardi V. D. R. Correlação entre o desvio vocal e a deglutição orofaríngea em indivíduos com doença e Parkinson. Marília. [s.l.: s.n.], 2021.2.
9. Vieira D, De L, Colares A. Escala de sintomas vocais em diferentes grupos de profissionais da voz: Uma revisão de literatura. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de ciências sociais e da saúde - Curso de Fonoaudiologia. [Internet]. 2020.
10. Real, C. S. et al. Caracterização do escape posterior tardio na deglutição. *Codas*. v. 32. n. 4. 2020.
11. Moreti FT. Validação da versão brasileira da Voice Symptom Scale – VoiSS [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.15.
12. Belafsky, P. C. et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laringol*. 1 dez. 2008.
13. Branski RC, Cukier-Blaj S, Pusic A, Cano SJ, Klassen A, Mener D, et al. Measuring Quality of Life in Dysphonic Patients: A Systematic Review of Content Development in Patient-Reported Outcomes Measures. *Journal of Voice*. 2010 Mar;24(2):193–8.
14. Arruda GO, Molena-Fernandes CA, Mathias TAF, Marcon SS. Morbidade hospitalar em município de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(1): p. 1-9.
15. Campos SM., et. al. Sinais e sintomas de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Audiol Commun Res*. 2022;27:e2492.
16. Maciel JRV, Oliveira CJR, TADA CMP, Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. *Rev. Nutr., Campinas*, 21(4):411-421, jul./ago., 2008.
17. Ferraz MST, et. al. Risco de Disfagia e Qualidade de Vida em Idosos Saudáveis. *Distúrb Comun, São Paulo*, 32(3): 454-461, setembro, 2020.
18. Giglio VP, Oda AL, Daianese ACL. Disfagia pré-internação e sua relação com o tempo de permanência hospitalar. *Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde. PECIBES*, 2021, 01, 23-76.
19. Fernandes HR, Sassi FC, Andrade CRF, Lopes DMB. Avaliação da deglutição e indicadores clínicos associados em crianças após correção cirúrgica de doença cardíaca congênita. *Rev. Audiol., Commun., Res*, 26.2021.
20. Gritti T. Disfagia e alterações cardiológicas. Mapas conceituais em Fonoaudiologia: Disfagia 1ª ed. Ribeirão Preto - SP: BookToy, 2022. Cap. 4.
21. Zebralla V, Wichmann G, Pirlich M, Hammermüller C, Berger T, Zimmermann K, et al. Dysphagia, voice problems, and pain in head and neck cancer patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2021 Jan 16;278(10):3985–94.
22. Bosch G, Comas M, Domingo L, Guillen-Sola A, Duarte E, Castells X, Sala M. Dysphagia in hospitalized patients: Prevalence, related factors and

- impact on aspiration pneumonia and mortality. Stichting European Society for Clinical Investigation Journal Foundation. Published by John Wiley & Sons Ltd. 2022.
23. Behlau, M.; Azevedo R.; Madazio, G. Anatomia da Laringe e Fisiologia da Produção Vocal. Voz o livro do especialista. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. Cap. 1.
 24. Souza CLM, et. al. Rastreamento do risco de disfagia em pacientes internados em um hospital universitário. *Distúrb Comun, São Paulo*, 32(2): 277-284, junho, 2020.
 25. Bassi D, Furkim AM, Silva CA, Coelho MSPH, Rolim MRP, Alencar MLA, Machado MJ. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. *CoDAS* 2014;26(1):17-27.
 26. Järvenpää P, et. al. Finnish Version of the Eating Assessment Tool (EAT-10): A Valid and Reliable Patient-reported Outcome Measure for Dysphagia Evaluation. *Dysphagia* (2022) 37:995–1007.
 27. Zhang Pp, et. al. Diagnostic Accuracy of the Eating Assessment Tool- 10 (EAT- 10) in Screening Dysphagia: A Systematic Review and Meta- Analysis. *Dysphagia* (2023) 38:145–158.
 28. Möller et al. *BMC Geriatrics*. A prospective study for evaluation of structural and clinical validity of the Eating Assessment Tool. (2020) 20:269.