Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Avaliação dos riscos para disfagia e nutricional em pacientes internados em unidade de pronto-socorro

Assessment of dysphagia and nutritional risks in patients hospitalized in an emergency department

Evaluación del riesgos de disfagia y nutricional en pacientes internados en unidad de urgencias y emergencias

Aline de Baco Pereira[1], Tamires Daros dos Santos[2], Jucelaine Arend Birrer[1], Bruna Franciele da Trindade Gonçalves[2], Gabriele Rodrigues Bastilha[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar os riscos para disfagia e nutricional em pacientes atendidos no pronto-socorro de um Hospital Universitário. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo e analítico com 99 pacientes adultos e idosos internados na unidade de pronto-socorro. Coleta de dados realizada com os instrumentos de triagem Eating Assessment Tool (EAT-10) para o risco de disfagia e Mini Nutritional Assessment (MNA) - versão reduzida para risco nutricional. Análise estatística com nível de significância de 5%. **Resultados:** Houve predomínio de homens idosos, o risco de disfagia foi observado em 39,4% da amostra e o risco nutricional em 70,7% (47,5% sob risco nutricional e 23,2% desnutrida), além de associação significativa entre os riscos para disfagia e nutricional, demonstrando que ambas as condições são frequentes e clinicamente relevantes neste contexto. A ocorrência concomitante dessas alterações reforça a necessidade de atenção especializada considerando o possível impacto direto no prognóstico clínico dos pacientes. **Conclusão:** Conclui-se que há elevada ocorrência simultânea de risco para disfagia e comprometimento nutricional entre os pacientes atendidos no pronto-socorro. Destaca-se a importância da implementação de protocolos sistemáticos de triagem, que se configuram como estratégias fundamentais para qualificar a assistência e promover melhores desfechos clínicos nesta população, apesar das limitações inerentes ao desenho transversal do estudo.

Palavras-chave: Serviço hospitalar de emergência, Transtornos de deglutição, Estado nutricional.

ABSTRACT

Objective: To analyze the risks for dysphagia and nutritional risk in patients treated in the emergency department of a University Hospital. **Methods:** Cross-sectional, quantitative and analytical study with 99 adult and elderly patients admitted to the emergency department. Data collection was performed using the Eating Assessment Tool (EAT-10) screening instrument for dysphagia risk and the Mini Nutritional Assessment (MNA) – short version for nutritional risk. Statistical analysis was performed with a significance level of 5%. **Results:** There was a predominance of elderly men; dysphagia risk was observed in 39.4% of the sample and nutritional risk in 70.7% (47.5% at nutritional risk and 23.2% malnourished), in addition to a significant association between dysphagia and nutritional risks, demonstrating that both conditions are frequent and clinically relevant in this context. The concomitant occurrence of these conditions reinforces the need for specialized attention considering the possible direct impact on patients' clinical prognosis. **Conclusion:** It is concluded that there is a high simultaneous occurrence of dysphagia risk and nutritional impairment among patients treated in the emergency department. The importance of implementing systematic screening protocols is highlighted, as they are fundamental strategies to improve care and promote better clinical outcomes in this population, despite the limitations inherent to the cross-sectional study design.

Keywords: Emergency service hospital, Deglutition disorders, Nutritional status.

[1] Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria - RS
[2] Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM-UFSM), Santa Maria - RS.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | ACEITO EM: 4/2026 | PUBLICADO EM: 5/2026

RESUMEN

Objetivo: Analizar los riesgos de disfagia y compromiso nutricional en pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un Hospital Universitario. **Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo y analítico realizado con 99 pacientes adultos y adultos mayores ingresados en la unidad de urgencias. Los datos se recolectaron mediante instrumentos de cribado validados: el Eating Assessment Tool (EAT-10) para identificar el riesgo de disfagia y el Mini Nutritional Assessment (MNA), versión reducida, para evaluar el riesgo nutricional. También se analizaron variables sociodemográficas y clínicas. El análisis estadístico se realizó con pruebas adecuadas y un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** La muestra presentó predominio de hombres adultos mayores. El riesgo de disfagia se observó en el 39,4% de los pacientes y el riesgo nutricional en el 70,7%, incluyendo 47,5% en riesgo nutricional y 23,2% con desnutrición. Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de disfagia y el compromiso nutricional, lo que demuestra que ambas condiciones son frecuentes y clínicamente relevantes en el contexto de urgencias. La presencia simultánea de estas alteraciones refuerza la necesidad de atención especializada, considerando su posible impacto directo en el pronóstico clínico y la recuperación del paciente. **Conclusión:** Existe una elevada ocurrencia simultánea de riesgo de disfagia y compromiso nutricional en pacientes atendidos en urgencias. La implementación de protocolos sistemáticos de cribado es fundamental para mejorar la calidad de la atención y favorecer mejores desenlaces clínicos, a pesar de las limitaciones del diseño transversal.

Palabras-clave: Servicio de urgencia en hospital, Trastornos de deglución, Estado nutricional.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica no Brasil acentuou-se a partir dos anos 1950 e esse crescimento traz consigo o aumento das Doenças Crônicas Não Degenerativas (DCND) (OLIVEIRA CP, et al., 2018). Nesse novo cenário demográfico, a organização da atenção primária à saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), têm papel fundamental na promoção de cuidados contínuos e no acompanhamento das doenças crônicas (TORRES KRBO, et al., 2020). No entanto, lacunas na implementação dessas políticas, especialmente no que tange ao fortalecimento da APS e a continuidade do cuidado, podem contribuir para a descompensação de condições crônicas e, consequentemente, maior procura de serviços de urgência e emergência (TORRES KRBO, et al., 2020).

A procura pela assistência hospitalar, com maior frequência, acontece pela agudização das DCND e presença de comorbidades que também podem alterar diferentes funções do corpo humano, as quais demandam um olhar multiprofissional. Tais alterações podem estar associadas ao aumento do tempo de hospitalização e a maiores taxas de reinternações, contribuindo para a superlotação dos prontos-socorros e para o aumento dos custos em saúde (OLIVEIRA CP, et al., 2018). Dentre as funções que podem estar alteradas em pacientes admitidos em unidade de urgência e emergência está a deglutição, com a manifestação do sintoma de disfagia (OLIVEIRA CP, et al., 2018). A disfagia é definida como a dificuldade em formar e conduzir o bolo alimentar da boca ao estômago de maneira segura e eficiente, podendo resultar complicações clínicas, além de potencialmente comprometer a qualidade de vida do indivíduo (OLIVEIRA SP, et al., 2023).

A presença da disfagia é uma condição de alta relevância clínica, pois a limitação da ingesta adequada de alimentos em diferentes consistências, as quais são essenciais para o organismo (FERREIRA RP, et al., 2024), podem ocasionar uma sequência de alterações como, pneumonias aspirativas, desidratação, perda de peso e desnutrição (FERREIRA RP, et al., 2023). Nesse sentido, a desidratação e a desnutrição em indivíduos disfágicos ocorre por que eles não conseguem consumir o suficiente e acabam por realizar adaptações de consistências ou escolha restrita de alimentos, normalmente optando por aqueles que sejam mais fáceis de deglutir (SALEEDAENG P, et al., 2023). Estima-se que 25% a 54% dos pacientes hospitalizados apresentam algum grau de desnutrição, sendo a disfagia, em 25% dos pacientes, um fator que interfere no estado nutricional, causando desnutrição e desidratação (KAGUEYAMA L, et al., 2023).

Existem lacunas importantes na literatura relacionadas à avaliação conjunta do risco para disfagia e do comprometimento nutricional no contexto de unidade de pronto-socorro, uma vez que é a porta de entrada para a assistência imediata de casos agudos, e a falta de uma triagem fonoaudiológica sistemática em todos

os pacientes, nesse momento inicial, pode retardar o reconhecimento de alterações na deglutição, aumentando o risco de aspirações e de complicações clínicas subsequentes. A partir disso, questiona-se qual é o risco para disfagia e nutricional em pacientes internados em uma unidade de pronto-socorro. Logo, o objetivo do presente estudo foi analisar os riscos para disfagia e nutricional em pacientes atendidos no pronto-socorro de um Hospital Universitário.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, quantitativo e analítico. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer nº 6.592.536 e CAAE 75753423.5.0000.5346, respeitando os princípios éticos estabelecidos para pesquisas envolvendo seres humanos. A coleta de dados foi realizada durante o período de internação hospitalar em um Hospital Universitário de alta complexidade, localizado na região sul do Brasil, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e ocorreu no período de maio a agosto de 2025. Foram incluídos no estudo indivíduos adultos e idosos de ambos os sexos, internados no setor de pacientes críticos da Unidade de Urgência e Emergência (Pronto-Socorro), com estado de alerta adequado, condições mínimas de comunicação, com dieta via oral e que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos pacientes menores de 18 anos, aqueles em uso de via alternativa de alimentação e indivíduos que não apresentavam condições cognitivas adequadas para responder aos instrumentos de avaliação. A amostra do estudo foi composta por 99 participantes, homens e mulheres adultos e idosos, internados no pronto-socorro de um Hospital Universitário. Para a coleta dos dados, foram utilizados os instrumentos que serão detalhados abaixo, todos aplicados por uma fonoaudióloga com experiência em disfagia e atuação hospitalar, devidamente treinada para aplicação dos mesmos.

Anamnese

Realizou-se uma entrevista inicial com o paciente a fim de verificar informações a respeito do histórico e condições de saúde e hábitos alimentares antes e durante a internação. Isso fornece uma visão geral do padrão habitual de consumo alimentar do indivíduo, além de informações detalhadas sobre determinados alimentos (FAGÚNDEZ LJM, et al., 2015). Foi realizada a consulta aos dados disponíveis no prontuário eletrônico, por meio do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), com o objetivo de confirmar a idade, o local de residência do paciente e identificar outras comorbidades ou informações não referidas durante a entrevista.

Eating Assessment Tool (EAT-10)

Trata-se de um questionário com dez questões de simples compreensão e fácil coleta que analisa informações quanto a funcionalidade da deglutição, impacto emocional e sintomas físicos que podem acontecer devido a possíveis alterações de deglutição. É um protocolo de autoavaliação e identificação do risco da disfagia e favorece a indicação de intervenção precoce (GONÇALVES MIR, et al., 2013). Os dados normativos sugerem que uma pontuação EAT-10 igual ou superior a três é sugestiva de risco para disfagia. O instrumento pode ser utilizado para documentar a gravidade inicial da disfagia e monitorar a resposta ao tratamento em pessoas com uma ampla gama de distúrbios de deglutição (BELAFSKY PC, et al., 2008)

Mini Nutritional Assessment (MNA) – versão reduzida

Aplicou-se a versão reduzida do MNA, pois é um instrumento válido e sensível para triagem nutricional rápida. Contempla seis questões capazes de identificar o risco de desnutrição, atribuindo uma pontuação com base nessas informações para determinar o estado nutricional, onde, escore até sete pontos indicam desnutrição, escore de sete a 11 pontos sob risco de desnutrição e de 12 a 14 pontos sugerem estado nutricional normal (KAISER MJ, et al., 2009).

Vale ressaltar que a MNA foi originalmente desenvolvida e validada para a população idosa, contudo, sua utilização tem sido ampliada para outros grupos etários, incluindo adultos, especialmente em contextos clínicos e hospitalares.

Estudos recentes apontam que, apesar de sua validação inicial em idosos, a MNA reduzida apresenta boa sensibilidade para a detecção precoce de risco nutricional, sendo atualmente empregada em população adulta. Nesse contexto, destaca-se que o índice de massa corporal (IMC), embora amplamente utilizado, apresenta limitações importantes como indicador isolado do estado nutricional, uma vez que não contempla alterações na composição corporal, ingestão alimentar ou estado inflamatório. Assim, indivíduos classificados como eutróficos pelo IMC podem apresentar risco nutricional quando avaliados por instrumentos mais abrangentes (RASLAN M, et al., 2008).

Após a coleta de dados, as informações foram tabuladas e analisadas usando o *software* estatístico *GraphPad Prism* 5 (*GraphPad Software Inc*., San Diego, CA, EUA). A normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. As variáveis contínuas com distribuição normal e as com distribuição não normal foram apresentadas, respectivamente, na forma de média (desvio padrão) e mediana (intervalo interquartil), enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências e porcentagens. As correlações foram avaliadas pelo coeficiente de correlação de *Spearman* (variáveis quantitativas) e teste Qui-Quadrado (variáveis qualitativas). O nível de significância adotado foi de 5% ($p<0,05$).

RESULTADOS

Foram incluídos no presente estudo 99 pacientes, com predomínio de homens, idosos, do lar, residentes no munícipio de Santa Maria (Rio Grande do Sul - Brasil) e pertencentes à macrorregião Verdes Campos, atendidos no pronto-socorro de um Hospital Universitário (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características gerais dos pacientes atendidos no pronto-socorro de um Hospital Universitário, n=99.

Características gerais	n=99
Sexo masculino, n (%)	60 (60,6)
Idade (anos), média ± DP	63,3 ± 13,2
Faixa etária1, n (%)	
Adulto	34 (34,3)
Idoso	65 (65,7)
Profissão, n (%)	
Do lar	36 (36,4)
Agricultor	24 (24,2)
Pedreiro	12 (12,1)
Outros2	27 (27,3)
Cidade de origem, n (%)	
Santa Maria	52 (52,5)
São Vicente	4 (4,1)
Jaguari	3 (3,0)
Agudo	3 (3,0)
Outros3	37 (37,4)
Macrorregião, n (%)	
Verdes campos (4° CRS)	85 (85,9)
Entre Rios (4° CRS)	11 (11,1)
Outras 4	3 (3,0)

Valores expressos em média ± desvio padrão ou frequência e porcentagem. DP= desvio padrão. CRS= Coordenadoria Regional de Saúde. [1] Classificação conforme Organização Mundial da Saúde. [2] Empregada doméstica, representante comercial, operador de máquinas, motorista, professora, manicure, ajudante de pedreiro, serviços gerais, técnico de farmácia, zelador, comerciário, motorista, salão de beleza, mecânico, autônomo, escritório/contador, segurança, cozinheiro, servidor público, outros. [3]São Francisco de Assis, Ivorá, São Sepé, Santiago, Nova Palma, Faxinal do Soturno, Pinhal Grande, Silveira Martins, Restinga Seca, Júlio de Castilhos, Itaara, Xiniquá, Vila Nova do Sul, Dilermando, São Gabriel, Tupanciretã, Mata, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, Formigueiro, São João do Polesine, Venâncio Aires. [4] Portal das Missões (9ª Coordenadoria de Saúde), Santa Cruz do Sul (13ª Coordenadoria de Saúde).
Fonte: Pereira AB, et al., 2026.

Considerando as características clínicas mais frequentes, observou-se que os pacientes internados no pronto-socorro tiveram diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, foram acompanhados pela especialidade de cardiologia e eram hipertensos. Ademais, a via alimentar oral foi descrita em todos os sujeitos. Porém, condições como tosse, dificuldade para engolir e engasgo foram observadas. O uso de prótese dentária foi descrito em 50 sujeitos (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Condições clínicas dos pacientes atendidos no pronto-socorro de um Hospital Universitário, n=99

Condições clínicas	n=99
Índice de massa corporal	
Total, mediana (IQR)	25,7 (22,9-29,2)
Adulto, mediana (IQR)	25,6 (22,6-29,2)
Idoso, média ± DP	26,3 ± 4,8
Diagnóstico clínico, n (%)	
Infarto agudo do miocárdio	10 (10,1)
Acidente vascular cerebral	6 (6,1)
Abdome agudo obstrutivo	5 (5,0)
Colecistite aguda	5 (5,0)
Calculose da vesícula biliar com colecistite aguda	4 (4,1)
Outros[1]	69 (69,7)
Especialidades, n (%)	
Cardiologia	19 (19,2)
Gastroenterologia / Cirurgia Geral	18 (18,2)
Cirurgia Geral	8 (8,0)
Neurologia	6 (6,1)
Outras[2]	48 (48,5)
Via alimentar oral, n (%)	99 (100)
Sintomas sugestivos de disfagia, n (%)	
Tosse	34 (34,3)
Dificuldade para engolir	33 (33,3)
Engasgo	20 (20,2)
Comorbidades, n (%)[#]	
Hipertensão arterial sistêmica	64 (64,6)
Diabete mellitus	23 (23,2)
Insuficiência cardíaca	19 (19,2)
Outras[3]	25 (25,2)
Internação últimos 6 meses, n (%)	24 (24,2)
Prótese dentária, n (%)	
Uso	50 (50,5)
Utilização em ambas as arcadas bem adaptadas	21 (21,2)
Somente arcada superior bem adaptada	16 (16,2)
Somente arcada inferior bem adaptada	3 (3,0)
Ambas não adaptadas	6 (6,1)
Somente em arcada superior mal adaptada	3 (3,0)
Somente em arcada inferior mal adaptada	1 (1,0)

Valores expressos em mediana (intervalo interquartil), média (desvio padrão) ou frequência e porcentagem. IQR= intervalo interquartil. DP= desvio padrão. [1]Lombocitalgia, obstrução biliar, lúpus, efeito tóxico do veneno de serpente, aneurisma da aorta abdominal, acidente vascular cerebral isquêmico, insuficiência cardíaca, outros. [2]Pneumologia, ortopedia, neurologia/ortopedia, gastroenterologia/hepatologia, reumatologia, infectologia/toxicologia, hematologia, cirurgia vascular, infectologia, outras. [3]Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, obesidade, outras. [#] Podem ser apresentados mais de uma vez. **Fonte:** Pereira AB, et al., 2026.

O risco de disfagia foi observado em 39 sujeitos (39,4%) e o risco nutricional em 70 sujeitos (47,5% sob risco e 23,2% desnutrido), conforme detalhado na **Tabela 3**.

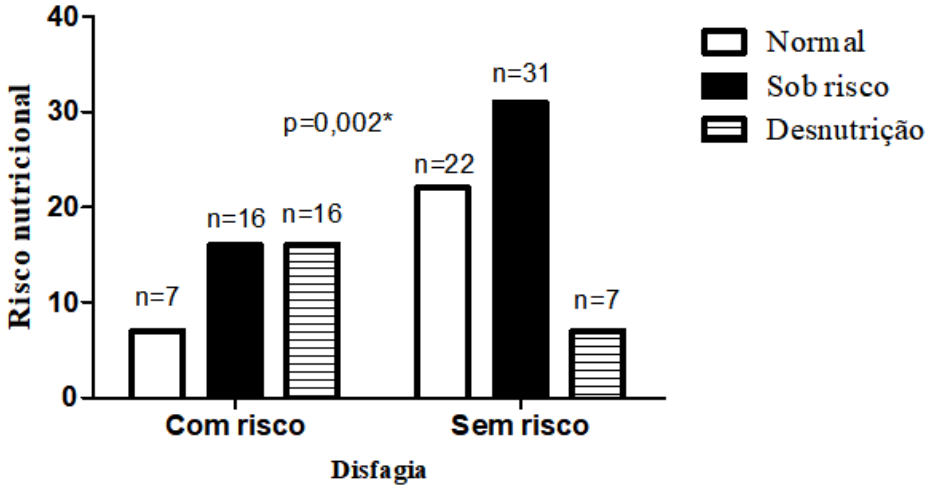
Tabela 3 - Risco de disfagia e risco nutricional em pacientes atendidos no pronto-socorro de um Hospital Universitário, n=99.

Avaliação	n=99
Eating Assessment Tool - EAT-10	
Pontuação, mediana (IQR)	2 (0-5)
Risco de disfagia (pontuação ≥3 pontos)	39 (39,4)
***Mini Nutritional* Assessment - MNA**	
Pontuação, mediana (IQR)	10 (8-12)
Classificação, n (%)	
Normal	29 (29,3)
Sob risco	47 (47,5)
Desnutrido	23 (23,2)

Valores expressos em mediana (intervalo interquartil) ou frequência e porcentagem. IQR= intervalo interquartil. **Fonte:** Pereira AB, et al., 2026.

A **Figura 1** demonstra que houve associação entre o risco de disfagia e o risco nutricional nos pacientes atendidos no pronto-socorro.

Figura 1 - Risco de disfagia e o risco nutricional nos pacientes.



Teste Qui-Quadrado. *Significância estatística p<0,05. **Fonte:** Pereira AB, et al., 2026.

Tabela 4 - Associação entre risco de disfagia e risco nutricional com características gerais e clínicas, n=99.

Variáveis gerais e clínicas	Disfagia		Nutricional		
	Com risco	Sem risco	Normal	Sob risco	Desnutrido
Idade[a]	p=0,107			p=0,205	
Sexo[b]	p=0,059			p=0,976	
Especialidades[c]	p=0,894			p=0,061	
Diagnóstico clínico[d]	p=0,002*			p=0,244	
Prótese[e]	p=0,870			p=0,956	
Condições da prótese[f]	p=0,804			p=0,114	

[a]**Variáveis:** idoso e adulto. [b]Variáveis: homem e mulher. [c]Variáveis: Cardiologia, gastroenterologia/cirurgia geral, cirurgia geral, neurologia e outras. [d]Variáveis: IAM (infarto agudo do miocárdio), AVC (acidente vascular cerebral), abdome agudo obstrutivo, colecistite aguda, calculose da vesícula biliar com colecistite aguda, outros. [e]Variáveis: sim e não. [f]Variáveis: Utilização em ambas as arcadas bem adaptadas, somente arcada inferior bem adaptada, somente arcada superior bem adaptada, ambas não estão adaptadas, somente em arcada superior mal adaptada e somente em arcada inferior mal adaptada. Teste qui-quadrado. *Significância estatística p<0,05. **Fonte:** Pereira AB, et al., 2026.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa investigou o risco para disfagia e o risco nutricional em pacientes internados na unidade de pronto-socorro de um Hospital Universitário. A **Tabela 1** apresenta as características gerais dos sujeitos, sendo possível observar que houve predomínio do sexo masculino e com maior representação de idosos. Esse perfil é consistente com o crescimento da demanda de pessoas idosas por serviços de emergência, o que se deve, principalmente, ao declínio das funções orgânicas, tornando o indivíduo mais suscetível ao desenvolvimento de doenças (ROCHA FCV, et al., 2014).

O envelhecimento populacional configura-se como uma das transformações mais expressivas da dinâmica demográfica mundial. Os avanços na assistência à saúde e as melhorias nas condições de vida têm contribuído para o aumento progressivo da expectativa de vida, resultando em uma ampliação significativa da população idosa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), diversos países vivenciam um rápido processo de envelhecimento populacional, fenômeno que se associa diretamente ao crescimento da prevalência de doenças crônicas (GUO W, 2025).

As doenças crônicas, como as cardiovasculares, o diabetes mellitus (DM) e as doenças respiratórias crônicas, caracterizam-se por evolução prolongada, baixa possibilidade de cura e elevado potencial para o desenvolvimento de complicações. Essas condições representam importantes desafios para a preservação da saúde e da qualidade de vida da população idosa, além de provocarem impactos significativos na

organização dos serviços de saúde, na distribuição de recursos assistenciais e na sustentabilidade dos sistemas de seguridade social (GUO W, 2025).

Na **Tabela 2** observa-se que houve predomínio do diagnóstico clínico de infarto agudo do miocárdio. Apesar de tal condição não estar diretamente relacionada a disfagia, no contexto de cirurgias cardíacas, como a revascularização do miocárdio e a substituição valvar, a dificuldade de deglutição pode surgir a partir de diferentes mecanismos, incluindo traumas decorrentes da intubação orotraqueal, necessidade de ventilação mecânica prolongada, lesões cerebrais isquêmicas e edema no período pós-operatório (KOUREK C, et al., 2025). Além disso, estudos mostram que condições prévias a cirurgia cardíaca, como idade avançada, DM e histórico de doença cerebrovascular, podem aumentar a predisposição dos pacientes ao desenvolvimento de alterações de deglutição (KOUREK C, et al., 2025).

A disfagia é frequentemente observada em pacientes com doenças cardíacas, apresentando repercussões significativas no estado nutricional e no prognóstico clínico dessa população. Entre as cardiopatias, destacam-se a insuficiência cardíaca congestiva e o infarto agudo do miocárdio como as condições de maior prevalência (SILVA CR, et al., 2024). A **Tabela 2** também mostra que sintomas como tosse, engasgo e dificuldade para engolir foram observados com frequência na triagem realizada, isso reforça a necessidade de protocolos sistemáticos nestes serviços, uma vez que a disfagia está associada a complicações como pneumonia aspirativa, que afeta indivíduos de todas as idades, estando associada à morbidade e à diminuição da qualidade de vida (ROSSI CS, et al., 2025).

Além disso, a ocorrência de comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e DM, estão associadas a disfagia, tendo em vista que a DM pode causar xerostomia e também está associada à diminuição da função motora da língua e dos lábios (AGHILI E, et al., 2024). A HAS, por sua vez, está associada a outras condições clínicas que trazem a disfagia como sintoma, como, por exemplo, o acidente vascular cerebral (AVC), sendo a HAS um fator de risco importante para tal condição que afeta milhões de pessoas em todo o mundo (ALI A, et al., 2023).

Em pesquisa prévia realizada em um município de São Paulo com 1.198 pessoas idosas, 141 referiram disfagia, bem como foram observadas condições de saúde bucal classificadas como ruim, muito ruim ou regular. Ainda, a presença de xerostomia, déficit cognitivo e polifarmácia mostraram-se associadas à disfagia, contribuindo para sua ocorrência. Esses achados reforçam a relevância do tema e indicam a necessidade de inclusão da disfagia como foco de políticas públicas voltadas à sua prevenção (SOUZA FMS, 2023).

No presente estudo, 50,5% dos participantes faziam uso de próteses dentárias (**Tabela 2**). Apesar de relatarem estar bem adaptadas, o desempenho mastigatório adequado mostra-se diretamente associado à presença de dentes naturais, à manutenção de uma dentição funcional e ao uso de próteses dentárias em ambas as arcadas. Observa-se que idosos em faixas etárias mais avançadas tendem a apresentar pior desempenho mastigatório, sendo a preservação dos dentes e a reabilitação protética bilaterais fatores essenciais para a obtenção de uma mastigação satisfatória (DA SILVA DAL, et al., 2024). Uma revisão narrativa da literatura sobre envelhecimento, autocuidado e atenção primária identificou como principais achados o edentulismo, a necessidade do uso de próteses, alterações periodontais, hiperplasias, candidíase oral, lesões malignas, lesões de cárie não tratadas, xerostomia e lesões não cariosas. Entre a população idosa, essas condições de saúde bucal podem ser influenciadas por múltiplos fatores, incluindo a falta de informação, o baixo nível socioeconômico, as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, as limitações físicas e cognitivas, a presença de doenças crônicas e o uso contínuo de medicamentos (PAULINO GL, et al., 2023).

Quanto ao risco de disfagia, 39,4% dos pacientes apresentaram pontuações sugestivas de risco, segundo o EAT-10 (**Tabela 3**). Esse achado é relevante e está alinhado com estudos onde a disfagia representa uma condição clínica relevante no prognóstico de pacientes hospitalizados, estando relacionada ao aumento da morbidade e da mortalidade (BOSCH G, et al., 2023). Pesquisa realizada utilizando esse mesmo instrumento evidenciou que pacientes com pontuações mais altas no EAT-10 apresentaram maior probabilidade de

desenvolver pneumonia e de serem readmitidos no hospital. A regressão logística confirmou o EAT-10 como preditor significativo tanto para pneumonia quanto para readmissão (NAFEES S, et al., 2025).

A **Tabela 3** ainda mostra a utilização do instrumento MNA para analisar o risco nutricional. Essa ferramenta apesar da sua validação ser em pessoas idosas, tem se mostrado válida na população adulta e também em ambiente hospitalar (RASLAN M, et al., 2008).

No presente estudo, observou-se elevada frequência de risco nutricional entre indivíduos com IMC dentro da normalidade, reforçando a maior sensibilidade da MNA reduzida na identificação precoce de alterações nutricionais.

Sobre esse tema, pode ser observado que mais de dois terços da amostra apresentou risco nutricional ou desnutrição, indo ao encontro de um estudo recente realizado que mostra que dietas restritivas podem levar a menor ingestão de nutrientes essenciais e à desnutrição. Modificações nos alimentos, ao torná-los menos palatáveis, também reduzem o consumo (SILVA CR, et al., 2024). A desnutrição é altamente prevalente entre pacientes hospitalizados, e a ingestão adequada de nutrientes desempenha um papel crucial em sua recuperação. No entanto, interrupções na dieta, suspensão do suporte nutricional e atraso no início da terapia nutricional podem comprometer significativamente a eficácia do tratamento nutricional (DE ABREU SILVA L, et al,. 2025).

Nesta pesquisa entre os pacientes com risco para disfagia, observou-se que a maioria (n=32) apresentava risco nutricional ou desnutrição, enquanto apenas sete encontravam-se em estado nutricional adequado. Houve associação significativa entre risco de disfagia e risco nutricional (**Figura 1**) Esse achado está alinhada com a literatura, a qual aponta a interdependência entre função de deglutição e risco nutricional (SALEEDAENG P, et al., 2023). A correlação negativa fraca observada na pesquisa sugere que o aumento do risco de disfagia está relacionado à piora do estado nutricional, uma vez que a disfagia ou presença de sintomas disfágicos prejudica diretamente a capacidade de comer, levando a restrições e reduzindo a ingestão alimentar (FERREIRA RP, et al., 2024).

As análises adicionais mostraram que o diagnóstico clínico esteve associado ao risco de disfagia, que pode estar relacionada a uma cascata de desfechos adversos à saúde, incluindo desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa e aumento da mortalidade, o que indica que determinadas condições agudas podem predispor a dificuldades de deglutição (FORMISANO E, et al., 2025).

Ao observar que pacientes com risco para disfagia apresentam desnutrição ou risco nutricional, é importante ressaltar a ocorrência simultânea de ambas as condições, bem como a associação entre elas. Esses achados reforçam a necessidade de avaliação fonoaudiológica precoce assim que o paciente for admitido em ambiente hospitalar, pois a realização de triagem precoce pode contribuir para identificação do risco de disfagia e diminuir a ocorrência de complicações clínicas (KHEDR EM, et al., 2021).

Um estudo de coorte retrospectivo realizado em unidade de emergência mostrou que em pacientes idosos com deglutição normal na admissão, o risco de desenvolver disfagia durante a hospitalização esteve associado a indicadores de sarcopenia, inatividade da deglutição causada por restrições dietéticas com ausência de ingestão oral ou uso de dietas com textura modificada, baixo estado funcional e imobilização, além de baixo estado nutricional (HANSEN T, et al., 2021).

Apesar das contribuições do presente estudo, algumas limitações devem ser consideradas. A natureza transversal da pesquisa impede inferências causais sobre a relação entre risco de disfagia e desfechos ao longo do tempo. Além disso, o estudo foi realizado em uma única unidade o que pode limitar a generalização dos achados para outras realidades assistenciais. É importante destacar que os protocolos utilizados são validados para triagem, mas não substituem avaliações clínicas diagnósticas completas, o que pode ser explorado em estudos futuros com desenho longitudinal e avaliação clínica da deglutição mais abrangente ou exames objetivos da deglutição.

Em síntese, os resultados evidenciam a ocorrência de risco de disfagia e de comprometimento nutricional em pacientes atendidos em pronto-socorro e uma associação significativa entre esses fatores. Os achados

reforçam a necessidade de abordagens multiprofissionais uma vez que o trabalho em equipe nos hospitais melhora a qualidade e a coordenação do cuidado, reduz o tempo de hospitalização e aumenta a satisfação no trabalho e o espírito de equipe entre os profissionais de saúde, beneficiando diretamente os pacientes atendidos (SHI Y, et al., 2025). Assim, a detecção precoce da disfagia e o manejo adequado dessa condição, traz melhoria na qualidade dos cuidados nesses serviços e, possivelmente, a redução de complicações, como a desnutrição.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo demonstram que houve associação entre o risco de disfagia e o risco nutricional nos pacientes atendidos no pronto-socorro de um Hospital Universitário de alta complexidade, com elevada ocorrência de ambos. A presença de fatores clínicos, comorbidades e sintomas sugestivos de alterações da deglutição reforça a complexidade do cuidado a essa população, especialmente entre idosos e indivíduos com doenças crônicas. Os resultados destacam a importância da triagem fonoaudiológica e nutricional precoce no momento da admissão hospitalar, visando a identificação oportuna do risco disfágico e a prevenção de complicações como desnutrição, pneumonia aspirativa e prolongamento do tempo de internação. Nesse contexto, a atuação multiprofissional integrada e a implementação de protocolos sistemáticos de avaliação configuram-se como estratégias fundamentais para qualificar a assistência e promover melhores desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. AGHILI E, et al. Screening oropharyngeal dysphagia in diabetic patients and its potential impact on quality of life. Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies, 2024; 11(3).
2. ALI A, SHAH Z. The pathophysiology of hypertension: a comprehensive review. Bio Sciences Reviews, 2023; 3(1): 1-15.
3. BELAFSKY PC, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otology, Rhinology & Laryngology, 2008; 117(12): 919-924.
4. BOSCH G, et al. Dysphagia in hospitalized patients: prevalence, related factors and impact on aspiration pneumonia and mortality. European Journal of Clinical Investigation, 2023; 53(4): e13930.
5. DA SILVA DAL, et al. Desempenho mastigatório e sua associação com a condição dentária e o uso de prótese dentária em idosos institucionalizados. Revista da Universidade Federal de Minas Gerais, 2024.
6. DE ABREU SILVA L, et al. Challenges of nutritional support administration and clinical outcomes in malnourished patients during hospitalization. Nutrition, 2025; 112817.
7. DE ARAUJO DANTAS AT, et al. Delirium agudo em pacientes pós-cirúrgicos no pronto-socorro. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025; 7(8): 280-288.
8. DE MORAIS RS, et al. Dental factors associated with oropharyngeal dysphagia in institutionalised older adults. Gerodontology, 2025.
9. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. HUSM-UFSM – Hospital Universitário de Santa Maria. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh. Acessado em: 13 out. 2025.
10. FAGÚNDEZ LJM, et al. Diet history: method and applications. Nutrición Hospitalaria, 2015; 31(3): 57-61.
11. FERREIRA RP, et al. Associação entre risco de disfagia e sinais sugestivos de sarcopenia, estado nutricional e frequência de higiene oral em idosos hospitalizados. CoDAS, 2023; e20220232.
12. FERREIRA RP, et al. Disfagia: elementos na fala de idosos hospitalizados com risco nutricional. DEMETRA, 2024; 19: e79694.
13. FORMISANO E, et al. Prevalence of dysphagia and its health implications among elderly residents in long-term care facilities. Nutrients, 2025; 17(20): 3268.
14. GAMA BS, et al. Abordagem das publicações científicas nacionais em disfagia nos últimos cinco anos. Saúde Coletiva, 2025; 15(94): 14897-14914.
15. GONÇALVES MIR, et al. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool (EAT-10). CoDAS, 2013; 25: 601-604.

16. GUO W. Research on aging and chronic diseases: current status, challenges, and strategies. Proceedings of ICBioMed, 2025; 117-123.
17. HANSEN T, et al. Dysphagia prevalence, time course, and association with malnutrition in older patients admitted to an emergency department. Geriatrics, 2021; 6(2): 46.
18. IBRAHIM AM, et al. Factors associated with aspiration risk among geriatric patients with dysphagia. Alexandria Scientific Nursing Journal, 2018; 20(2): 29-50.
19. KAGUEYAMA, Luma et al. Impacto da massa muscular inadequada na funcionalidade da deglutição em pacientes desnutridos internados em um hospital privado brasileiro. BRASPEN Journal, 2023; 36(3): 271-275.
20. KAISER MJ, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
21. KAMI AA, et al. Nutrition risk screening in patients admitted to an adult emergency department of a Brazilian university hospital. Nutrition in Clinical Practice, 2017; 32(1): 84-91.
22. KHEDR EM, et al. Post-stroke dysphagia: frequency, risk factors, and topographic representation. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 2021; 57(1): 23.
23. KOUREK C, et al. Incidence and risk factors of dysphagia after cardiac surgery. Journal of Clinical Medicine, 2025; 14(12): 4279.
24. MANCOPES R, et al. Which physiological swallowing parameters change with healthy aging? OBM Geriatrics, 2021; 5(1).
25. NAFEES S, et al. Predischarge dysphagia measured using the Eating Assessment Tool-10 and its association with aspiration pneumonia. Cureus, 2025; 17(10).
26. OLIVEIRA CP, et al. Perfil epidemiológico de pacientes idosos atendidos em pronto-socorro. Revista de Medicina, 2018; 97(1): 44-50.
27. OLIVEIRA LS, et al. Disfagia orofaríngea e qualidade de vida em idosos após acidente vascular encefálico. Revista CEFAC, 2023; 25: e2323.
28. PAULINO GL, et al. Saúde bucal dos idosos no Brasil. Revista do CROMG, 2023; 22(Supl.4).
29. PONTES TA, et al. Manejo do delirium na emergência. Brazilian Journal of Development, 2021; 7(11): 101900-101911.
30. RASLAN M, et al. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. Revista de Nutrição, 2008; 21: 553-561.
31. ROCHA FCV, et al. Profile of elderly patients admitted to the hospital emergency. Revista de Enfermagem da UFPI, 2014; 3(3): 32-38.
32. RODRIGUES KMR, et al. Disfagia na população idosa e seus impactos na qualidade de vida. UNIFACIG, 2020.
33. ROSSI CS, et al. Risk factors associated to aspiration pneumonia in adults and elderly patients. Dysphagia, 2025; 1-25.
34. SALEEDAENG P, et al. Effect of dysphagia on older adults' nutritional status and meal pattern. Journal of Primary Care & Community Health, 2023; 14.
35. SILVA CR, et al. Perfil nutricional do paciente cardiopata com disfagia: um estudo descritivo piloto. BRASPEN Journal**,** 2024; 39(2)**:** 0-0.
36. SILVA PAB. Prevalência, fatores associados, consciência e prognóstico da doença renal crônica não dialítica em idosos: estudo transversal de base populacional. 2017.
37. SHI Y, et al. Effects of multidisciplinary teamwork on healthcare for patients with chronic conditions. BMC Primary Care, 2025; 26(1): 110.
38. SOUZA FMS. Prevalência e fatores associados à disfagia referida entre pessoas idosas no município de São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.
39. TORRES KRBO, et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do SUS. Physis, 2020; 30(1): e300113.
40. WERLE RW, et al. Fatores relacionados à disfagia orofaríngea no pós-operatório de cirurgia cardíaca. CoDAS, 2016; 28: 646-652.