

Alexia Diovana Fernandes da Rocha¹ 
 Monalise Costa Batista Berbert² 
 Vera Beatris Martins³ 

Descritores

Fonoaudiologia
 Disfagia
 Transtornos de Deglutição
 Neoplasias
 Oncologia

Keywords

Speech, Language and Hearing
 Sciences
 Dysphagia
 Deglutition Disorders
 Neoplasms
 Medical Oncology

Endereço para correspondência:
 Alexia Diovana Fernandes da Rocha
 Programa de Pós-Graduação em
 Residência Multiprofissional Integrada
 em Saúde, Onco-hematologia,
 Universidade Federal de Ciências da
 Saúde de Porto Alegre – UFCSPA
 Rua Sarmento Leite, 245, Centro
 Histórico, Porto Alegre (RS), Brasil,
 CEP: 90050-170.
 E-mail: alexia.rocha99@gmail.com

Recebido em: Abril 01, 2024
Aceito em: Agosto 05, 2024

Relação entre risco de disfagia e nível de ingestão oral em pacientes oncológicos

Relation between risk of dysphagia and oral intake level in cancer patients

RESUMO

Objetivo: Relacionar o risco de disfagia autopercebido com o nível de ingestão oral em pacientes oncológicos hospitalizados. **Método:** Estudo transversal, com amostra por conveniência composta por indivíduos adultos e idosos, com diagnóstico de câncer e internados em um hospital oncológico do sul do Brasil. Os dados sobre sexo, idade, tempo de internação, comorbidades, diagnóstico oncológico, tratamento e via de alimentação, foram obtidos dos prontuários dos participantes. O nível de ingestão oral foi classificado pela Functional Oral Intake Scale (FOIS), o risco de disfagia foi identificado pelo Eating Assessment Tool (EAT-10) e a relação entre eles foi feita por meio do coeficiente de correlação de Spearman. **Resultados:** Foram incluídos 60 participantes (42 tumores sólidos e 18 tumores hematológicos), sendo 35 do sexo feminino (58,3%) e 25 do sexo masculino (41,7%), com média de idade de 58,5 ± 13,1 anos. Destes, 56 se alimentavam por via oral exclusiva (93,3%) e 18 apresentavam risco de disfagia (30%). Os idosos apresentaram maior risco para disfagia em comparação aos adultos (p-valor = 0,020). A relação entre a pontuação do EAT-10 (mediana 0; IQR = 0 - 4) e a classificação da FOIS (N: nível 2 = 2; nível 3 = 2; nível 4 = 2; nível 5 = 12; nível 7 = 42) demonstrou correlação inversa significativa (RHO = -0,463; p-valor = 0,000). **Conclusão:** Observou-se que quanto menor a pontuação no EAT-10, maior o nível da FOIS. Ou seja, quanto menor o risco para disfagia, menor a suscetibilidade ao uso de via alternativa de alimentação.

ABSTRACT

Purpose: To relate the self-perceived risk of dysphagia with the level of oral intake in hospitalized oncology patients. **Methods:** This cross-sectional study had a convenience sample of adults and older adults diagnosed with cancer and hospitalized in an oncology hospital in southern Brazil. Data on sex, age, length of hospitalization, comorbidities, oncological diagnosis, treatment, and feeding route were obtained from the participants' medical records. The level of oral intake was classified using the Functional Oral Intake Scale (FOIS), and the risk of dysphagia was identified using the Eating Assessment Tool (EAT-10). The relationship between these variables was analyzed using Spearman's correlation coefficient. **Results:** The study included 60 participants – 42 with solid tumors and 18 with hematological tumors; 35 females (58.3%) and 25 males (41.7%), with a mean age of 58.5 ± 13.1 years. Of these, 56 exclusively used the oral route for feeding (93.3%), and 18 were at risk of dysphagia (30%). Older patients were at higher risk for dysphagia than adults (p-value = 0.020). EAT-10 scores (median = 0; IQR = 0–4) were significantly inversely correlated (RHO = -0.463; p-value = 0.000) with FOIS classifications (N: level 2 = 2; level 3 = 2; level 4 = 2; level 5 = 12; level 7 = 42). **Conclusion:** The study found that lower EAT-10 scores corresponded to higher FOIS levels. In other words, the lower the risk of dysphagia, the lower the susceptibility to using alternative feeding routes.

Trabalho realizado na Santa Casa de Porto Alegre – SCPA - Porto Alegre (RS), Brasil.

¹Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, Onco-hematologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA - Porto Alegre (RS), Brasil.

²Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA - Porto Alegre (RS), Brasil.

³Serviço de Fonoaudiologia, Santa Casa de Porto Alegre – SCPA - Porto Alegre (RS), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.



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

O câncer é uma doença complexa e é considerada o maior problema de saúde pública no mundo⁽¹⁾. O envelhecimento populacional e as mudanças comportamentais, ambientais e estruturais estão relacionados com o aumento na incidência e na mortalidade por câncer no cenário mundial^(1,2). Para o Brasil, a estimativa para o triênio de 2023-2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer no país, sendo o câncer de pele não melanoma estimado como o mais incidente, seguido pelos cânceres de mama, próstata, cólon e reto, pulmão e estômago⁽¹⁾.

Tanto a doença quanto o seu tratamento podem causar complicações significativas e até mesmo debilitantes para a vida do indivíduo⁽²⁾. Os pacientes oncológicos comumente apresentam disfagia, que está associada a diversos fatores, incluindo os efeitos do próprio tumor, bem como da ressecção cirúrgica, da quimioterapia e da radioterapia⁽³⁾. Apesar deste sintoma ser mais frequente em neoplasias de cabeça e pescoço, ele pode ocorrer em outros tipos de tumores^(3,4).

A disfagia indica a presença de alteração no processo de passagem de sólidos ou de líquidos da cavidade oral até o estômago⁽³⁾. A persistência desta dificuldade pode resultar em desidratação, desnutrição, pneumonia aspirativa e até morte. Os seus impactos afetam negativamente os aspectos sociais, psicológicos e econômicos da vida do paciente, bem como a sua qualidade de vida⁽⁵⁾.

A detecção precoce da disfagia é importante para garantir a segurança da ingestão via oral e a nutrição adequada, reduzindo o risco de aspiração laringotraqueal e melhorando a condição clínica geral do paciente^(6,7). Os instrumentos de rastreio para disfagia são de rápida aplicação, não invasivos, podem ser auto avaliativos e têm como objetivo a identificação precoce desta dificuldade, propiciando o encaminhamento para avaliação da deglutição com fonoaudiólogo⁽⁷⁾.

O uso de instrumentos de rastreio para disfagia já foi descrito previamente em pacientes diagnosticados com neoplasias, principalmente nos casos de tumores de cabeça e pescoço^(5,6,8-11). Considerando que pacientes oncológicos podem apresentar risco para disfagia, é importante relacionar suas percepções sobre as dificuldades na deglutição com os resultados da avaliação clínica fonoaudiológica, visando alcançar uma alimentação segura e uma boa adesão ao tratamento. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo relacionar o risco de disfagia autopercebido com o nível de ingestão oral em pacientes oncológicos hospitalizados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com amostragem por conveniência, desenvolvido em um hospital oncológico de referência da região sul do Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o parecer nº 6.035.026. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra foi composta por indivíduos maiores de 18 anos, com diagnóstico oncológico e que estavam internados nas enfermarias destinadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) de um hospital filantrópico, no período entre maio e junho de 2023. O tamanho amostral foi estimado pelo número de leitos

nas unidades de internação. Foram considerados critérios de exclusão: via alternativa de alimentação exclusiva, más condições do estado clínico geral que impedissem de responder à pesquisa e ausência de dados em prontuário eletrônico.

Os dados relacionados ao sexo, idade, tempo de internação, comorbidades, diagnóstico oncológico, tratamento e via de alimentação, foram obtidos dos prontuários eletrônicos dos participantes. O protocolo para coleta destas informações foi elaborado exclusivamente para o estudo. Todo o processo de avaliação e coleta de dados foi conduzido pela mesma fonoaudióloga.

O nível de ingestão oral foi classificado pela *Functional Oral Intake Scale* (FOIS) após avaliação da deglutição com diferentes consistências alimentares. A FOIS é uma escala que classifica em níveis específicos a quantidade de ingestão por via oral de um indivíduo (alimentos e líquidos)⁽¹²⁾. A escala consiste em sete níveis: os níveis de 1 a 3 indicam os graus de alimentação que dependem da via alternativa de alimentação (com ou sem via oral) e os níveis de 4 a 7 apontam os graus de alimentação exclusivamente por via oral, com ou sem modificações, adaptações e manobras compensatórias na alimentação^(8,12).

O risco para disfagia foi identificado por meio do *Eating Assessment Tool* (EAT-10), que é um instrumento de autoavaliação a partir da percepção do indivíduo sobre sua deglutição^(13,14). O instrumento consiste em 10 itens sobre funcionalidade, impacto emocional e sintomas físicos causados por problemas na deglutição⁽¹⁴⁾. Cada item deve ser respondido numa escala de 0 a 4, de acordo com dificuldades vivenciadas, em que zero indica que não há problema autopercebido e 4 indica um grande problema autopercebido⁽⁵⁾. Uma pontuação ≥ 3 pontos indica que o paciente apresenta risco para disfagia e deve ser encaminhado para avaliação da deglutição com fonoaudiólogo^(5,13).

A análise estatística foi realizada no software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.), com valor de significância de 5% ($p \leq 0.05$). As variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de média e desvio-padrão, e de mediana e intervalo interquartil, quando assimétricas. A normalidade foi verificada pelo teste Shapiro-Wilk. Foram aplicados os testes Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e coeficiente de correlação de Spearman para as análises com os escores EAT-10 e FOIS. Os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher foram aplicados para as análises com risco para disfagia e com nível de ingestão oral.

RESULTADOS

O estudo foi composto por 60 pacientes oncológicos hospitalizados, sendo 35 do sexo feminino (58,3%) e 25 do sexo masculino (41,7%), com média de idade de $58,5 \pm 13,1$ anos. Os dados referentes às características clínicas e demográficas dos participantes estão apresentados na Tabela 1.

Quarenta e dois pacientes foram diagnosticados com tumores do tipo sólido (71,7%) e 18 com tumores do tipo hematológico (28,3%). Em relação à modalidade de tratamento para as neoplasias, 31 pacientes receberam uma modalidade de tratamento (51,7%), 17 receberam duas (28,3%), 4 receberam três (6,7%) e 8 não realizaram tratamento (13,3%).

Tabela 1. Características clínicas e demográficas da amostra

Variáveis	Distribuição	
	N	%
Grupo etário		
Adulto (18-59 anos)	27	45
Idoso (≥ 60 anos)	33	55
Localização dos tumores		
Sistema linfático e/ou sanguíneo	17	28,3
Sistema digestivo	16	26,7
Sistema reprodutivo	10	16,7
Sistema endócrino	1	1,7
Cabeça e pescoço	4	6,7
Ossos	3	5
Pele	3	5
Mama	3	5
Pulmões	3	5
Modalidade de tratamento		
CX	16	26,7
RT	1	1,7
QT	13	21,7
TMO	1	1,7
QT + CX	9	15
QT + RT	3	5
RT + CX	3	5
CX + TMO	1	1,7
QT + TMO	1	1,7
QT + RT + CX	4	6,7
Nenhuma	8	13,3
Respiração		
Ar ambiente	55	91,7
Ar ambiente com TQT metálica	2	3,3
Ar ambiente com suporte O ₂	3	5
Deambulação		
Sim	49	81,7
Não	11	9,3
Auxílio na alimentação		
Sim	3	5
Não	57	95

Legenda: CX = Cirurgia; QT = Quimioterapia; RT = Radioterapia; TMO = Transplante de medula óssea; TQT = Traqueostomia

A mediana em relação à internação hospitalar foi de 7,5 dias (IQR = 3,2 - 15; mínimo = 2 dias, máximo = 83 dias). Vinte e sete pacientes não referiram comorbidades associadas a neoplasia (45%), 25 possuíam pelo menos uma (41,7%) e 8 possuíam duas ou mais (13,4%).

Em relação à alimentação, 56 pacientes se alimentavam por via oral exclusiva (93,3%) e 4 por via oral parcial complementada pela via alternativa de alimentação (6,6%). O principal aspecto a ser analisado a respeito da dentição, foi a presença ou não de elementos dentários no processo de mastigação, sendo assim, a amostra foi dividida em: elementos dentários presentes (dentes próprios e/ou prótese dentária) e edentulismo (ausência total de elementos dentários). A Tabela 2 descreve os dados sobre os achados clínicos fonoaudiológicos.

Quanto ao risco para disfagia, a mediana de pontuação do EAT-10 foi de 0 pontos (IQR = 0 - 4; mínimo = 0, máximo = 25).

Tabela 2. Achados clínicos fonoaudiológicos

Variáveis	Distribuição	
	N	%
Queixas fonoaudiológicas		
Voz	7	11,7
Deglutição	7	11,7
Voz + Deglutição	2	3,3
Voz + Audição	1	1,7
Nenhuma	43	71,7
Dentição		
Elementos dentários presentes	58	96,7
Edentulismo	2	3,3
Higiene oral		
Adequada	52	86,7
Inadequada	8	13,3
Dieta VO (consistência)		
Normal ou branda	42	70
Pastosa	12	20
Pastosa liquidificada	4	6,7
Líquida completa ou pós-operatória	2	3,3
Conduta fonoaudiológica		
Terapia	19	31,7
Alta	41	68,3

Legenda: VO = Via oral

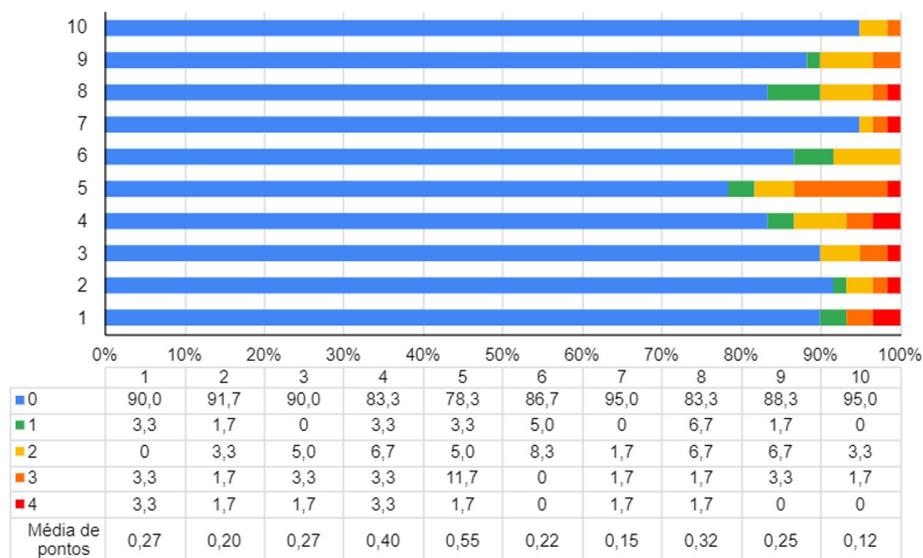
Tabela 3. Risco para disfagia (EAT-10) e nível de ingestão oral (FOIS)

Variáveis	Distribuição	
	N	%
Classificação no EAT-10		
Presença de risco para disfagia (≥ 3 pontos)	18	30
Ausência de risco para disfagia (< 3 pontos)	42	70
Classificação na FOIS		
Nível 2	2	3,3
Nível 3	2	3,3
Nível 4	2	3,3
Nível 5	12	20
Nível 7	42	70

Legenda: Nível 2 = dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido; Nível 3 = dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido; Nível 4 = via oral total de uma única consistência; Nível 5 = via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações; Nível 7 = via oral sem restrições

Na análise do nível de ingestão oral pela FOIS (mediana = 7; IQR = 5 - 7), 93,3% da amostra não utilizava via alternativa de alimentação, sendo que 70% apresentava via oral sem restrições (nível 7). Neste estudo, não tivemos participantes classificados no nível 1 (nada por via oral) e nem no nível 6 (via oral total com múltiplas consistências, sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares) da FOIS. Os dados sobre o risco para disfagia e o nível de ingestão oral estão dispostos na Tabela 3.

O item 5 do EAT-10, que descreve a situação referente à necessidade de fazer força para engolir remédios, apresentou a maior média de pontos em comparação aos demais itens



Legenda: Itens do EAT-10: 1 - Meu problema para engolir me faz perder peso; 2 - Meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa; 3 - Preciso fazer força para beber líquidos; 4 - Preciso fazer força para engolir comida (sólidos); 5 - Preciso fazer força para engolir remédios; 6 - Dói para engolir; 7 - Meu problema para engolir me tira o prazer de comer; 8 - Fico com comida presa/entalada na garganta; 9 - Eu tusso quando como; 10 - Engolir me deixa estressado

Figura 1. Pontuação dos itens do EAT-10 por média e por porcentagem

(0,55 pontos), sendo que 21,7% dos participantes pontuaram algum grau de dificuldade (1 a 4 pontos). Dos pacientes com risco para disfagia, 55,6% referiram algum grau de dificuldade para engolir remédios. A Figura 1 apresenta detalhadamente a relação de pontos dos itens do EAT-10.

No presente estudo, observou-se correlação inversa significativa entre a pontuação do EAT-10 e a classificação da FOIS, por meio do coeficiente de correlação de Spearman ($RHO = -0,463$; $p\text{-valor} = 0,000$). Este achado significa que quanto maior a pontuação no EAT-10, menor o nível na escala FOIS.

O risco para disfagia estava presente em 33,3% dos pacientes com tumores do tipo sólido e em 22,2% dos pacientes com tumores do tipo hematológico. Não houve associação significativa entre o tipo e a localização do tumor, tanto em relação ao risco para disfagia ($p\text{-valor} = 0,389$; $p\text{-valor} = 0,316$), quanto ao uso de via alternativa de alimentação ($p\text{-valor} = 1,000$; $p\text{-valor} = 0,790$), respectivamente. Da mesma forma, a modalidade de tratamento não apresentou relação com o risco para disfagia ($p\text{-valor} = 0,719$) e o uso de via alternativa de alimentação ($p\text{-valor} = 0,612$).

O grupo de pacientes idosos obteve uma pontuação mais alta no EAT-10 ($p\text{-valor} = 0,025$) e demonstrou um risco maior para disfagia ($p\text{-valor} = 0,020$) em comparação ao grupo de adultos, sendo que 77,8% dos pacientes com risco para disfagia eram idosos. Não houve relação entre os grupos etários e o uso de via alternativa de alimentação ($p\text{-valor} = 0,620$).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que o risco de disfagia autopercebido em pacientes oncológicos concorda com a classificação do nível de ingestão oral (uso ou não de via alternativa de alimentação) por meio da avaliação clínica da deglutição. Os instrumentos de triagem para disfagia a partir da opinião do próprio paciente

são essenciais para detecção precoce e para avaliação de como os pacientes percebem o impacto das dificuldades na deglutição em sua vida, promovendo melhor adesão à terapia e resultados mais efetivos, bem como redução de complicações e melhora da qualidade de vida⁽⁶⁻⁸⁾.

Atualmente, a maioria dos estudos presentes na literatura que investigam a disfagia em pacientes oncológicos são voltados às neoplasias de cabeça e pescoço^(5,6,8-11). As alterações na deglutição são frequentes nestes tipos de tumores por conta da localização, bem como das sequelas cirúrgicas e dos efeitos colaterais da radioterapia e da quimioterapia⁽¹⁵⁾. Este estudo apresenta um diferencial em relação à amostra, pois foram incluídos pacientes com diferentes tipos de tumores, não só em região de cabeça e pescoço, visto que a disfagia também acomete estes indivíduos, independentemente da localização^(2,3).

Os pacientes idosos (≥ 60 anos) e do sexo feminino foram mais prevalentes, corroborando com um estudo com pacientes oncológicos, que observou maior prevalência de pessoas do sexo feminino (51%) e uma média de idade de 59 anos⁽¹⁶⁾. Possíveis discordâncias nas características demográficas em relação aos estudos com pacientes com câncer de cabeça e pescoço podem ocorrer, pois este tipo de tumor é mais prevalente em indivíduos idosos (≥ 65 anos) e do gênero masculino⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Os tumores sólidos foram mais prevalentes na amostra quando comparados aos tumores hematológicos, corroborando os dados de incidência presentes na literatura⁽¹⁾. Em relação a localização do tumor, foram mais frequentes aqueles no sistema linfático e sanguíneo, bem como no sistema digestivo. Apesar destes tumores nem sempre afetarem diretamente as estruturas responsáveis pela deglutição, o tratamento para a doença pode causar sintomas que promovem o surgimento da disfagia, como mucosite, xerostomia e odinofagia^(17,18). Em tumores no esôfago, além das manifestações já descritas, a obstrução é uma complicação

comum, podendo impedir a passagem do bolo alimentar para o estômago, ocasionando dor torácica e disfagia baixa⁽¹⁹⁾.

A modalidade de tratamento mais prevalente nesta amostra foi a cirurgia, que pode influenciar no desenvolvimento de problemas na deglutição, porém poucos participantes realizaram o procedimento no trato respiratório superior e/ou no trato digestivo alto. A quimioterapia foi a segunda modalidade de tratamento mais frequente, sendo comum a ocorrência de mucosite nos pacientes por conta da toxicidade, o que pode dificultar o processo de alimentação por via oral^(17,18). A radiação em região de cabeça e pescoço pode causar mudanças na musculatura envolvida na deglutição, além de sequelas que afetam a biomecânica da deglutição⁽¹⁵⁾, porém nesta amostra poucos pacientes realizaram tratamento radioterápico. As características referentes à localização do tumor e ao tratamento, podem explicar a ausência de relação entre tipo de tratamento oncológico, risco de disfagia e nível de ingestão oral neste estudo.

O suporte nutricional enteral ou parenteral é comum em pacientes oncológicos, por conta do risco de desnutrição causado pelo próprio prognóstico da doença ou pelos efeitos colaterais do seu tratamento^(20,21). Nesta população também são frequentes complicações orofaciais, como perdas dentárias e higiene oral inadequada, principalmente em pacientes com tumores de cabeça e pescoço, clinicamente instáveis ou em fase de terminalidade^(22,23). Diante dos achados deste estudo, acredita-se que a baixa frequência de uso de via alternativa de alimentação, bem como a presença de elementos dentários e a higiene oral adequada, podem ser justificados pela estabilidade clínica e pelo baixo número de pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço.

O presente estudo demonstrou que 30% dos participantes apresentaram risco para disfagia, corroborando com um estudo em que 54,4% dos pacientes com diferentes tipos de tumor relataram algum tipo de sintoma relacionado à disfagia, sendo mais comum em tumores de cabeça e pescoço e menos prevalentes em câncer de mama⁽¹⁶⁾. Outro estudo com tumores sólidos fora da região de cabeça e pescoço e trato digestivo alto, identificou a presença de risco para disfagia por meio do EAT-10 em 19% da amostra⁽²⁴⁾. Por outro lado, o risco para disfagia avaliado com o EAT-10, aumenta consideravelmente na população com tumores de cabeça e pescoço, sendo possível identificar uma prevalência deste risco em 54,9% a 72,2% dos pacientes^(17,25). A investigação da disfagia em pacientes com neoplasias fora da região de cabeça e pescoço ainda é escassa na literatura, apesar destes indivíduos também sofrerem com problemas na deglutição^(2,3,16,24), respaldando, assim, a população aqui estudada.

A maioria dos pacientes nesta amostra alimentava-se por via oral exclusiva (FOIS 4-7) e sem restrições na dieta (FOIS 7), corroborando com um estudo com a mesma população, que demonstrou que 96,1% estavam se alimentando por via oral exclusiva e, destes, 56,7% não precisavam realizar adaptações ou restrições na dieta⁽²⁶⁾. Em pacientes com tumores de cabeça e pescoço, observa-se menor prevalência de via oral exclusiva sem restrições quando comparado a população oncológica em geral, como descrito em um estudo que observou que 59% destes pacientes alimentavam-se exclusivamente por via oral (FOIS \geq 4)⁽⁸⁾. Outro estudo com esta mesma população, identificou que somente 16,7% estavam com dieta via oral sem

restrições (FOIS 7), enquanto 77,8% estavam com via oral total com adaptações, compensações e/ou restrições (FOIS 5 ou 6)⁽²⁵⁾. A condição da ingestão oral dos pacientes deste estudo pode ser justificada pela amostra ser representativa da população oncológica.

Neste estudo, a correlação inversa entre a pontuação do EAT-10 e a classificação na FOIS significa que quanto menor o risco de disfagia autopercebido, melhor o nível de ingestão oral (sem uso de via alternativa de alimentação ou restrições/adaptações na dieta oral). Por isso, acredita-se que a autopercepção do paciente em relação a sua alimentação deve ser levada em consideração no processo avaliativo fonoaudiológico.

Em pacientes com câncer de cabeça e pescoço também foi observada correlação inversa entre o nível de ingestão oral (FOIS) e a autopercepção da severidade da disfagia (EAT-10), por meio do coeficiente de Spearman^(8,9,11,25). Em pacientes com tumor fora da região de cabeça e pescoço e trato digestivo alto, observou-se que 21% apresentaram risco para disfagia (EAT-10 \geq 3 pontos ou queixa de dificuldades para deglutir e/ou mastigar) e tiveram a disfagia confirmada por meio da avaliação clínica da deglutição utilizando diferentes critérios, sendo um deles a FOIS $<$ 7⁽²⁴⁾. Não foram encontrados na literatura estudos que relacionaram os achados do EAT-10 e da FOIS em pacientes com diferentes tipos de neoplasias, como neste estudo.

O item do EAT-10 no qual os pacientes mais pontuaram algum grau de dificuldade foi o referente a fazer força para engolir remédios (Figura 1), com maior prevalência naqueles com risco para disfagia. Este achado corrobora um estudo que aplicou o EAT-10 com indivíduos não oncológicos e sem queixas de disfagia, em que 17% relataram algum grau de dificuldade para engolir remédios, sendo que dentre os participantes com risco para disfagia, 72% relataram esta dificuldade⁽²⁷⁾. Outros estudos com pessoas hígdas também encontraram resultados semelhantes, com prevalência variando entre 10,4% e 32%^(28,29). Este dado é importante, pois indivíduos com dificuldades para engolir remédios podem descontinuar a medicação ou usar técnicas inapropriadas para manejar essas dificuldades, o que pode afetar a eficácia do medicamento^(28,30).

Entende-se que a presença de doenças orgânicas como acidente vascular encefálico, doenças neurodegenerativas e neoplasias, podem aumentar ainda mais a prevalência de disfagia entre os idosos^(30,31). Neste estudo, o risco para disfagia foi mais prevalente em pacientes idosos, corroborando com uma pesquisa com pacientes hospitalizados, que observou uma associação entre idade mais avançada e maior risco para disfagia (EAT-10), sendo que dos pacientes classificados com risco para disfagia, 61% tinham idade igual ou superior a 60 anos⁽³²⁾. Em pacientes com câncer de laringe e hipofaringe observou-se que a disfagia era mais frequente em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos⁽³³⁾.

O presente estudo incluiu indivíduos com diferentes tipos de neoplasias, não somente tumores de cabeça e pescoço, além de ter boa representatividade em relação ao sexo, a idade e ao grupo etário (adultos e idosos). Como limitações do estudo, trata-se de uma amostra representativa de um perfil de pacientes de um local de referência no tratamento oncológico, sendo o seu tamanho estimado pelo número de leitos disponíveis. Além disso, optou-se por não realizar avaliação objetiva de deglutição, por conta

das características da rotina do serviço. Espera-se que estudos futuros possam contemplar outras populações, maior amostragem e complementar as avaliações com exames objetivos de deglutição.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que quanto menor a pontuação no EAT-10, maior o nível da FOIS em pacientes oncológicos hospitalizados. Ou seja, quanto menor o risco para disfagia, menor a suscetibilidade ao uso de via alternativa de alimentação.

Esta correlação inversa entre o risco de disfagia e o nível de ingestão oral, sugere que quanto melhor a autopercepção do paciente em relação a sua deglutição, melhor a condição da alimentação via oral. Este achado, aponta para a relevância do uso de instrumentos de autoavaliação da deglutição na população com câncer em geral, visto que este tipo de instrumento de triagem promove a identificação rápida daqueles que necessitam de avaliação da deglutição especializada, propiciando diagnóstico e intervenção precoce.

REFERÊNCIAS

1. INCA: Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [citado em 2024 Abr 1]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
2. Frowen J. Dysphagia in patients with non-head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;27(3):162-7.
3. Raber-Durlacher JE, Brennan MT, Verdonck-de Leeuw IM, Gibson RJ, Eilers JG, Waltimo T, et al. Swallowing dysfunction in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2012;20(3):433-43. <http://doi.org/10.1007/s00520-011-1342-2>. PMID:22205548.
4. Okuni I, Otsubo Y, Ebihara S. Molecular and neural mechanism of dysphagia due to cancer. *Int J Mol Sci.* 2021;22(13):7033. <http://doi.org/10.3390/ijms22137033>. PMID:34210012.
5. Printza A, Kyrgidis A, Pavlidou E, Triaridis S, Constantinidis J. Reliability and validity of the Eating Assessment Tool-10 (Greek adaptation) in neurogenic and head and neck cancer-related oropharyngeal dysphagia. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2018;275(7):1861-8. <http://doi.org/10.1007/s00405-018-5001-9>. PMID:29770876.
6. Arrese LC, Carrau R, Plowman EK. Relationship between the eating assessment Tool-10 and objective clinical ratings of swallowing function in individuals with head and neck cancer. *Dysphagia.* 2017;32(1):83-9. <http://doi.org/10.1007/s00455-016-9741-7>. PMID:27538876.
7. Etges CL, Scheeren B, Gomes E, Barbosa LDR. Screening tools for dysphagia: a systematic review. *CoDAS.* 2014;26(5):343-9. <http://doi.org/10.1590/2317-1782/20142014057>. PMID:25388065.
8. Arrese LC, Schieve HJ, Graham JM, Stephens JA, Carrau RL, Plowman EK. Relationship between oral intake, patient perceived swallowing impairment, and objective videofluoroscopic measures of swallowing in patients with head and neck cancer. *Head Neck.* 2019;41(4):1016-23. <http://doi.org/10.1002/hed.25542>. PMID:30549151.
9. Sinn FS, Charters E, Stone D, Janabi M, Bogaardt H. Responsiveness of the EAT-10 to clinical change in head and neck cancer patients with dysphagia. *Int J Speech Lang Pathol.* 2020;22(1):78-85. <http://doi.org/10.1080/17549507.2019.1596312>. PMID:31032643.
10. Florie M, Pilz W, Kremer B, Verhees F, Waltman G, Winkens B, et al. EAT-10 scores and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in head and neck cancer patients. *Laryngoscope.* 2021;131(1):E45-51. PMID:32246779.
11. Ishii R, Kato K, Ohkoshi A, Sato T, Hirano A, Ogawa T, et al. Simultaneous evaluation of symptoms, swallowing functions, and patient-reported swallowing difficulties and their correlations with ingestion status during definitive chemoradiotherapy for oropharyngeal and hypopharyngeal cancer. *Support Care Cancer.* 2021;29(2):955-64. <http://doi.org/10.1007/s00520-020-05570-2>. PMID:32556716.
12. Cray MA, Carnaby-Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intakescale for dysphagia in strokepatients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(8):1516-20. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049>. PMID:16084801.
13. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2008;117(12):919-24. <http://doi.org/10.1177/000348940811701210>. PMID:19140539.
14. Gonçalves MIR, Remaili CB, Behlau M. Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Eating Assessment Tool - EAT-10. *CoDAS.* 2013;25(6):601-4. <http://doi.org/10.1590/S2317-17822013.05000012>. PMID:24626972.
15. Chiu YH, Tseng WH, Ko JY, Wang TG. Radiation-induced swallowing dysfunction in patients with head and neck cancer: a literature review. *J Formos Med Assoc.* 2022;121(1 Pt 1):3-13. <http://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.06.020>. PMID:34246510.
16. Frowen J, Hughes R, Skeat J. The prevalence of patient-reported dysphagia and oral complications in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2020;28(3):1141-50. <http://doi.org/10.1007/s00520-019-04921-y>. PMID:31203510.
17. Portas J, Corrêa D, Queija D, Arantes LMRB, Viana LDS, Carvalho AL. Effect of induction chemotherapy on swallowing in head and neck cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;20(1):91-6. <http://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.1.91>. PMID:30678386.
18. Dewan K. Chemotherapy and dysphagia: the good, the bad, the ugly. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;28(6):385-91. <http://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000672>. PMID:33027141.
19. Sadaps M, Bhatt A, Chevalier C, Sohal D, Videtic G, McNamara MJ. A practical guide to the management of dysphagia in patients with metastatic esophageal cancer. *AOE.* 2018;1:2616-784.
20. Chow R, Bruera E, Arends J, Walsh D, Strasser F, Isenring E, et al. Enteral and parenteral nutrition in cancer patients, a comparison of complication rates: an updated systematic review and (cumulative) meta-analysis. *Support Care Cancer.* 2020;28(3):979-1010. <http://doi.org/10.1007/s00520-019-05145-w>. PMID:31813021.
21. Martinovic D, Tokic D, Puizina Mladinic E, Usljebrka M, Kadic S, Lesin A, et al. Nutritional management of patients with head and neck cancer-a comprehensive review. *Nutrients.* 2023;15(8):1864. <http://doi.org/10.3390/nu15081864>. PMID:37111081.
22. Zambrano TBS, Batista C, Poletto AC, Gavilanes N, Guskuma MH, do Amaral MA, et al. Oral hygiene of patients with cancer in the intensive care unit. *J. Health Scie.* 2018;20(2):83-6. <http://doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n2p83-86>.
23. Epstein JB, Barasch A. Oral and dental health in head and neck cancer patients. *Cancer Treat Res.* 2018;174:43-57. http://doi.org/10.1007/978-3-319-65421-8_4. PMID:29435836.
24. Kenny C, Regan J, Balding L, Higgins S, O'Leary N, Kelleher F, et al. Dysphagia prevalence and predictors in cancers outside the head, neck, and upper gastrointestinal tract. *J Pain Symptom Manage.* 2019;58(6):949-958. e2. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.030>. PMID:31445137.
25. Leão I, Garcia C, Antunes P, Campolargo A, Dias I, Coimbra E, et al. Dysphagia prevalence and predictors in cancers outside the head, neck, and upper gastrointestinal tract. *Cancers.* 2022;14(11):2698. PMID:35681678.
26. Matsuda Y, Karino M, Kanno T. Relationship between the Functional Oral Intake Scale (FOIS) and the Self-Efficacy Scale among Cancer Patients: a cross-sectional study. *Healthcare.* 2020;8(3):269. <http://doi.org/10.3390/healthcare8030269>. PMID:32823778.
27. Souza LF, Nascimento WV, Alves LMT, Silva ACV, Cassiani RA, Alves DC, et al. Medicationswallowingdifficulties in peoplewithoutdysphagia. *Rev CEFAC.* 2019;21(4):e0119. <http://doi.org/10.1590/1982-0216/20192140119>.
28. Radhakrishnan C, Sefidani Forough A, Cichero JAY, Smyth HE, Raidhan A, Nissen LM, et al. A difficult pill to swallow: an investigation of the factors associated with medication swallowing difficulties. *Patient Prefer Adherence.* 2021;15:29-40. <http://doi.org/10.2147/PPA.S277238>. PMID:33469272.

29. Tahaineh L, Wazaify M. Difficulties in swallowing oral medications in Jordan. *Int J Clin Pharm*. 2017;39(2):373-9. <http://doi.org/10.1007/s11096-017-0449-z>. PMID:28281225.
30. Abu-Ghanem S, Chen S, Amin MR. Oropharyngeal dysphagia in the elderly: evaluation and prevalence. *Curr Otorhinolaryngol Rep*. 2020;8(1):34-42. <http://doi.org/10.1007/s40136-020-00258-x>.
31. Thiyaalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, Shindelar KL, Takahashi PY. Dysphagia in older adults. *Mayo Clin Proc*. 2021;96(2):488-97. <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.08.001>. PMID:33549267.
32. Andrade PA, Santos CAD, Firmino HH, Rosa COB. The importance of dysphagia screening and nutritional assessment in hospitalized patients. *Einstein*. 2018;16(2):eAO4189. PMID:29898087.
33. Huh G, Ahn SH, Suk JG, Lee MH, Kim WS, Kwon SK, et al. Severe late dysphagia after multimodal treatment of stage III/IV laryngeal and hypopharyngeal cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2020;50(2):185-92. <http://doi.org/10.1093/jjco/hyz158>. PMID:31711185.

Contribuição dos autores

ADFR foi responsável pela conceitualização, curadoria de dados, análise de dados, pesquisa, metodologia, redação do manuscrito original, revisão e edição do manuscrito; MCBB foi responsável pela conceitualização, supervisão, metodologia, redação do manuscrito original, revisão e edição do manuscrito; VBM foi responsável pela conceitualização, supervisão, revisão e edição do manuscrito.