



**O USO DO PROTOCOLO EAT-10 NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 11 ANOS
USING THE EAT-10 PROTOCOL IN BRAZIL FOR THE LAST 11 YEARS**

Ana Paula Conrado¹

Francine Marson Costa²

Data de protocolo: 29/10/2019

Data de aprovação: 21/11/2019

Resumo: Tendo em vista a necessidade crescente de atuação do fonoaudiólogo com as disfagias orofaríngeas, o presente trabalho buscou revisar na literatura como tem sido a utilização do Protocolo EAT-10 para avaliação das disfagias nos últimos anos no Brasil. Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura realizada nas bases de dados Scielo, PubMed e Google Acadêmico, utilizando os seguintes descritores: disfagia, fonoaudiologia, Protocolo EAT-10. A partir dos resultados foi possível ratificar que o Protocolo EAT-10 é uma ferramenta muito importante e eficiente para avaliar pacientes disfágicos, porém que ainda há poucos relatos do seu uso na prática fonoaudiológica no Brasil. Conclui-se que o Protocolo EAT-10 é uma alternativa eficaz e acessível que poderia ser mais amplamente utilizada para avaliação das disfagias orofaríngeas.

Palavras chave: EAT-10, saúde, disfagia, vida, expectativa.

Abstract: Given the growing need for speech therapists to act with oropharyngeal dysphagia, the present study sought to review the literature on the use of dysphagia in recent years in Brazil. This is a research conducted in the Scielo and Google Academic databases, using the following descriptors: dysphagia, speech therapy, EAT-10, swallowing and feeding. From the results it was possible to notice that the EAT-10 Protocol is a very important and efficient tool to evaluate dysphagic patients, but there are still few reports of its use in speech therapy practice in Brazil. It is concluded that EAT-10 Protocol is an effective and affordable alternative that could be more widely used to evaluate oropharyngeal dysphagia.

Keywords: health, dysphagia, life, expectation

¹ Acadêmica do Curso de Bacharelado em Fonoaudiologia pela Faculdade Sant'Ana

² Orientadora, Docente do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade Sant'Ana

1. INTRODUÇÃO

A expectativa de vida vem aumentando de forma lenta e gradual no cenário brasileiro. Contudo, aumentaram também os problemas de saúde nos idosos, devidos a idade avançada. Dentre os problemas decorrentes, os relacionados à deglutição serão analisados neste artigo, através de uma breve análise dos conceitos de disfagia e também sobre o *Eating Assessment Tool* - EAT-10 no Brasil nos últimos anos.

O manejo da disfagia no Brasil tem sido muito estudado nos últimos anos. Inúmeros são os instrumentos nacionais e adaptados utilizados para avaliar a disfagia, no entanto o uso deles na prática clínica fonoaudiológica ainda é bastante restrito.

Tendo em vista esta situação o presente estudo teve como objetivo revisar na literatura o uso do Protocolo EAT-10 no Brasil nos últimos 11 anos.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O tipo de pesquisa realizada neste trabalho foi uma Revisão de Literatura Qualitativa e Descritiva, no qual foi realizada consulta a periódicos e artigos científicos nos sites Scielo, PubMed e Google Acadêmico. Após o levantamento bibliográfico, foram pesquisados quais artigos foram publicados no Brasil e tem validade científica e acadêmica, trazendo a utilização do Protocolo EAT-10 no Brasil.

A partir deste levantamento foi realizada uma discussão entre os autores pesquisados, salientando que a utilização do Protocolo EAT-10 no Brasil ainda é pequena, apesar do seu baixo custo.

O período dos artigos pesquisados foram os trabalhos publicados nos últimos 11 anos. As palavras chave utilizadas na busca foram: disfagia, EAT-10, deglutição, alimentação.

Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos nas bases de dados, artigos em outros idiomas, artigos não condizentes com o tema.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Disfagia – primeiras impressões

Para o ser humano, a alimentação é muito mais do que o aporte calórico para a sua sobrevivência. Escoura (1998 *apud* Oliveira *et al* 2008, p. 71) destacam que ela deve ser vista também como uma fonte de prazer, mediada por sabores, consistências e diferentes aparências.

Abdulmassib *et al* (2009) complementa tal assertiva, destacando que sentir aromas que aguçam os sentidos ao degustar um prato elaborado com cuidados especiais é um dos maiores prazeres que podem ser proporcionados ao ser humano, garantindo-lhe a manutenção da vida.

Tal prazer pode sofrer interrupção caso haja um distúrbio da deglutição em consequência de patologias mecânicas, neurogênicas, medicamentosas, psicogênicas, a qual é denominada de disfagia.

A disfagia é um distúrbio do sistema digestório comum em indivíduos com paralisia cerebral, apesar de se manifestar em diversas outras enfermidades, segundo (GERAIS, 2008). Essa enfermidade encontra-se ligada à dificuldade de deglutição e o comprometimento da função motora oral.

Deglutir os alimentos, segundo Oliveira *et al* (2008) se configura como um complexo processo, o qual envolve muitos músculos faciais e nervos cranianos para o seu normal funcionamento. Esse distúrbio que recebe a nomenclatura de disfagia, é um termo oriundo do grego (*Dys* – dificuldade e *phagien* – comer), o qual pode afetar desde a introdução do alimento na boca, até a sua chegada ao estômago, resultando numa ingestão e absorção inadequada de alimentos.

A disfagia altera a progressão dos alimentos pelo trato digestivo (da boca ao estômago), podendo acarretar déficits nutricionais e de hidratação ao indivíduo, bem como comprometimentos do seu estado pulmonar podendo culminar em broncopneumonia aspirativa (ABDULMASSIB *et al*, 2009, p. 55)

Quando ocorre uma anormalidade, seja esta anatômica ou funcional em qualquer estrutura do processo de deglutição, ocorre a disfagia, que é a condição

clínica altamente debilitante e que pode resultar em complicações graves como a pneumonia aspirativa, a desidratação e também a desnutrição (SONSIN *et al*, 2009).

A deglutição é um processo complexo, conforme apontam Bassi *et al* (2004), por envolver estruturas relacionadas à cavidade oral, faringe, laringe e esôfago. Ela é caracterizada por fenômenos sucessivos coordenados e inter-relacionados que são submetidos a um controle neural, o qual permite a condução do conteúdo oral até o estômago.

Quando o alimento é deglutido passa pela boca e pela faringe, um tubo afunilado que composto por músculo estriado esquelético e revestido por uma túnica mucosa. Estende-se das coanas até o esôfago posteriormente e até a laringe anterior. A parte nasal da faringe esta envolvida na respiração; o alimento que é deglutido passa da boca para as partes oral e laríngea da faringe, antes de passar ao esôfago as contrações musculares das partes orais e laríngeas da faringe ajudam a impulsionar o alimento para o esôfago (TORTORA e DERRICKSON, 2012, p. 492).

A deglutição é um processo neuromuscular dinâmico, compreendido por quatro fases, citadas por Soares *et al* (2009): fase pré-oral e oral (voluntárias), faríngea e esofágica (involuntárias). Os autores ainda destacam que existem aproximadamente trinta músculos e seis nervos cranianos envolvidos em todo o processo de deglutição.

O trabalho junto a pacientes que apresentam disfagia significa estar em constante contato com risco de morte, segundo Oliveira *et al* (2008), o qual complementa que o quadro clínico não é caracterizado tão somente por alterações funcionais e/ou estruturais da dinâmica da deglutição, visto que o estado nutricional, de hidratação e a função pulmonar podem se apresentar gravemente prejudicados. Por causa disso, a disfagia é reconhecida como um dos principais fatores de risco de ocorrência de pneumonia aspirativa.

A disfagia neurogênica compreende as alterações do processo de deglutição decorrentes de um comprometimento neurológico, com sintomas e complicações decorrentes do comprometimento sensório motor de todos os músculos envolvidos no processo de deglutição. É um processo particularmente debilitante, fazendo com que haja complicações médicas, podendo levar a morte ou o aumento do custo de saúde devido ao suporte ventilatório, traqueostomia e necessidade de alimentação através de sonda gástrica percutânea (SOARES *et al*, 2009)

A disfagia é caracterizada pela anormalidade anatômica ou funcional do paciente em conduzir os alimentos em qualquer fase do processo de deglutição e sua avaliação e detecção precoce é fundamental para minimizar ou mesmo evitar as intercorrências clínicas, como desidratação, desnutrição, asfixia, congestão pulmonar e infecções recorrentes do trato respiratório. O diagnóstico é feito pelo fonoaudiólogo, entretanto existem sinais clínicos que adverte o profissional da saúde para a possibilidade da presença de disfagia (CHAVONI *et al*, 2014, p. 35).

O paciente clinicamente comprometido com a disfagia necessita, no ambiente hospitalar, de atendimento de uma equipe multidisciplinar que deve ser formada por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo e médicos de diferentes especialidades, a qual deve priorizar a minimização, o mais rápido possível, de riscos de complicações no período do pós-evento (ABDULMASSIB, 2009).

Cuenca *et al* (2017, p. 116) destacam que a disfagia divide-se em dois grandes grupos:

- 1) as originadas de anormalidades do funcionamento da musculatura do esôfago, que é chamada de disfagia neuromuscular, e
- 2) as de causa mecânica com comprometimento da luz do órgão por lesões da sua própria parede ou por compressão extrínseca.

Já Abdulmassib *et al* (2009, p. 55) fala do relacionamento do acidente vascular encefálico como uma causa de desordem relacionada a deglutição:

Dentre as alterações neurogênicas estudos relacionam o acidente vascular encefálico (AVE) como uma das causas mais comuns de desordem da deglutição, podendo ser a principal causa de morbidade relacionada às complicações respiratórias e à desnutrição. A disfagia pode estar presente em todas as formas do AVE, com incidência de broncopneumonia três vezes maior que em outros pacientes acamados, em virtude de várias condições consequentes como: a possibilidade de aspiração silente (sem tosse reflexa) ou microaspiração; a disfunção motora da faringe; o atraso na iniciação da deglutição; a estase em recessos faríngeos (valécula e/ou seios piriformes) e das alterações no mecanismo de fechamento laríngeo (mais comum no pós AVE de tronco encefálico) requerendo uma via alternativa para nutrição e hidratação.

A função da deglutição é “permitir uma adequada nutrição e hidratação ao indivíduo – aspectos indispensáveis a manutenção da vida”, apontam Bassi *et al* (2004). Tal processo só ocorre de uma forma segura se houver uma integridade do sistema nervoso central e das estruturas envolvidas com a deglutição.

Cuenca *et al* (2007) destacam que a presença de disfagia em diversas faixas etárias sugere diferentes etiologias: Em pacientes com idade inferior a 50 anos, as causas mais frequentes são em ordem de probabilidade: esofagite de refluxo, acalasia, tumores benignos, carcinomas, compressão extrínseca e esclerodermia. Já nos pacientes com idade superior a 50 anos, são: carcinoma (principal causa), esofagite de refluxo, anel esofágico, acalasia e espasmo esofágico difuso.

Segundo Sonsin *et al* (2009), a disfagia pode levar à desnutrição pela redução ou restrição da ingestão alimentar, tendo em vista que os pacientes raramente consomem a quantidade adequada de alimentos sólidos e/ou líquidos pelo receio de comer, seja pela anorexia ou pela própria dificuldade para a ingestão de alimentação oral.

A desidratação pode ser um agravante no caso da disfagia, podendo haver a necessidade de espessamento dos líquidos com a suspensão daqueles de consistência rala, com o intuito de reduzir o risco de aspiração. (SONSIN *et al*, 2009).

Contudo, um diagnóstico precoce que identifique a disfagia e realize uma intervenção estimulativa auxiliará que sejam menores os riscos de agravamento do quadro clínico do paciente. A intervenção fonoaudiológica precoce, dentro de vinte e quatro a quarenta e oito horas pós-evento em paciente clinicamente estável em ambiente hospitalar tem o intuito de identificar rapidamente o problema e prevenir de complicações clínicas, possibilitando assim o tempo de internação, conforme explicam Abdulmassib *et al* (2009).

Quadro 1 – Métodos de avaliação do risco para disfagia.

Método	Aplicador	Procedimento
TRIAGEM EAT10 + avaliação fonoaudiológica estrutural e funcional + Escala de Severidade da Disfagia (O'Neil <i>et al</i> , 1999)	Fonoaudiólogo especialista	De acordo com o resultado da avaliação, os pacientes poderão ser encaminhados para avaliações complementares de deglutição como a videofluoroscopia ou a videoendoscopia da deglutição e/ou encaminhados para tratamento fonoaudiológico especializado. Nesta etapa, podem-se fazer necessárias

	modificações de consistência, indicação do uso de espessante alimentar e/ou indicação de vias alternativas parciais ou exclusivas de alimentação.
--	---

Fonte: CARVALHO e SALES (2016, p. 9).

De acordo com o Quadro 1 acima apresentado, Carvalho e Sales (2016), complementam destacando que o padrão-ouro para o diagnóstico de disfagia e determinação do risco de aspiração é dada pela associação de métodos de uma avaliação clínica e instrumental da deglutição, que pode ser a videofluoroscopia ou até mesmo vídeo endoscopia de deglutição.

Vale destacar que o estudo sobre a disfagia no Brasil ainda é recente, sendo que a sua pesquisa passou a ganhar destaque na década de 90.

É preciso também, para uma melhor compreensão do tema proposto, a conceituação e o histórico do Protocolo EAT-10.

3.2 Protocolo EAT-10

O *Eating Assessment Tool* – EAT-10 é uma ferramenta de triagem que foi desenvolvida no ano de 2008 nos Estados Unidos a partir da informação de 482 pacientes, conforme explicam Andrade *et al* (2018).

Trata-se de um instrumento prático para o uso rotineiro no cuidado de idosos, com o intuito de melhorar a saúde e a qualidade de vida, reduzindo o custo com cuidados médicos (CARVALHO e SALES, 2016).

Tal protocolo foi desenvolvido para uso como um “instrumento robusto de autoavaliação da identificação do risco de disfagia, favorecendo a indicação de intervenção multidisciplinar o mais precocemente possível” (GONÇALVES *et al*, 2013).

No processo de reabilitação dos indivíduos doentes, Silva e Grilo (2018) comentam que quando estes apresentam comprometimento na deglutição, fundamental que a equipe multidisciplinar se encontra ciente das suas atribuições e saiba identificar o quadro clínico.

Gonçalves *et al* (2013) relatam que o questionário foi traduzido para a língua portuguesa por duas fonoaudiólogas brasileiras bilíngues, então denominado de Instrumento de Avaliação da Deglutição, as quais evitaram o uso literal de palavras ou frases, preocupando-se com a tradução conceitual, e a retrotradução foi realizada por uma terceira fonoaudióloga brasileira que não participou da primeira etapa.

Desse modo, o protocolo pode então ser válido e robusto a partir da autoavaliação para o risco de disfagia, ao indicar pacientes que necessitam de uma intervenção multidisciplinar precoce. Andrade *et al* (2018) explicam ainda que o instrumento de análise possui dez questões de formulação simples, as quais fornecem informações sobre a funcionalidade, impacto emocional e sintomas físicos que um problema de deglutição pode acarretar na vida do indivíduo.

O EAT-10 se caracteriza como um instrumento aplicável a todos os doentes com compromisso de deglutição, independentemente do seu diagnóstico, tratando-se de um questionário tipo *likert* em que o paciente refere a intensidade do compromisso percebido, onde atribui uma pontuação a cada uma das afirmações, obtendo-se então um score que pode variar entre 0 e 4 (de nenhum problema a problema grave, gradativamente) (SILVA e GRILO, 2018).

O EAT 10 é um questionário subjetivo e específico especialmente desenvolvido para avaliar o grau de severidade dos sintomas da disfagia. É composto por 10 itens selecionados a partir de inúmeras correlações de testes e retestes (CARVALHO e SALES, 2016, p. 7).

O questionário constante no Protocolo EAT-10 foi desenvolvido por uma equipe multidisciplinar sendo de fácil aplicabilidade, sendo possível identificar através dessa triagem os pacientes que necessitam de uma avaliação fonoaudiológica detalhada, conforme explicam Carvalho e Sales (2016).

Vale ressaltar que para a aplicação deste protocolo, o paciente necessita de capacidade de leitura e compreensão, bom nível cognitivo, ou que as questões sejam lidas pelo aplicador.

A seguir, um modelo de protocolo dentro dos padrões do EAT-10:

Figura 1 – Modelo de Protocolo EAT-10.

NOME	SEXO	IDADE	DATA
------	------	-------	------

OBJETIVO:

O EAT-10 te ajuda a avaliar a dificuldade de deglutição. Converse com seu médico ou fonoaudiólogo sobre os possíveis tratamentos para os seus sintomas.

A. HISTÓRICO:

Fale sobre seu problema de engolir: _____

Liste todos os exames de deglutição que você fez (data e resultados): _____

B. AVALIAÇÕES:

Responda cada questão, escrevendo o número de pontos no quadrado.

O quanto essas situações são um problema para você? Marque o melhor número para o seu caso.

1 Meu problema para engolir me faz perder peso.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

6 Dói para engolir.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

2 Meu problema para engolir não me deixa comer fora de casa.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

7 Meu problema para engolir me tira o prazer de comer.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

3 Preciso fazer força para beber líquidos.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

8 Fico com comida presa/entalada na garganta.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

4 Preciso fazer força para engolir comida (sólidos).

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

9 Eu tusso quando como.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

5 Preciso fazer força para engolir remédios.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

10 Engolir me deixa estressado.

0	1	2	3	4
Sem problemas		Problema severo		

C. PONTUAÇÃO:

Some os pontos escritos nos quadrados.

Pontuação máxima de 40 pontos.

TOTAL:

D. O QUE FAZER EM SEGUIDA:

Se o total de pontos é igual ou maior que 3, você pode ter problemas de deglutição e segurança. Recomenda-se que você divida esses resultados com seu médico ou fonoaudiólogo.

Referências: The validity and reliability of EAT-10 has been determined. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology & Laryngology* 2008;117(12):919-924.

Menin *et al* (2017) comentam que, o número de idosos vem crescendo rapidamente em relação à população mundial, o que está ocorrendo também com a população brasileira. Com o envelhecimento, o perfil pode acabar sofrendo uma forte influência de fatores ambientais, biológicos e sociais, o que acaba por interferir ingestão alimentar.

Os idosos que necessitam ser monitorados constantemente com o EAT-10, segundo Carvalho e Sales (2016) são os portadores de Alzheimer, portadores de Parkinson e os idosos frágeis que tiveram quadro de pneumonia.

Quadro 2 – Descrição dos diferentes graus da disfagia a partir da avaliação fonoaudiológica realizada, seguido do tipo de dieta sugerida e suas principais características.

Deglutição e Disfagia	Tipo de Dieta	Características da dieta
Deglutição normal	Normal	Inclui todos os alimentos e todas as texturas
Deglutição funcional	Branda	Alimentos macios que requerem certa habilidade de mastigação, como carnes cozidas e úmidas, verduras e legumes cozidos, pães e frutas macios. Exclui alimentos de difícil mastigação ou que tendem a se dispersar na cavidade oral, como os secos (farofa), as verduras e os legumes crus, os grãos etc., bem como as misturas de consistências (canja de galinha e feijão com caldo e caroço).
Disfagia leve	Dieta pastosa	Alimentos bem cozidos, em pedaços ou não, que requerem pouca habilidade de mastigação, como arroz pastoso, carnes e legumes bem cozidos, picados ou desfiados, pães macios e sopas cremosas e/ou com pedaços de legumes bem cozidos ou batidos. Líquidos podem ser espessados ou não. Pode haver necessidade de suplementação nutricional.
Disfagia de leve a moderada	Pastosa homogênea	Alimentos cozidos e batidos, coados e peneirados formando uma preparação homogênea e espessa.

		Ausência de grumos. Ex: Purês, mingaus, líquidos espessados. Pode haver necessidade de suplementação nutricional da alimentação.
Disfagia grave	Enteral	Via oral suspensa e necessidade de dieta enteral exclusiva

Fonte: CARVALHO e SALES (2016, p. 10).

Um estado de saúde oral adequado em conjunto com uma boa nutrição são fatores que podem vir a interferir na saúde e, com o envelhecimento, os hábitos de mastigação podem se alterar, tendo em vista que os idosos acabam sendo mais propensos a possuir deficiências na função mastigatória e percepção do saber (MENIN *et al*, 2017).

A importância do protocolo EAT-10 é citada por Menin *et al* (2017, p. 53):

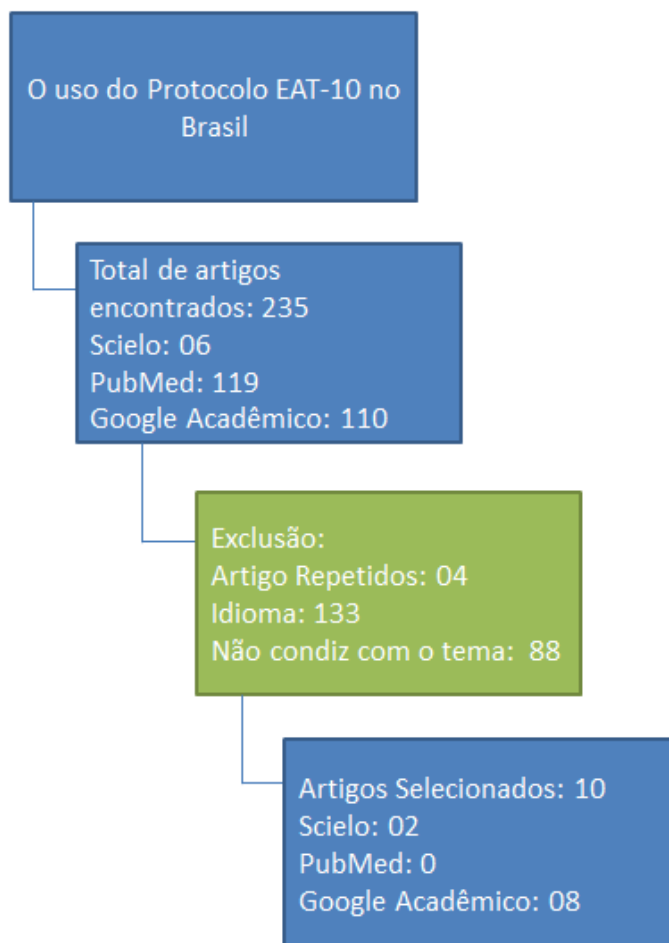
Para a avaliação das dificuldades encontradas na mastigação, torna-se relevante a autopercepção da saúde oral pelo idoso, durante a alimentação, por meio de administração de questionários, com o intuito de verificar os fatores que possam interferir no desempenho desta função.

Pode-se dizer que a reabilitação é um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo que tem como intuito a recuperação funcional da pessoa, a sua reintegração na família, comunidade e sociedade, sendo para isso necessária uma abordagem holística do doente com deglutição comprometida centrando-se nestes objetivos. (SILVA e GRILO)

4. RESULTADOS

Foram encontrados 235 artigos, porém, foram excluídos 225 destes artigos, sendo 4 artigos repetidos, 133 artigos em outro idioma e 88 artigos não condizentes com o tema, conforme a figura 2:

Figura 2 – Organograma.



Fonte: Própria Autora (2019).

Foram selecionados 13 artigos para a realização da presente pesquisa, os quais seguem abaixo:

Quadro 3 – Artigos publicados no Brasil sobre o protocolo EAT-10.

TÍTULO	AUTOR	ANO	OBSERVAÇÕES
Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados	Patrícia Amaro Andrade <i>et al</i>	2014	O EAT-10 identificou 26,2% dos avaliados em risco, estando esta condição significativamente associada à pior capacidade funcional. Sugere-se, assim, que esta é uma ferramenta útil de triagem para a disfagia.
Impacto na qualidade de vida de portadores de Doença de Parkinson com risco para disfagia	Larissa Nogueira Freire <i>et al</i>	2015	Foram incluídos no estudo pacientes que possuíam doença de Parkinson e que tivessem escore de três ou mais pontos no questionário Eating Assessment Tool (EAT-10), o que já é indicativo de risco de disfagia

Validade de conteúdo e processos de respostas de um instrumento de rastreio para disfagia orofaríngea no Acidente Vascular Encefálico	Tatiana Magalhães de Almeida	2017	Nesse estudo o EAT-10 foi utilizado para documentar a gravidade inicial da disfagia e para monitorizar a resposta ao tratamento de pessoas com uma ampla gama de distúrbios de deglutição. Concluíram que o EAT-10 é um instrumento auto-administrado para a avaliação subjetiva da disfagia.
Abordagem epidemiológica em disfagia orofaríngea	Leandro de Araújo Pernambuco Hipólito Virgílio Magalhães Junior	2015	O protocolo utilizado foi o EAT-10, definido pelos autores da pesquisa como um instrumento de <i>screening</i> para identificação de indivíduos com risco de Disfagia Orofaríngea.
Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool – EAT-10	Maria Inês Rabelo Gonçalves <i>et al</i>	2013	Para obtenção da equivalência cultural e validação da ferramenta, o EAT-10 foi aplicado em um grupo de 107 pacientes adultos, internados no Hospital São Paulo, sendo 30 deles provenientes de UTIs e 77 de enfermarias. Todos os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Observou-se equivalência cultural do EAT-10 para o português brasileiro, sem a necessidade de modificação ou retirada de nenhuma questão do protocolo original.
Viabilidade da aplicação de protocolos de rastreio de disfagia na atenção primária à saúde	Ana Cláudia Alves <i>et al</i>	2016	O protocolo de triagem EAT-10 de Belafsky (2008) é a proposta mais viável de rastreio de disfagia na Atenção Primária à Saúde, por possuir linguagem acessível, podendo ser utilizado por profissionais não especialistas, representar baixo custo e por ser um método de eficácia.
Estado nutricional, alimentação e saúde oral em idosos de um município da Serra Gaúcha	Aline Piccoli Menin <i>et al</i>	2017	O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional, alimentação e a saúde oral de idosos de um município da serra no Rio Grande do Sul, Brasil, por meio de um estudo transversal descritivo e analítico quantitativo, com dados primários. Dos 135 idosos avaliados, 71,9% eram mulheres. A obesidade abdominal foi prevalente nas mulheres e o risco de desnutrição pela MAN quanto à prevalência de baixo peso pelo IMC aumentaram com a idade. Para os demais métodos de avaliação nutricional, as diferenças não foram estatisticamente significativas.
Cuidados de Enfermagem de reabilitação em doentes com deglutição comprometida: resultados	Paulo Cesar Lopes Silva	2018	A objetividade do instrumento EAT-10 na triagem clínica do compromisso na deglutição e a aplicação do V-VST/MECV-V demonstram-se bastante eficazes para detectar

de um programa de intervenção.			doentes com risco de desenvolverem complicações nutricionais e respiratórias. Estes instrumentos oferecem dados importantes para identificar os doentes que necessitam de uma avaliação instrumental mais exaustiva (videofluroscopia ou endoscopia).
Deglutição comprometida: uma abordagem de Enfermagem de Reabilitação	Paulo Cesar Lopes Silva	2018	O objetivo do estudo é identificar as alterações da deglutição nos doentes internados com problemas neurológicos num serviço de departamento de medicina de um Centro Hospitalar com escalas próprias de acordo com o estado de arte. Os doentes que integraram o programa não desenvolveram complicações e inclusive reverteram o compromisso na deglutição, concorrendo para aumentar a sua autonomia e independência.
Risco nutricional e de disfagia em idosos hospitalizados com idade avançada	Leandro Pernambuco <i>et al</i>	2018	O estudo em questão é do tipo transversal e foi realizado com 88 indivíduos com idade maior ou igual a 85 anos, até o quinto dia de internação hospitalar. O risco de disfagia de acordo com o EAT-10 foi maior nos participantes que estavam desnutridos em relação aos classificados com estado nutricional normal.

Fonte: própria autora (2019).

5. DISCUSSÃO

Todos os artigos que fizeram parte da análise que foram publicados no Brasil sobre o Protocolo EAT-10 e que constam no quadro acima, foram favoráveis a utilização do referido protocolo, destacando que é uma ferramenta útil para avaliar a disfagia.

Andrade *et al* (2014) tiveram como objetivo verificar a prevalência do risco de disfagia e seus fatores associados em pacientes hospitalizados, bem como avaliar o estado nutricional por diferentes métodos e correlacioná-los à pontuação do EAT-10, chegando à conclusão de que o rastreamento da disfagia e da desnutrição devem ser incorporados à rotina hospitalar, com o intuito de evitar ou minimizar os prejuízos provocados por estas condições, especialmente nos idosos.

No trabalho de Freire *et al* (2015), foram incluídos no estudo pacientes do ambulatório que possuíam doença de Parkinson e que tivessem escore de três ou mais pontos no questionário EAT-10, o que já é indicativo de risco de disfagia, verificando-se que os portadores de DP com risco para disfagia sofrem impacto na qualidade de vida, principalmente, no domínio da comunicação oral.

No estudo de Almeida *et al* (2017), o EAT-10 foi utilizado para documentar a gravidade inicial da disfagia e para monitorizar a resposta ao tratamento de pessoas com uma ampla gama de distúrbios de deglutição, concluindo que o EAT-10 é um instrumento auto-administrado para a avaliação subjetiva da disfagia.

Pernambuco *et al* (2015) dividiram seu artigo sob duas perspectivas: no objetivo 1, foi descrita a realização de uma Revisão Sistemática de Literatura que abrangeu estudos publicados até julho de 2013, constantes nas bases de dados PubMed e Embase, e no objetivo 2, foi conduzido um Inquérito Telefônico no qual participaram indivíduos com 18 anos ou mais de idade, registrados nos diretórios telefônicos de três cidades que representavam a população geral holandesa. O artigo tem o mérito de propor uma abordagem epidemiológica a um tema que necessita de mais estudos nessa perspectiva.

No estudo realizado por Gonçalves *et al* (2013), verificou-se que, para obtenção da equivalência cultural e validação da ferramenta, o EAT-10 foi aplicado em um grupo de 107 pacientes adultos, internados no Hospital São Paulo, sendo 30 deles provenientes de UTIs e 77 de enfermarias. Todos os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, observou-se equivalência cultural do EAT-10 para o português brasileiro, sem a necessidade de modificação ou retirada de nenhuma questão do protocolo original.

Alves *et al* (2016) destacaram em seu estudo que o protocolo de triagem EAT-10 de Belafsky (2008) é a proposta mais viável de rastreio de disfagia na Atenção Primária à Saúde, por possuir linguagem acessível, podendo ser utilizado por profissionais não especialistas, representar baixo custo e por ser um método de eficácia, concluindo que o aludido protocolo é a proposta mais viável de rastreio de disfagia, podendo ser utilizado por profissionais não especialistas, representar baixo custo e por ser um método de eficácia comprovada e rápida aplicação, sugerindo-se

a inclusão de mais profissionais fonoaudiólogos nos casos de Estratégias Saúde da Família, para contribuir com a saúde da população nas equipes multiprofissionais.

Já Pernambuco *et al* (2018) realizaram um estudo para estabelecer a prevalência de risco nutricional e fatores de risco associados em idosos com idade avançada recém-admitidos no hospital, do tipo transversal e realizado com 88 indivíduos com idade maior ou igual a 85 anos, até o quinto dia de internação hospitalar. O estudo foi considerado relevante por demonstrar a importância da realização de triagens direcionadas ao risco nutricional e de disfagia já na admissão hospitalar.

Os artigos pesquisados e avaliados citam a importância do profissional capacitado para aplicar e liberar a alimentação oral, que é o Fonoaudiólogo, e quando necessário, contar com a ajuda do profissional de Enfermagem, que é um importante auxiliar no processo.

O período de aplicação deve ser de 24 a 48 horas após a extubação para realizar o teste.

O custo benefício do Protocolo EAT-10 é relativamente barato, se for comparado com a videofluoroscopia ou a videoendoscopia, sendo então uma alternativa mais acessível para profissionais e pacientes, bem como para o SUS (Sistema Único de Saúde), quando o tratamento for realizado pelo Poder Público.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos estudos apresentados afirmarem que o protocolo é útil e de fácil aplicação, infelizmente o mesmo ainda não é utilizado em grande escala, pela falta de conhecimento dos profissionais com relação ao mesmo.

As poucas publicações existentes acerca do assunto apontam para a necessidade do referido protocolo ser mais divulgado e estudado, para que essa ferramenta possa ser mais difundida e utilizada na prática clínica.

À medida que o protocolo passe a ser utilizado com mais frequência, é possível que haja uma melhora na detecção da disfagia em pacientes.

Além disso, vale destacar a questão financeira, pois o protocolo é salutar para ser aplicado também no sistema público de saúde, pelo seu baixo custo,

podendo atender mais cidadãos melhorando o fluxo do atendimento e minimizando o tempo de espera dos pacientes que aguardam nas filas para serem atendidos e tratados, visto que o direito a saúde é um direito constitucional.

REFERÊNCIAS

ABDULMASSIB, Edna Márcia da Silva. MACEDO FILHO, Evaldo Dacheux. SANTOS, Rosane Sampaio. JURKIEWICZ, Ari Leon. Evolução de pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar. **Arquivo Internacional de Otorrinolaringologia**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 55-62, 2009. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/26873056_Evolucao_de_pacientes_com_disfagia_orofaringea_em_ambiente_hospitalar . Acesso em 26 ago. 2019.

ALMEIDA, Tatiana Magalhães de. COLA, Paula Cristina. PERNAMBUCO, Leandro de Araújo. MAGALHÃES JUNIOR, Hipólito Virgílio. MAGNONI, Carlos Daniel. SILVA, Roberta Gonçalves da. Validade de conteúdo e processos de respostas de um instrumento de rastreio para disfagia orofaríngea no Acidente Vascular Encefálico. **CODAS**, 2017, 29(4), p. 1-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n4/2317-1782-codas-29-4-e20170009.pdf> . Acesso em 21 ago. 2019.

ALVES, Ana Cláudia. BUENO, Sheyla Carina Ferreira. ARANTES, Barbara Mafra Neves. Viabilidade da aplicação de protocolos de rastreio de disfagia na atenção primária à saúde. **Revista IESSA**. Ponta Grossa, 2016, p. 1-11. Disponível em <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/tcc/article/view/75/23> . Acesso em 21 ago. 2019.

ANDRADE, Patrícia Amaro. SANTOS, Carolina Araújo dos. FIRMINO, Heloísa Helena. ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. Importância do rastreamento de disfagia e da avaliação nutricional em pacientes hospitalizados. **Einstein**. Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. ISSN 1679-4508 e e-ISSN 2317-6385. São Paulo, p. 1-6, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082018000200201&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 21 ago. 2019.

BASSI, Ana Elisa Ribeiro. MITRE, Edson Ibrahim. SILVA, Magali Aparecida Orate Menezes da. ARROYO, Marta Alves da Silva. PEREIRA, Marcio Coimbra. Associação entre a disfagia e o topodiagnóstico da lesão encefálica pós-acidente vascular encefálico. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 135-42, abr-jun, 2004. Disponível em <http://www.revistacefac.com.br/fasciculo.php?form=edicoes/v6n2.php#>. Disponível em 26 ago. 2019.

CARVALHO, Beatrice. SALES, Deborah Santos. Disfagia & Desnutrição. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2016. Disponível em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/especial.pdf> . Acesso em 21 ago. 2019.

CHAVONI, Renata Caroline. SILVA, Patrícia Blasco. RAMOS, Gyl Henrique Albrecht. Diagnóstico nutricional de pacientes do serviço de cabeça e pescoço e sua relação com a disfagia em um hospital oncológico do Paraná. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 43, p. 35-41, jan/fev/mar, 2014. Disponível em <https://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Revista-SBCCP-43-1-Artigo-07.pdf> . Acesso em 30 ago. 2019.

CUENCA, Ronaldo Mafia. MALAFAIA, Danielle Toniolo. SOUZA, Gleim Dias. SOUZA, Luciana Queiroz Rodrigues de. MOTTA, Vicente Paulo da. LIMA, Mariliz Regina Antunes. GARCIA, Cacilda Joyce Ferreira da Silva. Síndrome Disfágica. **ABCD Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**. p. 116/118, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202007000200011 . Acesso em 26 ago. 2019.

FREIRE, Larissa Vieira. RIEDER, Carlos Alberto de Mello Rieder. SCHUH Artur Francisco Schumacher. DORNELLES, Maria Rozenfeld. **Revista Neurociencia**. 2015, 23(4), p. 516-521. Disponível em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2015/2304/originals/1065original.pdf> . Acesso em 21 ago. 2019.

GERAIS, Minas; HORIZONTE, Belo. **Prevalência e características da disfagia em pacientes pediátricos atendidos pelo serviço de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais**, 2008.

GONÇALVES, Maria Inês Rebelo. REMAILI, Carla Bogossian. BEHLAU, Mara. Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool – EAT-10. **CODAS**. 2013, p. 1-5. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/codas/2013nahead/aop_292_13.pdf. Acesso em 21 ago. 2019.

HARB, Ana Beatriz Cauduro. CAUMO, Wolnei. HIDALGO, Maria Paz Loayza. Tradução e adaptação da versão brasileira do *Night Eating Questionnaire*. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro 24(6), p. 1368-1376, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/17.pdf>. Acesso em 21 ago. 2019.

MENIN, Aline Piccoli. NÉSPOLO, Gabriela. BRUSCATO, Neide Maria. MORIGUCHI, Emílio Hideyuki. BERNARDI, Juliana Rombaldi. SIVIERO, Josiane. Estado nutricional, alimentação e saúde oral em idosos de um município da Serra Gaúcha. **Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 51-74, 2017. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/60287> . Acesso em 21 ago. 2019

OLIVEIRA, Mariana Mendonça Gregghi. TERUEL, Silmara Lucheti. LIMA, Jaqueline Littieri. BERGAMASCO, Christiane Maria. AQUINO, Rita de Cássia. Terapia nutricional em disfagia: a importância do acompanhamento nutricional. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano VI, n.º 16, abr/jun 2008. Disponível em https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/382 . Acesso em 26 ago. 2019.

PERNAMBUCO, Leandro de Araújo. MAGALHÃES JUNIOR, Hipólito Virgílio. Abordagem epidemiológica em disfagia orofaríngea. **Distúrbios Comun.** São Paulo, 27(4), p. 874-877, dez. 2015. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/21542/18821> . Acesso em 21 ago. 2019.

PERNAMBUCO, Leandro de Araújo. SOUZA, Daniela Xavier de. TRAVASSOS, Letícia de Carvalho Palhano. Risco nutricional e de disfagia em idosos hospitalizados com idade avançada. **Distúrbios Comun.** São Paulo: 31(2), p. 350-353, jun/2019. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/37610/29275> . Acesso em 21 ago. 2019.

SANTOS, Thaís Miranda Curvelo. CONCEIÇÃO, Tatiana Maíta Alves Conceição. CARDOSO, Fabrício. BERESFORD, Heron. Avaliação da estimulação elétrica no tratamento da disfagia secundário ao acidente vascular encefálico. **Acta Fisiatr**, 2009, 16(4), p. 191-195, 2009. Disponível em

SILVA, Paulo Cesar Lopes. GRILLO, Eugênia Nunes. Deglutição comprometida. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento.** Vol. 4, n.º 3, dez./2018. Disponível em http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/267 . Acesso em 21 ago. 2019.

SONSIN, Patrícia Bissoli. BONFIM, Cristiane. SILVA, Ana Lúcia Neves Duarte da. CARUSO, Lúcia. Análise da assistência nutricional a pacientes disfágicos hospitalizados na perspectiva de qualidade. **O mundo da Saúde.** São Paulo, p. 310/319, 2009. Disponível em http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/69/310a319.pdf . Acesso em 26 ago. 2019

TORTORA, Gerard J. DERRICKSON, Bryan. **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia.** Artmed Editora, 2012.