

ARTIGO ORIGINAL

Risco de disfagia, sarcopenia e qualidade de vida em mulheres idosas

Vera Regina Cerceau¹, Hudson Azevedo Pinheiro¹, Marina Cerceau Silva¹, Marina Morato Stival²

¹Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso (ESP/FEPECS/SESDF), Brasília, DF, Brasil

²Universidade de Brasília (UNB), Brasília, DF, Brasil

Recebido em: 23 de Maio de 2025; Aceito em: 28 de Maio de 2025.

Correspondência: Vera Regina Cerceau, vrcerceau@gmail.com

Como citar

Cerceau VR, Pinheiro HA, Silva MC, Stival MM. Risco de disfagia, sarcopenia e qualidade de vida em mulheres idosas. Geronto Bras. 2025;1(1):70-84. doi:[10.62827/gb.v1i1.0007](https://doi.org/10.62827/gb.v1i1.0007)

Resumo

Introdução: Com o envelhecimento populacional podem ocorrer alterações no estado geral do indivíduo, dentre estas alterações estão a sarcopenia, a disfagia e desnutrição. Entre as mulheres idosas isso pode ocorrer de forma mais acentuada devido as alterações hormonais pós-menopausa. Estas alterações podem comprometer a Qualidade de vida da faixa etária de 60 anos ou mais. **Objetivo:** A sarcopenia pode ocorrer no envelhecimento humano e, quando associada a condições como a disfagia, pode ter impacto negativo na qualidade de vida. Avaliou-se a associação da sarcopenia e da disfagia com a Qualidade de Vida de mulheres idosas. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 258 mulheres idosas atendidas no ambulatório de geriatria do SUS. Foram avaliadas características clínicas, risco de disfagia pelo *Eating Assessment Tool* (EAT-10), sarcopenia e qualidade de vida pelo *EuroQol five-dimensional questionnaire* (EQ-5D). A regressão linear foi utilizada para determinar o modelo de predição de Qualidade de Vida. **Resultados:** A mediana de idade das mulheres foi de 73 anos, sedentárias, edêntulas, com Incontinência urinária e polifarmácia. Verificou-se que os piores escores de Qualidade de Vida (QV) estavam presentes nas mulheres idosas com sarcopenia, risco de disfagia osteoporose) e incontinência urinária. Foi observada alta prevalência de edentulismo e incontinência urinária. Não houve interferência na qualidade de vida das idosas investigadas, mas houve impacto nas que apresentaram incontinência urinária e risco de disfagia. **Conclusão:** Mulheres idosas com risco de disfagia e incontinência urinária

apresentaram piores escores de Qualidade de Vida, principalmente nas dimensões Dor/desconforto e Mobilidade. Não se observou associação entre sarcopenia e QV.

Palavras-chave: Idosos; Transtornos da Deglutição; Sarcopenia; Incontinência Urinária; Qualidade de Vida.

Abstract

Risk of dysphagia, sarcopenia and quality of life in elderly women

Introduction: With population aging, changes in the general state of the individual may occur, among these changes are sarcopenia, dysphagia and malnutrition. Among elderly women this may occur more pronouncedly due to post-menopausal hormonal changes. These changes may compromise the Quality of Life of the age group of 60 years or older. *Objective:* Sarcopenia can occur in human aging and, when associated with conditions such as dysphagia, can have a negative impact on quality of life. The objective was to evaluate the association of sarcopenia and dysphagia with the Quality of Life of elderly women.

Methods: Cross-sectional study carried out with 258 elderly women treated at the geriatric outpatient clinic of the SUS. Clinical characteristics, risk of dysphagia by the Eating Assessment Tool (EAT-10), sarcopenia and quality of life by the EuroQol five-dimensional questionnaire (EQ-5D) were evaluated. Linear regression was used to determine the prediction model for Quality of Life. *Results:* The median age of the women was 73 years, sedentary, edentulous, with urinary incontinence and polypharmacy. It was found that the worst Quality of Life (QoL) scores were present in elderly women with sarcopenia, risk of dysphagia (osteoporosis) and urinary incontinence. A high prevalence of edentulism and urinary incontinence was observed. There was no interference in the quality of life of the elderly women investigated, but there was an impact on those who presented urinary incontinence and risk of dysphagia. *Conclusion:* Elderly women with risk of dysphagia and urinary incontinence had worse Quality of Life scores, mainly in the dimensions Pain/discomfort and Mobility. No association was observed between sarcopenia and QoL.

Keywords: Aged; Deglutition Disorders; Sarcopenia; Urinary Incontinence; Quality of Life.

Resumen

Riesgo de disfagia, sarcopenia y calidad de vida en mujeres mayores

Introducción: Con el envejecimiento poblacional pueden presentarse cambios en el estado general del individuo, entre estos cambios se encuentran la sarcopenia, la disfagia y la desnutrición. Entre las mujeres mayores, esto puede ocurrir de manera más pronunciada debido a los cambios hormonales posmenopáusicos. Estos cambios pueden comprometer la calidad de vida de las personas de 60 años o más. *Objetivo:* La sarcopenia puede ocurrir durante el envejecimiento humano y, cuando se asocia con afecciones como la disfagia, puede tener un impacto negativo en la calidad de vida. El objetivo fue evaluar la asociación de la sarcopenia y la disfagia con la Calidad de Vida de mujeres mayores. *Métodos:* Estudio transversal realizado con 258 mujeres mayores atendidas en el ambulatorio geriátrico del SUS. Se evaluaron las características clínicas, el riesgo de disfagia mediante el Eating Assessment Tool (EAT-10), la sarcopenia y la calidad de vida mediante el cuestionario de cinco dimensiones EuroQol (EQ-5D). Se utilizó regresión lineal para determinar el modelo de

predicción de calidad de vida. *Resultados:* La mediana de edad de las mujeres fue de 73 años, sedentarias, edéntulas, con incontinencia urinaria y polifarmacia. Se encontró que los peores puntajes de Calidad de Vida (CV) estaban presentes en mujeres mayores con sarcopenia, riesgo de disfagia (osteoporosis) e incontinencia urinaria. Se observó una alta prevalencia de edentulismo e incontinencia urinaria. No hubo interferencia en la calidad de vida de las ancianas investigadas, pero sí impacto en aquellas que presentaron incontinencia urinaria y riesgo de disfagia. *Conclusión:* Las mujeres mayores con riesgo de disfagia e incontinencia urinaria presentaron peores puntuaciones de Calidad de Vida, especialmente en las dimensiones Dolor/malestar y Movilidad. No se observó asociación entre la sarcopenia y la calidad de vida.

Palabras-clave: Anciano; Trastornos de Deglución; Sarcopenia; Incontinencia Urinaria; Calidad de Vida.

Introdução

O envelhecimento populacional impõe especificidades aos sistemas de saúde e à comunidade científica, que buscam compreender e monitorar o perfil epidemiológico das populações idosas em todo o mundo, bem como responder às necessidades e demandas que abarcam o entendimento sobre qualidade de vida (QV). Para tal, utilizam-se de parâmetros que se interpelam, de maneira positiva e/ou negativa na QV, a fim de minorar os desafios biopsicossociais e aprimorar os aspectos, fisiológicos e intrínsecos, das habilidades físicas, mentais e funcionais da pessoa idosa, considerando o ambiente em que vive [1,2,3].

Entre os desafios relacionados ao âmbito orgânico, em especial aos aspectos intrínsecos e fisiológicos do envelhecimento, a sarcopenia refere-se ao declínio progressivo e generalizado do sistema musculoesquelético, sendo caracterizada pela diminuição obrigatória da massa muscular, associada à diminuição da força muscular e/ou do desempenho físico. Tal doença merece destaque, pois não há diretrizes clínicas para o seu controle e a gestão do seu custo tornou-se particularmente importante, tendo em vista o aumento significativo de casos, sendo necessário intervenções que visem a manutenção e melhora da QV, acarretando enormes custos pessoais e à sociedade [4,5].

Sabe-se que, no Brasil, a prevalência de sarcopenia pode variar de 4,8% a 62,0%, sendo os fatores que interferem nesse extenso intervalo a metodologia de avaliação utilizada, as características da população investigada e a definição utilizada em diferentes estudos, [5]. Paralelamente, é uma doença que apresenta prevalência em mulheres maior que em homens, 16,1% em comparação à 14,4% em homens, conforme apontam estudos em países como Brasil, Japão, Coreia do Sul, Estados Unidos, Taiwan e Reino Unido [5]. Geralmente está relacionada a doenças crônicas não transmissíveis, déficit cognitivo, idade avançada, desnutrição/déficit nutricional, sedentarismo, tabagismo, polifarmácia, pessoas idosas acamadas e institucionalizadas [6,7].

Na relação com outras condições médicas, o relatório divulgado pela Sociedade Japonesa de Reabilitação da Disfagia evidenciou a correlação entre sarcopenia e disfagia, um distúrbio de deglutição, por meio de dois padrões distintos e cíclicos: sarcopenia/desnutrição de corpo inteiro seguida por disfagia e disfagia seguida por desnutrição/sarcopenia de corpo inteiro [8,9]. Salienta-se que a disfagia é uma condição que pode ter sua prevalência variando entre 10% e 60% em pessoas idosas, havendo um aumento médio de 3% a cada ano de vida [10,11,12,13].

Quando associadas, essas alterações podem impactar negativamente na QV de pessoas idosas, especialmente de mulheres. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV é a percepção do indivíduo acerca de sua posição no contexto sociocultural em que vivem, em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. Dessa maneira, a QV se associa diretamente à capacidade individual de desempenhar papéis sociais, bem-estar psicológico, adaptação e funcionamento dentro de grupos sociais [14].

Os resultados do presente estudo podem possibilitar arcabouço teórico e evidências empíricas para o desenvolvimento científico da presente

Métodos

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa realizado com mulheres idosas de um centro de referência em Geriatria e Gerontologia da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ceilândia da Universidade de Brasília com CAEE 45969821.9.0000.8093. Todas receberam informações sobre a pesquisa, segundo a Resolução nº. 466/2012 e nº. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Procedimentos para coleta de dados

A amostragem foi por conveniência e utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: sexo feminino e idade maior ou igual a 60 anos; acompanhadas na unidade; e concluir todas as avaliações propostas na pesquisa. Adotou-se os seguintes critérios de exclusão (por acreditar que estes pacientes, devido a sua condição clínica, apresentarem maior risco de desnutrição, disfagia e sarcopenia): pacientes que apresentavam demência grave, sequelas de AVC e doença de Parkinson; aquelas que possuíam

temática, com enfoque na QV, além de colocar em pauta a carência na literatura acerca dos domínios afetados pela sarcopenia [15]. Nesse contexto, considerando o envelhecimento populacional, com perspectivas de aumento da expectativa de vida, e que a sarcopenia pode interferir na QV de pessoas idosas, sendo a disfagia uma condição associada à doença em questão, a presente pesquisa objetivou avaliar a associação da sarcopenia e disfagia com a QV de mulheres idosas.

O objetivo deste estudo foi avaliar a associação da sarcopenia e disfagia com a QV de mulheres idosas.

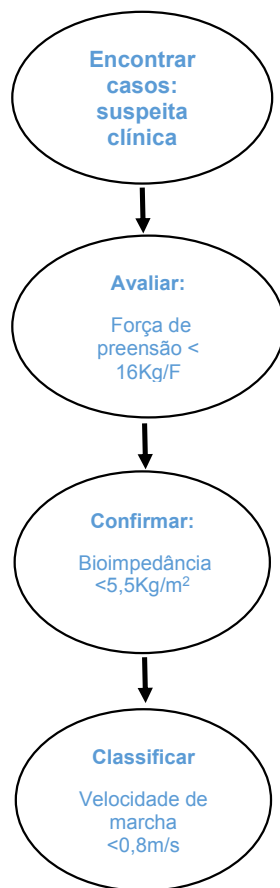
membros amputados, marcapasso, estavam acamadas e se alimentando por vias alternativas. Assim, participaram da pesquisa 258 mulheres idosas atendidas no período de setembro de 2021 a fevereiro de 2022. As avaliações foram realizadas em ambiente privativo do ambulatório.

Inicialmente, após a concordância em participar da pesquisa e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), realizou-se uma entrevista estruturada e investigou-se as seguintes variáveis: medicações de uso contínuo, morbidades, edentulismo, incontinência e sedentarismo que foram autorreferidos e confirmadas nos prontuários digitais da Secretaria do Estado de Saúde (SES/DF).

Em seguida, para avaliação da cognição utilizou-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM), instrumento com itens dicotômicos que possibilita escore total de 30 pontos e adotou-se escores de corte para déficit cognitivo: analfabetos < 21; 1 a 5 anos de escolaridade < 24; 6 a 11 anos de escolaridade < 26; 12 anos ou mais de escolaridade < 27

[16]. Mulheres idosas que apresentassem comprometimento cognitivo grave e que impossibilitasse a realização dos testes seriam excluídas da pesquisa.

Utilizou-se os critérios da EWGSOP2 para determinar se a paciente apresentava o fenótipo da sarcopenia [4].



Fonte: os autores.

Figura 1 - Algoritmo de identificação de mulheres idosas com sarcopenia segundo o *European Working Group of Sarcopenia in Older People revised (EWGSOP2)*

O teste de preensão palmar determinou a força muscular, por meio de dinamômetro hidráulico SAEHAN®, sendo avaliada na mão dominante em um total de três tentativas, sendo considerado ponto de corte média inferior a 16Kg/F [17]. Segundo o Consenso Europeu de Sarcopenia Revisado (EWGSOP2), a baixa força de preensão é um poderoso preditor de maus resultados do paciente, como internações hospitalares mais longas, aumento das limitações funcionais, má qualidade de vida com piora da saúde e até mesmo a morte [4].

As mulheres idosas que não usavam marca-passo, foram orientadas quanto ao protocolo para a realização da bioimpedância: permanecer em jejum, não terem feito exercício físico nas últimas 24 horas, estar com roupas leves, retirar todos os objetos de metal do corpo, suspender o uso do diurético esvaziar a bexiga antes do exame. Realizou-se avaliação da composição corporal a partir de bioimpedância (BIA) pelo aparelho tetrapolar *In Body®* modelo 270, e determinou-se a Massa Muscular Esquelética Apendicular (MMEA) pela soma da massa muscular dos membros superiores e inferiores [18].

Na avaliação da velocidade de marcha (que determina a gravidade da sarcopenia) a participante foi orientada a caminhar uma distância de cinco metros, de maneira habitual, em superfície plana, sinalizada por duas marcas distantes três metros uma da outra, para reduzir efeitos de aceleração e desaceleração cujo ponto de corte foi uma velocidade de marcha $<0,8$ m/s [4].

A identificação do risco de disfagia foi realizada por meio do EAT-10, instrumento de autoavaliação, composto por 10 itens abarcando os domínios funcional (3 questões), emocional (3 questões) e físico (4 questões). As proposições de tal instrumento utiliza de sinais e sintomas e/ou queixas da paciente, sendo escore total de três ou mais pontos como indicativo de risco de disfagia [19].

Paralelamente, fez-se uso do questionário de Mini Avaliação Nutricional (MAN) para identificar risco de desnutrição, sendo necessário mensurar peso, altura, circunferências do braço e da panturrilha. Mulheres idosas com pontuação total entre 17 e 23,5 foram classificadas com “risco de desnutrição” e aquelas com pontuação total abaixo de 17 com “desnutrição” [20].

Por fim, para a avaliação da QV utilizou-se o *EuroQol five-dimensional questionnaire* (EQ-5D), instrumento genérico que engloba cinco dimensões de saúde: Mobilidade, Cuidados pessoais, Atividades habituais, Dor/desconforto e Ansiedade/depressão. O EQ5D envolve três níveis de respostas, gerando um código de cinco dígitos que deve ser verificado na tabela de valoração da QALY-Brasil (*Quality Adjusted Life Years*), em que há a variância de 0 a 1, sendo 0 indicativo de pior QV

possível e 1 indicativo de excelente QV [21].

A análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 25.0. A distribuição da normalidade das variáveis foi verificada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. As análises descritivas objetivaram apresentação das variáveis em mediana e intervalo interquartil (P25 e P75) para casos não paramétricos e frequências absolutas ou relativas para casos categóricos.

Para a comparação de medianas de dois grupos de variáveis não paramétricas, utilizou-se o teste U de *Mann-Whitney*, já para a verificação das diferenças na proporção dos grupos, segundo as categorias das variáveis independentes, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado. Para apuração das possíveis correlações entre as variáveis, fez-se uso do teste de correlação de *Spearman* (s) e $p < 0,05$ o nível de significância considerado.

Por último, realizou-se análise de regressão linear múltipla considerando os seguintes pré-requisitos: número mínimo de 20 sujeitos por variável independente, resíduos normalmente distribuídos, ausência de outliers, ausência de multicolinearidade, relação linear entre as variáveis independentes com a variável dependente e presença de homocedasticidade. Optou-se pelo método *Stepwise Backward* para propor um modelo preditivo de QV em mulheres idosas. No modelo final de predição apresentou-se os coeficientes não padronizados (CNP), coeficiente de regressão (β), teste t e o p-valor, que identifica a contribuição de cada variável na predição do modelo. Considerou-se $p < 0,05$ como significância.

Resultados

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e clínicas da amostra.

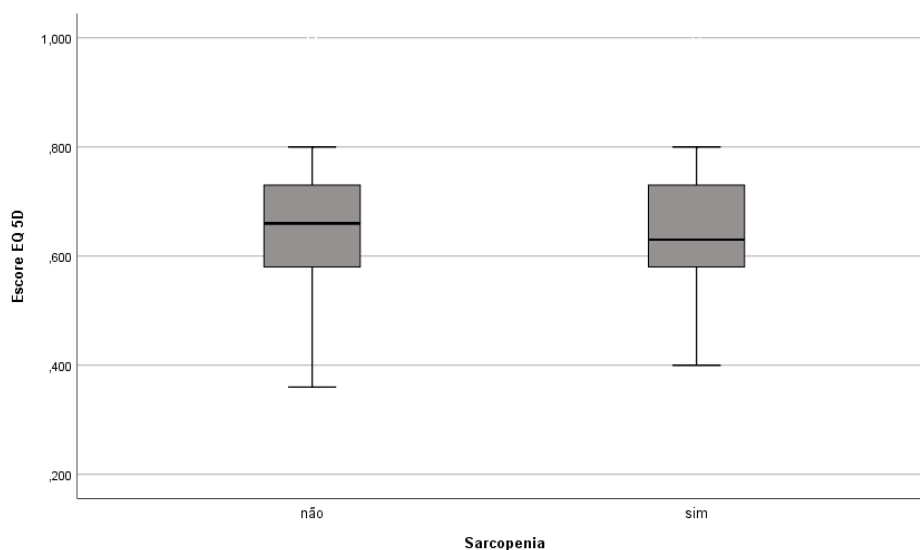
Tabela 1 – Valores medianos dos escore de qualidade de vida do EQ-5D, de acordo com variáveis demográficas e clínicas das idosas. Brasília, 2025

	n	Total			Escore EQ-5D			
		%	Mediana	P25	P75	Valor p		
Idade	60 a 69 anos	85	32,9	0,690	0,590	0,780	0,648	
	70 a 79 anos	99	38,4	0,730	0,610	0,780		
	≥ 80 anos	74	28,7	0,695	0,610	0,750		
Escolaridade	analfabeto	44	17,1	0,690	0,610	0,780	0,755	
	ensino fundamental	137	53,1	0,730	0,610	0,780		
	ensino médio	55	21,3	0,705	0,610	0,780		
	ensino superior	22	8,5	0,730	0,610	0,800		
Sedentarismo	não	104	40,3	0,730	0,610	0,780	0,411	
	sim	154	59,7	0,685	0,600	0,780		
Estado mental	normal	244	94,6	0,710	0,610	0,780	0,973	
	déficit cognitivo	14	5,4	0,695	0,610	0,730		
Sarcopenia	não	206	79,8	0,730	0,630	0,800	0,038	
	sim	52	20,2	0,690	0,610	0,780		
Estado nutricional	desnutrido	63	24,4	0,700	0,610	0,730	0,667	
	eutrófico	195	75,6	0,730	0,610	0,780		
Obstipação	não	185	71,7	0,730	0,610	0,780	0,374	
	sim	73	28,3	0,690	0,610	0,780		
Edentulismo	não	49	19,0	0,730	0,610	0,780	0,430	
	sim	209	81,0	0,690	0,590	0,730		
Risco de disfagia	não	152	58,9	0,690	0,640	0,780	0,042	
	sim	106	41,1	0,640	0,570	0,730		
Polifarmácia	não	87	33,7	0,730	0,610	0,780	0,808	
	sim	171	66,3	0,730	0,610	0,780		
DM	não	147	57,0	0,730	0,610	0,780	0,268	
	sim	111	43,0	0,690	0,610	0,730		
HAS	não	48	18,6	0,730	0,610	0,790	0,403	
	sim	210	81,4	0,695	0,610	0,780		
Osteoporose	não	156	60,5	0,730	0,610	0,800	0,024	
	sim	102	39,5	0,690	0,610	0,730		
Cardiopatia	não	217	84,1	0,720	0,610	0,780	0,880	
	sim	41	15,9	0,690	0,610	0,780		
IU	não	128	49,6	0,680	0,680	0,730	0,002	
	sim	130	50,4	0,630	0,580	0,730		

Legenda: DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica; IU: incontinência urinária.

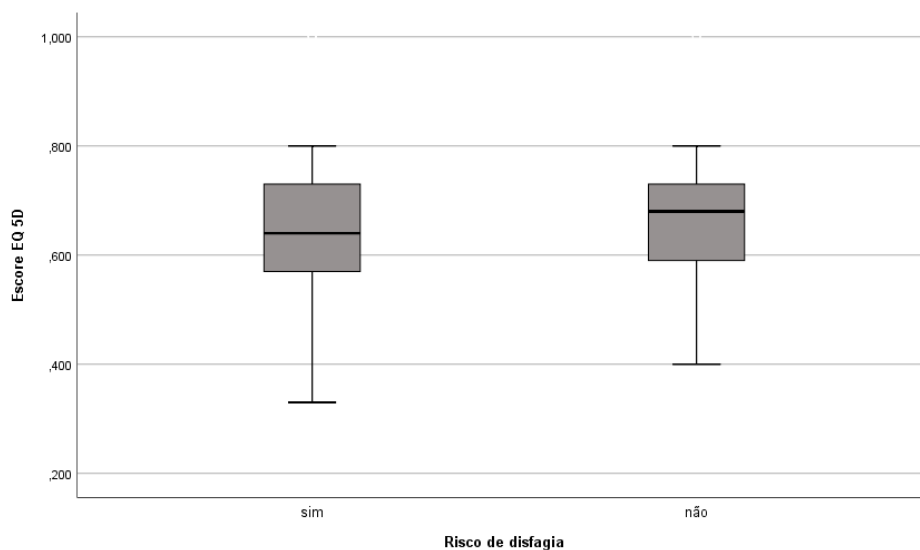
Fonte: os autores.

Nas figuras 2 e 3 observou-se que aquelas mulheres idosas com sarcopenia e risco de disfagia apresentaram piores escores de QV.



Fonte: os autores.

Figura 2 - Valores medianos dos escore de qualidade de vida do EQ-5D de acordo com a Sarcopenia. Brasília, 2025



Fonte: os autores.

Figura 3 - Valores medianos dos escore de qualidade de vida do EQ-5D de acordo com o Risco de Disfagia. Brasília, 2025

Quanto a avaliação das dimensões de QV, a Dor/desconforto foi a mais afetada (73,3%), seguida da Ansiedade/depressão (72,9%). A dimensão Dor/desconforto foi associada ao risco

de disfagia ($p < 0,001$), assim como a dimensão Mobilidade associou-se à incontinência urinária (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação das dimensões de qualidade de vida do EQ-5D de mulheres idosas de acordo com problemas identificados. Brasília, 2025

Dimensões EQ-5D	Total (n=258)	Sarcopenia	Risco de disfagia	Osteoporose	IU
Dor/desconforto	189 (73,3)	46 (68,7)	70 (66,0) *	75 (73,5)	92 (70,8)
Ansiedade/depressão	188 (72,9)	49 (73,1)	77 (72,6)	69 (67,6)	99 (76,2)
Mobilidade	76 (29,5)	21 (31,3)	26 (24,5)	33 (32,4)	30 (23,1) *
Atividades habituais	58 (22,5)	16 (23,9)	20 (18,9)	21 (20,6)	25 (19,2)
Cuidados pessoais	8 (3,1)	3 (4,5)	2 (1,9)	3 (2,9)	3 (2,3)

* p<0,001. Legenda - IU: incontinência urinária.

Fonte: os autores.

O modelo na determinação para predição da QV demonstrou ausência de multicolinearidade, verifica entre as variáveis preditoras, com resíduos padronizados dentro do intervalo de normalidade. Os coeficientes de regressão negativos

indicaram uma diminuição da QV. Desse modo, observou-se que o risco de disfagia e a IU diminuem significativamente a QV de mulheres idosas (Tabela 3).

Tabela 3 – Coeficientes da regressão das variáveis preditoras de qualidade de vida das mulheres idosas incluídas no modelo final. Brasília, 2025

	CNP		CP		Valor p
	B	Erro	Beta	t	
Sarcopenia	-0,025	0,021	-0,071	-1,17	0,243
Risco de disfagia	-0,057	0,019	-0,185	3,02	0,003
Osteoporose	0,036	0,019	0,115	1,927	0,055
IU	-0,08	0,019	-0,264	-4,31	<0,001

Legenda - CNP: coeficiente não padronizado; CP: coeficiente padronizado; IU: incontinência urinária.

Fonte: os autores.

Discussão

Nesse estudo houve uma pior QV nas mulheres idosas com risco de disfagia e incontinência urinária, porém não se manteve associação com sarcopenia e osteoporose, conforme observado em outro estudo realizado no Brasil [22]. Destaca-se que a prevalência de sarcopenia foi

de 20%, como esperado para pessoas idosas brasileiras e em consonância com resultados observados em uma revisão sistemática [23]. O estudo SABE apresentou resultado inferior, pois evidenciou uma prevalência de sarcopenia de 4,8% [13].

Apesar da não associação entre sarcopenia e QV, sabe-se que a doença em questão está relacionada com baixa força muscular e desempenho reduzido para realização de atividades de vida diária, fatores que interferem nas dimensões de QV como Mobilidade, Cuidados pessoais, Atividades Habituais, Dor e Ansiedade do EQ5D, como observado em outro estudo [24]. Tal divergência pode ocorrer entre instrumentos para o rastreio da QV [15].

O risco de disfagia esteve presente em quase metade da amostra estudada e a associação com a QV corroborou com um estudo realizado na Dinamarca que verificou o quanto a disfagia interferiu na QV, principalmente no que se refere ao estado psicológico, em que cerca de um terço dos participantes relataram sentimento de vergonha ao se alimentar em público, tristeza por não conseguirem terminar uma refeição e percepção de incapacidade de sentir prazer em comer como antes, além de se sentirem deficientes ou limitados [25]. Concomitantemente, outro estudo identificou o risco de disfagia em 37,27% das pessoas idosas, sendo a dificuldade de engolir verificada como um fardo presente a partir dos 70 anos e os piores escores de QV foram nos domínios Sono e Fadiga, da SWAL-QOL, uma escala que avalia QV [26].

Destaca-se a importância da avaliação profissional para identificar o distúrbio de deglutição por meio de ferramentas validadas, pois é fundamental para uma intervenção precoce e adequada. Um estudo realizado no Japão apresentou prevalência de 25 a 54 % de disfagia em idosos, sendo os indivíduos mais debilitados e mais dependentes com índices maiores [27]. Ainda, uma revisão bibliográfica identificou indícios de que a disfagia possui uma prevalência importante na população idosa e reforçou a importância da intervenção multidisciplinar para evitar que o quadro se agrave e acarrete outras doenças [12].

Verificou-se que o risco de disfagia se correlacionou com a dimensão Dor/desconforto, havendo a percepção de dor ou desconforto durante a alimentação, podendo ocasionar pior qualidade e quantidade de alimentos, exclusão de alimentos e mudança na consistência das refeições. No presente estudo observou-se prevalência de desnutrição em um quarto da amostra, o que permite inferir que ocorre um maior risco de desnutrição em mulheres idosas quando comparadas à população geral. Este estudo encontrou relação entre o risco de disfagia e QV, contudo, o uso de instrumentos distintos aos de outros estudos impede uma comparação mais robusta, pois os domínios Sono e Fadiga não são contemplados pelo EQ5D [24].

Quando o processo de envelhecimento não for saudável e adequado, pode ocorrer declínio físico-funcional, contribuindo diretamente para o desenvolvimento de incapacidade e baixa QV. Nesse sentido, destaca-se a elevada prevalência de edentulismo na amostra analisada. O estado oral está associado com AVDs, massa muscular e estado nutricional, portanto problemas orais, como perda dos dentes, estão associados à desnutrição, disfagia e sarcopenia. Ademais, a má saúde bucal pode induzir uma resposta inflamatória sistêmica e as alterações sistêmicas, como o acúmulo de citocinas pró-inflamatórias, que também ocorrem na lesão muscular. Portanto, pode afetar o desempenho físico, especialmente a massa, a força e a função muscular. Problemas de deglutição ou mastigação, como o mal estado oral, podem levar a pior desempenho mastigatório, podendo resultar em uma má ingestão de alimentos, aumentando a probabilidade de perda de peso, contribuindo para o desenvolvimento da desnutrição, sarcopenia e fragilidade [28].

A elevada prevalência de IU ratifica o saber do problema ser predominantemente feminino. Outro

estudo em Marília-São Paulo, encontrou uma maior prevalência de IU, fato que afetou grandemente a QV da população estudada. [29]. Por outro lado, um estudo realizado no Brasil, verificou um resultado inferior, sendo 36,32% de IU em mulheres, que impactou moderadamente na QV [30]. A influência negativa de IU na QV de mulheres idosas confirma estudo realizado com mulheres que apresentavam IU, relatando-a como desagradável e estressante, causadora de falta de controle, vergonha, mal-estar, insegurança, sofrimento e culpa, influenciando negativamente a QV nos domínios físicos, sociais, sexuais e de autonomia [31].

A literatura aponta que a IU pode estar associada a sarcopenia, devido à diminuição da massa e da força muscular, pois os músculos abdominais, como a musculatura pélvica, desempenham papéis importantes na patogênese da IU de estresse e urgência. A incontinência de esforço pode ser causada por uma deficiência no músculo esfíncteriano que fecha a saída da bexiga, assim a força muscular adequada do assoalho pélvico é importante para prevenir tanto a incontinência de esforço quanto a de urgência. A sarcopenia envolve os músculos esqueléticos, que incluem o assoalho pélvico e músculos abdominais, logo a sarcopenia pode aumentar a suscetibilidade dos idosos à IU [32].

Especificadamente, a IU apresentou relação significativa com a dimensão Mobilidade do EQ5D, reforçando os achados de estudos realizados na Coreia e na Austrália. O estudo coreano contava com grande número de participantes de faixas etárias diversas, sendo possível identificar, após ajustes em fatores de confusão, que as dimensões Mobilidade, Atividade habitual, Dor/desconforto e Ansiedade/depressão estavam associados à IU [33].

Já um estudo australiano multicêntrico apresentou associação significativa entre Mobilidade

e IU, apontando para um maior impacto na QV em decorrência de maior gravidade da IU, tal qual recomendação de medidas para preservar ou recuperar a mobilidade como necessárias para minimizar ou prevenir IU em população geriátrica [34]. Ressalta-se que a IU pode causar desconforto nas mulheres, pode resultar em isolamento social e baixa autoestima, prejudicando significativamente a QV. Um estudo constatou que 81,82% das mulheres relataram a ocorrência de impacto negativo na QV [35]. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de investigações adicionais a fim de melhor elucidar a associação entre risco de disfagia e incontinência urinária com uma pior QV. Novas pesquisas devem ser conduzidas no sentido de explorar os fatores associados à sarcopenia e disfagia em diferentes populações idosas.

Os achados e a literatura apontam que os fatores identificados levam ao prejuízo da QV em pessoas com sarcopenia e risco de disfagia, que necessita ser melhor explorada, posto que é necessário a discussão e elaboração de políticas públicas e linhas de cuidados assistenciais, além de verificação dos impactos na QV em populações com doenças neurodegenerativas e/ou com agravos neurológicos que podem desenvolver sarcopenia e risco de disfagia secundariamente. Importante salientar a necessidade do uso de ferramentas validadas e de fácil aplicação para rastreamento de agravos como disfagia, IU, sarcopenia e desnutrição para nortear a implantação de ambulatórios específicos visando minimizar as consequências na QV da população idosa.

Este estudo tem como limitações a análise transversal, não sendo possível estabelecer um mecanismo de causa e efeito entre as associações, e ser realizado em uma unidade de referência em geriatria e gerontologia, dificultando a generalização.

Acredita-se que quanto mais precocemente o rastreamento de condições clínicas, como desnutrição, disfagia, sarcopenia e comprometimento na qualidade de vida for realizado e estas mais precocemente diagnosticados, mais rapidamente ações nos níveis primários e secundários de atenção à

saúde da pessoa idosa poderão ser implementadas, minimizando os riscos de internação e reduzindo custos. A sobreposição de destes agravos a saúde podem fomentar a constituição de equipes interprofissionais em geriatria e gerontologia.

Conclusão

Os resultados demonstraram que mulheres idosas com risco de disfagia e incontinência urinária apresentaram piores escores de QV, principalmente nas dimensões Dor/desconforto e Mobilidade. Não

se observou associação entre sarcopenia e QV. Recomenda-se o acompanhamento das mulheres idosas com risco de disfagia e sarcopenia a fim de promoção de uma melhor QV.

Agradecimentos

Ao Programa de Fomento à Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS e Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS.

recursos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. TOA 05/2023.

Conflitos de interesse

Não existem conflitos de interesse.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Cerceau VR, Pinheiro HA, Stival MM; Coleta de dados: Cerceau VR; Análise e interpretação dos dados: Cerceau VR, Stival MM; Redação do manuscrito: Cerceau VR, Silva MC; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Cerceau VR, Pinheiro HA, Stival MM.

Fontes de financiamento

Esta pesquisa foi financiada pelo Programa de Fomento à Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde, com

Referências

1. World Population Prospects 2019: Highlights United Nations- New York, 2019. Disponível em: HYPERLINK "<https://bristoluniversitypressdigital.com/edcollchap/book/9781447356127/ch007.xml>" "<https://bristoluniversitypressdigital.com/edcollchap/book/9781447356127/ch007.xml> doi: HYPERLINK "<https://doi.org/10.51952/9781447356127.ch007>" "<https://doi.org/10.51952/9781447356127.ch007>.
2. Atenção Integrada para os Idosos (ICOPE): Atenção integrada para os idosos. Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária, Washington. D.C.: OPAS, -1, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974%202020>
3. Ferraz MST, Guimarães MF, Nunes JA, et al. Risco de Disfagia e Qualidade de Vida em Idosos Saudáveis. *Distúrb Comun [Internet]*. 2020;32(3):454-61. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/44540>. doi: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i3p454-461>.
4. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing, Oxford*, 2019; 48(1):16–31. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/48/1/16/5126243?login=false>. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>

5. Diz JBM, Leopoldino AAO, Moreira BDS, et al. Prevalence of sarcopenia in older Brazilians: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(1)5–16. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.12720>. doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.12720>.
6. Da Silva MM, de Araújo MG, da Silva AM, Gonçalves DL, da Silva KF, Medeiros LGC, et al. Prevalência de sarcopenia em idosos brasileiros: uma revisão bibliográfica. *BRASPEN Journal.* 2023;36(3):14-322. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/doi/10.37111/braspenj.2021.36.3.13> doi: <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2021.36.3.13>.
7. Darvishi A, Shafiee G, Balajam NZ, Hemami MR, Ostovar N, Heshmat R. Cost - effectiveness analysis of sarcopenia management interventions in Iran. *BMC Public Health.* 2023;1–14. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-023-15693-w> doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15693-w>
8. Fujishima I, Fujiu-Kurachi M, Arai H, et al. Sarcopenia and dysphagia: Position paper by four professional organizations. *Geriatr Gerontol Int.* 2019;19(2):91–7. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ggi.13591> doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.13591>
9. De Sire A, Ferrillo M, Lippi L, et al. Elderly: A Comprehensive Review, *Nutrients.* 2022;14(5):982. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/5/982>. doi: <https://doi.org/10.3390/nu14050982>
10. Cuppari, L. *Nutrição Clínica no Adulto.* 4. ed.: Manole. 2019. São Paulo;624.
11. Budni CSJ. The dysphagia in the aging associated with mental disorder and malnutrition., periódicos.unesc.net. 2019;9(1):142. Disponível em: <https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/3588>. doi: <https://doi.org/10.18616/inova.v9i1.3588>
12. Benzecry G, da Silva BP, Foliene AC, et al. Prevalência E Fatores Associados Dysphagia in Elderly : a Review. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde, Revista Inova Saúde, Santa Maria.* 2020;21(2):1-10. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/3045> doi: <https://doi.org/10.37777/dscs.v21n1-024>
13. Alexandre T da S, Duarte YADO, Santos JLF, et al. Prevalence and associated factors of sarcopenia, dynapenia, and sarcodynepenia in community-dwelling elderly in São Paulo – sabe study. *Rev Bras Epidemiol, Sao Paulo.* 2018;21 Suppl 2:1–13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/rdHTbFf4RCCSkQm5zMWhPgw/?lang=en>. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180009.supl.2> .
14. Wróblewska Z, Chmielewski JP, Wojciechowska M, et al. Evaluation of the quality of life of older people with diabetes. *Ann Agric Environ Med,* 2023;30(3):505-512. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37772527/> doi: <https://doi.org/10.26444/aaem/168415>.
15. Tsekoura M, Kastrinis A, Katsoulaki M, et al. Sarcopenia and Its Impact on Quality of Life. *Quality of Life. GeNeDis.* 2017;213–8. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-57379-3_19. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-57379-3_19.
16. Melo DM. De, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva,* [s. l.]2015; 20(12):3865–3876. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015> doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>.

17. Pereira AVN, Santos LD, Pedreira RBS, et al. Prevalence and factors associated with dynapenia in older women using different diagnostic criteria. *Motriz: Revista de Educação Física*, [s. l.], 2022;28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-657420220005822>. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-657420220005822>.
18. Kim KM, Jan HC, Lim S. Differences among skeletal muscle mass indices derived from height-, weight-, and body mass index-adjusted models in assessing sarcopenia. *Korean Journal of Internal Medicine*, 2016;31(4):643–50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939509/>. doi: <https://doi.org/10.3904/kjim.2016.015>.
19. 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/QYqVrkLzCxDbZmdCVhwxSyK/?lang=en>. doi: <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013.05000012>.
20. Campos JO, Carvalho MF, Leite AFB. Utilização da mini avaliação nutricional em visitas domiciliares na atenção primária a saúde. *J Meml da Med*, 2020;2(1):20-25. Disponível em: <https://www.jornalmemorialdamedicina.com/index.php/jmm/article/view/27>. doi: <https://doi.org/10.37085/jmmv2.n1.2020.pp.20-25>.
21. Santos M, Monteiro AL, Santos B. EQ 5D Brazilian population norms. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):162. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12955-021-01671-6>. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01671-6>.
22. Chagas CS, Ohara DG. Associação entre sarcopenia e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos comunitários. *Acta Paul. Enferm. (Online)*, v.34, n.1, eAPE002125, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ZwK5b9yVkc5sNP4xQCypDpB/>. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO002125>.
23. da Silva MM, de Araújo MG, da Silva AM, Gonçalves DL, da Silva KF, Medeiros LGC. Prevalência de sarcopenia em idosos brasileiros: uma revisão bibliográfica. *BRASPEN Journal*. 2023;36(3):14-322. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/doi/10.37111/braspenj.2021.36.3.13> doi: <http://dx.doi.org/10.37111/braspenj.2021.36.3.13>.
24. Silva Neto LS, Karnikowski MG, Osório NB, et al. Association between sarcopenia and quality of life in quilombola elderly in Brazil. *Int J Gen Med*. 2016;9:89–97. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/IJGM.S92404>. doi: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S92404>.
25. Bendsen BB, Jensen D, Westmark S, et al. The Quality of Life in Citizens with Oropharyngeal Dysphagia — A Cross-Sectional Study. *J. Clin. Med*. 2022;11(14):4212. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/14/4212>. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm11144212>.
26. Ferraz MST, Guimarães MF, de Alencar Nunes J, Azevedo EHM. Risco de Disfagia e Qualidade de Vida em Idosos Saudáveis. *Distúrb Comun, São Paulo*, v.32, n.3, p.454-61, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/44540>. doi: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i3p454-461>.
27. Igarashi K.; Kikutani T.; Tamura F. Survey of suspected dysphagia prevalence in home-dwelling older people using the 10-Item Eating Assessment Tool (EAT-10). *PLoS One*, v.14, n.1, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211040>. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211040>.

28. Bayram HM, Ilgaz F, Serel Arsla S, Demir N, & Rakıcioğlu N. The relationship between dysphagia, oral health, masticatory performance and activities of daily living in elderly individuals as assessed by the Eating Assessment Tool. *Prog Nutr.*2021;23(1):1-8. Disponível em: <https://hdl.handle.net/11363/4956>. doi: <https://doi.org/10.23751/pn.v23i1.9101>.
29. Evangelista DR, Gazetta FADA, Assis LC. Prevalência de incontinência urinária em idosas e impacto na qualidade de vida/ Prevalence of urinary incontinence in elderly women and impact on quality of life. *Braz. J. Hea. Rev. [Internet].*2021;4(1):1588-602. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/23462> doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-133>.
30. Alves CA, Ferreira DCC, Lima MFD, Coimbra KA, Vaz CT. Prevalence of urinary incontinence, impact on quality of life and associated factors in users of Primary Health Care Units. *Fisioter. Mov.*2022;35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/HNXYbgWNkCjzkWmsQSDhryG/>. doi: <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35604> .
31. Oliveira LGP, Tavares ATDVB, Amorim TV, et al. Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres: revisão integrativa da literatura. *Rev enferm UERJ.*2020;28:e51896. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/51896>. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.51896>.
32. Erdogan T, Bahat G, Kilic C, Kucukdagli P, Oren MM, Erdogan O et al. The relationship between sarcopenia and urinary incontinence. *European Geriatric Medicine.*2019;10(6): 923-929. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-019-00232-x>. doi: <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00232-x>.
33. Kwon CS, Lee JH. Prevalence, Risk Factors, Quality of Life, and Health-Care Seeking Behaviors of Female Urinary Incontinence: Results From the 4th National Health and Nutrition Examination Survey VI (2007-2009). *Int Neurourolj.*2014;18(1):31-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3983507/>. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51896>.
34. Jachan DE, Müller-Werdan U, Lahmann NA. Impaired Mobility and Urinary Incontinence in Nursing Home Residents A Multicenter Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*2019;46(6):524-9. Disponível em: https://journals.lww.com/jwocnonline/abstract/2019/11000/impaired_mobility_and_urinary_incontinence_in.9.aspx. doi: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000580>.
35. Silva JVB. Prevalência de mulheres com incontinência urinária e seu impacto na qualidade de vida. *Revista Baiana de Saúde Pública.*2024;48(1):91-101. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1555774>. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2024.v48.n1.a3971>.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.