UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E COMUNICAÇÃO HUMANA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA
TRABALHO DE MONOGRAFIA II

LARISSA DOS SANTOS TEIXEIRA

ASSOCIAÇÃO ENTRE MULTIMORBIDADE E DISFAGIA EM ADULTOS A PARTIR DE 50 ANOS: DADOS DO ELSI-BRASIL 2019-2021

Porto Alegre
2024

LARISSA DOS SANTOS TEIXEIRA

ASSOCIAÇÃO ENTRE MULTIMORBIDADE E DISFAGIA EM ADULTOS A PARTIR DE 50 ANOS: DADOS DO ELSI-BRASIL 2019-2021

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Bárbara Niegia Garcia de Goulart

Porto Alegre
2024

LARISSA DOS SANTOS TEIXEIRA

ASSOCIAÇÃO ENTRE MULTIMORBIDADE E DISFAGIA EM ADULTOS A PARTIR DE 50 ANOS: DADOS DO ELSI-BRASIL 2019-2021

Este Trabalho de Conclusão de Curso será julgado para obtenção do título em Bacharel em Fonoaudiologia no Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 30 de janeiro de 2024.

Ana Paula Ramos Souza
Coordenadora da COMGRAD Fonoaudiologia

Banca Examinadora

Bárbara Niegia Garcia de Goulart, Doutora
Orientadora, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Cynthia Goulart Molina-Bastos, Doutora
Examinadora, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Medicina Social.

Deborah Salle Levy, Doutora
Examinadora, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida e pela vida dos meus familiares e amigos, pela força e resiliência em seguir meus objetivos.

Aos meus pais Daisy Reis e Tiago Teixeira, pelo dom da vida, pela educação, pelo amor, carinho, cuidado, proteção, incentivo, apoio psicológico e financeiro.

Ao meu padrasto Milton Appel, pelo apoio incondicional, pelo amor, cuidado, carinho, e pelas tantas idas e vindas da UFRGS. À minha madrasta Carla Teixeira, pelo acolhimento, pelas orações, pelo amor e por tanto zelo comigo.

Às minhas avós Gessy e Nora, pela acolhida nas suas casas durante a graduação, e principalmente pelo amor, carinho, e cuidado de sempre.

Aos meus avôs João Valdeci e Flávio Teixeira, que não estão mais presentes fisicamente, mas estão sempre no meu coração, por terem sido o motivo e a inspiração para eu cursar fonoaudiologia.

Ao meu irmão Enzo, que chegou iluminando a minha vida e ressignificando tudo, me dando forças para seguir o meu caminho, por mim e por ele.

À minha amiga Letícia Braga, por tantos momentos compartilhados, pelas tardes/noites de estudo, por me ensinar diariamente sobre a vida, e principalmente por se fazer presente nos dias mais felizes e também nos dias mais difíceis.

À minha amiga Nathalia Dimer, por todo o apoio na vida acadêmica e na vida pessoal, por estar sempre disposta a me ajudar, pela amizade, paciência, carinho, e auxílio na construção deste trabalho.

Às minhas parceiras da UBS, Natália Canto, Shayze Rosa, Diana Andrade, Nathalia Dimer e Bárbara Goulart, por serem luz em tantos dias de escuridão, pelos nossos almoços, cafés, jantares e todos momentos incríveis que vivemos juntas.

Ao meu noivo, Théo, pela parceria, pela paciência, pelo amor e cuidado comigo, e por todas as caronas até a faculdade ou estágios.

À minha amiga Maria Clara, pela amizade, pela parceria e por todo apoio nesses últimos anos.

À minha orientadora, Bárbara Goulart, por todo apoio acadêmico e pessoal, por partilhar tantos momentos de aprendizado e de carinho, pela sensibilidade, compreensão, parceria e incentivo. “É muito bom saber que alguém que admiramos acredita na gente”.

Às professoras, Cynthia Goulart, e Deborah Levy pela disponibilidade e contribuições neste trabalho.

À CNPq, pelo financiamento do estudo, e à PIBIC CNPq-UFRGS pela bolsa de iniciação científica.

Agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente para conclusão dessa etapa tão importante! Vocês sabem de tudo que passamos neste período de graduação e sei que vão comemorar muito comigo.

Obrigada!

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos participantes estratificadas por classificação de multimorbidade em relação ao desfecho disfagia.

Tabela 2. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e ocorrência de multimorbidade na população estudada, segundo o desfecho disfagia.

Tabela 3. Análise bruta e ajustada por Regressão de Poisson com variância robusta, segundo o desfecho disfagia.

SUMÁRIO

ARTIGO ……08
INTRODUÇÃO…….. 11
METODOLOGIA……...13
Aspectos Éticos.....13
População e Amostra.....13
Logística de coleta de dados…….14
Variável desfecho……...…...14
Variáveis independentes……15
Análise dos Dados……...….16
RESULTADOS……..……..16
DISCUSSÃO…….……...….18
CONCLUSÃO…….……....22
REFERÊNCIAS…….……....24
TABELA 1……....30
TABELA 2……31
TABELA 3……....32
ANEXO …….……..33
ANEXO A – Questões retiradas do ELSI-Brasil 2019-2021 para análise das variáveis.....33
ANEXO B – Forma e apresentação dos manuscritos para a revista Ciência e Saúde Coletiva.....37

Associação entre multimorbidade e disfagia em adultos a partir de 50 anos: dados do ELSI-BRASIL 2019-2021

Este manuscrito será submetido à revista Ciência & Saúde Coletiva

Larissa dos Santos Teixeira, Bárbara Niegia Garcia de Goulart

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

OBJETIVO: Verificar se há associação entre multimorbidade e disfagia em adultos a partir de 50 anos. **MÉTODO:** Estudo transversal, de base populacional, realizado com dados coletados entre 2019 e 2021 do Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso (ELSI-Brasil). O ELSI-Brasil é uma pesquisa de base domiciliar, conduzida em uma amostra nacional representativa da população brasileira com 50 anos ou mais. Responderam ao questionário individual 9.949 pessoas. Para este trabalho será considerado critério de inclusão ter respondido às perguntas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, além da questão autorreferida: "Nos últimos seis meses, teve dificuldade para comer ou sentiu dor ao tomar líquidos gelados ou quentes?". Foram realizadas análises de frequências absolutas e relativas. Razões de prevalência multivariáveis foram estimadas em análise ajustada pela Regressão de Poisson com variância robusta e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. **RESULTADOS:** Neste estudo a prevalência de disfagia foi de 8,2% (n=814). Dentre estes, 92,1% (n= 750) apresentavam multimorbidade, sendo que 13,5% (n=110) apresentavam duas condições crônicas, 16,3% (n=133) apresentavam três condições crônicas, e 62,3% (n=507) apresentavam quatro ou mais condições crônicas. Na análise ajustada a multimorbidade entre os indivíduos com duas condições crônicas não apresentaram associação com disfagia, enquanto indivíduos com três condições apresentaram 42% (RP 1,42 IC95% 1,05 – 1,90) e indivíduos com quatro ou mais condições, apresentaram 104% (RP 2,04 IC95% 1,56 – 2,68)

de chance de disfagia em comparação aos seus pares sem multimorbidade . **CONCLUSÃO:** A associação entre multimorbidade e disfagia ressalta a importância da realização de mais estudos para uma melhor compreensão dessa relação, além do aprimoramento de políticas públicas, para melhor direcionamento, considerando os agravantes da coocorrência de multimorbidade e disfagia, buscando diminuir as suas complicações.

Palavras-chave: Multimorbidade; Transtornos de Deglutição; Disfagia; Saúde do Idoso; Epidemiologia;

Association between multimorbidity and dysphagia in adults aged 50 and over: data from ELSI-BRASIL 2019-2021

ABSTRACT

OBJECTIVE: To see if there is an association between multimorbidity and dysphagia in adults aged 50 and over. **METHOD:** This is a cross-sectional, population-based study using data collected between 2019 and 2021 from the Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). ELSI-Brazil is a household-based survey conducted on a nationally representative sample of the Brazilian population aged 50 and over. 9,949 people answered the individual questionnaire. For this study, it will be considered an inclusion criterion to have answered the questions related to chronic non-communicable diseases, in addition to the self-reported question: "In the last six months, have you had difficulty eating or felt pain when drinking cold or hot liquids?". Absolute and relative frequencies were analyzed. Multivariable prevalence ratios were estimated in an analysis adjusted by Poisson Regression with robust variance and their respective 95% confidence intervals. **RESULTS:** In this study, the prevalence of dysphagia was8.2% (n=814). Among these, 92.1% (n= 750) had multimorbidity, with 13.5% (n=110) having two chronic conditions, 16.3% (n=133) having

three chronic conditions, and 62.3% (n=507) having four or more chronic conditions. In the adjusted analysis, multimorbidity among individuals with two chronic conditions was not associated with dysphagia, while individuals with three chronic conditions had a 42% (PR 1.42 95%CI 1.05 - 1.90) and individuals with four or more chronic conditions had a 104% (PR 2.04 95%CI 1.56 - 2.68) chance of dysphagia compared to their peers without multimorbidity. **CONCLUSION:** The association between multimorbidity and dysphagia underscores the importance of conducting further studies to better understand this relationship, as well as improving public policies to better target the aggravating factors of the co-occurrence of multimorbidity and dysphagia, seeking to reduce their complications.

Keywords: Multimorbidity; Deglutition Disorders; Dysphagia; Health of the Elderly; Epidemiology;

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2050, haverá 2 bilhões de pessoas com idade superior a 60 anos e isso representará um quinto da população mundial(1). Com o envelhecimento da população e o número crescente de pessoas afetadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a prevalência de disfagia e multimorbidade vem aumentando nos últimos anos(2,3). Estima-se que, anualmente, 41 milhões de mortes no mundo (71% de todas as mortes) sejam devido às doenças crônicas não transmissíveis, e cerca de 12 milhões ocorrem em países de baixa e média renda(4).

A ocorrência simultânea de pelo menos duas condições crônicas no mesmo indivíduo é definida como multimorbidade(5,6). O interesse pelo estudo da coocorrência dessas condições e suas associações aumentou nos últimos anos devido ao seu grande impacto sobre o indivíduo e sua família, tornando-se um desafio global(6). A multimorbidade leva os indivíduos a um agravo no quadro geral de saúde, associada a piores desfechos em relação à qualidade de vida e ao aumento do uso de serviços de saúde e assistência social com custos associados e elevados(6).

Já, a disfagia é definida como uma alteração no processo de deglutição que provoca dificuldade ou incapacidade de formar ou mover o bolo alimentar com segurança da boca para o esôfago. Essa alteração representa uma fonte significativa de morbidade e mortalidade na população em geral, podendo ocorrer em até 50% dos idosos e 50% dos indivíduos com condições neurológicas (7,8). Estima-se que a disfagia afeta cerca de 8% a 16% dos idosos saudáveis que vivem na comunidade(9).

Estudos mostram que as complicações decorrentes da disfagia estão entre as principais causas de morte em idosos, além de aumentar significativamente a chance de internação hospitalar prolongada para esta mesma população e afetar a qualidade de vida dos sujeitos

acometidos(10,11,12). Além disso, os indivíduos com disfagia tem 33,2% mais probabilidade de serem transferidos para uma unidade de cuidados pós-agudos (71,9% vs 38,7%; *P*<.001), e apresentam 1,7 vezes (IC 95%, 1,67 a 1,74 vezes) mais probabilidade de morte em comparação com um grupo sem disfagia(13).

Ainda, a disfagia é decorrente do envelhecimento, ou um sintoma de agravamento de inúmeras doenças, dentre as quais podemos destacar os cânceres de cabeça e pescoço, síndromes neurológicas progressivas como a doença de parkinson e a esclerose lateral amiotrófica, bem como algumas doenças crônicas que já possuem relação bem definida com a disfagia, como a doença pulmonar obstrutiva crônica, o acidente vascular cerebral, o alzheimer, a pneumonia aspirativa, entre outras(14,15,16,7) .

Apesar do crescente interesse de pesquisadores sobre a temática da multimorbidade, a literatura ainda é escassa sobre quais são as consequências específicas da associação entre multimorbidade e disfagia, especialmente em países em desenvolvimento, cuja carga dessas doenças e a sua coocorrência pode variar em relação a países desenvolvidos (1,6). Tendo em vista o impacto da multimorbidade e da disfagia na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, é necessário compreender se há associação entre ambas as condições, para que sejam elaboradas estratégias para apoiar o gerenciamento eficaz dessas condições clínicas, especialmente quando associadas, a fim de reduzir o risco de mortalidade evitável e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é verificar se há associação entre multimorbidade e disfagia em adultos a partir de 50 anos.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal, de base populacional, realizado a partir da onda 2 do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), com dados coletados entre os anos de 2019 a 2021(17).

ASPECTOS ÉTICOS

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob o número de protocolo 34649814.30000.5091. Os participantes assinaram termos de consentimento livre e esclarecido separados para cada um dos procedimentos da pesquisa e autorizaram acesso a bancos de dados secundários correspondentes(18).

POPULAÇÃO E AMOSTRA

O ELSI-Brasil é uma pesquisa de base domiciliar conduzida em amostra nacional representativa da população brasileira não institucionalizada com 50 anos ou mais(19).

Participaram do questionário individual do ELSI-Brasil, 9949 pessoas, localizadas em 70 municípios das 5 macrorregiões do Brasil. Para este trabalho o critério de inclusão foi ter respondido às perguntas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis, além da questão autorreferida: “Nos últimos seis meses, teve dificuldade para comer ou sentiu dor ao tomar líquidos gelados ou quentes?”. A amostra estudada foi composta por 9949 pessoas(17).

LOGÍSTICA DE COLETA DE DADOS

O ELSI-Brasil utiliza a base operacional geográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para estratificação e seleção das áreas de estudo. Para garantir que a amostra represente as áreas urbana e rural dos municípios de pequeno, médio e grande porte, a amostragem do ELSI-Brasil adota um delineamento com estágios de seleção, combinando estratificação de unidades primárias de amostragem (municípios), setores censitários e domicílios. Um desenho amostral inverso foi utilizado para evitar um aumento no tamanho da amostra para compensar as não respostas. A aplicação desse método no ELSI-Brasil consistiu em visitar sequencialmente os domicílios previamente selecionados até atingir o número planejado de entrevistas. Os indivíduos responderam entrevistas domiciliares e individuais assistidas por computador, completadas juntamente com medições físicas. Nos domicílios com mais de um morador, a entrevista domiciliar é feita com o adulto indicado pelos demais moradores como aquele que melhor forneceria as informações necessárias. As ondas 1 e 2 foram realizadas em 2015-2016 e 2019-2021 com 9412 e 9949 participantes(19).

VARIÁVEL DESFECHO

A variável desfecho foi elaborada a partir da questão autorreferida: “Nos últimos seis meses, teve dificuldade para comer ou sentiu dor ao tomar líquidos gelados ou quentes?” as respostas eram “não”, “sim” ou “não sabe/não respondeu”, sendo que os indivíduos que responderam “não sabe/não respondeu” foram considerados no estudo “sem disfagia”.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Para este estudo o conceito de multimorbidade foi definido a partir da coocorrência de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis. A ocorrência de multimorbidade foi subdividida em coocorrência de duas, coocorrência de três, e de quatro ou mais doenças crônicas não transmissíveis, conforme o critério encontrado em demais estudos (20,21,22,23). Todas as DCNT foram autorreferidas, a partir das perguntas: "Algum médico oftalmologista já disse que o(a) Sr(a) tem ou teve algumas dessas doenças:" "glaucoma", "retinopatia diabética", "degeneração macular", "catarata", "Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem…?" "hipertensão arterial", "diabetes", "hipercolesterolemia", "angina do peito", "insuficiência cardíaca", "asma", "enfisema", "bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica", "artrite ou reumatismo", "osteoporose", "problema crônico de coluna, como dor nas costas, no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco", "depressão", "problemas psiquiátricos", "insuficiência renal crônica", "parkinson", "alzheimer", "demência". Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem ou teve…?" "infarto", "câncer", "acidente vascular cerebral(AVC)". Os indivíduos que responderam "sim" para diabetes e hipertensão arterial apenas durante a gestação, e aqueles que responderam ''não sabe/ não respondeu'' foram considerados "não". A variável "perda auditiva" foi elaborada a partir da questão "Como o(a) Sr(a) avalia a sua audição?", as respostas "muito boa ou excelente", "boa", e "não sabe/não respondeu" foram recategorizadas como "não" e as respostas "regular", "ruim", "muito ruim", foram recategorizadas como "sim".

As variáveis de ajuste foram as sociodemográficas, como: sexo (feminino e masculino), idade, que foi dicotomizada em "50 - 70 anos" e "71 ou mais", raça/cor, às respostas branca, preta, parda, indígena, amarela (origem oriental, japonesa, chinesa, coreana etc), foram recategorizadas em "branca", "preta ou parda" e outras" (5), na qual os indivíduos

que responderam “não sabe/não respondeu” foram incluídos em “outras”. Variável de escolaridade recategorizada em “0-4 anos de estudo”, “5-8 anos de estudo”, e “9 anos ou mais ",não sabe/não respondeu” foram excluídas da análise e consideradas perdas (1,7%) .

A variável de autopercepção de saúde foi considerada a partir da questão: “Como o(a) Sr(a) avalia a sua saúde?’’ as respostas “excelente”, muito boa”, “boa”, e “não sabe/não respondeu” foram recategorizadas como “saúde boa” e as respostas “regular”, “ruim”, “muito ruim”, foram recategorizadas como “saúde ruim”, a variável perda de peso, a partir da questão: “Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) perdeu peso sem fazer dieta? categorizadas em “sim” ou “não”, sendo que os indivíduos que responderam “não sabe/não respondeu” serão considerados “não”.

ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas análises de frequência absoluta e relativa com intervalo de confiança (IC) de 95% estratificadas pelo desfecho. Para a análise associativa com o desfecho foram realizadas estimativas ajustadas para possíveis confundidores pela Regressão de Poisson com variância robusta, sendo apresentadas Razões de Prevalência (RP) e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), considerando significância menor ou igual a 0,05%. Os dados foram analisados usando o software SPSS v.21 (Chicago: SPSS Inc).

RESULTADOS

Dos 9949 participantes do estudo, 59,3% (n= 5898) eram do sexo femino, com idade média de 63,2 anos (DP ± 10,0), 52,5% (n =5221) era da raça/cor preta ou parda e 55,5% (n=5525) tinham entre 0-4 anos de estudo . As características dos participantes estratificadas

por classificação de multimorbidade em relação ao desfecho disfagia são apresentadas na **Tabela 1**.

A prevalência de disfagia entre os adultos a partir de 50 anos participantes do estudo foi de 8,2% (n=814). Dentre os participantes com disfagia autorreferida, 92,1% (n= 750) apresentavam multimorbidade, sendo que 13,5% (n=110) apresentavam duas condições crônicas, 16,3% (n=133) apresentavam três condições crônicas, e 62,3% (n=507) apresentavam quatro ou mais condições crônicas. A distribuição das doenças crônicas não transmissíveis e de multimorbidade na população estudada, segundo o desfecho disfagia, está apresentada na **Tabela 2**.

Entre os indivíduos com disfagia, 71,4% (n= 581) relataram ter uma saúde geral ruim, enquanto 28,6% (n=233) relataram sua saúde geral como boa. Quanto à perda de peso nos últimos 3 meses, 76,2% (n=620) relataram que não tiveram perda de peso, enquanto 23,8% (n=194) tiveram perda de peso.

Na análise bruta, a multimorbidade entre os indivíduos com duas condições crônicas não apresentaram associação estatisticamente significativa com a disfagia, (RP 1,29 IC95% 0,95 – 1,74), mas indivíduos com três condições crônicas mostraram 58% (RP 1,58 IC95% 1,18 – 2,11) a mais de probabilidade de apresentar disfagia, e os com quatro ou mais condições crônicas mostraram 154% (RP 2,54 IC95% 1,97 – 3,28) a mais de probabilidade, quando comparados com seus pares sem multimorbidade. Já na análise ajustada para idade, raça/cor, escolaridade, autopercepção de saúde e perda de peso, a multimorbidade entre indivíduos com duas condições crônicas também não apresentou associação estatisticamente significativa com a disfagia (RP 1,21 IC95% 0,89 – 1,64), mas apresentou associação entre os indivíduos com três condições crônicas com 42% (RP 1,42 IC95% 1,05 – 1,90) mais chance, e os com quatro ou mais condições, apresentaram 104% mais chance (RP 2,04 IC95% 1,56 –

2,68)quando comparados com seus pares sem multimorbidade. Os dados estão apresentados na **Tabela 3.**

DISCUSSÃO

Na população não institucionalizada , com 50 anos ou mais, participante deste estudo, a prevalência de disfagia foi de 8,2%. Os indivíduos com multimorbidade, com duas condições crônicas não apresentaram associação com disfagia, enquanto indivíduos com três condições e quatro ou mais, apresentaram 42% e 104% de chance de disfagia, respectivamente, quando comparados com seus pares sem multimorbidade.

Neste estudo tiveram maior prevalência de multimorbidade e disfagia, os indivíduos com idade entre 50 a 70 anos, da raça/cor preta ou parda, do sexo feminino, com baixa escolaridade. Os estudos em geral apontam que idosos longevos frequentemente apresentam maior prevalência de multimorbidade e disfagia(9,24,25), entretanto, neste estudo, os participantes com idade entre 50 a 70 anos apresentaram maior prevalência, possivelmente em decorrência do viés de sobrevivência(26). Como a população estudada se trata de indivíduos não institucionalizados, a hipótese pela prevalência ser maior entre os participantes com idade entre 50 a 70 anos, pode ser justificada, pela própria associação entre multimorbidade e disfagia, visto que ambas as condições aumentam o risco de internação prolongada, fragilidade e mortalidade(10,12,27,28). É possível inferir que idosos longevos com multimorbidade e disfagia , provavelmente estariam institucionalizados, hospitalizados ou teriam ido a óbito em decorrência das questões apresentadas(29,30).

A literatura ainda aponta que indivíduos da raça/cor preta ou parda apresentam piores desfechos em saúde (31,32,33). Os fatores que repercutem negativamente nas condições de saúde desses indivíduos são inadequações socioeconômicas, vulnerabilidade social,

dificuldades de acesso aos serviços de saúde, discriminação e preconceito(31,34). Em um estudo transversal realizado no Canadá, indivíduos da raça/cor branca tinham 30% a menos de chance de relatar dificuldades de deglutição quando comparadas com pessoas que não eram brancas (OR = 0,7, IC 95% = 0,6, 0,9) (9). Em outro estudo transversal, realizado no Brasil, idosos da raça/cor preta ou parda, apresentaram alta prevalência de doenças como, hipertensão arterial, diabetes e acidente vascular cerebral(31).

Os estudos mostram ainda que ser do sexo feminino tem maior relação com multimorbidade e disfagia(9,24). Os homens vivem menos, mas as mulheres vivem mais anos com doenças associadas(35). As mulheres acessam mais frequentemente os serviços de saúde, e consequentemente recebem mais diagnósticos de doenças crônicas, além disso, esse fato pode ser justificado, como por exemplo, pela sobrecarga de trabalho doméstico somado ao trabalho externo, pelo estilo de vida, pela cultura, entre outros fatores(36,37).

A baixa escolaridade também esteve associada com a maior prevalência de multimorbidade e disfagia. As evidências científicas indicam que os indivíduos com mais anos de escolaridade têm menor prevalência de multimorbidade, pois a educação possibilita que os indivíduos busquem conhecimentos, portanto, são capazes de acessar mais informações sobre promoção da saúde e optam por estilos de vida mais saudáveis, prevenindo o aparecimento de algumas doenças crônicas(38,39).

Neste estudo, a maioria dos indivíduos com disfagia relatou ter uma saúde geral ruim. A autoavaliação de saúde representa como os indivíduos entendem o seu estado de saúde, com base em uma questão sobre ("no geral, como você avalia sua saúde?"), as respostas são baseadas em uma escala de 5 itens, de excelente a muito ruim, possibilitando que de acordo com sua percepção possam delimitar sua condição, além de funcionar como uma ferramenta eficaz de diagnóstico de fácil aplicação e de baixo custo(40). Existem diversos estudos que demonstram que a autopercepção de saúde é um importante indicador de saúde geral,

principalmente em estudos epidemiológicos(41,42,43). Além disso, alguns indivíduos relataram perda de peso no último trimestre, sendo este fator considerado um sinal de alerta para a disfagia. A literatura aponta que a disfagia e as doenças crônicas podem influenciar o estado nutricional e contribuir para a mortalidade(15).

Uma questão relevante a ser ponderada é que muitos estudos, incluem determinadas condições crônicas, como por exemplo, a hipertensão arterial e diabetes bem controladas e a hipercolesterolemia na definição de multimorbidade, sem levar em consideração a gravidade destas, podendo assim superestimar a prevalência da carga de multimorbidade (6,20). Por outro lado, estas mesmas condições frequentemente também são fatores de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis, causando limitações funcionais, como por exemplo, as doenças cardiovasculares, portanto, elas podem influenciar na coocorrência de multimorbidade e consequentemente aumentar o grau de comprometimento(30,44). A cadeia causal é mais complexa e existe uma possível relação em rede entre as atividades sociais, a forma como as DCNT podem interagir na idade adulta tardia ou no envelhecimento e estes aspectos devem ser melhor explorados em estudos futuros, em diferentes metodologias(45).

A multimorbidade em indivíduos com quatro ou mais condições crônicas apresentou maior associação com disfagia. Sabe-se que quanto mais doenças crônicas associadas, maior o nível de comprometimento e fragilidade dos indivíduos(23,46). Já a disfagia, mesmo associada a complicações graves e com alta prevalência em idosos, ainda é comumente negligenciada e subdiagnosticada(15). Apesar da literatura ser escassa em relação à associação entre multimorbidade e disfagia, foram encontrados estudos que mostram a prevalência de disfagia e doenças crônicas de forma isolada.

A disfagia é um sintoma que pode estar presente em diversas doenças crônicas, especialmente em distúrbios neurológicos e neurodegenerativos tais como doença de Parkinson, Alzheimer e outras causas que incluem câncer de cabeça e pescoço ou acidente

vascular cerebral (7,14). Ainda, a disfagia tem sido associada a doenças crônicas não transmissíveis como diabetes mellitus e insuficiência cardíaca(15). Uma revisão sistemática, realizada em 2016, que teve como objetivo identificar a prevalência e incidência de disfagia em populações mais suscetíveis a tal agravo, tais como pessoas com histórico de acidente vascular cerebral, doença de parkinson, doença de alzheimer, lesão cerebral traumática e pneumonia adquirida em uma base populacional. O estudo contou com pacientes dos Estados Unidos, Canadá, França, Alemanha, Itália, Espanha, Reino Unido, Japão, China e estudos regionais(16).

Vinte e quatro estudos de disfagia em pacientes com AVC foram incluídos, relatando disfagia em 8,1–80% dos pacientes, sendo que um estudo relatou incidência de disfagia de 32%. Seis estudos de pacientes com doença de Parkinson preencheram os critérios de inclusão, relatando estimativas de prevalência de disfagia de 11 a 81%, e incidência de 60% em uma média de 11 anos de acompanhamento. Dois estudos de lesão cerebral traumática preencheram os critérios de inclusão, um estudo encontrou incidência de disfagia de 30%, o segundo foi um estudo de revisão de prontuários, onde constatou que 27% dos pacientes apresentavam disfagia. Um estudo que atendeu aos critérios de inclusão, evidenciou 91,7% dos pacientes idosos com pneumonia adquirida na comunidade e 40,3% dos participantes do grupo controle apresentavam disfagia. Nenhum estudo relevante de disfagia na doença de alzheimer foi identificado. Esta revisão demonstra que a disfagia é altamente prevalente nessas populações(16).

As estimativas epidemiológicas da disfagia variaram nos estudos de pacientes com AVC e doença de parkinson, provável que isso reflita diferenças na gravidade destas condições e na definição de disfagia. Além disso, tais estimativas influenciam no uso de diferentes ferramentas de avaliação, propriedades psicométricas dos protocolos utilizados (validade/confiabilidade) e escolhas de variáveis ainda que se use os mesmos

instrumentos(16). Em uma revisão retrospectiva, realizada na África do Sul entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015, em adultos maiores de 18 anos internados em um hospital público central, descreveu a prevalência de distúrbios fonoaudiológicos, incluindo a disfagia, associados a várias condições médicas e a multimorbidade. Na população estudada a prevalência de disfagia foi de 48,96%(47).

Este estudo apresenta algumas limitações a serem consideradas. A variável desfecho não foi baseada em um diagnóstico de disfagia, mas na questão autorreferida descrita: "Nos últimos seis meses, teve dificuldade para comer ou sentiu dor ao tomar líquidos gelados ou quentes?", ou seja, os auto relatos nem sempre são precisos e podem influenciar na confiabilidade das respostas. Por outro lado, atualmente muitos estudos autorreferidos têm sido amplamente utilizados em pesquisas populacionais nacionais e internacionais, apresentando menor sensibilidade, mas boa especificidade. Outro ponto limitante é que se trata de um estudo transversal que não possibilita determinar relações de causa e efeito entre os fatores estudados(48). Todavia, é importante ressaltar que a literatura é escassa em relação a associação entre multimorbidade e disfagia. Este estudo foi conduzido com uma amostra representativa da população e foram utilizados questionários validados, tornando-se um estudo relevante e fundamental na contribuição à saúde pública.

CONCLUSÃO

Neste estudo populacional com adultos a partir dos 50 anos não institucionalizados, a prevalência de disfagia foi de 8,2%. Os participantes com multimorbidade, com duas condições crônicas não apresentaram associação com disfagia, enquanto indivíduos com três condições crônicas apresentaram 42% e indivíduos quatro ou mais condições crônicas apresentaram 104% mais chance de apresentar disfagia, em comparação aos seus pares sem

multimorbidade. A associação entre disfagia e multimorbidade ressalta a importância de que sejam realizados mais estudos para uma melhor compreensão dessa relação, especialmente porque os estudos existentes abordam principalmente doenças específicas, como AVC, parkinson, demência e não amplamente a associação entre multimorbidade e disfagia.

Além disso, é essencial que sejam desenvolvidas estratégias de prevenção à disfagia, a fim de reduzir os riscos de morbidade e mortalidade decorrentes dessa condição, inclusive melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. A adaptação e aprimoramento de políticas públicas em relação às doenças crônicas não transmissíveis, tornam-se indispensáveis para proporcionar apoio efetivo aos indivíduos com multimorbidade que buscam assistência no sistema de saúde. É fundamental que esses pacientes sejam acolhidos e orientados sobre a disfagia, possibilitando o diagnóstico precoce e um manejo adequado, caso a condição se manifeste, visando assim, além dos benefícios para os indivíduos, uma redução de custos ao sistema de saúde.

Este estudo possui relevância para a área da fonoaudiologia e para a assistência à população, ao fornecer informações importantes no contexto da disfagia e da saúde pública. Seu propósito é contribuir para uma melhor organização na prestação de serviços, alinhando-se às demandas e necessidades de saúde da população. A expectativa é que essas informações sirvam como base para aprimorar a oferta de serviços, promovendo uma abordagem mais eficaz e direcionada às demandas específicas da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que "envelhecer bem deve ser prioridade global" | As Nações Unidas no Brasil [Internet]. [citado 11 de dezembro de 2023]. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/55124-mundo-ter%C3%A1-2-bilh%C3%B5es-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global

2. Marengoni A, Vetrano DL. Multimorbidity: disease of society? Lancet Healthy Longev. 1º de agosto de 2021;2(8):e451–2.

3. Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, Marzetti E, Lattanzio F, Roller-Wirnsberger R, et al. Frailty and Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis. J Gerontol Ser A. 23 de abril de 2019;74(5):659–66.

4. Malta DC, Gomes CS, Veloso GA, Souza JB de, Oliveira PPV de, Ferreira AVL, et al. Carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Países de Língua Portuguesa. Ciênc Saúde Coletiva. 12 de maio de 2023;28:1549–62.

5. World Health Organization. Multimorbidity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 11 de dezembro de 2023]. 28 p. (Technical Series on Safer Primary Care). Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/252275

6. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity. Nat Rev Dis Primer. 14 de julho de 2022;8(1):1–22.

7. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. maio de 2015;12(5):259–70.

8. Hurtte E, Young J, Gyawali CP. Dysphagia. Prim Care Clin Off Pract. 1º de setembro de 2023;50(3):325–38.

9. Namasivayam-MacDonald A, Lam B, Ma J, Affoo R. Prevalence, Incidence, and

Predictors of Self-reported Swallowing Difficulties in Community-Dwelling Adults: A Population-Based Study from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). Dysphagia. 1º de outubro de 2023;38(5):1406–20.

10. McCarty EB, Chao TN. Dysphagia and Swallowing Disorders. Med Clin North Am. 1º de setembro de 2021;105(5):939–54.

11. Bath PM, Lee HS, Everton LF. Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. Cochrane Database Syst Rev. 30 de outubro de 2018;2018(10):CD000323.

12. Thiyagalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, Shindelar KL, Takahashi PY. Dysphagia in Older Adults. Mayo Clin Proc. 1º de fevereiro de 2021;96(2):488–97.

13. Patel DA, Krishnaswami S, Steger E, Conover E, Vaezi MF, Ciucci MR, et al. Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. Dis Esophagus. 16 de novembro de 2017;31(1):dox131.

14. McIntosh E. Dysphagia. Home Healthc Now. fevereiro de 2023;41(1):36.

15. da Silva AF, Moreira EAM, Barni GC, Panza VSP, Furkim AM, Moreno YMF. Relationships between high comorbidity index and nutritional parameters in patients with Oropharyngeal Dysphagia. Clin Nutr ESPEN. 1º de agosto de 2020;38:218–22.

16. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. Dysphagia. 1º de junho de 2016;31(3):434–41.

17. Lima-Costa MF, de Andrade FB, de Souza PRB, Neri AL, Duarte YA de O, Castro-Costa E, et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. Am J Epidemiol. julho de 2018;187(7):1345–53.

18. Aspectos Éticos – ELSI-Brasil [Internet]. [citado 26 de julho de 2023]. Disponível em: https://elsi.cpqrr.fiocruz.br/aspectos-eticos/

19. Perfil da Coorte: Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil) | Revista Internacional de Epidemiologia | Acadêmico de Oxford [Internet]. [citado 6 de dezembro de 2023]. Disponível em: https://academic.oup.com/ije/article/52/1/e57/6617214?login=false

20. Fortin M, Stewart M, Poitras ME, Almirall J, Maddocks H. A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. Ann Fam Med. 1º de março de 2012;10(2):142–51.

21. Harrison C, Britt H, Miller G, Henderson J. Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. BMJ Open. 11 de julho de 2014;4(7):e004694.

22. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: A Systematic Review of Observational Studies. PLoS ONE. 21 de julho de 2014;9(7):e102149.

23. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. Eur J Gen Pract. 1º de janeiro de 2008;14(sup1):28–32.

24. Leite BC, Oliveira-Figueiredo DST de, Rocha FL, Nogueira MF. Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. Rev Bras Geriatr E Gerontol. 13 de julho de 2020;22:e190253.

25. Melo LA de, Braga L de C, Leite FPP, Bittar BF, Oséas JM de F, Lima KC de. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Geriatr E Gerontol. 10 de junho de 2019;22:e180154.

26. Rossello X, González-Del-Hoyo M. Survival analyses in cardiovascular research, part I: the essentials. Rev Esp Cardiol Engl Ed. 1º de janeiro de 2022;75(1):67–76.

27. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of

multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet. 7 de julho de 2012;380(9836):37–43.

28. Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr. 1º de novembro de 2016;67:130–8.

29. Wirth R, Pourhassan M, Streicher M, Hiesmayr M, Schindler K, Sieber CC, et al. The Impact of Dysphagia on Mortality of Nursing Home Residents: Results From the nutritionDay Project. J Am Med Dir Assoc. 1º de setembro de 2018;19(9):775–8.

30. Leme DE da C, Thomaz RP, Borim FSA, Brenelli SL, Oliveira DV de, Fattori A. Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevida de idosos ambulatoriais. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24:137–46.

31. Silva A da, Rosa TE da C, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DS da C, et al. Iniquidades raciais e envelhecimento:análise da coorte 2010 do Estudo Saúde,Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). Rev Bras Epidemiol. 4 de fevereiro de 2019;21:e180004.

32. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 27 de setembro de 2021;26:4021–32.

33. Wheeler SM, Bryant AS. Racial and Ethnic Disparities in Health and Health Care. Obstet Gynecol Clin North Am. 1º de março de 2017;44(1):1–11.

34. Souto S da R, Anderle P, Goulart BNG de. Iniquidades raciais no acesso à reabilitação após acidente vascular cerebral: estudo da população brasileira. Ciênc Saúde Coletiva. 4 de maio de 2022;27:1919–28.

35. Melo LA de, Lima KC de. Prevalence and factors associated with multimorbidities in Brazilian older adults. Ciênc Saúde Coletiva. 28 de setembro de 2020;25:3869–77.

36. Alimohammadian M, Majidi A, Yaseri M, Ahmadi B, Islami F, Derakhshan M, et al. Multimorbidity as an important issue among women: results of a gender difference investigation in a large population-based cross-sectional study in West Asia. BMJ Open. 1º de maio de 2017;7(5):e013548.

37. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB de, Souza Junior PRB de, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). Rev Saúde Pública. 25 de outubro de 2018;52:10s.

38. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD, Hill AG. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. BMC Public Health. 13 de agosto de 2015;15(1):776.

39. Ha NT, Le NH, Khanal V, Moorin R. Multimorbidity and its social determinants among older people in southern provinces, Vietnam. Int J Equity Health. 30 de maio de 2015;14:50.

40. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health. 9 de abril de 2013;13:320.

41. Tôrres LH do N, Fagundes MLB, Silva DD da, Neri AL, Hilgert JB, Hugo FN, et al. Self-rated general and oral health and associated factors in independently-living older individuals. Braz Oral Res. 15 de julho de 2020;34:e079.

42. Aguilar-Palacio I, Gil-Lacruz AI, Sánchez-Recio R, Rabanaque MJ. Self-rated health in Europe and its determinants: Does generation matter? Int J Public Health. 1º de março de 2018;63(2):223–32.

43. Baćak V, Ólafsdóttir S. Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. Scand J Public Health. agosto de 2017;45(6):647–53.

44. Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of

cardiometabolic risk factors from 1980 to 2010: a comparative risk assessment. Lancet Diabetes Endocrinol. 1º de agosto de 2014;2(8):634–47.

45. Parascandola M, Weed D. Causation in epidemiology. J Epidemiol Community Health. dezembro de 2001;55(12):905–12.

46. Reis Júnior WM, Ferreira LN, Molina-Bastos CG, Bispo Júnior JP, Reis HFT, Goulart BNG. Prevalence of functional dependence and chronic diseases in the community-dwelling Brazilian older adults: an analysis by dependence severity and multimorbidity pattern. BMC Public Health. 10 de janeiro de 2024;24(1):140.

47. Stone J, Hoosen A, Hochfelden H, Maposa I, Singh S. A retrospective review of speech-language therapy services provided to adult inpatients at a central-level hospital in Gauteng, South Africa. S Afr J Commun Disord. 26 de novembro de 2020;67(1):707.

48. Canto-Soares N, Rech RS, Goulart BNG de. Causalidade e Fonoaudiologia: abordagem epidemiológica. CoDAS. 24 de outubro de 2019;31:e20190004.

Tabela 1. Características dos participantes estratificadas por classificação de multimorbidade em relação ao desfecho disfagia.

	Sem Multimorbidade	**Multimorbidade - duas condições**	**Multimorbidade - três condições**	**Multimorbidade - quatro ou mais condições**	**Total**
	Com disfagia n (%)	Com disfagia n (%)	Com disfagia n (%)	Com disfagia n (%)	Com disfagia n (%)
Idade					
50 - 70	58 (90,6)	99 (90,0)	109 (82,0)	362 (71,4)	628 (77,1)
71 ou mais	6 (9,4)	11(10,0)	24 (18,0)	145 (28,6)	186 (22,9)
Sexo Biológico					
Feminino	30 (46,9)	58 (52,5)	75 (56,4)	331 (65,3)	494 (60,7)
Masculino	34 (53,1)	52 (47,3)	58 (43,6)	176 (34,7)	320 (39,3
Raça/cor					
Branca	18 (28,1)	32 (29,1)	48 (36,1)	204 (40,2)	302 (37,1)
Preta ou Parda	44 (68,8)	75 (68,2)	83 (62,4)	297 (58,6)	499 (61,3)
Outras	2 (3,1)	3 (2,7)	2 (1,5)	6 (1,2)	13 (1,6)
Escolaridade					
0-4	31 (48,4)	51(46,4)	73 (54,9)	279 (55)	434 (53,3)
5-8	14 (21,9)	20 (18,2)	23 (17,3)	100 (19,7)	157 (19,3)
9 ou mais	19 (29,7)	37 (33,6)	36 (27,1)	118 (23,30	210 (25,8)
Autopercepção de saúde					
Saúde Boa	39 (60,9)	61 (55,5)	39 (29,3)	94 (18,4	233 (28,6)
Saúde Ruim	25 (39,1)	49 (44,5)	94 (70,7)	413 (81,5)	581 (71,4)
Perda de peso nos últimos "3 meses"					
Não	54 (84,4)	91 (82,7)	105 (78,9)	370 (73,0)	620 (76,2
Sim	10 (15,6)	19 (17,3)	28 (21,1)	137 (27,0	194 (23,8)

Tabela 2. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e ocorrência de multimorbidade na população estudada, segundo o desfecho disfagia.

	Multimorbidade - duas condições	**Multimorbidade - três condições**	**Multimorbidade - quatro ou mais condições**	**Total**
	Com disfagia n (%)	Com disfagia n (%)	Com disfagia n (%)	Com disfagia n (%)
Doenças crônicas não transmissíveis				
Hipertensão Arterial	29 (26,4)	59 (44,4)	358 (70,6)	446 (54,8)
Problema Crônico de Coluna	19 (17,3)	36 (27,1)	327 (64,5)	382 (46,9)
Perda Auditiva	29 (26,4)	33 (24,8)	267 (52,7)	329 (40,4)
Hipercolesterolemia	13 (11,8)	21 (15,8)	214 (42,2)	248 (30,5)
Catarata	4 (3,6)	27 (20,3)	207 (40,8)	238 (29,2)
Reumatismo	2 (1,8)	14 (10,5)	215 (42,4)	231 (28,4)
Depressão	3 (2,7)	15 (11,3)	173 (34,1)	191 (23,5)
Osteoporose	2 (1,8)	11 (8,3)	149 (29,4)	162 (19,9)
Diabetes	2 (1,8)	11 (8,3)	136 (26,8)	149 (18,3)
Glaucoma	1 (0,9)	7 (5,3)	62 (12,2)	70 (8,6)
AVC	1 (0,9)	6 (4,5	48 (9,5)	55 (6,8)
Infarto	1 (0,9)	2 (1,5)	50 (9,9)	53 (6,5)
Insuficiência Cardíaca	0 (0,0)	1 (0,8)	49 (9,7)	50 (6,1)
Enfisema Pulmonar	2 (1,8)	2 (1,5)	44 (8,7)	48 (5,9)
Demência	0 (0,0)	2 (1,5)	45 (8,9)	47 (5,8)
Câncer	0 (0,0)	5 (3,8)	41 (8,1)	46 (5,7)
Problema Psiquiátrico	0 (0,0)	3 (2,3)	42 (8,3)	45 (5,5)
Asma	1 (0,9)	2 (1,5)	40 (7,9)	43 (5,3)
Insuficiência Renal	4 (3,6)	3 (2,3)	32 (6,3)	42 (5,2)
Angina do Peito	0 (0,0)	1 (0,8)	28 (5,5)	29 (3,6)
Retinopatia Diabética	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (3,7)	19 (2,3)
Degeneração Macular	1 (0,9)	2 (1,5)	15 (3,0)	18 (2,2)
Alzheimer	0 (0,0)	2 (1,5)	16 (3,2)	18 (2,2)
Parkinson	0 (0,0)	4 (3,0)	13 (2,6)	17 (2,1)

Tabela 3. Análise bruta e ajustada* por Regressão de Poisson com variância robusta, segundo o desfecho disfagia.

	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada * (IC 95%)
Multimorbidade - duas condições crônicas	RP 1,29 IC95% 0,95 – 1,74	1,21 IC95% 0,89 – 1 ,64
Multimorbidade - três condições crônicas	RP 1,58 IC95% 1,18 – 2,11	1,42 IC95% 1,05 – 1 ,90
Multimorbidade - quatro ou mais condições crônicas	RP 2,54 IC95% 1,97 – 3,28	2,04 IC95% 1,56 – 2,68

*Ajustada para sexo, idade, raça/cor, escolaridade, autopercepção de saúde e perda de peso

ANEXO A – Questões retiradas do ELSI- BRASIL 2019-2021 para análise das variáveis

Bloco Arrolamento

ar8	Qual o sexo do(a) Sr(a) (nome do(a) responsável pelo domicílio)?	(0) Feminino (1) Masculino
ar10	Qual a idade do(a) Sr(a) **(nome do(a) responsável pelo domicílio)** na data da entrevista? ***Se a pessoa tem 50 anos ou mais, não preencha 999. Indique uma idade aproximada***	|__|__|__| anos

Bloco E: Características sociodemográficas

e22	Qual o último ano da escola que o(a) Sr(a) foi aprovado(a)? ***Se a resposta não for espontânea, ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).*** ***Quando o(a) entrevistado(a) afirmar que possui superior completo, perguntar se fez especialização, mestrado ou doutorado, se o mesmo não responder espontaneamente.***	(1) Nunca estudou (2) 1ª série do 1º grau (3) 2ª série do 1º grau (4) 3ª série do 1º grau (5) 4ª série do 1º grau (antigo primário ou grupo) (6) 5ª série do 1º grau (7) 6ª série do 1º grau (8) 7ª série do 1º grau (9) 8ª série do 1º grau (antigo ginásio) (10) 1ª série do 2º grau (11) 2ª série do 2º grau (12) 3ª série do 2º grau (antigo colegial: clássico, científico, normal) (13) Supletivo/madureza (14) Superior incompleto (15) Superior completo (16) Especialização/residência médica (17) Mestrado (18) Doutorado (99) Não sabe/não respondeu

Bloco N: Saúde geral e doenças

n1	Em geral, como o(a) Sr(a) avalia a sua saúde? **Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).**	(0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Não sabe/não respondeu

Algum médico oftalmologista já disse que o(a) Sr(a) tem ou teve algumas das doenças que vou listar a seguir:		
n9	Glaucoma ou suspeita de glaucoma	(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (9) Não sabe/não respondeu
n10	Retinopatia diabética (diabetes no olho)	(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (9) Não sabe/não respondeu
n11	Degeneração macular (degeneração da mácula)	(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (9) Não sabe/não respondeu
n12	Catarata em uma ou ambas as vistas	(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (9) Não sabe/não respondeu
n16	Como o(a) Sr(a) avalia a sua audição (MESMO USANDO APARELHO AUDITIVO)? **Ler as alternativas para o(a) entrevistado(a).**	(1) Muito boa ou excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Não sabe/não respondeu
	DOENÇAS CRÔNICAS	
n28	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem hipertensão arterial (pressão alta)?	(0) Não ***(VÁ PARA n34)*** (1) Sim (2) Sim, apenas durante a gravidez ***(VÁ PARA n34)*** (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n34)***
n35	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes (açúcar no sangue)?	(0) Não ***(VÁ PARA n43)*** (1) Sim (2) Sim, apenas durante a gravidez ***(VÁ PARA n43)*** (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n43)***
n44	Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem colesterol alto?	(0) Não ***(VÁ PARA n46)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n46)***
n46	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) teve infarto do coração?	(0) Não ***(VÁ PARA n48)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n48)***

n48	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem angina do peito?	(0) Não ***(VÁ PARA n50)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n50)***
n50	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem insuficiência cardíaca?	(0) Não ***(VÁ PARA n52)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n52)***
n52	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) teve acidente vascular cerebral (derrame)?	(0) Não ***(VÁ PARA n54)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n54)***
n54	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem asma? **Excluir bronquite.**	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu
n55	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu
n56	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem artrite ou reumatismo?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu
n57	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem osteoporose?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu
n58	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem problema crônico de coluna, como dor nas costas, no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu
n59	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem depressão?	(0) Não ***(VÁ PARA n59_2)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n59_2)***
n59_2	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem algum problema psiquiátrico? (exclui depressão)	(0) Não ***(VÁ PARA n60)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n60)***
n60	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem ou teve câncer?	(0) Não ***(VÁ PARA n61)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n61)***

n61	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem insuficiência renal crônica?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu
n62	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem doença de Parkinson?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu
n63	Algum médico já disse que o(a) Sr(a) tem doença de Alzheimer?	(0) Não ***(VÁ PARA n63_2)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n63_2)***
n63_2	Algum médico já disse que o (a) Sr(a) tem algum problema sério de memória ou demência? (exclui doença de Alzheimer)	(0) Não ***(VÁ PARA n64)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n64)***
	FENÓTIPO DE FRAGILIDADE	
n69	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?	(0) Não ***(VÁ PARA n72)*** (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu ***(VÁ PARA n72)***

Bloco O: Saúde bucal

o18	Nos ÚLTIMOS 6 MESES, teve dificuldade para comer ou sentiu dor ao tomar líquidos gelados ou quentes?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe/não respondeu

ANEXO B - Forma e apresentação dos manuscritos para a revista Ciência e Saúde Coletiva

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos, Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até, no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e http://decs.bvs.br/).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID.

Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (https://orcid.org/) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf) estão as orientações para

confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possível (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação