

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu





Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





“Os homens deveriam saber que de nenhum outro lugar senão do cérebro vêm as alegrias, risos e divertimentos, tristezas, afeições, desespero e lamentações. E através dele, de maneira especial, adquirimos sabedoria e conhecimento, vemos e ouvimos, sabemos o que é certo ou errado, o que é bom ou mau, o que é doce ou o que é insípido”.

Hipócrates



## **Agradecimentos**

A todas as pessoas que contribuíram para que este trabalho se tornasse possível.

De forma particular ao meu orientador, Professor Doutor António Madureira, pela forma como manifestou compreensão, partilha de saberes e apoio. Pela receptividade e disponibilidade demonstradas. Sempre soube imprimir, em diferentes momentos da realização do trabalho, o incentivo e auxílio necessários, primando pelo rigor científico.

Aos doentes que participaram neste estudo, sem os quais não teria sido possível continuar.

À minha família, por todo o apoio e compreensão.

A todos muito obrigada.



## Resumo

**Enquadramento:** A disfagia no após acidente vascular cerebral (AVC) tem sido atribuída à disfunção e incoordenação muscular faríngea e à perda de controlo do sistema nervoso central. As lesões do tronco encefálico são comumente citadas como tendo uma associação com a presença de disfagia. No entanto, também tem sido sugerido que as lesões em locais corticais podem ser mais comuns em doentes com disfagia ou naqueles com risco de aspiração.

**Objetivos:** Determinar a prevalência da disfagia em doentes pós acidente vascular cerebral; relacionar a influência de fatores sociodemográficos e clínicos na ocorrência de disfagia em doentes pós AVC.

**Métodos:** Estudo quantitativo, com corte transversal, descritivo analítico-correlacional. Os dados foram colhidos junto 60 doentes em situação de pós AVC internados no Serviço de Medicina de um Centro Hospitalar da zona centro do país. O diagnóstico de internamento de AVC no Serviço. O instrumento de recolha de dados foi um questionário com questões de caracterização sociodemográfica e clínica e a Escala GUSS de Stroke (2007).

**Resultados:** Trata-se de uma amostra constituída maioritariamente por mulheres (55,6%), com uma média de idades de 79,37 anos ( $\pm 10,12$  anos). Grande parte dos doentes (85,0%) tem a sua doença associada a algum fator risco, dos quais 66,7% têm hipertensão arterial, 30% fibrilhação auricular, 31,7% dislipidemia, 16,7% diabetes mellitus, 10,0% alcoolismo, 23,3% sofrem de obesidade. Prevalece o AVC isquémico (83,3%), sendo que 55,0% apresentam como local da lesão o hemisfério direito e 45,0% o hemisfério esquerdo. A maioria dos doentes apresenta lesão na artéria cerebral média (54,5%); 48 doentes que tiveram défices evidenciados, com prevalência da disartria (31,7%) e hemiparesia (38,3%); 22,0% tiveram um AVC anterior. Apenas 3 doentes apresentam sequelas na deglutição (23,1%), com 11,8% a ter reabilitação dirigida à disfagia, dos quais 3 deles o programa foi realizado pelo terapeuta da fala (75,0%), com duas secções para 2 doentes (40,0%) e cinco sessões para 3 doentes (60,0%), com uma duração de 10 minutos para 2 doentes (66,7%) e de 20 minutos no caso de 1 doente (33,3%). Apenas em 5,2% dos doentes foi contemplada a continuidade da reabilitação da disfagia na alta; em 36,8% dos doentes foi realizado ensino formal de preparação para a alta, tendo o mesmo sido dirigido, na maioria dos casos, ao doente (47,6%). Em grande parte dos casos, o ensino foi planeado pelo enfermeiro generalista (57,1%).

**Conclusões:** O grau de dependência é preditor da disfagia nas primeiras 24 horas, nas 48 horas e na alta. Assim, os doentes com maior grau de dependência mais disfagia apresentam nos três momentos de avaliação.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Disfagia; Prevalência



## **Abstract**

**Background:** Post stroke dysphagia has been attributed to pharyngeal muscle dysfunction and incoordination and loss of central nervous system control. Brainstem injuries are commonly cited as having an association with the presence of dysphagia. However, it has also been suggested that lesions at cortical sites may be more common in patients with dysphagia or those at risk of aspiration.

**Objectives:** To determine the prevalence of dysphagia in stroke patients; to relate the influence of sociodemographic and clinical factors on the occurrence of dysphagia in stroke patients.

**Methods:** Quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study. Data were collected from 60 post-stroke patients admitted to the Medical Service of a Hospital Center in the center of the country diagnosis of stroke admission to the Service. The data collection instrument was a questionnaire with questions of sociodemographic and clinical characterization and the Stroke GUSS Scale (2007).

**Results:** This is a sample composed mainly of women (55.6%), with a mean age of 79.37 years ( $\pm$  10.12 years). Most patients (85.0%) have their disease associated with some risk factor, of which 66.7% have hypertension, 30% atrial fibrillation, 31.7% dyslipidemia, 16.7% diabetes mellitus, 10, 0% alcoholism, 23.3% suffer from obesity. Ischemic stroke prevails (83.3%), with 55.0% presenting as lesion site the right hemisphere and 45.0% the left hemisphere. Most patients have damage to the middle cerebral artery (54.5%); 48 patients with evident deficits, with prevalence of dysarthria (31.7%) and hemiparesis (38.3%); 22.0% had a previous stroke. Only 3 patients had swallowing sequelae (23.1%), with 11.8% undergoing rehabilitation directed to dysphagia, of which 3 were programmed by the speech therapist (75.0%), with two sessions for 2 (40.0%) and five sessions for 3 patients (60.0%), lasting 10 minutes for 2 patients (66.7%) and 20 minutes for 1 patient (33.3%). Only 5.2% of patients contemplated the continuation of dysphagia rehabilitation at discharge; 36.8% of the patients were formally prepared for discharge preparation and in most cases they were directed to the patient (47.6%). In most cases, the teaching was planned by the generalist nurse (57.1%).

**Conclusions:** The degree of dependence is a predictor of dysphagia in the first 24 hours, at 48 hours and at hospital discharge. Thus, patients with the highest degree of dependence plus dysphagia present at the three assessment times.

**Key words:** Acute Stroke; Dysphagia; Prevalence



## Sumário

<b>Introdução</b> .....	<b>19</b>
<b>1ª PARTE – Enquadramento Teórico</b> .....	<b>21</b>
<b>1. Acidente vascular cerebral: fisiologia do Acidente Vascular Cerebral</b> .....	<b>23</b>
1.2. Fatores de risco do acidente vascular cerebral.....	25
1.3. Sequelas do acidente vascular cerebral .....	26
1.4. Prevenção do acidente vascular cerebral .....	29
<b>2. Disfagia: avaliação e tratamento</b> .....	<b>31</b>
<b>2.1. Disfagia no doente após acidente vascular cerebral</b> .....	<b>35</b>
2.3. Intervenção do enfermeiro face à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral.....	37
<b>2ª PARTE - Estudo Empírico</b> .....	<b>41</b>
<b>1. Metodologia</b> .....	<b>43</b>
1.1. Métodos .....	43
1.2. Participantes .....	46
1.3. Instrumento de colheita de dados.....	48
1.4. Procedimentos éticos e formais.....	51
1.5. Procedimentos estatísticos.....	52
<b>2. Resultados</b> .....	<b>55</b>
2.1. Caracterização clínica .....	55
2.2. Caracterização da disfagia .....	59
2.3. Caracterização do grau de dependência funcional .....	59
2.4. Avaliação da disfagia.....	60
2.5. Variáveis sociodemográficas e disfagia .....	62
2.6. Variáveis clínicas e disfagia.....	62
2.7. Variáveis preditoras da disfagia.....	65
<b>3. Discussão</b> .....	<b>69</b>
3.1. Discussão metodológica.....	69
3.2. Discussão dos resultados.....	70
<b>Conclusão</b> .....	<b>75</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>79</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>87</b>
Anexo I – Instrumento de colheita de dados	
Anexo II – Autorizações para a colheita de dados	



## Lista de figuras

Figura 1. Modelo conceptual do estudo .....	45
---	----



## Lista de tabelas

Tabela 1. Estatísticas relativas à idade dos doentes.....	46
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica em função do género.....	48
Tabela 3. Estatísticas relativas ao IMC e perímetro abdominal.....	55
Tabela 4. Caracterização clínica em função do género.....	56
Tabela 5. Caracterização clínica em função do género (continuação).....	58
Tabela 6. Estatísticas relativas à disfagia.....	59
Tabela 7. Caracterização do grau de dependência.....	59
Tabela 8. Caracterização da disfagia em função do género.....	61
Tabela 9. Resultados do Teste de postos assinados pelo Wilcoxon.....	61
Tabela 10. Estatísticas de teste <sup>a</sup> .....	62
Tabela 11. Relação entre a disfagia e o género (Teste t-Student).....	62
Tabela 12. Relação entre a disfagia e presença de fatores de risco (Mann-Whitney).....	63
Tabela 13. Relação entre a disfagia e o local da lesão (Teste t-Student).....	63
Tabela 14. Relação entre a disfagia e as artérias atingidas (Kruskal-Wallis).....	63
Tabela 15. Relação entre a disfagia e paresia facial (Mann-Whitney).....	64
Tabela 16. Relação entre a disfagia e afasia (Mann-Whitney).....	64
Tabela 17. Relação entre a disfagia e disartria (Mann-Whitney).....	64
Tabela 18. Relação entre a disfagia e hemiparesia (Mann-Whitney).....	65
Tabela 19. Relação entre a disfagia e hemiplegia (Mann-Whitney).....	65
Tabela 20. Correlações de Pearson entre a disfagia, a idade, o IMC e o grau de dependência.....	66
Tabela 21. Análise de regressão múltipla entre o grau de dependência e a disfagia nas primeiras 24 horas.....	66
Tabela 22. Análise de regressão múltipla entre o grau de dependência e a disfagia nas 48 horas.....	67
Tabela 23. Análise de regressão múltipla entre o grau de dependência e a disfagia nas 48 horas.....	68



## Lista de siglas e abreviaturas

ACA - Artéria Cerebral Anterior  
ACI - Artéria Carótida Interna  
ACM - Artérias Cerebrais Médias  
AIT – Acidente isquémico transitório  
AVC - Acidente Vascular Cerebral  
cf. - Conforme  
CV- Coeficiente variação  
DCV - Doenças cardiovasculares  
DGS – Direção-Geral da Saúde  
DIC - Doença Isquémica Cardíaca  
Dp - Desvio Padrão  
EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio  
EP - Erro Padrão  
*et al.* - Entre outros  
GUSS - *Gugging Swallowing Test*  
HTA – Hipertensão arterial  
IC - Intervalo de Confiança  
K – Curtose  
K - Kustosis  
K/Stderror - Medida de Achatamento  
M - Ponto médio de uma classe  
N - Total  
NMES - Estimulação elétrica neuromuscular orofaríngea  
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OM – Ordenação Média  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
p. – Página  
PAS - Escala de adaptação pré-mórbida  
Res. - Residual  
SK – Skewness  
SNC - Sistema Nervoso Central  
T - Teste t de Student  
TOR-BSS - *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test*  
UMW - Teste U Mann-Whitney  
WHO - *World Health Organization*  
WSO - *World Stroke Organization*  
 $X^2$  - Qui-Quadrado



## Introdução

Os primeiros 60 anos do século XX viram uma notável transformação em saúde e em longevidade nos países industrializados. Todavia, as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte da população e Portugal não é exceção, assumindo-se como uma das mais relevantes causas de morbidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2017). As doenças cardiovasculares têm-se revelado como a principal causa de morte numa grande parte dos estados membros da União Europeia, compreendendo a doenças associadas ao sistema circulatório, nas quais se insere o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Doença Isquémica Cardíaca (DIC), que representam 60% de todas as causas de morte cardiovasculares e têm contribuído para mais de um quinto de todas as mortes nos estados membros da União Europeia (DGS, 2017).

Todavia, a análise dos indicadores de mortalidade, de acordo com a DGS (2017, p. 5), mostra que os óbitos associados às doenças do aparelho circulatório têm vindo progressivamente a diminuir, contrastando com os óbitos relacionados com as doenças do aparelho respiratório e com os tumores malignos com um ligeiro aumento. A continuada adoção de medidas estratégicas preventivas e a melhoria dos diagnósticos, nas áreas do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do AVC, possibilitaram alcançar, em 2015, “uma proporção de óbitos de doenças cardiovasculares de 29,7%, um dos melhores valores das últimas décadas”.

O AVC, também definido como uma disfunção do cérebro devido a uma perturbação do fluxo sanguíneo cerebral, é a segunda causa mais comum de morte e incapacidade em adultos em todo o mundo. A redução da taxa de mortalidade por AVC tem levado os investigadores a prestarem atenção às limitações que os sobreviventes de AVC sofrem. Há 15 milhões de pessoas em todo o mundo que sofrem de AVC todos os anos, das quais cerca de 30% sofrem de incapacidade residual (Sun, Tan & Yu, 2014).

Uma elevada proporção de sobreviventes de AVC teve comprometimento cognitivo dentro de 3 meses após AVC. Embora a prevalência do comprometimento cognitivo após AVC seja muito alta, de acordo com os dados atuais, ainda existem evidências que mostram que os critérios podem subestimar a frequência da demência e o declínio cognitivo em sobreviventes de AVC. Esses doentes com comprometimento cognitivo podem ser divididos de acordo com o grau do declínio cognitivo em comprometimento cognitivo leve e demência (Byeon & Koh, 2016).

A carga global do AVC corresponde a 59,2%, sendo responsável por 5,7% dos anos vividos com deficiência em pessoas com idade igual ou superior aos 70 anos. Aproximadamente, 90% das pessoas que sobrevivem ao AVC ficam com sequelas funcionais e unicamente de 5%-20% conseguem a recuperação funcional completa. O AVC não é só um dos agravos mais comuns da atualidade, mas um problema de saúde pública global em termos de mortalidade, deficiência e exigências de custos médicos e sociais (Anderle, Rockenbach & Goulart, 2019).

Mais de 50% dos sobreviventes de AVC vivenciam agudamente a disfunção da deglutição (disfagia), com a maioria a recuperar a função de deglutição dentro de sete dias. Aproximadamente 11-13% continuarão com disfagia aos seis meses (Gonzalez-Fernandez, Ottenstein, Atanelov & Christian, 2013). A disfagia não é apenas um fator de risco para a desnutrição, a desidratação e a pneumonia após o AVC, mas também tem um impacto profundo na alta dos sobreviventes do AVC; 60% dos doentes não disfágicos recebem alta após um AVC *versus* somente 21% dos doentes com disfagia (Vose, Nonnenmacher, Singer et al., 2014).

Partindo deste referencial, o presente trabalho de investigação, desenvolvido no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, visa estudar a prevalência de disfagia em doentes pós AVC internados em Serviços de Medicina, presumindo-se que a elaboração e implementação de um programa de avaliação e reabilitação dos doentes com alterações de deglutição se assume como uma mais-valia quer para o doente, quer para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Deste modo, decidiu-se circunscrever o objetivo deste estudo, subjacente à problemática em análise, na seguinte questão: Qual a prevalência da disfagia em doentes internados num Serviço de Medicina, após AVC?

Na consecução deste estudo, para o problema expresso na questão de investigação, traçam-se os seguintes objetivos:

- Determinar a prevalência da disfagia em doentes após AVC;
- Relacionar a influência de fatores sociodemográficos e clínicos na ocorrência de disfagia em doentes após AVC.

Em termos estruturais este trabalho de investigação encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte, relativa ao enquadramento teórico, foram abordados temas como o AVC, tendo em conta a sua fisiologia, fatores de risco, sequelas e prevenção. Contextualiza-se a disfagia, a importância da sua avaliação e tratamento, onde se dá destaque à intervenção do enfermeiro face à pessoa com disfagia, em situação de pós

AVC. A segunda parte corresponde à fase metodológica, a qual descreve o tipo de estudo propriamente dito, as questões de investigação, os objetivos, população e amostra. De igual modo são descritas as variáveis em estudo, os participantes e critérios de inclusão, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos de índole ética e estatística. Finaliza com as principais conclusões e algumas sugestões.



## 1. Acidente vascular cerebral: fisiologia do Acidente Vascular Cerebral

O AVC a segunda maior causa de morte no mundo, tendo resultado em 6,7 milhões de óbitos em 2012 (Araújo, Darcis, Tomas & Mello, 2018). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), estimam-se que até 2030 o AVC continue a ser a segunda maior causa de mortes no mundo, responsável por 12,2% dos óbitos previstos para o referido ano. Consiste numa “patologia do foro neurológico, cuja alteração depende do local específico da lesão vascular cerebral, do tamanho da própria lesão e da lateralidade do doente” (Ferreira, 2014, p. 20).

O AVC é uma patologia vascular do Sistema Nervoso Central (SNC) no território encefálico e a hemiplegia consiste no sintoma neurológico mais frequente com início imediatamente após o quadro ictal, cujo diagnóstico é realizado através do exame físico e da avaliação de sinais e sintomas resultantes da lesão cerebral (Gonçalves, Vieira, Vitorino & Pinto, 2017).

Os mecanismos de um AVC são múltiplos, nomeadamente a trombose de uma artéria, lacunas, embolia, hematoma intracraniano, hemorragia, subaracnoídea e aneurisma ou malformações arteriovenosas (Martins, 2006). De entre os vários mecanismos, aquele que acontece com maior frequência é a trombose (Gonçalves et al., 2017).

Quando sobrevém o decréscimo do fluxo sanguíneo numa determinada região do cérebro, a sobrevivência do tecido em risco está dependente da intensidade e da duração da isquemia e da recetividade da circulação colateral. “A vasodilatação da microcirculação e o aumento da taxa de extração de oxigénio e glicose são mecanismos auto-regulatórios utilizados para compensar essa diminuição do fluxo sanguíneo regional” (MedicinalNet, 2019). De acordo com a mesma fonte, a falência desses mecanismos para manter os nutrientes e o oxigénio para as células neuronais origina uma transformação “funcional dos neurónios ainda reversível, caracterizando a zona de penumbra”. O tecido neuronal em risco é caracterizado pela “ausência de potenciais espontâneos ou induzidos”, apesar de manterem “a homeostase iónica e o potencial transmembrano”. A redução mais acentuada do fluxo sanguíneo regional acarreta alterações “bioquímicas e estruturais do neurónio, delimitando a morte celular, ou seja, o enfarte cerebral”.

Os mecanismos fisiopatológicos do ataque isquémico transitório (AIT) são idênticos aos do AVC isquémico, todavia menos intensos ou “com fenómenos compensatórios locais efetivos (circulação colateral) ou recanalização precoce e espontânea do vaso (trombólise natural)” (MedicinalNet, 2019).

Torna-se essencial determinar-se o tipo de AVC, isquémico ou hemorrágico, tendo em conta que cada um tem subjacentes “etiologias, mecanismos de instalação, opções terapêuticas e prognósticos diferentes” (Nascimento, 2018, p. 26). De acordo com a mesma autora, a nível etiológico, o AVC *isquémico* ou enfarte cerebral e o AVC *hemorrágico* ou hemorragia intracerebral surgem por várias causas, resultando em vários mecanismos de instalação; no caso de AVC isquémico ocorre “uma interrupção da circulação cerebral por obstrução arterial, com hipo ou ausência de perfusão do tecido cerebral, enquanto no hemorrágico haverá uma rutura de vasos, com extravasamento de sangue para o tecido cerebral (hemorragia intracerebral)” (Nascimento, 2018, p. 26).

O AVC divide-se em hemorrágico e isquémico. A maioria (≈80%) dos AVC's é isquémica, embora a carga relativa do AVC hemorrágico *versus* isquémico varie entre as diferentes populações. O AVC hemorrágico pode ser principalmente intraparenquimatoso ou subaracnoídeo. O AVC isquémico pode ser ainda mais dividido no que foi referido como subtipos ou categorias etiológicas que se pensa representar as causas do derrame: cardioembólica, aterosclerótica, lacunar, outras causas específicas (dissecções, vasculite, fatores genéticos específicos, distúrbios, entre outros) e derrames de causa desconhecida (Ovbiagele, Goldstein, Higashida, Howard et al., 2013).

A DGS (2017), fazendo alusão à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, refere que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte na grande maioria dos países membros da União Europeia, com 36% de mortes, em 2010. Estas abrangem as doenças relacionadas com o sistema circulatório, nas quais se incluiu o AVC e a Doença Isquémica Cardíaca (DIC). Estas duas doenças representam 60% de todas as causas de morte cardiovasculares e resultaram em mais de um quinto de todas as mortes nesses países.

Ainda em conformidade com a DGS (2017), a análise dos dados de mortalidade alusivas às doenças cardiovasculares (DCV) dos últimos quatro anos em Portugal demonstra uma inversão da descida verificada na última década. Assim sendo, e segundo o mesmo organismo, assume-se como primordial dar-se especial atenção enfâse ao repentino desenvolvimento da mortalidade prematura devido à doença isquémica cardíaca, parcialmente compensado por uma diminuição da mortalidade por doença cerebrovascular, com maior expressividade no AVC isquémico. Deste modo, existe uma aproximação dos padrões de mortalidade cardiovascular em Portugal ao perfil mais frequente na generalidade dos países europeus e da OCDE (DGS, 2017). A contínua adoção de estratégias preventivas, bem como a melhoria dos diagnósticos, nas áreas do EAM e do AVC, possibilitaram que se atingisse em 2015 uma proporção de

óbitos de doenças cardiovasculares de 29,7%, um dos melhores valores das últimas décadas (DGS, 2017).

## 1.2. Fatores de risco do acidente vascular cerebral

O AVC é uma condição heterogênea e a determinação dos fatores de risco e tratamento depende da sua patogênese específica. Os fatores de risco para o AVC podem ser classificados como modificáveis e não modificáveis. A idade, o sexo e a raça, história familiar/genética, a origem geográfica e o baixo peso ao nascer são fatores de risco não modificáveis para AVC isquêmico e hemorrágico, enquanto a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, fibrilhação auricular, estenose carotídea, AIT ou AVC prévio e a terapia hormonal de substituição estão os fatores de risco modificáveis mais comumente relatados. Os distúrbios monogênicos podem causar distúrbios hereditários raros, para os quais o derrame é uma manifestação primária (Boehme, Esenwa & Elkind, 2017).

As pesquisas recentes também sugerem que os polimorfismos genéticos comuns e raros podem influenciar o risco de causas mais comuns de AVC, devido a outros fatores de risco e mecanismos específicos de AVC, como fibrilação atrial. Os fatores genéticos, particularmente aqueles com interações ambientais, podem ser mais modificáveis do que os reconhecidos anteriormente (WHO STEP Stroke Manual, 2015; Boehme, Esenwa & Elkind, 2017).

A prevenção do AVC geralmente concentra-se em fatores de risco modificáveis. Os estilos de vida e a modificação comportamental, como as mudanças na dieta ou a cessação tabágica, reduzem quer o risco de AVC, quer o risco de outras doenças cardiovasculares. Outras estratégias de prevenção incluem a identificação e o tratamento de condições médicas, como a hipertensão e a diabetes *mellitus*, que aumentam o risco de derrame. Pesquisas recentes sobre os fatores de risco e genética do AVC identificaram pessoas em risco de AVC e identificaram maneiras de direcionar populações em risco para a prevenção de AVC (Mozzafarian, Benjamin, Go et al., 2016).

A significativa prevalência de fatores de risco exige que se aposte cada vez mais na sua prevenção, detecção e correção, o que implica a promoção de ações que impeçam a perda de saúde, incluindo os cuidados que coadjuvem a sua recuperação. Assim, é imprescindível que se tomem medidas que fomentem na população a diminuição dos riscos de AVC, o acesso célere e adaptado ao tratamento, as medidas de prevenção

secundária para a diminuição da sua ocorrência e a prevenção terciária, correspondente à reabilitação precoce na fase aguda (Rodrigues, Santana & Galvão, 2017).

Os fatores de risco do AVC hemorrágico e isquémico são semelhantes, mas existem algumas diferenças, como também existem diferenças nos fatores de risco entre as categorias etiológicas do AVC isquémico. A hipertensão é um fator de risco particularmente importante para o derrame hemorrágico, embora contribua para a doença aterosclerótica, o que também pode levar ao derrame isquémico. A hiperlipidemia, no entanto, é um fator de risco particularmente importante para ACV's, devido à aterosclerose dos vasos sanguíneos extracranianos e intracranianos, assim como é um fator de risco para a aterosclerose coronariana e a fibrilação atrial é um fator de risco para o AVC cardioembólico (Boehme, Esenwa & Elkind, 2017).

Existem evidências de que uma alta proporção de hemorragia no AVC, em relação ao AVC isquémico, pode ser encontrada em populações onde a taxa de distúrbios hipertensivos é maior. Como o reconhecimento e o tratamento da hipertensão melhorou, geralmente com um aumento nas dietas de estilo ocidental, a proporção de derrames hemorrágicos diminuiu e a proporção AVC isquémico, bem como as doenças cardiovasculares em geral. Esse padrão de transição epidemiológica, de AVC hipertensivo hemorrágico para AVC isquémico e os seus fatores de risco associados, tem sido particularmente bem ilustrado ao longo um período relativamente curto de tempo em estudos de AVC, durante o rápido desenvolvimento económico de muitos países em décadas recentes (Zhao, Liu, Wang, Zeng et al., 2010).

As causas diretas de um AVC agudo são a trombose, a hemorragia, a embolia e a isquemia cerebral transitória, associadas aos fatores de risco que podem ser não modificáveis, como o género, a idade, a raça a história familiar positiva de doença arterial coronária e modificáveis, como a dislipidemia, diabetes *mellitus*, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial sistémica, obesidade e o stresse (Frias & Biléu, 2015).

Reduzir as taxas de AVC's requer a identificação de fatores de risco modificáveis e a demonstração da eficácia dos esforços da redução desses fatores de risco.

### 1.3. Sequelas do acidente vascular cerebral

As alterações sequelares do AVC dependem dos territórios vasculares afetados, atendendo ao facto de que a irrigação cerebral ocorre via dois sistemas: o carotídeo e o

vertebro-basilar. O sistema carotídeo, que se constituiu pela Artéria Carótida Interna (ACI), Artérias Cerebrais Médias (ACM), Artéria Cerebral Anterior (ACA) e Artéria Coroideia Anterior, é responsável pela irrigação do globo ocular, da grande maioria da face externa dos hemisférios cerebrais, da metade antero-superior da sua face interna e das estruturas anatómicas profundas (cápsula interna e núcleos da base, excetuando o tálamo) (Ferro & Pimentel, 2006).

As sequelas do AVC dependem do seu tipo, da localização da artéria afetada, da área cerebral lesionada, do estado de saúde e da atividade anterior ao AVC. É de salientar que todos os AVC's são diferentes e cada pessoa afetada manifestará problemas e necessidades também distintas. Entre as sequelas mais comuns do AVC estão as alterações na fala, agnosia visual, déficit de memória, comprometimento motor, espasticidade ou afasia (Ferro & Pimentel, 2006).

De acordo com os mesmos Frias e Biléu (2015), o AVC pode ter implícito cinco tipos de défices principais: paralisia e alterações da motricidade, alterações sensoriais, alterações da comunicação, alterações cognitivas e distúrbios emocionais.

Os sobreviventes de AVC são frequentemente afetados por distúrbios psicológicos e distúrbios neuropsiquiátricos. Cerca de um terço dos sobreviventes de AVC experimentam depressão, ansiedade ou apatia, que são as sequelas neuropsiquiátricas mais comuns de AVC. As sequelas neuropsiquiátricas são incapacitantes e podem ter uma influência negativa na recuperação, reduzir a qualidade de vida e levar à exaustão do cuidador. Apesar da disponibilidade de instrumentos de triagem e tratamentos eficazes, os distúrbios neuropsiquiátricos atribuídos ao AVC são atualmente subdiagnosticados e subtratados (Ferro, Caeiro & Figueira, 2016).

A gravidade do AVC, deficiências relacionadas com o AVC, doença cerebral de pequenos vasos, doença psiquiátrica anterior, fracas estratégias de enfrentamento e o ambiente psicossocial desfavorável influenciam a presença e a gravidade das sequelas psiquiátricas do AVC. Embora as associações consistentes entre os distúrbios psiquiátricos e localizações específicas de AVC ainda não tenham sido confirmadas, estudos funcionais de ressonância magnética estão a desvendar as redes anatómicas que são interrompidas nos distúrbios psiquiátricos associados a AVC. As evidências sobre os biomarcadores bioquímicos e os genéticos para os distúrbios psiquiátricos associados ao AVC ainda são limitadas, sendo necessária uma melhor compreensão dos determinantes biológicos e da fisiopatologia desses distúrbios (Ferro, Caeiro & Figueira, 2016).

O AVC é a principal causa de incapacidade física adquirida em adultos em todo o mundo. Embora as unidades de AVC tenham melhorado drasticamente o resultado funcional pós AVC e reduzam a mortalidade pós AVC, concentrando-se no tratamento agudo do AVC, muitas vezes deixam de considerar o AVC como um distúrbio crônico, com possíveis consequências neuropsicológicas e emocionais tardias (Emberson, Lees, Lyden, Blackwell, Albers, Bluhmki et al., 2014). De facto, enquanto o comprometimento motor, espasticidade ou afasia são complicações facilmente reconhecíveis, outras deficiências, como o comprometimento cognitivo, a depressão ou a fadiga também são frequentemente relatadas, mas subavaliadas e mal geridas entre os sobreviventes de AVC. Pensa-se que essas chamadas deficiências “invisíveis” contribuam para a redução da capacidade de participar nas atividades da vida diária e também para a qualidade de vida prejudicada (Gadidi, Katz-Leurer, Carmeli & Bornstein, 2011).

As deficiências residuais e as suas consequências nas atividades da vida diária foram avaliadas principalmente em populações representativas de doentes com AVC. No entanto, pouca informação está disponível sobre as sequelas pós AVC na população de doentes que vivem no domicílio e que foram tratados em unidades de AVC. Além disso, a maioria dos estudos que avaliam sequelas pós AVC concentra-se num pequeno espectro de sequelas e apresentam alta variabilidade de resultados devido à heterogeneidade dos doentes, delineamentos de estudos, scores de diagnóstico e tipos de AVC (Broussy, Saillour-Glenisson, García-Lorenzo, Rouanet et al., 2019). Neste sentido, os mesmos autores referem que o conhecimento das sequelas residuais e suas consequências nas atividades da vida diária em doentes pós AVC no domicílio 1 ano após o evento inicial gerido nas unidades de AVC ainda é débil. Assim, realizaram um estudo multidimensional que avaliou os tipos de sequelas, a sua frequência e as consequências que o AVC específico teve na vida diária dos doentes. Trata-se de uma pesquisa transversal, com a utilização de escalas padronizadas, incapacidades a pós um ano de acometimento do AVC, limitações das atividades na vida diária, participação e qualidade de vida, numa amostra de doentes após AVC que retornaram a casa após internamento numa unidade de AVC. Foram incluídos 161 doentes (142 capazes de responder à entrevista; 19 que necessitaram de um cuidador). Entre um subgrupo dos doentes entrevistados, 55,4% (intervalo de confiança de 95% [47,1-63,7]) queixaram-se de dor e 60,0% (IC95% [51,4-68,6]) queixaram-se de fadiga; cerca de 25% apresentaram deficiência neuropsicológica ou neuropsiquiátrica. Enquanto 87,3% (IC95% [81,7-92,9]) eram independentes para as atividades da vida diária, a participação em todos os domínios e os scores da qualidade de vida, principalmente nas subescalas de atividade diária, dor e ansiedade, foram baixos. Apesar de um bom resultado funcional após um ano da ocorrência do AVC, os

sintomas incapacitantes não motores são frequentes entre os doentes, contribuindo para um baixo nível de participação nas atividades de vida diária e uma baixa qualidade de vida. Deste modo, os autores sugerem a utilização de estratégias de reabilitação focadas na participação em atividades de vida diária para romper o círculo vicioso do isolamento social e melhorar a qualidade de vida desses doentes (Broussy et al., 2019).

#### 1.4. Prevenção do acidente vascular cerebral

A *World Stroke Organization* (WSO) (2017), no que respeita à prevenção do AVC, preconiza a necessidade de implementação de estratégias preventivas para todas as comunidades tendo em consideração as variáveis económicas e ambientais, que resultam em AVC; eliminação das barreiras financeiras em relação ao rastreio de prevenção; uma maior aposta no papel de liderança no desenvolvimento de um risco sustentável e de baixo custo de estratégias de avaliação e de gestão; promoção de um trabalho conjunto com o sistema de saúde, pesquisadores e sobreviventes do AVC; maior apoio às organizações para que possam desenvolver e prover estratégias preventiva nacionais, regionais e globais; perceber de que modo as condições médicas e os comportamentos de riscos do AVC afetam a pessoa; garantir que as pessoas com história de AVC ou com condições cardiovasculares recebem um tratamento preventivo; implementação de programas de controlo da hipertensão arterial e fibrilação atrial; realização de um controlo mais rigoroso da pressão arterial; facultar informações e apoio às populações saudáveis e não saudáveis, para que possam seguir as medidas de redução do risco de AVC ao longo da vida; proporcionar-se um acesso justo e igualitário a todas as pessoas aos cuidados de saúde e políticas que potenciem a saúde; modificações positivas no que se refere aos comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Como medidas preventivas do AVC, a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2017) sugere os denominados “*10 mandamentos para a prevenção do AVC*”, mormente: 1 - manter uma dieta equilibrada e variada, com restrição do sal e das gorduras totais e saturadas e rica em fibras e em frutas, vegetais e legumes; 2 - parar de fumar e evitar os ambientes de fumadores; 3 - manter a atividade física regular, contrariando o sedentarismo e os seus efeitos nefastos sobre a saúde; 4 - controlar o peso corporal e, se tiver “peso a mais”, emagrecer de forma saudável, procurando obter um peso ideal; 5 - não beber em excesso e evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas; 6 - vigiar regularmente a pressão arterial, mantendo um controlo efetivo da pressão arterial: a pressão sistólica (máxima) deve ser <140 mm Hg e a pressão diastólica (mínima) <90

mm Hg, uma vez que estes valores estão associados a um menor risco de AVC e de eventos cardiovasculares; 7 - verificar os níveis do colesterol e das “gorduras” do sangue; 8 - manter um perfil lipídico favorável, caso necessário, fazer o tratamento farmacológico adequado, não descurando todas as medidas complementares de estilo de vida; em alguns casos, pode ser necessário fazer antiagregação plaquetária, o que implicar procurar-se informação junto do médico acerca da importância da mesma no controlo do risco de AVC; 9 - controlar os valores da glicemia, se a pessoa é diabética, deve manter os valores de glicemia controlados e aderir ao tratamento (estilos de vida, dieta e medicação); 10 saber se existe algum problema no coração ou alguma alteração do ritmo cardíaco; em caso de fibrilhação auricular, a pessoa deve manter a anticoagulação em níveis adequados e um bom controlo da pressão arterial.

De acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2017), o AVC consiste numa doença em larga medida evitável, cuja prevenção é “um ditame ético central a que cada um de nós pode e deve responder”.

## 2. Disfagia: avaliação e tratamento

O mecanismo de deglutição, segundo Ferreira (2016, p. 14), é um “processo dinâmico e intermitente que envolve múltiplas interações complexas e coordenadas, realizadas por um conjunto de mecanismos neuromotores, coordenados pelo córtex cerebral, tronco cerebral e nervos encefálicos, envolvendo tanto o sistema nervoso central, como o sistema nervoso periférico”. Consiste num mecanismo formado por diversas fases, sendo “umas voluntárias (preparatória oral e oral) e outras involuntárias ou reflexas (faríngea e esofágica) de acordo com a região em que decorre o processo” (Ferreira, 2016, p. 14). Na fase preparatória oral, ainda em conformidade com a autora citada, o alimento é inserido na cavidade oral, onde é preparado para o processo de deglutição através da “da saliva, mastigação e movimentos da língua”. Posteriormente, o bolo alimentar formado adota “uma posição entre a língua e o palato duro para ser conduzido até à faringe através de movimentos de propulsão da língua, finalizando-se esta fase com o disparo do reflexo de deglutição (p. 14). Na fase faríngea, na altura do “disparo do reflexo de deglutição”, ocorre a proteção das vias aéreas através do “encerramento da nasofaringe, a elevação do complexo hiolaríngeo, o encerramento das pregas vocais e a descida da epiglote (o fator mais importante para a ocorrência de proteção laríngea)”. Os músculos constritores faríngeos ajudam o transporte do bolo alimentar através de movimentos “peristálticos associados à gravidade e ao músculo cricofaríngeo que, relaxado, permite a passagem do bolo alimentar para o esófago”. A fase esofágica abrange “a propulsão do bolo ao longo do esófago, até chegar ao estômago (Ferreira, 2016, p. 14).

A disfagia é um distúrbio da deglutição com sinais e sintomas específicos caracterizados pelas modificações em “qualquer etapa ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, e pode ser congénita ou adquirida” (Frias & Biléu, 2015, p. 389). Deste modo, ainda em conformidade com os mesmos autores, a disfagia é uma alteração em termos de processo da deglutição, podendo ocorrer alterações ao nível do transporte dos alimentos desde a boca até ao estômago. Assim, referem que para se poder fazer uma correta avaliação da disfagia é indispensável que o estado de consciência do doente o possibilite, para que não se cause qualquer sequela. Se o estado de consciência do doente não possibilitar uma segura avaliação da disfagia, é mais seguro ter em conta que o doente tem disfagia total e reavaliá-lo *a posteriori*. Frias e Biléu (2015), sustentados em vários autores, mencionam que a incidência de disfagia no pós AVC varia de 42 a 67%.

A disfagia afeta a grande maioria dos doentes com AVC agudo. Embora melhore em duas semanas para na maioria dos casos, alguns doentes enfrentam problemas de deglutição de longa duração que os colocam em risco de pneumonia, desnutrição, desidratação e afetam significativamente a sua qualidade de vida (González-Fernández, Ottenstein, Atanelov & Christian, 2014).

Por norma, a disfagia é percebida como a dificuldade de deglutição, congénita ou adquirida, resultante de um processo agudo ou progressivo, com interferência no transporte do bolo alimentar da boca ao estômago (*Royal College of Speech and Language Therapist*, 2011). O *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopédes de L'Union Européenne* (2014) refere que a disfagia consiste numa condição consequente quer da interrupção no prazer em comer, quer na manutenção da nutrição e hidratação.

Os sinais mais comuns da disfagia consistem em: “tosse, pigarro, ingurgitação nasal, emagrecimento, resíduos na cavidade oral e voz nasalizada. Entre as complicações mais frequentes da disfagia estão as complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento, desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada e morte” (Frias & Biléu, 2015, p. 390). De acordo com Glenn (2011), a complexa neurofisiologia intrínseca ao processo de deglutição fundamenta que, após uma lesão cerebral assomem vários compromissos em alguns passos de uma ou mais fases da deglutição, causando a disfagia. A extensão, a gravidade da lesão, as singularidades da doença e as características pré-mórbidas da deglutição assumem-se como fatores decisivos na complexidade e no tipo de disfagia.

A triagem da disfagia serve para determinar a possibilidade de aspiração (aberta ou silenciosa) antes de complicações como a pneumonia, a desidratação, a desnutrição ou a obstrução das vias aéreas. Múltiplas ferramentas clínicas têm sensibilidade e especificidade variadas. Vários desses testes são usados não apenas para a triagem, mas também para as avaliações de cabeceira. A maioria das ferramentas avalia poucas características clínicas e/ou um teste de deglutição de água (González-Fernández et al., 2013). Daniels et al. (1997), de acordo com os mesmos autores, propuseram uma tabela que não inclui um teste de deglutição de água, mas tem a sensibilidade e a especificidade comparáveis a outros testes que envolveram ensaios de deglutição de água. A triagem é considerada positiva se dois dos seguintes parâmetros estiverem presentes: 1) disfonia, 2) disartria, 3) mordança anormal, 4) tosse anormal e volitiva, 5) tosse após a deglutição ou 6) alterações na voz após a deglutição. O *The Toronto*, um

teste de triagem por deglutição (TOR-BSST ©), é a única ferramenta de triagem que inclui uma avaliação da sensação faríngea.

Segundo Passo, Cardoso e Scheeren (2017), a disfagia poderá ser diagnosticada através da avaliação clínica de deglutição, isto é, uma avaliação efetuada na beira do leito. Existem ainda avaliações instrumentais de deglutição, suplementares às avaliações clínicas, concretizadas por meio da análise objetiva da biodinâmica da deglutição, visualizada ou através de um exame radiológico ou vídeo-endoscópico, o que requer protocolos formais para a sua avaliação. Os mesmos autores referem ainda que a avaliação da disfagia através da utilização de um instrumento válido e confiável deve acontecer previamente à administração de alimentos, bebidas ou medicação oral, num prazo de 4 a 24 horas de hospitalização, sendo esta uma avaliação que pode ser realizada de forma segura pelos enfermeiros, com níveis de conhecimento e de experiência (Passos et al., 2017).

Muitas ferramentas instrumentais e de beira do leito foram desenvolvidas para o diagnóstico e tratamento da disfagia pós AVC. Essas ferramentas adquirem dados em relação à pressão, faixa, força de movimento estrutural, proteção das vias aéreas, sensação, folga e eficiência do bolus e bolus padrões de fluxo. As ferramentas de avaliação da disfagia podem ser agrupadas amplamente como imagem (exame radiológico, Videofluoroscopia, avaliação endoscópica por fibra óptica da deglutição e fibra óptica, avaliação endoscópica da deglutição com teste sensorial) e sem imagem (ferramentas de avaliação e manometria faríngea) (González-Fernández et al., 2013).

Carnaby-Mann e Lenius (2008) definiram uma avaliação clínica à beira do leito de disfagia como a história clínica abrangente e exames minuciosos das cavidades oral, faríngea e anatomia da laringe. Os mesmos autores sugerem a realização de um exame neurológico com foco nas alterações sensoriais e função motora, habilidades cognitivas, comportamentais, de linguagem e um teste de alimentação, se clinicamente indicado. As avaliações clínicas à beira do leito são económicas, não invasivas e fáceis de executar. A avaliação inicial fornece a base sobre a qual um plano de tratamento pode ser proposto. Embora a avaliação clínica forneça informações valiosas, a sensibilidade e a especificidade para identificar o risco de aspiração geralmente são baixas (Gonzalez-Fernandez, Sein & Palmer, 2011).

Segundo Ferreira (2016), ainda não existe, a nível internacional, uma unanimidade no que se refere ao diagnóstico da disfagia, cuja identificação e diagnóstico podem ser realizados através de uma avaliação clínica e/ou de triagem ou através de um exame instrumental. Todavia, ainda em conformidade com a autora citada, o melhor meio

prático a adotar é a combinação destes procedimentos, quer na avaliação, quer no tratamento da disfagia. Por conseguinte, recomenda o uso de técnicas adicionais à avaliação clínica da disfagia para a obtenção de dados mais objetivos. O seu estudo indica que há necessidade de se definir a aspiração apenas após um determinado número de deglutições a fim de se poder minimizar os falsos negativos, sob pena de identificar doentes que efetivamente aspiram, mas sem necessidade de aspiração.

Ferreira (2016) também sugere que se faça uma reflexão sobre a correta utilização do corante alimentar na avaliação instrumental da deglutição, pois têm de se respeitar as recomendações relativas à sua utilização e à preparação das soluções, a fim de não de aumentar o *input* sensorial, especificamente o paladar, que redundaria a variação da fisiologia da deglutição. Porém, o seu uso é indispensável, na medida em que proporciona o contraste com a cor da mucosa, para identificação da presença de resíduos alimentares, a penetração e a aspiração.

Importa ressaltar que os enfermeiros têm um papel central em termos de abordagem interdisciplinar na monitorização e exame dos doentes com disfagia, usando instrumentos de avaliação do grau de disfagia, particularmente a escala de GUSS, a escala PAS, o teste TOR-BSS. A utilização destes instrumentos tem a vantagem de se obter a avaliação da capacidade da deglutição de substâncias de diferente consistência, traduzindo-se na aproximação dos hábitos alimentares do quotidiano do doente, proporcionando uma adequada e segura dieta (Pires, 2014).

O objetivo principal do tratamento da disfagia tem sido reduzir a aspiração e controlar as dificuldades de deglutição, o que se deve em parte à heterogeneidade das dificuldades de deglutição. A gestão inclui a modificação de alimentos e a postura fluida, alterando e mudando as estratégias de deglutição com algumas técnicas de reabilitação. Estas podem ser usadas de forma independente, mas o ideal é serem usadas principalmente juntas. A gestão depende se o foco está no risco de aspiração ou ao nível da quebra da deglutição, o que pode ser individualizado. As técnicas compensatórias apoiam a gestão alimentar e de hidratação na situação atual do doente e a redução do risco de aspiração. São ajustes de curto prazo e podem não melhorar a fisiologia da deglutição ou promover a recuperação da rede neural. As técnicas posturais (por exemplo, dobrar o queixo) redirecionam o bolo e alteram as dimensões da faringe. As técnicas de deglutição compensatória, como o esforço na deglutição aumentam a eficácia e a segurança da deglutição. Há alguma evidência de uma redução na aspiração com essas técnicas (Speyer, Baijens, Heijen & Zwijnenberg, 2010).

## 2.1. Disfagia no doente após acidente vascular cerebral

A disfagia pós AVC é uma complicação comum e está associada ao aumento da mortalidade, morbidade e institucionalização devido em parte à aspiração, pneumonia e desnutrição. Embora a maioria dos doentes recupere a deglutição espontaneamente, uma minoria significativa ainda apresenta disfagia aos seis meses. Apesar de vários avanços terem sido feitos no tratamento hiperagudo do AVC e na prevenção secundária, a gestão da disfagia pós AVC ainda continua a ser uma área com alguma negligência em termos de pesquisa, a sua gestão ideal, incluindo o diagnóstico, a investigação e o tratamento, ainda necessitam de ser melhor definidos (Cohen, Roffe, Beavan, Blackett et al., 2016).

Mourão, Almeida, Lemos, Vivente e Teixeira (2016) referem que normalmente após um AVC a disfagia é clinicamente diagnosticada entre 40-70% dos doentes nos três primeiros dias, cuja incidência de aspiração de saliva, alimentos e/ou líquidos pode oscilar entre 20-45% nos primeiros cinco dias, após os AVC. Alves (2015), no seu estudo com doentes pós AVC, verificou uma prevalência de sinais de disfagia a rondar os 64,7%.

Sönmezler e Keşkek (2019) realizaram um estudo para avaliar a frequência de disfagia em 54 doentes após AVC isquémico agudo e de acordo com a Glasgow Coma Score (GCS). Os resultados revelam que 48,1% dos doentes tinha disfagia. Os scores da escala de Glasgow foram menores em doentes com disfagia ( $r=-0,628$ ,  $p<0,001$ ). Além disso, a sobrevivência foi inversamente correlacionada com a disfagia ( $r=-0,331$ ,  $p=0,014$ ). Os distúrbios da deglutição podem estar associados a desfechos clínicos adversos em doentes com AVC isquémico agudo.

No seu estudo, Langdon e Blacker (2010) verificaram que a disfagia afetou entre 13% a 94% dos doentes com AVC agudo. Os mesmos autores referem que a disfagia está associada a complicações respiratórias, aumento do risco de pneumonia aspirativa, comprometimento nutricional e desidratação e prejudica a qualidade de vida. Enquanto muitos sobreviventes de AVC experimentam um rápido retorno à função normal de deglutição, isso nem sempre acontece.

Em conformidade com Passos et al. (2017), a disfagia assume-se como uma das principais causas de mortalidade em doentes pós AVC, estando associada a complicações que requerem longos internamentos. Assim, realizaram um estudo onde verificaram a associação entre os resultados de escalas de funcionalidade e a severidade da disfagia determinadas a partir de exames de vídeo-fluoroscopia em doentes pós AVC. Concluíram uma alta prevalência de disfagia classificada como discreta. Nos doentes

com disfagia registaram a presença de aspiração laringotraquial em cerca de um terço dos doentes, havendo uma associação significativa entre os scores das escalas *Functional Oral Intake Scale* e *Dysphagia Outcome and Severity Scale* em doentes após AVC, o que indica que quanto maior o comprometimento da deglutição, menor o nível de ingestão por via oral.

Baroni, Fábio e Dantas (2012) avaliaram clinicamente a prevalência de alterações da deglutição em doentes após AVC e analisaram os fatores associados à disfunção, relacionando a presença de dificuldade de deglutição com a mortalidade após 3 meses. A deglutição foi avaliada clinicamente em 212 doentes consecutivamente com diagnóstico médico e radiológico. Após 3 meses foi verificada a ocorrência de óbito. Entre os doentes estudados, 63% mostraram alteração da deglutição. As variáveis gênero e localização específica da lesão se associaram à presença ou não da dificuldade de deglutição. Os doentes com dificuldade de deglutição tinham prévios episódios de AVC, AVC no hemisfério esquerdo, alterações motoras e/ou de sensibilidade, alterações na compreensão oral, expressão oral e nível de consciência, complicações (febre e pneumonia) e índices elevados na escala de Rankin e baixos na escala de Barthel. Esses doentes apresentaram maior mortalidade. Os autores referem que a disfagia tem de ser avaliada em todos os doentes após AVC, considerando que as alterações na deglutição se associam a complicações e ao aumento na mortalidade.

A corroborar, Huang, Liu, Huang et al. (2014) referem que a disfagia após o AVC está associada à mortalidade e ao aumento de complicações pulmonares. As terapias de deglutição podem diminuir as complicações pulmonares e melhorar a qualidade de vida dos doentes após o AVC. Assim, realizaram um estudo no qual efetuaram avaliações clínicas da deglutição e videofluoroscopia para avaliar a recuperação funcional de doentes após AVC agudo com disfagia depois da aplicação de diferentes terapias da deglutição. Foram incluídos 29 doentes após AVC agudo com disfagia, que foram divididos aleatoriamente em 3 grupos de terapia: deglutição tradicional, estimulação elétrica neuromuscular orofaríngea (NMES) e combinação de NMES/deglutição tradicional. Todos os doentes foram avaliados com a escala clínica funcional de ingestão oral, a escala de penetração-aspiração de 8 pontos e escala funcional de disfagia antes e após o tratamento. Não houve diferenças nos parâmetros clínicos e nos resultados da deglutição da escala clínica funcional de ingestão oral e videofluoroscopia antes do tratamento da deglutição entre os três grupos ( $p > 0,05$ ). A terapia com deglutição tradicional e a terapia combinada apresentaram melhoria significativa da deglutição, de acordo com a escala clínica funcional de ingestão oral e a escala de penetração-

aspiração de 8 pontos de 8 pontos ( $p < 0,05$ ). Ao comparar os resultados da avaliação através da videofluoroscopia entre os três grupos, encontraram melhorias significativas nos doentes que comiam biscoitos e líquidos espessos após a terapia combinada de NMES/deglutição tradicional ( $p < 0,05$ ). Em doentes após AVC agudo com disfagia, a terapia combinada de NMES/deglutição tradicional é a terapia de deglutição mais eficaz na ingestão de dietas sólidas e líquidos espessos.

Mourão et al. (2015) realizaram um estudo onde analisaram a evolução da deglutição de 100 doentes após AVC, admitidos num Hospital Público Regional de Betim, submetidos à avaliação fonoaudiológica estruturada em dois momentos: nas primeiras 48 horas após AVC e no momento da alta hospitalar, com recurso também da escala GUSS, um instrumento padronizado e validado para ser usado à beira do leito. Os seus resultados mostram que, na avaliação fonoaudiológica inicial, a frequência da disfagia foi de 52%, com 28% dos doentes a serem classificados com disfagia grave com alto risco de aspiração. A média de tempo entre a avaliação inicial da deglutição e a do momento da alta hospitalar foi de 22,1 dias. Na alta, somente 2,1% dos doentes ainda manifestavam disfagia grave. Observou-se uma mudança do perfil de deglutição do doente de acordo com a gravidade da disfagia e da consistência da dieta oral. Ficou demonstrado, nos doentes estudados, que a frequência de disfagia após AVC é elevada, contudo com gradual transformação no perfil de deglutição do doente durante o internamento.

### 2.3. Intervenção do enfermeiro face à pessoa com disfagia após acidente vascular cerebral

A literatura consultada é unânime no que se refere à importância atribuída à intervenção do enfermeiro no doente pós AVC com disfagia. Assim, de acordo com Bennett, Howard, Barnes e Jones (2013), os enfermeiros pelo seu perfil técnico e de proximidade com os doentes podem intervir eficazmente na diminuição do risco de complicações e, deste modo, ampliar a segurança à alimentação dos doentes. Contudo, importa ressaltar que a complexidade e abrangência dos problemas associados à capacidade de deglutição implicam uma abordagem multiprofissional, dependente e adaptada à situação de cada pessoa (Carvalho, 2013). Os enfermeiros, como elementos desta equipa, assumem um papel essencial em todo este processo, em resultado das suas competências profissionais para “prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença (...) a satisfação das necessidades humanas fundamentais e

a máxima independência na realização das atividades da vida diária, bem como para a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem do doente” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.5).

A intervenção de enfermagem no que respeita à disfagia abarca todas as fases do processo de enfermagem, desde a investigação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação das intervenções (Carvalho, 2013). A mesma autora refere que em termos de investigação inicial, os enfermeiros devem recolher os dados referentes à alimentação, estado nutricional, grau de dependência e capacidade de deglutição da pessoa, o que lhe permite fazer uma síntese que resulte no diagnóstico de enfermagem.

O enfermeiro deve realizar uma anamnese e exame físico ao doente, cujo primeiro passo da abordagem inclui, de acordo com Cardoso, Rainho, Quitério et al. (2011, pp.137-138): “a) idade do doente; b) estado geral; c) diagnóstico neurológico; d) características da respiração; e) estado de consciência e condições neuropsicológicas; f) capacidade de comunicação; g) hábitos alimentares; h) qualidade da fonação e da articulação do discurso; i) presença de hipersalivação; j) duração da refeição; k) condição social”. Os mesmos autores recomendam esta ordem, no entanto, salvaguardam que a mesma pode ser alterada. O passo seguinte refere-se à avaliação morfodinâmica e abrange: “I) lábios (abertura, encerramento, insuflação, beijo); II) língua (motilidade, protusão, e retração); III) mandíbula; IV) palato (vocalização de ah); V) laringe (morfologia e movimentos das cordas vocais, encerramento da glote, elevação da laringe); e VI) controlo muscular cefálico” (Cardoso et al., 2011, p. 138).

O enfermeiro deve também avaliar a sensibilidade do doente na região peri-bucal, nos lábios, boca, língua e palato, com avaliação dos reflexos: “i) normal (reflexo de vômito, reflexo da tosse); ii) patológico (dentada, pontos cardinais, sucção, deglutição); e iii) teste da água (avalia as características da voz após a ingestão de alguma água – uma voz seca, húmida ou gorgolejante pode ocorrer – e é possível avaliar se está presente tosse causada por aspiração)” (Cardoso et al., 2011, p. 138). Deve igualmente, ainda conforme sugerem os mesmos autores, avaliar a função gustativa com estímulos específicos e realizar o teste da ingestão oral, ou seja, realizar a avaliação funcional, a que avalia a sucção e a mastigação e a fase faríngea da deglutição, usando líquidos (água), semilíquidos (alimentos liquefeitos) e semissólidos (dieta pastosa).

Após estas avaliações, o enfermeiro deverá “determinar a necessidade de iniciar intervenções interdependentes pela referenciação ou colaboração com outros

---

profissionais. O planeamento das intervenções a implementar deve ser elaborado depois de serem estabelecidas metas e objectivos das intervenções” (Carvalho, 2013, p. 24).

A seleção de qualquer estratégia ou opção de tratamento para os doentes com disfagia deve ser realizada com base na experiência do enfermeiro, os desejos do doente e as melhores evidências disponíveis. Após a revisão crítica da literatura atual de apoio terapêutico usado para intervir na disfagia, a evidência mais atual e melhor disponível aponta para técnicas terapêuticas compensatórias e/ou exercícios. As decisões sobre as técnicas terapêuticas a implementar devem ser baseadas na identificação da fisiologia prejudicada observada durante a avaliação instrumental (Vose, Nonnenmacher, Singer et al., 2014).

As estratégias compensatórias de deglutição são frequentemente utilizadas pelos profissionais de saúde, onde o objetivo não é mudar a fisiologia da deglutição, mas prevenir os sintomas da disfagia para manter a segurança e garantir uma nutrição e hidratação adequadas. Essas técnicas são, por definição, compensatórias e não resultam em alterações fisiológicas a longo prazo. Estas incluem modificações de volume e textura. Exercícios de deglutição são frequentemente utilizados para tratar a disfagia com o objetivo de alterar a fisiologia da deglutição e promover mudanças a longo prazo. Devem incluir a deglutição mecânica e o fluxo de bolus de impacto. Algumas manobras podem servir como estratégia compensatórias e também funcionam como exercícios de reabilitação, tais como a manobra de Mendelsohn. Outros exercícios não compensatórios podem ser usados que se destinam apenas a melhorar a fisiologia de deglutição, como o exercício Shaker e a manobra Masako (retenção da língua). Uma combinação de estratégias compensatórias e estratégias de reabilitação pode ser implementada quer para gerir os sintomas de disfagia, quer para melhorar a fisiologia da deglutição, dependendo do comprometimento fisiológico identificado durante a videofluoroscopia ou videoendoscopia. Para doentes com disfagia secundária ao AVC, independentemente da etiologia do AVC, o objetivo é identificar e tratar as deficiências fisiológicas. Ao relacionar o tratamento à fisiologia, o objetivo é melhorar os resultados e aliviar os sintomas de disfagia. A implementação durante a videofluoroscopia ou a videoendoscopia permitirá aos enfermeiros determinar quais as intervenções seguras e eficazes na minimização de riscos, otimizando a nutrição, a hidratação e o tratamento dos défices fisiológicos subjacentes (Vose et al., 2014).







## 1. Metodologia

A metodologia assume-se como uma fase do processo de investigação científica de grande importância, onde se enquadra o plano metodológico no qual se alicerça toda a realização da investigação. O reconhecimento de que a atividade científica pode ser recuperada, estudada e avaliada, tendo por base a literatura, suporta os fundamentos teóricos para a aplicação de métodos que têm como finalidade a construção de indicadores de produção e do desempenho científico (Silva, Hayashi & Hayashi, 2011). Tendo como ponto de partida o pressuposto que a seleção da metodologia tem de se adequar ao problema em estudo e aos objetivos da investigação, neste capítulo descreve-se o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa.

### 1.1. Métodos

A disfagia é proeminente em todo o *continuum* de recuperação do AVC e a sua presença pode resultar em complicações pulmonares, particularmente pneumonia, desidratação e má nutrição. Estima-se que entre 29% e 50% dos sobreviventes de AVC são disfásicos. Alguma da variabilidade está relacionada com diferenças no tempo e método de avaliação da deglutição. A presença de disfagia pode ser identificada com base em exames clínicos ou radiográficos, ou ambos. A sua presença nos sobreviventes de AVC tem sido associada a um aumento da mortalidade e morbidades como desnutrição, desidratação e comprometimento pulmonar. Evidências indicam que detetar e controlar a disfagia após AVC melhora os desfechos, como o risco reduzido de pneumonia, a diminuição do tempo de internamento hospitalar e gastos em saúde (Teasell, Foley, Martino et al., 2018).

A aspiração após o AVC, o sintoma clinicamente mais significativo de disfagia, tem sido associada à pneumonia, sepse e morte. Tem sido relatado que a pneumonia é a segunda causa mais comum de morte durante a fase aguda do AVC, com até 20% dos doentes com disfagia relacionada com o AVC que morreram no primeiro ano pós AVC por pneumonia aspirativa (Bergstrom, Svensson & Hartelius, 2014). Teasell et al. (2018) verificaram que o número de dificuldades de deglutição ocorrido após AVC foi associado ao tempo de internamento. A teteção de aspiração, silenciosa e audível, e as subsequentes estratégias de manuseio adaptativo são consideradas importante na prevenção da pneumonia (Altman, 2012; Alves, Fabio & Dantas).

Nesse contexto, considerando a pertinência e a emergência desta problemática, operacionalizou-se o interesse da mesma pelas seguintes questões de investigação:

- Qual a prevalência da disfagia na pessoa após AVC?;
- Qual a influência de variáveis de contexto sociodemográfico e clínicas na disfagia em doentes após AVC?

Partindo destas interrogações, a realização desta investigação tem como objetivos:

- Determinar a prevalência da disfagia em doentes pós acidente vascular cerebral;
- Relacionar a influência de fatores sociodemográficos e clínicos na ocorrência de disfagia em doentes pós AVC.

Decorrente do exposto, deliniou-se um estudo não experimental, de matriz transversal, descritivo-correlacional e de natureza quantitativa. Em concreto, trata-se de uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Coutinho, 2014) também denominado de estudo correlacional, uma vez que não há manipulação de variáveis independentes, pretendendo-se realizar a descrição das características da amostra e o estabelecimento de relações entre as variáveis, num determinado “momento”, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos.

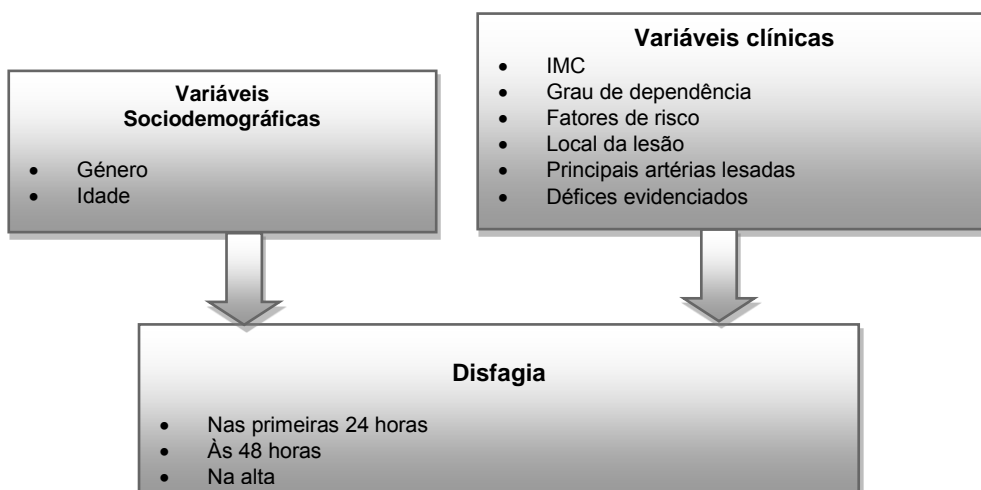
Neste pressuposto, a definição de um modelo concetual assume-se, ao nível de um estudo empírico, como um fator de importância *major* delineado para que se possam estabelecer as orientações para a determinação e concretização de uma ideia. Ou seja, delimitar a concetualização de um estudo empírico possibilita organizar de maneira rigorosa o pensamento num processo de termos significativos. Por conseguinte, o tipo de estudo teve em conta a estrutura usada para a obtenção de respostas às questões de investigação formuladas e propõe-se descrever variáveis, analisando as relações de causalidade entre estas (Coutinho, 2014). Assim, quanto ao tipo de variáveis, considerou-se a disfagia no doente após AVC como variável dependente. Como variáveis independentes foram consideradas: a idade, o género, o IMC, grau de dependência, os fatores de risco, local da lesão, principais artérias lesadas e os défices evidenciados.

De salientar que foram consideradas ainda variáveis de contexto sociodemográfico (estado civil, escolaridade, residência habitual, zona de residência, coabitação) e as variáveis de contexto clínico (tipo de AVC, presença de AVC anterior, sequelas na deglutição, Classificação do AVC segundo *Oxfordshire Community Stroke Project*, por quem foi realizado o programa de reabilitação, duração do programa, intensidade do programa, contemplada a continuidade da reabilitação da disfagia na alta, ensino formal

de preparação para a alta, a quem foi dirigido o ensino, quem planeou o ensino) como variáveis de atributo, com o objetivo de sustentarem a caracterização dos sujeitos da amostra.

Em suma, tendo por referência as questões de investigação, o enquadramento dos objetivos e a delimitação das variáveis, apresenta-se, na figura 1, a representação esquemática do desenho do estudo (enquanto modelo concetual), onde se pretende esquematizar as inter-relações das variáveis independentes e a variável dependente. Ressalve-se que o processo de operacionalização destas variáveis coincide com a descrição do instrumento utilizado, tal como é referenciada na interpretação que deles é feita já no subcapítulo seguinte, inerente ao material utilizado no âmbito desta investigação.

Figura 1. Modelo conceptual do estudo



## 1.2. Participantes

A população alvo é constituída por todos os doentes em situação de pós AVC internados no Serviço de Medicina de um Centro Hospitalar da zona centro do país. O diagnóstico de internamento de AVC no Serviço suprarreferenciado foi considerado como fator de inclusão no estudo. Outro diagnóstico primário como critério de internamento ou recusa na participação do estudo foram considerados como critérios de exclusão. Trata-se de uma amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 60 doentes, retirados da população referenciada.

Os resultados obtidos em relação à idade dos doentes revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima 55 anos e uma máxima de 100 anos, ao que corresponde uma idade média de 79,37 anos ( $\pm 10,12$  anos). Para o género masculino, que representa 39,4% da totalidade da amostra, a idade mínima é 55 anos e a máxima de 93 anos, e para o género feminino, com uma representatividade de 55,6%, a mesma oscila entre 56 e os 100 anos. As mulheres possuem uma média de idade de 90,33 anos  $\pm 9,43$  anos, os homens 79,19 anos  $\pm 10,97$  anos. Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão baixa face às idades médias encontradas (cf. tabela 1).

Tabela 1. Estatísticas relativas à idade dos doentes

Idade	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	27	55	93	78,19	10,97	14,02	-0,82	-,091
Feminino	33	56	100	80,33	9,43	10,67	-0,54	0,35
<b>Total</b>	60	55	100	79,37	10,12	12,75	-1,10	-0,49

Da análise dos resultados relativos ao estado civil, pode afirmar-se que há um claro predomínio de participantes a coabitarem com companheiro(a) (53,3%), com 44,4% de participantes do género masculino e 60,6% do género feminino. Dos 46,7% de participantes que não têm companheiro(a), 55,6% são do género masculino e 39,4% do género feminino. Não se registam diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=1,558$ ;  $p=0,212$ ) (cf. tabela 2).

Em relação à escolaridade, apura-se um predomínio de participantes com 1º Ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano)/Antiga 4ª Classe (45,8%). Quando analisamos os resultados por género, o maior destaque recai nos homens (46,2%), apesar de se registar

45,5% de mulheres também com a mesma escolaridade. Verifica-se que 33,9% da amostra só sabe ler e escrever, com 30,8% de homens e 36,4% de mulheres, estando em menor representatividade os participantes com o 2.º ciclo do ensino básico (5,1%), representando mais homens (7,7%) (cf. tabela 2).

Quanto à residência habitual, a maioria da amostra (81,7%) reside no domicílio, fazendo parte deste grupo 81,5% dos doentes do género masculino e 81,8% do género feminino. Quanto aos residentes numa instituição, os mesmos têm uma representatividade de 18,3% da amostra total, sendo 18,5% do género masculino e 18,2% do género feminino (cf. tabela 2).

Em relação à situação profissional, apura-se um predomínio de doentes desempregados (95,0%), com 96,3% dos homens e 93,9% das mulheres. Verifica-se que apenas 5,0% da amostra se encontraram empregados (cf. tabela 2).

No que diz respeito à zona de residência, constata-se que estão em maioria (66,7%) dos doentes residentes numa aldeia, dos quais 74,1% são homens e 60,6% mulheres, secundados pelos 23,3% que residem na cidade (homens 22,2% vs. mulheres 24,2%) (cf. tabela 2).

Verifica-se, quanto à coabitação, que prevalecem os doentes que coabitam com 2 elementos (34,7%), com 50,0% homens e 22,2% mulheres, seguindo-se os doentes que coabitam com 1 elemento e os que coabitam com 3 elementos, com igual valor percentual (24,5%, respetivamente), estando em menor representatividade os que coabitam com mais de 3 elementos (cf. tabela 2).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica em função do género

Variáveis	Género		Masculino (n=27)		Feminino (n=33)		Total (n=60)		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2				
<b>Estado civil</b>												
Com companheiro(a)	12	44,4	20	60,6	32	53,3	-1,2	1,2	1,558	0,212		
Sem companheiro(a)	15	55,6	13	39,4	28	46,7	1,2	-1,2				
<b>Escolaridade</b>												
Não sabe ler, nem escrever	4	15,4	5	15,2	9	15,3	,0	,0	n.a.	n.a.		
Só sabe ler e escrever	8	30,8	12	36,4	20	33,9	-,5	,5				
1º Ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª Classe	12	46,2	15	45,5	27	45,8	,1	-,1				
2º Ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª Classe / Ciclo Preparatório	2	7,7	1	3,0	3	5,1	,8	-,8				
<b>Residência habitual</b>												
Domicílio	22	81,5	27	81,8	49	81,7	,0	,0	n.a.	n.a.		
Instituição	5	18,5	6	18,2	11	18,3	,0	,0				
<b>Situação laboral</b>												
Empregado	1	3,7	2	6,1	3	5,0	-,4	,4	n.a.	n.a.		
Desempregado	26	96,3	31	93,9	57	95,0	,4	-,4				
<b>Zona de residência</b>												
Aldeia	20	74,1	20	60,6	40	66,7	1,1	-1,1	n.a.	n.a.		
Vila	1	3,7	5	15,2	6	10,0	-1,5	1,5				
Cidade	6	22,2	8	24,2	14	23,3	-,2	,2				
<b>Coabitação</b>												
1 elemento	4	18,2	8	29,6	12	24,5	-,9	,9	n.a.	n.a.		
2 elementos	11	50,0	6	22,2	17	34,7	2,0	-2,0				
3 elementos	4	18,2	8	29,6	12	24,5	-,9	,9				
>3 elementos	3	13,6	5	18,5	8	16,3	-,5	,5				

### 1.3. Instrumento de colheita de dados

Num trabalho de investigação uma das etapas é a recolha de dados sendo fundamental a elaboração de um instrumento que possibilite colher os dados adequados. Deste modo, optou-se por recolher os dados através do de um questionário (cf. Anexo I), constituído por 3 secções, como a seguir se apresenta:

**Secção I – Caracterização sociodemográfica do doente:** cujos dados foram baseados do processo clínico do doente, constando assim: a idade, sexo, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, residência habitual, se no domicílio, qual o número de pessoas que integram o agregado familiar, local de residência, profissão, situação laboral;

**Secção II – Caracterização clínica do doente:** contém questões que permitem traçar um perfil clínico do doente, tendo em conta: tipo de AVC, local da lesão, tempo de evolução do diagnóstico presente, défices identificados no internamento, presença de AVC anterior, local de internamento, antecedentes, ter iniciado o programa de

reabilitação dirigido à disfagia no internamento, quem realizou o programa de reabilitação, duração do programa, intensidade do programa, processamento de ensino formal de preparação para a alta, a quem foi dirigido o programa, quem planeou e realizou o ensino, no planeamento da alta foi contemplado algum cuidado de continuidade no âmbito da reabilitação da disfagia;

**Secção III** – O Índice de *Barthel* foi desenvolvido por Mahoney e Barthel (1965) e permite avaliar o grau de (in)dependência da pessoa na realização de dez ABVD's: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres (evacuar e urinar), deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

De acordo com Apóstolo (2012) e Sequeira (2010), o preenchimento pode ser realizado através de observação direta, partindo de registos clínicos ou por autopreenchimento. Cada uma das dez dimensões avaliadas apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, correspondendo o *score* 0 à dependência total, sendo que a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos consoante os graus de dependência, variando o *score* total entre 0 e 100. Segundo Sequeira (2010), quanto menor o *score* maior o grau de dependência:

- < a 20: dependência total;
- 20 a 35: dependência severa;
- 40 a 55: dependência moderada;
- 60 a 85: dependência ligeira;
- 90 a 100: Independente.

Desde a sua publicação em 1965, têm sido realizadas várias adaptações ao instrumento, com versões em que são aumentadas ou diminuídas as atividades avaliadas ou com sistemas de pontuação diferentes, nomeadamente a versão desenvolvida por Wade e Collin (1988), que utiliza uma pontuação dos itens de 0, 1, 2 ou 3 e um *score* total entre 0 e 20, mantendo, em relação à versão original, a interpretação dos resultados, isto é, quanto maior o *score*, maior o grau de independência da pessoa (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

A interpretação do Índice de *Barthel*, do ponto de vista clínico, possibilita não só avaliar o grau de (in)dependência global, partindo da avaliação do *score* total, mas também permite avaliar, a partir dos *scores* parciais, cada uma das dez atividades, viabilizando uma adequação dos cuidados às necessidades específicas da pessoa, na medida em que permite identificar onde estão as incapacidades. “Dois indivíduos com a

mesma pontuação global necessitam de cuidados diferenciados de acordo com a(s) atividade(s) para as quais demonstra maior incapacidade” (Araújo *et al.*, 2007, p. 61).

A opção pela utilização de uma escala de avaliação do grau de dependência da pessoa dependente, partiu da necessidade de credibilizar os resultados obtidos através da colheita de dados e assim excluir potenciais “cuidadores” de pessoas independentes. Tal como mencionado por Gomes e Martins (2016) não podem ser consideradas como dependentes as pessoas que apresentem limitações funcionais/incapacidades, mas que sejam capazes de realizar por si próprias, ainda que por meio de adaptações do meio ambiente, as atividades de vida, pois a dependência pressupõe a existência de limitação física, intelectual ou psíquica, incapacidade para realizar por si as atividades de vida diária e necessidade de assistência/cuidados por parte de terceiros.

O Índice de *Barthel* é, em conjunto com o Índice de *Katz*, o instrumento de avaliação do estado funcional do idoso mais utilizado na literatura, conforme foi analisado por Paixão e Reichenheim (2005) num estudo de revisão sobre 30 instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso que analisou 482 artigos, confirmando que o Índice de *Barthel* possui elevada consistência em termos de fidelidade e validade (Martins & Gomes, 2016; Araújo *et al.*, 2007). É também considerado por outros autores (Vilarmau, Diestre & Guirao, 2000; Sabartés *et al.* 2003; Duncan, Jorgensen & Wade, 2000), como “o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD” (p. 61), sendo amplamente utilizado na prática clínica, nomeadamente no contexto hospitalar e em unidades de reabilitação (Araújo *et al.*, 2007); além disso é um instrumento validado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), que no artigo de validação apontam outras vantagens da sua aplicação, nomeadamente: é de fácil aplicação, exigindo pouco tempo no seu preenchimento, tem baixos custos de aplicação, possibilita uma fácil interpretação dos dados e ao ser aplicado periodicamente permite monitorizações longitudinais.

A versão utilizada no instrumento de colheita de dados foi baseada na versão original de Mahoney e Barthel (1965) e na versão adaptada por Sequeira, após uma análise fatorial realizada em 2007, em data prévia há já referida validação para a população portuguesa (Sequeira, 2010). Na sua análise foram identificados três fatores que explicam 75% da variância total (mobilidade, higiene e controlo de esfíncteres), apresentando o Índice de *Barthel* uma boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,89) e uma correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ) entre os itens da escala e o somatório total. A mobilidade explica 52,1% da variância total, com uma consistência interna de 0,96, pois avalia atividades que necessitam de mobilização dos membros e inclui os itens: alimentação, transferências, uso da casa de banho, deambulação

(mobilidade), subir e descer escadas e vestir. O segundo fator (higiene), que explica 12,4% da variância total (consistência interna de 0,84), inclui dois itens: higiene pessoal e banho. O fator controlo de esfíncteres inclui os itens controlo intestinal e controlo vesical e explica 10,7% da variância total (consistência interna de 0,87). A análise destes dados sugere que as ABVD's apresentam uma natureza multidimensional e que podem ser agrupados em três domínios, permitindo deste modo identificar de forma global ou parcelar (mobilidade, higiene e controlo de esfíncteres) os determinantes do comprometimento das ABVD's (Sequeira, 2010).

**Secção IV – Avaliação da Deglutição:** recorreu-se à adaptação da Escala GUSS de Stroke (2007), através da qual se avaliou a capacidade de deglutição do doente, avaliando o risco de aspiração e o grau de disfagia. Esta escala pressupõe duas fases de execução: uma avaliação inicial através do teste de deglutição indireto (observação do padrão de deglutição salivar ou aplicação de spray substituto de saliva nos doentes com incapacidade de a produzir), com posterior teste de deglutição direto. A cada item é atribuído um máximo de cinco pontos, correspondendo uma maior pontuação a uma melhor deglutição. Na primeira fase, teste indireto, o avaliador pesquisa o estado de vigília, presença de tosse voluntária, deglutição da saliva, presença de sialorreia e disfonia. A cada item é atribuído 0 pontos (patológico) ou 1 ponto (fisiológico). Na segunda fase, teste direto, avalia-se a deglutição, tosse involuntária, sialorreia e disfonia, em três períodos sequenciais: com ingesta de semissólidos (água espessada com consistência de pudim); ingesta de líquidos (3, 5, 10, 20 e 50 ml); finalizando com ingesta de sólidos (5 pedaços de pão humidificado). Nesta fase atribui-se 2 pontos à deglutição normal, 1 ponto à deglutição prolongada, 0 pontos à deglutição patológica. As pontuações finais são categorizadas em: 0-9 (disfagia severa); 10- 14 (disfagia moderada); 15-19 (disfagia leve); 20 (deglutição normal sem risco de aspiração).

#### 1.4. Procedimentos éticos e formais

No desenvolvimento da investigação salvaguardaram-se os direitos dos participantes e os princípios éticos. A recolha de dados foi realizada através de informações diretas junto dos doentes e familiares. Considerando os preceitos éticos e deontológicos a ter em conta neste tipo de estudos, foram solicitadas autorizações ao Conselho de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e ao Conselho de Ética de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal (cf. Anexo 2).

## 1.5. Procedimentos estatísticos

A análise de dados foi efectuada com recurso à estatística descritiva e analítica. Com a estatística descritiva, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, mais concretamente médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento e medidas de associação como a correlação de Pearson.

Enfatizando o coeficiente de variação pela sua natureza dir-se-á que compara a dispersão em torno da média de uma variável de natureza quantitativa. Os valores se referência são:

<b>Coeficiente de variação</b>	<b>Classificação do Grau de dispersão</b>
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

A outra medida a salientar é o coeficiente de correlação de Pearson. Trata-se duma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. Os valores oscilam entre -1 e +1 podendo assim ocorrer entre as variáveis em estudo uma associação em sentido inverso se o valor for negativo ou sentido directo se for positivo. Contudo, a comparação do coeficiente deve ser feita elevando o valor correlacional ao quadrado o que é designado por coeficiente de determinação ( $r^2$ ). O índice assim obtido indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Tanto  $r$  como  $r^2$  não exprimem relações de causalidade. Por convenção (Pestana & Gageiro, 2014) os valores de  $r$  devem ser interpretados do seguinte modo:

- $r < 0.2$  – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

Quanto à estatística inferencial, recorreu-se à estatística paramétrica, e à estatística não paramétrica.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação, não se verificaram (Marôco, 2018) nomeadamente os testes de normalidade. Recorremos ainda a este tipo de testes quando os grupos em estudo não são homogêneos, ou dito de outra forma, quando o

cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor for superior a 1.5 (Pestana & Gageiro, 2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é muito menor.

Assim, (i) o Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) foi utilizado para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais; (ii) o Teste de Kruskal-Wallis para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa); (iii) o Teste de qui quadrado ( $X^2$ ) permitiu comparar proporções entre duas variáveis nominais. Quando há relação entre as variáveis devem usar-se os resíduos ajustados estandardizados para localizar as diferenças. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de  $X^2$ , isto porque os resíduos ajustados, na forma estandardizada, fornecem informações acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis ou por outras palavras os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis. Ainda relativamente aos resíduos ajustados de referir que só devem considerar-se as células cujo valor residual seja superior a 2 (positivo). A leitura destes resíduos deverá realizar-se apenas quando em linha ou em coluna a frequência absoluta for igual ou superior a 8.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows.

Após estas considerações metodológicas, no capítulo seguinte, far-se-á a apresentação e análise dos resultados.



## 2. Resultados

No presente capítulo, efetua-se a descrição das variáveis estudadas, nomeadamente, as clínicas, grau de dependência e disfagia.

### 2.1. Caracterização clínica

Analisando o IMC e o perímetro abdominal, com base na tabela 3, constata-se que o mínimo no género masculino foi 17,58 e o máximo foi de 31,21, com uma média de 24,68 ( $\pm 3,47$ ), verificando-se uma dispersão fraca em torno da mesma (CV = 14,05%). No que se refere ao perímetro abdominal, o mínimo é 70,0 e o máximo 133,0, correspondendo a uma média de 94,18 ( $\pm 13,12$ ), com uma dispersão fraca em torno da mesma (CV = 13,93%). Para as mulheres, regista-se um mínimo e um máximo de IMC a oscilarem entre 16,59 e 37,46, com uma dispersão moderada (CV = 20,95%). Quanto ao perímetro abdominal, o mínimo é 72,0 e o máximo 166,08, cujo valor médio observado é  $124,53 \pm 1,04$ , constatando-se uma dispersão elevada em torno da mesma (CV = 133,36%).

Tabela 3. Estatísticas relativas ao IMC e perímetro abdominal

	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Género masculino</b>								
<b>IMC</b>	27	17,58	31,21	24,68	3,47	14,05	0,25	-0,31
<b>Perímetro abdominal</b>		70,0	133,0	94,18	13,12	13,93	0,08	2,40
<b>Género feminino</b>	33	16,59	37,46	27,20	5,70	20,95	0,47	-1,17
<b>IMC</b>		72,0	166,08	124,53	1,04	133,36	13,81	40,73
<b>Perímetro abdominal</b>								

Constata-se que grande parte dos doentes (85,0%) tem a sua doença associada a algum fator risco, dos quais 66,7% têm hipertensão arterial, 30% fibrilhação auricular, 31,7% dislipidémia, 16,7% diabetes mellitus, 10,0% alcoolismo, 23,3% sofrem de obesidade, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=6,960$ ;  $p=0,008$ ), situadas entre as mulheres com obesidade e os homens sem obesidade. Apenas 10,2% dos doentes têm hábitos tabágicos. Verifica-se que apenas 1 mulher sofre de stresse (1,7%), com 23,3% sedentários, encontrando-se diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=4,099$ ;  $p=0,043$ ), situadas entre as mulheres sedentárias e os homens ativos. Apura-

se ainda que apenas 5,0% dos doentes sofrem de demência, 11,7% sofrem de depressão major (cf. tabela 4).

No que se refere ao tipo de AVC, constata-se que prevalece o AVC isquémico (83,3%), com uma representatividade de 88,9% de homens e 78,8% de mulheres, sendo que 55,0% dos doentes apresentam como local da lesão o hemisfério direito (48,1% homens vs. 60,6% mulheres) e 45,0% o hemisfério esquerdo (51,9% homens vs. 39,4% mulheres) (cf. tabela 4).

Tabela 4. Caracterização clínica em função do género

Variáveis	Género		Feminino (n=33)		Total (n=60)		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Masculino (n=27)		nº	%	nº	%	1	2		
<b>Fatores de risco</b>										
Sim	23	85,2	28	84,8	51	85,0	,0	,0	n.a.	n.a.
Não	4	14,8	5	15,2	9	15,0	,0	,0		
<b>HTA</b>										
Sim	17	63,0	23	69,7	40	66,7	-,6	,6	0,303	0,582
Não	10	37,0	10	30,3	20	33,3	,6	-,6		
<b>Fibrilhação Auricular</b>										
Sim	11	40,7	7	21,2	18	30,0	1,6	-1,6	2,697	0,101
Não	16	59,3	26	78,8	42	70,0	-1,6	1,6		
<b>Dislipidemia</b>										
Sim	11	40,7	8	24,2	19	31,7	1,4	-1,4	1,868	0,172
Não	16	59,3	25	75,8	41	68,3	-1,4	1,4		
<b>Diabetes Mellitus</b>										
Sim	1	3,7	9	27,3	10	16,7	-2,4	2,4	n.a.	n.a.
Não	26	96,3	24	72,7	50	83,3	2,4	-2,4		
<b>Alcoolismo</b>										
Sim	4	14,8	2	6,1	6	10,0	1,1	-1,1	n.a.	n.a.
Não	23	85,2	31	93,9	54	90,0	-1,1	1,1		
<b>Obesidade</b>										
Sim	2	7,4	12	36,4	14	23,3	-2,6	<b>2,6</b>	6,960	<b>0,008</b>
Não	25	92,6	21	63,6	46	76,7	<b>2,6</b>	-2,6		
<b>Tabagismo</b>										
Sim	5	18,5	1	3,1	6	10,2	1,9	-1,9	n.a.	n.a.
Não	22	81,5	31	96,9	53	89,8	-1,9	1,9		
<b>Stresse</b>										
Sim	0	0,0	1	3,0	1	1,7	-,9	,9	n.a.	n.a.
Não	27	100,0	32	97,0	59	98,3	,9	-,9		
<b>Sedentarismo</b>										
Sim	3	11,1	11	33,3	14	23,3	-2,0	<b>2,0</b>	4,099	<b>0,043</b>
Não	24	88,9	22	66,7	46	76,7	<b>2,0</b>	-2,0		
<b>Demência</b>										
Sim	1	3,7	2	6,1	3	5,0	-,4	,4	n.a.	n.a.
Não	26	96,3	31	93,9	57	95,0	,4	-,4		
<b>Depressão major</b>										
Sim	2	7,4	5	15,2	7	11,7	-,9	,9	n.a.	n.a.
Não	25	92,6	28	84,8	53	88,3	,9	-,9		
<b>Tipo de AVC</b>										
Isquémico	24	88,9	26	78,8	50	83,3	1,0	-1,0		
Isquémico lacunar	0	0,0	1	3,0	1	1,7	-,9	,9		
Hemorrágico	2	7,4	5	15,2	7	11,7	-,9	,9	n.a.	n.a.
Isquémico transformação Hemorrágica	1	3,7	1	3,0	2	3,3	,1	-,1		
<b>Local da Lesão</b>										
Hemisfério Direito	13	48,1	20	60,6	33	55,0	-1,0	1,0		
Hemisfério Esquerdo	14	51,9	13	39,4	27	45,0	1,0	-1,0	0,931	0,335

Constata-se que a maioria dos doentes apresenta lesão na artéria cerebral média (54,5%), entre os quais 50,0% são homens e 60,0% mulheres, com 18,2% com lesão na artéria cerebral anterior, com prevalência dos homens (25,0%) (cf. tabela 5).

Apenas há registo de 8 doentes com classificação do AVC segundo o *Oxfordshire Community Stroke Project*, dos quais 3 apresentam enfarte total da circulação anterior (75,0%) e 1 (25,0%) doente com enfarte parcial da circulação anterior (cf. tabela 5).

Dos 48 doentes que tiveram défices evidenciados (80,0%), 8,3% apresentam paresia facial (homens 11,1% vs. mulheres 6,1%); 15,0% estão afásicos (homens 14,8% vs. mulheres 12,2%); 31,7% revelam disartria (homens 25,9% vs. mulheres 36,4%); 38,3% estão hemiparésicos (homens 33,3% vs. mulheres 42,4%); 25,0% têm hemiplegia (homens 29,6% vs. mulheres 21,2%) (cf. tabela 5).

Verifica-se que a maioria dos doentes não teve AVC anterior, enquanto 22,0% tiveram, dos quais 14,8% são homens e 28,1% mulheres (cf. tabela 5).

Os resultados revelam que apenas 3 doentes já apresentavam sequelas na deglutição (23,1%), com registo de 2 casos de homens (50,0%) e 1 caso de uma mulher (11,1%) (cf. tabela 5).

Apura-se que 11,8% dos doentes têm reabilitação dirigida à disfagia, entre os quais 2 são do género masculino (13,3%) e 2 do género feminino (10,5%), dos quais 3 deles o programa foi realizado pelo terapeuta da fala (75,0%) e com registo de um homem cujo programa foi realizado pelo enfermeiro de reabilitação (25,0%), com duas secções para 2 doentes (40,0%) e cinco sessões para 3 doentes (60,0%), com uma duração de 10 minutos para 2 doentes (66,7%) e de 20 minutos no caso de 1 doente (33,3%). Constata-se que apenas em 5,2% dos doentes foi contemplada a continuidade da reabilitação da disfagia na alta, com registo de 2 homens (7,7%) e de 1 mulher (3,1%) (cf. tabela 5).

No que diz respeito a ter sido realizado ensino formal de preparação para a alta, apura-se que ocorreu em 36,8% dos doentes, entre os quais 32,0% são homens e 40,6% mulheres, tendo o mesmo sido dirigido, na maioria dos casos, ao doente (47,6%) (homens 75,0% vs. mulheres 30,8%), seguindo-se o ensino dirigido quer ao doente quer ao cuidador (38,1%), com destaque para os doentes do género feminino. Em grande parte dos casos, o ensino foi planeado pelo enfermeiro generalista (homens 50,0% vs. mulheres 61,5%), seguindo-se os casos em que o ensino foi planeado em conjunto com o enfermeiro generalista e enfermeiro de reabilitação (cf. tabela 5).

Tabela 5. Caracterização clínica em função do género (continuação)

Variáveis	Masculino (n=27)		Feminino (n=33)		Total (n=60)		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
<b>Principais artérias lesadas</b>										
Artéria cerebral média	6	50,0	6	60,0	12	54,5	-,5	,5	n.a.	n.a.
Artéria cerebral posterior	2	16,7	1	10,0	3	13,6	,5	-,5		
Artéria cerebral anterior	3	25,0	1	10,0	4	18,2	,9	-,9		
Artéria basilar	1	8,3	2	20,0	3	13,6	-,8	,8		
<b>Classificação do AVC segundo Oxfordshire Community Stroke Project</b>										
Enfarte total da circulação anterior	2	100,0	1	50,0	3	75,0	1,2	-1,2	n.a.	n.a.
Enfarte parcial da circulação anterior	0	0,0	1	50,0	1	25,0	-1,2	1,2		
<b>Paresia facial</b>										
Sim	3	11,1	2	6,1	5	8,3	,7	-,7	n.a.	n.a.
Não	24	88,9	31	93,9	55	91,7	-,7	,7		
<b>Afasia</b>										
Sim	4	14,8	5	15,2	9	15,0	,0	,0	n.a.	n.a.
Não	23	85,2	28	84,8	51	85,0	,0	,0		
<b>Disartria</b>										
Sim	7	25,9	12	36,4	19	31,7	-,9	,9	0,748	0,387
Não	20	74,1	21	63,6	41	68,3	,9	-,9		
<b>Hemiparesia</b>										
Sim	9	33,3	14	42,4	23	38,3	-,7	,7	0,519	0,471
Não	18	66,7	19	57,6	37	61,7	,7	-,7		
<b>Hemiplegia</b>										
Sim	8	29,6	7	21,2	15	25,0	,7	-,7	0,561	0,454
Não	19	70,4	26	78,8	45	75,0	-,7	,7		
<b>Presença de AVC anterior</b>										
Sim	4	14,8	9	28,1	13	22,0	-1,2	1,2	1,510	0,219
Não	23	85,2	23	71,9	46	78,0	1,2	-1,2		
<b>Sequelas na deglutição</b>										
Sim	2	50,0	1	11,1	3	23,1	1,5	-1,5	n.a.	n.a.
Não	2	50,0	8	88,9	10	76,9	-1,5	1,5		
<b>Reabilitação dirigida à disfagia</b>										
Sim	2	13,3	2	10,5	4	11,8	,3	-,3	n.a.	n.a.
Não	13	86,7	17	89,5	30	88,2	-,3	,3		
<b>Por quem foi realizado o programa de reabilitação</b>										
Enfermeiro de Reabilitação	1	50,0	0	0,0	1	25,0	1,2	-1,2	n.a.	n.a.
Terapeuta da Fala	1	50,0	2	100,0	3	75,0	-1,2	1,2		
<b>Duração do Programa</b>										
2 sessões	0	0,0	2	50,0	2	40,0	-,9	,9	n.a.	n.a.
5 sessões	1	100,0	2	50,0	3	60,0	,9	-,9		
<b>Intensidade do programa</b>										
10 minutos	0	0,0	2	100,0	2	66,7	-1,7	1,7	n.a.	n.a.
20 minutos	1	100,0	0	0,0	1	33,3	1,7	-1,7		
<b>Contemplada a continuidade da reabilitação da disfagia na alta</b>										
Sim	2	7,7	1	3,1	3	5,2	,8	-,8	n.a.	n.a.
Não	24	92,3	31	96,9	55	94,8	-,8	,8		
<b>Ensino formal de preparação para a alta</b>										
Sim	8	32,0	13	40,6	21	36,8	-,7	,7	0,449	0,503
Não	17	68,0	19	59,4	36	63,2	,7	-,7		
<b>A quem foi dirigido o ensino</b>										
Ao doente	6	75,0	4	30,8	10	47,6	2,0	-2,0	n.a.	n.a.
Ao cuidador	1	12,5	2	15,4	3	14,3	-,2	,2		
A ambos	1	12,5	7	53,8	8	38,1	-1,9	1,9		
<b>Quem planeou o ensino</b>										
Enfermeiro Generalista	4	50,0	8	61,5	12	57,1	-,5	,5	n.a.	n.a.
Enfermeiro de Reabilitação	1	12,5	0	0,0	1	4,8	1,3	-1,3		
Ambos	3	37,5	5	38,5	8	38,1	,0	,0		

## 2.2. Caracterização da disfagia

Os doentes foram avaliados com a Escala de GUSS em 3 momentos, nomeadamente: nas primeiras 24 horas de internamento, às 48 horas e na alta.

As estatísticas relativas às 3 avaliações revelam, para um total da amostra, um mínimo de 0 e um máximo de 20, com um valor médio mais elevado nas primeiras 24 horas ( $M=15,48\pm 6,38$ ), tendo descido ligeiramente após as 48 horas ( $M=15,33\pm 6,77$ ), com um valor médio mais baixo na alta ( $M=14,93\pm 7,60$ ). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão elevada face às médias encontradas. Os valores encontrados são sugestivos de disfagia moderada (cf. tabela 6).

Tabela 6. Estatísticas relativas à disfagia

Escala de GUSS	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Guss nas primeiras 24 h	60	0,00	20,00	15,48	6,38	41,21	-4,45	0,96
Guss às 48 horas		0,00	20,00	15,33	6,77	44,16	-4,05	0,03
Guss na Alta		0,00	20,00	14,93	7,60	50,90	3,68	0,07

## 2.3. Caracterização do grau de dependência funcional

Os dados relativos ao grau de dependência em cada uma das dez AVD's avaliados pelo Índice de Barthel são apresentados na tabela 6. Partindo da análise da avaliação do grau de (in)dependência global, os valores apresentados indicam que metade dos doentes (50,0%) apresentam dependência total, com 48,1% do género masculino e 51,5% do género feminino. É de ressaltar que 16,7% dos doentes revelam dependência ligeira, onde 22,2% são homens e 12,1% mulheres.

Tabela 7. Caracterização do grau de dependência

Variáveis	Masculino (n=27)		Feminino (n=33)		Total (n=60)		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2
<b>Grau de dependência</b>								
Dependência total	13	48,1	17	51,5	30	50,0	-,3	,3
Dependência severa	2	7,4	4	12,1	6	10,0	-,6	,6
Dependência moderada	1	3,7	5	15,2	6	10,0	-1,5	1,5
Dependência ligeira	6	22,2	4	12,1	10	16,7	1,0	-1,0
Independente	5	18,5	3	9,1	8	13,3	1,1	-1,1

Após a apresentação dos resultados referentes às características sociodemográficas e clínicas, passa-se responder às questões de investigação que foram apresentadas no decurso da metodologia.

#### 2.4. Avaliação da disfagia

##### - Qual a prevalência da disfagia na pessoa após AVC?

Para avaliar o comportamento dos doentes quanto à sua capacidade de deglutição foi utilizada a Escala de GUSS em 3 momentos, nomeadamente: nas primeiras 24 horas de internamento, às 48 horas e na alta.

Como se pode verifica, através dos resultados expostos na tabela 8, no total da amostra, há um predomínio de doentes, nas primeiras 24 horas, que revelam deglutição normal sem risco de aspiração (38,3%), dos quais 40,7% são homens e 36,4% mulheres. Refere-se que 26,7% dos doentes revelava disfagia leve, com uma representatividade de 18,5% homens e 33,3% mulheres. Verifica-se que 18,3% dos doentes apresentava disfagia severa (homens 25,9% vs. 12,1% mulheres).

Na segunda avaliação, ou seja, após 48 horas, constata-se que há um aumento de doentes com deglutição normal sem risco de aspiração (46,7%), comparativamente às 24 horas. Fazendo-se uma análise por género, apura-se que 51,9% dos homens e 42,4% das mulheres apresentam deglutição normal sem risco de aspiração. Todavia, regista-se um aumento da disfagia grave (21,7%), com aumento de casos nos homens (33,3%), enquanto nas mulheres, comparando-se com a avaliação realizada nas primeiras 24 horas, registam-se os mesmos casos (12,1%), com redução da disfagia moderada (primeiras 24 horas 16,7% vs. 48 horas 13,3%) e da disfagia leve (primeiras 24 horas 26,7% vs. 48 horas 18,3%).

A análise dos resultados referentes à avaliação dos doentes na alta revela que houve um aumento significativo de doentes com deglutição normal sem risco de aspiração (55,0%), quer nos homens (55,6%) quer nas mulheres (54,5%). Todavia, na alta houve um aumento de disfagia severa, em comparação com as outras avaliações, subindo para 18,2%, com redução considerável da disfagia moderada (8,3%) e disfagia leve (11,7%).

Tabela 8. Caracterização da disfagia em função do gênero

Variáveis	Gênero		Masculino (n=27)		Feminino (n=33)		Total (n=60)		Residuais	
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
<b>Disfagia nas primeiras 24 horas</b>										
Disfagia severa	7	25,9	4	12,1	11	18,3	1,4	-1,4		
Disfagia moderada	4	14,8	6	18,2	10	16,7	-,3	,3		
Disfagia leve	5	18,5	11	33,3	16	26,7	-1,3	1,3		
Deglutição normal sem risco de aspiração	11	40,7	12	36,4	23	38,3	,3	-,3		
<b>Disfagia nas 48 horas</b>										
Disfagia severa	9	33,3	4	12,1	13	21,7	2,0	-2,0		
Disfagia moderada	2	7,4	6	18,2	8	13,3	-1,2	1,2		
Disfagia leve	2	7,4	9	27,3	11	18,3	-2,0	2,0		
Deglutição normal sem risco de aspiração	14	51,9	14	42,4	28	46,7	,7	-,7		
<b>Disfagia na alta</b>										
Disfagia severa	9	33,3	6	18,2	15	25,0	1,3	-1,3		
Disfagia moderada	2	7,4	3	9,1	5	8,3	-,2	,2		
Disfagia leve	1	3,7	6	18,2	7	11,7	-1,7	1,7		
Deglutição normal sem risco de aspiração	15	55,6	18	54,5	33	55,0	,1	-,1		

Foi realizado o teste de Friedman que revelou que não há diferenças entre os grupos, seguindo-se a aplicação do teste de Wilcoxon que revelou que há diferença entre a disfagia severa nas primeiras 24 horas e a disfagia leve na alta (cf. tabela 9).

Tabela 9. Resultados do Teste de postos assinados pelo Wilcoxon

Grupos		N	Posto Médio	Soma de Postos
Disfagia Total	Postos Negativos	55 <sup>a</sup>	28,98	1594,00
	Postos Positivos	1 <sup>b</sup>	2,00	2,00
	Empates	4 <sup>c</sup>		
	Total	60		
Disfagia total na alta total nas primeiras 24 horas	Postos Negativos	6 <sup>d</sup>	10,58	63,50
	Postos Positivos	13 <sup>e</sup>	9,73	126,50
	Empates	41 <sup>f</sup>		
	Total	60		
Disfagia total na alta Disfagia total nas 48 horas	Postos Negativos	3 <sup>g</sup>	4,50	13,50
	Postos Positivos	6 <sup>h</sup>	5,25	31,50
	Empates	51 <sup>i</sup>		
	Total	60		

a. Guss\_48\_Total\_Grupo < Guss\_24\_Total

b. Guss\_48\_Total\_Grupo > Guss\_24\_Total

c. Guss\_48\_Total\_Grupo = Guss\_24\_Total

d. Guss\_Alta\_Total\_Grupo < Guss\_24\_Total\_Grupo

e. Guss\_Alta\_Total\_Grupo > Guss\_24\_Total\_Grupo

f. Guss\_Alta\_Total\_Grupo = Guss\_24\_Total\_Grupo

g. Guss\_Alta\_Total\_Grupo < Guss\_48\_Total\_Grupo

h. Guss\_Alta\_Total\_Grupo > Guss\_48\_Total\_Grupo

i. Guss\_Alta\_Total\_Grupo = Guss\_48\_Total\_Grupo

Tabela 10. Estatísticas de teste<sup>a</sup>

	Guss_48_Total_Grupo - Guss_24_Total	Guss_Alta_Total_Grupo - Guss_24_Total_Grupo	Guss_Alta_Total_Grupo - Guss_48_Total_Grupo
Z	-6,633 <sup>b</sup>	-1,388 <sup>c</sup>	-1,155 <sup>c</sup>
Significância (Bilateral)	,000	,165	,248

a. Teste de Postos Assinados por Wilcoxon

b. Com base em postos positivos.

c. Com base em postos negativos.

## 2.5. Variáveis sociodemográficas e disfagia

- **Qual a influência de variáveis de contexto sociodemográfico na disfagia em doentes após AVC?**

### Influência do gênero na disfagia em doentes após AVC

De acordo com os resultados apresentados na tabela 11, verifica-se que a disfagia está mais presente nos doentes do gênero feminino nos três momentos de avaliação, com maior valor médio nas 48 horas, todavia, sem relevância estatisticamente significativa.

Tabela 11. Relação entre a disfagia e o gênero (Teste t-Student)

Disfagia	Gênero	Masculino		Feminino		t	p
		Média	DP	Média	DP		
Disfagia nas primeiras 24 horas		14,40	7,26	16,36	5,52	-1,185	0,241
Disfagia nas 48 horas		13,92	7,92	16,48	5,52	-1,469	0,147
Disfagia na alta		13,55	8,52	16,06	6,68	-1,276	0,207

## 2.6. Variáveis clínicas e disfagia

- **Qual a influência de variáveis clínicas na disfagia em doentes após AVC?**

Os resultados indicam que é nos doentes que têm fatores de risco onde a disfagia é mais prevalente nas três avaliações, sendo mais elevada nas primeiras 24 horas, sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 12).

Tabela 12. Relação entre a disfagia e presença de fatores de risco (Mann-Whitney)

Disfagia	Fatores de risco	Sim	Não	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
	Disfagia nas primeiras 24 horas	31,22	26,44	193,000	0,434
	Disfagia nas 48 horas	30,88	28,33	210,000	0,669
	Disfagia na alta	30,90	28,22	209,000	0,642

Relativamente à influência do local da lesão, pelos resultados apurados, infere-se que a disfagia é mais prevalente em doentes cujo local da lesão ocorreu no hemisfério esquerdo, sendo mais acentuada nas primeiras 24 horas. Todavia as diferenças não são estatisticamente significativas (cf. tabela 13).

Tabela 13. Relação entre a disfagia e o local da lesão (Teste t-Student)

Disfagia	Local da lesão	Hemisfério esquerdo		Hemisfério direito		t	p
		Média	DP	Média	DP		
	Disfagia nas primeiras 24 horas	16,78	4,97	13,88	7,56	1,782	0,080
	Disfagia nas 48 horas	16,48	5,69	13,92	7,78	1,469	0,147
	Disfagia na alta	16,18	6,74	13,40	8,42	1,418	0,162

Constata-se que os doentes com disfagia mais acentuada são os que a artéria cerebral anterior foi atingida, sobretudo nas primeiras 24 horas. Todavia, não se regista relevância estatisticamente significativa (cf. tabela 14).

Tabela 14. Relação entre a disfagia e as artérias atingidas (Kruskal-Wallis)

Disfagia	Artérias atingidas	Artéria cerebral média	Artéria cerebral posterior	Artéria cerebral anterior	X <sup>2</sup>	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
	Disfagia nas primeiras 24 horas	9,21	8,17	13,75	2,389	0,303
	Disfagia nas 48 horas	9,38	8,50	13,00	1,583	0,453
	Disfagia na alta	9,54	8,50	12,50	1,216	0,545

Em conformidade com os resultados apresentados na tabela 15, verifica-se que a disfagia é mais prevalente nos doentes com paresia facial, com um valor mais elevado na alta, sem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 15. Relação entre a disfagia e paresia facial (Mann-Whitney)

Disfagia	Paresia facial	Sim	Não	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Disfagia nas primeiras 24 horas		32,60	30,31	127,000	0,771
Disfagia nas 48 horas		32,20	30,35	129,000	0,810
Disfagia na alta		30,70	30,48	136,500	0,977

Numa outra dimensão, constata-se que é no grupo de doentes sem afasia onde há mais evidência de disfagia, com um valor mais elevado na alta, Registam-se diferenças estatisticamente significativas nos três momentos de avaliação (nas primeiras 24 horas  $p=0,001$ ; nas 48 horas  $p=0,001$ ; na alta  $p=0,000$ ) (cf. tabela 16).

Tabela 16. Relação entre a disfagia e afasia (Mann-Whitney)

Disfagia	Afasia	Sim	Não	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Disfagia nas primeiras 24 horas		14,00	33,41	81,000	<b>0,001</b>
Disfagia nas 48 horas		13,56	33,49	77,000	<b>0,001</b>
Disfagia na alta		13,33	33,53	75,000	<b>0,000</b>

Constata-se que é no grupo de doentes com disartria onde há mais evidência de disfagia, sendo esta mais elevada nas 48 horas, mas sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabelas 17).

Tabela 17. Relação entre a disfagia e disartria (Mann-Whitney)

Disfagia	Disartria	Sim	Não	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Disfagia nas primeiras 24 horas		32,68	29,49	348,000	0,495
Disfagia nas 48 horas		32,74	29,46	347,000	0,475
Disfagia na alta		32,55	29,55	350,500	0,497

Em conformidade com os dados apresentados na tabela 18, constata-se que é no grupo de doentes sem hemiparesia que se evidencia mais a disfagia, particularmente mais acentuada nas primeiras 24 horas, contudo esta evidência não é estatisticamente significativa.

Tabela 18. Relação entre a disfagia e hemiparesia (Mann-Whitney)

Disfagia	Hemiparesia	Sim	Não	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Disfagia nas primeiras 24 horas		28,37	31,82	376,500	0,440
Disfagia nas 48 horas		27,98	32,07	367,500	0,351
Disfagia na alta		28,33	31,85	375,500	0,405

Verifica-se ainda que é nos doentes sem hemiplegia onde a disfagia é mais evidente, sendo mais acentuada na alta, com relevância estatisticamente significativa em todos os momentos de avaliação (nas primeiras 24 horas  $p=0,005$ ; nas 48 horas  $p=0,001$ ; na alta  $p=0,001$ ) (cf. tabela 19).

Tabela 19. Relação entre a disfagia e hemiplegia (Mann-Whitney)

Disfagia	Hemiplegia	Sim	Não	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Disfagia nas primeiras 24 horas		19,93	34,02	179,000	<b>0,005</b>
Disfagia nas 48 horas		18,40	34,53	156,000	<b>0,001</b>
Disfagia na alta		18,23	34,59	153,500	<b>0,001</b>

## 2.7. Variáveis preditoras da disfagia

Por último procurou-se associar diferentes variáveis (idade, IMC e grau de dependência) com o intuito em encontrar um modelo preditivo, cujos resultados são apresentados:

Quanto à relação entre a disfagia, a idade, o IMC e o grau de dependência, constatam-se correlações positivas em quase todas as correlações com diferenças estatisticamente significativas, excetuando na idade com as restantes variáveis, a disfagia nas primeiras 24 horas com a idade, a disfagia nas 48 horas e a idade, a disfagia na alta e a idade, Contudo, não se registaram diferenças estatísticas significativas ao invés do grau de dependência (cf. tabela 20).

Tabela 20. Correlações de Pearson entre a disfagia, a idade, o IMC e o grau de dependência

Variáveis	Idade	IMC	Grau de dependência
Disfagia nas primeiras 24 horas	-,171	,078	,569**
Disfagia nas 48 horas	-,200	,103	,582**
Disfagia na alta	-,216	,123	,595**

\*\*\* p &lt; 0.001

O grau de dependência é uma variável preditora da disfagia nas primeiras 24 horas que explica, na sua totalidade, 32,3% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 0,312 e os valores de F (f=27,722; p=0,000), com significância estatística, o que leva a inferir que o grau de dependência que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo sobre a disfagia nas primeiras 24 horas.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o grau de dependência estabelece uma relação direta com a disfagia nas primeiras 24 horas, sugerindo que os doentes com maior grau de dependência mais disfagia apresentam nas primeiras 24 horas (cf. tabela 21).

O modelo final ajustado para a disfagia nas primeiras 24 horas é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Disfagia nas primeiras 24 horas} = 12,022 + 0,100 \text{ grau de dependência}$$

Tabela 21. Análise de regressão múltipla entre o grau de dependência e a disfagia nas primeiras 24 horas

Variável dependente: <i>Disfagia nas primeiras 24 horas</i>					
R = 0,569					
R <sup>2</sup> = 0,323					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,312					
Erro padrão de estimativa=5,29					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p
Constante		12,022		12,673	0.000
Grau de dependência		0,100	0,569	5,265	0.000
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
Regressão	777,749	1			
Residual	1627,234	58	777,749	27,722	0,000
Total	2404,983	59	28,056		

O grau de dependência é uma variável preditora da disfagia nas 48 horas que explica, na sua totalidade, 33,9% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 0,327 e os valores de F (f=29,702; p=0,000), com significância estatística, o que leva a

inferir que o grau de dependência que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo sobre a disfagia nas 48 horas.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o grau de dependência estabelece uma relação direta com a disfagia nas 48 horas, sugerindo que os doentes com maior grau de dependência mais disfagia apresentam nas 48 horas (cf. tabela 22).

O modelo final ajustado para a disfagia nas 48 horas é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Disfagia nas 48 horas} = 11,573 + 0,108 \text{ grau de dependência}$$

Tabela 22. Análise de regressão múltipla entre o grau de dependência e a disfagia nas 48 horas

Variável dependente: <i>Disfagia nas 48 horas</i>					
R = 0,582					
R <sup>2</sup> = 0,339					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,327					
Erro padrão de estimativa=5,55					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coeficiente B	Coeficiente beta	t	p
Constante		11,573		11,626	0.000
Grau de dependência		,108	,582	5,450	0.000
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
Regressão	917,561	1			
Residual	1791,772	58	917,561	29,702	0,000
Total	2709,333	59	30,893		

O grau de dependência é uma variável preditora da disfagia na alta que explica, na sua totalidade, 35,5% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 0,327 e os valores de F (f=29,702; p=0,000), com significância estatística, o que leva a deduzir que o grau de dependência tem poder explicativo sobre a disfagia na alta.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que o grau de dependência estabelece uma relação direta com a disfagia na alta, indicando que os doentes com maior grau de dependência mais disfagia apresentam na alta (cf. tabela 23).

O modelo final ajustado para a disfagia na alta é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Disfagia na alta} = 10,615 + 0,124 \text{ grau de dependência}$$

Tabela 23. Análise de regressão múltipla entre o grau de dependência e a disfagia nas 48 horas

<b>Variável dependente: Disfagia na alta</b>					
R = 0,595					
R <sup>2</sup> = 0,355					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,343					
Erro padrão de estimativa=6,16					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente B</b>	<b>Coefficiente beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	
Constante	10,615		9,616	0.000	
Grau de dependência	,124	,595	5,644	0.000	
<b>Análise de variância</b>					
	<b>Efeito</b>	<b>Soma Quadrados</b>	<b>Média quadrados</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Regressão</b>	1210,241	1			
<b>Residual</b>	2203,492	58	1210,241	31,856	0,000
<b>Total</b>	3413,733	59	37,991		

### 3. Discussão

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados da investigação, confrontando-os com os resultados de outros estudos da área. A discussão dos resultados é realizada em conformidade com as questões de investigação e os objetivos delineados.

#### 3.1. Discussão metodológica

Com o início da concetualização do estudo, na qual foram definidos as questões e os objetivos da investigação, estes alicerçados nas inquietações inerentes à investigação, teve-se, desde logo, a preocupação de desenvolver uma investigação, não apenas metodologicamente rigorosa, mas também que pudesse dar um importante contributo na prática de cuidados dos Enfermeiros, em especial dos Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na definição de intervenções concretas face aos problemas intrínsecos aos doentes com disfagia após AVC. Durante este percurso deparámo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que passaremos a descrever de forma sucinta.

A definição da amostra em estudo, a partir da população que lhe deu origem, conduziu a que o tamanho da amostra fosse uma das limitações do presente estudo. O tamanho amostral ( $N=60$ ) e o tipo de amostra selecionada (não probabilística, por conveniência) não só limita a possibilidade de generalização dos resultados à população em estudo, mas também a acessibilidade à mesma substanciou dificuldades inerentes ao processo de investigação, que se traduzem em limitações/restrições desta investigação. A acessibilidade à amostra revelou-se uma dificuldade, pois foi um processo deveras complexo conseguir-se uma amostra de doentes com AVC para promover o preenchimento dos questionários.

Apesar das dificuldades e limitações elencadas consideramos ter tomado opções metodológicas adequadas ao tipo de estudo e ao tipo de amostra selecionada, de acordo com as questões e os objetivos de investigação, tendo este contribuído para um conhecimento mais aprofundado sobre a disfagia no doente após AVC.

### 3.2. Discussão dos resultados

#### **Perfil sociodemográfico**

A amostra deste estudo é maioritariamente do género feminino (55,6%), com uma idade média de 79,37 anos, o que está em conformidade com o estudo de Silva (2015), onde, dos 25 doentes com diagnóstico de AVC, a média de idade foi ligeiramente superior à da amostra em estudo com 76,8 anos, também com prevalência do sexo feminino (68%). Estes resultados corroboram os dados da Organização Mundial e da *World Stroke Organization*, referenciadas por Rodrigues (2016), que apontam que seis em cada dez casos de AVC ocorrem em mulheres, o que se pode ficar a dever ao facto do uso de pílulas anticoncepcionais, particularmente no caso de mulheres que fumam ou com hipertensão, reposição hormonal após a menopausa, colesterol, diabetes, entre outras doenças, que aumentam os riscos de um AVC nas mulheres. Todavia, no estudo de Sousa-Uva e Dias (2016), numa amostra de população portuguesa, a prevalência mais elevada de AVC foi observada nos homens com idade entre os 65 e os 74 anos. O AVC é uma das principais causas de morte em Portugal. De acordo com algumas estimativas cerca de 6 pessoas sofrem um AVC em cada hora, de que resultam 2 a 3 óbitos (Sousa-Uva & Dias, 2014).

#### **Caracterização clínica**

Constata-se que grande parte dos doentes (85,0%) tem a sua doença associada a algum fator risco, dos quais 66,7% têm hipertensão arterial, 30% fibrilhação auricular, 31,7% dislipidémia, 16,7% diabetes mellitus, 10,0% alcoolismo, 23,3% sofrem de obesidade e 10,2% têm hábitos tabágicos. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) refere a existência de mais de trezentos fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, considerando como principais os que reúnem três critérios: elevada prevalência em muitas populações; impacte significativo e independente no risco; modificáveis ou passíveis de controlo. Os fatores de risco são responsáveis por cerca de 80% das principais doenças cardiovasculares (OMS, 2011). No estudo de Silva (2015) ficou demonstrado que os doentes tinham presença de história de HTA, demência, diabetes *mellitus*, dislipidémia, doença respiratória e AVC anterior ao episódio atual de AVC, que ocorreu entre 2 a 11 anos atrás e em apenas um participante (4%) este episódio acarretou sequelas na deglutição.

No que se refere ao tipo de AVC, constata-se que prevalece o AVC isquémico (83,3%), sendo que 55,0% dos doentes apresentam como local da lesão o hemisfério direito. A maioria dos doentes apresenta lesão na artéria cerebral média (54,5%). Apenas há registo de 8 doentes com classificação do AVC segundo o *Oxfordshire Community Stroke Project*, dos quais 3 apresentam enfarte total da circulação anterior (75,0%) e 1 (25,0%) doente com enfarte parcial da circulação anterior. Dos 48 doentes que tiveram défices evidenciados (80,0%), 8,3% apresentam paresia facial, 15,0% estão afásicos, 31,7% revelam disartria, 38,3% estão hemiparésicos e 25,0% têm hemiplegia. Verificou-se que 22,0% dos doentes tiveram AVC anterior. No estudo de Itaquy et al. (2011), os doentes pós AVC com disfagia apresentavam também disartria, afasia, paresia facial e hemiparesia. A Direção-Geral de saúde (2017), segundo os dados entre 2013-2015, refere que é maior a prevalência de AVC isquémico. As alterações sequelares observadas no AVC variam de acordo com os territórios vasculares afetados (Ferro & Pimentel, 2006). A sua gravidade depende do local onde o AVC aconteceu, assim como dependem da sua gravidade e do tempo de resposta ao acontecimento. As sequelas variam de pessoas para pessoa, bem como a gravidade das mesmas, que podem ser agrupadas em géneros: emocionais, neurológicas e motoras (Silva, 2015). Pires (2014) refere que existem muitas alterações associadas ao AVC, entre as quais se podem designar as alterações das funções motoras, a alteração do tónus muscular, a presença de reações associadas, a perda do mecanismo de controlo postural, alterações da função sensorial e alterações da função perceptiva. De igual modo, o mesmo autor refere que o AVC resulta em dependência nas AVD's, o que foi corroborado com o presente estudo, uma vez que metade dos doentes (50,0%) apresenta dependência total nas AVD's.

### **Avaliação da disfagia**

No total da amostra, há um predomínio de doentes, nas primeiras 24 horas, que revelam deglutição normal sem risco de aspiração (38,3%). Refere-se que 26,7% dos doentes revelava disfagia leve e 18,3% apresentava disfagia severa. Na segunda avaliação, ou seja, após 48 horas, registou-se um aumento de doentes com deglutição normal sem risco de aspiração (46,7%), comparativamente às 24 horas. Todavia, registou-se um aumento da disfagia grave (21,7%), com aumento de casos nos homens (33,3%), enquanto nas mulheres, comparando-se com a avaliação realizada nas primeiras 24 horas, registam-se os mesmos casos (12,1%), com redução da disfagia moderada (primeiras 24 horas 16,7% vs. 48 horas 13,3%) e da disfagia leve (primeiras 24 horas 26,7% vs. 48 horas 18,3%). Na avaliação dos doentes na alta houve um aumento

significativo de doentes com deglutição normal sem risco de aspiração (55,0%). Todavia, na alta houve um aumento de disfagia severa, em comparação com as outras avaliações, subindo para 18,2%, com redução considerável da disfagia moderada (8,3%) e disfagia leve (11,7%). A aplicação do teste de Wilcoxon revelou que há diferença entre a disfagia severa nas primeiras 24 horas e a disfagia leve na alta. No estudo de Mourão, Almeida, Lemos et al. (2015), a frequência da disfagia foi de 52%, com 28% dos doentes classificados como disfagia grave com alto risco de aspiração. A média de tempo entre a avaliação inicial da deglutição e a do momento da alta hospitalar foi de 22,1 dias. Na alta, apenas 2,1% dos doentes ainda apresentavam disfagia grave, tendo os autores verificado alteração do perfil de deglutição do doente em conformidade com a gravidade da disfagia e da consistência da dieta oral. De acordo com os mesmos autores, a prevalência da disfagia após AVC é elevada, todavia referem que existe uma progressiva modificação ao nível do perfil de deglutição durante o internamento. Os mesmos autores constaram que, entre as avaliações, houve aumento no score médio da GUSS, mostrando melhoria da capacidade de deglutição, o que foi corroborado no presente estudo, atendendo que, na avaliação dos doentes na alta registou-se um aumento significativo de doentes com deglutição normal, sem risco de aspiração (55,0%).

### **Reabilitação para a disfagia**

Apurou-se que 11,8% dos doentes têm reabilitação dirigida à disfagia, dos quais 3 deles o programa foi realizado pelo terapeuta da fala (75,0%) e com registo de um homem cujo programa foi realizado pelo enfermeiro de reabilitação (25,0%), com duas secções para 2 doentes (40,0%) e cinco sessões para 3 doentes (60,0%), com uma duração de 10 minutos para 2 doentes (66,7%) e de 20 minutos no caso de 1 doente (33,3%). Constata-se que apenas em 5,2% dos doentes foi contemplada a continuidade da reabilitação da disfagia na alta. Estes resultados podem ser explicados com o facto de, na amostra em estudo, apenas 3 doentes apresentavam sequelas na deglutição (23,1%). De acordo com Mourão et al. (2016), após um AVC, a disfagia é clinicamente diagnosticada em 40 a 70% dos doentes nos três primeiros dias após o AVC, sendo que a incidência de aspiração de saliva, alimentos e/ou líquidos varia de 20 a 45% nos primeiros cinco dias. No estudo de Silva (2015), apenas 24% dos doentes não apresentava disfagia.

No que diz respeito a ter sido realizado ensino formal de preparação para a alta, apura-se que ocorreu em 36,8% dos doentes, tendo o mesmo sido dirigido, na maioria dos casos, ao doente (47,6%), seguindo-se o ensino dirigido quer ao doente quer ao

cuidador (38,1%). Em grande parte dos casos, o ensino foi planeado pelo enfermeiro generalista. Neste âmbito, importa referir que é muito importante a preparação do doente e cuidador principal para a alta. Por conseguinte, a intervenção tem de assumir um carácter contínuo, cujo início deve ocorrer precocemente, para que se possam enfatizar as capacidades remanescentes da pessoa, as suas habilidades, adquirindo o mais alto nível possível de independência e de qualidade de vida (Cardoso et al., 2011). É importante referir que, segundo Bennett et al. (2013), a intervenção do enfermeiro no doente pós AVC com disfagia é indispensável. Os enfermeiros pelo seu perfil técnico e de proximidade com os doentes podem intervir eficazmente na diminuição do risco de complicações e, deste modo, ampliar a segurança à alimentação dos doentes. Como refere Carvalhal (2013, p.24), após efetuadas as avaliações ao doente pós AVC com disfagia, o enfermeiro deverá “determinar a necessidade de iniciar intervenções interdependentes pela referenciação ou colaboração com outros profissionais. O planeamento das intervenções a implementar deve ser elaborado depois de serem estabelecidas metas e objectivos das intervenções”, com continuidade no domicílio, o que requer um planeamento para a alta, para que se dê continuidade no âmbito da reabilitação da disfagia.

### **Influência do género na disfagia**

No que se refere à influência do género na disfagia nos três momentos de avaliação, verificou-se que, na amostra em estudo, não houve diferenças estatisticamente significativas. Todavia, apurou-se que a disfagia está mais presente nos doentes do género feminino, nos três momentos de avaliação. No estudo de Itaquy, Favero e Ribeiro et al. (2011), os doentes pós AVC com disfagia eram predominantemente do sexo masculino.

### **Influência das variáveis clínicas na disfagia**

Quanto às variáveis de contexto clínico, constatou-se que é no grupo de doentes sem afasia onde há mais evidência de disfagia, com um valor mais elevado na alta, Registam-se diferenças estatisticamente significativas nos três momentos de avaliação (nas primeiras 24 horas  $p=0,001$ ; nas 48 horas  $p=0,001$ ; na alta  $p=0,000$ ). É nos doentes sem hemiplegia onde a disfagia é mais evidente, sendo mais acentuada na alta, com relevância estatisticamente significativa em todos os momentos de avaliação (nas primeiras 24 horas  $p=0,005$ ; nas 48 horas  $p=0,001$ ; na alta  $p=0,001$ ).

Itaquy et al. (2011), os doentes pós AVC com disfagia, na maioria, apresentavam paresia facial e disartria. Segundo Glenn (2011), a complexa neurofisiologia inerente ao processo de deglutição justifica que, depois de uma lesão cerebral surjam muitos compromissos em alguns passos de uma ou mais fases da deglutição, originando a disfagia. A extensão, a gravidade da lesão, as particularidades da doença e as características pré-mórbidas de deglutição da pessoa são fatores determinantes na complexidade e no tipo de disfagia (Antunes & Ramalho, 2009). No estudo de Silva (2015), os doentes com AVC isquêmico apresentam disfagia, podendo variar a sua severidade com o território lesado. De igual modo, a existência de múltiplos antecedentes patológicos (tipo de AVC, área lesada, hemisfério lesado, paresia facial e disartria), que podem gerar maior dificuldade na capacidade de deglutição da pessoa, após AVC. A existência de um grau de dependência superior denotou maior déficit na capacidade de deglutição e maior risco de aspiração pulmonar, da pessoa com AVC.

O grau de dependência é preditor da disfagia nas primeiras 24 horas, nas 48 horas e na alta. Assim, os doentes com maior grau de dependência mais disfagia apresentam nos três momentos de avaliação. Os resultados sugerem que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na monitorização e observação da pessoa após AVC, necessitando de um método de avaliação que traduza o grau e tipo de disfagia, como é exemplo a Escala de GUSS, cuja avaliação reduz o risco de aspiração, estratifica o risco de aspiração e recomenda uma dieta especialmente adequada. Mourão et al. (2015) realizaram um estudo onde analisaram a evolução da deglutição de 100 doentes após AVC, nas primeiras 48 horas após AVC e no momento da alta hospitalar, e verificaram que, na avaliação fonoaudiológica inicial, a frequência da disfagia foi de 52%, com 28% dos doentes a serem classificados com disfagia grave com alto risco de aspiração. Na alta, somente 2,1% dos doentes ainda manifestavam disfagia grave. Observou-se uma mudança do perfil de deglutição do doente de acordo com a gravidade da disfagia e da consistência da dieta oral. Assim, os autores referem que ficou demonstrado, nos doentes estudados, que a frequência de disfagia após AVC é elevada, todavia com gradual transformação no perfil de deglutição do doente durante o internamento.

## Conclusão

Na pessoa com alteração da deglutição, após uma situação de AVC, pode ocorrer aspiração e ingestão oral reduzida que, conseqüentemente pode desencadear complicações graves, nomeadamente: pneumonia, desnutrição e desidratação. Mas, para além destas complicações físicas, a alteração da deglutição reflete-se na qualidade de vida, no aumento da mortalidade e no aumento dos custos globais de saúde. É neste sentido, que é cada vez mais evidente que a deteção da alteração da deglutição reduz as complicações pulmonares, a duração do tempo de internamento e os custos globais de saúde (Mourão et al., 2015).

O presente trabalho permitiu responder às questões de investigação e alcançar os objetivos inicialmente delineados.

Assim, verificou-se que, numa amostra de 60 doentes acometidos por AVC deste, a maioria é género feminino, com uma idade média de 79,37 anos. Prevalece o AVC isquémico, tendo-se registado que o local da lesão mais prevalente foi o hemisfério direito. Há um predomínio de doentes, nas primeiras 24 horas, que revelam deglutição normal sem risco de aspiração (38,3%); 26,7% revelavam disfagia leve e 18,3% apresentava disfagia severa. Após 48 horas, houve um aumento de doentes com deglutição normal sem risco de aspiração (46,7%), comparativamente às 24 horas. Todavia, registou-se um aumento da disfagia grave (21,7%), com aumento de casos nos homens (33,3%), enquanto nas mulheres, comparando-se com a avaliação realizada nas primeiras 24 horas, registam-se os mesmos casos (12,1%), com redução da disfagia moderada (primeiras 24 horas 16,7% vs. 48 horas 13,3%) e da disfagia leve (primeiras 24 horas 26,7% vs. 48 horas 18,3%). Na alta houve um aumento significativo de doentes com deglutição normal sem risco de aspiração (55,0%). Contudo, houve um aumento de disfagia severa, em comparação com as outras avaliações, subindo para 18,2%, com redução considerável da disfagia moderada (8,3%) e disfagia leve (11,7%). Registou-se diferença entre a disfagia severa nas primeiras 24 horas e a disfagia leve na alta.

Concluiu-se que o género não interferiu na disfagia nos três momentos de avaliação. Contudo, apurou-se que a disfagia está mais presente nos doentes do género feminino. Os doentes sem afasia revelaram mais evidência de disfagia, com um valor mais elevado na alta, com diferenças estatisticamente significativas nos três momentos de avaliação (nas primeiras 24 horas  $p=0,001$ ; nas 48 horas  $p=0,001$ ; na alta  $p=0,000$ ). Os doentes sem hemiplegia evidenciam mais disfagia, sendo mais acentuada na alta, com relevância estatisticamente significativa em todos os momentos de avaliação (nas primeiras 24 horas  $p=0,005$ ; nas 48 horas  $p=0,001$ ; na alta  $p=0,001$ ). O grau de

dependência é preditor da disfagia nas primeiras 24 horas, nas 48 horas e na alta. Logo, os doentes com maior grau de dependência, mais disfagia apresentam nos três momentos de avaliação.

Mediante estes resultados, importa referir que, apesar da avaliação da alteração da deglutição requerer uma abordagem interdisciplinar, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na monitorização e observação da pessoa, necessitando apenas de um método de avaliação que traduza o grau e tipo de disfagia, como é exemplo a Escala de GUSS, cuja avaliação reduz o risco de aspiração, estratifica o risco de aspiração e recomenda uma dieta especial adequada.

É de referir ainda que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é o profissional que, estando em permanente contacto com a pessoa pós AVC, pode identificar a disfagia e intervir, prevenindo complicações e assumindo um papel decisivo na equipa multidisciplinar na deteção de alterações no estado da pessoa. Tem um papel fundamental quer na gestão da pessoa e família no processo de reabilitação, quer na formação da equipa de enfermagem, otimizando a qualidade dos cuidados.

Nos casos de doentes com disfagia, é importante que o enfermeiro proporcione um ambiente calmo (sem estímulos sonoros ou luminosos intensos) e reúna o material necessário; sempre que possível, explicar ao doente os procedimentos a realizar, solicitando a sua colaboração. É importante que a avaliação da disfagia orofaríngea seja realizada aquando da primeira refeição no internamento, pelo enfermeiro responsável pelo providenciando, para a primeira refeição, sempre dieta pastosa, devendo apenas introduzir a dieta, se estiverem reunidas as condições necessárias. Esta avaliação deve ser realizada obrigatoriamente em todos os serviços com doentes cuja patologia possa de algum modo acometer a função da deglutição. É fundamental que se proceda à avaliação da disfagia orofaríngea, através da aplicação da escala de GUSS.

No decorrer da elaboração deste trabalho encontraram-se algumas limitações, sendo uma delas o facto de a amostra ser reduzida (N=60), o que não permite obter resultados conclusivos face às questões levantadas, nem generalizar os mesmos para amostras com características idênticas. Todavia, considera-se que este estudo resultou em implicações para a prática profissional futura, despertando mais para a necessidade de avaliação da disfagia em doentes acometidos por AVC, o que implica também a implementação de um protocolo de avaliação da disfagia uniformizado e adaptado nacionalmente. Salienta-se também a necessidade de uma maior atenção de desenvolvimento de conteúdos teóricos no curso de licenciatura em enfermagem que contemplem todos os processos relacionados com a disfagia. Deve fazer a avaliação da

deglutição com recurso à escala de GUSS nas primeiras 24 horas de internamento, depois nas 48 horas e na preparação para a alta. Sugere-se também a realização de ensinamentos ao doente e à família/cuidador principal. De acordo com o índice da escala, deve adaptar-se o tipo de alimentação ao nível da disfagia, durante o internamento e no regresso ao domicílio. Todas estas medidas servem para diminuir o risco de aspiração e, assim, reduzir as pneumonias e o risco de morte. Sugere-se também que se faça formação específica às equipas de enfermagem acerca da necessidade e importância de efetuarem a avaliação da disgrafia nos serviços, bem como formação acerca da utilização da escala de GUSS. Em termos de investigação futura, sugere-se a realização de um estudo onde se possa comparar a relação entre o grau de severidade da disfagia e o nível de comprometimento neurológico.

Como implicações deste estudo para a prática profissional, refere-se uma melhoria nos cuidados prestados aos doentes após AVC, adaptação da dieta ao nível da disfagia, uso de espessante com água, bem como uma maior valorização da comunicação com a família de forma a ajudá-la através de ensinamentos para o domicílio.



## Referências Bibliográficas

- Altman, K. W. (2012). Oropharyngeal dysphagia pathophysiology, complications and science-based interventions. *Nestle.Nutr Inst.Workshop Ser.*, 72, 119-126.
- Alves, L. M., Fabio, S. R., & Dantas, R. O. (2013). Effect of bolus taste on the esophageal transit of patients with stroke. *Diseases of the Esophagus*, 26(3), 305-310.
- Alves, S,F.S. (2015). *Avaliação e reabilitação da pessoa com alterações de deglutição pós-AVC*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16435/1/RELAT%C3%93RIO%20FINAL.pdf>
- Anderle, P. Rockenbach, S,P., & Goulart, B.N.G. (2019). Reabilitação pós-AVC: identificação de sinais e sintomas fonoaudiológicos por enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde. *CoDAS* 2019; 31(2):e20180015 Doi: 10.1590/2317-1782/20182018015
- Araújo, J.P., Darcis, J.V.V., Tomas, A.C.V., & Mello, W.A. (2018). Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Município de Maringá, Paraná entre os Anos de 2005 a 2015. *International Journal of Cardiovascular Sciences*; 31(1), 56-62. doi: 10.5935/2359-4802.20170097
- Baroni, A.F.F.B., Fábio, S.R.C., & Dantas, R.O. (2012). risk Factors for swallowing dysfunction in stroke patients. *Arq Gastroenterol*; Vol. 49, 2, 118-124. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ag/v49n2/05.pdf>
- Bennett B, Howard C, Barnes H, & Jones A. (2013). Medication management in patients with dysphagia: a service evaluation... [corrected][published erratum appears in *Nurs Stand Jul*; 27(41): 41-48. Available from: CINAHL Complete.
- Bergstrom, L., Svensson, P., & Hartelius, L. (2014). Cervical auscultation as an adjunct to the clinical swallow examination: A comparison with fibre-optic endoscopic evaluation of swallowing. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(5), 517-528.
- Boehme, A.K., Esenwa, C. & Elkind, M.S.V. (2017). Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circulation Research*; 3, 472-495. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308398

- Broussy, S., Saillour-Glenisson, F., García-Lorenzo, B., Rouanet, F. et al. (2019). Sequelae and Quality of Life in Patients Living at Home 1 Year After a Stroke Managed in Stroke Units. *Front. Neurol.*, 21, 1-7. Doi <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00907>
- Byeon, H., & Koh, H.W. (2016). The relationship between communication activities of daily living and quality of life among the elderly suffering from stroke. *J Phys Ther Sci*;28(5), 1450-3. <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.28.1450>. PMID:27313349
- Cardoso, A., Rainho, J., Quitério, P., Cruz, V., Magano, A., Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC - Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série Nº5, 135-143. Acedido em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=6e25b0bf-62c8-4238-a3b0-904247c0c5af%40sessionmgr114&hid=101>
- Carnaby-Mann, G., & Lenius, K. (2008). The bedside examination in dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am.*; 19(4), 747-768, viii. doi: 10.1016/j.pmr.2008.05.008.
- Carvalho, A.L.R.C. (2013). *Segurança do doente à alimentação: intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16631>
- Cohen, D.L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B. et al. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*; 0(0), 1–13. doi: 10.1177/1747493016639057
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopédes de L'Union Européenne (2014). Accueil; Ressources; Outils; Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes /Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL) . Acedido em <http://www.flipiemontelogopedia.it/front-page-2/2405-2/cplol/>
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programas de Saúde Prioritários. Metas de Saúde de 2020*. Acedido em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Embersson, J., Lees, K.R., Lyden, P., Blackwell, L., Albers, G., Bluhmki, E. et al. (2014). Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of

- individual patient data from randomised trials. *Lancet*; 384, 1929–35. doi: 10.1016/S0140–6736(14)60584–5.
- Ferreira, M.M. (2016). *Disfagia após Acidente Vascular Cerebral: comparação entre o uso do instrumento de Triagem Volume-Viscosity Swallow Test e a avaliação instrumental por Videoendoscopia*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Alcoitão. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16638/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mariana%20Ferreira%20-%20Mestrado%20MOF%20e%20Degluti%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Ferreira, M.P.F. (2014). *Doente com AVC: ganhos na qualidade de vida após intervenção do enfermeiro de reabilitação*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1290/1/Mariline\\_Ferreira.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1290/1/Mariline_Ferreira.pdf)
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia. Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa. Lidel – edições técnicas, Ld.
- Ferro, J.M., Caeiro, L., & Figueira, M.L. (2016). Neuropsychiatric sequelae of stroke. *Nat Rev Neurol*; 12(5), 269-280. doi: 10.1038/nrneurol.2016.46.
- Frias, A.M.A., & Biléu, C.E. (2015). Disfagia no doente após acidente Vascular Cerebral: Consequências e Intervenção do Enfermeiro. *RIASE, Revista Ibero-Americana da Saúde e do Envelhecimento*; vol. 1(3), 388-401. Acedido em [https://www.researchgate.net/publication/317258436\\_Disfagia\\_no\\_doente\\_apos\\_a\\_cidente\\_Vascular\\_Cerebral\\_Consequencias\\_e\\_Intervencao\\_do\\_Enfermeiro/link/5a3d44f00f7e9ba8688e8ae1/download](https://www.researchgate.net/publication/317258436_Disfagia_no_doente_apos_a_cidente_Vascular_Cerebral_Consequencias_e_Intervencao_do_Enfermeiro/link/5a3d44f00f7e9ba8688e8ae1/download)
- Fundação Portuguesa de Cardiologia (2017). *10 mandamentos para a prevenção do AVC*. Fundação portuguesa de cardiologia. Acedido em <http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/avc.pdf>
- Gadidi, V., Katz-Leurer, M., Carmeli, E., & Bornstein, N.M. (2011). Long-Term Outcome Poststroke: predictors of activity limitation and participation restriction. *Arch Phys Med Rehabil*; 92, 1802–8. doi: 10.1016/j.apmr.2011.06.014
- Glenn, N.H. (2011). Alimentação e Deglutição. In: Hoeman, S.P. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ªEd) (pp. 295-317). Loures: Lusociência.

- Gonçalves, D., Vieira, I., Vitorino, M., & Pinto, T. (2017). Avaliação da disfagia numa unidade de AVC, *Nursing, Magazine Digital*. Acedido em [https://www.researchgate.net/publication/309859880\\_AVALIACAO\\_DA\\_DISFAGIA\\_NUMA\\_UNIDADE\\_DE\\_AVC\\_-11-23-2015\\_Dysphagia\\_assesement\\_at\\_a\\_stroke\\_unit](https://www.researchgate.net/publication/309859880_AVALIACAO_DA_DISFAGIA_NUMA_UNIDADE_DE_AVC_-11-23-2015_Dysphagia_assesement_at_a_stroke_unit)
- Gonzalez-Fernandez, M., Ottenstein, L., Atanelov, L., Christian, A.B. (2013). Dysphagia after Stroke: an Overview. *Curr Phys Med Rehabil Rep.*; 1(3), 187–196. doi:10.1007/s40141-013-0017-y.
- Gonzalez-Fernandez, M., Sein, M.T., & Palmer, J.B. (2011). Clinical experience using the mann assessment of swallowing ability for identification of patients at risk for aspiration in a mixed-disease population. *Am J Speech Lang Pathol.*; 20(4), 331–336. doi:10.1044/1058-0360(2011/10-0082)
- Huang, K.L., Liu, T.Y., Huang, Y.C. et al. (2014). Functional outcome in acute stroke patients with oropharyngeal Dysphagia after swallowing therapy. *J Stroke Cerebrovasc Dis.*; 23(10), 2547-53. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.05.031
- Itaquy, R., Favero, S., Ribeiro, M., Barea, L., Almeida, S., & Mancopes, R. (2011). Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comportamento neurológico. *Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 23(4), 385-9. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2179-64912011000400016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2179-64912011000400016&script=sci_arttext).
- Langdon, C., & Blacker, D. (2010). Dysphagia in Stroke: A New Solution. *SAGE-Hindawi Access to Research Stroke Research and Treatment*, Article ID 570403, 2-6. doi:10.4061/2010/570403
- Maroco, J. (2014). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral – qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Medicinal Net (2019). *Ataque Isquémico Transitório e Acidente Vascular Cerebral*. Acedido em [https://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/revisoes/48/ataque\\_isquemico\\_transitorio\\_e\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.htm](https://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/revisoes/48/ataque_isquemico_transitorio_e_acidente_vascular_cerebral.htm)
- Mourão, L.M., Almeida, S.M.A., Lemos, E.O., Vicente, L.C.C., & Teixeira, A.L. (2015). Frequência e fatores associado à disfagia após acidente vascular cerebral.

- CoDAS; 28(1), 66-70. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/codas/v28n1/2317-1782-codas-28-01-00066.pdf>
- Nascimento, A.S.S. (2018). *Efeitos da Realidade Virtual na Reabilitação da Pessoa após Acidente Vascular Cerebral*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5444>
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Divulgar.
- Ovbiagele, B., Goldstein, L.B., Higashida, R.T., Howard, V.J., Johnston, S.C., Khavjou, O.A., Lackland, D.T., Lichtman, J.H., Mohl, S., Sacco, R.L., Saver, J.L., & Trogon, J.G. (2013). American Heart Association Advocacy Coordinating Committee and Stroke Council. Forecasting the future of stroke in the United States: a policy statement from the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke*; 44, 2361–2375. doi: 10.1161/STR.0b013e31829734f2
- Passos, K.O., Cardoso, F.M.C.A., & Scheeren, B. (2017). Associação entre escalas de avaliação de funcionalidade e severidade da disfagia pós-acidente vascular cerebral. *CoDAS*; 29(1):e20160111 DOI: 10.1590/2317-1782/20172016111
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pires, A.T. (2014). *O perfil do utente com acidente vascular cerebral*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Tecnologias do Porto. Acedido em [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4545/1/DM\\_GracietePires\\_2014.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/4545/1/DM_GracietePires_2014.pdf)
- Pires, C.V. (2012). *Avaliação nutricional na admissão do doente com AVC*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7702/1/Tese%20Final%20C3%A2ndido.pdf>
- Radhakrishnan, S., Menon, U. & Anandakuttan, A. (2013). A combined approach of bedside clinical examination and flexible endoscopic evaluation of swallowing in poststroke dysphagia: A pilot study. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 16 (3), 388-393.
- Rodrigues, R. (2016). *Mulheres estão mais propensas a ter um AVC do que os homens*. Consultado em <http://www.obemdito.com.br/noticias/mulheres-estao-mais-propensas-a-ter-um-avc-do-que-os-homens-alerta/7102/>

- Royal College of Speech and Language Therapist (2011). *Position paper Speech and language therapy in adult critical care*. Acedido em [https://www.rcslt.org/members/publications/publications2/criticalcare\\_positionpaper\\_060114](https://www.rcslt.org/members/publications/publications2/criticalcare_positionpaper_060114)
- Silva, T.M.M.D. (2015). *Disfagia no doente com AVC: Prevalência e Determinantes*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3268/1/TeresaMargaridaMarquesDiasSilva%20DM.pdf>
- Silvia, M.R.; Hayachi, C. R. M., & Hayashi, M. C. P. I. (2011). Análise bibliométrica e cientométrica: desafios aos especialistas que atuam no campo. *InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação*, vol. 2, 110-129.
- Sönmezler, A., & Keşkek, S. Ö. (2019). Dysphagia in WÄΘĞÛŦ with Acute Ischemic Stroke in a tertiary care hospital. *Journal of Intensive and Critical Care*; Vol. 5, 1(8), 2-4. Doi: 10.21767/2471-8505.100127
- Sousa-Uva, M., & Dias, C.M. (2014). *Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013*. Instituto Nacional Ricardo Jorge, Boletim Epidemiológico. Acedido em [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim\\_Epidemiologico\\_Observacoes\\_9\\_2014\\_artigo4.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf)
- Speyer, R., Baijens, L., Heijen, M., & Zwijnenberg, I. (2010). Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review. *Dysphagia*; 25, 40–65.
- Sun, J-H., Tan, L., & Yu, J-T. (2014). Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. *Ann Transl Med.*; 2(8), 80. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2014.08.05
- Sun, J-H., Tan, L., & Yu, J-T. (2014). Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. *Ann Transl Med.*; 2(8), 80. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2014.08.05
- Teasell, R., Foley, R., Martino, N. et al. (2018). *Dysphagia and Aspiration Following Stroke*. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation. Acedido em <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH15-NET.pdf>

- Vose, A., Nonnenmacher, J., Singer, L. et al. (2014). Dysphagia Management in Acute and Sub-acute Stroke. *Curr Phys Med Rehabil Rep.*, 1, 2(4), 197–206. doi:10.1007/s40141-014-0061-2.
- World Gastroenterology Organisation World (2014) *Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Dysphagia*. Acedido em [http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/fr/pdf/guidelines/dysphagia\\_fr.pdf](http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/fr/pdf/guidelines/dysphagia_fr.pdf)
- World Health Organization. (2011). *World Report on Disability*. The World Bank, 349 p.
- World Stroke Organization (WSO) (2017). *Annual Report 2017*. Acedido em [https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual\\_Report\\_2017\\_online.pdf](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2017_online.pdf)
- Zhao, D., Liu, J., Wang, W., Zeng, Z., Cheng, J., Liu, J., Sun, J., & Wu, Z. (2010). Epidemiological transition of stroke in China: twenty-one-year observational study from the Sino-MONICA-Beijing Project. *Stroke*; 39,1668–1674. doi: 10.1161/STROKEAHA.107.502807.



## **ANEXOS**



## Anexo I – Instrumento de colheita de dados



MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

UCP de Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Orientador:** Professor Doutor António Madureira

**Investigador:** Enf.ª Isabel Filipa de Almeida Gonçalves Oliveira

**Curso:** Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica

### PREVALÊNCIA DA DISFAGIA EM DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA

#### INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Caro(a) Enfermeiro(a),

Sou Enfermeira, aluna do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu e integrado na Unidade Curricular de Relatório Final estou a realizar um estudo de investigação sobre a prevalência de disfagia em doentes pós Acidente Vascular Cerebral (AVC) internados em Serviços de Medicina.

Desta forma, venho, por este meio, solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste formulário.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a disfagia em doentes pós AVC, quer no momento do internamento, quer na alta hospitalar. É importante responder a todas as questões de acordo com o estado de saúde do doente em questão. **A informação fornecida é confidencial e anónima servindo apenas para tratamento estatístico** pela equipa de investigação.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula (☐), deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso.

Atenciosamente,

Isabel Oliveira

Agradecemos a  
sua colaboração.

## I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO DOENTE

1. **Sexo:** Masculino  Feminino

2. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

3. **Estado civil:** Solteiro(a)  Casado(a)/União de facto

Divorciado(a)/separado(a)  Viúvo(a)

### 4. Escolaridade

Não sabe ler, nem escrever

Só sabe ler e escrever

1º Ciclo do Ensino Básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª Classe

2º Ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª Classe / Ciclo Preparatório

3º Ciclo do Ensino Básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus

Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus

Outro.  Qual? \_\_\_\_\_

### 5. Residência habitual

Domicílio

Instituição

6. **Profissão:** \_\_\_\_\_

### 7. Atualmente, qual é a sua situação laboral:

Empregado

Desempregado

Baixa médica

Reformado

Outro.  Qual? \_\_\_\_\_

### 8. Zona de residência:

Aldeia

Vila

Cidade

9. **Número de coabitantes (agregado familiar):** \_\_\_\_\_

## II – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DO DOENTE

1. Altura: \_\_\_\_ cm

2. Peso: \_\_\_\_\_ kg

3. Perímetro Abdominal: \_\_\_\_ cm

4. Perante a sua doença associa algum dos seguintes fatores de risco (pode assinalar mais do que uma opção):

Não

Sim

Qual?

Dislipidémia (colesterol e triglicéridos altos)

Diabetes

Alcoolismo

Obesidade

Tabagismo

Stress

Sedentarismo

Outro  Qual? \_\_\_\_\_

5. Data do AVC \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data do Internamento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6. Tipo de AVC:

Isquémico

Embólico

Trombótico

Hemorragico

Intracerebral

Hemorragia sub-aracnoideia

Outro  Qual? \_\_\_\_\_

7. Local da lesão:

- Hemisfério direito
- Hemisfério esquerdo
- Tronco cerebral
- Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**8. Tempo de evolução do diagnóstico presente:** \_\_\_\_\_

**9. Dos seguintes défices, identifique quais os evidenciados presentemente no internamento**

- Paresia facial
- Disartria
- Hemiparesia
- Hemiplegia

**10. Se presença de AVC anterior:**

Há quanto tempo \_\_\_\_\_ (em anos)

- Sim
- Não

**Sequelas de deglutição?**

**11. Durante o internamento o(a) doente iniciou o programa de reabilitação dirigido à disfagia?**

- Sim
- Não

**a. Se a resposta foi Sim, por quem foi realizado o programa de reabilitação?**

- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Terapeuta da fala
- Outro: Especifique: \_\_\_\_\_

**11.1. Se sim, qual a duração do programa \_\_\_\_\_ sessões/semanas**

**11.2. Se sim, qual a intensidade do programa \_\_\_\_\_ min/sessão**

**12. No planeamento da alta foi contemplado algum cuidado de continuidade no âmbito da reabilitação da disfagia**

- Sim
- Não

**13. Foi processado o ensino formal de preparação para a alta**

- Sim   
Não

**13.1. Se sim, a quem foi dirigido**

- Ao doente   
Ao cuidador   
A ambos   
Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**13.2. Se sim, quem planeou e realizou o ensino**

- Enfermeiro generalista   
Enfermeiro de Reabilitação   
Outro  Qual? \_\_\_\_\_

Data de alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### III – AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO – Adaptação da Escala GUSS

Stroke. 2007;38:2948-2952; originally published online September 20, 2007; Dysphagia Bedside Screening for Acute- Stroke Patients : The Gugging Swallowing Screen; Michaela Trapl, Paul Enderle, Monika Nowotny, Yvonne Teuschl, Karl Matz, Alexandra Dachenhausen and Michael Brainin; disponível em <http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2948.abstract>

Neste item pretende-se avaliar a capacidade de deglutição do cliente, avaliando o risco de disfagia e classificando o grau de disfagia presente. Para tal efetua-se primariamente um teste de deglutição indireto, seguidamente um teste de deglutição direto.

<i>Parte 1: Teste de deglutição Indireto</i>		Sim	Não
<u>Vígil</u> (cliente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)		1	0
<u>Tosse e/ou limpeza faríngea- tosse voluntária,</u> (o cliente deve tossir ou limpar vias aéreas, pelo menos duas vezes)		1	0
<u>Deglutição da saliva</u>			
• Deglutição eficaz		1	0
• Sialorreia presente		0	1
• Alteração da voz (rouquidão, voz molhada, crepitante ou fraca)		0	1
<b>Subtotal 1</b>			

<i>Parte 2: Teste de deglutição direta</i>	Pastoso (a)	Líquido (b)	Sólido (c)
Material: água destilada, espessante e pão			
<u>Deglutição</u>			
• Impossível	0	0	0
• Lenta (> 3seg; 10seg no sólido)	1	1	1
• Eficaz	2	2	2
<u>Tosse</u> (antes, durante ou após a deglutição – até 3 min após)			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
<u>Sialorreia</u>			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1

<b>Alterações de Voz</b>				
<b>(avaliar a voz antes e após a deglutição – solicite que o utente diga “oh”)</b>				
• Sim		0	0	0
• Não		1	1	1
<b>Subtotal 2</b>				
a) Inicialmente administrar meia colher de chá com água com espessante. Se não se observarem sinais de disfagia, administrar 3 a 5 colheres. b) Iniciar 3, 5, 10, 20 ml de água. Se não se observarem sinais de disfagia continuar com 50 ml. c) Testar com 5 pedaços pequenos de pão seco.				
<b>Score total (Subtotal1 + Subtotal 2)</b>				

<b>SCORE TOTAL</b>	<b>Resultados</b>	<b>Gravidade</b>	<b>Recomendações</b>
20	Pastosa, líquida, sólida eficaz.	Sem disfagia.  Risco mínimo de aspiração	- Dieta normal; - Líquidos normais; 1ª Refeição com observação do Enfermeiro.
15-19	Pastosa e líquida eficaz;  Sólido ineficaz.	Disfagia ligeira;  Risco de aspiração baixo.	- Puré/ dieta passada; - Líquidos ingeridos de forma lenta (um gole de cada vez); -avaliação especializada.
10-14	Pastosa eficaz;  Líquidos, sólidos ineficaz.	Disfagia moderada;  Risco de aspiração moderado.	- Dieta passada; - Líquida espessada; - Comprimidos esmagados e misturados com líquido espessado; - Não administrar medicação líquida; - Avaliação especializada.
0-9	Parte 1 sem sucesso.  Pastoso ineficaz.	Disfagia grave;  Risco de aspiração elevado.	- Não alimentar oral; - Alimentação por sondasogástrica até nova avaliação.

**IV - ÍNDICE DE BARTHEL**

**(AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA NAS ABVD'S)**

(Mahoney e Barthel,1965; Sequeira, 2007)


Nesta secção, por favor, coloque o valor da pontuação que melhor corresponda à sua situação.

		Pontuação
<b>1. Higiene Pessoal</b>	0 = Precisa de ajuda no cuidado pessoal	
	5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
<b>2. Evacuar</b>	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	
	5 = Acidentes Ocasionais (uma vez por semana)	
	10 = Contigente	
<b>3. Urinar</b>	0 = Incontinente ou algaliado	
	5 = Acidentes ocasionais (máximo uma vez em 24 horas)	
	10 = Contigente (por mais de 7 dias)	
<b>4. Ir à casa de banho (uso do sanitário)</b>	0 = Dependente	
	5 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	
	10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
<b>5. Alimentar-se</b>	0 = Incapaz	
	5 = Precisa de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	
	10 = Independente (a comida é providenciada)	
<b>6. Transferências (cadeira/cama)</b>	0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se	
	5 = Grande ajuda (uma ou das pessoas) física, consegue sentar-se	
	10 = Pequena ajuda (verbal ou física)	
	15 = Independente (não necessita de qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
<b>7. Mobilidade (deambulação)</b>	0 = Imobilizado	
	5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, tec)	

	10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	
	15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar de marcha, ex.: bengala)	
<b>8. Vestir-se</b>	0 = Dependente	
	5 = Necessita de ajuda mas faz cerca de metade sem ajuda	
	10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
<b>9. Escadas</b>	0 = Incapaz	
	5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	
	10 = Independente (subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos auxiliares ex.: bengala)	
<b>10. Banho</b>	0 = Dependente	
	5 = Independente (lava-se no chuveiro/banho de emersão/usa esponja em todo o corpo sem ajuda)	
	<b>SCORE</b>	

Dependência total <20; Grave 20-35; Moderada 40-55; Ligeira 60-89; Independente 90-100

**Anexo II –  
Autorizações para a colheita de dados**



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

UMTO.  
Ao En.º Doutor  
06.08.19  
D.E.

*Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar-se de um assunto.*

*Novo despacho  
Mada a apur. p/la  
Comissão de L.ºza  
Ao CA para a  
apur. p/la  
Enf.º Carlos Portugal  
En.º Carlos Portugal  
25/09/19*

ENTRADA EXPERIMENTE  
Em 06/08/19  
N.º 3174  
O FUNC *Chiese*

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar Tondela Viseu

Av. Rei D. Duarte  
3504-520 Viseu

*Autorizado*

Dr. Cílio Correia  
Presidente do C.A.

*A Comissão de  
L.ºza.  
Enf.º Carlos Portugal  
Enfermeiro Diretor  
07/08/19*

VOSSA REFERÊNCIA

REGISTO 2019  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
Presidente  
Cílio Correia  
Enf.º Carlos Portugal  
Enfermeiro Diretor  
07/08/19

NOSSA REFERÊNCIA  
ESSV 0986 02-AUG-19

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 2.º ano do 10.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Vivências de mulheres na menopausa: Contributos à compreensão do cuidar em Enfermagem".

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante o período de 15/11/2019 a 31/12/2019.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside.


Mais informamos que a Professora Doutora Emilia Coutinho é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos da estudante.

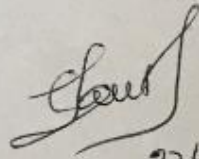
Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV



Professor Doutor Daniel Silva



27/09/19

DSUF  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102  
Tel. +351 232 419 100 Fax. +351 232 428 343

3500-843 Viseu  
E-mail [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

PORTUGAL  
Web [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)

## DELIBERAÇÃO

<b>N/ Referência</b>	<b>08/10/09/2018</b>
<b>Designação</b>	Pedido de autorização para efetuar colheita de dados no âmbito da realização do estudo subordinado ao tema: "Prevalência da disfagia em pessoa com acidente vascular cerebral".
<b>Coord. /Inv. Principal</b>	Isabel Filipe Almeida Gonçalves Oliveira
<b>Data do documento</b>	02 Agosto 2018
<b>Data de Entrada na CES</b>	23 Julho 2018
<b>Data de Deliberação CES</b>	10 Setembro 2018

Analisado o pedido de autorização para efetuar colheita de dados no âmbito do estudo subordinado ao tema: "Prevalência da disfagia em pessoa com acidente vascular cerebral", a realizar pela aluna Isabel Filipe Almeida Gonçalves Oliveira do 6º Ano - curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, no serviço de medicina do chtv, esta CES deliberou nada haver a opor em relação ao mesmo.

**Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 10/09/2018:**

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro

Vogal: Ana Maria Pinto da Costa

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida

**A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHTV**

