

Sofia Isabel Ferreira Gomes

**A Efetividade da Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na Deglutição Comprometida  
em Doentes pós Acidente Vascular Cerebral**



Viseu, Janeiro de 2019



Sofia Isabel Ferreira Gomes

**A Efetividade da Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na Deglutição Comprometida  
em Doentes pós Acidente Vascular Cerebral**

**Relatório Final**

6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Rosa Martins

Viseu, Janeiro de 2019



“É fácil trocar as palavras,  
Difícil é interpretar os silêncios!  
É fácil caminhar lado a lado,  
Difícil é saber como se encontrar!  
É fácil beijar o rosto,  
Difícil é chegar ao coração!”

Fernando Pessoa



## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Rosa Martins, minha orientadora, pela sua disponibilidade, paciência e clarividência demonstradas durante a realização deste trabalho, que me mantiveram na rota certa durante este caminho.

À minha mãe, pelo amor, carinho, porque sempre me ensinou que os sonhos são para ser realizados, sempre me incentivou a ter coragem para os realizar e porque sempre esteve presente para que se realizassem.

Ao meu marido pelo carinho e apoio, e porque sempre me fez ver que as dificuldades são tão grandes como a importância que lhes damos e que a vida é muito mais fácil se a vivermos com alegria e com um sorriso.

À minha filha, pelo seu amor. A sua presença e o seu sorriso foram sempre um conforto quando os dias pareciam mais cinzentos e por não se ter queixado das ausências da mãe.

Aos meus amigos, por estarem presentes e compreenderem a minha ausência.

Ao enfermeiro-coordenador da UCCI de Mortágua, Enf<sup>o</sup> Vítor Almeida, que fez nascer em mim a paixão pela Enfermagem de Reabilitação, e pelo seu incentivo e preocupação constantes.

A todos, o meu profundo agradecimento.



## Resumo

**Introdução:** A disfagia é uma morbidade comumente documentada após acidente vascular cerebral (AVC). Esta tem sido associada a um aumento do risco de complicações pulmonares e até mortalidade. As evidências emergentes referem que a detecção precoce da disfagia em doentes pós AVC agudo reduz essas complicações, o tempo de internamento hospitalar e os gastos em saúde. Assim, torna-se indispensável a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, sendo esta uma das áreas prioritárias da Ordem dos Enfermeiros.

**Objetivos:** Verificar as intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação face à pessoa com alteração da deglutição (disfagia), em situação de AVC, promovem a sua independência na atividade comer e beber.

**Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, com base nas orientações do *The Joanna Briggs Institute* (2017). Foram selecionados estudos nas bases de dados: PubMed, Cochrane Library, CINAHL e Scopus, com publicação entre 2008 a 2018. Os estudos encontrados foram posteriormente avaliados, tendo em consideração os critérios de inclusão e de exclusão.

**Resultados:** A análise dos 5 estudos incluídos na revisão sistemática da literatura demonstra que os enfermeiros especialistas em reabilitação constituem-se como elementos pivôs para garantir os cuidados especializados na pessoa com alteração da deglutição, devendo ser estes profissionais os primeiros a realizarem a avaliação da alteração da deglutição, antes dos outros profissionais. A higiene oral e o estado nutricional assumem-se como elementos fulcrais na gestão da disfagia e a posição correta da cabeça no momento da alimentação e hidratação, impedindo os riscos de aspiração de alimentos sólidos/líquidos. A utilização da terapia isométrica de resistência progressiva orofaríngea associada à dilatação do esfíncter superior do esófago melhora significativamente a segurança da deglutição, com conseqüente promoção da maneira mais independente possível para que a pessoa possa comer/beber, mantendo-se em segurança a função da deglutição. Após a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, os doentes revelam uma diminuição na aspiração com alimento líquido e alimento semi-sólido. O método combinado da manobra de Mendelsohn e da deglutição de esforço têm um efeito positivo na aspiração em doentes com disfagia após o AVC.

**Conclusão:** Partindo dos resultados obtidos, concluiu-se que os programas de reabilitação para doentes pós AVC com disfagia são um recurso terapêutico com efeitos positivos, sendo um desafio para a enfermagem de reabilitação. Apesar dos seus benefícios clínicos, estes programas de reabilitação são ainda uma realidade sub-representada, o que implica a necessidade da sua promoção e implementação.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Deglutição comprometida; Reabilitação.



## Abstract

**Introduction:** Dysphagia is a commonly documented post-stroke morbidity. This has been associated with an increased risk of pulmonary complications and even mortality. Emerging evidence indicates that early detection of dysphagia in patients post acute stroke reduces these complications, length of hospital stay and health expenditures. Thus, the intervention of the nurse specialist in rehabilitation becomes indispensable, being this one of the priority areas of the Nurses' Order.

**Objectives:** To verify the interventions of the specialist nurse in rehabilitation towards the person with swallowing disorders (dysphagia), in case of stroke, promote their independence in the eating and drinking activity.

**Methods:** A systematic literature review was conducted, based on the guidelines of The Joanna Briggs Institute (2017). We selected studies in the databases: PubMed, Cochrane Library, CINAHL and Scopus, with publication between 2008 and 2018. The studies found were later evaluated, taking into account the inclusion and exclusion criteria. Still underrepresented reality, which implies the need for its promotion and implementation.

**Results:** The analysis of the 5 studies included in the systematic review of the literature shows that nurses who are specialists in rehabilitation constitute pivotal elements to guarantee the specialized care of the person with swallowing disorders, and these professionals must be the first to carry out the evaluation of the change of swallowing, before the other professionals. Oral hygiene and nutritional status are key elements in the management of dysphagia and the correct position of the head at the time of feeding and hydration, preventing the risk of aspiration of solid / liquid foods. The use of isometric therapy of progressive oropharyngeal resistance associated with dilatation of the upper esophageal sphincter significantly improves the safety of swallowing, with consequent promotion in the most independent way possible for the person to be able to eat / drink, keeping the swallowing function safe . After the intervention of the specialist rehabilitation nurse, patients show a decrease in aspiration with liquid food and semi-solid food. The combined method of Mendelsohn maneuver and effort swallowing have a positive effect on aspiration in patients with dysphagia after stroke.

**Conclusion:** Based on the results obtained, it was concluded that rehabilitation programs for post-stroke patients with dysphagia are a therapeutic resource with positive effects, being a challenge for rehabilitation nursing. Despite their clinical benefits, these rehabilitation programs are still underrepresented, implying the need for their promotion and implementation.

**Keywords:** Stroke; Dysphagia; Rehabilitation.



## Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas.....	I
Lista de Figuras.....	II
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	III
<b>Introdução.....</b>	<b>19</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>1 - Acidente Vascular Cerebral .....</b>	<b>25</b>
1.1 - Fisiologia do Acidente Vascular Cerebral.....	25
1.2 - Fatores de risco do Acidente Vascular Cerebral .....	28
1.3 - Sequelas do Acidente Vascular Cerebral.....	30
<b>2 - Perturbações na deglutição: disfagia .....</b>	<b>33</b>
<b>3 - Disfagia no doente pós Acidente Vascular Cerebral: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....</b>	<b>39</b>
<b>II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>45</b>
<b>1 - Procedimentos metodológicos.....</b>	<b>47</b>
1.1 - Formulação da questão problema .....	48
1.2 - Critérios de inclusão e exclusão .....	50
1.3 - Estratégia de busca e seleção dos estudos.....	50
1.4 - Avaliação crítica dos estudos.....	56
<b>2 - Resultados .....</b>	<b>59</b>
<b>3 - Discussão dos resultados .....</b>	<b>65</b>
<b>4 - Conclusão .....</b>	<b>69</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>75</b>



## Lista de Tabelas

Tabela 1 – Tipos de AVC.....	Pág. 26
Tabela 2 – Classificação dos fatores de risco do AVC.....	Pág. 29
Tabela 3 – Classificação mais tradicional dos fatores de risco do AVC .....	Pág. 29
Tabela 4 - Fatores predisponentes da deglutição comprometida orofaríngea.....	Pág. 35
Tabela 5 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos.....	Pág. 50
Tabela 6 - Frases booleanas, estratégia de pesquisa e motores de busca.....	Pág. 52
Tabela 7 - Identificação dos estudos.....	Pág. 54
Tabela 8 - Teste de Relevância I.....	Pág. 54
Tabela 9 - Teste de Relevância II.....	Pág. 55
Tabela 10 - JBI Grelha de avaliação crítica para estudos de caso.....	Pág. 57
Tabela 11 - Regras para avaliação crítica de uma revisão sistemática da literatura.....	Pág. 58
Tabela 12 - Evidência do estudo de Hughes (2011).....	Pág. 59
Tabela 13 - Evidência do estudo de Liu, Shi, Shi, Hu e Jiang (2016).....	Pág. 61
Tabela 14 - Evidência do estudo de Juan, Hind, Jones, McCulloch, Gangnon e Robbins (2013).....	Pág. 62
Tabela 15 - Evidência do estudo de Kim, Kim, Lee, Kim, Kim, Kim e Cho (2017).....	Pág. 63
Tabela 16 - Evidência do estudo de White, O'Rourke Ong, Cordato e Chan (2008)....	Pág. 64

## Lista de Figuras

Figura 1 - Processo de identificação dos estudos.....	Pág.53
Figura 2 - Processo de seleção dos estudos – Prisma.....	Pág.56
Figura 3 - Avaliação cervical.....	Pág.71

## 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

BIREME -Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

cf. - Conforme

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DIC - Doença Isquémica Cardíaca

EEER – Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

*et al.* - Entre outros

HTA – Hipertensão arterial

HTA – Hipertensão arterial

JBI – *Joana Briggs Institute*

MeSH - Medical Subject Headings

NIHSS - *National Institute of Health Stroke Scale*

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PI[C]OD - Participantes, Intervenções, Comparações, Outcomes, Desenho do estudo

SES - Estimulação elétrica do nível sensorial e motor

SPAVC - Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

TOR-BSST - Teste de Toronto para a avaliação da deglutição



## Introdução

O tema escolhido para a realização deste trabalho é a efetividade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na deglutição comprometida no doente pós acidente vascular cerebral (AVC).

O AVC é reconhecido como uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo e está associado a múltiplas complicações médicas que levam a hospitalizações prolongadas e custos significativos de cuidados de saúde (Kumar, Selim & Caplan, 2010). A disfagia pós AVC é uma complicação comum que afeta muitos doentes nas primeiras horas e dias após o ictus. A disfagia pós AVC é uma complicação comum e dispendiosa do AVC agudo e está associada a um 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. Embora múltiplos avanços tenham sido feitos no tratamento hiperagudo do AVC e da prevenção secundária, a gestão da disfagia pós AVC ainda é uma área pouco explorada ao nível da enfermagem de reabilitação, o que incluiu o diagnóstico, a investigação e o tratamento (Cohen, Roffe, Beavan et al., 2016).

A disfagia, que leva à aspiração de alimentos ingeridos, líquidos ou secreções orais é considerada o principal fator de risco para a pneumonia pós AVC. Os doentes disfágicos são três vezes e aqueles com aspiração confirmada onze vezes mais propensos a desenvolver pneumonia. Um estudo norte-americano retrospectivo de doentes com AVC quantificou o custo individual da pneumonia e da mortalidade em custos elevados. O risco relativo de morte hospitalar em doentes com AVC com pneumonia é de 5,7 (IC 95%, 5,4 a 6,0) (Wilson, 2011).

A problemática da pessoa com deglutição comprometida tem vindo a ser assumida como importante na realidade clínica, cujas estatísticas referem que a disfagia atinge 60% das pessoas idosas que sofrem de doenças degenerativas e 30 a 40% aquelas pessoas que apresentam défices sequelares a um AVC (Cardoso, Rainho, Qutério et al., 2011). Assim, é considerado um problema pertinente para a realidade demográfica e clínica dos utentes, sendo indubitavelmente centrado na pessoa/família. Considera-se que, nesta realidade, os enfermeiros e, com maior evidência, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) são os profissionais qualificados para a abordagem da pessoa com este compromisso.

O processo normal de deglutição é indispensável para a manutenção da vida.

Permite garantir o transporte dos alimentos desde a sua ingestão até ao esófago, iniciando o processo da digestão e a eliminação de saliva da cavidade oral, evitando a sua passagem para as vias respiratórias (Richman & Cabrera, 2013).

A disfagia assume-se como um problema comum na pessoa após AVC (Direção-Geral da Saúde, 2010), causando um grande impacto na qualidade de vida da pessoa e seus familiares. Como tal, o EEER tem um papel fundamental no momento da alimentação, particularmente ao nível da deteção e caracterização da disfagia. Para que se evitem riscos/complicações, têm de ser instituídas, o mais precocemente possível, medidas para evitar a disfagia, quer no que diz respeito a alimentos sólidos, quer a nível dos alimentos líquidos. Por conseguinte, compete ao EEER intervir na educação do doente pós AVC e seu cuidador principal/família, preparando-os para o regresso a casa, dando-se continuidade aos cuidados e objetivando a reintegração dos doentes no seio familiar e na comunidade (Decreto-Lei nº 125/2011, 18 de Fevereiro de 2011).

Pelo exposto, considera-se igualmente manifesto que as intervenções de enfermagem relacionadas com o compromisso da deglutição em pessoas pós AVC são suscetíveis de produzirem ganhos em saúde, com melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e prestadores de cuidados, sendo, inclusive, como sustenta Veríssimo (2014), possível reduzir os reinternamentos dos doentes com alterações de deglutição, por norma, posteriormente admitidos com quadros de infeção respiratória, cuja causa provável é o compromisso da deglutição.

Assume, por isso, particular relevância a realização de uma revisão sistemática da literatura, uma vez que é indiscutível o seu valor intrínseco à investigação em enfermagem, sendo igualmente inegável o contributo que os estudos, usados noutras áreas do conhecimento, podem dar ao desenvolvimento da prática clínica, no caso concreto da reabilitação de pessoas pós AVC com disfagia. A evidência científica deve orientar a prestação de cuidados, traduzindo-se como o pilar inerente à prática diária dos EEER. A prática baseada na evidência pretende apetrechar a prática diária da melhor evidência científica. Este aspeto deve alertar a consciência crítica dos enfermeiros para a importância de questionar as suas práticas, de forma a procurar a melhor evidência científica disponível. Assim, os enfermeiros devem sensibilizar-se para a importância de desenvolver estudos científicos no âmbito da prestação de cuidados e dos focos de atenção em enfermagem.

A escolha do tema resulta de uma motivação intrínseca pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados que se prestam às pessoas com deglutição comprometida, bem como pelo facto de o AVC ser uma patologia com elevada morbidade com impacto direto na qualidade de vida da pessoa e família, sendo a intervenção do EEER um meio

fundamental para prevenir, reabilitar e, assim, melhorar a qualidade de vida desses doentes, sendo esta uma área prioritária da Ordem dos Enfermeiros

Como suporte metodológico à elaboração da questão de investigação, recorreu-se ao método PI[C]OD e com base nos seus pressupostos teóricos, delimitou-se a mesma na seguinte interrogação:

- Que intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação face à pessoa com alteração da deglutição (disfagia), em situação de AVC, promovem a sua independência na atividade comer e beber?

Em termos estruturais, o presente trabalho apresenta-se em duas partes, constando da primeira a fundamentação teórica, onde se dá a conhecer o estado da arte que suporta a justificação da pertinência do tema. Na segunda parte, reserva-se o estudo empírico, apresentando-se os processos metodológicos inerentes à revisão sistemática da literatura, tendo lugar também a apresentação e discussão dos resultados. O trabalho tem o seu *terminus* com as conclusões mais relevantes dos estudos analisados, a partir das quais se delineiam algumas considerações importantes com aplicação prática ao nível da enfermagem de reabilitação.



**PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---



## 1 - Acidente Vascular Cerebral

Um AVC é um tipo de lesão cerebral. Os sintomas dependem da parte do cérebro afetada. A maioria dos AVC são isquêmicos, causados pela redução do fluxo sanguíneo para o cérebro quando os vasos sanguíneos são bloqueados por um coágulo ou se tornam estreitos demais para o sangue passar, as células cerebrais na área morrem por falta de oxigênio. O AVC hemorrágico ou acidente vascular cerebral hemorrágico ocorre pelo comprometimento de alguma artéria cerebral. Diz-se que o AVC é hemorrágico quando há o rompimento de um vaso cerebral, ocorrendo uma hemorragia em algum ponto do sistema nervoso. A diferença do AVC hemorrágico para o AVC isquêmico é que o segundo decorre da obstrução de uma artéria e não do seu rompimento (Menoita, 2012).

Os AVC são mais comuns em pessoas idosas, quase três quartos de todos os derrames ocorrem em pessoas com 65 anos de idade ou mais. No entanto, uma pessoa de qualquer idade pode ter um derrame (Ferreira, 2010; Menoita, 2012).

A presença de danos nas funções neuropsicológicas dá origem a défices ao nível das funções motoras, sensoriais, comportamentais, perceptivas e da linguagem. Os défices motores caracterizam-se por paralisias completas (hemiplegia) ou parciais/incompletas (hemiparesia) no hemicorpo oposto ao local de lesão que ocorreu no cérebro (Ferreira, 2010). A localização e extensão exatas da lesão provocada pelo AVC determinam o quadro neurológico apresentando por cada cliente e, o seu aparecimento é normalmente repentino, oscilando entre leves ou graves, podendo ser temporários ou permanentes (Brown & King, 2011).

### 1.1 - Fisiologia do Acidente Vascular Cerebral

São vários os mecanismos de um AVC: trombose de uma artéria, lacunas (pequenos enfartes profundos no cérebro), embolia, hematoma intracraniano, hemorragia, subaracnoídea e aneurisma ou malformações arteriovenosas (Martins, 2006). De entre os vários mecanismos, o que ocorre com maior frequência é a trombose. Daí que, na população em geral, este seja o mais conhecido e habitualmente tomado como ilustrativo (Martins, 2006).

As classificações tipológicas do AVC não são uniformes, todavia, as mais comumente utilizadas baseiam-se no critério etiológico (Menoita, 2012). O mesmo autor agrupa o AVC em duas grandes classes: hemorrágico (intracerebral, parenquimatoso e

subaracnoide), e isquémico (trombótico, embólico e lacunar). Para Menoita (2012), o AVC isquémico representa 85% dos AVC's.

Os AVC's podem, assim, de acordo com Cunha (2014), ser decorrentes da obstrução de uma artéria que irriga o cérebro (isquémia) ou podem ser por vazamento de sangue de um vaso sanguíneo (hemorrágico), dividindo-se em subclasses, de acordo com a sua etiologia (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Tipos de AVC

Tipos de AVC	Subtipos de AVC
<b>Isquémico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lacunar</li> <li>▪ Trombótico</li> <li>▪ Embólico</li> </ul>
<b>Hemorrágico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intracerebral</li> <li>▪ Subaracnoide</li> <li>▪ Intravascular</li> <li>▪ Subdural</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Cunha (2014,p. 30).

O AVC trombótico aparece quando o processo patológico responsável pela obstrução do vaso se desenvolve no próprio local da oclusão. As trombozes arteriais ocorrem com maior frequência do que as venosas (Cunha, 2014; Menoita, 2012). Os mesmos autores referem que os trombos se materializam por associação de dois fatores: por um lado, há um endurecimento e espessamento das artérias, ficando mais rígidas e tortuosas, o que se deve à perda da elasticidade, ou seja, ao predomínio do tecido fibroso, causando uma maior resistência à passagem do sangue; por outro lado, há um aumento de lípidos transportados pelo sangue que se vão acumulando, gradual e lentamente, na camada mais íntima da artéria, formando as placas de ateroma, onde se agregam as plaquetas sanguíneas (Cunha, 2014; Menoita, 2012).

Segundo Phipps, Sands & Marek, (2011), a trombose é a causa mais frequente de um AVC constituindo cerca de 92% dos AVC's não hemorrágicos. Um AVC acontece sobretudo entre a sétima e a décima décadas de vida, não tendo, em geral, um início abrupto. Cerca de metade a 75% dos AVC's trombóticos são precedidos por acidentes isquémicos transitórios ou por um AVC mínimo que leva a um episódio devastador.

Dos autores consultados, a maioria considera a arteriosclerose como principal fator desencadeante de um acidente vascular cerebral trombótico, entre outros fatores, tais como a hipertensão arterial (HTA), a diabetes mellitus, a hiperlipemia, a idade, o tabagismo e o uso de anovulatórios orais, que aumentam o risco destes fenómenos trombóticos (Phipps et

al., 2011; Menoita, 2012; Cunha, 2014). Os sinais de trombose cerebral, de acordo com os mesmos autores, variam, podendo alguns pacientes apresentar sonolência, alterações cognitivas ou convulsões. O início dos sintomas tende a ocorrer durante o sono ou pouco tempo após o acordar, sendo a cefaleia bastante comum nesta fase. Em geral, a trombose não tem um desenvolvimento abrupto e os sinais e sintomas neurológicos agravam-se com muita frequência nas primeiras horas. Afasias transitórias, hemiplegias ou hemiparésias podem apontar para o desenvolvimento *a posteriori* de uma paralisia severa (Phipps et al., 2011).

No que se refere ao AVC embólico, o mesmo define-se como todo o processo em que se verifica a oclusão arterial por um corpo estranho (êmbolo) em circulação, que ocorre na corrente sanguínea e que se desloca até às artérias cerebrais. Cerca de 34% dos êmbolos são de origem cardíaca, ou seja, este tipo de AVC está vulgarmente associado à fibrilação auricular e a outras arritmias, ao enfarte do miocárdio, à endocardite bacteriana e a complicações de cirurgia vascular ou prótese valvular (Menoita, 2012). O território vertebro-basilar raramente é atingido por um êmbolo de origem cardíaca, sendo normalmente afetado por trombozes locais de artérias para artéria (Brown & King, 2011). Os êmbolos poderão ter igualmente origem em desordens sistêmicas produtoras de êmbolos gasosos (cirurgia ou traumatismo), êmbolos gordos (fraturas de ossos) ou êmbolos de origem tumoral (Sá, 2009).

O AVC lacunar corresponde a pequenas lesões (enfartes) resultantes de patologia das artérias perfurantes. Segundo Martins (2006), este tipo de AVC é de todos o que tem melhor prognóstico. Os AVC's lacunares são, de acordo com Kistler, Roper e Martins (2008, p.2358), "enfartes muito pequenos, (...) que ocorrem somente em um dos ramos perfurante do círculo de Willis, do tronco da artéria cerebral média ou das artérias vertebral e basilar por oclusão aterotrombótica, (...), ocorre nas camadas profundas das substâncias cinzenta e branca do cérebro e do tronco cerebral". Segundo os mesmos autores, os enfartes lacunares causam síndromes de AVC reconhecíveis que costumam evoluir de modo progressivo no decorrer de horas ou mais. A recuperação muitas vezes começa horas ou dias após o enfarte e pode completar-se em semanas ou meses ou resultar em défice residual mínimo, persistindo, no entanto, em alguns casos uma incapacidade significativa, sendo a hipertensão arterial o principal fator de risco desta doença.

Quanto ao AVC hemorrágico, caracteriza-se pelo sangramento numa parte do cérebro, como consequência do rompimento de um vaso sanguíneo. Pode ocorrer para dentro do cérebro ou tronco cerebral (acidente vascular cerebral hemorrágico intraparenquimatoso) ou para dentro das meninges (hemorragia subaracnóidea) (Menoita, 2012). Este é o AVC mais grave, com uma taxa de mortalidade até 50% nos 30 dias

posteriores e ocorre numa população mais jovem. Consiste, como refere Sá (2009), no extravasamento de sangue no tecido cerebral, na decorrência de uma rutura vascular, tendo como fatores predisponentes a HTA, a arteriosclerose, aneurismas congénitos, traumatismos cranioencefálicos, entre outros. De acordo com Cunha (2014), o AVC de natureza hemorrágica pode dever-se a: hemorragia intracerebral, hemorragia parenquimatosa e hemorragia subaracnóidea.

A hemorragia intracerebral é mais frequentemente provocada por rutura de artérias situadas profundamente na substância cerebral (hemorragia hipertensiva, malformações vasculares, traumatismo cranioencefálico). Todavia em alguns casos, o sangue impetuoso proveniente de artérias superficiais rotas pode penetrar no parênquima cerebral (Kistler, Roper & Martin, 2008). O início é abrupto, com cefaleia intensa, ocorrendo à medida que o hematoma aumenta de tamanho, um défice neurológico mais pronunciado, sob a forma de redução do estado de alerta e anormalidades nos sinais vitais. As manifestações clínicas dos diferentes tipos de AVC refletem não só a localização como a extensão do enfarte ou hemorragia (Schenk & Nosse, 2010). Todavia, para a eclosão de qualquer tipo de AVC estão implícitos vários fatores de risco.

A hemorragia subaracnoideia, por norma, resulta da rutura de artérias superficiais, aneurismas saculares, malformações vasculares intracranianas, angiomas arteriovenosos ou traumatismos (Cunha, 2014). É o AVC menos frequente, acometendo pessoas com idade inferior aos 35 anos, cujos mecanismos desencadeantes são: “o esforço físico, defecação, tosse, relações sexuais e exposição prolongada ao sol. Surgem sintomas como por exemplo, cefaleias intensas, transtornos da vigília, fotofobia e sinais de irritação das meninges, que ocorrem de forma brusca” (Cunha, 2014, p. 32).

## 1.2 - Fatores de risco do Acidente Vascular Cerebral

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. Atualmente sugere-se que os fatores de risco são responsáveis por cerca de 80% das principais doenças cardiovasculares (OMS, 2011).

Por apresentarem estes três critérios de relevância, tem-se dado ênfase ao controlo da diabetes *mellitus*, excesso de peso, obesidade, sedentarismo, tabagismo, dislipidémias, HTA e alimentação inadequada, designando-se estes fatores de risco como modificáveis

(OMS, 2011). O seu conhecimento criou as bases para a prevenção das doenças cardiovasculares e respetivas complicações (Garcia, 2013).

De acordo com Martins (2006), o *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, dos Estados Unidos da América, subdividiu os fatores de risco em dois eixos (cf. Tabela 2). O primeiro eixo diz respeito aos fatores confirmados e possíveis, o segundo refere-se aos estilos de vida e características pessoais, patologias ou marcadores patológicos e lesões estruturais assintomáticas.

Tabela 2 – Classificação dos fatores de risco do AVC

Confirmados	Possíveis
<b>Caraterísticas e estilos de vida</b>	
Idade, sexo, raça, hereditariedade, consumo exagerado de álcool, abuso de drogas e tabaco	Padrão de personalidade, localização geográfica, clima, estação do ano, fatores económicos, mortalidade materna precoce, uso de contraceptivos orais, dietas ricas em gordura animal, obesidade, hiperlipemia.
<b>Patologias ou marcadores patológicos</b>	
HTA, doença cardíaca, AIT, hematócrito elevado, diabetes mellitus, elevada concentração de fibrinogénio, enxaqueca.	Hiperuricemia e hipotiroidismo.
<b>Lesões estruturais assintomáticas</b>	
<p><b>Detetadas por exame físico:</b> Ruído carotídeo, embolia retiniana, diferença da pressão arterial entre os dois braços e diminuição da pressão na oculopleetismografia.</p> <p><b>Detetadas por imagiologia:</b> Enfartes silenciosos ou hemorrágicos detetados por tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética, malformações arteriovenosas, aneurismas, hamartoma, aterosclerose com estenose arterial e displasia fibromuscular.</p>	

Fonte: Adaptado de Martins (2006)

Todavia, outros autores, como Ferro (2006) e Menoita (2012) dividem os fatores de risco em modificáveis e não modificáveis, partindo do pressuposto de poderem ou não ser alvo de intervenção, consistindo esta classificação na mais tradicional (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Classificação mais tradicional dos fatores de risco do AVC

Modificáveis	Não modificáveis
Idade	Hipertensão arterial
Género	Diabetes Mellitus
Etnia	Hiperlipemia
	Tabagismo
	Alcoolismo
	Obesidade
	Sedentarismo
	AIT

Fonte: Adaptado de Ferro (2006) e Menoita (2012).

A elevada prevalência de fatores de risco requer uma especial atenção à sua prevenção, deteção e correção, resultando na promoção de ações que evitem a perda de

saúde, bem como os cuidados que facilitem a sua recuperação. Deste modo, é indispensável a tomada de medidas que potenciem na população a redução dos riscos de AVC, o acesso rápido e adequado ao tratamento, as medidas de prevenção secundária para redução da sua ocorrência e a prevenção terciária que compreende a reabilitação precoce na fase aguda (Branco & Santos, 2010).

Estudos realizados pelo *Texas Heart Institute at St. Luke's Episcopal Hospital* (2012, cit. por Pires, 2014, p. 10), o controlo dos três principais fatores de risco – tabagismo, níveis altos de colesterol e hipertensão – pode minimizar o risco de AVC, requerendo intervenção ao nível da prevenção primária e da prevenção secundária.

### 1.3 - Sequelas do Acidente Vascular Cerebral

Uma das consequências do AVC é o comprometimento da memória, uma das funções mais importantes do ser humano, na medida em que desempenha funções na relação com o meio externo, na socialização, na construção da personalidade e do comportamento, bem como do desempenho em geral. Esta é complexa, relacionando-se com outras áreas da cognição, a atenção, o raciocínio, a aprendizagem, a consciência e as emoções (Nunes, 2012). Segundo o mesmo autor (2012), o processo de memorização tem 4 fases, embora haja autores que definem apenas 3, juntando a receção com a codificação: receção, codificação, consolidação e evocação.

As alterações sequelares observadas no AVC variam de acordo com os territórios vasculares afetados. A irrigação cerebral faz-se por dois sistemas, o carotídeo e o vertebro-basilar. O sistema carotídeo é constituído pela Artéria Carótida Interna (ACI), Artérias Cerebrais Médias (ACM), Artéria Cerebral Anterior (ACA) e Artéria Coroideia Anterior. Este sistema é responsável pela irrigação do globo ocular, de quase toda a face externa dos hemisférios cerebrais, da metade antero-superior da sua face interna e das estruturas anatómicas profundas (cápsula interna e núcleos da base, com excepção do tálamo) (Ferro & Pimentel, 2006).

Algumas pessoas vítimas do AVC não manifestam sequelas quando a circulação sanguínea é retomada normalmente, todavia isto só ocorre quando tudo volta à normalidade muito rapidamente, o que ocorre numa percentagem muito baixa de pessoas. As sequelas dos AVC's e a sua gravidade dependem do local onde o AVC aconteceu, assim como dependem da sua gravidade e do tempo de resposta ao acontecimento. As sequelas variam de pessoa para pessoa, bem como a gravidade das mesmas, que podem ser agrupadas em géneros: emocionais, neurológicas e motoras (Graça, 2015).

Segundo Bobath (1990, cit. por Pires, 2014, p. 11), 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. Ocorrem igualmente alterações a nível da linguagem, o que dificulta a comunicação resultando, eventualmente, no isolamento da pessoa.

Após um AVC, o hemicorpo afetado manifesta hipotonia, ou seja, o tónus é muito baixo para iniciar qualquer movimento, não exhibe resistência ao movimento passivo e a pessoa não consegue manter o membro em nenhuma posição, sobretudo durante as primeiras semanas (Silva, 2010). O mesmo autor refere que é frequente, nos casos com o passar do tempo, a substituição de um quadro de hipotonia por hipertonia, ocorrendo o aumento da resistência ao movimento passivo. A espasticidade, por norma, aumenta de forma gradual nos primeiros 18 meses com os esforços e atividades desenvolvidas pela pessoa. Pode, ainda, segundo o autor citado, resultar em complicações secundárias, nomeadamente a contratura dos músculos e das articulações, dor e distúrbios funcionais, com posturas anormais e movimentos estereotipados.

Pode igualmente ocorrer a diminuição ou a abolição da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa), contribuindo para o risco de auto-lesões, podendo as pessoas experienciar parestesias, sensações cutâneas subjetivas na ausência de estímulo (frio, calor, formigueiro, pressão). São muito frequentes os distúrbios do campo visual, sendo o mais comum a hemianopsia (Silva, 2010).

A afasia é uma das sequelas do AVC, estando relacionada com a lesão do hemisfério dominante. A lesão da Área de Broca resulta em afasia expressiva, manifestando-se em dificuldade na formação de frases gramaticalmente corretas e coerentes. Por sua vez, a lesão da Área de Wernicke leva à afasia receptiva, dificuldade na compreensão e discurso incoerente. Quando todos os parâmetros são afetados, revela-se a afasia global (Silva, 2010). De acordo com o mesmo autor, a forma de afasia menos grave consiste na afasia anômica/amnésica, relativamente subtil. Os défices de comunicação mais subtis, que afetam a interação, comunicação não-verbal ou informação inferida, são observados depois da lesão do hemisfério não-dominante (Silva, 2010).

No que se refere às alterações cognitivas, estas podem compreender a auto-perceção sobre os comportamentos associados à impulsividade e às funções cognitivas (Scheffer, Galli, Jaboinski, Bizarro & Almeida, 2015). De acordo com os mesmos autores, por exemplo, a anosognosia consiste numa das possíveis implicações neuropsicológicas resultantes do AVC, principalmente na fase aguda. A anosognosia consiste num prejuízo no

processamento visuo-espacial resultante da extinção, ou hemi-negligência do lado contralateral à lesão, por norma, acompanhado de uma privação de consciência, auto-perceção desse déficit (Vossel, Weiss, Eschenbeck & Fink, 2013). Os mesmos autores referem que a negligência e déficit na auto-perceção consistem num fenómeno vasto que pode afetar as funções para além do processamento visuo-espacial. Por outro lado, a falta de consciência das alterações comportamentais poderá reverter-se em problemas associados à dinâmica familiar e/ou à díade cliente/profissional de saúde, com implicações, no processo de reabilitação.

## 2 - Perturbações na deglutição: disfagia

A deglutição é um comportamento sensório-motor controlado por numerosos componentes que vão desde o sistema nervoso central até o esófago, e proporciona a passagem de alimentos da boca até o estômago. O termo "disfagia" define todos os desafios que ocorrem no processo durante o transporte de alimentos da boca até o estômago (Falsetti, Acciai, Palilla, Bosi, Carpinteri, Zingarelli et al., 2009).

No que se refere ao conceito de disfagia, este é empregue de várias formas, mais ou menos precisas ou abrangentes. Etimologicamente, provém dos étimos gregos "dis" que significa dificuldade e "phageo" que se refere a alimentação (Silva, 2015).

Frequentemente, é entendida como qualquer dificuldade de deglutição, congénita ou adquirida, consequente de processo agudo ou progressivo, que interfere no transporte do bolo alimentar da boca ao estomago (Royal College of Speech and Language Therapist, 2011). Alguns autores alargaram a definição de disfagia para que abarcasse fatores comportamentais, sensoriais e motores da deglutição, bem como fatores cognitivos de reconhecimento visual dos alimentos (Head, 2012). Nesta abrangência, o *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopédes de L'Union Européenne* (2014) define disfagia, numa abordagem funcional, como sendo a condição que resulta ou da interrupção no prazer em comer ou na manutenção da nutrição e hidratação.

Alguns autores usam os termos disfagia e aspiração de forma indiferenciada, considerando que a aspiração é disfagia em grau severo. Contudo, referem que todos os doentes que aspiram têm disfagia, porém, nem todos os disfágicos aspiram, logo os conceitos não podem ser equivalentes (Head, 2012).

A deglutição inicia-se ainda na fase intrauterina e os seus mecanismos estão entre os mais complexos da neurofisiologia. Abrange uma atividade coordenada de múltiplas estruturas anatómicas, em processos automáticos e outros voluntários, onde os alimentos são transportados desde a boca, através da faringe e do esófago, até ao estômago. São várias as estruturas anatómicas envolvidas na deglutição, sendo um processo contínuo, habitualmente e para efeitos de sistematização das descrições fisiológicas e fisiopatológicas, divide-se em quatro fases: fase oral preparatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica (Jacobi, Levy & Silva, 2013).

A *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines* (2014) realça algumas dificuldades sentidas na deglutição aquando de uma alteração, particularmente na fase oral (preparatória e propriamente dita), cuja elevação da pressão intracraniana ou lesão do nervo

craniano pode originar o enfraquecimento ou a descoordenação dos movimentos da língua, e o enfraquecimento dos músculos labiais origina a incapacidade na vedação labial. Na fase faríngea, surge a náusea, o engasgar e a regurgitação nasofaríngea, sintomas de coordenação insuficiente da deglutição. Quanto à fase esofágica, surgem as obstruções mecânicas, nomeadamente a dificuldade no desenrolar desta etapa. Porém, o mesmo organismo salienta a presença de uma lesão neurológica com complicação a nível do peristaltismo.

A disfagia consiste num problema comum em doentes com patologia neurológica, designado, em conformidade com Abdulmassih, Filho, Santos e Jurkiewicz (2009), como a principal causa de morbilidade relacionada com complicações respiratórias e desnutrição, no doente após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A disfagia é clinicamente diagnosticada em 40 a 70% dos doentes nos três primeiros dias após o acidente vascular cerebral (AVC), sendo que a incidência de aspiração de saliva, alimentos e/ou líquidos varia de 20 a 45% nos primeiros cinco dias (Mourão, Almeida, Lemos, Vivente & Teixeira, 2016).

No entanto, há autores que referem que a incidência da alteração da deglutição (disfagia) pode variar entre 22% e 65%, variando conforme os métodos de avaliação utilizados, podendo persistir durante muitos meses ou ressurgir no contexto de comorbilidades futuras (Cardoso, Raíno, Quitério, Cruz, Magano & Castro, 2011).

O processo de deglutição aponta para um reflexo complexo, tendo como função a condução do alimento desde a cavidade oral até ao estômago, através da força propulsora muscular e ação da gravidade. A deglutição requer a passagem de líquidos e alimentos fragmentados pela boca, com movimentos da língua e dos músculos, através da faringe, laringe e esófago para o estômago, descreve a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Versão Beta2, 2005).

Apesar de algumas pessoas recuperarem espontaneamente da alteração da disfagia, alguns dias após a situação de AVC, a sua deteção precoce, ainda durante a fase aguda, evita o risco de aspiração associado. Neste seguimento, a recuperação da deglutição é fundamental para a sobrevivência e segurança da pessoa, sem riscos de saúde associados (Cardoso et al., 2011; Baroni, Fábio & Dantas, 2012).

Paixão, Silva e Camerini (2010) apresentam a diminuição da força muscular da face, mandíbula e língua como etiologia na incapacidade de mastigar e deglutir adequadamente os alimentos. Sá (2009) menciona que a classificação da disfagia é realizada em conformidade com a fase de deglutição alterada, sendo, assim, classificada de oro faríngea quando existe alteração na fase oral e faríngea ou disfagia esofágica, quando ocorre

mutações na fase esofágica. A disfagia decorrente de disfunção neurológica, como demência ou AVC, denomina-se de disfagia neurogénica.

Silva (2015) descreve a disfagia neurogénica como um sintoma comum nos primeiros dias após AVC. Porém, a etiologia da lesão pode gerar uma sintomatologia não transitória. Por conseguinte, a mesma autora refere que as lesões cerebrais no hemisfério direito podem lesar a fase faríngea da deglutição. Por outro lado, lesões cerebrais no hemisfério esquerdo parecem ferir mais a fase oral, em decorrência da dificuldade na programação e execução dos movimentos voluntários da face. Quando a lesão ocorre no tronco cerebral, por norma, provoca alteração na deglutição orofaríngea, o que se deve ao compromisso dos principais centros de controlo da deglutição (Silva, 2015).

A deglutição comprometida/difagia divide-se em orofaríngea e esofágica (*World Gastroenterology Organization*, 2014), que tem subjacentes mecanismos neurofisiológicos complexos, secundários a diversos fenómenos fisiopatológicos, o que a torna numa entidade própria que causa complicações, nomeadamente: desidratação, desnutrição, pneumonites de aspiração ou até asfixia e morte, além se ser considerado um transtorno que incapacita a pessoa ao nível funcional e emocional, interferindo na sua convivência social e na sua relação de prazer com a alimentação (Richman & Cabrera, 2013).

Como fator de comorbilidade, a disfagia orofaríngea prolonga o tempo de internamento, com resultante agravamento do custo de internamento da pessoa. Este facto aliado à maior exposição destes doentes às complicações supramencionadas, torna esta temática um problema de saúde pública, dado que parece afetar uma parcela significativa da população, principalmente a idosa e os doentes pós AVC, estimando-se que 20% a 40% das pessoas após AVC apresentem comprometimento da deglutição (Cardoso et al., 2011).

A *World Gastroenterology Organization* (2014) preconiza que, para a compreensão da problemática, deve-se, em primeiro lugar, conhecer os fatores que predispõem a pessoa a apresentar deglutição comprometida (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Fatores predisponentes da deglutição comprometida orofaríngea

FATORES OBSTRUTIVOS E MECÂNICOS	FATORES NEUROLÓGICOS	FATORES IATROGÉNICOS
Infecções, abscessos Tiróide aumentada Linfadenopatias Divertículo de Zencker Fibrose muscular Tumores da cabeça e pescoço	Acidentes Vasculares Cerebrais Traumatismo crânio-encefálico Paralisia cerebral Doença de Parkinson Doença de Alzheimer Esclerose Múltipla Esclerose Lateral Amiotrófica Miastenia grave Distrofias neuromusculares Tumores cerebrais	Procedimentos Cirúrgicos (ex. ablação de tumores da cabeça pescoço, traqueostomias) Uso de medicação neuroléptica, convulsivante, anti-depressiva, parkinsonica e benzodiazepinas

Fonte: *World Gastroenterology Organization* (2014)

Na prática clínica, perante uma pessoa com um ou mais destes fatores de risco, importa avaliar um conjunto de aspetos que definirão a sua capacidade de deglutição. A história clínica do doente não deve ser ignorada, pela relação evidente entre a disfagia e o distúrbio que a causa. A avaliação clínica deve ter sempre a finalidade de detetar a presença de comprometimento da deglutição, caracterizar a sua gravidade, determinar as causas, planear a reabilitação e aferir os resultados do tratamento (Veríssimo, 2014).

A disfagia pode ser diagnosticada através da avaliação clínica de deglutição, ou seja, uma avaliação realizada na beira do leito. Há também avaliações instrumentais de deglutição, complementares às avaliações clínicas, realizadas através da análise objetiva da biodinâmica da deglutição, visualizada ou através de exame radiológico ou vídeo-endoscópico, havendo a necessidade de protocolos formais quanto a este tipo de avaliação (Passo, Freitas, Cardoso & Scheeren, 2017).

A avaliação da disfagia através da utilização de um instrumento válido e confiável deve ocorrer antes da administração de alimentos, bebidas ou medicação oral, no prazo de 4 a 24 horas de hospitalização. Esta avaliação pode ser realizada de modo seguro pelos enfermeiros, que necessitam de níveis de conhecimento e de experiência (Passos et al., 2017).

A avaliação e o tratamento da disfagia são tarefas que exigem uma abordagem interdisciplinar, designadamente “na determinação do diagnóstico, definição do seu nível anatómico (orofaríngea ou esofágica), do mecanismo (motor ou mecânico), determinação da possível etiologia, verificação da integridade do mecanismo orofaríngeo de deglutição, assim como verificação do risco ou presença de aspiração silenciosa ou evidente” (Ferreira, 2016, p.16).

De acordo com a autora supracitada, nenhum exame é completamente sensível no diagnóstico e *follow up* dos doentes com disfagia, o que se deve à multiplicidade de causas que podem estar na origem das alterações na deglutição. Atualmente, os procedimentos mais empregues para diagnosticar e quantificar a severidade da disfagia são: a vídeo-fluoroscopia, o exame radiológico que recorre à utilização de bário; a vídeo-endoscopia da deglutição, a laringoscopia Indireta, um procedimento deveras importante para averiguar as causas específicas da disfagia, nomeadamente a dificuldade para proteger as vias aéreas secundárias de lesões, inflamações ou paralisias, bem como a manometria esofágica, através da qual se avalia a velocidade e a força dos movimentos peristálticos faríngeos e esofágicos, constituindo-se como um exame importante nas situações onde há suspeita de acalásia. Estes instrumentos clínicos permitem alcançar medidas de tempo, pressão,

amplitude e força dos movimentos das estruturas do sistema estomatognático, fluxo do bolo alimentar e a capacidade de limpeza, sensibilidade e proteção das vias aéreas em decorrência da presença de risco de aspiração (Aslam & Vaezi, 2013; Massey, 2013).

De acordo com Ferreira (2016), não há, ao nível internacional, um consenso no diagnóstico da disfagia, cuja identificação e diagnóstico podem ser efetuados com recurso a uma avaliação clínica e/ou de triagem ou por meio de um exame instrumental. Contudo, a mesma autora salienta que a melhor prática a adotar consiste na combinação destes procedimentos, quer na avaliação, quer no tratamento da disfagia. Assim, recomenda a utilização de técnicas adicionais à avaliação clínica da disfagia para a obtenção de dados mais objetivos.

No geral, a avaliação clínica e de rastreio tem de ocorrer em primeiro lugar, como forma de triagem, tendo-se em conta os riscos na obtenção de falsos negativos e falsos positivos (Umay, Unlu, Saylam, Cakci & Korkmaz, 2013; Radhakrishnan, Menon & Anandakuttan, 2013). De acordo com os mesmos autores, a esta avaliação deve seguir-se uma avaliação clínica e, depois, uma avaliação instrumental, em doentes que tenham revelado sinais de risco após a avaliação clínica.

*Grosso modo*, a avaliação instrumental possibilita uma identificação de um maior número de casos nos quais ocorre aspiração, o que pode rondar os 25%, quando comparada com a avaliação clínica, no mesmo tipo de doentes após AVC. A elevada taxa de prevalência da ocorrência de aspiração silenciosa, a rondar os 28%-52%, consiste num dos principais motivos pelo qual os exames clínicos são indicadores de confiança para deteção do risco de aspiração (Ferreira, 2016).

Birjandi & Moussavi (2014) salientam que, embora a avaliação clínica e a triagem sejam procedimentos menos dispendiosos, mais céleres e acessíveis na aplicação, os mesmos poderão, mais frequentemente do que o esperado, resultar na identificação de falsos positivos, além de poderem subdiagnosticar doentes que possam estar a fazer aspiração silenciosa. Shirazi, Birjandi & Moussavi (2014) mencionam que há estudos que recorreram a estas formas de avaliação, salvaguardando a possibilidade de risco da triagem da disfagia identificar incorretamente casos com risco para aspiração ou subdiagnosticar casos em que ocorre aspiração. Por conseguinte, ambas as formas de avaliação são efetivas. Contudo, a melhor prática poderá ser usar ambas as formas de avaliação de maneira combinada, uma vez que a avaliação instrumental possibilitará adicionar e confirmar dados à avaliação clínica e/ou de triagem, bem como identificar os falsos positivos detetados na avaliação clínica e/ou triagem, o que se assume ideal para uma avaliação inicial, todavia com a possibilidade de ocorrência de um risco de se obter falsos negativos e

falsos positivos, os quais só poderão ser confirmados com uma avaliação instrumental (Baijens, Speyer, Pilz & Roodenburg, 2014; Shirazi et al., 2014).

Não obstante, o estudo de Pereira (2016) revela a necessidade de se definir a aspiração somente depois de um determinado número de deglutições para que se possam reduzir os falsos negativos, sob pena de identificar doentes que realmente aspiram, mas que não necessitam de aspiração. A mesma autora sugere também a necessidade de reflexão acerca da correta utilização do corante alimentar na avaliação instrumental da deglutição, uma vez que terão de se respeitar as recomendações concernentes à sua utilização e à preparação das soluções, para que não se aumente o *input* sensorial, particularmente o paladar, o que resulta na alteração da fisiologia da deglutição. Contudo, o seu uso é indispensável, porque possibilita o contraste com a cor da mucosa, para identificação da presença de resíduos alimentares, a penetração e a aspiração.

A frequência e a gravidade da disfagia, bem como a necessidade do atempado reconhecimento e tratamento adequado, constituem um desafio quer pelo impacte na saúde dos doentes, quer pelas repercussões na sua vida e nos seus familiares. A disfagia pode resultar em prejuízos ao nível nutricional, de hidratação, estado pulmonar, prazer alimentar e equilíbrio social da pessoa (Paixão, Sousa & Camerin, 2010).

Em suma, as avaliações da deglutição podem ser instrumentais e/ou clínicas. A vídeo-fluoroscopia consiste num método que permite uma análise objetiva da biomecânica da deglutição, sendo considerado o exame padrão-ouro no estudo da disfagia. Todavia, é um procedimento de alto custo que não se encontra disponível em grande parte dos serviços hospitalares. Por conseguinte, para a definição de condutas específicas na fase aguda do AVC foram desenvolvidos e validados instrumentos para investigar a deglutição, procurando identificar disfagia e mensurar a sua intensidade (Paixão, Sousa & Camerin, 2010; Mourão, Almeida, Lemos, Vicente & Teixeira, 2015; Pereira, 2016).

### 3 - Disfagia no doente pós Acidente Vascular Cerebral: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

O AVC é a principal causa neurológica de disfagia, estando presente em 42% a 67% dos doentes, nos primeiros 3 dias. Destes, 50% aspiram e um terço dos que aspiram desenvolve pneumonia que requer tratamento (Gonçalves, Vieira, Vitorino, Félix e Pinto, 2017). Em consequência, a pneumonia nos doentes com AVC é responsável pelo aumento do tempo de internamento, mortalidade e aumento dos custos hospitalares (Jauch, Saver, Adams, Askiel, Connors, Demaerschalk, Bart et al, 2013).

A corroborar, Passos et al. (2007) referem que a disfagia orofaríngea consiste num sintoma clinicamente detetável em cerca de 50% dos doentes na fase aguda pós AVC. A frequência elevada deste sintoma consiste no facto de que o controlo central da deglutição ocorre através de uma organização complexa de elementos neurais no cérebro e tronco encefálico, sendo o sistema nervoso central solicitado para iniciar e coordenar os músculos envolvidos nas fases oral, faríngea e esofágica da deglutição (Shem, Castillo, Wong, Chang, Kao & Kolakowsky-Hayner, 2012).

Passos et al. (2017) referem que a disfagia é uma das principais causas de mortalidade em doentes pós AVC, uma vez que está associada a complicações responsáveis por longos internamentos. Os mesmos autores realizaram um estudo com o objetivo de verificar a associação entre os resultados de escalas de funcionalidade e 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 foi observada a presença de aspiração laringotraquial em cerca de um terço dos doentes. Verificou-se uma associação significativa entre os scores das escalas *Functional Oral Intake Scale* e *Dysphagia Outcome and Severity Scale* em doentes pós AVC, sugerindo que quanto maior o comprometimento da deglutição, menor o nível de ingestão por via oral.

A disfagia é uma causa grave de morbilidade e mortalidade em doentes com AVC. Após o AVC, uma disfagia aparente tem sido detetada em 29-81% dos doentes, especialmente durante as primeiras 3 semanas, e anormalidades de deglutição na forma de disfagia leve tem sido observada em quase todos os doentes (Li, Zhang, Xu & Hu, 2014). A disfagia aumenta o risco de desidratação, desnutrição, complicações pulmonares e o tempo de internamento, o que leva a uma má recuperação funcional. Além disso, a pneumonia por aspiração ocorre em 43% a 70% dos doentes com disfagia pós AVC, com uma taxa de mortalidade de até 45%. Em 70% dos doentes com AVC, a pneumonia aparente dentro de

72 horas após a admissão hospitalar está quase sempre associada a problemas de deglutição. Em 75% desses doentes com problemas iniciais de deglutição, a disfagia continua a ser moderada a grave e requer suporte nutricional alternativo por até 6 meses (Umay, Yaylaci, Saylam, Gundogdu et al., 2017).

Portanto, um diagnóstico e intervenção precoces para disfagia pós AVC são recomendadas para prevenir a pneumonia associada ao AVC. A prevenção da pneumonia com tratamento precoce da disfagia pode ter um impacto significativo na morbilidade, mortalidade, tempo de internamento hospitalar, recuperação funcional e custos associados à saúde. A avaliação e a intervenção da disfagia são recomendadas o mais rápido possível em doentes pós AVC (Jauch, Saver, Adams Jr, Bruno, Connors, Demaerschalk et al., 2013).

As modificações posturais e dietéticas, exercícios motores orais para fortalecer os músculos orofaríngeos, manobras da cabeça e pescoço para facilitar a deglutição e estimulação térmica e tátil para aumentar a entrada sensorial são os métodos tradicionais de tratamento (Nakamura & Fujishima, 2013). Esses métodos de tratamento são amplamente aceites na prática clínica, mas as evidências que sustentam a sua eficácia na disfagia são ainda limitadas (Rofes, Cola & Clav, 2014).

De acordo com Oh, Kim & Paik (2007), há grande interesse no uso de estimulação elétrica em doentes com disfagia. Estudos relatam que a estimulação elétrica pode desempenhar um papel na recuperação parcial/completa da função muscular prejudicada envolvida na deglutição e na recuperação funcional do hemisfério afetado pelo mecanismo de restauração. Além disso, pode facilitar a reorganização cerebral como resultado da estimulação dos centros da deglutição no hemisfério não afetado por mecanismos de compensação (Bulow, Speyer, Baijens, Woisard & Ekberg, 2008). Alguns estudos foram realizados principalmente em doentes com AVC crónico, utilizando diferentes parâmetros de avaliação da disfagia. A estimulação elétrica foi aplicada isoladamente ou como uma terapia combinada com diferentes intensidades, frequência e duração para vários procedimentos de fortalecimento muscular sem padronização. A estimulação elétrica também pode ser aplicada no nível sensorial no tratamento da disfagia (Park, Kim, Oh & Lee, 2012; Tan, Liu, Li, Liu & Chen, 2013).

Num estudo que comparou a estimulação elétrica do nível sensorial e motor (SES), foi relatado que o efeito da estimulação do nível motor foi induzir a contração muscular aplicada para aumentar a atividade muscular. Por outro lado, o efeito do SES foi estimular o sistema sensorial periférico para aumentar o impulso aferente e promover a plasticidade cortical (Rofes, Arreola, Lopez, Martin, Sebastian, Ciurana et al., 2013). Além disso, o SES

---

tem sido relatado como essencial para o início e progressão da deglutição, para a manutenção de processos neurais e para estimular uma reorganização cortical (Verin, Maltete, Ouahchi, Marie, Hannequin, Massardier et al., 2011). A fase faríngea foi de particular importância nesses estudos e a estimulação elétrica, ao nível motor dos músculos supra-hióideos e infra-hióideos, foi utilizada para aumentar a atividade muscular. No entanto, tem sido relatado que ambos os estádios da deglutição, oral e faríngea, estão comprometidos, especialmente em doentes com AVC precoce. Como tal, a estimulação elétrica do músculo masseter, envolvida na fase oral e faríngea, parecem ser mais apropriadas para o tratamento da disfagia nesses doentes (Pernambuco, Silva, Lima, Cunha, Santos, Cunha et al., 2011).

Em estudos prévios, o exame clínico e eletrofisiológico revelou que a fase oral da deglutição é relativamente mais afetada do que a fase faríngea, especialmente em doentes com AVC em estadio inicial com envolvimento cortical (Teismann, Suntrup, Warnecke, Steinsträter, Fischer, Flöel et al., 2011; Umay, Unlu, Saylam, Cakıcı & Korkmaz, 2012). o músculo masseter, que é facilmente acessível, auxilia os músculos da fase faríngea que são principalmente ativos na elevação da laringe, e a sua atividade começa no início da fase oral e continua até o final da deglutição (Pernambuco et al., 2011). Embora sejam escassos os estudos que avaliem os efeitos da estimulação elétrica a nível motor do músculo masseter no tratamento da disfagia, em estudos que avaliaram a atividade do músculo masseter, há algumas evidências de que a estimulação elétrica do nível motor leva ao músculo masseter recorrente, a contração pode resultar em efeitos como destruição dos dentes e fratura (Umay et al., 2017).

No estudo de Itaquy, Favero, Ribeiro, Barea, Almeida e Mancopes (2011), cujo objetivo consistiu em verificar a ocorrência de disfagia após AVC isquémico agudo durante as primeiras 48 horas de aparecimento dos sintomas para o estabelecimento de uma possível relação entre o nível de comprometimento neurológico e o grau de severidade da disfagia, com uma amostra de 3 doentes aos quais foi realizada uma avaliação clínica neurológica, composta por exame físico geral, exame neurológico e aplicação da *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) e avaliação clínica da deglutição através do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia, ficou demonstrado que 1 doente manifestou deglutição funcional, com NIHSS 11 e 2 doentes tinham disfagia orofaríngea leve e moderada, sendo o NIHSS 15 e 19, respetivamente.

Mourão et al. (2015) realizaram uma investigação com a finalidade de analisar a evolução da deglutição de 100 doentes após AVC, admitidos num Hospital Público Regional de Betim. Estes foram submetidos à avaliação fono-audiológica estruturada em dois momentos: nas primeiras 48 horas após AVC e no momento da alta hospitalar. Foi utilizada

a escala *Gugging Swallowing Screen*, um instrumento padronizado e validado para ser utilizado na beira do leito. Os resultados do estudo indicam que, na avaliação fonoaudiológica inicial, a frequência da disfagia foi de 52%, sendo que 28% dos doentes foram 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, apenas 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. Os autores concluíram que a frequência de disfagia após AVC é elevada, todavia com progressiva transformação no perfil de deglutição do doente durante o internamento.

Frias, Biléu, Pires e Marranita (2015), com base numa revisão sistemática da literatura, na qual procuraram verificar as consequências da disfagia no pós AVC e refletir acerca das intervenções do enfermeiro na reabilitação da disfagia, constaram que as consequências mais frequentes da disfagia são as complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento e desnutrição/desidratação e que o enfermeiro especialista em reabilitação tem um papel muito importante, uma vez que as suas intervenções são indispensáveis na reabilitação destes doentes. Deste modo, os autores concluíram que a reabilitação é essencial para evitar consequências da disfagia no pós AVC, cujo processo de reabilitação deve implicar uma equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro é um elemento integrante e fundamental.

Numa revisão sistemática da literatura desenvolvida por enfermeiros de reabilitação de uma unidade hospitalar nacional (Cardoso et al., 2011), ficou demonstrado que o Teste de Toronto para a avaliação da deglutição (TOR-BSST) é o que produz melhores resultados na deteção de doentes com deglutição comprometida. Contudo, a capacidade do teste GUSS de permitir uma avaliação da deglutição comprometida com diferentes graus de severidade, separada do risco de aspiração é um facto relevante a ter em conta. Na referida revisão, observou-se que é positiva a utilização de métodos não-invasivos de avaliação do comprometimento da deglutição e do risco de aspiração em doentes com AVC, com elevada sensibilidade e especificidade, comparativamente aos métodos mais invasivos. Estes métodos não-invasivos podem ser utilizados desde a fase aguda.

Os EEER, atendendo às suas competências e relação de proximidade, estão habilitados a integrar todas as vertentes dos cuidados necessários à pessoa com incapacidade, objetivando a promoção da qualidade de vida, bem como ajudar os doentes potencialmente recuperáveis a encontrar a sua máxima autonomia/independência, assistindo na manutenção das incapacidades. Importa ressaltar que os cuidados devem ser adaptados às necessidades e objetivos terapêuticos de cada doente (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Assim sendo, o EEER é o profissional de enfermagem que apresenta um conhecimento aprofundado no domínio da enfermagem de reabilitação cuja atividade “visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 3), sendo-lhe outorgadas as seguintes competências: “Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoas com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania; maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº 125/201, p. 8658).

Este profissional concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença quer por acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades” (Regulamento nº 125/201, p. 8658).

Fica, assim, claro que, apesar da avaliação do comprometimento da deglutição requerer uma abordagem interdisciplinar, os EEER, com a formação adequada, desempenham um papel de relevo na monitorização e observação dos doentes, pelo seu acompanhamento contínuo, necessitando apenas de um método de avaliação que traduza o grau e tipo de comprometimento da deglutição.

Como tal, o EEER deve intervir o mais precocemente possível, pois compete-lhe avaliar o risco de alteração da funcionalidade a nível da alimentação; recolher a informação pertinente e usar os instrumentos de medida para avaliar a funcionalidade a nível da alimentação; avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar a atividade comer e beber de modo independente e identificar as necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a função a nível da alimentação (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 125/2011). Deve, assim, avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações da atividade e incapacidade, sendo também da sua competência conceber planos e prescrever as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível da alimentação/hidratação, através de protocolos, promovendo a autonomia e a qualidade de vida dos doentes com disfagia pós AVC (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 125/2011).

**II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**

---



## 1 - Procedimentos metodológicos

Em termos metodológicos realizou-se uma revisão sistemática da literatura com recurso a material científico publicado em várias bases de dados, tentando-se resumir as evidências que se encontraram relacionadas com o tema em estudo, reorganizando os dados e a informação, para que assim se pudessem interpretar os resultados obtidos.

A revisão sistemática da literatura consiste num tipo de investigação secundária complexa, pormenorizada e reprodutível que compreende um compromisso significativo de tempo e de recursos. É utilizado um processo que permite localizar e sintetizar/agregar, a partir da literatura primária, as evidências existentes num determinado tópico. Como tal, o investigador recorre a uma fonte secundária de dados (Pearson, Jordan & Munn, 2014). Esta metodologia constituiu-se como uma tentativa de agregar os dados empíricos, procedentes dos estudos primários, para descobrir a evidência internacional e produzir declarações que possam orientar a tomada de decisões clínicas, exigindo, para tal, uma comunicação explícita e exaustiva dos métodos utilizados (Higgins & Green, 2011; *Joana Briggs Institute*, JBI, 2017). Por conseguinte, a revisão sistemática da literatura constitui uma ferramenta extremamente importante para a prática baseada na evidência científica.

Assim, para qualquer revisão sistemática da literatura devem desenvolver-se os seguintes passos: formular uma pergunta de revisão; definir critérios de inclusão e exclusão; localizar os estudos; seleccionar os estudos; avaliar a qualidade metodológica dos estudos; extrair os dados; analisar/resumir e sintetizar os resultados relevantes; apresentar os resultados; interpretar os resultados e determinar a aplicabilidade dos resultados (JBI, 2017).

Para orientar uma revisão sistemática da literatura deverá ser previamente desenvolvido um protocolo orientador e ajustado à tipologia de revisão. O protocolo deverá ser constituído por diferentes secções, nomeadamente o título, as informações sobre a autoria, *background*, critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos e por métodos de pesquisa para identificação de estudos, de avaliação crítica da sua qualidade, bem como de extração e síntese dos dados. No *background* devem ser apresentados os argumentos que sustentam a necessidade de desenvolver a revisão e definidos os conceitos em análise. Devem ainda ser colocados em contexto os diversos elementos do PI[C]OD ou da respetiva adaptação específica para cada revisão. A secção de métodos que especifica os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos inclui o tipo de estudos, tipo de participantes, tipo de intervenções, tipo de medidas de resultado, sendo que os critérios a

especificar podem variar dependendo do tipo de revisão sistemática da literatura que está a ser planeada (JBI, 2017).

Uma boa uma revisão sistemática da literatura deve seguir passos rigorosos, concretos e transparentes, tendo por base um protocolo que permita a sua replicação posterior (Boland, Cherry & Dickson, 2014). Assim, e de seguida, será apresentado o protocolo da presente revisão sistemática da literatura, incluindo a questão PI[C]OD, a definição dos critérios de inclusão e exclusão, a metodologia escolhida para a seleção dos estudos, e, por fim, a avaliação da qualidade metodológica dos mesmos. Por conseguinte, todos os detalhes da metodologia devem ser documentados de forma transparente antes do início do estudo, uma vez que a validade da revisão sistemática da literatura dependerá da reprodutibilidade do protocolo. Desta forma, será possível que outros investigadores, seguindo o protocolo, obtenham os mesmos resultados. Assim, a definição *a priori* da metodologia e posterior cumprimento das etapas do protocolo irá garantir a validade do estudo, minimizando possíveis vieses (JBI, 2017).

Tendo em conta o exposto, a realização deste trabalho assume-se como um processo desafiador para a enfermagem de reabilitação, tendo como referência o significativo aumento da produção científica na área, através da qual, o enfermeiro poderá adquirir competências e habilidades fundamentais para a incorporação da pesquisa na sua prática profissional quotidiana. Nesta sequência, optou-se pela temática da pessoa com alteração da deglutição, em situação pós AVC, como sendo os participantes desta revisão sistemática da literatura. A realização da pesquisa sobre esta temática pretende aprofundar conhecimentos sobre a intervenção do EEER face à pessoa pós AVC com alteração da deglutição (disfagia).

### 1.1 - Formulação da questão problema

A clareza nas questões de uma revisão sistemática da literatura auxilia no desenvolvimento de um protocolo e na condução da revisão propriamente dita. O guia de perguntas da revisão e o desenvolvimento dos critérios de revisão específicos facilitam uma pesquisa eficaz, além de fornecer estrutura para o desenvolvimento do relatório de revisão completo (Apóstolo, 2018). Por conseguinte, a formulação de uma questão de investigação adaptada ao problema em estudo é suscetível de ser respondida, constituindo um dos primordiais desafios dos investigadores que contribuem para a prática baseada na evidência. Uma questão mal elaborada diminui a possibilidade de se encontrar informação

adequada e pertinente, podendo resultar num consumo exagerado de tempo na pesquisa (Sousa, 2018).

Deve ser usada uma terminologia que possibilite normalizar os vocábulos de uma determinada área do conhecimento a fim de facilitar a organização, recuperação e dispersão da informação. A maneira como se realiza a pesquisa, nomeadamente no que concerne aos termos de pesquisa, poderá interferir com a sensibilidade da revisão sistemática da literatura. Assim, é essencial procurar termos descritores MeSH no sentido de fortalecer a pesquisa e poder-se assegurar uma procura vasta. O MeSH, acrónimo de *Medical Subject Headings*, classifica os artigos de acordo com as palavras-chaves, sendo uma marca registada dos *United States National Library of Medicine* (Craig & Smyth, 2004). Como estratégia de localização dos estudos, optou-se por uma revisão da literatura no motor de busca Google Académico, e na base de dados da Biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, visando identificar os termos mais usados nos artigos científicos concernentes ao tema em estudo e, assim, definirem-se as palavras-chave.

Existe ainda um vocabulário que opera em três línguas - inglês, português e espanhol - denominado de DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) que foi criado pela BIREME, que possibilita servir uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros ou outro tipo de materiais. Tendo, desta forma, estabelecido os componentes chave da questão de partida e gerado uma lista de palavras para cada componente, é imprescindível associar os elementos da lista para obter uma combinação. Na pesquisa, a união de palavras é efetuada com recurso a três conceitos fundamentais - OR, AND e NOT - , sendo estes denominados de operadores lógicos ou booleanos, que se constituem como ferramentas úteis usadas para expandir ou restringir a pesquisa. Os operadores booleanos, representados pelos termos conectores AND (interseção), OR (união) e NOT (exclusão) são utilizados juntamente com os descritores (Craig & Smyth, 2004) e, quando combinados de diferentes formas, modificam o resultado da pesquisa.

Assim, a elaboração de uma questão de partida torna-se essencial neste processo, na medida em que facilita a pesquisa, proporciona a seleção da melhor evidência permitindo, simultaneamente, decidir criteriosamente se a mesma é ou não aplicável nos contextos da prática (Craig & Smyth, 2004).

Com base nos pressupostos teóricos, definiu-se a questão de investigação:

- Que intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação face à pessoa com alteração da deglutição (disfagia), em situação de AVC, promovem a sua independência na atividade comer e beber?

## 1.2 - Critérios de inclusão e exclusão

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão dos estudos na revisão sistemática da literatura, estes deverão encontrar-se definidos no protocolo. Como tal, têm de ser explícitos e objetivos para, assim, evitar erros de julgamento aquando da inclusão dos artigos na RSL (JBI, 2017).

Os critérios de inclusão devem ser identificáveis e coincidir com a questão de revisão, devendo também ser detalhados e as revisões incluídas devem ser claramente elegíveis quando comparadas com os critérios de inclusão estabelecidos (Apóstolo, 2018).

Apresentam-se na Tabela 5 os critérios de inclusão e de exclusão orientadores na realização deste trabalho, de acordo com o método PI[C]OD.

Tabela 5 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>Participantes</b>	Adultos com idade superior a 18 anos, pós AVC, com alteração da deglutição	Pessoas com outro tipo de patologia Pessoas que não apresentem alteração da deglutição e que não se encontrem em situação de AVC
<b>Intervenções</b>	Todo o tipo de intervenções apenas do EEER	As intervenções de todos os outros profissionais de saúde
<b>“Outcomes”</b>	Intervenções do EEER dirigidas à pessoa com alteração da deglutição, pós AVC, que promovam a independência da pessoa nas atividades comer e beber	Resultados que não abrangem intervenções do EEER face à pessoa com alteração da deglutição, em situação de AVC
<b>Desenho</b>	Estudos experimentais e quasi-experimentais Revisões sistemáticas com e sem metanálise Estudos de caso Estudos randomizados controlados	Outros desenhos para além dos de inclusão

## 1.3 - Estratégia de busca e seleção dos estudos

Uma revisão sistemática tem de proporcionar evidências da estratégia de pesquisa utilizada para localizar a evidência, considerando artigos publicados por editores comerciais e académicos, bem como a denominada literatura cinzenta, a qual, em vez de competir com a literatura publicada, tem a capacidade de complementar e comunicar descobertas para um

---

público mais amplo. A literatura cinzenta é igualmente entendida como material *Deep* ou *Hidden Web* e pode abarcar teses e dissertações, relatórios, pesquisas não independentes ou outros documentos produzidos e publicados por agências governamentais, instituições acadêmicas e outros grupos que não são distribuídos ou indexados por editores comerciais (JBI, 2017).

Para se poder sistematizar o processo, na seleção dos estudos poderá ser desenvolvida uma triagem, que consiste numa lista de questões, de modo a definir rapidamente a inclusão ou exclusão do estudo (Sargeant et al., 2006).

Quanto às duplicações, estas devem ser identificadas e consideradas nos resultados como um único estudo, sendo necessário avaliar se existem discrepâncias entre as duplicações e, em caso afirmativo, os autores devem ser consultados (JBI, 2017).

De forma a responder à questão de investigação acima formulada, utilizaram-se os meios eletrónicos, designadamente plataformas de pesquisa da internet, para realizar a pesquisa e localização de outros trabalhos de investigação acerca da temática em estudo. As palavras-chave foram definidas de acordo com descritores indexados, nomeadamente, termos MeSH, CINAHL Headings e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), assim como descritores não controlados. Para a criação de uma estratégia de pesquisa adequada foi necessário conhecer as bases de dados e o sistema de indexação, sendo que, nesta etapa, se recorreu também à ajuda de um especialista nesta área, tendo sido fundamental o seu auxílio para a elaboração da melhor estratégia de pesquisa.

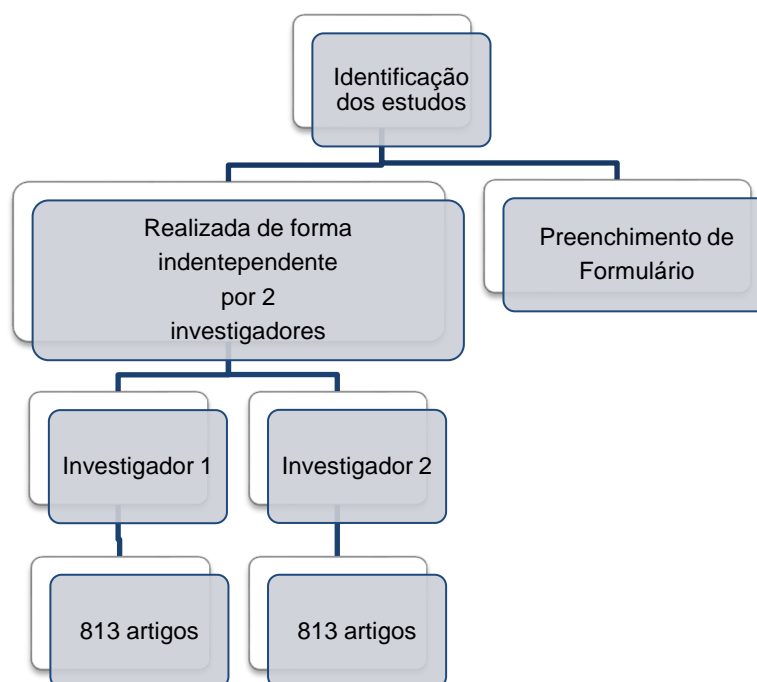
Na estratégia de busca dos estudos, foram utilizados os seguintes descritores: “Enfermeiro”, “reabilitação”; “AVC “engolir”, “alteração da deglutição (disfagia)”. (“nurse”, “rehabilitation”, “stroke”, “swallowing”, “deglutition disorders”, “nursing practice”). A tabela 6 descreve os recursos eletrónicos utilizados para a identificação de estudos, bem como a respetiva estratégia de pesquisa utilizada.

Tabela 6 - Frases booleanas, estratégia de pesquisa e motores de busca

DESCRIÇÃO	ESTRATÉGIA DE PESQUISA
<p><b>PubMed:</b> motor de busca de acesso livre à base de dados MEDLINE, onde se encontram vários artigos de investigação na área da biomedicina, sendo oferecido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA, contendo publicações de mais de 70 países de todo o mundo.</p> <p>Data da pesquisa: 18/05/2018</p>	<p><b>Frases booleanas:</b> ALL (("nursing practice OR rehabilitation") AND (stroke)) AND (swallowing* OR deglutition disorders*) AND ("random* control* trial*" OR "clinical control* trial*" OR "clinical trial*" OR "experimental stud*" OR "quasi-experimental stud*" OR "systematic review" OR "literature review" OR "meta analysis" OR "meta-analysis")) AND PUBYEAR &gt; 2008 AND PUBYEAR &lt; 2018 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish")).</p> <p><b>Filtros ativos:</b> 2013-2018</p>
<p><b>Cochrane Library:</b> A Biblioteca Cochrane diz respeito a uma coleção de bancos de dados em medicina e noutras especialidades em saúde fornecidas pela Cochrane e outras organizações. No seu núcleo encontra-se a coleção de Revisões Cochrane, um banco de dados de revisões sistemáticas e meta-análises que resumem e interpretam os resultados da pesquisa médica.</p> <p>Data da pesquisa: 14/06/2018</p>	<p><b>Frases booleanas:</b> ALL (("nursing practice OR rehabilitation") AND (stroke)) AND (swallowing* OR deglutition disorders*) AND ("random* control* trial*" OR "clinical control* trial*" OR "clinical trial*" OR "experimental stud*" OR "quasi-experimental stud*" OR "systematic review" OR "literature review" OR "meta analysis" OR "meta-analysis")) AND PUBYEAR &gt; 2008 AND PUBYEAR &lt; 2018 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish")).</p> <p><b>Filtros ativos:</b> 01/01/2008 – 18/06/2018</p>
<p><b>CINAHL:</b> O CINAHL é um índice de artigos em inglês e outros artigos de periódicos sobre enfermagem, saúde, biomedicina e saúde.</p> <p>Data da pesquisa: 12/06/2018</p>	<p><b>Frases booleanas:</b> stroke*) AND (swallowing* OR deglutition disorders) AND (rehabilitation* OR nursing practice*) AND (random* control* trial* OR clinical control* trial* OR clinical trial* OR experimental stud* OR quasi-experimental stud* OR systematic review OR literature review OR meta analysis OR meta-analysis).</p> <p><b>Filtros ativos:</b> &gt;2008- &lt;2018; EN, PT, ES.</p>
<p><b>Scopus:</b> SciVerse Scopus é uma banco de dados de resumos e citações de artigos para jornais/revistas académicos, abrangendo cerca de 19,5 mil títulos de mais de 5.000 editoras internacionais, incluindo a cobertura de 16.500 revistas peer-reviewed nos campos científico, técnico, e de ciências médicas e sociais.</p> <p>Data da pesquisa: 23/06/2018</p>	<p><b>Frases booleanas:</b> ALL (("nursing practice OR rehabilitation") AND (stroke)) AND (swallowing* OR deglutition disorders*) AND ("random* control* trial*" OR "clinical control* trial*" OR "clinical trial*" OR "experimental stud*" OR "quasi-experimental stud*" OR "systematic review" OR "literature review" OR "meta analysis" OR "meta-analysis")) AND PUBYEAR &gt; 2008 AND PUBYEAR &lt; 2018 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish")).</p> <p><b>Filtros ativos:</b> &gt;2008 - &lt;2018; EN, PT, ES.</p>

De acordo com Bettany-Saltikov (2012), o processo de seleção dos estudos compreende duas etapas. Partindo destes pressupostos, numa primeira etapa, dois revisores analisaram de forma independente os títulos e os resumos dos artigos e, em caso de dúvida, também o texto integral, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos *a priori* no protocolo. Todos os artigos selecionados nesta fase foram revistos integralmente a fim de determinar os estudos pertinentes para a abordagem da temática. A primeira etapa da seleção dos estudos a incluir na revisão sistemática da literatura foi realizada durante o mês de Junho de 2018, seguindo-se um processo sistemático (cf. Figura 1), sendo a pesquisa efetuada, por dois investigadores de forma independente.

Figura 1 - Processo de identificação dos estudos



Tendo em conta as estratégias de pesquisa delineadas, e numa primeira fase, foi obtido um conjunto de 873 documentos, dos quais foram retirados sessenta e dois, por serem replicados, obtendo-se, assim, um total de 811. Através da análise do título e pelo resumo foram excluídos 773, obtendo-se um total de 38 artigos para leitura integral, como ilustra a Tabela 7. É importante verificar possíveis duplicações para que um mesmo estudo não seja incluído mais de uma vez, como tal, as duplicações devem ser identificadas e consideradas nos resultados como um único estudo, porém todas as referências devem ser contabilizadas.

Tabela 7 - Identificação dos estudos

<b>BASE DE DADOS</b>	<b>N.º de artigos selecionados</b>
CINAHL® (EBSCO HOST® via ESSV)	378
Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)® (EBSCO HOST® via ESSV)	76
SCOPUS® (Science Verse® via ESSV)	178
MEDLINE® (EBSCO HOST® via ESSV)	241
<b>TOTAL</b>	<b>873</b>
<b>Após remoção de duplicados</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>811</b>
<b>Exclusão por: análise do título e pelo resumo</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>

Pereira e Bachion (2006) recomendam um Teste de Relevância, que deve ser composto de uma lista de perguntas claras, que devem ser respondidas pelo investigador mediante a afirmação ou negação. Serão excluídos todos os estudos que, nessa *checklist*, contenham pelo menos uma negação. Com efeito, para sistematizar a seleção foi desenvolvido um instrumento de triagem – Teste de Relevância I (cf. Tabela 8). Um instrumento de triagem consiste numa lista de questões para a rápida definição da inclusão ou exclusão do estudo (Sargeant et al., 2006). Desta forma, o instrumento de triagem foi validado através de um estudo piloto em que os dois investigadores examinaram, de forma independente, uma amostra aleatória de resumos dos artigos identificados.

Tabela 8 - Teste de Relevância I

Referência do estudo:		
Questões	Sim	Não
1.) O estudo está de acordo com o tema investigado?		
<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• INCLUIR <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estudos que relatam resultados referentes à reabilitação de adultos com idade superior a 18 anos, pós AVC, com alteração da deglutição</li> </ul> </li> <li>• EXCLUIR <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estudos em que a intervenção sejam a outras populações que não adultos pós AVC com alteração da deglutição</li> </ul> </li> </ul>		
2.) O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado para o projeto?		
Estudos publicados entre 2008 e 2018		
3.) O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?		
Português		
Espanhol		
Inglês		
4.) O estudo encontra-se disponível em <i>full text</i> ?		
5.) Estudo envolve seres humanos?		

Assim sendo, a seleção dos estudos foi realizada de forma independente, por dois investigadores, como já referenciado. Em caso de desacordo quanto à inclusão de algum artigo, foi consultado um terceiro investigador.

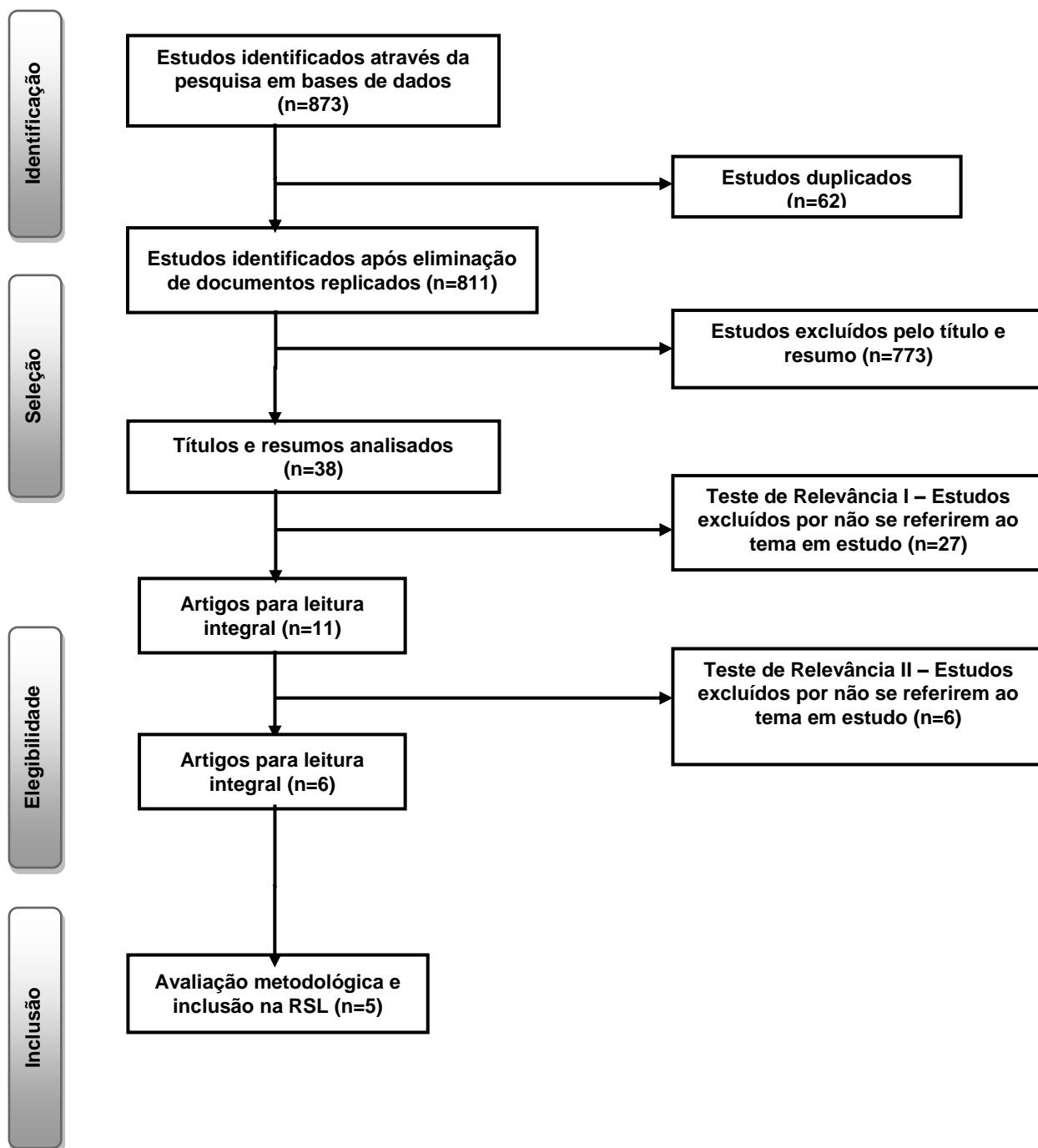
Após a aplicação do primeiro instrumento de triagem, foram selecionados 11 artigos para a leitura integral. O segundo instrumento de triagem – Teste de Triagem II foi elaborado de forma a perceber se o estudo ia de encontro ao tema a estudar na revisão sistemática da literatura. Neste sentido foram formuladas novas questões para orientar a decisão relativamente à inclusão ou não do estudo para a fase de avaliação da qualidade metodológica. De igual modo, neste Teste de Relevância II (cf. Tabela 9), as perguntas foram elaboradas para que fossem respondidas afirmativa ou negativamente, sendo que no caso de uma ou mais respostas negativas o estudo será excluído.

Tabela 9 - Teste de Relevância II

Referência do estudo:	Sim	Não
<b>Questões:</b>		
<b>1. O estudo está de acordo com o tema investigado?</b>		
<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• INCLUIR <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adultos com idade superior a 18 anos, pós AVC, com alteração da deglutição</li> <li>▪ Doentes pós AVC com alteração da deglutição, incluídos em programa de reabilitação</li> </ul> </li> <li>• EXCLUIR</li> <li>• Doentes pós AVC com alteração da deglutição sem estarem num programa de reabilitação</li> </ul>		
<b>2. O desenho do estudo vai de encontro ao predefinido?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• INCLUIR <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudos experimentais e quasi-experimentais</li> <li>▪ Revisões sistemáticas com e sem metanálise</li> <li>▪ Estudos de caso</li> <li>▪ Estudos randomizados controlados</li> </ul> </li> <li>• EXCLUIR <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outros desenhos para além dos de inclusão</li> </ul> </li> </ul>		
<b>3. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos publicados entre 2008 a 2018</li> </ul>		
<b>4. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Português</li> <li>▪ Espanhol</li> <li>▪ Inglês</li> </ul>		
<b>5. Estudo envolve seres humanos?</b>		
<b>6. Os outcomes do estudo vão de encontro com o predefinido?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• INCLUIR <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudos que estudem as variáveis:</li> <li>▪ Intervenções do enfermeiro especialista em reabilitação que promovam a independência na atividade comer e beber</li> </ul> </li> <li>• EXCLUIR <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão</li> </ul> </li> </ul>		

De seguida, na figura 2, apresenta-se o fluxograma descrevendo cada um dos passos até se atingir o número final de artigos incluídos na presente revisão sistemática da literatura.

Figura 2 - Processo de seleção dos estudos - Prisma



#### 1.4 - Avaliação crítica dos estudos

A inclusão de estudos de qualidade reduzida poderá comprometer a credibilidade dos resultados da revisão sistemática da literatura. Mediante análise do conjunto dos estudos incluídos, pode ser atribuída à intervenção em estudo uma classificação quanto ao nível de evidência e ao grau de recomendação (Pereira & Bachion, 2006). A qualidade de uma revisão sistemática da literatura depende da qualidade dos estudos incluídos. Na

análise da qualidade metodológica é verificado se o desenho e a condução de um estudo podem ter contribuído para prevenir vieses e, dessa forma, verifica-se se a metodologia e a execução do estudo foram adequadas (Higgins & Green, 2011). De seguida, apresentam-se as grelhas para avaliação da qualidade metodológica de cada estudo incluído.

Para a avaliação da qualidade metodológica dos artigos com metodologia de estudo de caso, foi aplicada individualmente o *JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports* (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - JBI Grelha de avaliação crítica para estudos de caso

	Sim	Não	Pouco claro	Não aplicável
1. As características demográficas do doente foram claramente descritas?				
2. A história do doente foi claramente descrita e apresentada como uma linha do tempo?				
3. A condição clínica atual do doente em estudo de caso foi claramente descrita?				
4. Os testes diagnósticos ou métodos de avaliação e os resultados foram claramente descritos?				
5. A (s) intervenção (ões) ou procedimento (s) de tratamento foram claramente descritos?				
6. A condição clínica pós-intervenção foi claramente descrita?				
7. Os eventos adversos (danos) ou eventos imprevistos foram identificados e descritos?				
8. Os resultados foram medidos de maneira confiável?				
9. O relatório do caso fornece informações para a prática a partir da evidência?				

Avaliação geral:           Incluído *versus* Excluído

De modo a realizar-se a avaliação da qualidade metodológica do estudo de White, O'Rourke, Ong, Cordato e Chan (2008) foi aplicada uma grelha para avaliação de uma revisão sistemática da literatura proposta por Ascensão, Julião, Fareleira e Carneiro (2009) (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Regras para avaliação crítica de uma revisão sistemática da literatura

<b>Validade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?	2	1	0	n/a
A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?	2	1	0	n/a
Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?	2	1	0	n/a
A interpretação dos estudos é reprodutível?	2	1	0	n/a
<b>Importância dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
Os resultados foram semelhantes entre os estudos?	2	1	0	n/a
Quais são os resultados gerais dos estudos?	2	1	0	n/a
Quão precisos são os resultados?	2	1	0	n/a
<b>Aplicabilidade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?	2	1	0	n/a
Foram considerados todos os <i>outcomes</i> clinicamente importantes?	2	1	0	n/a
Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a

Fonte: Ascensão, Julião, Fareleira e Carneiro (2009).

Em síntese, os estudos apresentaram boa qualidade metodológica, tendo sido incluídos na presente revisão sistemática da literatura.

## 2 - Resultados

No estudo de Hughes (2011), *Management of dysphagia in stroke patients* (Estudo 1, cf. Tabela 12), um estudo de caso com uma doente adulta pós AVC com diagnóstico de disfagia, ficou demonstrado que existe a necessidade de se proceder a uma avaliação holística da pessoa para garantir a hidratação e as necessidades nutricionais de forma efetiva e segura. A higiene oral e o estado nutricional assumem-se como elementos fulcrais na gestão da pessoa com alteração da deglutição pós AVC, bem como a posição correta da cabeça no momento da alimentação e hidratação, impedindo os riscos de aspiração de alimentos sólidos/líquidos. Os EEER constituem-se como elementos pivôs para garantir os cuidados especializados na pessoa com alteração da deglutição, devendo ser estes profissionais os primeiros a realizarem a avaliação da alteração da deglutição, antes dos outros profissionais. Ou seja, ficou demonstrado que os EEER são os profissionais que se encontram mais capacitados para intervir na alteração da funcionalidade da deglutição, cuja intervenção garante uma alimentação e hidratação adaptadas, com a finalidade de se evitarem complicações resultantes da disfagia. Os EEER são os que mais possuem formação para detetar as necessidades reais e potenciais do doente com disfagia pós AVC e seu cuidador principal, possuindo a capacidade de monitorizar mais criteriosamente as situações e intervir mais atempadamente.

Tabela 12 - Evidência do estudo de Hughes (2011)

Artigos	Identificação do estudo	Método	Participantes/ Amostra	Objetivos
Artigo 1	Hughes, S.M. (2011). Management of dysphagia in stroke patients. <i>Journal Nursing Older People</i> . Vol. 23(3), 21-24.	Estudo de caso	Pessoa pós AVC, com 69 anos de idade, com diagnóstico de disfagia	Intervenção do EEER na disfagia
Principais conclusões	Necessidade de uma avaliação holística da pessoa para garantir a hidratação e as necessidades nutricionais de forma efetiva e segura. A higiene oral e o estado nutricional assumem-se como elementos fulcrais na gestão da pessoa com alteração da deglutição pós AVC, bem como a posição correta da cabeça no momento da alimentação e hidratação, impedindo os riscos de aspiração de alimentos sólidos/líquidos. Os EEER constituem-se como elementos pivôs para garantir os cuidados especializados na pessoa com alteração da deglutição, devendo ser estes profissionais os primeiros a realizarem a avaliação da alteração da deglutição, antes dos outros profissionais.			
Análise crítica da qualidade	8 respostas afirmativas			

O estudo de Liu, Shi, Shi, Hu e Jean (2016), *Nursing management of post-stroke dysphagia in a tertiary hospital: a best practice implementation project* (Estudo 2, cf. Tabela 13), objetivou a implementação de evidências para melhorar a gestão da disfagia em

doentes pós AVC e prevenir a ocorrência de aspiração, em doentes internados no serviço de neurologia do *Huashan Hospital*, da Universidade de Fudan de Changai. Este projeto utilizou as ferramentas de auditoria e *feedback* do Sistema de Aplicação Clínica do Sistema de Evidência Clínica do Instituto Joanna Briggs. Os mesmos seis critérios de auditoria foram utilizados para a linha de base, bem como as auditorias clínicas de acompanhamento. A auditoria de linha de base foi seguida pela implementação de estratégias direcionadas para abordar as barreiras identificadas e a auditoria de acompanhamento avaliou mudanças na prática. A amostra ficou constituída por 20 EEER e 30 doentes. Os resultados do estudo revelam melhorias na prática em todos os critérios da auditoria. O resultado da auditoria pós-implementação mostrou 100% de conformidade para as seguintes recomendações: uso de um instrumento validado para diagnóstico da disfagia e sua avaliação, diagnóstico precoce de disfagia iniciado pelo enfermeiro, encaminhamento adequado para a fonoaudiologia e formação para os enfermeiros em relação à triagem da disfagia. A menor taxa de adesão foi para a educação do doente antes da alta (80%) e a taxa de conformidade para a triagem nas 24 horas de admissão do doente no serviço foi de 93%. Este projeto demonstrou melhorias significativas na prática de enfermagem relacionadas com o diagnóstico da disfagia e intervenção precoce do EEER. Este projeto obteve sucesso não só em relação ao aumento de conhecimento e competências dos enfermeiros, mas também ao nível da implementação de um processo formalizado para a triagem e encaminhamento dos doentes com disfagia. Os autores sugerem a implementação de estratégias para sustentar as mudanças na prática, bem como a realização de auditorias regulares para monitorizar o verificar o processo de atuação e avaliar os resultados.

Tabela 13 - Evidência do estudo de Liu, Shi, Shi, Hu e Jiang (2016).

Artigos	Identificação do estudo	Método	Participantes/ Amostra	Objetivos
<b>Artigo 2</b>	Liu, H., Shi, Y., Shi, Y., Hu, & R., Jiang, H. (2016). Nursing management of post-stroke dysphagia in a tertiary hospital: a best practice implementation project. <i>JBI Database System Ver Implement Rep.</i> ; 14(7), 266-274. Doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002971.	Estudo de caso experimental com aplicação de evidência clínica, através de uma pesquisa em práticas do Instituto Joanna Briggs, aplicação de critérios de auditoria	20 enfermeiros e 30 doentes com AVC e disfagia internados no serviço de neurologia do <i>Huashan Hospital</i> da Universidade de Fudan, Shanghai.	Implementação de evidências para melhorar a gestão da disfagia em doentes pós AVC e prevenir a ocorrência de aspiração
<b>Principais conclusões</b>	Melhorias na prática foram observadas para todos os critérios de auditoria. O resultado da auditoria após a implementação mostrou 100% de conformidade para as seguintes recomendações: uso de instrumento validado, rastreamento de disfagia iniciado pelo EEER, encaminhamento adequado para fonoaudiologia e formação para os enfermeiros acerca da triagem da disfagia. A menor taxa de adesão foi para a educação do doente antes da alta (80%). A taxa para a triagem da disfagia em 24 horas após a admissão do doente no serviço foi de 93%.			
<b>Análise crítica da qualidade</b>	9 respostas afirmativas			

No estudo de Juan, Hind, Jones, McCulloch, Gangnon e Robbins (2013), *Case Study: Application of Isometric Progressive Resistance Oropharyngeal Therapy Using the Madison Oral Strengthening Therapeutic Device* (Estudo 3, cf. Tabela 14), verificou-se a efetividade do uso da terapia isométrica de resistência progressiva orofaríngea (I-PRO) na melhoria da função da deglutição. Este estudo de caso de uma doente com 56 anos pós AVC apresenta os resultados do uso da terapia com I-PRO, com recurso ao dispositivo *Madison Oral Strengthening Therapeutic* (MOST) de 5 sensores combinado com a dilatação do esfíncter esofágico superior (EES). Os dados incluíram o inventário da dieta, pressões linguais (MOST), volume lingual (imagem latente de ressonância magnética), resíduo post offallow (videofl uoroscopy), pressões faríngeas (manometria de alta resolução) e avaliação da qualidade de vida. Os resultados revelam que, após 8 semanas de terapia com I-PRO, houve uma progressão para a dieta oral geral, com ganho de peso, aumento das pressões isométricas, com a transferência para as pressões de deglutição, aumento do volume lingual, redução do resíduo da parede da faringe ( $p=0,03$ ), aumento das pressões do volume faríngeo e aumento das pressões de abertura com melhor coordenação do tempo-pressão em toda a faringe, diminuição das pressões isométricas e melhoria da qualidade de vida. Após a manutenção do I-PRO, as pressões linguais isométricas anteriores voltaram aos níveis observados após as 8 semanas de intervenção. Ficou demonstrado que a terapia I-PRO, facilitada pelo dispositivo MOST combinado com instrumento de dilatação, torna mais segura a deglutição, aumento da ingestão orofaríngea e facilitamento da abertura, promovendo melhor qualidade de vida.

Tabela 14 - Evidência do estudo de Juan, Hind, Jones, McCulloch, Gangnon e Robbins (2013)

Artigos	Identificação do estudo	Método	Participantes/ Amostra	Objetivos
<b>Artigo 3</b>	Juan, J., Hind, J., Jones, C., McCulloch, T., Gangnon, R., & Robbins, J. (2013). Case Study: Application of Isometric Progressive Resistance Oropharyngeal Therapy Using the Madison Oral Strengthening Therapeutic Device. <i>Top Stroke Rehabil.</i> ; 20(5), 1-27. doi:10.1310/tsr2005-450.	Estudo de caso experimental	Doente do sexo feminino, 56 anos, pós-AVC; uma EEER	Verificar os benefícios da terapia isométrica de resistência progressiva orofaríngea na melhoria da função da deglutição.
<b>Principais conclusões</b>	A utilização da terapia isométrica de resistência progressiva orofaríngea associada à dilatação do esfíncter superior do esôfago melhora significativamente a segurança da deglutição, com grandes contributos para a qualidade de vida da pessoa pós AVC, com conseqüente promoção da maneira mais independente possível para que a pessoa possa comer/beber, mantendo-se em segurança a função da deglutição.			
<b>Análise crítica da qualidade</b>	8 respostas afirmativas			

O estudo de Kim, Kim, Lee, Kim, Kim, Kim e Cho (2017), *Effect of the combination of Mendelsohn maneuver and effortful swallowing on aspiration in patients with dysphagia after stroke* (Estudo 4, cf. Tabela 15), com três doentes com disfagia após AVC tratados com um método combinado, consistindo na manobra de Mendelsohn (com os dedos - polegar e indicador – eleva-se a laringe e segura-se em cima no momento da deglutição) e esforço na deglutição, teve como objetivo investigar o efeito de um método combinado que incorpora a manobra de Mendelsohn e o esforço de deglutição na aspiração em doentes com disfagia após AVC. Os resultados do estudo revelam que, depois da intervenção por parte do EEER, todos os doentes mostraram uma diminuição na aspiração com alimento líquido e alimento semi-sólido. Este estudo confirma que o método combinado da manobra de Mendelsohn e da deglutição de esforço têm um efeito positivo na aspiração em doentes com disfagia após o AVC. De acordo com os mesmos autores, a deglutição de esforço consiste numa das técnicas terapêuticas utilizadas na reabilitação da disfagia orofaríngea, tendo observado que esta técnica reduziu os componentes parassimpáticos e global da variabilidade da frequência cardíaca. Todavia, salvaguardam que a técnica de deglutição de esforço só deve ser usada em pessoas disfágicas com indicação para a mesma.

Tabela 15 - Evidência do estudo de Kim, Kim, Lee, Kim, Kim, Kim e Cho (2017)

Artigos	Identificação do estudo	Método	Participantes/ Amostra	Objetivos
<b>Artigo 4</b>	Kim, Ji-H., Kim, Young-A, Lee, Hye-J., Kim, Keum-S., Kim, Seung-T., Kim, TAe-S., & Cho, Young-S. (2017). Effect of the combination of Mendelsohn maneuver and effortful swallowing on aspiration in patients with dysphagia after stroke. <i>J. Phys. Ther. Sci.</i> 29, 1967-1969.	Estudo de caso experimental	Três doentes com disfagia após AVC tratados com um método combinado, consistindo na manobra de Mendelsohn e esforço na deglutição.	Investigar o efeito de um método combinado que incorpora a manobra de Mendelsohn e deglutição de esforço na aspiração em doentes com disfagia após AVC.
<b>Principais conclusões</b>	Depois da intervenção, todos os doentes mostraram uma diminuição na aspiração com alimento líquido e alimento semi-sólido. Este estudo confirma que o método combinado da manobra de Mendelsohn e da deglutição de esforço têm um efeito positivo na aspiração em doentes com disfagia após o AVC.			
<b>Análise crítica da qualidade</b>	8 respostas afirmativas			

O estudo de White, O'Rourke, Ong, Cordato e Chan (2008), *Dysphagia: causes, assessment, treatment and management* (Estudo 5, cf. Tabela 16), uma revisão sistemática da literatura com base em estudos descritivos relativos à intervenção do EEER na pessoa com disfagia após AVC, ficou demonstrada a importância da detecção precoce da disfagia, para facilitar/promover estratégias de gestão que permitam minimizar a morbidade. O estudo revela a importância do uso de testes de cabeceira ou o teste de Guss, a videofluorografia, realização de uma endoscopia a fim de avaliar o processo de deglutição (FEES – avaliação endoscópica da deglutição). Quanto ao tratamento terapêutico que permita restabelecer a funcionalidade da deglutição, evidenciaram-se: a estimulação elétrica e termal, os exercícios musculares, o uso de óleo de pimenta preta (na modalidade de estimulação olfativa), a acupuntura. A nível da gestão da disfagia, o método seguro da deglutição consiste igualmente nas dietas modificadas/especializadas. A reabilitação da deglutição em doentes pós AVC compreende os ensinamentos/treinos, por parte do EEER, à pessoa e seu familiar/cuidador principal em relação aos métodos seguros para a deglutição.

Tabela 16 - Evidência do estudo de White, O'Rourke Ong, Cordato e Chan (2008)

Artigos	Identificação do estudo	Método	Participantes/ Amostra	Objetivos
<b>Artigo 5</b>	White, G., O'Rourke, F., Ong, B., Cordato, D., & Chan, D. (2008). Dysphagia: causes, assessment, treatment and management. <i>Geriatrics</i> , vol. 63, 5, 15-20.	Revisão Sistemática da literatura	Estudos descritivos relativos à intervenção do EEER na pessoa com disfagia após AVC	Verificar as intervenções da enfermagem de reabilitação em doentes pós AVC com disfagia
<b>Principais conclusões</b>	Evidência da importância da deteção precoce da disfagia, para facilitar/promover estratégias de gestão que permitam minimizar a morbilidade. Ficou demonstrada a importância do uso de testes de cabeceira ou o teste de Guss, a videofluorografia, realização de uma endoscopia a fim de avaliar o processo de deglutição (FEES – avaliação endoscópica da deglutição). Quanto ao tratamento terapêutico que permita restabelecer a funcionalidade da deglutição, evidenciaram-se: a estimulação elétrica e termal, os exercícios musculares, o uso de óleo de pimenta preta (na modalidade de estimulação olfativa), a acupuntura. A nível da gestão da disfagia, o método seguro da deglutição consiste igualmente nas dietas modificadas/especializadas. A reabilitação da deglutição em doentes pós AVC compreende os ensinamentos/treinamentos, por parte do EEER, à pessoa e seu familiar/cuidador principal em relação aos métodos seguros para a deglutição.			
<b>Análise crítica da qualidade</b>	<b>90%</b>			

### 3 - Discussão dos resultados

Da análise dos 5 estudos que fizeram parte desta revisão sistemática da literatura pode aferir-se que os EEER, pelas competências que têm, podem intervir nos doentes pós AVC com alteração da deglutição, garantindo uma alimentação e hidratação adequadas, evitando complicações que possam emergir da disfagia. Neste sentido, o EEER consiste no elemento-chave da equipa no ensino/treino à pessoa/cuidador principal em todo o processo de reabilitação com resultados positivos. Nas suas competências, o EEER deve capacitar a pessoa com limitação da atividade para a reinserção e exercício da cidadania, realizando ensinamentos à pessoa e ao seu cuidador/família acerca de técnicas específicas de autocuidado, objetivando a maximização da sua independência e da sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 125/2011).

Os estudos de Hughes (2011) e de White et al. (2008) revelam que a reabilitação da pessoa pós AVC com disfagia deve ser realizada logo na admissão do doente, a partir do momento em que se apresente condições para tal, devendo esta avaliação ser contínua, inclusive, após a alta, tendo em conta que se objetiva o restabelecimento da independência e recuperação do doente, com destaque para o EEER. Os mesmos estudos indicam que a reabilitação precoce e contínua permite ao doente regressar a casa e maximizar a sua qualidade de vida.

Hughes (2011) revela também que é importante fazer-se uma avaliação holística do doente como meio para se garantir a hidratação e as necessidades nutricionais de forma efetiva e segura, sendo a higiene oral e a avaliação do estado nutricional elementos fulcrais na gestão da disfagia na pessoa pós AVC, bem como proporcionar-se uma posição correta da cabeça no momento da alimentação e hidratação, como meio para evitar os riscos de aspiração de alimentos sólidos/líquidos, o que vai ao encontro do preconizado por Jauch et al. (2013).

O estudo de Liu, Shi, Shi, Hu e Jean (2016) revela o uso de um instrumento validado para diagnóstico da disfagia e sua avaliação, realização de um diagnóstico precoce de disfagia iniciado pelo enfermeiro, com consequente encaminhamento para a fonoaudiologia. O seu estudo revela que é muito importante a formação para os enfermeiros no que se refere à triagem da disfagia, para que se possa monitorizar o processo de atuação e avaliar os resultados da intervenção. O estudo de White et al. (2008) também reforça a importância de uma avaliação precoce da disfagia. As evidências revelam que se deve fazer uma avaliação clínica neurológica do doente, através de um exame físico geral, exame neurológico, aplicação da *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) e avaliação clínica da deglutição através do Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para

Disfagia (Itaquy et al., 2011). De igual modo, Mourão et al. (2015), com base no seu estudo, referem a importância de uma avaliação fonoaudiológica, a qual deve ser estruturada em dois momentos: nas primeiras 48 horas após AVC e no momento da alta hospitalar.

O EEER deve intervir o mais precocemente possível, cabendo-lhe fazer a avaliação do risco da alteração da funcionalidade da alimentação, recolher toda a informação pertinente e usar os instrumentos de medida para avaliar a funcionalidade da alimentação, avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar a atividade comer e beber de modo independente e identificar as necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a função a nível da alimentação (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento Nº 125/2011).

No estudo de Juan et al. (2013), ficou registada, após 8 semanas de terapia com I-PRO, uma progressão para a dieta oral geral, com ganho de peso, aumento das pressões isométricas, com a transferência para as pressões de deglutição, aumento do volume lingual, redução do resíduo da parede da faringe, aumento das pressões do volume faríngeo e aumento das pressões de abertura com melhor coordenação do tempo-pressão em toda a faringe, diminuição das pressões isométricas e melhoria da qualidade de vida. As pressões linguais isométricas anteriores voltaram aos níveis observados após as 8 semanas de intervenção. Ficou demonstrado que a terapia I-PRO, facilitada pelo dispositivo MOST combinado com um instrumento de dilatação, torna mais segura a deglutição, aumento da ingestão orofaríngea e facilitamento da abertura, promovendo melhor qualidade de vida.

O estudo de Kim et al. (2017) revela que, depois da intervenção por parte do EEER, todos os doentes apresentaram uma diminuição na aspiração com alimento líquido e alimento semi-sólido. Ficou confirmado que o método combinado da manobra de Mendelsohn e da deglutição de esforço têm um efeito positivo na aspiração em doentes com disfagia após o AVC. Em conformidade com Wheeler-Hegland, Rosenbek & Sapienza (2008), a manobra de Mendelsohn é eficaz para a ativação dos músculos da deglutição e para a abertura do esfíncter esofágico superior, utilizando o tratamento curativo para a deglutição. Em particular, tem a vantagem de estender a abertura do esfíncter esofágico superior por induzir a ativação muscular por um tempo prolongado. A deglutição com esforço é usada como uma abordagem compensatória e corretiva. É um método de treino que envolve instruir o doente a engolir, fazendo força com os músculos da língua e dos músculos faríngeos. Como resultado, a eliminação de resíduos em valéculas ativa os músculos da deglutição, mas tem curta duração (Jang, Leigh, Seo et al., 2015).

O estudo de White et al. (2008), importância do uso de testes de cabeceira ou o teste de Guss, a videofluorografia, com realização de uma endoscopia para que se possa avaliar o processo de deglutição. No que se refere ao tratamento terapêutico que possibilite

restabelecer a funcionalidade da deglutição, o mesmo estudo evidenciou: a estimulação elétrica e termal, os exercícios musculares, o uso de óleo de pimenta preta (na modalidade de estimulação olfativa), a acupuntura. Quanto à gestão da disfagia, o método seguro da deglutição, de acordo com os mesmos autores, consiste também nas dietas modificadas/especializadas. A reabilitação da deglutição em doentes pós AVC compreende os ensinamentos/treinamentos, por parte do EEER, à pessoa e seu familiar/cuidador principal em relação aos métodos seguros para a deglutição. Cardoso et al. (2011) referem a importância da aplicação do teste GUSS que permite a avaliação da deglutição comprometida com diferentes graus de severidade, separada do risco de aspiração, sendo um facto relevante a ter em conta.

Os resultados encontrados corroboram os de outros estudos, onde ficou registada uma melhoria significativa nos scores de gravidade da disfagia, avaliados por testes de triagem à beira do leito e nos níveis de funcionalidade cognitiva. A intervenção funcional do EEER baseia-se em mecanismos de restauração, compensação e adaptação (Gallas, Marie, Leroi & Verin, 2010; Umay et al., 2017). Umay et al. (2017) referem ainda a estimulação elétrica que pode desempenhar um papel na recuperação parcial/completa do comprometimento da função muscular envolvida no ato da deglutição, bem como na recuperação funcional do hemisfério afetado pelo mecanismo de restauração, desde que a reorganização ocorra como resultado da estimulação da deglutição central, no hemisfério não afetado por mecanismos de compensação. A estimulação elétrica mostrou-se eficaz principalmente em doentes com AVC crónico com disfagia em estudos não controlados, quando aplicaram apenas a estimulação elétrica em diferentes intensidades. Os músculos supra-hióideos e infra-hióideos foram estimulados utilizando-se uma ampla gama de sessões terapêuticas, de 3 a 40, utilizando a videoflúscopia.

O uso do método nutricional alternativo e modificações dietéticas também têm sido avaliados. No entanto, em alguns dos estudos de comparação, tem sido relatado que as terapias tradicionais, como estimulação tátil e térmica e modificações, bem como a estimulação elétrica foram igualmente efetivas, sem diferença entre os métodos (Jayasekaran et al., 2010), enquanto outros estudos afirmaram que esses métodos não foram eficazes quando realizados isoladamente (Huang, Liu, Huang, Leong, Lin & Pong, 2014). Nos últimos anos, a maioria dos estudos propôs que a combinação de terapias é mais eficaz que a monoterapia. Os mesmos estudos sugerem o recurso a terapia combinada, que incluiu os métodos tradicionais (Lee, Kim, Lee, Lee & Park, 2014; Li, Li, Huang, Yin, Shen & Shi, 2015). Estes estudos foram realizados principalmente durante a fase crónica da disfagia em doentes com AVC com sinais de aspiração predominantes. Deste modo, consideram que a terapia para os músculos da fase faríngea é eficaz em

doentes com AVC crónico, com benefício terapêutico, apesar da atrofia por desuso desses músculos. No entanto, alguns dos estudos anteriores relataram que, independentemente do transtorno da fase faríngea, o transtorno da fase oral também foi encontrado em até 97% dos doentes, especialmente com AVC precoce. Relataram que, para garantir um controlo suficiente da deglutição, as terapias de deglutição para a fase oral são essenciais para o início e continuação da deglutição, bem como para a manutenção dos processos neurais (Ebihara, Ebihara, Yamasaki & Kohzuki, 2011; Jauch et al., 2013).

## Conclusão

A realização deste trabalho contribuiu para um ganho de competências na área da investigação, cuja pertinência do tema se assume como uma ambição *major*, que se prende com o desejo de desenvolvimento de competências práticas, no domínio da área de especialidade de enfermagem de reabilitação do doente pós AVC com disfagia, reconhecendo-se a urgência de uma atenção sistematizada e mais especializada na intervenção no doente pós AVC com comprometimento da deglutição.

Constatou-se que a disfagia é um distúrbio no processo de deglutição, que afeta o trajeto dos alimentos desde a boca até ao estômago devido a mudanças nas estruturas envolvidas nessa função. As causas podem ser neurológicas, mecânicas ou psicogénicas, sendo estas últimas menos comuns. Deste modo, o EEER é um elemento central na equipa multidisciplinar. Nos doentes pós AVC, a rápida identificação das alterações da deglutição está relacionada com a redução do risco de pneumonia, menor tempo de internamento e melhor custo-efetividade, resultante da redução dos dias de internamento.

A disfagia pode ser diagnosticada através da avaliação clínica da deglutição, ou seja, uma avaliação realizada à beira do leito, para a qual o EEER deve ter disponível protocolos. Há também avaliações instrumentais de deglutição, complementares às avaliações clínicas, realizadas por análise objetiva da biodinâmica da deglutição, visualizada ou através do exame radiológico.

O desenvolvimento do cuidar é uma exigência para os enfermeiros e para quem é cuidado e, por tal, torna-se indispensável o progresso do conhecimento científico, baseado na melhor evidência possível. Por conseguinte, deve desenvolver-se a prática de cuidados com base no uso de resultados de investigação, formalizando uma enfermagem avançada. Este processo implica que os enfermeiros adquiram e desenvolvam competências nesta área, para que possam responder positivamente a estes desafios, valorizando a utilização de estudos desenvolvidos com rigor metodológico para o aprofundamento de novas competências de investigação na área de enfermagem, sendo este o contributo que se espera que este trabalho proporcione.

Importa fazer referência às limitações do presente estudo, sendo de salientar o facto de serem escassos os estudos que abordem a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na disfagia em doentes pós AVC, incidindo mais na intervenção de outros profissionais de saúde, como o fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Salienta-se também que não foi possível realizar-se metanálise dos artigos selecionados, uma vez que estão incluídos estudos de casos e a amostra é reduzida.

Com base na revisão da literatura e partindo-se da análise dos estudo incluídos na mesma, propõe-se um protocolo de intervenção para a melhoria contínua das intervenções de enfermagem a doentes pós AVC com diagnóstico de disfagia, tendo também como suporte as sugestões de Domingos e Veríssimo (2014). Sugere-se a participação de todos os elementos da equipa, ainda que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação assumam um papel mais preponderante, uma vez que são peritos na área.

Sendo esta uma das áreas prioritárias de intervenção da Enfermagem de Reabilitação e percebendo que a realidade dos serviços contactados passa apenas pela avaliação do grau/severidade da disfagia, considera-se, então, pertinente elaborar uma proposta de protocolo de intervenção do EEER na disfagia.

### **Protocolo de intervenção**

Avaliação: a avaliação objetiva obter o máximo de informações com base numa recolha de dados que permitam determinar as intervenções de enfermagem a implementar.

Anamnese e exame físico do doente: que deve contemplar a idade, a condição física, historial clínico (infecções respiratórias de repetição), o diagnóstico neurológico, o estado de consciência, as características da respiração, avaliação do reflexo da tosse, os hábitos alimentares, a qualidade da articulação do discurso e a presença de sialorreia/xerostomia.

Avaliação morfodinâmica ou estrutural: que deve compreender a avaliação da mobilidade e dos órgãos funcionais de deglutição, ou seja, o controlo cervical e do tronco, a habilidade para comer e beber, identificando-se a autonomia para alimentação segura, o estado de conservação dentária e próteses, a face (simetria), os lábios (simetria, encerramento), a língua (mobilidade e integridade), a qualidade vocal e a sensibilidade na região peri-bucal.

Teste de ingestão oral: a aplicação do teste da deglutição permite complementar as informações recolhidas, devendo idealmente ser realizado pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Técnica a utilizar (unicamente em doentes conscientes):

- (i) Avaliar se o doente tem a capacidade para se manter na posição de sentado segura;
- (ii) Oferecer-lhe 10 ml de água, três vezes consecutivas;
- (iii) Se o doente não revelar dificuldade, solicita-se-lhe que beba 30 ml, caso não revele sinais de disfagia, convidá-lo a beber o resto do copo;

- (iv) Perante alteração, repetir o teste alterando a consistência da água de forma progressiva por meio da adição de espessante alimentar (primeiro na consistência de néctar, consistência de mel e consistência de colher), até se poder chegar à conclusão de qual é a adequação à deglutição segura.

Depois de cada fase deve avaliar-se: a qualidade vocal, tosse ou engasgamento, pigarro, refluxo nasal e características da respiração; a oximetria periférica; a elevação laríngea - posicionando o examinador no seu segundo dedo na região submandibular, o terceiro dedo no osso hióide, percebendo-se o movimento laríngeo. Deve também fazer-se a auscultação cervical antes, durante e após a deglutição (cf. Figura 3).

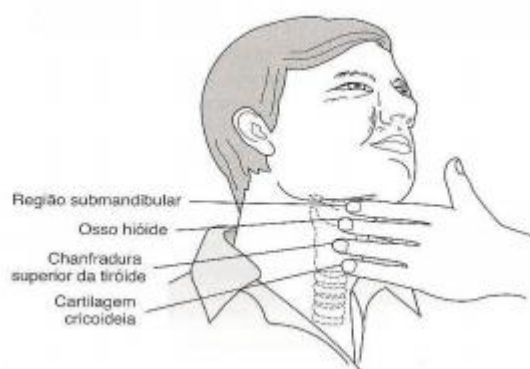


Figura 3 - Avaliação cervical  
Fonte: Adaptado de Domingos e Veríssimo (2014)

### Medidas de Enfermagem de Reabilitação na deglutição

#### ✓ Fortalecimento Muscular

(Se possível, posicionar e pessoa a executar os exercícios em frente a um espelho).

**Exercícios de fortalecimento dos lábios:** retrain, lateralizar, segurar espátula entre os lábios, soprar e assobiar.

**Exercícios de fortalecimento da língua:** lateralização da língua, elevação da língua contra o palato duro (estalar a língua), protruir a língua, retrain a língua, elevar e baixar a ponta da língua, “varrer” com a língua o palato antero-posteriormente, vibrar a língua, empurrar a espátula com a ponta da língua e empurrar as bochechas com a ponta da língua.

**Exercícios de fortalecimento para o palato mole:** emitir “aaaaa”, “ãããããã”, soprar e sugar.

**Exercícios de resistência muscular da região cervical:** devem ser executados com a pessoa em decúbito dorsal, mantendo o eixo corporal (só é possível em doentes colaborantes). Elevar a cabeça do leito e olhar para os pés, pretendendo-se a flexão cervical.

**Exercícios de control do bolo alimentar:** lateralizar a língua durante a mastigação, elevar a língua em direção ao palate duro, modelar a língua em volta do bolo (“cupping”), para segurar de forma coesa, movimentar antero-posteriormente e língua no início da fase oral.

✓ Posturas e técnicas de deglutição compensatórias

(i) Posturas compensatórias

- Flexão da cabeça (baixar a cabeça até que o pescoço fique flectido e o queixo fique a  $\frac{3}{4}$  da sua distância normal do tronco) – esta postura esconde a valécula; a epiglote encobre mais as vias aéreas, protegendo-as e diminuendo o risco de aspiração.
- Extensão da cabeça (elevar a cabeça para trás, lenta e suavemente) – permite deslocar os alimentos mais rapidamente ao longo da cavidade oral. Usar sempre que os movimentos da língua se encontrem reduzidos.
- Cabeça em flexão lateral para o lado afetado – aumenta a adução das cordas vocais; encerra a faringe do lado para o qual a cabeça está laterallizada, fazendo com que o bolo alimentar prossiga pelo lado oposto da faringe; reduz a tonicidade em repouso do músculo cricofaríngeo.

(ii) Técnicas de deglutição compensatórias

- “Double swallow” – consiste em deglutir duas vezes seguidas. Utilizada para pessoas com alterações no control do bolo alimentar.
- “Hard swallow” – consiste em deglutir com vigor. Indicada no caso de alterações na protecção da via aérea.
- “Lip Pursing” – a pessoa deve manter os lábios fechados com a ajuda da mão. Indicada nos casos de hypotonia labial e/ou alteração no control do bolo alimentar dentro da cavidade oral.

✓ Adequação da dieta

A consistência da dieta deve adequar-se às características da disfagia, nomeadamente às patologias associadas e fases da deglutição.

Na fase oral preparatória poderá estar indicado alimentos de consistência mais líquida que facilitem o processo de mastigação.

A partir da fase oral e, principalmente, na fase faríngea poderá estar já indicado alimentos de características mais sólidas, preferindo-se a consistência em puré e evitando-se alimentos com consistência granulosa (arroz ou carne picada), Sempre que necessário, utilizar espessante nos alimentos líquidos.

Na fase esofágica poderá ser novamente necessária uma dieta com uma consistência mais líquida, nomeadamente em casos de estenose esofágica.

Por fim, deve proceder-se à avaliação e reavaliação aquando da admissão do doente e sempre que ocorra alteração da sua situação clínica, a qual resulte em risco de disfagia. Devem fazer-se os registos de enfermagem no aplicativo informático existente no serviço.



## Referências bibliográficas

- Abdulmassih, E.M.S., Macedo, Filho, E.D., Santos, R.S., Jurkiewicz, A.L. (2009). Evolução de pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar. *Int Arch Otorhinolaryngol.*; 13(1), 55-62.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Apóstolo, J., Cardoso, D., & Rodrigues, M. A. (2016). It takes three to tango: embracing EBP. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(4), 1-2. doi: 10.11124/ JBISRIR-2016-288
- Aslam, M., Vaezi, M. (2013). Dysphagia in Elderly. *Gastroenterology & Hepatology*, 9 (12), 784-795.
- Baijens, L., Speyer, R., Pilz, W. & Roodenburg, N. (2014). FEES Protocol Derived Estimates of Sensitivity: Aspiration in Dysphagic Patients. *Dysphagia*, 29 (5), 583-590.
- Baroni, A.F.F.B., Fábio, S.R.C., & Dantas, R.O. (2012). Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients. *Arq Gastroenterol.*; 49(2), 118-24.
- Bettany-saltikov, J. (2012). *How to Do a Systematic Literature Review in Nursing: A Step-By-Step Guide*. Nova Iorque: Open University Press.
- Brown, A. & King, D. (2011). Urgências Neurológicas. In: Sheely. *Enfermagem de Urgência da teoria à prática* (pp. 497-507). Loures: Lusociência.
- Bülow, M., Speyer, R., Baijens, L., Woisard, V., & Ekberg, O. (2008). Neuromuscular electrical stimulation (NMES) in stroke patients with oral and pharyngeal dysfunction. *Dysphagia*; 23(3), 302-9. doi: 10.1007/s00455-007-9145-9. Epub 2008 Apr 25.
- 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>
- Cohen, D.L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C.A., Hamdy, S., Havard, D. et al.(2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *Int J Stroke*. Jun;11(4), 399-411. doi: 10.1177/1747493016639057. Epub 2016 Mar 22.

- Costa, F.A., Silva, D.L.A., & Rocha, V.M. (2011). Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, suppl., p. 1341-1348.
- Craig, J. & Smyth R. (2004). *Prática baseada na evidência - Manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Cunha, M.G.T. (2014). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10436/1/Marisa%20Cunha.pdf>
- Decreto-Lei nº 125/2011, 18 de Fevereiro de 2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)
- Domingos, A., & Veríssimo, D. (2014). *Cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida*. Acedido em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/CHMedioTejo\\_ProjetoDegluticao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf)
- Ebihara, S., Ebihara, T., Kanazaki, M., Gui, P., Yamasaki, M., Arai, H., & Kohzuki, M. (2011). Aging deteriorated perception of urge-to-cough without changing cough reflex threshold to citric acid in female never-smokers. *Cough*. 2011 Jun 28;7(1):3. doi: 10.1186/1745-9974-7-3.
- Falsetti, P., Acciai, C., Palilla, R., Bosi, M., Carpinteri, F., Zingarelli, A. et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2009;18(5):329:35.
- 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>
- Ferro, J. (2006). *Acidente vascular Cerebral*. Lisboa: Lidel.
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia. Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa. Lidel – edições técnicas, Lda.

- Frias, A., Biléu, C.E., Pires, M.T.C., & Marranita, S.J.M. (2015). Disfagia no doente após acidente Vascular Cerebral: Consequências e Intervenção do Enfermeiro. Disfagia no doente após acidente Vascular Cerebral: Consequências e Intervenção do Enfermeiro. Vol. 1, 3, *RIASE online*. Acedido em [http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/79/119](http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/79/119)
- Gallas, S., Marie, J.P., Leroi, A.M., & Verin, M E. (2010). Sensory transcutaneous electrical stimulation improves post-stroke dysphagic patients. *Send to Dysphagia.*; 25(4), 291-7. doi: 10.1007/s00455-009-9259-3. Epub 2009 Oct 24.
- Graça, S.S.V.D. (2015). *Mobilização precoce no doente pós AVC, uma revisão sistemática da literatura*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Bragança. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12045/1/Sandra%20Sofia%20Viana%20Oda%20Costa%20Gra%C3%A7a.pdf>
- He, J., Zhang, Y., Xu, T., Zhao, Q., Wang, D. et al. (2014). Effects of immediate blood pressure reduction on death and major disability in patients with acute ischemic stroke: the CATIS randomized clinical trial. *JAMA*; 5;311(5), 479-89. doi: 10.1001/jama.2013.282543.
- Higgins, J. P., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions, version 5.1.0 [updated March 2011]*. Acedido em: [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org).
- Huang, K.L., Liu, T.Y., Huang, Y.C., Leong, C.P., Lin, W.C., Pong, Y.P. (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. Epub 2014 Sep 20.
- Hughes, S.M. (2011). Management of dysphagia in stroke patients. *Journal Nursing Older People*. Vol. 23(3), 21-24.
- 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).
- Jacobi, J.S., Levy, D.S., & Silva, L.M.C. (2013). *Disfagia – Avaliação e Tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter.

- Jauch, E.C., Saver, J.L., Adams, H.P. Jr, Bruno, A., Connors, J.J., Demaerschalk, B.M., Khatri, P., McMullan, P.W. Jr, et al. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Send to Stroke*; 44(3), 870-947. doi: 10.1161/STR.0b013e318284056a. Epub 2013 Jan 31.
- Jayasekeran, V., Singh, S., Tyrrell, P., Michou, E., Jefferson, S., Mistry, S., Gamble, E., Rothwell, J., Thompson, D., & Hamdy, S. (2010). Adjunctive functional pharyngeal electrical stimulation reverses swallowing disability after brain lesions. *Gastroenterology*. ; 138(5), 1737-46. doi: 10.1053/j.gastro.2010.01.052. Epub 2010 Feb 2.
- Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition. Recuperado de: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
- Juan, J., Hind, J., Jones, C., McCulloch, T., Gangnon, R., & Robbins, J. (2013). Case Study: Application of Isometric Progressive Resistance Oropharyngeal Therapy Using the Madison Oral Strengthening Therapeutic Device. *Top Stroke Rehabil.*; 20(5), 1-27. doi:10.1310/tsr2005-450.
- Kim, Ji-H., Kim, Young-A, Lee, Hye-J., Kim, Keum-S., Kim, Seung-T., Kim, TAe-S., & Cho, Young-S. (2017). Effect of the combination of Mendelsohn maneuver and effortful swallowing on aspiration in patients with dysphagia after stroke. *J. Phys. Ther. Sci.* 29, 1967-1969
- Liu, H., Shi, Y., Shi, Y., Hu, & R., Jiang, H. (2016). Nursing management of post-stroke dysphagia in a tertiary hospital: a best practice implementation project. *JBIR Database System Ver Implement Rep.*; 14(7), 266-274. Doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002971.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau
- Massey, B. (2013) Manometry of the UES Including High- Resolution manometry. In Shaker, R., Easterling, C., Belafsky, P. & Postma, G. (Eds) *Manual of diagnostic and therapeutic techniques for disorders of deglutition*. (pp.129 – 149). Nova Iorque: Springer.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Editora Lusociência.

- 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>
- Nunes, H.J. (2016). *Funcionalidade e qualidade de vida em doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico: estudo da influência do período de tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva, e do encaminhamento pós-hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em [https://www.google.com/search?biw=1920&bih=920&ei=pFIPXN33H\\_GBjLsPn4iQkAI&q=Nunes%2C+2012+SEQUELAS+DO+avc&oq=Nunes%2C+2012+SEQUELAS+D+O+avc&gs\\_l=psy-ab.3...242860.247444..247798...0.0..0.176.2179.3j14.....0....2j1..gws-wiz.....0i71j0j0i22i30j33i22i29i30j33i160j33i21.sUB-qJTMMXU](https://www.google.com/search?biw=1920&bih=920&ei=pFIPXN33H_GBjLsPn4iQkAI&q=Nunes%2C+2012+SEQUELAS+DO+avc&oq=Nunes%2C+2012+SEQUELAS+D+O+avc&gs_l=psy-ab.3...242860.247444..247798...0.0..0.176.2179.3j14.....0....2j1..gws-wiz.....0i71j0j0i22i30j33i22i29i30j33i160j33i21.sUB-qJTMMXU)
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Reabilitação*. Lisboa. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>
- Paixão, C. T. Silva, L. D. & Camerini, F. G. (2010). Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Revista de Rede da Enfermagem do Noroeste*. 11 (1): s/ pág. Acedido em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/362>.
- Paixão, C. T. Silva, L. D. & Camerini, F. G. (2010). Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Revista de Rede da Enfermagem do Noroeste*. 11 (1): s/ pág. Acedido em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/362>.
- Park, J.W., Kim, Y., Oh, J.C., & Lee, H. J. (2012). Effortful swallowing training combined with electrical stimulation in post-stroke dysphagia: a randomized controlled study. *Dysphagia*; 27(4), 521-7. doi: 10.1007/s00455-012-9403-3. Epub 2012 Mar 24.
- 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

- Pearson, A., Jordan, Z., & Munn, Z. (2012). Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nursing Research and Practice*. doi: 10.1155/2012/792519.
- Pereira, A.L., & Bachion, M.M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS), 27(4), 491-8.
- Phipps, W.; Sands, J. K.; & Marek, J. F. (2011). *Enfermagem cirúrgica*. 7.<sup>a</sup> Ed. Loures: Lusociência.
- 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%20C%C3%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.
- Richman, S., & Cabrera, G. (2013). *Stroke Rehabilitation: Evaluation and Interventions for Neurogenic Dysphagia - Cinah Information Systems*. (2013) Acedido em <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=13&sid=5fe3b1cf-f857-4e3c-99cf-fa1e9ef771df%40sessionmgr111&hid=101>
- Rodrigues, M.S., Santana, L.F., & Galvão, I.M. (2017). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Rev Med (São Paulo)*. jul.-set.; 96(3),187-92.
- Rofes, L., Arreola, V., Mukherjee, R. & Clavé, P. (2014). Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility: the official Journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, 26 (9), 1256-1265.
- 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)

- Sá, M.J. (2009). AVC - A Primeira Causa de Morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 12-19.
- Sargeant, J.[et al.] (2006). The process of systematic review and its application in agrifood public health. *Preventive Veterinary Medicine*, 75, 141-151.
- Scheffer, M., Galli, F., Jaboinski, J., Bizarro, L. & Almeida, R.M.M. (2015). Acidente vascular cerebral frontal direito na fase crônica: auto e heteroavaliação da impulsividade e da disfunção executiva. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana* ISSN 2075-9479 Vol 7, 2, 1-14. Acedido em [http://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia\\_Latinoamericana/article/view/249/178](http://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/view/249/178)
- Shem, K.L., Castillo, K., Wong, S.L., Chang, J., Kao, M., & Kolakowsky-Hayner, S.A. (2012). Diagnostic accuracy of bedside swallow evaluation versus videofluoroscopy to assess dysphagia in individuals with tetraplegia. *PM R.*; 4(4), 283-9. PMID:22541374. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.01.002>
- Shirazi, S., Birjandi, A. & Moussavi, Z. (2014). Noninvasive and automatic diagnosis of patients at high risk of swallowing aspiration. *Medical & Biological Engineering & Computing*, 52 (5), 459-465.
- Silva, P.M. da (s.d.) *Evitar o acidente vascular cerebral: um desejo e uma responsabilidade partilhada*. Fundação Portuguesa de Cardiologia. Acedido em [http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/FPC\\_Brochura-n13-AVC\\_A5-3.pdf](http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/FPC_Brochura-n13-AVC_A5-3.pdf)
- 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>
- Sousa, L. & Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Castelão, F.C.P (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 46-55.
- Tan, C., Liu, Y., Li, W., Liu, J., & Chen, L. (2013). Transcutaneous neuromuscular electrical stimulation can improve swallowing function in patients with dysphagia caused by non-stroke diseases: a meta-analysis. *Send to J Oral Rehabil.*; 40(6), 472-80. doi: 10.1111/joor.12057. Epub 2013 Apr 23.

- Teismann, I.K, Suntrup, S., Warnecke, T., Steinsträter, W., Fischer, W., Flöel, A. et al. (2011). Cortical swallowing processing in early subacute stroke. *BMC Neurol.*; 11: 34. Published online 2011 Mar 11. doi: 10.1186/1471-2377-11-34
- Umay, E., Unlu, E., Saylam, G., Cakci, A. & Korkmaz, H. (2013). Evaluation of Dysphagia in Early Stroke Patients by Bedside, Endoscopic and Electrophysiological Methods. *Dysphagia*, 28 (3), 395-403.
- Verin, E., Maltete, D., Ouahchi, Y., Marie, J.P., Hannequin, D., Massardier, E.G., & Leroi, A.M. (2011). Submental sensitive transcutaneous electrical stimulation (SSTES) at home in neurogenic oropharyngeal dysphagia: a pilot study. *Ann Phys Rehabil Med.*; 54(6), 366-75. doi: 10.1016/j.rehab.2011.07.003. Epub 2011 Aug 17.
- Veríssimo, A.D.D. (2014). *Cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida. Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/CHMedioTejo\\_ProjetoDegluticao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf)
- Vossel, S., Weiss, P. H., Eschenbeck. P., & Fink, G. R. (2013). Anosognosia, neglect, extinction and lesion site predict impairment of daily living after right hemispheric stroke. *Cortex*, 49(7), 1782-1789. doi: 10.1016/j.cortex.2012.12.011.
- White, G., O'Rourke, F, Ong, B., Cordato, D., & Chan, D. (2008). Dysphagia: causes, assessment, treatment and management. *Geriatrics*, vol. 63, 5, 15-20.
- Wilson, J. (2011). Dysphagia after Nonsurgical Head and Neck Cancer Treatment: Patient's Perspectives. *American Academy of Otorrhology*, 145(5), 767-771.
- 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*. [S. l.]: The World Bank, 349 p.