

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA:  
UMA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**DEGLUCIÓN COMPROMETIDA:  
UN ABORDAJE DE ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN**

**COMPROMISED SWALLOWING:  
A REHABILITATION NURSING APPROACH**

Paulo César Lopes Silva – RN, MSc, Enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE./Pt

Eugénia Nunes Grilo – RN, PhD, Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco/Pt

---

<sup>1</sup>Este artigo foi extraído da dissertação de mestrado de Paulo César Lopes Silva, intitulada de “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em Doentes com Deglutição Comprometida: Resultados de um Programa de Intervenção”, apresentada em 16 de julho de 2018 à Universidade de Évora, Évora, Portugal.

## RESUMO

---

O processo de deglutição normal nos indivíduos é complexo, relacionado com a diversidade de estruturas e órgãos que nele intervêm. Pela sua complexidade, também o compromisso da deglutição requer uma abordagem sistemática, multidisciplinar e detalhada. Partindo da identificação de tal compromisso em doentes com problemas neurológicos, aplicou-se um programa de enfermagem de reabilitação.

**Objetivos:** Identificar as alterações da deglutição nos doentes internados com problemas neurológicos num serviço do departamento de medicina de um Centro Hospitalar com escalas próprias de acordo com o estado da arte; Instituir um programa de optimização da deglutição nesses doentes.

**Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa com recurso à metodologia de estudos de caso.

**Resultados:** Os doentes que integraram o programa não desenvolveram complicações e inclusive reverteram o compromisso na deglutição, concorrendo para aumentar a sua autonomia e independência.

**Conclusões:** Um adequado planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação demonstra-se eficaz para reverter o compromisso na deglutição dos doentes e concorrem para incrementar a autonomia dos mesmos.

**Descritores:** Deglutição; transtornos de deglutição; enfermagem; enfermagem em reabilitação.

## ABSTRACT

---

The normal swallowing process in individuals is complex, related to the diversity of structures and organs involved in it. Because of its complexity, the commitment to swallowing requires a systematic, multidisciplinary and detailed approach. Based on the identification of such commitment in patients with neurological problems, a rehabilitation nursing program was designed, applied and evaluated.

**Objectives:** Identify the changes in swallowing in hospitalized patients with neurological problems in a department of medicine of a Hospital Center with own scales according to the state of the art; Establish a swallow optimization program for these patients.

**Methodology:** Descriptive study of a qualitative approach using the methodology of case studies.

**Results:** Patients enrolled in the program did not develop complications and even reversed their commitment to swallowing, thereby increasing their autonomy and independence.

**Conclusion:** An adequate planning of rehabilitation nursing care is effective in reversing commitment in swallowing patients and increasing their autonomy.

**Keywords:** Deglutition; deglutition disorders; nursing; rehabilitation nursing.

## RESUMEN

---

El proceso de deglución normal en los individuos es complejo, relacionado con la diversidad de estructuras y órganos que intervienen en él. Por su complejidad, también el compromiso de la deglución requiere un enfoque sistemático, multidisciplinario y detallado. A partir de la identificación de tal compromiso en pacientes con problemas neurológicos, se aplicó un programa de enfermería de rehabilitación.

**Objetivos:** Identificar cambios en la deglución en los pacientes ingresados en un departamento de atención médica de un Centro Hospitalario con escalas propias de acuerdo con el estado del arte; Instituir un programa de optimización de la deglución a estos pacientes.

**Metodología:** Estudio descriptivo de abordaje cualitativo con recurso a la metodología de estudios de caso.

**Resultados:** Los pacientes que integraron el programa no desarrollaron complicaciones y, incluso, revertieron el compromiso en la deglución, compitiendo para aumentar su autonomía e independencia.

**Conclusiones:** Una adecuada planificación de los cuidados de enfermería de rehabilitación se demuestra eficaz para revertir el compromiso en la deglución de los pacientes y concurren para incrementar la autonomía de los mismos.

**Descriptor:** Deglución; trastornos de deglución; enfermería; enfermería en rehabilitación.

## INTRODUÇÃO

---

O compromisso na deglutição limita a capacidade do doente para atingir os seus objetivos nutricionais e limita também a sua independência na medida em que as pessoas com este tipo de compromisso dependem frequentemente de familiares para o suprimento dos autocuidados relacionados com a satisfação desta necessidade fisiológica, estado este que pode ter consequências devastadoras, podendo conduzir a elevados índices de depressão e isolamento social<sup>(1)</sup>. A deglutição comprometida para além de afetar a qualidade de vida e o estado nutricional dos doentes<sup>(1,2)</sup>, também pode conduzir a graves complicações como a desidratação, a desnutrição, a pneumonia, a asfixia e até a morte<sup>(2)</sup>.

No processo de reabilitação dos doentes, quando apresentam compromisso na deglutição, é fundamental que a equipa multidisciplinar se encontre consciente das consequências deste compromisso e saiba identificar os seus sinais clínicos<sup>(2)</sup>. A avaliação precoce da função de deglutir alterada é tão ou mais importante quanto a avaliação do estado de consciência do doente, pelo que as equipas de enfermagem devem estar preparadas para a rápida identificação destes doentes, de modo a facilitar o diagnóstico e o tratamento da disfunção<sup>(3)</sup>. A intervenção dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, é fundamental nos doentes com deglutição comprometida, acompanhando-os no processo de reabilitação desde o seu início e em permanência constante.

A perceção que os doentes têm deste compromisso é fundamental no diagnóstico de enfermagem e o *Eat Assessment Tool* (EAT-10) é um instrumento aplicável a todos os doentes com compromisso da deglutição, independentemente do seu diagnóstico. Trata-se de um questionário do tipo *Likert* onde o doente refere a intensidade do compromisso percebido, atribuindo uma pontuação a cada uma das suas dez afirmações, a partir das quais se obtém um *score* que pode variar entre 0 para nenhum problema e 4 que corresponde a problema grave<sup>(4,5)</sup>.

Cerca de 48% dos doentes com aspirações detetadas por videofluoroscopia não apresentaram tosse após aspiração, comprovando uma elevada incidência de aspirações silenciosas, problemática que justifica uma especial atenção<sup>(6)</sup>. O *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST) é um método de exploração clínico que adiciona a oximetria de pulso para ajudar a identificar esses doentes e possibilita a identificação de sinais clínicos de alteração na eficácia e segurança da deglutição em três tipos de consistências: néctar, líquido e pudim<sup>(6)</sup>. As alterações na eficácia compreendem: o encerramento labial ineficaz, a presença de resíduos orais ou faríngeos e as múltiplas deglutições por bolo alimentar administrado. Os sinais de compromisso da segurança compreendem: a alteração na qualidade da voz, a tosse ou a diminuição da oximetria de pulso superior ou igual a 3%<sup>(6)</sup>.

Um dado igualmente importante no correto diagnóstico é a categorização do grau de severidade das limitações funcionais na alimentação por via oral. Assim, a *Functional Oral Intake Scale* (FOIS), com os seus 7 itens, é outro instrumento que contribui para esse diagnóstico. Um doente posicionado no nível 7 não apresenta qualquer tipo de limitação, por sua vez, um doente posicionado no nível 1 não ingere qualquer alimento por via oral<sup>(5)</sup>. Os doentes posicionados nos níveis 1 a 3, neste instrumento, são aqueles que necessitam de sonda nasogástrica para a manutenção de um aporte alimentar e hídrico consistente. Por sua vez, os doentes posicionados nos níveis 4 a 7 são aqueles que apresentam capacidade de ingestão total por via oral<sup>(5)</sup>.

Tal como a EAT-10, a FOIS é uma escala transversal a todos os doentes com deglutição comprometida, não sendo necessário o recurso a métodos invasivos (videofluroscopia ou endoscopia) para tornar evidente o compromisso na deglutição. Apresentam-se como dois instrumentos de fácil aplicação, sendo uma mais-valia para a avaliação dos doentes com este compromisso e sua respetiva reabilitação<sup>(5)</sup>.

Identificado o compromisso da deglutição, impõe-se o planeamento dos cuidados de enfermagem, visando a reeducação da deglutição que, pela sua complexidade, requer competências na área<sup>(7)</sup>. A reabilitação da deglutição comprometida envolve o treino de habilidades e treino da força muscular, sendo estes desenvolvidos para assegurar uma ingestão oral segura e alterar definitivamente a disfunção na deglutição<sup>(8)</sup>. Também é fundamental a prestação de outros cuidados de enfermagem de reabilitação, dos quais se destacam as técnicas de melhoria da ventilação, do padrão respiratório e da mecânica ventilatória, procurando assegurar a permeabilidade das vias aéreas e promover o fortalecimento da musculatura respiratória<sup>(7)</sup>.

A prevenção das consequências da imobilidade também requer um planeamento adequado dos cuidados de enfermagem. Estes devem incluir intervenções no âmbito da manutenção da mobilidade, centrando-se sempre na lógica do autocuidado<sup>(9)</sup>. Os doentes com deglutição comprometida apresentam, frequentemente, alterações da mobilidade, as quais não podem ser descuradas no planeamento e implementação de programas de enfermagem de reabilitação. Tais programas apresentam, como objetivo central, a promoção do autocontrolo e autocuidado destes doentes.

A reabilitação é um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo que ambiciona a recuperação funcional da pessoa, a reintegração na família, comunidade e sociedade<sup>(10)</sup>. É necessária uma abordagem holística do doente com deglutição comprometida centrando-se nestes objetivos.

Em doentes com compromisso na deglutição, os enfermeiros podem ajudar a reduzir os episódios de aspiração ao reforçarem as técnicas compensatórias da deglutição, tornando o processo mais seguro<sup>(11)</sup>. A utilização de técnicas compensatórias da deglutição nos doentes com problemas desta natureza permite melhorar os autocuidados alimentar-se e beber na medida em que permite a manutenção de uma nutrição e hidratação adequadas. Com o foco central de promover a eficácia/segurança da deglutição nos doentes como este compromisso, desenhou-se um programa que também procurou demonstrar os benefícios das intervenções de enfermagem de reabilitação nestes doentes.

O estudo centrou-se na implementação de um programa de intervenção composto por um conjunto de intervenções ou cuidados de enfermagem de reabilitação em doentes com deglutição comprometida. Com recurso a um conjunto de estratégias fundamentadas no processo de enfermagem foi possível a avaliação dos resultados desse mesmo programa.

## MÉTODOS

---

O presente estudo foi realizado em contexto académico e seguiu as orientações de Gangeness & Yurkovich (2006), os quais salientam que os estudos de caso permitem uma abordagem de carácter holístico que se adapta na perfeição ao metaparadigma de enfermagem<sup>(12)</sup>. Descreve múltiplos casos de doentes com deglutição comprometida e apresenta carácter longitudinal, apresentando medidas comparativas iniciais e finais.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento informado para participar no estudo e o mesmo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde e autorizado pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar.

Como o programa de intervenção contempla o uso de instrumentos específicos para a avaliação do compromisso na deglutição, que foram adaptados para o português europeu por investigadores nacionais, emitiram-se pedidos de autorização a esses mesmos investigadores.

A população-alvo foi constituída por indivíduos adultos e idosos, internados num serviço do departamento de medicina de um Centro Hospitalar da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Os doentes que integraram os casos foram selecionados entre 1 de novembro de 2017 e 6 de janeiro de 2018 e os critérios de inclusão dos participantes foram: pontuação na Escala de Comas de Glasgow superior ou igual a 11 pontos, de forma a incluir no estudo os doentes com défice de expressão (pontuação máxima nos itens “abertura ocular” e “melhor resposta motora”); pontuação no EAT-10 superior ou igual a 3 pontos (sugerindo a auto-perceção de compromisso na deglutição<sup>(4)</sup>), FOIS superior a nível 1 e inferior a nível 7 (permitindo a inclusão de doentes com via oral, mas com compromisso na ingestão de determinadas consistências<sup>(5)</sup>).

Todos os doentes que integraram o programa de intervenção foram designados por uma letra, salvaguardando a confidencialidade dos dados e o anonimato dos doentes.

Foi realizada uma análise estatística de todos os questionários EAT-10 aplicados ao longo do programa de intervenção, recorrendo ao programa informático IBM-SPSS versão 22.0, facilitando uma posterior análise descritiva dos resultados.

## PROCEDIMENTOS

---

### *Avaliação Inicial e Avaliações Intermédias*

Nos doentes com este tipo de compromisso é defendido um intervalo de 48 em 48 horas para a avaliação o EAT-10<sup>(4)</sup>. No caso do V-VST, na bibliografia consultada, não se encontrou informação disponível sobre a periodicidade de aplicação do instrumento. Quanto à FOIS defende-se a sua aplicação nas 24 horas após a admissão e 3 a 10 dias após uma avaliação inicial<sup>(5)</sup>. Assim, procurou-se que todos os doentes incluídos no programa de intervenção fossem sujeitos a uma avaliação no início do mesmo e a avaliações intermédias num intervalo de três sessões até ao dia da alta, transferência de serviço ou total recuperação funcional, evitando exceder o tempo preconizado para a aplicação da escala de FOIS.

Em cada uma das avaliações intermédias, para além de aplicados os instrumentos de avaliação acima mencionados, foi avaliada a capacidade do doente para executar exercícios e técnicas de deglutição, o conhecimento do doente sobre exercícios e técnicas de deglutição e o conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição<sup>(13)</sup>.

No decorrer do programa de intervenção, foi possível a colheita de outros dados que permitiram interpretar a condição ventilatória e o estado nutricional dos doentes. No que respeita à condição ventilatória, foi monitorizada e registada diariamente a saturação de oxigénio, obtida através da oximetria periférica por oxímetro. No âmbito da avaliação do estado nutricional foi monitorizado o Índice de Massa Corporal (IMC) dos doentes a cada seis sessões.

### *Estratégias*

Uma vez identificado o compromisso da deglutição nos doentes com o score de EAT-10 inicial e o nível de FOIS inicial obtido na avaliação subjetiva do doente, procedeu-se à avaliação objetiva de cada doente com a aplicação do V-VST no sentido de determinar a consistência dos alimentos e o volume que permitiam uma deglutição segura. Tais dados possibilitaram confirmar ou corroborar o nível de FOIS obtido na avaliação subjetiva do doente e fundamentar a dieta recomendada e supervisão necessária. Os sinais de compromisso na deglutição detetados na realização do V-VST foram registados num instrumento de registo desenvolvido para o efeito.

Durante a realização do V-VST foram observadas manifestações clínicas do compromisso na deglutição nas diversas fases da deglutição, tal como relatadas na bibliografia consultada<sup>(11,14)</sup>. Estas manifestações foram anotadas num instrumento de registo desenvolvido para este efeito, o qual possibilitou a identificação da fase da deglutição com maior compromisso.

## DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA...

Tendo em conta a fase da deglutição com maior número de disfunções foi selecionado um programa de reabilitação composto por: exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, treino de posturas compensatórias e treino de manobras de deglutição compensatórias direcionadas para as disfunções detetadas, tal como sugerido por diversos autores<sup>(11,15,16,17,18)</sup>. Foram definidos três programas de reabilitação a serem aplicados ao longo do programa de intervenção, direcionados para a fase da deglutição com maior número de distúrbios (Quadro 1).



Quadro 1 - Programa de exercícios terapêuticos, posturas e técnicas compensatórias da deglutição<sup>(11, 15, 16, 17, 18)</sup>.

| Fase da deglutição com maior número de distúrbios | Programa  | Exercícios   | Duração    |
|---|---|--|------------|
| Fase preparatória (Programa 1)                    | Exercícios de Fortalecimento Muscular               | Lábios;<br>Língua;<br>Bochechas;<br>Língua e Bochechas;<br>Maxilar Inferior.   | 15 minutos |
|   | Posturas compensatórias                             | Posição Reclinada;<br>Extensão cervical;<br>Rotação cervical para o lado menos funcional;<br>Rotação cervical para o lado menos funcional e extensão cervical;<br>Decúbito lateral com cabeça apoiada. | 10 minutos |
|   | Técnicas compensatórias/facilitadoras da deglutição | Controlo do bolo alimentar;<br>Deglutição múltipla;<br>Deglutição de esforço.  | 5 minutos  |
| Fase Oral (Programa 2)                            | Exercícios de Fortalecimento Muscular               | Língua;<br>Bochechas;<br>Língua e Bochechas;<br>Maxilar inferior.  | 10 minutos |
|   | Posturas compensatórias                             | Posição Reclinada;<br>Rotação cervical para o lado menos funcional;<br>Flexão Cervical;<br>Rotação cervical para o lado menos funcional e flexão cervical;<br>Decúbito lateral com a cabeça apoiada.   | 10 minutos |
|   | Técnicas compensatórias/facilitadoras da deglutição | Estimulação Térmica;<br>Controlo do bolo alimentar;<br>Deglutição Múltipla;<br>Deglutição de esforço;<br>Deglutição supraglótica.  | 10 minutos |
| Fase faríngea (Programa 3)                        | Exercícios de Fortalecimento Muscular               | Língua e bochechas;<br>Maxilar inferior;<br>Larínge.   | 5 minutos  |
|   | Posturas compensatórias                             | Posição Reclinada;<br>Flexão Cervical;<br>Inclinação Cervical.   | 5 minutos  |
|   | Técnicas compensatórias/facilitadoras da deglutição | Estimulação térmica;<br>Deglutição de esforço;<br>Deglutição supraglótica;<br>Deglutição super-supraglótica;<br>Manobra de Mendelsohn;<br>Masako;<br>Exercício de Shaker.                              | 20 minutos |

Cada programa de reabilitação teve uma duração média de 30 minutos<sup>(15)</sup>. A par destes programas de reabilitação, foram implementados planos de cuidados de enfermagem de reabilitação construídos com recurso a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)<sup>(19)</sup> e vigorando diagnósticos de enfermagem como: Deglutir comprometido; Autocuidado: Beber comprometido; Alimentar-se dependente; Limpeza das vias aéreas comprometida; Risco de aspiração; Risco de desidratação; Risco de compromisso na ingestão nutricional; Défice sensorial presente; Equilíbrio corporal comprometido; Movimento muscular diminuído<sup>(13,19)</sup>. As intervenções foram asseguradas em todas as sessões e visaram a recuperação da função da deglutição documentada pela evolução na escala de FOIS e objetivaram a reabilitação dos doentes no seu todo.

## RESULTADOS

---

Foram avaliados 77 doentes no período em questão mas apenas 7 cumpriram os critérios de inclusão na avaliação inicial. A esses doentes foi atribuída uma letra (A, B, C, D, E, F e G).

Quanto às características sociodemográficas, seis doentes eram do sexo masculino e uma doente do sexo feminino. Três doentes encontravam-se na faixa etária dos 50 anos de idade, três na faixa etária dos 70 anos de idade e uma doente na faixa etária dos 90 anos de idade. Quatro doentes eram casados, dois solteiros e um viúvo.

No universo dos 7 doentes que iniciaram o programa de intervenção, 2 doentes foram excluídos no decurso do mesmo pois, nas avaliações intermédias, não cumpriam os critérios de inclusão. O doente sinalizado pela letra F abandonou o programa de intervenção no início da terceira sessão e o doente sinalizado com a letra E no início da oitava sessão. O abandono destes doentes prendeu-se com a depressão no estado de consciência, traduzindo-se por *scores* na Escala de Comas de Glasgow inferiores a 11 pontos, facto que poderia comprometer a segurança das intervenções implementadas. Assim, integraram e concluíram o programa de intervenção, 5 doentes, traduzindo-se em 5 casos.

Todos os 5 doentes do presente estudo apresentavam compromisso na deglutição de etiologia neurológica, visto apresentavam como diagnóstico principal o Acidente Vascular Cerebral.

Na fase inicial 2 doentes (B e D) possuíam via alternativa de alimentação (sonda nasogástrica). Nem todos os doentes cumpriram o mesmo número de sessões e avaliações no decorrer do programa de intervenção. O doente A cumpriu um total de 10 sessões, tendo

sido realizado 4 avaliações, respeitando o intervalo de 3 sessões, e manteve-se no programa até à recuperação funcional da deglutição. Por sua vez, o doente B cumpriu 10 sessões, tendo sido realizado um total de 4 avaliações, respeitando o intervalo de 3 sessões e manteve-se no programa até à alta hospitalar. No que respeita ao doente C, este cumpriu 7 sessões, tendo sido realizado um total de 3 avaliações, respeitando o intervalo de 3 sessões e manteve-se no programa até à alta hospitalar. O doente D cumpriu 13 sessões, tendo sido realizado um total de 5 avaliações, respeitando o intervalo de 3 sessões, e manteve-se no programa até à recuperação funcional da deglutição. Por último, o doente G cumpriu 7 sessões, tendo sido realizado um total de 3 avaliações, respeitando o intervalo de 3 sessões, e manteve-se no programa até ao termo do período de seleção.

Três doentes (A, B e D) apresentaram scores de EAT-10 inferiores ou igual a 3 na avaliação final (tabela 1). Tais valores sugerem remissão total dos sintomas de compromisso na deglutição<sup>(4,5)</sup>.

**Tabela 1 – Síntese Score EAT-10.**

| Doente | Score EAT-10 inicial | Score EAT-10 final |
|--------|----------------------|--------------------|
| A      | 13                   | 2                  |
| B      | 28                   | 3                  |
| C      | 18                   | 8                  |
| D      | 13                   | 2                  |
| G      | 25                   | 10                 |

Ao longo do programa de intervenção foi avaliada a perceção da deglutição dos doentes através da aplicação da ferramenta EAT-10, num total de 19 avaliações. Os problemas percebidos com maior frequência pelos doentes residiam em “engolir líquidos exige um esforço maior” e “eu tusso quando como” com médias de 2,16 e 1,95 pontos (para valores mínimos de 0 e máximos de 4 pontos), sugerindo serem estas as perceções que mais inquietam os doentes com deglutição comprometida.

Relativamente à exploração clínica da deglutição, através do método V-VST, dos 5 doentes, apenas dois (A e D) finalizaram o programa de intervenção sem sinais de compromisso na segurança ou eficácia da deglutição. Verificou-se que o doente G foi o único que concluiu o programa de intervenção ainda com saturação de oxigénio abaixo do considerado normal durante a implementação de tal método (tabela 2).

Tabela 2 – Síntese dos Resultados do V-VST/MECV-V.

| Doente | Avaliação | Sinais de compromisso na segurança |                   |                   | Sinais de compromisso na eficácia |                |                       |                    |
|--------|-----------|------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------|--------------------|
|        |           | Tosse                              | ↓SpO <sub>2</sub> | Alterações Vocais | Encerramento Labial               | Resíduos Oraís | Deglutições Múltiplas | Resíduos Faríngeos |
| A      | Inicial   | X                                  | 4%                |                   | X                                 | X              | X                     | X                  |
|        | Final     |                                    |                   |                   |                                   |                |                       |                    |
| B      | Inicial   | X                                  | 6%                | X                 |                                   |                |                       |                    |
|        | Final     | X                                  |                   |                   |                                   |                | X                     |                    |
| C      | Inicial   | X                                  | 4%                | X                 | X                                 |                | X                     | X                  |
|        | Final     | X                                  |                   |                   |                                   |                |                       | X                  |
| D      | Inicial   | X                                  |                   |                   | X                                 | X              | X                     |                    |
|        | Final     |                                    |                   |                   |                                   |                |                       |                    |
| G      | Inicial   |                                    | 4%                |                   |                                   |                | X                     | X                  |
|        | Final     | X                                  | 4%                |                   | X                                 | X              | X                     | X                  |

De salientar que todos os doentes concluíram o programa de intervenção a tolerar *bólus* de líquido.

Observou-se que os doentes apresentaram maior número de disfunções na fase faríngea, sendo o programa 3 escolhido com maior frequência.

Salientamos a elevada adesão dos doentes e prestadores de cuidados aos exercícios e técnicas de deglutição propostos. Os doentes demonstraram uma capacidade acrescida nos exercícios e técnicas que realizaram com maior frequência ao longo do programa de intervenção, sendo observada maior dificuldade na realização da técnica de estimulação térmica (técnica que frequentemente teve de ser administrada pelo enfermeiro) e na manobra de *Masako* (por ser uma técnica de difícil execução).

Quanto ao conhecimento dos doentes sobre os exercícios e técnicas de deglutição, observou-se maior dificuldade em apreender técnicas como a Deglutição Supraglótica, a Deglutição Super-supraglótica e a Manobra de *Mendelsohn*.

Os prestadores de cuidados nem sempre estiveram presentes em todas as sessões mas apreenderam corretamente as atividades e técnicas ensinadas, demonstrando conhecimento consistente nas técnicas que foram comuns ao longo do programa de intervenção, tais como a posição reclinada, a rotação cervical e a deglutição de esforço. Ao longo do programa de intervenção, tanto os doentes como os prestadores de cuidados adquiriram, de forma gradual, conhecimentos sobre consistência adaptada.

Apenas um doente (doente G) não apresentou progressão da autonomia no diagnóstico deglutir comprometido. No âmbito dos diagnósticos autocuidado beber comprometido, alimentar-se comprometido e limpeza das vias aéreas comprometida, todos os doentes apresentaram evolução positiva no grau de autonomia. Quanto ao diagnóstico risco de desidratação presente, apenas um doente (doente A) terminou o programa de intervenção não evidenciando este risco.

Embora 4 dos 5 doentes estudados tenham mantido presente o risco de aspiração, o que se prendeu com a sua situação neurológica, após conclusão do programa de intervenção, os valores basais de oximetria periférica manifestam uma tendência ascendente (tabela 3).

**Tabela 3 – Valores basais de oximetria (%).**

| Sessão | Doente A | Doente B | Doente C | Doente D | Doente G |
|--------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1      | 93       | 98       | 93       | 97       | 94       |
| 2      | 94       | 98       | 95       | 96       | 95       |
| 3      | 96       | 94       | 94       | 91       | 97       |
| 4      | 96       | 95       | 94       | 97       | 98       |
| 5      | 97       | 94       | 96       | 98       | 97       |
| 6      | 97       | 96       | 95       | 96       | 98       |
| 7      | 98       | 97       | 95       | 97       | 98       |
| 8      | 98       | 97       |          | 98       |          |
| 9      | 98       | 97       |          | 97       |          |
| 10     | 98       | 97       |          | 97       |          |
| 11     |          |          |          | 96       |          |
| 12     |          |          |          | 97       |          |
| 13     |          |          |          | 97       |          |

Nestes doentes o risco de compromisso na ingestão nutricional é uma constante. Contudo, ao longo do programa de intervenção, não foram observadas grandes oscilações nos valores do IMC. A maior oscilação foi verificada no doente D com 0,5 kg/m<sup>2</sup>.

Na análise dos dados obtidos observámos que todos os doentes estudados apresentaram melhoria funcional da deglutição, comprovado pela progressão no nível de FOIS. Salienta-se que dois doentes (A e D) reverteram por completo o compromisso na deglutição, atingindo o nível 7 na escala de FOIS (tabela 4).

Tabela 4 – Síntese da categorização na escala de FOIS.

| Doente | FOIS inicial | FOIS final |
|--------|--------------|------------|
| A      | 4            | 7          |
| B      | 2            | 6          |
| C      | 4            | 6          |
| D      | 3            | 7          |
| G      | 4            | 6          |

## DISCUSSÃO

Os resultados do programa de intervenção demonstram que os cuidados diferenciados em enfermagem de reabilitação podem desempenhar um papel fundamental na intervenção precoce junto dos doentes com deglutição comprometida, pois os enfermeiros são os profissionais que permanecem mais tempo junto dos doentes, sendo responsáveis por assegurar a sua autonomia e segurança<sup>(3)</sup>. Reforçando tal ideia, preconiza-se que, para uma abordagem eficaz dos doentes com compromisso na deglutição, se considere a necessidade de encarar esta realidade como uma prioridade de atuação multidisciplinar<sup>(20)</sup>.

São necessárias pesquisas para estabelecer a eficácia da reabilitação em doentes com distúrbios específicos da deglutição, definindo o tratamento adequado para rentabilizar os custos e produzir resultados positivos nos doentes<sup>(8)</sup>. Concorrendo para tal objetivo, os casos apresentados contemplaram a avaliação do compromisso da deglutição, através de

instrumentos de avaliação apropriados, e a implementação de um programa de optimização da deglutição em função das alterações detetadas. Estas intervenções visaram recuperar a função perdida.

No processo de seleção do programa de reabilitação da deglutição mais apropriado, a utilização das ferramentas EAT-10 e V-VST foi fundamental para caracterizar, de forma adequada o compromisso observado<sup>(4,6)</sup>.

O compromisso da deglutição pode causar distúrbios sociais e psicológicos, conduzindo a sentimentos de depressão e ansiedade durante as refeições<sup>(4)</sup>. A aplicação da ferramenta EAT-10 permitiu quantificar o grau de severidade dos sintomas do compromisso na deglutição dos doentes, monitorizar a eficácia do programa de reabilitação<sup>(4,5)</sup> e detetar os problemas percecionados com maior frequência e que mais inquietam os doentes com a deglutição comprometida. Verificou-se que todos os doentes apresentaram uma redução significativa dos sintomas.

A conjugação do EAT-10 com o V-VST apresenta grande precisão na deteção do compromisso na deglutição<sup>(6)</sup>. Os resultados apresentados com a aplicação destes instrumentos salientam a importância da realização de um rastreio clínico por alguém treinado, podendo ser um enfermeiro, integrando a avaliação da eficácia e segurança da deglutição, determinando a presença, gravidade e mecanismo do compromisso na deglutição<sup>(20)</sup>. O V-VST permitiu despistar alterações na segurança e eficácia da deglutição e verificou-se que todos os doentes, no final do programa, já toleravam *bólus* de líquido. Tal facto sugere a eficácia das intervenções planeadas.

Tendo em conta as manifestações clínicas observadas foi fundamental o ajuste dos exercícios de fortalecimento muscular, posturas compensatórias e técnicas facilitadoras da deglutição<sup>(15)</sup>. Esse ajuste permitiu individualizar o programa de reabilitação para cada doente.

A reeducação funcional da deglutição do doente com AVC deve incluir medidas terapêuticas dirigidas ao aumento da sensibilidade oral, exercícios motores orais e manobras compensatórias de forma a prevenir a aspiração<sup>(21)</sup>. Estes aspetos foram sempre incluídos nos três programas de reabilitação propostos. Tratando-se de doentes com AVC, as intervenções de enfermagem implementadas no âmbito da Reeducação Funcional Motora foram fundamentais para a remissão dos défices motores e sensoriais observados. Foi observada uma evolução positiva, principalmente nos doentes hemiplégicos, contribuindo de forma afincada para a concretização do autocuidado.

Os doentes demonstraram, de uma forma geral, deter conhecimento e capacidade para executar exercícios e técnicas de deglutição, sendo o reforço positivo fundamental e necessário para a sua concretização. A participação do cuidador informal no processo de reabilitação do doente demonstrou-se fundamental, reforçando a importância do seu papel na continuidade dos cuidados<sup>(11)</sup>. A dificuldade dos doentes em realizar determinadas técnicas, principalmente no que concerne às técnicas facilitadoras da deglutição, prendeu-se pela presença de défices motores e sensoriais que impossibilitaram a sua autonomia na realização das mesmas.

Estas conclusões sugerem que o programa de intervenção poderia ter um tempo de duração superior, visto que estes exercícios terapêuticos demoram cerca de 1 a 6 semanas a produzirem benefícios<sup>(22)</sup>. Contudo, o número de sessões e os dias de programa estiveram dentro do apontado por um estudo da mesma natureza<sup>(15)</sup>.

Através da revisão da literatura efetuada e da informação obtida pensa-se poder afirmar que os cuidados de enfermagem de reabilitação são fundamentais nos doentes com deglutição comprometida, reconhecendo alguma urgência numa atenção sistematizada e especializada neste âmbito, visando promover os processos de readaptação e promover a capacidade para o autocuidado<sup>(23)</sup>. Salienta-se a importância do planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação baseados em diagnósticos de enfermagem em conformidade com a disfunção observada. Os resultados apresentados comprovam que todos os doentes apresentaram uma melhoria no compromisso da deglutição, melhoria da condição ventilatória e do autocuidado.

A aposta na cinesiterapia respiratória foi fundamental, prevenindo a pneumonia por aspiração e otimizando a condição ventilatória do doente<sup>(16,24)</sup>.

De uma forma global, as intervenções implementadas concorreram para a reeducação da deglutição comprometida, sendo comprovada a melhoria funcional em todos os doentes que concluíram o programa. Tal facto foi atestado pela progressão na escala FOIS. Importa salientar que a recuperação funcional da deglutição demonstrou-se diretamente proporcional ao compromisso do doente nos autocuidados.

O estudo destes casos permitiu ajuizar sobre a importância da avaliação sistemática da deglutição e o acompanhamento do risco nutricional dos doentes com AVC que exigem um esforço contínuo<sup>(25)</sup>.



## CONCLUSÕES

---

Os resultados alcançados com o programa de intervenção permitiram destacar a eficácia das intervenções de enfermagem de reabilitação delineadas para incrementar a segurança e a funcionalidade dos doentes com compromisso na deglutição, na expectativa de que o mesmo possa ser integrado nos cuidados a esses doentes.

No decorrer das avaliações intermédias, foi fundamental detectar a capacidade discriminativa do doente para alimentar-se e hidratar-se de forma segura e eficaz, tal foi possível através da monitorização da consciência através da Escala de Comas de Glasgow. Para proceder à avaliação do risco de compromisso na deglutição salienta-se o recurso a um instrumento que permitisse identificar os doentes com percepção de tal compromisso, o que foi possível com a aplicação da ferramenta EAT-10. Os achados clínicos identificados com a aplicação do método de exploração clínico (V-VST) foram fundamentais para a seleção do programa de reabilitação adequado.

No âmbito dos autocuidados, todos os doentes apresentaram evolução positiva no grau de autonomia. Apenas um doente terminou o programa não evidenciando risco de aspiração, contudo os valores basais de saturação de oxigénio manifestam uma tendência ascendente, demonstrando a eficácia das intervenções de Reeducação Funcional Respiratória nestes doentes. Ao longo do programa foi evidente o risco de compromisso na ingestão nutricional, mas não foram observadas grandes oscilações nos valores de IMC que comprovassem tal compromisso. Estes dados permitem concluir que as intervenções de enfermagem demonstraram ter sido eficazes para reverter o compromisso na deglutição dos doentes e concorreram para melhorar a sua autonomia.

Dos resultados da implementação deste programa de intervenção, sobressaem algumas limitações. Seria importante, numa futura pesquisa, alargar o tempo disponível para a implementação do programa, permitindo uma amostragem mais significativa e expressiva.

Não existem muitos estudos publicados por enfermeiros na área da reeducação funcional da deglutição comprometida. O presente estudo poderá fornecer um contributo para demonstrar a importância do papel dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação nos cuidados aos doentes com este compromisso, sendo necessários mais estudos nesta área.

## REFERÊNCIAS

---

1. Altman KW. Understanding Dysphagia: A Rapidly Emerging Problem. *Otolaryngologic Clinics of North America* [Internet]. Elsevier BV; 2013 Dec [citado em 26 janeiro 2018]; 46(6): xiii-xvi. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2013.09.012>
2. Matsuo K, Palmer JB. Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* [Internet]. Elsevier BV; 2008 Nov [citado em 4 fevereiro 2018]; 19(4): 691-707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.001>
3. Guedes LU, Vicente LCC, Paula CM de, Oliveria E de, Andrade EA de, Barcelos WC de O. Conhecimento dos profissionais da enfermagem que assistem pacientes com alterações da deglutição em um Hospital Universitário de Belo Horizonte. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia* [Internet]. FapUNIFESP (SciELO); 2009 [citado em 4 fevereiro 2018]; 14(3): 372-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-80342009000300014>
4. Nogueira DS, Ferreira PL, Reis EA, Lopes IS. Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10). *Dysphagia* [Internet]. Springer Nature; 2015 Jun 16 [citado em 26 janeiro 2018]; 30(5):511-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-015-9630-5>
5. Queirós, A., Moreira, S., Silva, A., Costa, R. & Lains, J. Contributo para a Adaptação e Validação da *Eat Assessment Tool* (EAT-10) e da *Functional Oral Intake Scale* (FOIS). *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação* [Internet], 2013 [citado em 26 janeiro 2018]; 24(2): 25-30. Disponível em: <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/108>
6. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility* [Internet]. Wiley; 2014 [citado em 27 janeiro 2018]; 26(9):1256-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/nmo.12382>
7. Braga, R. Reeducação da Deglutição. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1. ed. Loures: Lusodidacta; 2016. p. 263-270

8. Easterling C. 25 Years of Dysphagia Rehabilitation: What Have We Done, What are We Doing, and Where are We Going? *Dysphagia* [Internet]. Springer Nature; 2017 Jan 2 [citado em 30 janeiro 2018]; 32(1): 50-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-016-9769-8>
9. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013. [citado em 15 janeiro 2018] Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)
10. Menoita E., Sousa L., Alvo I., Marques-Vieira, C. Cuidados de Reabilitação à Pessoa Idosa com AVC. In Menoita. Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. 1. ed. Loures: Lusociência; 2012. p. 22-194
11. Glenn-Molali, N. Alimentação e Deglutição. In Hoeman S. P. Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4. ed. Loures: Lusodidacta; 2011. p. 295-317
12. Gangeness JE, Yurkovich E. Revisiting case study as a nursing research design. *Nurse Researcher* [Internet]. RCN Publishing Ltd.; 2006 [citado em 16 janeiro 2018]; 13(4): 7-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7748/nr2006.07.13.4.7.c5986>
13. Ordem dos Enfermeiros. Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação; 2015. [citado em 15 janeiro 2018] Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
14. Ricci Maccarini A, Filippini A, Padovani D, Limarzi M, Loffredo M, Casolino D. Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. [Internet] Dec. 2007 [citado em 16 janeiro 2018]; 27(6): 299-305. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640056/pdf/0392-100X.27.299.pdf>
15. Alves ICF, Andrade CRF de. Mudança funcional no padrão de deglutição por meio da realização de exercícios orofaciais. *CoDAS* [Internet]. FapUNIFESP (SciELO); 2017 [citado em 19 janeiro 2018]; 29(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20172016088>

16. Kagaya, H., Inamoto, Y., Okada, S. & Saitoh, E. Body Positions and Functional Training to Reduce Aspiration in Patients with Dysphagia. *Japan Medical Association Journal*. [Internet] 2011 [citado em 16 janeiro 2018]; 54(1): 35-38. Disponível em: [https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2011\\_01/035\\_038.pdf](https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2011_01/035_038.pdf)
17. Lazarus CL. History of the Use and Impact of Compensatory Strategies in Management of Swallowing Disorders. *Dysphagia* [Internet]. Springer Nature; 2017 Jan 28 [citado em 17 janeiro 2018]; 32(1): 3-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-016-9779-6>
18. Pauloski BR. Rehabilitation of Dysphagia Following Head and Neck Cancer. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* [Internet]. Elsevier BV; 2008 Nov [citado em 18 janeiro 2018]; 19(4): 889-928. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2008.05.010>
19. Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2016 [citado em 15 janeiro 2018]. Disponível em: [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
20. European Society for Swallowing Disorders. *Dysphagia* [Internet]. Springer Nature; 2013 Apr 27 [citado em 4 Março 2018]; 28(2): 280-335. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00455-013-9455-z>
21. Altman KW, Richards A, Goldberg L, Frucht S, McCabe DJ. Dysphagia in Stroke, Neurodegenerative Disease, and Advanced Dementia. *Otolaryngologic Clinics of North America* [Internet]. Elsevier BV; 2013 Dec [citado a 5 março 2018]; 46(6): 1137-49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.005>
22. Logemann JA. Treatment of Oral and Pharyngeal Dysphagia. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* [Internet]. Elsevier BV; 2008 Nov [citado a 5 março 2018]; 19(4): 803-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.003>
23. Regulamento n.º 350/2015 de 22 de junho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. 2.ª Série, 119; 2015. [citado a 5 março 2018] Disponível em: [http://www.ordem.enfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspezializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](http://www.ordem.enfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspezializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
24. Lee SJ, Lee KW, Kim SB, Lee JH, Park MK. Voluntary Cough and Swallowing Function Characteristics of Acute Stroke Patients Based on Lesion Type. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [Internet]. Elsevier BV; 2015 Oct [citado a 6 março 2018]; 96(10): 1866-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2015.06.015>

25. Kampman MT, Eltoft A, Karaliute M, Børvik MT, Nilssen H, Rasmussen I, *et al.* Full Implementation of Screening for Nutritional Risk and Dysphagia in an Acute Stroke Unit. *The Neurohospitalist* [Internet]. SAGE Publications; 2015 Jun 30 [citado a 6 março 2018]; 5(4): 205–11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1941874415588749>

Correspondência: paulocesarlopesilva@gmail.com