

RIASE

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

**AVALIAÇÃO PRECOCE DA DEGLUTIÇÃO À PESSOA
COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

**EVALUACIÓN PRECOZ DE LA DEGLUCIÓN A LA PERSONA
CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**

**EARLY EVALUATION OF DEGLUTITION IN PEOPLE
WITH STROKE**

Susana Velhinho Casteleiro de Góis - MSc, Enfermeira na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Rogério Ferrinho Ferreira - PhD, Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja: Departamento de Saúde

RESUMO

Objetivo: identificar o grau de disfagia nas pessoas acometidas por um acidente vascular cerebral (AVC).

Método: estudo quantitativo, descritivo e transversal, desenvolvido num serviço de medicina do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, durante um período de 10 semanas, de outubro a dezembro de 2017, envolvendo 20 pessoas com AVC. Os instrumentos utilizados foram as escalas de Comas de Glasgow e *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*, aplicados sempre pela mesma enfermeira. Foi utilizada uma análise descritiva.

Resultados: da avaliação com a Escala de *GUSS*, 50.0% das pessoas apresentaram disfagia ausente com risco mínimo de aspiração, 10.0% apresentaram disfagia ligeira com baixo risco de aspiração e os restantes evidenciaram disfagia moderada e grave, com maior risco de aspiração.

Conclusão: a intervenção do enfermeiro de Reabilitação revelou-se determinante no diagnóstico precoce da deglutição e por via disso, na prevenção de complicações associadas à disfagia, visando fomentar uma deglutição em segurança.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; enfermagem de reabilitação; distúrbios da deglutição.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el grado de disfagia en las personas acometidas por un accidente cerebrovascular.

Método: estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, desarrollado en un servicio de medicina del Hospitalario Universitario del Algarve, durante un período de 10 semanas, de octubre a diciembre de 2017, involucrando a 20 personas con accidente cerebrovascular. Los instrumentos utilizados fueron las escalas de Comas de Glasgow y *Gugging Swallowing Screen (GUSS)*, aplicados siempre por la misma enfermera. Se utilizó un análisis descriptivo.

Resultados: de la evaluación con la Escala de *GUSS*, 50.0% de las personas no presentaba disfagia con riesgo mínimo de aspiración, 10.0% presentaba disfagia leve con bajo riesgo de aspiración y el resto presentaba disfagia moderada y severa, con mayor riesgo de aspiración.

Conclusión: La intervención del enfermero de Rehabilitación demostró ser un factor determinante en el diagnóstico precoz de la deglución y, por lo tanto, en la prevención de

complicaciones asociadas a la disfagia, con el fin de fomentar una deglución en condiciones de seguridad.

Palabras clave: Accidente vascular cerebral; enfermería de rehabilitación; trastornos de la deglución.

ABSTRACT

Objective: Identify the dysphagia degree in people affected by a stroke.

Method: A quantitative, descriptive, cross-sectional study developed at a medical service at the Algarve University Hospital during a period of 10 weeks, from October to December 2017, involving 20 people with stroke. The instruments used were the Glasgow Comas scales and Gugging Swallowing Screen (*GUSS*), always applied by the same nurse. A descriptive analysis was used.

Results: From the evaluation with the *GUSS* Scale, 50.0% of the patients had absent dysphagia with minimal risk of aspiration, 10.0% presented slight dysphagia with low aspiration risk and the rest showed moderate and severe dysphagia, with a higher risk of aspiration.

Conclusions: The intervention of the Rehabilitation nurse proved to be a determinant factor in the early diagnosis of swallowing and, therefore, in the prevention of complications associated with dysphagia, in order to promote swallowing in safety.

Keywords: Stroke; rehabilitation nursing; swallowing disorders.

INTRODUÇÃO

O AVC é uma das patologias mais frequentes como causa de internamento hospitalar. Esta patologia é súbita, surge com maior frequência nos indivíduos com fatores de risco cardiovasculares e afeta uma área específica do encéfalo, produzindo sinais e sintomas, de acordo com a área afetada.

O AVC é a principal causa neurológica da disfagia e elevada percentagem de pessoas apresentam esta disfunção nos primeiros 3 dias de internamento.

A disfagia consiste na dificuldade em deglutir e pode manifestar-se pelo aumento do tempo despendido na refeição, por períodos de tosse durante as refeições, pela dificuldade em deglutir a saliva, pelo excesso de secreções na traqueia, por pneumonias recorrentes ou por perda de peso^(1,2).

A disfagia orofaríngea é um sintoma grave e muito frequente nas pessoas com AVC e em outros distúrbios neurológicos⁽³⁾.

A presença de disfagia em utentes com AVC tem sido associada a complicações nutricionais e pulmonares. Estas complicações, refletem-se na qualidade de vida da pessoa, no seu isolamento social, no aumento da mortalidade e nos custos globais de saúde^(2,4).

A pneumonia por aspiração, é considerada, em utentes com disfagia de origem neurológica, a causa mais comum no aumento da mortalidade⁽³⁾. As mortes que ocorrem após um AVC agudo estão associadas às pneumonias⁽⁴⁾. Neste sentido, emerge a necessidade de existir um diagnóstico precoce de deglutição comprometida/disfagia, de forma a evitar que a pessoa em situação de AVC, com disfagia, se torne num “*aspirador*” silencioso sem manifestações clínicas.

O diagnóstico precoce da disfagia nos utentes com AVC, como forma de prevenção de complicações associadas à aspiração, diminui o número de dias de internamento e aumenta a esperança de vida dos utentes⁽⁵⁾. Através do diagnóstico precoce é possível estabelecer medidas preventivas, de forma a assegurar a prevenção de infeções respiratórias e todos os custos que lhe estão implícitos⁽⁶⁾.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) tem competências que lhe permitem elaborar um diagnóstico precoce e implementar um plano de enfermagem de Reabilitação, com intervenções que asseguram a prevenção de complicações e de incapacidades⁽⁷⁾.

A avaliação precoce da deglutição na pessoa com AVC envolve uma avaliação estrutural com base num exame objetivo e uma avaliação funcional da deglutição através da aplicação de uma escala de avaliação da deglutição. Esta avaliação é estruturante na definição de um plano de reeducação funcional da deglutição individualizado.

A recolha de informação obtida junto da pessoa com AVC/família/cuidador, juntamente com a recolha de informação conseguida em diário clínico é fundamental, na medida em que nos permite identificar alterações que possam comprometer a dinâmica da deglutição⁽⁷⁾.

A avaliação estrutural da deglutição baseia-se no exame físico e numa avaliação dos pares cranianos intervenientes no processo de deglutição. Esta informação permite identificar alterações que comprometem a dinâmica da deglutição⁽⁸⁾.

O exame físico da pessoa consiste em avaliar o controlo da cabeça na posição de sentado, a simetria da face, a cor, a humidade e a simetria dos lábios, a salivação, a capacidade de

fechar os lábios firmemente e abrir a boca, a mucosa da cavidade oral e língua, as lacerações resultantes da mastigação, o estado dos dentes e gengivas e em caso de prótese verificar a sua adaptação⁽⁸⁾.

Os pares cranianos com maior influência no processo de deglutição são: o trigêmeo (V), o facial (VII), o glossofaríngeo (IX), o Vago (X) e o grande hipoglosso (X)⁽⁹⁾. Na Tabela 1 encontram-se esplanadas as consequências das lesões nestes pares cranianos.

A maioria das pessoas com AVC, em fase aguda, tem maior dificuldade em deglutir os líquidos do que texturas semissólidas. Por isso, a escala de GUSS foi a selecionada para a avaliação da deglutição. Esta escala relaciona o grau de disfagia com o risco de aspiração, assim como indica recomendações para cada grau de disfagia. É de realçar que esta escala não requer formação complexa^(6,10).

Tabela 1 - Descrição dos artigos selecionados.

Pares Cranianos	Consequências
Trigêmeo(V)	<ul style="list-style-type: none"> • Perda da sensibilidade tátil na face; • Fraqueza ao morder ou apertar a mandíbula; • Dor a nível da região ocular, nariz, boca, dentes e língua.
Facial (VII)	<ul style="list-style-type: none"> • Paralisia facial; • Perda da sensação gustativa nos dois terços anteriores da língua; • Salivação diminuída.
Glossofaríngeo (IX)	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em deglutir; • Perda da sensação gustativa no terço posterior da língua; • Desvio da úvula; • Salivação diminuída.
Vago (X)	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em deglutir; • Desvio da úvula para o lado não comprometido; • Rouquidão.
Hipoglosso (XII)	<ul style="list-style-type: none"> • Fraqueza ipsilateral da língua; • Protusão da língua - desvio para o lado da lesão.

Fonte: Vanputte, Regan, Russo⁽⁹⁾.

A reeducação funcional da deglutição é efetuada de acordo com as alterações identificadas através da avaliação, estrutural e funcional, da deglutição. Podem ser utilizadas técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias na deglutição, reeducação funcional respiratória, adequação de dieta e exercícios de amplitude e fortalecimento muscular⁽¹¹⁾.

As técnicas posturais permitem que a pessoa assuma a posição correta aquando da alimentação. A flexão cervical, a extensão cervical, a rotação da cervical para o lado afetado e a flexão lateral para o lado não afetado são consideradas técnicas posturais⁽¹¹⁾. A estimulação sensitiva promove excitabilidade ao nível dos centros nervosos e em paralelo influencia os mecanismos corticais da deglutição. Este tipo de estimulação pode ser efetuado através da mudança de sabores, do volume e textura do bolo alimentar e da temperatura⁽¹¹⁾.

Podem ser efetuados exercícios de amplitude e fortalecimento muscular aos lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas⁽¹¹⁾.

A adequação da dieta passa pela mudança da textura. A dieta deve ser adequada à pessoa mediante as alterações apresentadas, aquando da avaliação clínica da deglutição⁽⁸⁾.

A reeducação funcional respiratória deve ser iniciada de forma preventiva, para evitar o risco de aspiração⁽¹¹⁾.

Paralelamente a estas intervenções existem cuidados transversais à pessoa com disfagia, sendo que, o enfermeiro especialista deve ter em atenção ao estado de consciência da pessoa, à sua posição, à disposição dos alimentos na mesa, à utilização de material de apoio, ao ruído durante a refeição, à disponibilidade durante a refeição, ao posicionamento da pessoa após a refeição e à higiene oral⁽⁸⁾.

Assim, assumindo que a deglutição é um processo complexo, por envolver atividades voluntárias e reflexas que permitem a passagem dos alimentos, sem comprometimento das vias aéreas, da cavidade oral até ao estômago, sendo que, em situações de AVC, esta condição pode estar alterada resultando daí complicações respiratórias, e considerando que o EEER pode ter um papel relevante na avaliação e reeducação da pessoa com este tipo de alterações, definimos a seguinte questão norteadora deste estudo: Qual o grau de disfagia das pessoas acometidas por um AVC?

Neste contexto, definimos como objetivo para este estudo:

- Identificar o grau de disfagia nas pessoas acometidas por um AVC.

Acreditamos que os resultados deste estudo podem ser um importante contributo para a reflexão sobre esta problemática e a relevância da intervenção especializada de enfermagem de Reabilitação, com elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão na avaliação da deglutição à pessoa com AVC, visando a implementação de planos de intervenção ajustados às necessidades e problemáticas de cada pessoa, de forma a assegurar a prevenção de complicações e a promoção de uma deglutição segura e eficaz.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo e transversal, desenvolvido num serviço de medicina do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, durante um período de 10 semanas, de outubro a dezembro de 2017.

A seleção dos sujeitos para esta amostra teve por referência os seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico de AVC, ter idade ≥ 65 anos e um *score* > 11 pontos na escala de Comas de Glasgow. Consideraram-se ainda os seguintes critérios de exclusão: ter diagnóstico de pneumonia associado ao AVC e antecedentes de neoplasia, por apresentarem sonda nasogástrica para alimentação e hidratação.

Durante o período supracitado foram admitidas vinte e duas pessoas com diagnóstico de AVC, contudo, duas foram excluídas por requererem previamente de sonda nasogástrica para alimentação e hidratação (antecedente de neoplasia da laringe e do estomago). As restantes vinte pessoas integraram esta amostra accidental, tendo sido submetidas à avaliação da deglutição.

Como se pode verificar através da tabela 1, que resume os aspetos relativos à caracterização das pessoas que participaram neste estudo, esta amostra é constituída por pessoas com idades compreendidas entre os 70 e os 93 anos e com predomínio do sexo masculino. Prevaecem as pessoas com AVC isquémico e, de entre os antecedentes pessoais, sobressai a hipertensão arterial.

Tabela 2 - Caracterização da Amostra.

Idade	70-75 anos: 4 (20%)
	76-81 anos: 7 (35%)
	82-87 anos: 6 (30%)
	88-93 anos: 3 (15%)
Gênero	Masculino: 13 (65.0 %)
	Feminino: 7 (35.0 %)
Tipo de AVC	AVC isquêmico: 17 (85.0 %)
	AVC hemorrágico: 3 (15.0 %)
Antecedentes Pessoais	Hipertensão arterial: 15 (75.0 %)
	Dislipidemia: 5 (25.0 %)
	Hipertrofia Benigna da Próstata: 5 (25.0 %)
	Fibrilhação Auricular: 2 (10.0 %)
	Diabetes Mellitus Tipo II: 4 (20.0 %)
	Tabagismo: 1 (5.0 %)

Fonte: Dados de pesquisa, 2017.

Os instrumentos utilizados neste estudo foram as escalas de Comas de Glasgow e *GUSS*, aplicados sempre pela mesma enfermeira.

A escala de *GUSS* é específica para pessoas com AVC, relaciona o grau de disfagia com o risco de aspiração associado. Trata-se de uma escala validada e adaptada para o contexto português, tendo apresentado uma consistência interna de 0,80 na fase direta e de 0,82 na fase indireta. A concordância interobservadores variou entre 0,818 e 0,905. A sensibilidade foi de 100% e a especificidade de 43% e 56% (para ponto corte 13,50 e 4,50)⁽⁶⁾.

Esta escala divide-se em duas etapas, sendo a primeira denominada por teste indireto da deglutição e a segunda por teste direto da deglutição^(1,6,12).

A primeira etapa da avaliação baseia-se essencialmente em três pontos-chaves, vigilância, tosse e/ou pigarro e engolir, sendo que o engolir se subdivide em engolir com sucesso, sialorreia e mudança de voz. A vigilância diz respeito ao estado de alerta da pessoa. Deste modo, foi efetuada a avaliação do estado de consciência através da Escala de Comas de Glasgow, uma vez que a pessoa tem de permanecer vígil durante 15 minutos. O score máximo desta etapa é 5 pontos. Sempre que o score final for inferior ao máximo a pessoa apresenta disfagia grave com alto risco de aspiração. O score máximo permite a passagem da pessoa para a segunda fase da escala.

A segunda fase subdivide-se em três subetapas, sendo que cada uma corresponde a uma consistência. A primeira consistência a ser avaliada é a semissólida (alimento de consistência pastosa), a segunda é o líquido (3, 5, 10, 20 e 50 ml de água) e por último o sólido (pedaços de pão humidificado). Cada subetapa é avaliada com base nos seguintes sinais de alerta: Deglutição (deglutição não possível, deglutição tardia e deglutição com sucesso); Tosse involuntária, sialorreia e mudança de voz. A avaliação é efetuada sequencialmente de forma a obter um *score* máximo em cada subetapa de 5 pontos. Sempre que a pessoa não apresente o *score* máximo numa subetapa não pode prosseguir para a próxima, sem primeiramente ser identificado a causa. Quanto maior for a pontuação em cada subetapa melhor será o desempenho da deglutição^(6,12).

Após a aplicação da escala é obtido um *score* que determina o grau de disfagia com o risco de aspiração associado, a consistência que a pessoa apresenta comprometida assim como as recomendações indicadas de acordo com o grau da disfagia, conforme fluxograma da aplicação da escala de *GUSS* (Figura 1).

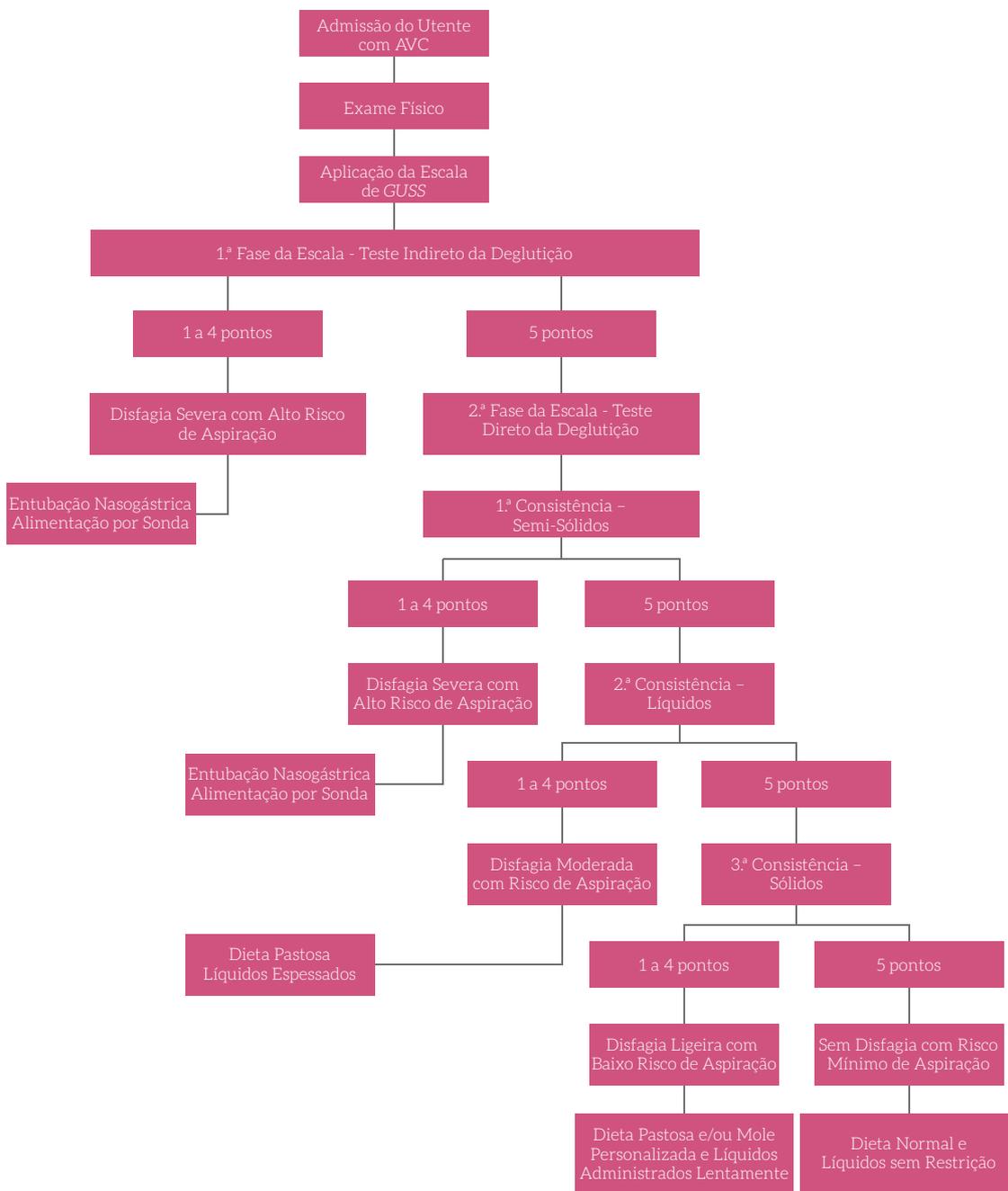


Figura 1 - Diagrama de fluxo que descreve o processo de revisão sistemática.

Fonte: Autores.

A deglutição é considerada normal/sem disfagia com risco mínimo de aspiração sempre que o *score* for de 20 pontos. Quando o *score* for entre 0 a 19 pontos, a deglutição encontra-se comprometida, definindo-se por disfagia ligeira com baixo risco de aspiração, quando o *score* for entre 15 a 19 pontos, disfagia moderada com risco de aspiração, quando o *score* for entre 10 a 14 pontos, e por grave com alto risco de aspiração, quando o *score* for entre 0 a 9 pontos⁽¹²⁾.

A avaliação da escala de *GUSS* contemplou uma durabilidade entre 30 a 50 minutos. Esta durabilidade integra o tempo de preparação do material e a colaboração da pessoa.

A realização deste estudo envolveu um conjunto de procedimentos éticos. Foi conduzido dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia e aprovada pela Comissão de Ética - Área da saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora e Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve. Foi solicitado o consentimento informado às pessoas envolvidas no estudo. Foi explicado à pessoa e ao cuidador o do objetivo do estudo, a sua importância para a melhoria na qualidade dos cuidados, assim como foram informados da confidencialidade da informação obtida e do anonimato.

RESULTADOS

Avaliação Estrutural

Antes da avaliação da deglutição foi efetuado o exame objetivo, às pessoas que integraram a amostra, baseado numa avaliação estrutural. De acordo com os dados explanados na Tabela 3, podemos constatar que as alterações com maior evidência são o desvio da comissura labial, o défice de prensão labial com recurso à espátula e a alteração da dentição.

Tabela 3 - Descrição dos artigos selecionados.

Exame objetivo	N.º	%
Desvio da comissura labial	11	55.0
Alteração na Preensão Labial	8	40.0
Alteração da dentição	7	35.0
Alteração na Insuflação das Bochechas	3	15.0
Alteração na Mobilidade Língua	3	15.0
Língua Seborrosa	3	15.0
Alteração no Controlo da Cabeça e Pescoço	3	15.0
Alteração na Mobilidade da Mandíbula	2	10.0
Ausência de Sensibilidade Intraoral	2	10.0

Fonte: Dados de pesquisa, 2017.

Avaliação Funcional da deglutição

Em termos funcionais, a avaliação da deglutição foi efetuada com base na escala de *GUSS*. Antes de ser efetuada a avaliação da deglutição procedeu-se primeiramente à avaliação do estado de vigília, uma vez que a pessoa tinha de estar vígil durante 15 minutos. Deste modo, a avaliação foi efetuada, a todas as pessoas através da Escala de Comas de Glasgow. A amostra apresentou um *score* entre 13 e 15, com predomínio das pessoas com *score* de 15 (55.0%).

Das vinte pessoas em estudo, quatro (20.0%) exibiram um *score* <a 5 pontos na escala de *GUSS*, sendo que ficaram retidas nesta fase por apresentarem disfagia grave com alto risco de aspiração. Os restantes dezasseis (80.0%) exibiram um *score* de 5 pontos que permitiu a passagem para a segunda fase da escala de *GUSS*. A ingestão ineficaz da saliva, a sialorreia e a mudança de voz, foram os sinais de gravidade, com maior destaque, para as pessoas que apresentaram disfagia grave com alto risco de aspiração e um *score* inferior a 5 pontos.

A avaliação da segunda fase da escala de *GUSS* determinou um *score* que, juntamente com o *score* obtido na primeira fase, definiu o grau da disfagia, o risco de aspiração e as texturas sem sucesso.

Das vintes pessoas submetidas à avaliação da Escala de *GUSS*, é de salientar que 50.0% das delas apresentaram disfagia ausente com risco mínimo de aspiração (*score* de 20 pontos), 10.0% apresentaram disfagia ligeira com baixo risco de aspiração (*score* entre 15 a 19

pontos), 20.0% exibiram disfagia moderada com risco de aspiração (*score* entre 10 a 14 pontos) e 20.0% demonstraram disfagia grave com alto risco de aspiração (*score* entre 0 a 9 pontos).

As duas pessoas (10.0%) que apresentaram disfagia ligeira com baixo risco de aspiração demonstraram deglutição comprometida para sólidos. As restantes quatro (20.0%), que exibiram de disfagia moderada com risco de aspiração, apresentaram deglutição comprometida para líquidos.

O atraso na deglutição, a tosse e/ou pigarro foram os sinais de alerta com maior evidência para as pessoas que apresentaram disfagia para líquidos. As pessoas com disfagia para sólidos demonstraram atraso na deglutição, sialorreia e mudança na voz (Tabela 4).

Paralelamente à avaliação da escala de GUSS, foi efetuada a observação de presença de secreções, monitorização da saturação periférica de oxigénio e temperatura, tendo as pessoas apresentado valores normais, ou seja, uma saturação de oxigénio entre 95 a 99%, temperatura entre 36 e 36,9°C e ausência de secreções.

Tabela 4 – Sinais de Gravidade segundo a Consistência Comprometida.

Sinais de Gravidade	Componentes			
	Líquido		Sólido	
	N.º	%	N.º	%
Atraso na deglutição	4	20.0	2	10.0
Tosse e/ou pigarro	1	5.0	0	0.0
Sialorreia	0	0.0	2	10.0
Mudança de voz	0	0.0	2	10.0

Fonte: Dados de pesquisa, 2017.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi identificar o grau de disfagia nas pessoas com AVC, de forma a prevenir complicações associadas à disfagia, nomeadamente a pneumonia por aspiração, e concomitantemente assegurar uma deglutição em segurança.

Neste sentido, os enfermeiros, especificamente os enfermeiros de Reabilitação, são profissionais dotados de competências para proceder à avaliação da deglutição, monitorizar a situação problemática da pessoa com AVC e sua família⁽¹³⁾ e desenvolver um plano de intervenção ajustado às suas necessidades.

O enfermeiro de Reabilitação, para intervir, necessita apenas de um método de avaliação, sendo que este deve ser adequado às características da amostra em estudo⁽¹⁴⁾. Assim, a avaliação da deglutição foi efetuada, através da escala de *GUSS*, a todas as pessoas, com diagnóstico de AVC, admitidas nesta unidade de cuidados.

Aquando da aplicação da escala de *GUSS* a esta amostra, observou-se que 50% das pessoas apresentaram disfagia ausente e os restantes 50% disfagia, sendo que 10% exibiram disfagia ligeira, 20% disfagia moderada e 20% disfagia grave. Em outro estudo⁽⁶⁾, com recurso à escala de *GUSS*, verificou-se que 52,87% não apresentaram disfagia, 14,37% apresentaram disfagia ligeira, 17,24% disfagia moderada e 15,52% disfagia grave.

Os resultados obtidos, através da utilização deste instrumento, permitiram efetuar o diagnóstico precoce e por via disso, tornaram possível a implementação de um plano de enfermagem de Reabilitação individualizado, com intervenções terapêuticas que asseguram e melhoram a capacidade funcional da pessoa com disfagia, versus risco de aspiração, e previnem complicações associadas à disfagia. Este plano pode envolver a adequação da dieta e forma de administração, líquidos espessados, forma de administração de medicação, posicionamento da pessoa durante as refeições, exercícios orofaciais, exercícios de reeducação funcional respiratória, manobras facilitadoras da deglutição e reavaliação sistemática da deglutição⁽⁸⁾.

A deglutição segura reside, não só na adaptação de dietas modificadas/especializadas à pessoa com alteração de deglutição, mas também na adaptação da sua textura às necessidades da pessoa, e na implementação de um programa terapêutico de reabilitação, tendo presente que a administração de alimentos e líquidos, em segurança, são os aspetos mais importantes na Reabilitação da disfagia da pessoa com AVC, uma vez que reduzem o risco de aspiração⁽¹⁵⁾.

Perante os resultados apresentados, é importante ressaltar que a utilização da escala de *GUSS* otimiza a definição do plano de intervenção do EEER e, por inerência, ajuda na diminuição de complicações associadas à disfagia, nomeadamente a pneumonia por aspiração, ao mesmo tempo que proporciona, à pessoa com disfagia, uma deglutição mais segura⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

Em síntese e face ao objetivo previsto para este estudo, que permitiu identificar o grau de disfagia nestas pessoas com AVC, ficou evidente que a intervenção do enfermeiro de Reabilitação é determinante no diagnóstico precoce da deglutição comprometida pela aplicabilidade de instrumentos específicos para esta avaliação. A intervenção do EEER foi fundamental na avaliação da deglutição da pessoa com AVC e por via disso, revela-se determinante na prevenção de complicações associadas à disfagia e na implementação de um programa de reeducação da pessoa, com cuidados específicos e ajustados às necessidades visando fomentar uma deglutição em segurança.

Face à relevância da intervenção do enfermeiro de Reabilitação na avaliação e no desenvolvimento de cuidados especializados à pessoa com AVC e com comprometimento da deglutição, é essencial que as instituições de saúde valorizem o papel do EEER e que a aplicação destes instrumentos de avaliação seja assumida como fundamental⁽¹⁶⁾ para a prestação de cuidados de qualidade devidamente enquadrados em protocolos institucionais.

É fundamental que os planos de formação nas diferentes instituições de saúde valorizem a aplicação dos instrumentos de avaliação para despiste das alterações da deglutição e a implementação de planos de intervenção ajustados ao grau de disfagia das pessoas com AVC. Apesar dos contextos práticos se assumirem como o eixo estruturante para a identificação das necessidades de formação para os profissionais de enfermagem, os *currícula* da formação especializada devem assumir um maior protagonismo na abordagem destas temáticas e no desenvolvimento deste tipo de competências profissionais.

O desenvolvimento de estudos desta natureza e de projetos de investigação são fundamentais para o desenvolvimento dos saberes ligados aos cuidados de enfermagem à pessoa com AVC e ao risco de disfagia. É necessária uma mudança na ação e na cultura de investigação dos diferentes intervenientes nestes cuidados, e, muito em particular, dos enfermeiros, que permita conciliar os saberes práticos sobre estas temáticas e as suas competências de investigação.

Quanto à relevância desta temática para o desenvolvimento de cuidados com qualidade à pessoa com AVC, consideramos que é imprescindível que haja um compromisso das instituições de ensino superior e das instituições de saúde na valorização da formação e da investigação em torno deste conjunto de saberes.

Neste estudo, desenvolvido com uma abordagem metodológica descritiva, destacamos como limitações, a debilidade do desenho para demonstrar a existência de relações de causalidade e a dificuldade de validação externa vinculada ao tipo de amostragem.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso AT, Rainho JMC, Quitério PCM, Cruz V, Magano AMO, Castro M. Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC: Revisão sistemática. *Rev. Enf. Ref.* 2011 Dez; serIII(5): 135-143. <http://dx.doi.org/10.12707/riii1106>.
2. Samia E S B, Safinaz N A, Rasha H S, Shaimaa A S. Assessment of Dysphagia in Acute Stroke Patients by the Gugging Swallowing screen. *Glob J Otolaryngol.* 2017 August; 9(4): 1-8. <http://dx.doi.org/10.19080/gjo.2017.09.555766>.
3. Lendínez-Mesa A, Fraile-Gomez, MP, Garcia-Garcia E, Díaz-Garcia MC, Casero-Alcázar M, Fernandez-Rodríguez N, Fernandes-Ribeiro AS. Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2014 January-June; 39 (1): 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2014.03.001>
4. Soares A. Disfagia: avaliação e reabilitação. *Jornal Médico.* 2014 Maio; Disponível em: <https://www.justnews.pt/artigos-pdf/artigos-pdf/?url=disfagia-avaliacao-e-reabilitacao>
5. Zheng L, Li Y, Liu Y. The individualized rehabilitation interventions for dysphagia: a multidisciplinary case control study of acute stroke patients. *Int J ClinExpMed.*2014;7 (10): 3789-3794. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238493/pdf/ijcem0007-3789.pdf>
6. Ferreira AMS, Pierdevara L, Ventura IM, Gracias A, Marques JMF, Reis, MGM. The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência.* 2018 Jan; 4(16): 85-92. <http://dx.doi.org/10.12707/riv17090>

7. Cunha MGT. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar[Trabalho de Projeto].Bragança: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança) 2014. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10436/1/Marisa%20Cunha.pdf>.
8. Glenn-Molali N. Alimentação e deglutição. In: Hoeman SP. (Eds.) Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. 4ª edição. Loures: Lusodidacta; 2011. p. 295-317.
9. Vanputte C, Regan J, Russo A. Anatomia e Fisiologia de Seeley. 10ª ed. Porto Alegre: McGraw-Hill Education; 2016.
10. AbdelHamid A, Abo-Hasseba A. Application of the *GUSS* test on adult egyptian dysphagic patients. The Egyptian Journal of Otolaryngology. 2017; 33(1): 103-110. <http://dx.doi.org/10.4103/1012-5574.199419>
11. Braga R. Reeducação da Deglutição. In: Marques-Vieira C, Sousa L. (Eds.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta; 2016. p. 263-270
12. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, Brainin M. Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007 October; 38(11): 2948-52. <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.107.483933>
13. Oliveira ARS, Costa AGS, Morais HCC, Cavalcante TF, Lopes MVO, Araujo TL. Fatores clínicos preditores do risco para aspiração e aspiração respiratória em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015 Apr; 23 (2): 216-224. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0197.2545>.
14. Etges CL, Scheeren B, Gomes E, Barbosa LDR. Screening tools for dysphagia: a systematic review. CoDAS. 2014 Oct; 26(5): 343-349. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20142014057>
15. John JS, Beger L. Using the gugging swallowing screen (*GUSS*) for dysphagia screening in acute stroke patients. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2015 Mar; 46(3): 103-104. <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20150220-12>

16. Costa VF. Perturbações da deglutição: Contribuição para Validação do P-EAT-10 numa População Institucionalizada e Utentes de Centro de Dia [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2014. Recuperado de: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/13228/4/Costa%20Vitoria%20TM%202014.pdf>

Correspondência: ferrinho.ferreira@ipbeja.pt