

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

A EFICÁCIA DAS TÉCNICAS POSTURAS NA
PREVENÇÃO DA ASPIRAÇÃO NA PESSOA COM
COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA DA LITERATURA

THE EFFECTIVENESS OF POSTURAL TECHNIQUES IN
THE PREVENTION OF ASPIRATION IN THE PERSON
WITH COMMITMENT TO DEGLUTITION: A
SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

Dissertação académica orientada pela Prof.(a)
Doutora Bárbara Gomes

Mariana Martins Ferreira dos Santos

Porto|2019

AGRADECIMENTO

À professora doutora Bárbara Gomes o meu muito obrigada pela orientação desta dissertação, a exigência, o incentivo e a disponibilidade.

Ao doutor Francisco Vieira do gabinete de divulgação, imagem e apoio à publicação da ESEP, pela sua colaboração.

À minha colega de mestrado Ana Rego Pereira, companheira deste trabalho, o meu agradecimento pela colaboração, apoio e permanente incentivo.

À enfermeira Alice Martins, ao Pedro, ao Rogério, à Susana e a todos os colegas e amigos da UCC/ECCI da Senhora da Hora e da ULS de Matosinhos.

Aos meus pais, às tias e primos queridos por toda a ajuda, pelo apoio, pela compreensão e pelo incentivo constantes.

À Claire por toda a disponibilidade.

Ao meu querido irmão.

Em especial ao Pedro e à Maria, os grandes impulsionadores para a conclusão deste desafio.

E a todos aqueles que fizeram parte deste percurso.

Muito obrigada!

RESUMO

INTRODUÇÃO: A disfagia caracteriza-se num compromisso do processo de deglutição com impacto na qualidade de vida da pessoa, principalmente ao nível da hidratação, nutrição e saúde pulmonar. No âmbito da prevenção de complicações pulmonares inserem-se uma série de intervenções nomeadamente as designadas de técnicas posturais.

OBJETIVOS: A presente dissertação tem como objetivo principal reunir evidencia acerca da identificação da eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração em adultos com compromisso da deglutição.

MÉTODOS: Foi realizada uma RSL de acordo com a metodologia do Instituto Joanna Briggs®. A questão de partida foi formulada de acordo com a estratégia PICO. Para a identificação dos estudos recorreu-se às bases de dados CINAHL® complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials®, MEDLINE®, SCOPUS® e SciELO Citation Index® com os descritores Aspiração, Pneumonia de aspiração, Deglutição, Técnicas posturais e Eficácia. Dos 432 artigos iniciais identificados com diversos desenhos metodológicos, procedeu-se à análise de 11 estudos sujeitos à avaliação metodológica com instrumentos do Instituto Joanna Briggs®. A condução dos estudos identificados assim como a extração de dados foi de forma independente por 2 investigadores. Todas as discordâncias que surgiram no decorrer da revisão foram discutidas com um terceiro investigador.

RESULTADOS: As técnicas posturais encontradas nos estudos desta RSL foram 5: flexão do pescoço; rotação do pescoço; extensão do pescoço; decúbito lateral e inclinação do pescoço. A técnica de flexão do pescoço é a mais estudada nomeadamente em doentes com disfagia neurogénica ficando evidenciada a sua eficácia também em doentes com disfagia de etiologia mecânica/estrutural. A técnica postural de rotação do pescoço mostrou eficácia em doentes com disfagia de etiologia neurogénica e mecânica/estrutural e a técnica de extensão do pescoço em doentes com disfagia neurogénica. A fundamentação acerca da eficácia das técnicas posturais de decúbito lateral e de inclinação do pescoço foi insuficiente. Decorrente da interpretação dos dados obtidos, verificou-se que a eficácia de qualquer técnica postural para a prevenção da aspiração só é garantida quando testada por Videofluoroscopia.

CONCLUSÕES: O estudo da eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração é complexo e confuso pela falta de estudos de rigor metodológico e de medidas quantificáveis dos resultados em populações específicas. Os resultados encontrados permitem concluir que a pesquisa acerca desta temática ainda é dispersa e que a utilização de técnicas posturais deverá ser sempre ponderada na decisão clínica caso a caso tendo por base a Videofluoroscopia e também as preferências do doente.

PALAVRAS-CHAVE: aspiração; deglutição; técnicas posturais; eficácia; disfagia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Dysphagia is characterized by a compromise in the swallowing process, which impacts a person's quality of life, especially at the level of hydration, nutrition and pulmonary health. In the context of the prevention of pulmonary complications, a series of interventions are included, namely those called postural techniques.

OBJECTIVES: The main objective of this dissertation is to gather evidence on the identification of the effectiveness of postural techniques in the prevention of aspiration in adults with difficulties in swallowing.

METHODS: An SLR was performed according to the Joanna Briggs® Institute methodology. The search strategy was formulated according to the PICO framework. To identify relevant studies, we searched the CINAHL® complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials®, MEDLINE®, SCOPUS® and SciELO Citation Index® databases using the following descriptors: aspiration, aspiration pneumonia, swallowing, posture techniques and effectiveness. Of the 432 initial articles identified, which included several different methodological designs, 11 studies were selected for analysis, in accordance with the Joanna Briggs Institute methodological assessment framework. The analysis of the identified studies and the data extraction were undertaken independently by 2 reviewers. All disagreements that emerged during the review process were discussed with a third researcher.

RESULTS: There were 5 postural techniques found in this SLR: neck flexion; rotation of the neck; neck extension; lateral decubitus and neck tilt. The neck flexion technique is the most studied, especially in patients with neurogenic dysphagia, and its effectiveness is also evident in patients with dysphagia of mechanical / structural. Postural neck rotation technique showed effectiveness in patients with dysphagia of neurogenic and mechanical / structural etiology and neck extension technique in patients with neurogenic dysphagia. The evidence on the effectiveness of lateral posture and neck tilt techniques was insufficient. Based on the interpretation of the data, it was found that the effectiveness of any postural technique for the prevention of aspiration is only guaranteed when tested by Videofluoroscopy.

CONCLUSIONS: The evidence on the effectiveness of postural techniques in the prevention of aspiration is complex and muddled by the lack of studies with methodological rigor and quantifiable measures of results in specific populations. The results allow us to conclude that the research on this topic is still disperse and that the use of postural techniques within clinical decision-making should always be evaluated on a case-by-case basis based on Videofluoroscopy as well as the preferences of the patient.

KEY-WORDS: aspiration; swallowing; postural techniques; effectiveness; dysphagia.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

APTF: Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala

OMG: Organização Mundial de Gastroenterologia

TCE: Traumatismo Crânio-Encefálico

ASHA: American Speech Language Hearing Association/Associação Americana da Fala, Linguagem e Audição

RSL: Revisão Sistemática da Literatura

PBE: Prática Baseada em Evidência

VFC: Videofluoroscopia

VFM: Videofluoromanometria

SLR: Systematic Literature Review

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
1.1. Processo de deglutição	13
1.2. Etiologia e patologia da disfagia.....	15
1.3. Complicações comuns da pessoa com disfagia	19
1.4. Avaliação da pessoa com disfagia.....	21
1.5. Intervenções na pessoa com disfagia.....	26
1.5.1.1. Técnicas posturais protetoras da via aérea	31
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	39
2.1. Tipo de estudo	39
2.2. Protocolo de pesquisa da Revisão Sistemática da Literatura	41
2.2.1. Formulação do título e pergunta de partida.....	44
2.2.2. Objetivos da revisão sistemática da literatura.....	46
2.2.3. Critérios de inclusão e de exclusão	47
2.2.4. Método de identificação de evidências científicas	47
2.2.4.1. Método de seleção dos estudos	51
2.2.4.2. Avaliação da qualidade Metodológica dos estudos	53
2.2.4.3. Extração dos dados.....	56
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
3.1. Estudos incluídos na RSL.....	57
3.2. Evidências dos estudos incluídos na RSL.....	63
CONCLUSÃO	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS.....	89
Anexo I: Protocolo de pesquisa	
Anexo II: Instrumento de relevância I	
Anexo III: Resultados do teste de relevância I	
Anexo IV: Instrumento de relevância II	
Anexo V: <i>Emails</i> a autores dos artigos não disponíveis	
Anexo VI: Avaliação da qualidade metodológica dos artigos	
Anexo VII: Tabelas de extração dos artigos	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fatores etiológicos e patologias que afetam as diferentes fases da deglutição .	18
Tabela 2: Sinais e sintomas da disfagia.....	25
Tabela 3: Tratamento terapêutico/comportamental (exemplos de técnicas).....	27
Tabela 4: Pergunta PICO	45
Tabela 5: Definição de conceitos	46
Tabela 6: Critérios de inclusão e exclusão	47
Tabela 7: Descritores MeSH Browser®, DeCS® e termos livres.....	48
Tabela 8: Descrição das bases de dados e estratégia de pesquisa.....	49
Tabela 9: Identificação dos estudos.....	51
Tabela 10: Resultado da aplicação do Teste de relevância II.....	52
Tabela 11: Identificação dos estudos de literatura cinzenta	53
Tabela 12: Qualidade metodológica dos artigos	54
Tabela 13: Itens da extração de dados	56
Tabela 14: Descrição do tipo de estudo e desenho de estudo.....	58
Tabela 15: Descrição da etiologia da disfagia e meios de diagnósticos utilizados.....	59
Tabela 16: Procedimentos dos exames de VFC ou outros dos estudos incluídos na RSL	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fase oral.....	14
Figura 2: Fase faríngea.....	15
Figura 3: Fase esofágica	15
Figura 4: Posição neutra	32
Figura 5: Cabeça em flexão	32
Figura 6: Pescoço em flexão	32
Figura 7: Extensão do pescoço.....	33
Figura 8: Rotação do pescoço para o lado lesado	34
Figura 9: Inclinação do pescoço para o lado forte	35
Figura 10: Posição reclinada	35
Figura 11: Decúbito lateral.....	36
Figura 12: Flexão do pescoço seguida de extensão do pescoço	37
Figura 13: Rotação do pescoço para o lado lesado seguida de flexão.....	37
Figura 14: Flexão do pescoço e rotação para o lado lesado.....	38
Figura 15: Níveis de evidência do JBI ®.....	40
Figura 16: Faseologia da RSL.....	41
Figura 17: Processo de seleção dos estudos.....	56

INTRODUÇÃO

O conhecimento que decorre da investigação em Enfermagem contribui para uma prática baseada na evidência refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados. Por sua vez, na área da saúde, é reconhecido um grande volume de informação que pode dificultar a procura de evidência robusta e confiável. Assim, a síntese da evidência é extremamente útil já que sumariza a evidência de melhor qualidade orientando para melhores práticas.

É neste contexto que surge a realização desta dissertação, com a elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura, onde se pretende sintetizar a melhor evidência sobre o tema exposto contribuindo dessa forma para uma tomada de decisão devidamente fundamentada (Logemann et al., 2008; Pereira & Bachion, 2006).

Este trabalho realiza-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e rege-se pelo modelo concetual do Instituto *Joanna Briggs*®.

O compromisso da deglutição representa um problema importante e com impacto na vida da pessoa, nomeadamente ao nível da nutrição, hidratação, função pulmonar e vida social da pessoa. Ao nível da função pulmonar destaca-se o risco de aspiração que decorre da ineficácia do processo de deglutição para prevenir a entrada de substâncias externas para a traqueia e pulmões.

No âmbito da prevenção da aspiração, foco central da prática da enfermagem, destacam-se uma série de técnicas posturais que vão ser abordadas neste trabalho de forma a compreender a sua influência na prevenção da aspiração.

Como objetivo principal deste trabalho definiu-se reunir evidência através de uma RSL para identificar a eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração em adultos com compromisso da deglutição. Neste sentido foi definida a seguinte estruturação em termos metodológicos: 1) Operacionalizar os constructos-chave da RSL (aspiração, pneumonia de aspiração, deglutição, técnicas posturais); 2) Elaborar um protocolo de RSL; 3) Analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos na RSL; 4) Discutir sobre a evidência científica encontrada; 5) Identificar e avaliar todos os estudos disponíveis relativamente à eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração na pessoa com compromisso da deglutição; 6) Sintetizar as evidências apresentadas na literatura relativamente à eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração na pessoa com compromisso da deglutição.

Esta dissertação apresenta-se estruturada em três partes. A primeira parte apresenta o enquadramento teórico com o desenvolvimento de diferentes temas nomeadamente o processo de deglutição, a etiologia e patologia da disfagia, as complicações comuns na pessoa com disfagia, a avaliação da pessoa com disfagia, as intervenções na pessoa com disfagia, os contributos do enfermeiro de reabilitação na pessoa com disfagia e no final as técnicas posturais protetoras da via aérea. No segundo capítulo apresenta-se o enquadramento metodológico e no terceiro capítulo segue-se a apresentação e discussão dos resultados. A elaboração deste trabalho teve por base as normas de

elaboração de dissertações de mestrado definidas pela ESEP e as referências bibliográficas elaboradas de acordo com as normas internacionais que são elaboradas pelo Manual de Publicação da APA (Associação Americana de Psicologia) 6ª ed.

Foram definidas como fontes de pesquisa livros, revistas, dissertações de mestrado e teses de doutoramento, bem como motores de busca na World Wide Web “Google Books” e “Google Scholar”, bases de dados científicas, nomeadamente, CINAHL Plus®, MEDLINE®, Cochrane Central Register of Controlled Trials®, SCOPUS®, Scielo Citation Index e ainda, repositórios *online*, mais concretamente, o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal® (RCAAP).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento da população decorrente do aumento da longevidade, da diminuição da natalidade e da população jovem, impõe novos desafios à sociedade em geral, mas principalmente aos vários sistemas de suporte, nomeadamente ao sistema de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes (Organização Mundial da Saúde, 2005).

De facto, as mudanças no estilo de vida e de hábitos alimentares, o sedentarismo, o consumo de tabaco e o stresse contribuem para o aparecimento de doenças crónicas que podem afetar o indivíduo em qualquer fase da sua vida (Instituto Nacional de Estatística, 2012; Menoita, 2012). Verifica-se que *“cada vez mais pessoas sobrevivem às lesões potencialmente fatais (os acidentes de viação e de trabalho, entre outros) e as pessoas com doença crónica vivem mais anos. A necessidade de cuidados nestas populações está em expansão e constitui um desafio para os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018 ; p. 5).

Em traços gerais, entende-se por disfagia uma condição clínica que se caracteriza pela dificuldade da pessoa em deglutir, situação que pode ocorrer em qualquer fase do seu ciclo de vida (Baijens et al., 2016).

Por sua vez, a Enfermagem de Reabilitação promove intervenções no âmbito dos problemas da deglutição que são suscetíveis de produzirem ganhos em saúde e com impacto altamente relevante na vida da pessoa, nomeadamente no seu bem-estar e qualidade de vida (Domingos & Veríssimo, 2014).

1.1. Processo de deglutição

A deglutição é um processo neuromuscular complexo que exige comunicação entre os diferentes sistemas (sistema nervoso central e sistema nervoso periférico) e ações coordenadas entre a cavidade nasal, cavidade oral (lábios, dentes, palato duro, palato mole, mandíbula, língua e pilares fauces), a cavidade faríngea (constritores faríngeos, superior, médio e inferior), a laringe (epiglote, cartilagens aritnóides, pregas ventriculares e cordas vocais), músculos, membros, nervos cranianos, encéfalo e o esófago (Hoeman, 2011). Os músculos hioideos também interferem no processo de deglutição, já que no osso hioide inserem-se alguns músculos da língua e também músculos do pescoço que elevam a laringe durante a fala ou a deglutição (Seeley, Stephens & Tate., 2011).

De acordo com Steenhagen e Branco da Motta (2006) a deglutição é um processo motor contínuo, de execução rápida e automática, onde intervêm músculos com funções na respiração e do trato gastrointestinal. O processo de deglutição envolve cerca de 30 músculos e os seguintes pares craneanos: I (olfatório), II (ótico), V (Trigêmeo), VII (Facial), IX (glossofaríngeo), X (Vago), XI (acessório) e XII (hipoglosso). É um processo controlado pelo centro de deglutição na medula e pelo esófago (médio e distal) através de um reflexo

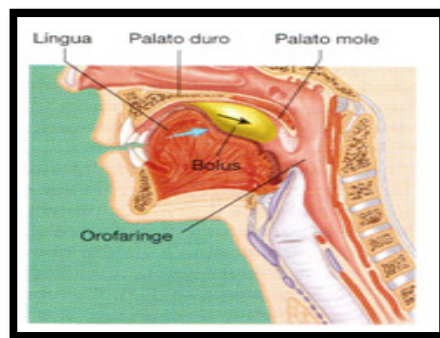
peristáltico predominantemente autónomo que é coordenado pelo sistema nervoso entérico que se situa na parede esofágica (Malagelada et al., 2015).

As fases da deglutição podem ser três ou quatro conforme os autores. Na classificação por três fases está contemplada a fase oral, a fase orofaríngea e a fase esofágica (Hughes, 2011; Jancelewicz et al., 2017; Khan et al., 2014; Malagelada et al., 2015; Seeley et al., 2011). Outros autores consideram quatro fases adicionando antes da fase oral, a fase preparatória (Altman, 2013; Branco & Portinha, 2017; Hoeman, 2011). Optaremos por descrever a classificação mais comum que ocorre em três fases.

Na fase oral (fase voluntária) dá-se a entrada do alimento na cavidade oral, a mastigação e a formação do bolo alimentar, que é empurrado pela língua contra o palato duro, forçando a sua progressão para a parte posterior da boca e depois para a orofaringe (Kendall, Leonard & McKenzie, 2004).

A fase orofaríngea é inicialmente voluntária, mas sobretudo reflexa, dura cerca de um a dois segundos e inicia-se com a estimulação dos recetores táteis na zona da orofaringe.

Figura 1: Fase oral

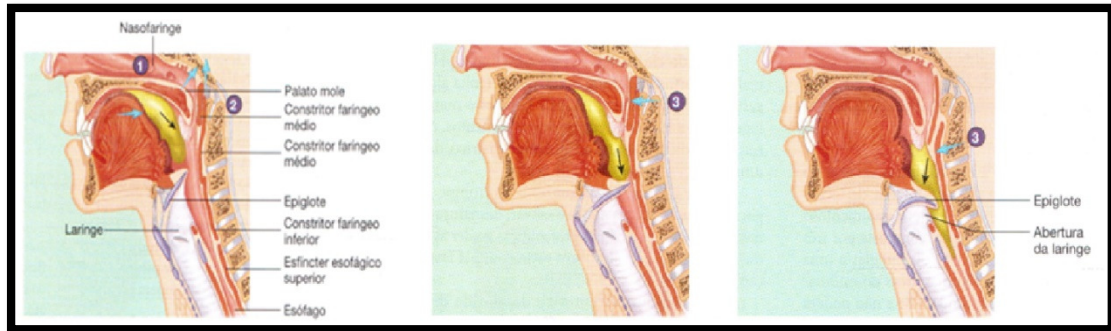


Fonte: Adaptado de Seeley et al. (2011)

Através dos nervos trigémeo (V) e glossofaríngeo (IX) os potenciais de ação são conduzidos via aferente até ao centro da deglutição no tronco cerebral; por sua vez, geram potenciais de ação nos neurónios motores que são conduzidos pelos nervos trigémeo (V), glossofaríngeo (IX), vago (X) e pelo espinhal ao palato mole e faringe.

Esta fase inicia-se com a elevação do palato mole, que vai encerrar a comunicação entre a nasofaringe e a orofaringe. A faringe eleva-se para receber o bolo alimentar da boca, e movimenta-o para o esófago. A progressão do bolo alimentar é da responsabilidade dos músculos constritores da faringe. Ao mesmo tempo, o esfíncter esofágico superior relaxa e a elevação da faringe abre o esófago, que recebe os alimentos. A passagem dos alimentos através da abertura para o interior da laringe é impedida quando as cordas vocais se movem em direção medial e a epiglote inclina-se, posteriormente, para que a cartilagem epiglótica cubra a abertura da laringe quando esta se eleva (Lynch, 2008).

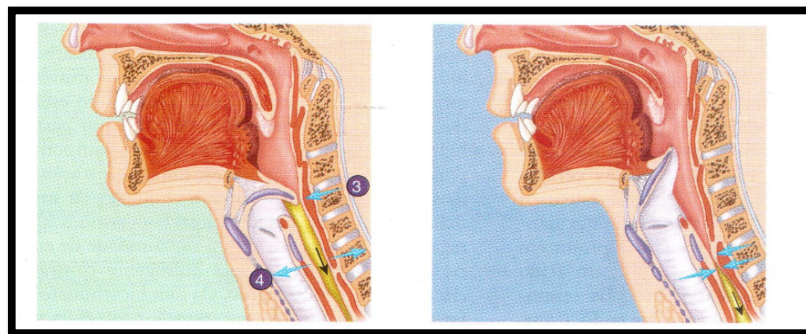
Figura 2: Fase faríngea



Fonte: Adaptado de Seeley et al. (2011)

Na fase esofágica, com uma duração de cinco a oito segundos, dá-se a passagem do bolo alimentar para o estômago. Para bolos alimentares sólidos as ondas peristálticas ajudam nessa progressão; no caso de bolos alimentares mais líquidos a progressão dá-se por força da gravidade (Hoeman, 2011). A criação destas ondas peristálticas associadas à deglutição é responsável pela abertura do esfíncter esofágico inferior. A importância deste esfíncter do ponto de vista fisiológico centra-se na prevenção do refluxo gástrico para a porção superior do esófago (Seeley et al., 2011).

Figura 3: Fase esofágica



Fonte: Adaptado de Seeley et al. (2011)

1.2. Etiologia e patologia da disfagia

A disfagia é um problema frequente que decorre sobretudo do aumento das doenças crónicas e, embora a sua prevalência não seja verdadeiramente conhecida, sabe-se que pode ocorrer em qualquer faixa etária mas que tende a aumentar com a idade (American Speech Language Hearing Association, s/d; Paiva, Xavier, & Farias, 2012).

A nível mundial é difícil fornecer dados epidemiológicos pois a prevalência da maioria das doenças que causam a disfagia diferem de regiões e continentes (Malagelada et al., 2015). No entanto, de acordo com a OMS, um em cada 17 indivíduos apresenta alguma forma de disfagia durante a sua vida. Foi realizado um estudo no Reino Unido em 2011, em que a taxa de prevalência de disfagia era de 11% na comunidade em geral. A disfagia ocorre

concomitantemente com as doenças crônicas e degenerativas, afetando 40-70% dos doentes com Acidente Vascular Cerebral; 60-80% dos doentes com doenças neurodegenerativas, até 13% dos adultos de 65 anos e mais de 51% dos doentes idosos institucionalizados. Os indivíduos submetidos a radioterapia da cabeça e do pescoço representam ainda 60-75% (Malagelada et al., 2015).

Em Portugal, de acordo com a APTF estima-se que existam mais de 80 mil pessoas diagnosticadas com disfagia (Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, 2017). Acerca da disfagia não foram encontrados dados do Ministério da saúde. No entanto, em Portugal, as pneumonias são consideradas a principal causa de morte por doença respiratória e dada a prevalência das alterações da capacidade de deglutição associada a várias doenças e o seu potencial de risco para pneumonia de aspiração, provavelmente muitos dos números relacionados a pneumonias, referem-se a pneumonias de aspiração (Direção Geral da Saúde, 2017).

As complicações que decorrem da disfagia são também altamente relevantes no domínio das políticas atuais, uma vez que aumentam os custos de saúde em consequência de readmissões hospitalares, idas ao serviço de urgência e internamentos prolongados (Martino et al., 2005).

A disfagia pode trazer alterações graves ao nível pulmonar e nutricional da pessoa, como a desnutrição, desidratação e pneumonias de aspiração. As dificuldades em deglutir também afetam a socialização e a autoimagem do indivíduo e limitam, frequentemente, o prazer associado à refeição e aos alimentos (Altman, 2013; Branco & Portinha, 2017; Hoeman, 2011).

O ato de deglutir, é efetuado aproximadamente 1000 vezes por dia, e o seu transtorno tem um impacto altamente negativo na vida social dos indivíduos e na qualidade de vida dos mesmos (College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario, 2014).

O termo disfagia deriva do grego *dys* (dificuldade) e *phagien* (comer) ou seja uma dificuldade em comer (Menoita, 2012).

A disfagia poderá ser considerada, em termos gerais, como uma dificuldade na deglutição (American Speech-Language-Hearing Association, 2004; Cockeram, 1998; College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario, 2014; National Institute on Deafness and other Communication Disorders, 2010) nomeadamente para controlar os alimentos (sólidos ou líquidos) a um nível mais superior (disfagia orofaríngea) ou pela sensação de que os alimentos (sólidos ou líquidos) ficam obstruídos na passagem da boca para o estômago (disfagia esofágica) (American Speech Language Hearing Association, s/d; College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario, 2014; Malagelada et al., 2015). Outras evidências suportam que a disfagia por si só não é considerada uma doença

mas um sintoma secundário a certas doenças (College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario, 2014; The Speech Pathology Association of Australia, 2004).

A disfagia pode também representar a dificuldade em deglutir comida sólida, líquida e a própria saliva, podendo estar associada dor, assim como, desnutrição e desidratação do indivíduo (National Institute on Deafness and other Communication Disorders, 2010).

As *guidelines* da OMG preconizam que é importante distinguir disfagia de odinofagia (dor a engolir), globus faríngeo (sensação de “bola na garganta”), pressão torácica, dispneia e fagofobia (medo de engolir) (Malagelada et al., 2015).

Posto isto, verifica-se que a par da complexidade funcional e mecânica da deglutição fica a própria definição de disfagia.

A disfagia tem contextos patológicos diversos e a classificação da etiologia depende de autor para autor (Carvalho, 2013).

De acordo com a etiologia, a disfagia pode ser classificada em disfagia neurogénica, disfagia mecânica/estrutural, disfagia associada ao envelhecimento/presbifagia, disfagia psicogénica e disfagia associada à medicação.

Habitualmente a disfagia pode ocorrer por causas de ordem neurológica ou neurogénica (afetam o sistema nervoso central ou sistema nervoso periférico e comprometem a coordenação neuronal da deglutição como são exemplo casos de sequelas de AVC, TCE, paralisia cerebral, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, entre outras); por alterações mecânicas/estruturais (que engloba qualquer alteração das estruturas envolvidas durante o processo de deglutição, como é o caso de tumores de cabeça e pescoço, malformações congénitas e traumatismos); por alterações de ordem psicogénica (alterações emocionais que podem afetar a deglutição); por alterações decorrentes do envelhecimento (devido a mudanças fisiológicas que interferem no processo de deglutição, como a fraqueza muscular, xerostomia) e por alterações medicamentosas (efeitos colaterais de medicação) (Branco & Portinha, 2017; Paiva et al., 2012; Park et al., 2013).

As causas da disfagia podem assim afetar a deglutição nas suas diferentes fases, tal como mostra a seguinte tabela.

Tabela 1: Fatores etiológicos e patologias que afetam as diferentes fases da deglutição

Fatores etiológicos	Fases da deglutição
Condições neurológicas adquiridas agudas: <ul style="list-style-type: none"> • AVC • TCE • Tumores (encéfalo, tronco cerebral, base do crânio, meningites neoplásicas) • Doenças infecciosas (meningite, encefalite viral, botulismo) • Pós-tratamento com radioterapia prolongada 	<p>A disfagia pode ocorrer em qualquer fase da deglutição</p>
Condições neurológicas adquiridas progressivas: <ul style="list-style-type: none"> • Doenças desmielinizantes monofásicas agudas (encefalomielites) • Doenças degenerativas (doença de Parkinson, Esclerose lateral amiotrófica, doença de Alzheimer e doença de Huntington) 	
Condições neurológicas crônicas: <ul style="list-style-type: none"> • Doentes desmielinizantes como esclerose múltipla e polineuropatias (doenças progressivas) 	
Causas mecânicas: <ul style="list-style-type: none"> • Tumores de cabeça pescoço (TCP) (resseções da língua, resseções da cavidade oral) • Pós-cirurgia de cabeça e pescoço • Traumatismos localizados de cabeça e pescoço • Laringectomia • Traqueostomia 	
<ul style="list-style-type: none"> • Osteofite cervical • Estenose esofágica • Compressão vascular • Espasmo esofágico • Corpo estranho • Esofagites 	<p>Fase esofágica</p>
Causas Miopáticas: <ul style="list-style-type: none"> • Distrofia muscular • Dermatomiosite • Edemas de cabeça e pescoço 	<p>A disfagia pode ocorrer em qualquer fase da deglutição</p>
Causas psicológicas: <ul style="list-style-type: none"> • Bulimia • Depressão • Outros problemas emocionais e de personalidade • Anorexia 	
Causas medicamentosas: <ul style="list-style-type: none"> • Sedativos • Diuréticos • Relaxantes musculares • Anti-psicóticos • Antibióticos • e outros 	<p>Fase oral Fase orofaríngea</p>

Fonte: Adaptado de Branco e Portinha (2017)

1.3. Complicações comuns da pessoa com disfagia

A aspiração, a pneumonia de aspiração, a desnutrição e a desidratação são as complicações mais comuns e mais importantes descritas na literatura para as pessoas com a deglutição comprometida (Cockeram, 1998; College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario, 2014; National Institute on Deafness and other Communication Disorders, 2010; The Speech Pathology Association of Australia, 2004).

A aspiração é a complicação mais grave da disfagia em que o indivíduo aspira material orofaríngeo (alimentos - líquidos e sólidos, substâncias orgânicas, secreções orais, tóxicas, entre outras) pela laringe, abaixo das cordas vocais, atingindo os pulmões (Logemann, 2008; Oliveira et al., 2015). Pode resultar da incompetência do nervo hipoglosso (XII), levando à impossibilidade do processo de deglutição devido à descoordenação da língua e consequente incapacidade em regular a passagem do bolo alimentar, bem como compromisso dos músculos que elevam a laringe, provocando uma passagem prematura do bolo alimentar para a faringe, numa fase em que as vias aéreas ainda se encontram desprotegidas. O trajeto do bolo alimentar pode ser afetado pela componente muscular enfraquecida e devido à diminuição da viscosidade salivar. Neste sentido, para compreender a razão da aspiração deve-se atender a aspetos estruturais e funcionais orofaríngeos e/ou laríngeos (Branco & Portinha, 2017). A aspiração pode ocorrer em três momentos distintos: aspiração antes da deglutição (antes do reflexo de deglutição), aspiração durante a deglutição (durante o reflexo de deglutição) e aspiração após deglutição (após o reflexo de deglutição) (Kagaya, Inamoto, Okada, & Saito, 2011). Existem sinais e sintomas que podem indicar a ocorrência da aspiração, entre eles: a disfonia, a rouquidão, a sialorreia, o gorgolejo, a sonolência, a dificuldade em deglutir saliva e/ou alimentos, a tosse, o engasgo durante as refeições, a alteração funcional da epiglote, a reduzida elevação do osso hioide, a estase valecular por incompleta adução das cordas vocais durante a deglutição, a estase laringofaríngea e o atraso no início da fase faríngea (Lim et al., 2009; Sue Eisenstadt, 2010). A prevenção da aspiração nos indivíduos com alterações da deglutição nem sempre é possível na totalidade, mas pode ser minimizada através de uma série de atitudes, nomeadamente através de ajustamentos posicionais do indivíduo (Kagaya et al., 2011). A confirmação da ocorrência de aspiração é realizada através do exame de videofluoroscopia (Sue Eisenstadt, 2010).

Nesta fase do desenvolvimento deste trabalho também considerou-se pertinente a distinção de diferentes sintomas da disfagia que não são sinónimo de aspiração, nomeadamente resíduos, penetração e refluxo.

Os resíduos referem-se à deposição de saliva, secreções ou materiais já deglutidos no espaço valecular da faringe (valécua e seio periforme) (Nagy, Peladeau-Pigeon, Valenzano, Namasivayam, & Steele, 2016). A penetração refere-se à presença de resíduos alimentares ou partes do bolo alimentar na via aérea inferior até à linha superior das cordas

vocais (Costa, 2014). O refluxo refere-se ao processo em que o bolo alimentar é devolvido ou retorna a seu ponto de partida e pode ser esofágico (subida de bolo alimentar do esôfago para a faringe/laringe), gastroesofágico (subida de bolo alimentar do estômago para o esôfago) ou nasal (subida de bolo alimentar da faringe para a cavidade nasal) (Padovani, Moraes, Mangili, & Andrade, 2007).

Quando os sinais de aspiração não são clinicamente evidentes ocorre a chamada aspiração silenciosa. A aspiração silenciosa pode acontecer devido a fraqueza ou falta de coordenação muscular da faringe (fazendo com que a elevação faríngea seja anormal), a diminuição da sensibilidade laringofaríngea, a diminuição do reflexo de tosse e a diminuição da substância *P* ou baixos níveis de dopamina. Na aspiração silenciosa não há aparentemente sinais de dificuldade na deglutição e está habitualmente relacionada com o aumento de morbidade e mortalidade, mas nem sempre (Ramsey, Smithard, & Kalra, 2005).

Após a aspiração do material (bactérias da orofaringe, ácido gástrico, partículas alimentares e corpos estranhos) podem desenvolver-se pelo menos duas entidades clínicas: a pneumonite de aspiração ou a pneumonia de aspiração. As apresentações agudas referem-se a pneumonites de aspiração que se associam habitualmente a uma lesão química associada à aspiração de conteúdo gástrico estéril levando a um processo inflamatório e a pneumonia de aspiração a um processo infeccioso ocasionado pela aspiração de microrganismos da orofaringe (Lim et al., 2009).

A pneumonia de aspiração engloba conceitualmente um processo de infecção que se dá ao nível pulmonar em consequência da aspiração de conteúdo colonizado orofaríngeo ou gástrico. No entanto, ainda persistem confusões na definição dos critérios deste diagnóstico (Japanese Respiratory Society, 2009). Habitualmente ocorre em pessoas com risco de aspiração, alterações do nível de consciência, alterações neurológicas como AVC, disfagia, distúrbios gástricos (refluxo gastroesofágico) e em doentes entubados (Kosaku, Hiroshi, & Jun-ichi, 2015). A pneumonia por aspiração para se desenvolver depende de vários fatores entre os quais frequência, quantidade e natureza do material aspirado, do *pH* do material aspirado, volume e presença de alimentos, antiácidos (que neutralizam o ácido do suco gástrico que é protetor contra estes agentes infecciosos), corpos estranhos, bÍlis, muco, dietas por sonda (diminuem a acidez gástrica permitindo o crescimento bacteriano no estômago), contaminação fecal ou alta concentração de bactérias, como a saliva contaminada (uma pequena quantidade de saliva aspirada pode sobrecarregar a defesa dos pulmões, sobretudo na presença de doença oral ou dentária) (Tablan, Anderson, Besser, Bridges, & Hajjeh, 2004). As infecções verificadas na mucosa da boca e das peças dentárias predis põem a pessoa a desenvolver pneumonia de aspiração quando a mesma deglute as secreções da orofaringe infetadas (Lim et al., 2009). As medidas preconizadas pelas *Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia* incluem a avaliação da deglutição e a segurança em levar a cabo alimentação *Per os*, a elevação da cabeceira da cama, a gestão do volume a administrar mediante o esvaziamento gástrico e verificar a

presença de ruídos intestinais. Outras medidas questionáveis quanto à sua eficácia são a administração de nutrição entérica de forma intermitente em pequenos bolus em vez de contínuos usando sondas entéricas flexíveis de pequeno diâmetro ou sondas entéricas abaixo do estômago (por exemplo no jejuno) (Tablan et al., 2004).

A disfagia pode levar à perda de peso e a problemas nutricionais graves pela ingestão insuficiente de alimentos e nutrientes, impedindo a manutenção do bom estado nutricional e hídrico da pessoa com disfagia (Boccardi, Ruggiero, Patriti, & Marano, 2016). A pessoa com disfagia pode diminuir o aporte alimentar e nutricional por causa da modificação da consistência da dieta (nem sempre apelativa), da sintomatologia apresentada à refeição (tosse e engasgos) e do medo e ansiedade (Malagelada et al., 2015). A desnutrição proteico-calórica pode ainda levar ao comprometimento do sistema imunitário. Este facto faz com que o indivíduo com disfagia fique mais vulnerável em termos musculares incluindo a musculatura associada ao processo de deglutição por diminuição da força de contração máxima dos músculos, por alterações da atividade enzimática das fibras musculares e acúmulo intracelular de cálcio, que pode diminuir o relaxamento e alterar a contração muscular. Pode ainda haver atrofia dos músculos ligados à deglutição, reduzindo a força máxima muscular incluindo os músculos respiratórios (Martins, Campos, Balsini, & Meyer, 2003). Assim, a desnutrição aumenta o risco de pneumonia por aspiração potenciando o agravamento do estado nutricional do indivíduo.

A desidratação está relacionada com a restrição de líquidos em consequência da necessidade de se espessarem os líquidos no sentido de prevenir a aspiração. Por outro lado, pode também ser considerada um fator de risco para a pneumonia de aspiração já que a diminuição do fluxo salivar promove a colonização da orofaringe levando a letargia e confusão mental e, por isso, aumentando o risco de aspiração (Martins et al., 2003).

1.4. Avaliação da pessoa com disfagia

A avaliação da pessoa com alterações da capacidade da deglutição inclui não só a avaliação funcional da deglutição enquanto processo corporal mas também uma série de outras avaliações nomeadamente a avaliação física, social e familiar.

Através da literatura consultada constata-se que a avaliação da pessoa com alterações da deglutição é organizada de forma distinta e com terminologia diversificada, o que dificultou a estruturação deste item. Face a isto, considerou-se pertinente que a organização deste item tomasse por base as *guidelines* emanadas pela Associação Americana da Fala, Linguagem e Audição com ampla investigação realizada sobre esta temática (American Speech Language Hearing Association, s/d).

Através da avaliação da pessoa com alterações da capacidade da deglutição é possível a identificação da presença da disfagia, a caracterização da sua gravidade, a

determinação das causas, o planeamento da reabilitação e a análise dos resultados e do tratamento (Donovan et al., 2013).

De acordo com a Associação Americana ASHA a avaliação da disfagia divide-se em duas etapas fundamentais: a triagem (em inglês *screening*) e a avaliação (em inglês *assessment*) (American Speech Language Hearing Association, s/d).

A triagem (ou rastreio ou questionário) é então a primeira etapa da avaliação da deglutição e permite identificar os indivíduos com probabilidade de ter problemas de deglutição e definir se o indivíduo “passa” ou “falha” neste rastreio (American Speech Language Hearing Association, s/d; Etges, Scheeren, Gomes, & Barbosa, 2014). Pode englobar a entrevista/questionário (de forma a compreender a perceção e/ou preocupação com a função da deglutição), a observação (sinais e sintomas de disfagia) (American Speech Language Hearing Association, s/d) exame físico, entre outros (Etges et al., 2014).

Nesta etapa podem ser utilizados instrumentos ou escalas que permitem ajudar o profissional a tomar decisões mediante os dados recolhidos. Estes instrumentos, em geral, são concebidos para serem rápidos – 15 a 20 minutos de duração, relativamente não invasivos e com pouco risco para o indivíduo, enquanto identificam os sinais e/ou sintomas da disfagia necessários para o diagnóstico (Logemann, Veis & Colangelo, 1999).

A RSL levada a cabo por Etges et al. (2014) concluiu que, relativamente aos instrumentos/escalas de rastreio são heterogéneos, desenvolvidos para populações diferentes (crianças, adultos, idosos) e cujo objetivo principal é, de forma consensual, o da identificação de indivíduos com alterações da deglutição. Acrescenta ainda que, parece não haver um consenso sobre o melhor ou mais correto método a ser aplicado, sendo da responsabilidade do profissional escolher o instrumento que se adapte à sua realidade de intervenção, ao funcionamento do serviço e ao perfil dos indivíduos que serão avaliados.

A triagem permite desta forma ajudar o profissional decidir sobre a referenciação para profissionais especializados podendo recorrer à avaliação clínica e fazer recomendações ao indivíduo/prestadores de cuidados/profissionais de saúde de proximidade ou até mesmo programar novas triagens (American Speech Language Hearing Association, s/d).

Nesta fase da avaliação por triagem o objetivo é também calcular o risco de aspiração do indivíduo (Dennis, Lewis, & Warlow, 2005) embora atualmente já existam RSL que colocam algumas reticências acerca destes resultados (da avaliação por triagem) (Nagy et al., 2016; Smith et al., 2018).

A avaliação (propriamente dita) refere-se a um método mais vasto da avaliação da pessoa com a deglutição afetada, uma vez que pode reunir não só os dados referentes à triagem como dados não instrumentais (não invasivos) e instrumentais (invasivos). Existem contudo indicações específicas para a realização de uma avaliação não instrumental e

instrumental. Para indivíduos com sinais e sintomas de disfagia faríngea, os procedimentos instrumentais podem fornecer achados mais sensíveis e objetivos do que os procedimentos não instrumentais (American Speech Language Hearing Association, s/d). O propósito de uma avaliação não instrumental da deglutição é observar os comportamentos do indivíduo associados à função da deglutição, ou seja, observar a presença (ou ausência) de sinais e sintomas de disfagia, considerando fatores como a fadiga durante uma refeição, postura/posicionamento e condições ambientais. Uma avaliação não instrumental pode fornecer informações suficientes para o diagnóstico de disfagia oral mas a ocorrência da aspiração e outros problemas fisiológicos na fase faríngea podem ser diretamente observados apenas por meio de avaliações instrumentais (American Speech Language Hearing Association, s/d).

A avaliação não instrumental da deglutição pode incluir as seguintes atividades: consulta do processo clínico e condição clínica do indivíduo bem como entrevistas com cuidadores e outros profissionais de saúde; um exame do mecanismo oral, incluindo um ou mais dos seguintes procedimentos (avaliação do nervo craniano, avaliação estrutural da face, mandíbula, lábios, língua, palato duro e mole, faringe e mucosa bucal); avaliação funcional dos músculos e estruturas utilizadas na deglutição (incluindo simetria, sensação, força, tônus, amplitude e taxa de movimento e coordenação do movimento); observação do controle de cabeça-pescoço, postura, reflexos orais e movimentos involuntários); avaliação do estado geral físico, social, comportamental e cognitivo/comunicativo; avaliação da percepção do paciente quanto à função, gravidade, mudança no estado funcional, e qualidade de vida; avaliação da qualidade vocal e da fala no início do estudo e quaisquer alterações após apresentações em bolus; monitorização do estado fisiológico, incluindo frequência cardíaca e saturação de oxigênio; avaliação de alterações na transferência do bolus e/ou uso de técnicas de reabilitação ou compensatórias; avaliação do método (colher, copo, alimentador automático ou pelo examinador); avaliação das capacidades para gerir as secreções (que pode incluir frequência e adequação da deglutição de saliva espontânea e capacidade de engolir voluntariamente); observação do indivíduo a comer ou a ingerir alimentos com consistências tipicamente consumidas pelo indivíduo no seu ambiente; avaliação do encerramento labial e derrame anterior, evidências de controlo oral (incluindo mastigação e progressão do bolo alimentar, manipulação do bolo alimentar, presença de excursão da laringe, como observado externamente ou à palpação, e tempo necessário para completar a sequência da deglutição); identificação de sinais e sintomas de penetração e/ou aspiração, como pigarro ou tosse antes/durante/após a deglutição; avaliação da consistência das habilidades em toda a oportunidade de alimentação para descartar qualquer impacto negativo da fadiga na segurança da alimentação/deglutição; avaliação da capacidade de limpar as vias aéreas e avaliação da força da tosse; avaliação da frequência respiratória e padrão respiratório/deglutição, que pode variar entre os indivíduos e ao longo da vida (Cardoso et al., 2011; Hoeman, 2011; Martin-Harris et al., 2005; Ricci Maccarini et al., 2007; Santoro et al., 2011). A eficácia de várias técnicas compensatórias e de

reabilitação também pode ser avaliada nesta fase assim como a monitorização de sinais vitais (American Speech Language Hearing Association, s/d).

A avaliação instrumental (ou avaliação invasiva), com recurso a exames complementares de diagnóstico, são um importante aliado na identificação das alterações da deglutição, pois fornecem informação relevante acerca da anatomia e fisiologia dos músculos e estruturas que são utilizados. Estes exames permitem ainda a avaliação da capacidade de deglutição de diferentes alimentos, as suas secreções e a sua reação a estas, documentam o estado da proteção das vias aéreas e da sua coordenação entre a respiração e deglutição e ajudam a avaliar o impacto de algumas manobras de intervenção na função da deglutição e na proteção das vias aéreas (College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario, 2014). A avaliação instrumental é necessária porque mede de forma objetiva as fases da deglutição involuntárias podendo identificar com mais clareza a aspiração. Os procedimentos dinâmicos incluem exames de manometria faríngea, cintigrafia, ultrassonografia (US), videofluoroscopia (VFC) ou “deglutograma de bário modificado”, videoendoscopia (FEES), electroglotografia (ECG) e eletromiografia (EMG) e os não dinâmicos são os procedimentos de Raios X, tomografia axial computadorizada (TAC), ressonância magnética (RM) e laringoscopia indireta (Jiang, Fu, Wang, & Ma, 2016).

O exame de videofluoroscopia (VFC) é considerado de facto o melhor recurso para a avaliação da deglutição principalmente em pessoas com disfagia provocada por doenças da boca e da faringe uma vez que fornece uma visão direta e dinâmica da função da deglutição (Logemann, 1993). Por ser considerado o “exame de ouro” da avaliação da deglutição (Malagelada et al., 2015), tecemos algumas considerações sobre o mesmo. A VFC permite avaliar a fisiologia/anatomia da deglutição e as alterações que podem decorrer também de outras condições clínicas (American Speech Language Hearing Association, s/d). É fornecido ao indivíduo várias consistências de alimento e líquido misturado com bário, o que permite que o bolo seja visualizado em tempo real sob Raio X durante a deglutição. O uso de bário modificado é efetivo na identificação de alterações anatómicas e funcionais da deglutição (incluindo situações de penetração laríngea e aspiração traqueal) e permite também determinar as circunstâncias para uma deglutição segura e eficaz (Tohara, Saitoh, Mays, Kuhlemeier, & Palmer, 2003). Os responsáveis pela elaboração do exame selecionam o tipo de bolus (consistência e volume) para cada ensaio cuidadosamente, pois algumas consistências e/ou volumes podem influenciar mais a impressão geral da pessoa que avalia sobre a função de deglutição do que outros (Martin-Harris et al., 2008). O exame de VFC é benéfico não só para identificar a ocorrência da aspiração mas também para permitir a avaliação da quantidade e do momento da aspiração; para além disso fornece informações clinicamente úteis sobre a influência de estratégias compensatórias e mudanças na dieta (volumes e consistências) (Martin-Harris, Logemann, McMahon, Schleicher, & Sandidge, 2000). Os resultados da VFC são passíveis de análise posterior possibilitando a mensuração objetiva em programa computadorizado. Por outro lado, a exposição à radiação, utilização

do contraste de bário, a subjetividade na análise pelos avaliadores, o tamanho e/ou a postura da pessoa em impedir imagens adequadas e a ausência de resposta à deglutição no indivíduo podem constituir limitação à utilização deste exame (American Speech Language Hearing Association, s/d; Branco & Portinha, 2017; Malagelada et al., 2015). Existem situações a ter em conta na avaliação por VFC, nomeadamente se o indivíduo é alimentado pelo examinador, se se alimenta por si próprio ou, se é alimentado por um cuidador e quando é que os sólidos e líquidos são alternados. A VFC completa requer um número suficiente de tentativas de deglutição para tomar uma decisão clinicamente informada sobre a via de ingestão, consistência da dieta oral (se apropriado), exercícios para melhorar a função de deglutição e técnicas compensatórias para manter a segurança da dieta do indivíduo e determinar a necessidade de avaliações/intervenções adicionais através do encaminhamento da equipe interprofissional. As intercorrências durante o exame podem incluir (não estando limitadas): a agitação, alterações no padrão respiratório, alterações no estado de alerta, alterações na coloração da pele, náuseas e vômitos, mudanças no estado clínico geral que podem ser avaliadas pelo oxímetro de pulso, monitor de frequência cardíaca, etc.

Habitualmente, o indivíduo com disfagia apresenta “à cabeceira” um ou mais sintomas da disfagia (Kawashima, Motohashi, & Fujishima, 2004; National Institute on Deafness and other Communication Disorders, 2010). A partir das referências bibliográficas consultadas foi possível compilar os sinais e sintomas da disfagia (American Speech Language Hearing Association, s/d; Cockeram, 1998; Fraga, Calvitti, Lima, & Leitão, s/d; Kawashima et al., 2004; National Institute on Deafness and other Communication Disorders, 2010; Padovani et al., 2007).

Tabela 2: Sinais e sintomas da disfagia

-
- Incapacidade de reconhecer o alimento
 - Dificuldade em colocar alimentos (líquidos ou sólidos) na cavidade oral
 - Redução do controlo oral da saliva/alimentos (líquidos ou sólidos)
 - Dificuldade em deglutir saliva/alimentos (líquidos ou sólidos)
 - Engasgos durante ou após a deglutição de saliva/alimentos (líquidos ou sólidos)
 - Tosse antes, durante ou após a deglutição de saliva/alimentos (líquidos ou sólidos)
 - Sensação de que os alimentos (líquidos ou sólidos) ficam presos na garganta ou esófago
 - Sensação de que os alimentos (líquidos ou sólidos) retornam do estômago para a cavidade oral
 - Voz molhada ou gargarejada
 - Existência de várias deglutições para um bolo alimentar pequeno
 - Disfonia
 - Odinofagia
 - Pneumonias de repetição
 - Febre sem causa aparente
 - Sonolência durante as refeições
 - Dispneia e secreções das vias aéreas superiores
 - Escape da saliva/alimentos (líquidos ou sólidos) pela faringe
 - Regurgitação nasal e oral
 - Insegurança e ansiedade no momento da refeição
 - Recusa alimentar
-

1.5. Intervenções na pessoa com disfagia

Neste item pretende-se apresentar um enquadramento global dos vários tipos de intervenções na pessoa com disfagia.

As intervenções preconizadas para a pessoa com disfagia, estão dependentes de vários profissionais sobretudo da área da saúde, que são fulcrais para potenciar a sua recuperação, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida da mesma.

Os objetivos gerais são otimizar a nutrição/hidratação e retornar à ingestão oral segura e eficiente (incluindo incorporar as preferências alimentares, consultar os familiares/cuidadores para garantir que as atividades diárias da pessoa são consideradas); determinar os melhores métodos / técnicas de alimentação para maximizar a segurança da deglutição e a eficiência alimentar; minimizar o risco de complicações pulmonares; reduzir a sobrecarga da pessoa e do cuidador, maximizando a qualidade de vida da pessoa e desenvolvendo planos de tratamento para melhorar a segurança e eficácia da deglutição (Zheng, Li, & Liu, 2014).

O sucesso da intervenção na pessoa com disfagia tem em conta as preferências da pessoa e o seu contexto ambiental. As intervenções descritas para a pessoa com disfagia podem ser médicas, cirúrgicas ou comportamentais/terapêuticas (Palmer, Drennan, & Baba, 2000).

Relativamente às opções de tratamento médico podem ser necessários ajustes dietéticos e a introdução de medicação nomeadamente aquelas que combatem o refluxo gastroesofágico, que aumentam a motilidade gástrica, que aumentam ou diminuem as secreções salivares, gástricas e outras (Groher & Crary, 2009).

O tratamento cirúrgico pode ser recomendado em casos mais graves em que a cirurgia é a única opção de tratamento. Em casos de insucesso no tratamento terapêutico da disfagia orofaríngea, a cirurgia é uma opção. Alguns exemplos de cirurgia são a medialização das cordas vocais e a injeção de biomateriais de forma a promover o encerramento glótico, a redução de osteófitos cervicais, a dilatação de tecido na região cricofaríngea, a miotomia cricofaríngea ou a injeção de toxina botulínica neste músculo para remoção ou minimização de espasmos (Jotz & de Angelis, 2016).

Relativamente ao tratamento comportamental/terapêutico distinguem-se as técnicas de reabilitação e as técnicas compensatórias, embora existam técnicas simultaneamente de reabilitação e compensatórias.

Nas técnicas de reabilitação o objetivo é restaurar a função normal da deglutição por exemplo através de exercícios específicos numa perspetiva de melhorar a função de forma duradoura em vez de compensar o défice existente no momento.

Nas técnicas compensatórias o objetivo é compensar os défices que não podem ser ou ainda não estão suficientemente funcionais. Quando implementadas têm um efeito imediato, mas geralmente transitório sobre a eficácia e segurança na deglutição, reduzindo o risco de aspiração (College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario, 2014). Esta abordagem não exige tanto esforço do indivíduo sendo importante a participação dos cuidadores. Pode ser utilizada em geral em indivíduos de várias idades e de vários níveis cognitivos (Branco & Portinha, 2017).

Como referido anteriormente, em algumas circunstâncias, certas técnicas podem ser usadas para fins de compensação e reabilitação. Por exemplo, a deglutição super-supraglótica é uma técnica de reabilitação que aumenta a proteção da via aérea. Se usada durante uma refeição, pode servir como uma compensação para proteger a via aérea.

Na Tabela seguinte apresentam-se alguns exemplos das técnicas utilizadas no âmbito do tratamento terapêutico/comportamental, sendo que mais à frente se destacam em pormenor as técnicas posturais.

Tabela 3: Tratamento terapêutico/comportamental (exemplos de técnicas)

Técnicas	Exemplos
Exercícios neuromotores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biofeedback de eletromiografia de superfície 2. Eletroestimulação neuromuscular 3. Exercícios de controlo motor oral 4. Exercícios ROM para estruturas faríngeas 5. Exercícios de ROM para a orofaringe 6. Exercícios de vibração lingual 7. Exercícios de elevação laríngea e encerramento glótico
Estimulação elétrica	
Utensílios/equipamentos adaptativos	
Manobras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deglutição em esforço 2. Manobra de Mendelsohn 3. Deglutição supraglótica 4. Deglutição super-supraglótica
Terapia oromotora/Exercícios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevação laríngea 2. Manobra de Masako 3. Exercícios isotónicos/isométricos: Exercício de Shaker 4. Exercícios isométricos linguais
Estratégias de alimentação e estimulação	

Técnicas	Exemplos
Técnicas posturais	<p>Simples</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flexão do pescoço 2. Extensão do pescoço 3. Rotação do pescoço para o lado lesado 4. Inclinação do pescoço para o lado forte 5. Decúbito lateral (para o lado não lesado (DLNL)) 6. Posição reclinada <p>Conjugadas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flexão do pescoço seguido da extensão 2. Rotação do pescoço para o lado lesado seguido de flexão 3. Flexão do pescoço e rotação para o lado lesado 4. Decúbito lateral lado lesado (DLL) e inclinação do pescoço para o lado não lesado
Próteses intraorais	
Estimulação sensorial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimulação térmica e tátil 2. Mudanças nas propriedades do alimento 3. Mudanças no ambiente e horário de alimentação 4. Estimulação do reflexo de deglutição

Fonte: Adaptado de (American Speech Language Hearing Association, s/d; Branco & Portinha, 2017; Kagaya et al., 2011)

1.5.1. Contributos do enfermeiro de reabilitação na pessoa com compromisso da deglutição

O compromisso da deglutição pode desencadear um conjunto de mudanças na vida da pessoa. Alicerçado ao ato de comer e de suprir as necessidades nutricionais, a disfunção da deglutição acarreta limitações na socialização, no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa (Davis, 2007).

Tal como descrito no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

“A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010; p.8658)

O âmbito de intervenção do enfermeiro de reabilitação assenta por isso num processo de tomada de decisão para dar resposta a um problema ou a uma necessidade. No

caso da pessoa com a capacidade de deglutição alterada, as intervenções de enfermagem são inúmeras, podendo abranger todas as fases do processo de enfermagem, nomeadamente a identificação de dados, a definição dos problemas, a implementação de intervenções e a avaliação de resultados. Por outro lado, o carácter contínuo dos cuidados dos enfermeiros generalistas e enfermeiros de reabilitação, particularmente nos momentos das refeições, destaca o papel vital destes profissionais na identificação da disfagia e na sua reabilitação (Werner, 2005).

As mudanças que ocorrem na vida da pessoa com disfagia são múltiplas e complexas, sendo inquestionável que os processos de mudança e adaptação sejam verdadeiros desafios e que o papel dos enfermeiros como agentes facilitadores do processo de transição da maior relevância (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000). O trabalho com respostas humanas é assim um processo complexo que envolve necessariamente um processo de avaliação e de interpretação diagnóstica (Abreu, 2011).

A disfagia e as suas consequências podem ser percebidas pela pessoa de uma forma súbita (no caso de uma doença aguda, acidente/trauma) ou de uma forma gradual (doença progressiva e degenerativa ou processo de envelhecimento). Estas alterações que podem ocorrer na condição de saúde da pessoa transformam as suas necessidades, muito embora se reconheça que os efeitos desses processos patológicos têm impacto maior que o próprio processo patológico em si (Brito, 2013).

O evento gerador de mudança leva à alteração de papéis, identidade, relações, habilidades e padrões de comportamento. Algumas das mudanças verificadas na pessoa afetada prendem-se com a dificuldade em participar no convívio social e familiar associado às refeições (podendo apresentar dificuldade em controlar a saliva, regurgitação nasal, tosse frequente) ou necessidades de adaptação da dieta. A figura do prestador de cuidados pode assim emergir ou redefinir-se com o objetivo de ajudar a pessoa com disfagia, nomeadamente com a aquisição dos alimentos, preparação da refeição, ajuste de consistências, ajuste de utensílios e gestão de complicações (Silva, 2007).

O enfermeiro está permanentemente num processo de recolha de dados e no caso da pessoa com disfagia, o momento formal da avaliação da capacidade de deglutição pode ser sensível para o processo de consciencialização da pessoa. Aliás, como refere Brito (2013) um comportamento publicamente observável ajuda a pessoa a identificar que algo mudou. Não se pode descorar contudo a importância da capacidade cognitiva da pessoa para compreender as mudanças que estão a ocorrer, já que isto pode ser determinante no desenvolvimento de competências (George, Kong, & Stewart, 2007) e para uma transição efetiva.

Habitualmente, a pessoa com estas alterações da deglutição tende a refugiar-se e isolar-se durante as refeições, não só por causa de manifestações como tosse e engasgamentos, mas frequentemente pelo tempo que demora a fazer a refeição e pelas

opções limitadas que possui na escolha dos alimentos ou mesmo pelo aspeto da dieta (Ribeiro, 2013).

O impacto que os problemas da deglutição têm na qualidade vida pessoa pode ser de tal forma severo que a leva a experienciar um conjunto de emoções negativas com significado psicológico importante. A angústia, a revolta, a tristeza, a solidão, o sentimento de impotência ou o sofrimento poderão neste caso dificultar o processo de transição (Hoeman, 2011; Meleis et al., 2000).

Estes doentes rejeitam muitas vezes as recomendações das alterações da dieta mas as suas preferências são muito importantes no processo de reabilitação (Colodny, 2005).

Atendendo ainda que a pessoa está inserida num determinado contexto social, económico e financeiro, o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental na ajuda da definição de estratégias ao nível da gestão de recursos materiais e humanos para um processo de transição facilitador (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Os suplementos alimentares são identificados pela pessoa com disfagia como limitações à adaptação da sua nova condição e, por outro lado, o apoio familiar e de amigos fatores facilitadores para a mudança (Matos, 2017).

O contributo do enfermeiro de reabilitação à pessoa com alterações da deglutição passa por uma parceria de cuidados conjunta no sentido do desenvolvimento de processos de adaptação eficazes face ao problema em causa (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Do ponto de vista do compromisso dos processos corporais, verifica-se que a deglutição afetada acarreta riscos e complicações para a pessoa, nomeadamente a desidratação, a desnutrição e a pneumonia de aspiração. Estas complicações podem culminar em internamentos que podem ser geradores de mudança de ideais, perceções, identidades, relações e rotinas. Se por um lado são momentos de vulnerabilidade por outro são momentos para uma crescente consciencialização acerca do processo de transição (Meleis et al., 2000).

No âmbito dos programas de intervenção do enfermeiro de reabilitação na deglutição distinguem-se duas vertentes de intervenção: a primeira com o objetivo de restaurar a função e a segunda em prevenir complicações minimizando o impacto da incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros as intervenções propostas para a maximização da capacidade funcional para a pessoa com alterações da deglutição incluem por exemplo exercícios de deglutição (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Por sua vez, e indo de encontro à temática deste trabalho, existem um conjunto de intervenções de enfermagem que incluem as técnicas posturais ou posturas compensatórias que não criam mudanças funcionais na fisiologia da deglutição mas que têm um papel preventivo na aspiração. A preparação da pessoa com disfagia inclui por isso intervenções ao nível dos

processos de ensino-aprendizagem sobre as técnicas posturais sendo que a preparação efetiva é promotora de uma transição facilitadora (Meleis et al., 2000).

O desenvolvimento de capacidades e competências da pessoa com alterações da deglutição permite a vivência da transição com sucesso indicando o fim do processo de transição. O papel do enfermeiro fica centrado na promoção do autocuidado, prevenindo complicações e maximizando capacidades, (Ordem dos Enfermeiros, 2018), mas não só, pois quando existem objetivos que podem ser alcançados por via da atitude do enfermeiro, significa que existem aspectos comportamentais das intervenções de enfermagem que são mais que a ação executada, correspondendo às terapêuticas de enfermagem, que são imprescritíveis (Silva, 2006).

1.5.1.1. Técnicas posturais protetoras da via aérea

A literatura descreve uma série de técnicas posturais que podem ser usadas pela pessoa quando a sua deglutição está comprometida, ficando subjacente que a terminologia usada para identificar as técnicas posturais varia de autor para autor. Optou-se pela terminologia utilizada de acordo com o movimento articular ou posicionamento corporal relacionado. Verifica-se que existem técnicas posturais “simples” e outras técnicas que conjugam mais que uma técnica que denominaremos de “conjugadas”.

Na revisão efetuada identificaram-se as seguintes técnicas posturais “simples”: flexão do pescoço; extensão do pescoço; rotação do pescoço para o lado lesado; inclinação do pescoço para o lado forte; decúbito lateral (para o lado “são”) e posição reclinada. Nas técnicas posturais “conjugadas” incluem-se flexão do pescoço seguido da extensão; rotação do pescoço para o lado lesado seguido de flexão; flexão do pescoço, rotação para o lado lesado e decúbito lateral para o lado lesado com elevação da cabeça durante a deglutição.

Na posição de flexão do pescoço (também denominada de queixo para baixo; em inglês conhecido por *chin-down* ou também conhecida por *chin tuck*), o indivíduo posiciona o pescoço durante a deglutição em ligeira flexão (Logemann, 1998). O autor Hoeman (2011) acrescenta que o queixo deve ficar a $\frac{3}{4}$ da sua distância normal do tronco. Está indicada para pessoas com dificuldade em controlar o bolo alimentar, com atraso no reflexo de deglutição e com dificuldade na proteção das vias aéreas. Por sua vez, não deve ser utilizada em pessoas com redução da constrição faríngea, com dificuldade em controlar a língua e em encerrar os lábios. Na opinião de Okada et al. (2007) a definição desta técnica pode subdividir-se em três tipos utilizando os seguintes termos: cabeça em flexão, pescoço em flexão e o movimento conjugado que contempla a cabeça e o pescoço em flexão.

A flexão da cabeça envolve a coluna cervical superior O-C1, C1-C2; a flexão do pescoço envolve a coluna cervical média e inferior C4-C5 e C5-C6. Concretamente, a posição de cabeça em flexão (O-C1, C1-C2) é efetiva quando se constata que a comida e resíduos ficam suspensos na região da valécula/epiglote, enquanto a posição de flexão do pescoço

(C4-C5 e C5-C6) é efetiva quando existe uma grande tensão no pescoço ou quando o reflexo da deglutição é fraco. Para Kagaya et al. (2011) qualquer uma destas posições deve ser devidamente avaliada por Videofluoroscopia ou videoendoscopia. Esta alteração de posição do pescoço aumenta o espaço valcular colocando a epiglote numa posição de proteção da via aérea (Logemann, 1998). O estudo de Ekberg e Sigurjonsson (1982) descreve três efeitos desta técnica: o encerramento da rima glótica (espaço entre as cordas vocais), o encerramento do vestíbulo laríngeo (componente da laringe) e a inclinação da epiglote. Estas mudanças anatómicas aumentam a probabilidade de reter o material nas valéculas face a um défice de controlo da língua ou atraso no reflexo da deglutição faríngea aumentando assim a proteção das vias aéreas, diminuindo risco de aspiração. Em geral, esta posição permite aumentar o tempo para preparar o bolo alimentar (porque aumenta a percepção sensorial e aumenta a ação da força da gravidade) antes de este ser propulsionado para a faringe, aumenta anatomicamente a valécula e por conseguinte horizontaliza a epiglote, estreita a via aérea superior uma vez que aproxima o palato mole da parede posterior da faringe (Lazarus, 2017; Logemann, 1998; Pauloski, 2008).

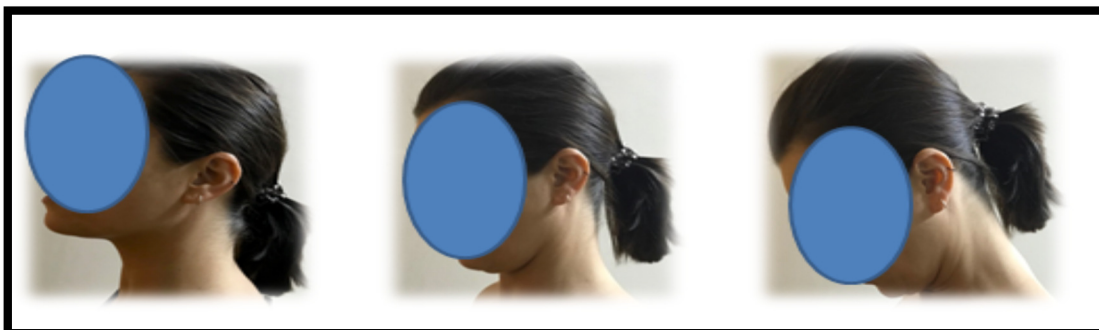
A posição de flexão do pescoço facilita o controlo do bolo alimentar, minimiza o escape precoce do bolo alimentar para a faringe e/ou laringe, atrasa o reflexo da deglutição (flexão do pescoço), diminui a dificuldade de encerramento da via aérea superior e inferior e os resíduos na valécula (cabeça em flexão) (Kagaya et al., 2011; Pauloski, 2008). O risco de aspiração diminui (Hoeman, 2011), sendo esta técnica particularmente eficaz quando há alterações que levam à aspiração antes da deglutição (Lazarus, 2017).

A posição de flexão do pescoço tem um efeito limitado na proteção fisiológica contra a aspiração em doentes com alterações neurológicas, contrariamente ao que popularmente se constata na prática clínica (Ashford et al., 2009). A eficácia desta técnica postural está indicada quando há presença de bolus nos seios piriformes (local onde o alimento passa antes de entrar no esôfago) (Macrae, Anderson, & Humbert, 2014).

Figura 4: Posição neutra

Figura 5: Cabeça em flexão

Figura 6: Pescoço em flexão



A posição de extensão do pescoço (também conhecida por “pescoço para trás”; “cabeça em extensão” ou “pescoço em hiperextensão”) refere-se à posição do pescoço numa direção posterior ou dorsal elevando-se o queixo antes de iniciar a deglutição, (Calvo,

Sunday, Macrae, & Humbert, 2017). Os autores Branco e Portinha (2017) por seu lado, referem que o indivíduo posiciona a cabeça, durante a deglutição, em ligeira extensão.

De acordo com Seeley et al. (2011; p. 258) a hiper-extensão define-se habitualmente como uma “*extensão anormal, forçada, de uma articulação para lá do seu limite de movimento normal (...). No entanto alguns profissionais de saúde definem hiper-extensão como o movimento normal de uma estrutura em direcção posterior à posição anatomia*” que não é aceite na nomenclatura portuguesa. Por este motivo optou-se por utilizar o termo extensão em vez de hiperextensão.

A técnica de extensão do pescoço está indicada para pessoas com ausência das estruturas orofaríngeas, indivíduos com alterações estruturais adquiridas graves na posição anterior da cavidade oral; pessoas com trauma facial e com diminuição do movimento da língua (Calvo et al., 2017; Rofes et al., 2010). Esta posição diminui o tempo de trânsito oral, por ação da força da gravidade. Está indicada nos casos de peristaltismo faríngeo (Rofes et al., 2010). Está contraindicada para indivíduos com redução da constrição faríngea devendo ser usada com precaução com alimentos líquidos (Vieira & Sousa, 2016). Uma vez que o alimento entra mais rapidamente na faringe, aumenta a probabilidade do mesmo penetrar precocemente na via aérea inferior (Jotz, Angelis, & Barros, 2009). Esta posição dificulta ainda elevação e anteriorização da laringe comparativamente a outras posições e facilita a propulsão do bolo para a faringe, diminui a dificuldade de encerramento da via aérea superior e inferior assim como os resíduos na valécula (Furkim, 2003). De acordo com Langmore e Miller (1994) a extensão do pescoço é descrita como efetiva para a eliminação da aspiração.

Figura 7: Extensão do pescoço



Na posição de rotação do pescoço para o lado lesado o indivíduo faz rotação do pescoço para o lado lesado, durante a deglutição do bolo alimentar (Hoeman, 2011) e o alimento deve ser mastigado para o lado não afetado, ou seja sem compromisso sensorial ou motor (Branco & Portinha, 2017). Está indicada para pessoas com alterações musculares unilaterais, como paralisia unilateral faríngea ou glótica (Logemann, 1998). Para pessoas com restrição do movimento do pescoço não se aconselha o uso desta postura (Pauloski, 2008). Esta posição promove uma pressão ao nível externo sobre uma prega vocal ou parte da epiglote que possa estar comprometida, o que faz com que estas sejam direcionadas à

linha média, melhorando o encerramento da via aérea inferior. Desta forma ocorre uma posteriorização da cartilagem cricoide e conseqüentemente maior diferenciação do espaço faríngeo, reduzindo a pressão exercida sobre esta no esfíncter esofágico superior (Logemann, 1998). O uso desta técnica facilita o controlo do bolo alimentar, melhora a deglutição em toda a extensão, aumenta o encerramento laríngeo, minimiza os resíduos na valécua e aumenta a capacidade de abertura do esfíncter esofágico superior (Lazarus, 2017; Logemann, 1998; Pauloski, 2008). Na técnica de rotação do pescoço existe um estreitamento ipsilateral de um dos seios piriformes que propulsiona o bolus para o seio piriforme contralateral. Acrescentando a isto, existe uma diminuição da pressão no esfíncter esofágico superior retardando o seu encerramento durante a deglutição permitindo a propulsão do bolus (Nagaya, Kachi, Yamada, & Igata, 1998).

Figura 8: Rotação do pescoço para o lado lesado



Na postura de inclinação do pescoço para o lado forte, durante a deglutição do bolo alimentar, o indivíduo deve aproximar a orelha para o ombro do lado não lesado durante a deglutição do bolo alimentar (Hoeman, 2011). Está indicada para lesões do nervo laríngeo superior; alterações unilaterais da cavidade oral como por exemplo a língua; lesão unilateral da faringe (Lazarus, 2017; Logemann, 1998). Os indivíduos com compromisso oral contralateral à lesão faríngea ou glótica e com restrição dos movimentos do pescoço não devem usar esta postura (Lazarus, 2017). Esta posição direciona o bolo alimentar para a hemifaringe sem alterações motoras e/ou sensitivas e com a ajuda da gravidade o bolo alimentar segue para o lado mais funcional da faringe (Pauloski, 2008). Através do uso desta técnica é possível facilitar o trânsito do bolo alimentar pelo lado sem compromisso e conseqüentemente minimizar a probabilidade de retenção faríngea, diminuir a dificuldade de encerramento da via aérea superior e inferior e dos resíduos na valécua (Lazarus, 2017; Logemann, 1998; Pauloski, 2008).

Figura 9: Inclinação do pescoço para o lado forte



Para Kagaya et al. (2011) a posição reclinada refere-se a um posicionamento da pessoa em dorsal, em que a cabeça é elevada, usando uma almofada na cabeça promovendo uma ligeira flexão do pescoço. Os indivíduos com dificuldade na progressão do bolo alimentar ao longo da cavidade oral podem utilizar a posição reclinada (Kagaya et al., 2011; Lazarus, 2017). Esta posição utiliza a gravidade para auxiliar a progressão do bolo alimentar até à faringe (Lazarus, 2017), permite que o bolo alimentar deslize ao longo da parede posterior da faringe, entrando facilmente pelo esófago (Kagaya et al., 2011). Uma posição reclinada em que a cabeça é elevada a 30° é frequentemente usada em pessoas com disfagia grave (Kagaya et al., 2011). Os autores Larnert e Ekberg (1995), no seu estudo com indivíduos com paralisia cerebral, concluíram que uma elevação a 30° na posição dorsal reduz o risco de aspiração. Com isto não quer dizer que a pessoa com disfagia não deva comer sentada, pelo contrário, comer numa posição sentada (90°) permite que coma fora da cama nas refeições. Para comer sem qualquer tipo de ajuda, deve estar a mais de 60°. O facto de permanecer em posição sentada por 2 horas após a refeição é indicado para prevenir o refluxo gastroesofágico.

Figura 10: Posição reclinada



Na posição de decúbito lateral existem duas situações a considerar: o decúbito lateral para o lado não lesado (DLNL) e o decúbito lateral para o lado lesado (DLL).

Com o posicionamento de decúbito lateral para o lado não lesado verifica-se que a força da gravidade ajuda a progressão do bolo alimentar (Kagaya et al., 2011). Por outro lado a posição de decúbito lateral para o lado lesado refere-se ao posicionamento da pessoa

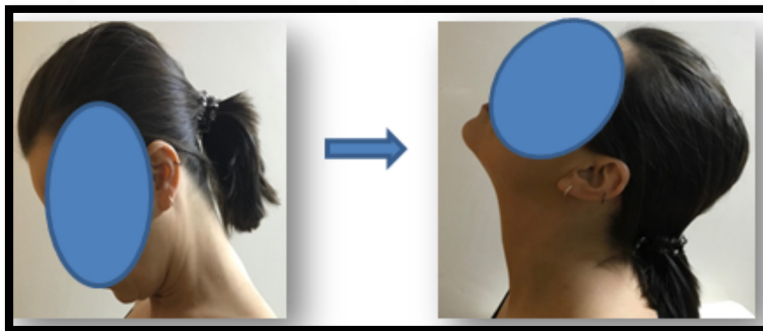
em decúbito lateral para o lado lesado, mas em que a pessoa eleva ligeiramente (movimento de rotação) da cabeça durante a deglutição (Logemann, 1998), ou seja, um movimento conjugado. Esta posição (DLL) tem como objetivo facilitar a manutenção do bolo alimentar na cavidade oral; possibilitar a progressão do mesmo da cavidade oral até ao esófago; minimizar ou eliminar os resíduos faríngeos resultantes da fraca contração do peristaltismo faríngeo sobre o lado não lesado ou da redução da elevação laríngea; aumentar o encerramento da via aérea superior e inferior (Jotz et al., 2009). Os efeitos da força da gravidade permitem uma progressão do bolo alimentar de uma forma mais segura e adequada e está indicada em situações de reduzido controlo oral (mobilidade língua); alteração da sensibilidade oral e/ou faríngea; paralisia unilateral dos constritores faríngeos (nervo craniano IX-glosssofaríngeo e X-vago); paralisia unilateral da laringe (nervo craniano X); hemilaringectomias; redução do peristaltismo. Está contraindicada em lesões bilaterais nos nervos cranianos glosssofaríngeo (IX) e vago (X) (Logemann, 1998). Outros autores descrevem que esta postura (DLL) demonstra-se eficaz em indivíduos cuja contração dos músculos da faringe é ineficaz, evitando a acumulação de resíduos alimentares nas vias aéreas superiores após a deglutição. Permite que os resíduos alimentares permaneçam na parede lateral da mesma após a primeira deglutição e, com as deglutições seguintes, possa mobilizar eficazmente esses resíduos, evitando a sua deslocação para as vias aéreas (Lazarus, 2017).

Figura 11: Decúbito lateral



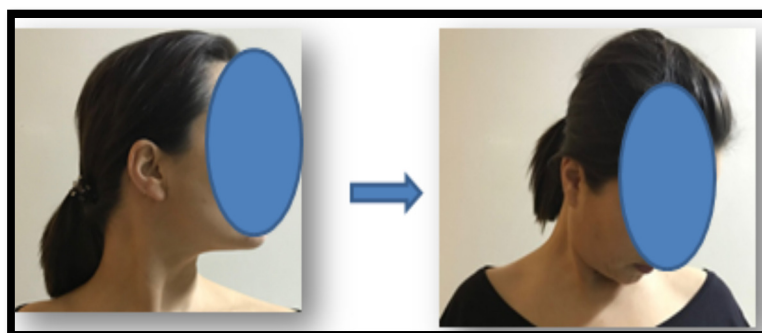
A posição de flexão do pescoço seguida de extensão está indicada para indivíduos com ausência de estruturas orais e/ou alterações adquiridas estruturais graves. Nas pessoas com redução da constrição faríngea e/ou controlo lingual reduzido e indivíduos com fraco encerramento labial está contraindicada. Durante a deglutição o indivíduo posiciona a cabeça em ligeira flexão e após a deglutição do bolo alimentar realiza a extensão da cabeça. A primeira posição permite aumentar o tempo para preparar o bolo alimentar antes de ser propulsionado para a faringe, aumenta anatomicamente a valécula e a via aérea superior porque aproxima o palato mole da parede posterior faríngea. A segunda posição torna mais difícil a elevação e anteriorização da laringe. Esta posição permite a conjugação dos objetivos das posições de flexão e extensão (Logemann, 1998).

Figura 12: Flexão do pescoço seguida de extensão do pescoço



Na posição de rotação do pescoço para o lado lesado seguida de flexão o indivíduo deve posicionar a cabeça em ligeira flexão e de seguida realizar rotação em flexão da cabeça para o lado lesado, deglutindo o bolo alimentar após ter assumido esta última posição (Logemann, 1998). Através destas posições é possível horizontalizar a epiglote e exercer uma pressão a nível externo sobre uma prega vocal ou parte da epiglote que possa estar comprometida, melhorando o encerramento da via aérea inferior. Desta forma, ocorre uma posteriorização da cartilagem cricoide e conseqüentemente maior diferenciação do espaço faríngeo, reduzindo a pressão exercida sobre esta no esfíncter esofágico superior (Furkim & Santini, 2004). O objetivo é aumentar o encerramento laríngeo; minimizar os resíduos na valécula; melhorar a deglutição em toda a extensão. Está indicada para pessoas com hipotonia generalizada, hemiparesia, alterações do nervo craniano IX; indivíduos com fraco encerramento labial; redução do encerramento laríngeo. Está contraindicada para pessoas com restrição do movimento do pescoço; indivíduos com fraco encerramento labial (Furkim & Santini, 2004; Logemann, 1998).

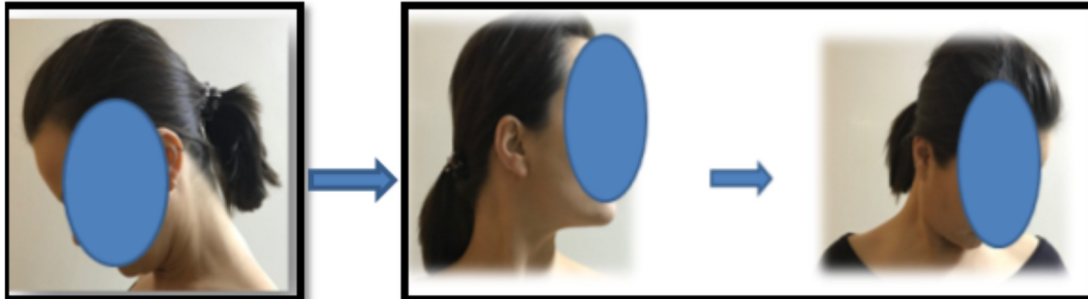
Figura 13: Rotação do pescoço para o lado lesado seguida de flexão



Esta técnica postural está indicada para pessoas com hipotonia generalizada, hemiparesia ou com alterações do par craniano IX. Por sua vez está contraindicada em pessoas com problemas na mobilização do pescoço ou com fraco encerramento labial. A conjugação destas posições permite horizontalizar a epiglote e exercer uma pressão a nível externo sobre uma corda vocal ou parte da epiglote que possa estar afetada. Desta forma melhora o encerramento da via aérea inferior, ocorrendo posteriorização da cartilagem cricoide e conseqüente maior diferenciação do espaço faríngeo levando à redução da pressão

exercida sobre esta no esfíncter esofágico superior. Este posicionamento permite então aumentar o encerramento laríngeo, minimizar os resíduos na valécula e melhorar assim a deglutição em toda a sua extensão.

Figura 14: Flexão do pescoço e rotação para o lado lesado



2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros constitui-se um desafio constante, exigindo um processo de decisão sistematizado e devidamente suportado pela evidência (Craig & Smyth, 2004).

Neste capítulo pretende-se explicar o percurso metodológico efetuado tendo por base o modelo de referência para revisões sistemáticas do Instituto Joanna Briggs® (JBI), descrevendo o tipo de estudo, o protocolo desenvolvido, assim como os objetivos do estudo.

2.1. Tipo de estudo

Ao longo do tempo, com o aumento significativo de produção científica nas diversas áreas do saber, houve necessidade de identificar, reconhecer e sintetizar as evidências científicas através das revisões sistemáticas (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, Takahashi, & Bertolozzi, 2011).

Na área da saúde esta situação é particularmente relevante uma vez que são produzidos mais de trinta mil estudos biomédicos anualmente e milhões de citações listadas em bases de dados da saúde (Aromataris & Munn, 2017).

A produção científica no âmbito da enfermagem é de tal forma volumosa e vasta, que é difícil para os enfermeiros uma atualização contínua. Por outro lado, a qualidade dessa evidência deve garantir um resultado de pesquisa conclusivo e em conformidade com aquilo que pretende investigar, o que nem sempre acontece. Ora, as revisões sistemáticas pretendem garantir isso mesmo, sintetizar a investigação com um desenho explícito e rigoroso (Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2001).

A tarefa de transferir as evidências científicas para a prática dos cuidados de enfermagem nem sempre é fácil e, para melhorar a qualidade dos mesmos há a necessidade de integrar a Prática Baseada na Evidência (Craig & Smyth, 2004). A PBE na enfermagem é um método de resolução de problemas que integra a evidência através da investigação, a prática clínica e a interpretação das necessidades e perspetivas dos doentes na decisão clínica, no sentido de melhorar os cuidados prestados.

A promoção da PBE é levada a cabo por diversas instituições, entre as quais o Instituto Joanna Briggs®. O Instituto Joanna Briggs® é um centro internacional de pesquisa e desenvolvimento sem fins lucrativos, dentro da Faculdade de Saúde e Ciências Médicas da Universidade de Adelaide. Este instituto colabora internacionalmente com mais de setenta entidades, nomeadamente em Portugal com o *Portugal Centre for Evidence Based Practice: an affiliate centre of the JBI®* (Apóstolo, 2017).

Dentro de um quadro lógico e conceptual, verifica-se que o modelo defendido pelo JBI® pretende o raciocínio e crítica sobre os cuidados de saúde baseados em evidência assim como compreender a melhoria da saúde global (Aromataris & Munn, 2017).

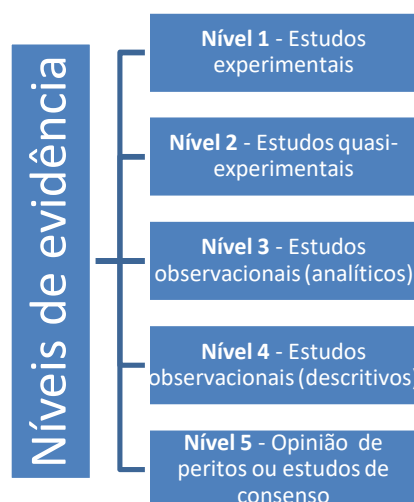
A escolha da metodologia do JBI® deve-se ao facto de centrar o seu foco em áreas da saúde, nomeadamente na enfermagem através do *The Joanna Briggs Institute for Evidence based Nursing and Midwifery*® mas também pelas *checklists* para a avaliação da qualidade metodológica dos artigos a incluir na RSL, grelha para a extração de dados entre outros.

O JBI® define níveis de evidência em que mediante os dados gerados pelas RSL definem-se graus de recomendação que devem ser coerentes com o delineamento metodológico utilizado (Aromataris & Munn, 2017).

Partindo dos pressupostos detalhados surge a criação desta RSL, que pretende identificar e compreender de que forma as mudanças posturais da pessoa com alterações da deglutição influenciam a proteção das vias aéreas, nomeadamente, ocorrências de aspiração e pneumonias de aspiração. Desta forma visa constituir um contributo imprescindível para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros de reabilitação e da qualidade dos cuidados prestados já que “...a prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação incorpora os resultados da investigação, as orientações das boas práticas dos cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados na evidência” (Ordem dos Enfermeiros, 2018; p. 7,8).

Na Figura 15 apresenta-se a classificação dos níveis de evidência de acordo com o tipo de estudo, segundo o Instituto Joanna Briggs®.

Figura 15: Níveis de evidência do JBI ®



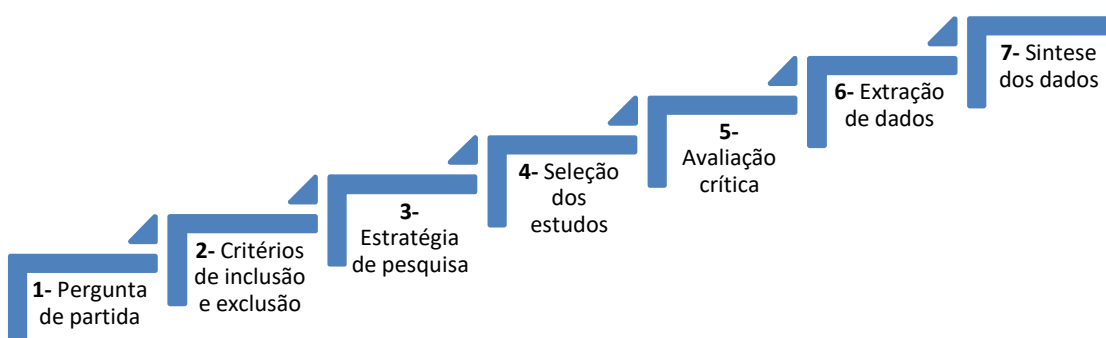
Fonte: Adaptado de (Aromataris & Munn (2017))

2.2. Protocolo de pesquisa da Revisão Sistemática da Literatura

A forma como as revisões sistemáticas são conduzidas pode variar e os métodos utilizados dependerem da pergunta de partida ou da preferência dos próprios autores (Aromataris & Pearson, 2014). Na opinião de Apóstolo (2017) os métodos explícitos, sistemáticos e reprodutíveis utilizados nas RSL têm por objetivo minimizar tipos de viesés, garantido por isso resultados mais fiáveis que fundamentam as conclusões e as decisões levadas a cabo.

Na base das RSL estão as fases que a constituem tal como demonstra a Figura 16:

Figura 16: Faseologia da RSL



Fonte: Adaptado de (Aromataris & Munn (2017))

A definição do protocolo de pesquisa garante que a revisão é conduzida com rigor, sendo uma etapa essencial do estudo (Aromataris & Munn, 2017). O protocolo deve ser desenvolvido antes mesmo de elaborar a RSL (Aromataris & Pearson, 2014). A elaboração do protocolo permite a redução de vieses já que é possível através de um método claramente definido planear a congregação, avaliação e síntese os estudos. O protocolo permite que a RSL seja replicada, se necessário (Bettany-Saltikov, 2012).

Para este estudo empírico formulou-se o protocolo de pesquisa de que se encontra no ANEXO I. Assim, numa fase inicial define-se o título do protocolo da revisão sistemática que deve ser claro, descritivo, específico e conciso; não deverá ser formulado como uma pergunta (Aromataris & Munn, 2017). O uso das mnemónicas PICO (População, Intervenção/interesse ou exposição, Controlo ou comparador e resultados a serem medidos/*Outcomes*) ajudam a clarificar não só a estrutura do título mas também a pergunta de partida (Craig & Smyth, 2004).

No protocolo, a introdução/*background* acerca do tema expõe a temática em estudo de forma explícita e abrangente. A introdução/*background* é um ponto de situação acerca do tema em estudo e deve estar escrita de forma simples para leitores não especializados, com detalhes suficientes para justificar a realização da RSL (Aromataris & Pearson, 2014).

Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão do estudo, os critérios devem ser aceitáveis e devidamente fundamentados. A definição destes critérios é essencial já que serão usados no processo de seleção de artigos. Os critérios de exclusão permitem ainda diminuir ambiguidades. Existem dois tipos de critérios de inclusão: baseados nas características do estudo e critérios baseados em características da publicação. Os primeiros são aqueles relacionados aos tipos de participantes e configurações, tipos de intervenções, comparadores, tipos e medidas de resultado e tipos de estudo. Os segundos estão relacionados com a data da publicação, idioma de publicação e tipo de publicação. Os critérios de inclusão também deverão obedecer aos critérios da estrutura PICO (Aromataris & Munn, 2017).

Para a definição de critérios no âmbito da população pode considerar-se o seguinte: idade, género, etnia, diagnóstico, critério de diagnóstico, estadio ou gravidade da doença e doenças coexistentes (Aromataris & Munn, 2017). No que se refere à intervenção poderá estar especificada a natureza da intervenção, frequência, intensidade, tempo e detalhes sobre quem a executa. Os resultados devem ser mensuráveis e adequados aos objetivos e questão formulados. Por outro lado, não devem ser demasiado restritivos sob risco de se excluírem estudos potencialmente relevantes. Os critérios também não devem ser muito detalhados sob pena de tornar a triagem dos estudos muito demorada e confusa.

Relativamente ao tipo de estudos primários a incluir na revisão é importante adequar o desenho do estudo. No caso desta RSL ligada à eficácia de uma intervenção, é aconselhável a inclusão, por exemplo, de estudos randomizados (Aromataris & Munn, 2017).

Nesta revisão ao abarcar todos os tipos de estudos primários há que ter em conta que na síntese de dados deverá haver referência ao risco dos diferentes estudos (Tufanaru, Munn, Stephenson, & Aromataris, 2015). De acordo com Joanna Briggs Institute (2014) a data de publicação dos artigos define que o horizonte temporal escolhido deve ser bem fundamentado. Nas revisões sistemáticas é fundamental a identificação de todos os estudos relevantes, publicados ou não, acerca do tema abordado.

A estratégia de pesquisa deve ser ampla, com recurso a diferentes fontes de informação: bases de dados eletrónicas, busca manual, consulta das listagens das referências bibliográficas, eventual contacto com investigadores e consulta de material não publicado ou literatura cinzenta (Galvão, Sawada, & Trevizan, 2004; Joanna Briggs Institute, 2017). A estratégia de pesquisa deve incluir por isso a identificação de palavras-chave, a formulação da estratégia de pesquisa para cada base de dados e a pesquisa de estudos adicionais através das referências bibliográficas de artigos do estudo.

Os autores devem, sempre que possível, recorrer a um conselho de um bibliotecário especialista em pesquisa para desenvolver uma estratégia de busca.

Os autores Craig e Smyth (2004) referem alguns fatores que condicionam a escolha das bases de dados eletrônicas para a pesquisa: o assunto específico a pesquisar, a disponibilidade e a facilidade/dificuldade em pesquisar.

De forma a encontrar ou a definir os termos sinónimos para cada componente da questão de partida (população, intervenção, comparação, resultado) pode recorrer-se a termos indexados ou a termos livres. Os termos indexados são usados nas bases de dados eletrônicas e os termos livres são identificados a partir da leitura livre de forma a encontrar termos usados no dia-a-dia. Desta forma fica garantida uma pesquisa específica e sensível (Bettany-Saltikov, 2012).

A seleção dos estudos para a revisão sistemática obedece a um método definido que inclui duas fases: a primeira fase envolve a leitura e análise dos conteúdos do título/resumo do estudo e a segunda fase a leitura e análise integral do estudo mas também tem por base os critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo (Bettany-Saltikov, 2012; Joanna Briggs Institute, 2017).

De acordo com Pereira e Bachion (2006), na primeira fase de seleção dos dados deve ser criado um instrumento de relevância inicial (Teste de relevância preliminar ou Teste de relevância I) que é composto por uma série de questões que devem gerar respostas afirmativas ou negativas. O processo de seleção dos estudos deve estar claramente definido, a fim de poder ser replicado e para ficarem identificados os estudos que seguem para análise integral e os que ficam excluídos.

A qualidade dos estudos incluídos na RSL influencia a utilidade da mesma (Galvão et al., 2004). Por outro lado, pretende determinar até que ponto um estudo excluiu ou minimizou a possibilidade de viés no seu desenho, condução e análise. O viés refere-se a erros sistemáticos no desenho, condução e análise de estudos quantitativos que podem comprometer a validade das inferências desses estudos.

A avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão sistemática tem como objetivo explícito a identificação do risco de diversos vieses nesses estudos. O JBI® usa ferramentas de avaliação crítica padronizadas para a avaliação do risco de diversos vieses encontrados nos estudos. A avaliação crítica deve ser realizada por dois investigadores de forma independente com recurso ao instrumento em vigor. O terceiro investigador deverá ser incluído para situações de divergência (Aromataris & Munn, 2017).

A fase de avaliação crítica da revisão é um exercício complexo, profundo, crítico, sistemático e difícil (Aromataris & Munn, 2017; Galvão et al., 2004).

A partir do uso dos instrumentos de avaliação metodológica cabe à equipa de investigadores a decisão de excluir os estudos de baixa qualidade metodológica, explicando e justificando os critérios e decisão (Aromataris & Munn, 2017).

A RSL também tem que ter em conta os recursos humanos necessários e técnicos; os autores devem considerar no mínimo a existência de dois investigadores que avaliarão de forma independente a qualidade metodológica de cada artigo selecionado (Sampaio & Mancini, 2007).

Recomenda-se que os resultados da avaliação crítica sejam utilizados na fase de síntese da revisão, para a análise crítica do impacto da qualidade metodológica dos estudos sobre os resultados (Aromataris & Munn, 2017).

O item da extração dos dados é uma etapa do protocolo que ajuda na extração de dados e mostra os instrumentos que serão utilizados no estudo assim como eventuais procedimentos para resolver divergências entre investigadores. A extração de dados completa e precisa é essencial para uma revisão sistemática de boa qualidade. Os investigadores devem considerar cuidadosamente todos os dados relevantes que devem ser extraídos para o estudo, nomeadamente o foco da revisão, os objetivos e os critérios de inclusão. O protocolo de revisão deve especificar se os autores dos estudos serão contactados pelos investigadores para esclarecer os dados existentes, solicitar dados ausentes ou dados adicionais. O protocolo de revisão deve especificar a abordagem pré-planeada para as situações em que há várias publicações para o mesmo estudo, para dados ausentes e para conversão ou transformação de dados (Aromataris & Munn, 2017).

Na síntese dos dados, a última etapa do protocolo de pesquisa pretende-se definir a forma como os dados serão apresentados na RSL. Numa RSL de eficácia existem duas formas de síntese: síntese estatística (meta-análise) e síntese narrativa.

2.2.1. Formulação do título e pergunta de partida

A alteração da capacidade para deglutir pode manifestar-se por um comprometimento mais ou menos grave da sua eficácia na prevenção da aspiração. As consequências das alterações da capacidade de deglutição mais frequentes são a desnutrição, a desidratação, a aspiração, a pneumonia de aspiração, os fatores sociais e psicológicos, os fatores económicos, as alterações da qualidade de vida e o aumento da mortalidade.

A intervenção dos enfermeiros de reabilitação assenta por isso no restabelecimento da deglutição normal, na melhoria da qualidade de vida do indivíduo pela maximização do potencial funcional ou compensatório. A elaboração de programas de intervenção individualizados, nomeadamente aqueles que reforçam os comportamentos adequados à situação, sejam os chamados posturais compensatórios, sejam exercícios para melhorar o controlo motor, devem ser capazes de causar por isso efeitos benéficos, eficazes e/ou eficientes (Branco & Portinha, 2017).

Tendo por base que o comprometimento da capacidade de deglutição poderá afetar a proteção das vias aéreas e que as técnicas posturais são utilizadas como métodos

compensatórios nos processos de reabilitação, decidiu-se a realização desta RSL para compreender a eficácia destas técnicas na prevenção da aspiração.

Depois de formulada a pergunta de partida, é conveniente fazer uma pesquisa rápida de outras RSL relacionadas a fim de se evitar uma RSL duplicada. Nesta fase poderão existir duas situações: a constatação de que não existem RSL com este tema ou que as RSL existentes estão desatualizadas ou que são de baixa qualidade (Bettany-Saltikov, 2012; Joanna Briggs Institute, 2017).

No caso de existir uma revisão sistemática com o mesmo tema, há que fazer um conjunto de questões, nomeadamente: se a data da última atualização tem mais de três anos; se é uma revisão de alta qualidade e se é bem conduzida; se os métodos refletem os critérios específicos de interesse para o tema proposto e se existe uma lacuna específica em termos de população ou nos resultados de intervenção que não foi bem abordada na revisão em causa (Bettany-Saltikov, 2012).

Foram efetuadas pesquisas sobre a existência de RSL com esta temática verificando-se apenas uma (Sousa, 2013) com critérios distintos relativamente à população e intervenção. Por reunião de consenso decidiu-se continuar a revisão até porque não tem atualização e tem mais de três anos.

Nesta revisão definiu-se a existência de dois investigadores sendo que poderá existir um terceiro para a resolução das discordâncias, facto que é descrito no protocolo desta RSL.

Para este protocolo estabeleceu-se o seguinte título de acordo com as orientações do JBI®:

A eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração na pessoa com compromisso da deglutição: uma Revisão Sistemática da Literatura

A formulação da pergunta de partida é um passo considerado muito sensível na elaboração do protocolo da RSL pois pode comprometer a qualidade da revisão (Galvão et al., 2004).

Tendo por base o descrito anteriormente formulou-se a seguinte pergunta de partida (PICO):

Tabela 4: Pergunta PICO

P - População	I - Intervenção	C - Comparação	O - Resultados
Adultos com a deglutição comprometida	Técnicas posturais	-	Prevenção da aspiração/pneumonia de aspiração

Fonte: Adaptado de (Aromataris & Munn (2017))

As técnicas posturais previnem a aspiração/pneumonia de aspiração em adultos com a deglutição comprometida?

Para cada conceito utilizado na construção da pergunta PICO considerou-se pertinente a clarificação dos conceitos centrais: deglutição, aspiração, pneumonia de aspiração, técnicas posturais e eficácia.

Tabela 5: Definição de conceitos

Conceitos-chave	Definições
ASPIRAÇÃO	<p>“... <i>inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou os pulmões</i>”(International Council of Nurses, 2016).</p> <p>Presença de material orofaríngeo (alimentos - líquidos e sólidos, substâncias orgânicas, secreções orais, tóxicas, entre outras) pela laringe, abaixo das cordas vocais, atingindo os pulmões (Logemann, 2008; Oliveira et al., 2015).</p>
PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO	Infeção aguda ao nível pulmonar que ocorre após aspiração de conteúdo da orofaringe ou gastrointestinal superior em grandes volumes (Son, Shin, & Ryu, 2017).
DEGLUTIÇÃO	“ <i>Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago</i> ” (International Council of Nurses, 2016).
TÉCNICAS POSTURAIS	“ <i>As técnicas posturais compreendem as alterações da postura do indivíduo que vão afetar o modo como a gravidade impulsiona os alimentos ao longo da faringe</i> ” (Hoeman, 2011).
EFICÁCIA	“ <i>até que ponto uma intervenção quando usada adequadamente, atinge o efeito pretendido</i> ” (Aromataris & Munn, 2017)

2.2.2. Objetivos da revisão sistemática da literatura

Os objetivos refletem habitualmente aquilo que o investigador pretende atingir. Os objetivos devem ser claros e concisos de forma a retratar todos os elementos da pergunta PICO (Bettany-Saltikov, 2012).

Esta RSL tem como o objetivo geral identificar a eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração em adultos com compromisso da deglutição.

Definiram-se como objetivos específicos: identificar as técnicas posturais na prevenção da aspiração em adultos com compromisso da deglutição e compreender o efeito das técnicas posturais na prevenção da aspiração em adultos com compromisso da deglutição.

2.2.3. Critérios de inclusão e de exclusão

Definiram-se para esta RSL os seguintes critérios de inclusão e de exclusão de acordo com a tabela seguinte:

Tabela 6: Critérios de inclusão e exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	TIPO DE ESTUDOS	Estudos Primários Idioma: português, espanhol, francês ou inglês	Estudos primários: correspondem a investigações originais (Bettany-Saltikov, 2012). A inclusão de todos os estudos primários até à data definida deve-se ao facto de se constatar que a existência de estudos de qualidade e em quantidade sobre este tema é escasso.
	CORTE TEMPORAL	Estudos publicados até Dezembro de 2016.	
	POPULAÇÃO	Maiores de 18 anos. Com disfagia validada por exames auxiliares de diagnóstico (VFC, outros...).	
	INTERVENÇÃO	Estudos que investigam o uso de técnicas posturais (cabeça, pescoço e o corpo no global) na prevenção da aspiração ou pneumonia de aspiração.	
	COMPARAÇÃO	-	
	RESULTADOS	Os estudos devem avaliar a ocorrência ou não da aspiração ou pneumonia de aspiração.	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	TIPO DE ESTUDOS	Estudos Secundários	Estudos Secundários: correspondem a revisões das investigações originais (Bettany-Saltikov, 2012)

2.2.4. Método de identificação de evidências científicas

Nesta etapa pretende-se explicar todas as fontes de informação que serão pesquisadas e a estratégia de pesquisa.

Na fase inicial da definição da estratégia de pesquisa, foram realizadas reuniões com um responsável da biblioteca da ESEP com experiência neste tipo de pesquisa.

Tendo por base que a evidência científica nesta área é escassa e com qualidade variável decidiu-se incluir todos os estudos até Dezembro de 2016.

De facto, mesmo quando a evidência é limitada ou inexistente, o papel das RSL passa por resumir as melhores evidências disponíveis sobre uma determinada temática, fornecendo a melhor evidência para informar a tomada de decisões e para futuras necessidades de investigação clínica (Joanna Briggs Institute, 2014).

Ficou definido que os idiomas escolhidos seriam o inglês, francês, português e espanhol por se tratar de idiomas em que os autores mostravam maior domínio.

Para a identificação das palavras-chave mais adequadas recorreu-se a descritores na área da saúde em inglês e português respetivamente *MeSH Browser*® (*medical subject headings*) e ao *DeCS*® (descritores em ciências da saúde).

Tabela 7: Descritores MeSH Browser®, DeCS® e termos livres

Mesh terms	Desc terms	Outros termos ingles (termos não indexados/livres)
dysphagia; "deglutition disorders"; "Swallowing disorders"; "oropharyngeal dysphagia"; position; posture; "patient positioning"; aspiration; pneumonia; "Aspiration pneumonia"; "Respiratory"; "Respiratory Aspiration of Gastric Contents"; patient; client; adult; prevention; control	"Transtornos de Deglutição"; Disfagia; Postura; "Modalidades de Posição"; "Pneumonia Aspirativa "; Aspiração; rotação	"postural interventions"; "chin down"; "chin-down"; "chin tuck"; "chin-tuck"; "head turn"; "head-turn"; "side lying"; "side-lying"; "head rotation"; "head-rotation"; flexion; hiperflexion; "hiper-flexion"

Assim que criadas as listas de termos é necessário juntá-las para obter a combinação das componentes necessárias, formando a frase booleana. A junção dos termos é realizada através de dois conceitos: *AND* e *OR*. O termo *AND* combina termos ou frases; o termo *OR* possibilita a seleção de uma ou outro termo/frase. No caso de desejar excluir termos/frases de uma pesquisa é utilizado o conceito *NOT*, no entanto deve ser empregue com cautela, pois há o risco de excluir artigos (Craig & Smyth, 2004). Adicionalmente à pesquisa existem instrumentos que podem ajudar a redefinir a estratégia de pesquisa como o corte, *wild-card*

(* \$?), termos do índice e léxico. O corte, representado por * é um corte para poupar tempo, fazendo com que todas as variações de uma palavra não tenham de ser escritas como parte da estratégia de pesquisa. A lógica booleana refere-se à combinação destes termos.

Desta forma ficou definida a frase booleana deste estudo:

((dysphagia OR "deglutition disorders" OR "Swallowing disorders" OR "oropharyngeal dysphagia" OR "swallowing therap*") AND (patient* OR client*) AND adult*) AND ((position OR posture OR "patient positioning" OR "postural interventions") AND ("chin up" OR "chin down" OR "chin-down" OR "chin tuck" OR "chin-tuck" OR "head turn" OR "head-turn" OR "side lying" OR "side-lying" OR "head rotation" OR "head-rotation" OR "head extension" OR "head flexion" OR "head turn")) AND (((aspiration AND pneumonia) OR aspiration OR "aspiration pneumonia" OR (respiratory AND aspiration) OR "Respiratory Aspiration of Gastric Contents") AND (prevention OR control))

Tendo em conta as bases de dados identificadas para a pesquisa e a frase booleana procedeu-se então à pesquisa dos artigos.

Saliente-se ainda que existem bases de dados em que se pode definir desde logo o limite temporal, a língua, desenho dos estudos, entre outras opções. Para cada base de dados a pesquisar o importante é adequar a pesquisa (Bettany-Saltikov, 2012).

No protocolo de revisão devem estar identificadas as bases de dados utilizadas, a estratégia de pesquisa para cada uma e a identificação da data do prazo em que a pesquisa foi realizada (Aromataris & Munn, 2017).

Após reunião de consenso foram definidas as bases de dados e respetiva estratégia de pesquisa: CINAHL® (EBSCO HOST via ESEP); Cochrane Central Register of Controlled Trials Central)® (EBSCO HOST via ESEP); MEDLINE® (EBSCO HOST via ESEP); SCOPUS®; SciELO Citation Index®.

Tabela 8: Descrição das bases de dados e estratégia de pesquisa

Base de Dados	Estratégia de Pesquisa
<p>CINAHL® Complete (EBSCO HOST via ESEP)</p> <p>É a fonte de textos completos para periódicos científicos sobre enfermagem e saúde mais abrangente do mundo, fornecendo o texto completo de mais de 1.300 periódicos indexados no CINAHL. Este arquivo confiável contém o texto completo da maioria das revistas mais usadas no índice CINAHL, sem embargos. O CINAHL® Complete é a ferramenta de pesquisa definitiva para todas as áreas da literatura sobre enfermagem e saúde em geral (Ebscohost).</p>	<p>((dysphagia OR "deglutition disorders" OR "Swallowing disorders" OR "oropharyngeal dysphagia" OR "swallowing therap*") AND (patient* OR client*) AND adult*) AND ((position OR posture OR "patient positioning" OR "postural interventions") AND ("chin up" OR "chin down" OR "chin-down" OR "chin tuck" OR "chin-tuck" OR "head turn" OR "head-turn" OR "side lying" OR "side-lying" OR "head rotation" OR "head-rotation" OR "head extension" OR "head flexion" OR "head turn")) AND (((aspiration AND pneumonia) OR aspiration OR "aspiration pneumonia" OR (respiratory AND aspiration) OR "Respiratory Aspiration of Gastric Contents") AND (prevention OR control))</p> <p style="text-align: center;">Filtros ativados: até Dezembro de 2016</p>
<p>Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central)® (EBSCO HOST via ESEP)</p> <p>É o principal recurso para revisões sistemáticas em cuidados de saúde. O CDSR inclui Revisões Cochrane (revisões sistemáticas) e protocolos para revisões Cochrane, bem como editoriais. O CDSR também tem suplementos ocasionais. O</p>	<p>((dysphagia OR "deglutition disorders" OR "Swallowing disorders" OR "oropharyngeal dysphagia" OR "swallowing therap*") AND (patient* OR client*) AND adult*) AND ((position OR posture OR "patient positioning" OR "postural interventions") AND ("chin up" OR "chin down" OR "chin-down" OR "chin tuck" OR "chin-tuck" OR "head turn" OR "head-turn" OR "side lying" OR "side-lying" OR "head rotation" OR "head-rotation" OR "head extension" OR "head flexion" OR "head turn")) AND (((aspiration AND pneumonia) OR aspiration OR "aspiration pneumonia" OR (respiratory AND aspiration) OR</p>

<p>CDSR é atualizado regularmente, uma vez que as revisões da Cochrane são publicadas "quando prontas" e formam questões mensais (Cochranelibrary).</p>	<p>"Respiratory Aspiration of Gastric Contents") AND (prevention OR control))</p> <p>Filtros ativados: até 2016</p>
<p>MEDLINE® (EBSCO HOST via ESEP) Oferece informações reconhecidas sobre medicina, enfermagem, odontologia, veterinária, sistema de saúde e ciências pré-clínicas. Além disso, a base de dados fornece texto completo para mais de 1.470 periódicos indexados no MEDLINE. Destes, mais de 1.450 possuem indexação de capa a capa, dos quais, 558 não são encontrados com texto completo em qualquer versão do Academic Search, Health Source ou Biomedical Reference Collection (Ebscohost).</p>	<p>((dysphagia OR "deglutition disorders" OR "swallowing disorders" OR "oropharyngeal dysphagia" OR "swallowing therap*") AND (patient* OR client*) AND adult*) AND ((position OR posture OR "patient positioning" OR "postural interventions") AND ("chin up" OR "chin down" OR "chin-down" OR "chin tuck" OR "chin-tuck" OR "head turn" OR "head-turn" OR "side lying" OR "side-lying" OR "head rotation" OR "head-rotation" OR "head extension" OR "head flexion" OR "head turn")) AND (((aspiration AND pneumonia) OR aspiration OR "aspiration pneumonia" OR (respiratory AND aspiration) OR "Respiratory Aspiration of Gastric Contents") AND (prevention OR control))</p> <p>Filtros ativados: até Dezembro de 2016</p>
<p>SCOPUS®</p> <p>É a maior base de dados de resumos e citações da literatura revista por especialistas: periódicos científicos, livros e conferências (Elsevier)</p>	<p>((dysphagia OR "deglutition disorders" OR "swallowing disorders" OR "oropharyngeal dysphagia" OR "swallowing therap*") AND (patient* OR client*) AND adult*) AND ((position OR posture OR "patient positioning" OR "postural interventions") AND ("chin up" OR "chin down" OR "chin-down" OR "chin tuck" OR "chin-tuck" OR "head turn" OR "head-turn" OR "side lying" OR "side-lying" OR "head rotation" OR "head-rotation" OR "head extension" OR "head flexion" OR "head turn")) AND (((aspiration AND pneumonia) OR aspiration OR "aspiration pneumonia" OR (respiratory AND aspiration) OR "Respiratory Aspiration of Gastric Contents") AND (prevention OR control))</p> <p>Filtros ativados: até 2016</p>
<p>SciELO Citation Index®</p> <p>É uma base de dados eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos ibero-americanos. A rede de coleções SciELO se estende por outros países da América Latina (Argentina, Chile, Cuba, Venezuela, Peru, Colômbia, Costa Rica, México,, Uruguai), Espanha e Portugal, além de coleções especializadas na área de Saúde Pública e Ciências Sociais. Abrange mais de 1000 revistas de acesso livre e em texto completo (Goldenberg, Castro, & Azevedo, 2007)</p>	<p>((dysphagia OR "deglutition disorders" OR "swallowing disorders" OR "oropharyngeal dysphagia" OR "swallowing therap*") AND (patient* OR client*) AND adult*) AND ((position OR posture OR "patient positioning" OR "postural interventions") AND ("chin up" OR "chin down" OR "chin-down" OR "chin tuck" OR "chin-tuck" OR "head turn" OR "head-turn" OR "side lying" OR "side-lying" OR "head rotation" OR "head-rotation" OR "head extension" OR "head flexion" OR "head turn")) AND (((aspiration AND pneumonia) OR aspiration OR "aspiration pneumonia" OR (respiratory AND aspiration) OR "Respiratory Aspiration of Gastric Contents") AND (prevention OR control))</p> <p>Filtros ativados: 1999 (limite inferior pré-definido por esta BD) até 2016</p>

Nesta fase emergem assim os primeiros artigos desta revisão que de forma sistemática foi levada a cabo por dois investigadores de forma independente. Todas as bases de dados totalizaram 432 títulos de artigos. A remoção dos títulos duplicados foram de 86 ficando 346 títulos para prosseguir para os testes/instrumentos de triagem.

Tabela 9: Identificação dos estudos

Bases de Dados	Filtros ativados (data de publicação)	Resultados Encontrados
CINAHL Plus® (EBSCO HOST® via ESEP)	Até Dezembro de 2016	189
Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central) ® (EBSCO HOST® via ESEP)		1
MEDLINE® (EBSCO HOST® via ESEP)		97
SCOPUS® (Science Verse® via ESEP)		139
WEB OF SCIENCE (SciELO®Citation Index)		6
TOTAL		432
Após remoção de duplicados (86)		
TOTAL		346

Para que não existissem estudos duplicados foi necessário removê-los e assim evitar enviar o número de artigos. Após uma reunião de consenso e a confrontação das fichas de pesquisa de cada um dos investigadores, estes concluíram que o número de artigos encontrados foram os mesmos.

Relativamente à busca manual, esta deve ser efetuada em periódicos que não estão indexados nas bases de dados eletrónicas definidas ou que eventualmente foram indexados mas que a busca não é praticável. A verificação das referências bibliográficas dos estudos permite a identificação de outros estudos de interesse (Bettany-Saltikov, 2012). O contacto com investigadores que abordam a área de interesse pode ser efetuado por telefone, correio eletrónico, ou outro e está dependente da atitude e relação que se estabelece entre os envolvidos (investigadores e autores). Convém esclarecer nesta fase que não está bem descrito o método para a identificação de material não publicado/não comercializado/material da *web* oculto. O material não publicado pode incluir dissertações, teses e resultados de conferências e/ou reuniões científicas. A pesquisa assim realizada diminui a probabilidade de vieses já que habitualmente a publicação de estudos incide sobretudo em resultados positivos e favoráveis (Bettany-Saltikov, 2012).

Na área dos cuidados de saúde/enfermagem há uma série de bases de dados de interesse que pertencem a diferentes empresas e instituições em que os instrumentos de pesquisa podem variar e poderá haver variação entre as versões CD-ROM, internet e *on-line* (Bettany-Saltikov, 2012).

2.2.4.1. Método de seleção dos estudos

Para cada artigo da pesquisa efetuada nas bases de dados selecionadas foi aplicado um Instrumento de relevância I que se encontra no ANEXO II. Este instrumento é constituído por respostas positivas e negativas e pela opção não claro, pois mesmo após a leitura do título e resumo, os dados recolhidos nem sempre correspondem aos encontrados no texto integral, pelo que na dúvida é recomendável a leitura integral do estudo (Roque, Bugalho,

& Carneiro, 2007). Desta forma garante-se que o risco de excluir um estudo potencialmente relevante é menor (Bettany-Saltikov, 2012).

O resultado da aplicação do instrumento de relevância I encontra-se no ANEXO III. Na eventualidade de surgir pelo menos uma resposta negativa, o estudo ficará de imediato excluído.

A passagem dos artigos para a segunda fase - Instrumento de relevância II, ou seja, para leitura do texto integral implica que todas as questões do Instrumento de relevância I obtiveram respostas positivas ou então que não foram claras e, por esse motivo, o estudo necessita de ser lido na íntegra. O teste de relevância II é constituído por perguntas afirmativas e negativas e encontra-se no ANEXO IV. O resultado da aplicação do teste de relevância II encontra-se na Tabela 10.

Recorde-se que cada um dos instrumentos será aplicado por dois investigadores de forma independente, sendo a resolução de discordâncias atribuída a um terceiro investigador (Carneiro, 2007; Pereira & Bachion, 2006).

Tabela 10: Resultado da aplicação do Teste de relevância II

Nº	Estudo	Q1 Pop.		Q2 Int.		Q3 Res.		Q4 Tipo Estudo		Para avaliação metodológica	
		S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
E2	Shanahan et al., 1993	x		x		x		x		x	
E6	Rasley et al., 1994		x								x
E8	Shellenbarger et al., 1995								x		x
E15	Lazarus et al., 1996				x						x
E17	Drake et al., 1997	x		x		x		x		x	
E22	Lundy et al., 1999		x								x
E28	Zuydam et al., 2000				x						x
E31	Westergren et al., 2001		x								x
E35	Chatterton et al., 2001		x								x
E38	Ertekin et al., 2001		x								x
E40	Foshang et al., 2002	x		x		x		x		x	
E44	Pelletier et al., 2003				x						x
E47	Hamdy et al., 2003				x						x
E70	Kiger et al., 2006				x						x
E92	Logemann et al., 2008	x		x		x		x		x	
E97	Robbins et al., 2008	x		x		x		x		x	
E113	Logemann et al., 2008				x						x
E115	Logemann et al., 2009				x						x
E116	Baylow et al., 2009				x						x
E190	Umeda et al., 2011		x								x
E222	Terré et al., 2012	x		x		x		x		x	
E230	Solazzo et al., 2012	x		x		x		x		x	
E241	Rodrigues et al., 2012				x						x
E243	Fraser et al., 2012	x		x		x		x		x	
E263	Park et al., 2013		x								x
E297	Zheng et al., 2014				x						x
E301	Dudiket et al., 2015		x								x
E307	Halczy-Kowalik et al., 2015		x								x

Legenda: Pop.: População; **Int.:** Intervenção; **Res.:** Resultado

Prosseguiram após a aplicação do Instrumento de relevância I 28 artigos que foram submetidos ao Instrumento de relevância II. Após a leitura integral destes 28 artigos prosseguiram oito artigos para avaliação metodológica pelo que foram excluídos 20.

Existiram estudos que foram excluídos por não haver disponibilidade livre em *full text* e nesses casos foram solicitados via *e-mail* aos autores dos mesmos, embora sem sucesso, pois não houve resposta dos mesmos. Esses estudos são os numerados em E5, E7, E34, E49, E63, E65, E66 e E106. No ANEXO V apresentam-se as mensagens por *e-mail* enviadas.

Foram verificadas as listagens das referências bibliográficas dos estudos resultantes da aplicação do teste de relevância II (28 estudos) sendo selecionados para avaliação metodológica três estudos (estudos de literatura cinzenta).

Tabela 11: Identificação dos estudos de literatura cinzenta

Nº Estudo	Título	Autores e ano
E347	Changes in Pharyngeal Dimensions effected by chin tuck.	Welch et al. (1993)
E348	Experience with the chin tuck maneuver in postesophagectomy aspirators.	Lewin et al. (2001)
E350	Effectiveness of chin-tuck maneuver to facilitate swallowing in neurologic dysphagia.	Saconato et al. (2016)

Desta forma aos oito estudos selecionados somaram-se três de literatura cinzenta contabilizando assim um total de 11 artigos para avaliação metodológica.

2.2.4.2. Avaliação da qualidade Metodológica dos estudos

Nesta fase pretende-se descrever o processo de avaliação crítica, os instrumentos que serão usados no processo de revisão e os procedimentos para resolver divergências entre os investigadores (Aromataris & Munn, 2017). A avaliação da qualidade metodológica refere-se à avaliação crítica dos estudos incluídos e sugere que o mesmo seja desenvolvido sob os mais elevados padrões metodológicos (Higgins & Green, 2011).

O objetivo da avaliação crítica é perceber até que ponto os riscos potenciais de viés e de consistência da qualidade foram minimizados durante a conceptualização e a realização dos estudos primários individuais, e se há utilização adequada do método e da metodologia (Apóstolo, 2017).

A avaliação da qualidade dos estudos quantitativos de eficácia incluídos numa revisão deve realçar o risco de viés dos seus resultados, ou seja, o risco de que eles vão superestimar ou subestimar o efeito da intervenção (Higgins & Green, 2011).

Existem diferenças entre o risco de viés e qualidade metodológica. De facto, um estudo pode ser realizado com os mais altos padrões possíveis de qualidade, mas ter um elevado risco de viés relacionado, por exemplo, com a impraticabilidade de ocultar aos participantes a intervenção a que estão a ser sujeitos. Esta é, de facto, uma condicionante das intervenções não farmacológicas comparadas com os cuidados usuais (exemplo da estimulação cognitiva), contrariamente a intervenções farmacológicas onde é possível fazer estudos cegos com um fármaco e um placebo. Outro exemplo é o de uma intervenção cirúrgica em que é impossível ocultar essa intervenção. Assim, é inadequado julgar estes estudos como tendo baixa qualidade, não significando, contudo, que estão livres de viés resultante do conhecimento pelos participantes da intervenção a que estão a ser sujeitos (Higgins & Green, 2011).

O processo de avaliação crítica será realizado por dois investigadores de forma independente existindo um terceiro para a resolução das discordâncias. Serão utilizadas as ferramentas de avaliação do JBI® mais atualizadas, que utilizam uma lista de verificação em que a cada item da grelha de avaliação, os investigadores têm quatro opções que devem considerar: “SIM”, “NÃO”, “NÃO CLARO” ou “NÃO APLICÁVEL”. À resposta “SIM” equivale um ponto e às restantes zero pontos.

A decisão sobre o sistema de pontuação foi acordada previamente ao início da avaliação entre todos os investigadores. Foi decidido então incluir nesta RSL todos os artigos com score igual ou superior a quatro “SIM” nos estudos de caso; com score igual ou superior a cinco “SIM” nos estudos de coorte; com score igual ou superior a quatro “SIM” nos estudos descritivos e score igual ou superior a seis “SIM” nos estudos randomizados.

As fichas individuais da aplicação das tabelas de avaliação metodológica para cada estudo encontram-se no ANEXO VI.

A Tabela 12 que se segue apresenta o número de “SIM” obtidos após a aplicação do instrumento de avaliação da qualidade metodológica com os estudos distribuídos por ordem cronológica.

Tabela 12: Qualidade metodológica dos artigos

Nº Estudo	Título	Autores e ano	Local	Nº de “SIM”
E347	Changes in Pharyngeal Dimensions effected by chin tuck.	Welch et al. (1993)	EUA	6/9
E2	Chin-down posture effect on aspiration in dysphagic patients.	Shanahan et al. (1993)	EUA	6/9
E17	Eating in side-lying facilitates rehabilitation in neurogenic dysphagia.	Drake et al. (1997)	Reino Unido	5/8

Nº Estudo	Título	Autores e ano	Local	Nº de "SIM"
E348	Experience with the chin tuck maneuver in postesophagectomy aspirators.	Lewin et al. (2001)	EUA	5/9
E40	Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: A case of dysphagia.	Foshang et al. (2002)	EUA	6/8
E92	A randomized study of three interventions for aspiration of thin liquids in patients with dementia or Parkinson's disease.	Logemann et al. (2008)	EUA	9/13
E97	Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: A randomized trial.	Robbins et al. (2008)	EUA	9/13
E222	Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study.	Terré et al. (2012)	Espanha	6/13
E230	Investigation of compensatory postures with videofluoromanometry in dysphagia patients.	Solazzo et al. (2012)	Itália	4/9
E243	The Effect of Chin Down Position on Penetration-Aspiration in Adults with Dysphagia.	Fraser et al. (2012)	Canadá	5/9
E350	Effectiveness of chin-tuck maneuver to facilitate swallowing in neurologic dysphagia.	Saconato et al. (2016)	Brasil	9/11

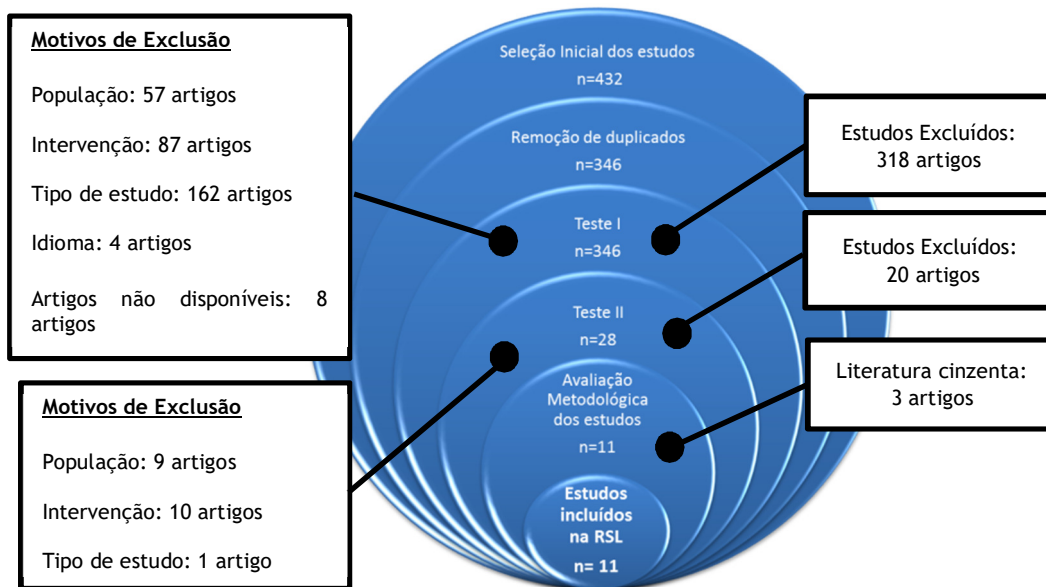
Após a avaliação da qualidade metodológica dos 11 artigos, todos eles obtiveram a pontuação suficiente para passar para a última fase desta RSL e que irão ser sujeitos à extração e análise detalhada dos dados.

A Figura 17 demonstra assim todo o processo de seleção dos estudos retratando as opções efetuadas até chegar aos estudos finais desta RSL.

Após a aplicação do instrumento de relevância I (leitura do título e resumo do estudo) verificou-se a exclusão de 318 artigos: 57 dos quais excluídos por apresentarem critérios de exclusão no que diz respeito à população; 87 por apresentarem critérios de exclusão para a intervenção definida, quatro por não apresentarem idioma (em inglês, português, francês ou espanhol) e oito por não se apresentarem disponíveis em *full-text*.

Após a aplicação do instrumento de relevância II (leitura integral do estudo) verificou-se a exclusão de 20 estudos: nove dos quais por apresentarem critérios de exclusão na população, dez na intervenção e um por se verificar que o tipo de estudo não obedecia aos critérios de inclusão. Não se chegou a verificar a exclusão de nenhum estudo por causa dos resultados.

Figura 17: Processo de seleção dos estudos



2.2.4.3. Extração dos dados

A extração de dados dos estudos refere-se ao levantamento e registo de informações de forma criteriosa e rigorosa do mesmo. Para que a extração dos dados seja uniforme e se reduza o risco de viés aconselha-se a utilização de um quadro padrão (Bettany-Saltikov, 2012). Os dados a extrair dos estudos tem por base a seguinte tabela constituída por 11 itens.

Tabela 13: Itens da extração de dados

1	Título
2	Autores
3	Local do estudo e ano
4	Desenho do estudo/Metodologia
5	Caracterização da amostra
6	Considerações éticas
7	Intervenção
8	Testes estatísticos
9	Nível de evidência
10	Principais resultados
11	Observações

As tabelas com a extração dos dados dos estudos encontram-se no ANEXO VII.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo irão ser apresentados os resultados dos estudos que prosseguiram da avaliação metodológica.

Pretende-se fornecer uma estimativa da eficácia da intervenção em estudo e permitir ao investigador verificar se o efeito é aproximadamente o mesmo nos estudos incluídos, e caso contrário sugere-se a exploração das diferenças evidenciadas (Galvão et al., 2004).

De acordo com JBI® prevê-se nesta etapa uma apresentação clara do conteúdo dos estudos incluídos assim como análise e reflexão dos resultados encontrados. Por outro lado, é importante a comparação com a literatura existente na área, assim como a reflexão e descrição acerca da eficácia dos objetivos definidos inicialmente (Aromataris & Munn, 2017).

3.1. Estudos incluídos na RSL

A etapa da avaliação metodológica dos estudos permitiu a progressão de 11 artigos que foram alvo de uma extração de dados devidamente estruturada como é constatado no Capítulo 2.

Os 11 artigos que prosseguiram para esta RSL são todos redigidos em inglês e cumprem o limite temporal definido (até 2016), sendo o artigo mais antigo de 1993 e o mais recente de 2016.

Mais de metade dos estudos (6) têm como localização os Estados Unidos da América sendo os restantes locais diversificados, nomeadamente Canadá (1), Reino Unido (1), Itália (1), Brasil (1), Espanha (1). Face a esta descrição verifica-se variabilidade dos locais que desenvolvem investigação sobre este tema Tabela 15.

Tal como seria expectável a amplitude temporal entre os diferentes estudos é bastante grande (23 anos entre o estudo mais antigo de 1993 e o mais recente de 2016).

Verificam-se dois estudos de 1993 (E347, E2), um estudo de 1997 (E17), um estudo de 2001 (E348), um estudo de 2002 (E40), dois estudos de 2008 (E92, E97), três estudos de 2012 (E222, 230, 243) e por último um estudo de 2016 (E350).

Os tipos de estudo incluídos na RSL são todos quantitativos mas o desenho de estudo é variável como podemos verificar na Tabela 14.

Tabela 14: Descrição do tipo de estudo e desenho de estudo

Nº Estudo	Autores e ano	Tipo de Estudo	Desenho estudo
E347	Welch et al. (1993)	Estudo quantitativo	Estudo descritivo
E2	Shanahan et al. (1993)	Estudo quantitativo	Estudo descritivo
E17	Drake et al. (1997)	Estudo quantitativo	Estudo de caso
E348	Lewin et et al. (2001)	Estudo quantitativo	Estudo descritivo
E40	Foshang et al. (2002)	Estudo quantitativo	Estudo de caso
E92	Logemann et al. (2008)	Estudo quantitativo	Estudo randomizado
E97	Robbins et al. (2008)	Estudo quantitativo	Estudo randomizado
E222	Terré et al. (2012)	Estudo quantitativo	Estudo randomizado
E230	Solazzo et al. (2012)	Estudo quantitativo	Estudo descritivo
E243	Fraser et al. (2012)	Estudo quantitativo	Estudo descritivo
E350	Saconato et al. (2016)	Estudo quantitativo	Estudo de coorte

Através da análise da Tabela 14 podemos verificar que o método quantitativo é prevalente. Relativamente ao desenho de estudo verifica-se a existência de estudos de caso (2), estudo de coorte (1), estudos descritivos (5) e estudos randomizados (3).

As tabelas seguintes contribuem para a análise dos dados e dos resultados dos estudos incluídos.

A Tabela 15 apresenta-nos a etiologia da disfagia e os meios de diagnóstico para a identificação da disfagia nos participantes dos estudos incluídos.

A classificação da etiologia e dos meios de diagnóstico atribuído a cada estudo têm por base o descrito no enquadramento teórico. Relativamente ao meio de diagnóstico utilizado para a identificação da disfagia está incluída a triagem *screening* (escalas; observação; questionários; exame físico; outros) ou avaliação propriamente dita *assessment* (engloba meios de triagem e exames auxiliares de diagnóstico invasivos e não invasivos).

Tabela 15: Descrição da etiologia da disfagia e meios de diagnósticos utilizados

Nº Estudo	Autores e ano	Etiologia da disfagia	Meios de diagnóstico
E347	Welch et al. (1993)	Desconhecida	<i>Assessment</i> (Estudo radiográfico)
E2	Shanahan et al. (1993)	Neurogénica e Psicogénica	<i>Assessment</i> (Estudo por VFC)
E17	Drake et al. (1997)	Neurogénica	<i>Screening e Assessment</i> (Estudo por VFC)
E348	Lewin et al. (2001)	Mecânica/ Estrutural	<i>Screening e Assessment</i> (Estudo por VFC)
E40	Foshang et al. (2002)	Mecânica /Estrutural	<i>Screening e Assessment</i> (Estudo por VFC)
E92	Logemann et al. (2008)	Neurogénica	<i>Screening e Assessment</i> (Estudo por VFC)
E97	Robbins et al. (2008)	Neurogénica	<i>Screening e Assessment</i> (Estudo por VFC)
E222	Terré et al. (2012)	Neurogénica	<i>Assessment</i> (Estudo por VFC)
E230	Solazzo et al. (2012)	Neurogénica e Mecânica/ Estrutural	<i>Screening e Assessment</i> (Estudo por VFM)
E243	Fraser et al. (2012)	Neurogénica e Mecânica/ Estrutural	<i>Screening e Assessment</i> (Estudo por VFC)
E350	Saconato et al. (2016)	Neurogénica	<i>Screening e Assessment</i> (Estudo por VFC)

A partir dos dados da Tabela 16 verifica-se que os estudos incluídos englobam um total cinco técnicas posturais compensatórias testadas por VFC ou VFM (flexão do pescoço; decúbito lateral; inclinação do pescoço; rotação do pescoço; extensão do pescoço). A flexão do pescoço é abordada em nove estudos (E347, E2, E348, E92, E97, E222, E230, E243 e E350), o decúbito lateral num estudo (E17), a inclinação do pescoço num estudo (E40), a rotação do pescoço em dois estudos (E40, E230) e a extensão do pescoço num estudo (E230). Através dos dados conclui-se que a posição de flexão do pescoço é assim a mais intensamente estudada.

Relativamente à etiologia existem seis estudos cuja etiologia é neurogénica (E2, E17, E92, E97, E222 e E350), dois estudos cuja etiologia é mecânica/estrutural (E17, E40), dois estudos com etiologia neurogénica e mecânica/estrutural (E230, E243), um estudo cuja etiologia é desconhecida (E347) e um estudo com etiologia neurogénica e psicogénica (E2).

A eficácia da postura da flexão do pescoço é investigada em indivíduos de todas as etiologias identificadas: neurogénica (E2, E92, E222, E350, E230, E243, E97), mecânica/estrutural (E230, E243, E348) e psicogénica (E2). Como podemos verificar existem artigos que estudam indivíduos com disfagia de etiologias diferentes.

A posição de decúbito lateral é investigada apenas em indivíduos com disfagia de etiologia neurogénica (E17); a postura de rotação do pescoço em estudos com indivíduos com disfagia neurogénica e mecânica/estrutural (E230, E40); a postura de extensão do

pescoço em estudos cujos participantes têm disfagia neurogênica (E230) e a inclinação do pescoço em indivíduos com disfagia mecânica/estrutural (E40).

No que se refere ao meio de diagnóstico da disfagia dos participantes no estudo verifica-se que três estudos utilizam os meios de triagem (*Screening*) (E347, E2 e E222) e nove estudos os dois métodos de triagem e avaliação (*Screening* e *Assessment*) (E2, E17, E348, E40, E92, E97, E230, E243 e E350).

Verifica-se ainda que a Videofluoroscopia é o exame eleito para a identificação da disfagia e avaliação da eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração (E347, E2, E17, E348, E40, E92, E97, E222, E243 e E350) havendo apenas um estudo que utiliza a Videofluoromanometria (E230).

A Tabela 16 apresenta os dados extraídos dos artigos relativamente aos protocolos utilizados nos exames de VFC ou outros de forma a melhorar a compreensão da variabilidade dos procedimentos utilizados. Através da sua análise verificamos que o contexto em que a técnica postural foi avaliada é extremamente diversificado principalmente em relação às consistências e alimentos utilizados, volumes testados, formas de administração e ordem de administração.

Tabela 16: Procedimentos dos exames de VFC ou outros dos estudos incluídos na RSL

Nº Estudo	Exame	Alguns itens dos procedimentos dos exames de VFC ou outros							
		Técnica Postural	Consistências/ Alimentos	Espessante	Volume	Tipo	Formas de administração	Ordem de administração e por quem	Posicionamento doente
E347	Radiológico	Flexão do pescoço	Não usou	NA	NA	NA	NA	NA	Não específica
E2	VFC	Flexão do pescoço	Líquido	NA	1, 3, 5 ou 10 ml	Bário	Não específica	Não específica	Sentado
E17	VFC	Decúbito lateral	Líquidos espessados Semi-sólidos	Não específica	Não específica	Bário	Não específica	Não específica	Sentado
E348	VFC	Flexão do pescoço	Líquido Líquido espessado Compota de maçã Biscoito	Não específica	5ml de bário líquido e líquido espessado; 5 ml de compota de maçã misturada com bário; 4 biscoitos revestidos com bário.	Bário (Sulfate suspension 98%w/w)	Não específica	Líquido Líquido espessado Compota de maçã Biscoito	Sentado
E40	VFC	Inclinação do pescoço Rotação do pescoço para o lado esquerdo e direito	Líquidos Pastosos Sólidos (biscoito recheado com pasta de bário)	Não específica	1ml, 3ml, 5ml e 10 ml de bário líquido 1/3 de colher de chá de bário em pasta ¼ bolacha	Bário	Seringa ou colher	Líquidos Pastosos Sólidos (biscoito recheado com pasta de bário); oferecido pelo profissional	Sentado
E92	VFC	Flexão do pescoço	Líquidos	NA	3ml colher Copo de 240 ml cheio até 180 ml	Bário (produzido por E-A-EM Corporation (Lake success; NY; Varibar™) especificamente para este estudo	Colher e copo	Colher administrada pelo profissional e copo regulado pelo doente	Sentado
E97	VFC	Flexão do pescoço	Líquidos	NA	3ml colher ou copo	Bário (Varibar, E-Z-EM, Lake, Success, NY especificamente para este estudo	Colher ou copo	Não específica	Não específica

Nº Estudo	Exame	Alguns itens dos procedimentos dos exames de VFC ou outros							
		Técnica Postural	Consistências/ Alimentos	Espessante	Volume	Tipo	Formas de administração	Ordem de administração e por quem	Posicionamento doente
E222	VFC	Flexão do pescoço	Pudim Néctar Líquidos	Resource® (Novartis, Spain)	3,5,10 e 15 ml	Iodixanol (Visipaque® GE Healthcare Bio- Sciences, SA Spain)	Seringa	3ml de Pudim, de Néctar e de Líquidos; 5ml de Pudim, de Néctar, de Líquidos; 10ml de Pudim, de Néctar, de Líquidos; 15ml de Pudim, de Néctar, de Líquidos; Administrado por uma enfermeira	Sentado
E230	VFC	Flexão do pescoço Rotação do pescoço Extensão do pescoço	Não específica	Não específica	5-15 ml	Bário (Prontobario HD suspension, Bracco SpA, Milan; 250% w/s)	Não específica	Não específica	Em pé ou sentado
E243	VFC	Flexão do pescoço	Líquido	Não específica	Correspondente à colher de chá; não se refere ao volume do copo ou do líquido que ingere.	Bário (40% w/s solution of Bracco liquid Polibar barium suspension diluído com água)	Colher de chá e/ou copo	Primeiro testam com colher de chá administrada pelo profissional e depois com copo que era dado para a mão da pessoa.	Não específica
E350	VFM	Flexão do pescoço	Líquido Néctar Mel Pudim	Não específica	5 a 10 ml	Bário	Não específica	Não específica	Sentado

Legenda: NA - Não aplicável

Relativamente aos parâmetros que os estudos da RSL elegem para avaliar a eficácia da técnica verifica-se que dez estudos (E347, E2, E17, E348, E40, E92, E222, E230, E243 e E350) usam parâmetros fisiológicos que poderão incluir tempo, eficiência, pressão, eliminação da aspiração, distâncias, ângulos; dois estudos utilizam também parâmetros funcionais (E40, E17) que poderão incluir dados da alimentação oral, ganho de peso ou qualidade de vida e um estudo (E97) utiliza como parâmetro de avaliação a saúde pulmonar (ocorrência de pneumonia de aspiração). A classificação dos parâmetros assim apresentados foi sugerida por Ashford et al (2009).

Neste trabalho interessam os efeitos fisiológicos (prevenção da aspiração) e de saúde pulmonar (prevenção pneumonia de aspiração).

3.2. Evidências dos estudos incluídos na RSL

Neste subcapítulo pretende-se apresentar a análise dos resultados encontrados tendo por base os objetivos definidos nesta RSL.

A análise da eficácia das técnicas posturais poderá ser realizada de várias formas, nomeadamente através do estabelecimento da relação com a etiologia da disfagia (Frymark et al., 2009; Logemann et al., 2008).

Por sua vez, Fraser e Steele (2012) referem que os estudos desenvolvidos atualmente nesta área reúnem populações com disfagia de etiologias diferentes o que traduz uma dificuldade na análise da eficácia por etiologia nomeadamente na discussão de detalhes específicos.

Face às características dos estudos fez-nos sentido a análise de acordo com a etiologia embora também considerarmos tal como referem Fraser e Steele (2012) um processo não muito claro uma vez que existiram estudos que agregam indivíduos com disfagia de etiologias diferentes.

A abordagem da eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração é realizada sobretudo em doentes com disfagia de etiologia neurogénica (nomeadamente demências, Doença de Parkinson, doentes com AVC...), o que em parte poderá estar relacionado com a prevalência de doenças crónicas e o seu interesse na atualidade.

Tal como referido no subcapítulo anterior, os diversos estudos desta RSL utilizaram diferentes parâmetros de avaliação da eficácia (nomeadamente mudanças nas estruturas da cavidade oral, faringe/laringe, avaliação do percurso do bolo alimentar, percentagem de material aspirado, grau de invasão da via aérea...). Os protocolos usados para essas avaliações não foram uniformes ao longo dos estudos, como podemos constatar pela análise da Tabela 16.

Eficácia da técnica postural de flexão do pescoço na prevenção da aspiração em indivíduos com disfagia neurogénica e mecânica/estrutural

A técnica de flexão do pescoço é a mais intensamente estudada e em indivíduos com disfagia de diferentes etiologias (neurogénica e mecânica/estrutural).

Por sua vez, verifica-se através da análise dos estudos alguma imprecisão acerca da terminologia desta técnica. Uns artigos referem-se à técnica como *chin-down* (queixo para baixo) outros *chin-tuck* (queixo para dentro). Para além disso, reconhece-se também que a definição da técnica nem sempre está presente pelos autores dos artigos (Robbins et al., 2008; Saconato, Chiari, Lederman, & Gonçalves, 2016; Shanahan, Logemann, Rademaker, Pauloski, & Kahrilas, 1993). No entanto, podemos dizer que se trata de uma técnica simples e de fácil execução (Lewin, Hebert, Putnam, & DuBrow, 2001) em que o indivíduo toca com o queixo no pescoço (Solazzo et al., 2012) ou toca com o queixo à frente do pescoço (Logemann et al., 2008; Welch, Logemann, Rademaker, & Kahrilas, 1993).

A imprecisão terminológica identificada é corroborada por Okada et al. (2007) que para além disso especifica um pouco esta técnica tal como é referido no enquadramento teórico. Na opinião de Okada et al. (2007) a definição desta técnica pode subdividir-se em três tipos utilizando os seguintes termos: cabeça em flexão (envolve a coluna cervical superior O-C1, C1-C2), pescoço em flexão (envolve a coluna cervical média e inferior C4-C5 e C5-C6) e o movimento conjugado que contempla a cabeça e o pescoço em flexão.

A recomendação da utilização da técnica de flexão do pescoço para a prevenção da aspiração em doentes com disfagia neurogénica tece ainda algumas considerações. Esta técnica promove a alteração da fisiologia oral e faríngea (Terré & Mearin, 2012) de tal forma que permite o redireccionamento do bolus líquido no sentido da faringe/esófago (Saconato et al., 2016). A sua eficácia dependente da severidade da disfagia, ou seja, quanto mais grave a disfagia menos eficaz será a técnica de flexão do pescoço (Terré & Mearin, 2012) e também dos processos patológicos envolvidos (Saconato et al., 2016).

Em doentes com atraso da deglutição (habitualmente aspiram antes da deglutição) esta técnica promove o estreitamento da laringe potenciando o encerramento da glote (região localizada entre as duas pregas vocais) protegendo a via aérea. Os doentes com elevação laríngea beneficiam desta técnica pois faz aproximar a laringe à base da língua aumentando a proteção da via aérea (Terré & Mearin, 2012). Em geral esta técnica é eficaz em casos de disfagia moderada de acordo com a escala *The dysphagia outcome and severity scale* (O'Neil, Purdy, Falk, & Gallo, 1999). Nos casos de disfagia severa, de acordo com a mesma escala, a intervenção com recurso a esta técnica poderá não ser suficiente e ser necessária uma intervenção mais agressiva incluindo outras vias de alimentação por exemplo (Saconato et al., 2016).

A percentagem de bolus aspirado na via aérea também pode denunciar a eficácia da flexão do pescoço. De entre o espessamento de líquidos e a técnica de flexão do pescoço em populações com disfagia neurogénica o espessamento de líquidos revela ser mais seguro, nomeadamente a consistência mel (Logemann et al., 2008). Outros dados de interesse foram obtidos nomeadamente, participantes mais velhos que beneficiaram desta técnica que terá relação com as alterações fisiológicas das estruturas do pescoço com a idade nomeadamente

pela alteração do tamanho do espaço valecular com a adoção desta posição. Em indivíduos mais velhos também se constatou que as técnicas com alteração de consistência foram mais eficazes, muito embora fosse potenciador de maior fadiga. Estes autores lembram que em doentes com enfraquecimento muscular da língua, a mobilização do bolo alimentar mais espesso na cavidade oral pode comprometer a segurança da alimentação. Estes autores sugerem que para cada indivíduo sejam testadas as diferentes intervenções de forma a adequar aquela com menor risco em termos de aspiração e preferência da pessoa. Tal como referido no enquadramento teórico a preferência do doente é um aspeto a ter em conta e estes autores verificaram que os participantes exibiam maior preferência pela técnica postural face às restantes intervenções (alterações de consistência da dieta). A adesão à modificação da dieta foi um aspeto pouco apreciado pelos doentes (Logemann et al., 2008).

Por sua vez, a avaliação da eficácia da flexão do pescoço na prevenção da pneumonia de aspiração ainda é pouco sustentada. O estudo de (Robbins et al., 2008) foi um follow-up do estudo de (Logemann et al. (2008)) mas com duas estratégias de intervenção - postura de flexão do pescoço e duas consistências líquidas espessadas, néctar e mel - que foram comparadas para avaliar a incidência cumulativa de três meses de pneumonia em doentes com Doença de Parkinson ou demência. A incidência cumulativa de três meses de pneumonia não foi significativamente maior em nenhum dos grupos de tratamento. Uma vez que a literatura atual sobre técnicas de disfagia para eliminar a aspiração em doentes com doença de Parkinson é muito limitada, a incorporação de um grupo controle forneceria uma comparação muito necessária. Este estudo tentou avaliar a eficácia a longo prazo destes tratamentos, não pôde confirmar nem refutar esta conclusão. Portanto, só pode ser confirmado que os líquidos espessados são mais eficazes em eliminar imediatamente a aspiração, como já foi referido.

No caso de indivíduos com disfagia de etiologia mecânica e estrutural a técnica de flexão do pescoço também tem uma eficácia discutível na prevenção da aspiração. Nomeadamente em doentes esofagectomizados com paralisia das cordas vocais, compromisso da eversão da epiglote e elevação laríngea incompleta verifica-se ineficácia da progressão do bolo alimentar e menor proteção da via aérea. A flexão do pescoço principalmente com alimentos de consistência puré foi eficaz porque direciona a parede anterior da faringe posteriormente, empurra a base da língua e fecha a glote para a parede posterior protegendo a via aérea. Um outro dado relevante deste estudo é que o espessamento de líquidos também pode ser eficaz neste tipo de população, pois fluem mais devagar ao longo do trajeto permitindo um maior controlo da deglutição (Lewin et al., 2001).

Na opinião de Fraser e Steele (2012) a posição de flexão do pescoço é igualmente eficaz na prevenção da aspiração em doentes com disfagia de etiologia neurogénica e mecânica/estrutural. Simultaneamente em doentes com disfagia de etiologia neurogénica e mecânica/estrutural, os doentes com aspirações antes da deglutição, a técnica de flexão do pescoço, ajuda a melhorar o controlo do bolus na cavidade oral enquanto o disparo da

deglutição é acionado; em doentes com aspirações durante a deglutição e dificuldade no encerramento laríngeo a técnica de flexão do pescoço é eficaz na prevenção da aspiração no entanto, os mecanismos envolvidos não estão esclarecidos; no caso de doentes com aspirações após a deglutição com alterações da mobilidade da língua e estase faríngea a técnica postural de flexão do pescoço promove o fluxo do bolus ao longo do esófago (Solazzo et al., 2012).

A eficácia da técnica postural de flexão do pescoço na prevenção da aspiração está também relacionada com o volume de alimento administrado, quem administra e que utensílio é utilizado.

A flexão do pescoço poderá ter um efeito positivo na prevenção da aspiração quando se utiliza um copo com líquidos contrariamente ao uso de colher, muito embora o mecanismo ainda não esteja esclarecido. Sendo a pessoa capaz de controlar o bolus mesmo antes de alcançar a boca gera-se a ativação de vários processos sensitivos e motores, promovendo assim a eficácia da técnica. O volume administrado poderá influenciar o sucesso da técnica e neste caso volumes maiores precipitaram a ocorrência de aspiração, mas estes resultados não poderão ser generalizados (Fraser & Steele, 2012).

Com a aplicação da técnica postural de flexão do pescoço pode então constatar-se o aumento do espaço valecular que direciona a epiglote (posteriormente) promovendo a proteção da via aérea. Contudo, esta técnica não é suficientemente capaz de evitar o escape de conteúdo líquido da cavidade oral para a via aérea no caso de doentes com atraso do reflexo de deglutição que apresentam tal conteúdo retido nos seios periformes (Shanahan et al., 1993). Outros autores contrariam esta posição e defendem que esta técnica não é eficaz em doentes com atraso da deglutição (Saconato et al., 2016).

O estudo de Welch não especifica a etiologia da disfagia dos indivíduos envolvidos, no entanto analisou o efeito da técnica de flexão do pescoço recorrendo a medições da faringe/laringe efetuadas a partir de imagens obtidas por exame radiológico, sem deglutição ativa em doentes (Welch et al., 1993). Estes autores partem do pressuposto que nos doentes com disfagia orofaríngea (alterações da deglutição na etapa oral e faríngea), a técnica de flexão do pescoço induz à alteração do percurso do bolus ao longo da faringe promovendo a eficácia da deglutição e reduzindo o risco de aspiração.

As conclusões de Welch et al. (1993) verificam que o aumento do espaço valecular não foi consistente no seu estudo. Durante a posição de flexão do pescoço existe um estreitamento da laringe e um deslocamento posterior da epiglote que aumenta assim a proteção da via aérea prevenindo a ocorrência de aspiração.

Antes da deglutição parece ser benéfico o uso desta técnica postural em pessoas com défice no controlo da língua/défice de força muscular da língua, em pessoas com atraso da deglutição e dificuldade de encerramento da via aérea. Em geral estes resultados são iguais para homens e mulheres.

Eficácia da técnica postural de decúbito lateral na prevenção da aspiração em indivíduos com disfagia neurogênica

Relativamente à técnica postural de decúbito lateral verificamos a identificação apenas num estudo de caso Drake, O'Donoghue, Bartram, Lindsay , e Greenwood (1997) com o termo “*side-lying*” e define como posição lateral a 45 ° do plano e apoiado por almofadas. A evidência consultada no enquadramento teórico define duas situações no âmbito do posicionamento em decúbito lateral (para o lado lesado e lado não lesado) enquanto este estudo se refere apenas à técnica de decúbito lateral.

No estudo efetuado por Drake et al. (1997) não se coloca a existência de lesão ipsilateral pelo que não faz qualquer referência a “lados afetados”. Este estudo de caso apresenta um indivíduo de 26 anos com disfagia neurogênica em que foi avaliada a intervenção de decúbito lateral (45°) para garantir uma alimentação oral em segurança. O participante com uma lesão fechada da cabeça e disfagia neurogênica foi avaliado por VFC onde foi possível documentar de que forma este posicionamento contribuiu para a recuperação do mesmo no período de 12 meses. Foi constatado que apresentava aspirações. O mecanismo central da deglutição estava intacto mas na posição vertical a transmissão de estímulos apropriados foi significativamente reduzida como resultado da fraca elevação e retração da língua causada por uma hipertonicidade pseudobulbar. Isto impediu uma coesão do bolo alimentar e a posterior propulsão no final da fase oral, pelo que a ação faríngea e laríngea não foi imediatamente acionada e a aspiração de resíduos da faringe ocorreu após a deglutição. Na posição de decúbito lateral apesar da ação pouco efetiva da língua, a gravidade facilitou a progressão de um bolo alimentar mais coeso para o recetor localizado nos arcos fauciais e a parede posterior da faringe, provocando assim uma ação coordenada da musculatura faríngea e laríngea. Os mecanismos fisiológicos específicos que fundamentam as melhorias funcionais observadas para este único estudo não são claros. A escassez de evidências fisiológicas e a falta de controlo experimental neste único estudo de caso questiona se a técnica utilizada foi mesmo eficaz ou se se deveu a outro fator de ordem natural. Até o momento, a literatura é insuficiente para mostrar uma base de evidências para o uso da postura de decúbito lateral.

Eficácia da posição de rotação do pescoço na prevenção da aspiração em indivíduos com disfagia neurogênica e mecânica/estrutural

Os autores Foshang, Mestan , e Riggs (2002) utilizam o termo “*turning the head to the left and right*”, ou seja, rotação da cabeça para o lado esquerdo e direito, mas da mesma forma não há qualquer definição desta técnica no estudo mencionado. Para Solazzo et al. (2012) o termo utilizado é “*head-turned posture*” e não faz qualquer referência à sua definição. No enquadramento teórico identificou-se apenas a rotação do pescoço para o lado lesado quando se direciona o queixo para o ombro do lado lesado durante a deglutição do bolo alimentar (Hoeman, 2011).

Portanto, nos estudos incluídos nesta RSL encontram-se duas técnicas relacionadas com a rotação do pescoço que não são claramente definidas pelos autores.

A posição de rotação do pescoço é analisada em participantes com disfagia de etiologia neurogénica e com alterações específicas da deglutição (Solazzo et al., 2012).

Verificou-se que a postura de rotação do pescoço foi eficaz em doentes que apresentavam aspirações durante e após a deglutição, pois através desta constatou-se um aumento da capacidade de abertura do esfíncter esofágico superior que permitiu a progressão em segurança do bolo alimentar.

Estes achados vêm ao encontro do que está descrito no enquadramento no que se refere às alterações que esta posição cria ao nível do esfíncter esofágico superior, nomeadamente a diminuição da sua pressão retardando o seu encerramento durante a deglutição permitindo a propulsão do bolus (Nagaya et al., 1998). Em doentes com lesões unilaterais o movimento de rotação permitiu compensar a ineficácia do lado afetado garantindo a progressão em segurança do bolo alimentar.

A posição de rotação do pescoço para o lado direito e esquerdo foi abordada num estudo e não teve qualquer análise (Foshang et al., 2002).

Eficácia da técnica postural de extensão do pescoço em indivíduos com disfagia neurogénica

Nos estudos incluídos nesta RSL não se verificou qualquer definição desta técnica postural.

Recomenda-se esta técnica em todos os casos de alterações no movimento de propulsão da língua (Rofes et al., 2010) sendo benéfica porque utiliza a força da gravidade para ajudar no processo de deglutição (Solazzo et al., 2012). Neste estudo a técnica foi utilizada em indivíduos com disfagia neurogénica muito embora esta seja usada preferencialmente em situações de disfagia mecânica/estrutural nomeadamente situações de ausência das estruturas orofaríngeas, com alterações estruturais adquiridas graves na posição anterior da cavidade oral e pessoas com trauma facial (Calvo et al., 2017; Rofes et al., 2010).

Como podemos constatar, a evidência encontrada não permite uma conclusão sólida acerca da eficácia desta técnica.

Eficácia da técnica postural de inclinação do pescoço em indivíduos com disfagia mecânica/estrutural

No estudo de caso efetuado por Foshang et al. (2002) uma das técnicas posturais estudadas é a inclinação “*tilting*” sem qualquer definição da mesma.

A posição de inclinação do pescoço abordada envolve um participante de 63 anos com Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa (HEID) que teve uma queda e apresentou

disfagia. O estudo apenas refere que a inclinação do pescoço foi mal sucedida na prevenção da aspiração.

O que o estudo explica é que as alterações estruturais resultantes do edema pós traumático verificado têm efeito direto na elevação laríngea, constrição faríngea e na proteção das vias aéreas o que faz criar uma situação de imobilidade e potencial risco de aspiração de comida ou líquidos por causa de uma significativa estase faríngea. Após a resolução do edema a função da deglutição do doente melhorou retomando a alimentação de forma independente com líquidos e adaptações conforme tolerância.

A clara escassez de fundamentação sobre a eficácia destas técnicas na prevenção da aspiração não permite fazer qualquer tipo de análise.

Relativamente à posição reclinada mencionada no enquadramento teórico deste trabalho não foi identificada em nenhum dos estudos incluídos na RSL.

Posto isto, é consistente que para a avaliação da eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração haja validação individual por videofluoroscopia (Logemann et al., 2008; Fraser & Steele, 2012; Lewin et al., 2001; Terré & Mearin, 2012) ou por estudo radiográfico ou outra evidência de igual valor (Welch et al., 1993).

CONCLUSÃO

A Enfermagem, a par de outras disciplinas encontra-se em constante renovação do seu corpo de conhecimentos que é assegurado pela Investigação.

Por seu turno, é uma preocupação constante da comunidade científica dos enfermeiros a prática de acordo com a melhor evidência possível sendo o caminho para alcançar os melhores resultados de saúde.

A RSL é um recurso importante na PBE em enfermagem pois consegue congrega e sintetizar conteúdos sobre um tema específico facilitando o desenvolvimento de práticas fundamentadas.

Neste sentido, foi levado a cabo a elaboração deste trabalho de investigação que se constituiu um desafio muito enriquecedor.

Deparamo-nos com uma população mais envelhecida devido à melhoria das condições de vida, aos avanços da medicina e da tecnologia. As doenças crónicas assumem por sua vez, um peso crescente e os sistemas de saúde vêm-se obrigados a novas respostas face às necessidades dos cidadãos.

A disfagia é um distúrbio da deglutição característico de uma série de doenças entre as quais as doenças crónicas. Esta condição pode alterar qualquer uma das fases da deglutição com implicações importantes na pessoa ao nível da nutrição, hidratação e ao nível da saúde pulmonar da mesma.

No âmbito da prevenção das complicações decorrentes da disfagia distingue-se a prevenção da aspiração através de técnicas posturais.

Para identificar e compreender a eficácia destas técnicas posturais recorreu-se como já foi referido a uma RSL de forma a sintetizar a evidência.

As técnicas posturais encontradas e estudadas em resultado da RSL efetuada foram um total de cinco: flexão do pescoço, decúbito lateral, rotação do pescoço, extensão do pescoço e inclinação do pescoço. A técnica postural reclinada não foi encontrada nos estudos desta revisão.

O processo de análise da eficácia destas técnicas posturais na prevenção da aspiração foi no entanto difícil e confuso, devido não só à falta de robustez da evidência encontrada mas também porque nos estudos incluídos se constatou grande heterogeneidade de condições clínicas que levaram à ocorrência da disfagia. Verificou-se também a presença de diferentes classificações do tipo e severidade da disfagia, dificultando as comparações entre estudos. Por outro lado, os participantes envolvidos na maioria dos estudos foram em baixo número e as definições das técnicas posturais pouco precisas ou mesmo ausentes, nomeadamente no que se refere ao momento de execução da técnica (antes? durante? ou após a deglutição?). Reconhece-se também que os protocolos de avaliação da disfagia com as técnicas posturais utilizadas mostraram ser muito diversificados, havendo variabilidade entre consistências utilizadas, tipos de espessantes, volumes utilizados, formas de administração (colher, seringa, copo), etc.

Fica claro contudo que a técnica postural de flexão do pescoço é a mais amplamente estudada e que envolve estudos de melhor rigor metodológico. O estudo da disfagia de etiologia neurogénica distingue-se nos estudos incluídos.

Decorrente da pesquisa realizada foi possível perceber que a abordagem da eficácia das técnicas posturais na prevenção da aspiração tem em conta a etiologia da disfagia. Tendo por base esta constatação delineou-se assim o processo de pensamento.

Dos estudos incluídos nesta RSL é consensual que a escolha de determinada técnica postural para a prevenção da aspiração tem que preceder uma avaliação individual por videofluoroscopia. Isto quer dizer que é difícil encontrar evidência que assegure a eficácia de uma técnica postural para a prevenção da aspiração, ou seja, a generalização do uso de determinada técnica postural para a prevenção da aspiração não garante a sua eficácia.

No entanto, dos artigos incluídos nesta RSL foi possível tecer considerações e relações relativamente aos doentes com disfagia e a eficácia do uso de técnicas posturais na prevenção da aspiração.

A técnica de flexão do pescoço em doentes com disfagia neurogénica foi eficaz nos casos de disfagia de pouca complexidade, em doentes com atraso do reflexo de deglutição, em doentes com dificuldade na elevação laríngea, com disfagia moderada de acordo com a escala *The dysphagia outcome and severity scale* (O'Neil et al., 1999) e com indivíduos mais velhos. Quando comparada com intervenções de modificação da dieta, nomeadamente espessamento de líquidos (consistência mel) esta técnica postural revela ser a menos eficaz na prevenção da aspiração.

Relativamente à prevenção da pneumonia de aspiração, o estudo encontrado não trouxe contributos neste sentido, assegurando apenas que os líquidos espessados são mais eficazes em eliminar imediatamente a aspiração. Portanto, sugere-se, face a esta fraca evidência, o aprofundamento de mais estudos nesta área.

A técnica de flexão do pescoço em doentes com disfagia mecânica/estrutural foi eficaz nos casos em que os indivíduos apresentavam paralisia das cordas vocais, compromisso da eversão da epiglote e elevação laríngea incompleta pois verifica-se ineficácia da progressão do bolo alimentar e menor proteção da via aérea. A flexão do pescoço principalmente com alimentos de consistência puré revelou eficácia na prevenção da aspiração.

Existiram estudos que não dividiram claramente os indivíduos com diferentes etiologias, ou seja, estudaram em simultâneo doentes com disfagia neurogénica e mecânica/estrutural. Verificou-se que a técnica de flexão do pescoço foi eficaz na prevenção da aspiração nos casos em que os doentes aspiravam antes do disparo do reflexo de deglutição, em doentes que aspiravam durante a deglutição e com dificuldade no encerramento laríngeo e, em indivíduos que aspiravam após a deglutição com alterações de mobilidade da língua e estase faríngea. Ainda nestes indivíduos estudados com as duas etiologias referidas verificou-se que o uso da técnica de flexão do pescoço com a utilização de copo com líquidos em vez de colher foi mais eficaz na prevenção da aspiração. Da mesma

forma se constatou que o uso da técnica de flexão do pescoço com volumes mais pequenos também revelou ser mais eficaz na prevenção da aspiração.

Os estudos que se debruçaram sobre populações com diferentes patologias e com disfagia de etiologia neurogénica evidenciaram que a técnica de flexão do pescoço foi pouco eficaz na prevenção da aspiração em doentes com atraso do reflexo de deglutição.

A eficácia da técnica postural de rotação do pescoço na prevenção da aspiração ficou demonstrada em indivíduos que apresentavam aspirações durante e após a deglutição destacando-se os doentes com lesões unilaterais.

A eficácia da técnica postural de extensão do pescoço ficou demonstrada em doentes com disfagia neurogénica nomeadamente nos casos de alterações no movimento da língua.

Relativamente às técnicas de decúbito lateral e inclinação do pescoço não foi possível tecer qualquer nota sobre a sua eficácia face ao fraco rigor metodológico dos estudos envolvidos e dos mecanismos pouco fundamentados.

O processo de investigação realizado foi marcado por avanços e recuos como é esperado. Contudo, foi sempre preocupação de todos chegar ao final e com sentido de objetivo cumprido.

E neste sentido, podemos dizer que esta dissertação é de facto fruto de um trabalho árduo e de um percurso difícil. É mais uma etapa que chegou ao fim e acima de tudo um contributo para o exercício profissional dos enfermeiros, tornando-se imprescindível o desenvolvimento de esforços no sentido dos Enfermeiros, se assumirem como um recurso válido na melhor resposta aos doentes com este tipo de patologia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. C. (2011). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra. Formasau.

Altman, K. W. (2013). Understanding dysphagia: a rapidly emerging problem. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 13-16. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24262966>

American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology [Preferred Practice Patterns]. Retirado de <https://www.asha.org/uploadedFiles/PP2004-00191.pdf>

American Speech Language Hearing Association. (s/d). Adult Dysphagia Retirado de <https://www.asha.org/PRPPrintTemplate.aspx?folderid=8589942550>

Apóstolo, J. L. A. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra. ESEnfC.

Aromataris, E., & Munn, Z. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Retirado de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The Systematic Review: An Overview. *AJN American Journal of Nursing*, 114(3), 53-58. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107894049&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ashford, J., McCabe, D., Wheeler-Hegland, K., Frymark, T., Mullen, R., Musson, N., . . . Hammond, C. S. (2009). Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part III--impact of dysphagia treatments on populations with neurological disorders. *J Rehabil Res Dev*, 46(2), 195-204. Retirado de <https://www.rehab.research.va.gov/jour/09/46/2/pdf/Ashford.pdf>

Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala. (2017). Disfagia: Perturbação da deglutição Retirado de <https://www.dropbox.com/s/vuh0e9o7re548us/Folheto%20-%20Disfagia.pdf?dl=0>

Baijens, L. W., Clave, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., . . . Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*, 11, 1403-1428. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27785002>

Bettany-Saltikov, J. (2012). *How To Do A Systematic Literature Review In Nursing: A Step-By-Step Guide: A Step-By-Step Guide*.

Boccardi, V., Ruggiero, C., Patriti, A., & Marano, L. (2016). Diagnostic Assessment and Management of Dysphagia in Patients with Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 50(4), 947-955. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=113301609&lang=pt-br&site=ehost-live>

Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto: da teoria à prática*. Lisboa. Papa-Letras.

Brito, M. A. C. (2013). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado*. (Tese de Doutoramento.), Universidade Católica Portuguesa. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/12617>

Calvo, I., Sunday, K. L., Macrae, P., & Humbert, I. A. (2017). Effects of chin-up posture on the sequence of swallowing events. *Head Neck*, 39(5), 947-959. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5435481/>

Cardoso, A. T., Raínho, J. M. C., Quitério, P. C. M., Cruz, V., Magano, A. M. O., & Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC - Revisão sistemática. *Non-invasive dysphagia screening for stroke survivors - Systematic review*, 3(5), 135-143. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=70387820&lang=pt-br&site=ehost-live>

Carneiro, A. R. A. B. A. V. (2007). *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica*.

Carvalho, A. L. R. d. C. (2013). *Segurança do doente à alimentação : intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição*. (Dissertação de Mestrado.), Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/16631>

Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. U. o. York (Ed.) Retirado de https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf

Cockeram, A. W. (1998). Canadian Association of Gastroenterology Practice Guidelines: evaluation of dysphagia. *Can J Gastroenterol*, 12(6), 409-413. Retirado de https://pdfs.semanticscholar.org/84db/20ed209e95aa71041a6fafce229ddf36311d.pdf?_ga=2.242616523.876465191.1553542112-266124913.1541589981

College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario. (2014). Practice standards and guidelines for dysphagia intervention by speech-language pathologists Retirado de www.caslpo.com/sites/default/uploads/.../PSG_EN_Dysphagia.pdf

Colodny, N. (2005). Dysphagic independent feeders' justifications for noncompliance with recommendations by a speech-language pathologist. *Am J Speech Lang Pathol*, 14(1), 61-70. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15962847>

Costa, V. F. (2014). *Perturbações da deglutição: Contribuição para a validação do P-EAT-10 numa população numa população institucionalizada e utentes de centro de dia*. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de ciências médicas. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Retirado de <https://run.unl.pt/handle/10362/13228>

Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência Manual para enfermeiros*, Lisboa. Lusociência.

Davis, L. A. (2007). Quality of Life Issues Related to Dysphagia. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 23(4), 352-365. Retirado de https://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Fulltext/2007/10000/Quality_of_Life_Issues_Related_to_Dysphagia.7.aspx

De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, M. C., Takahashi, R. F., & Bertolozzi, M. R. (2011). [Systematic review: general notions]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 45(5), 1260-1266. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22031392&lang=pt-br&site=ehost-live>

Dennis, M. S., Lewis, S. C., & Warlow, C. (2005). Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 365(9461), 764-772. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15733717>

Direção Geral da Saúde. (2017). *Plano Nacional para as doenças respiratórias*, Lisboa. Retirado de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da...de.../por-serie-880758-pdf.aspx?...>

Domingos, A., & Veríssimo, D. (2014). Cuidados de Enfermagem à pessoa com deglutição comprometida - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/CHMedioTejo_ProjetoDegluticao.pdf

Donovan, N. J., Daniels, S. K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D., & Mitchell, P. H. (2013). Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke*, 44(4), 24-31. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23412377>

Drake, W., O'Donoghue, S., Bartram, C., Lindsay, J., & Greenwood, R. (1997). Eating in side-lying facilitates rehabilitation in neurogenic dysphagia. *Brain Inj*, 11(2), 137-142. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=9012947&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ekberg, O., & Sigurjonsson, S. V. (1982). Movement of the epiglottis during deglutition. A cineradiographic study. *Gastrointest Radiol*, 7(2), 101-107. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7084590>

Etges, C. L., Scheeren, B., Gomes, E., & Barbosa, L. D. R. (2014). Screening tools for dysphagia: a systematic review. *Codas*, 26(5), 343-349. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=25388065&lang=pt-br&site=ehost-live>

Foshang, T. H., Mestan, M. A., & Riggs, L. J. (2002). Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: A case of dysphagia. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 25(1), 71-76. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0161475402205771>

Fraga, L. d. M., Calvitti, S. V., Lima, M. C., & Leitão, M. C. (s/d). Nutrição na maturidade: aspetos da disfagia. Retirado de <http://bhvidacirurgica.com.br/NOVOBHVIDA/pdf/aspectosdisfagia.pdf>

Fraser, S., & Steele, C. M. (2012). The Effect of Chin Down Position on Penetration-Aspiration in Adults with Dysphagia. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 36(2), 142-148. Retirado de https://www.cjslpa.ca/download.php?file=2012_CJSLPA_Vol_36/No_02_88_175/Fraser_Steele-CJSLPA.pdf

Frymark, T., Schooling, T., Mullen, R., Wheeler-Hegland, K., Ashford, J., McCabe, D., . . . Hammond, C. S. (2009). Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part I--background and methodology. *J Rehabil Res Dev*, 46(2), 175-183. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19533531>

Furkim, A. M., & Santini, C. S. (2004). *Disfagias orofaríngeas*. São Paulo. Pró-fono.

Furkim, I. Q. M. A. M. (2003). *Manobras utilizadas na reabilitação da deglutição*, Rio de Janeiro. Medsi.

Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Systematic review: a resource that allows for the incorporation of evidence into nursing practice. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 549-556. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15303213&lang=pt-br&site=ehost-live>

George, J., Kong, D. C., & Stewart, K. (2007). Adherence to disease management programs in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2(3), 253-262. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18229563>

Goldenberg, S., Castro, R. C., & Azevedo, F. R. (2007). SciELO (Scientific Electronic Library Online) statistical data interpretation. *Acta Cir Bras*, 22(1), 1-7. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17293942>

Groher, M. E., & Crary, M. A. (2009). *Dysphagia: Clinical Management in Adults and Children*. Missouri. Elsevier.

Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. Retirado de www.handbook.cochrane.org

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures: Lusodidacta.

Hughes, S. M. (2011). Management of dysphagia in stroke patients. *Nurs Older People*, 23(3), 21-24. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561028>

Instituto Nacional de Estatística. (2012). Saúde e Incapacidades 2011: Dia internacional das pessoas com deficiência -3 de Dezembro. Retirado de https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=149447974...

International Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação internacional para a prática da enfermagem*. Genebra.

Jancelewicz, T., Lopez, M. E., Downard, C. D., Islam, S., Baird, R., Rangel, S. J., . . . Goldin, A. B. (2017). Surgical management of gastroesophageal reflux disease (GERD) in children: A systematic review. *J Pediatr Surg*, 52(8), 1228-1238. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27823773>

Japanese Respiratory Society. (2009). Aspiration pneumonia. *Respirology*, 14 Suppl 2, S59-64. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19857224>

Jiang, J. L., Fu, S. Y., Wang, W. H., & Ma, Y. C. (2016). Validity and reliability of swallowing screening tools used by nurses for dysphagia: A systematic review. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi*, 28(2), 41-48. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5442897/>

Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Retirado de <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>

Joanna Briggs Institute. (2017). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Retirado de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. (2001). An Introduction to Systematic Reviews *Changing Practice*. Retirado de <http://www.joannabriggs.edu.au/CP2.pdf>

Jotz, G. P., Angelis, E. C., & Barros, A. P. B. (2009). *Tratado Da Deglutição E Disfagia: NO ADULTO E NA CRIANÇA*. Rio de Janeiro. Elsevier.

Jotz, G. P., & de Angelis, E. C. (2016). *Disfagia Abordagem Clínica e Cirúrgica: Criança, Adulto e Idoso*. São Paulo Elsevier.

Kagaya, H., Inamoto, Y., Okada, S., & Saito, H. (2011). Body Positions and Functional Training to Reduce Aspiration in Patients with Dysphagia. *Journal of the Japan Medical Association*, 54, 35-38. Retirado de https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2011.../035_038.pdf

Kawashima, K., Motohashi, Y., & Fujishima, I. (2004). Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening *19*(4), 266-271. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106503894&lang=pt-br&site=ehost-live>

Kendall, K. A., Leonard, R. J., & McKenzie, S. (2004). Airway protection: evaluation with videofluoroscopy. *Dysphagia*, 19(2), 65-70. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15382792>

Khan, A., Carmona, R., & Traube, M. (2014). Dysphagia in the elderly. *Clin Geriatr Med*, 30(1), 43-53. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24267601>

Kosaku, K., Hiroshi, I., & Jun-ichi, K. (2015). Healthcare-associated Pneumonia and Aspiration Pneumonia. *Aging & Disease*, 6(1), 27-37. Retirado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=100831320&lang=pt-br&site=ehost-live>

Langmore, S. E., & Miller, R. M. (1994). Behavioral treatment for adults with oropharyngeal dysphagia. *Arch Phys Med Rehabil*, 75(10), 1154-1160. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7944924>

Larnert, G., & Ekberg, O. (1995). Positioning improves the oral and pharyngeal swallowing function in children with cerebral palsy. *Acta Paediatr*, 84(6), 689-692. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7670257>

Lazarus, C. L. (2017). History of the Use and Impact of Compensatory Strategies in Management of Swallowing Disorders. *Dysphagia*, 32(1), 3-10. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28130600>

Lewin, J. S., Hebert, T. M., Putnam, J. B., Jr., & DuBrow, R. A. (2001). Experience with the chin tuck maneuver in postesophagectomy aspirators. *Dysphagia*, 16(3), 216-219. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11453570&lang=pt-br&site=ehost-live>

Lim, W. S., Baudouin, S. V., George, R. C., Hill, A. T., Jamieson, C., Le Jeune, I., . . . Woodhead, M. A. (2009). BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax*, 64 Suppl 3, 1-55. Retirado de https://thorax.bmj.com/content/64/Suppl_3/iii1

Logemann, J. (2008). Treatment of oral and pharyngeal dysphagia. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 19(4), 803-816. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18940642>

Logemann, J., Gensler, G., Robbins, J., Lindblad, A. S., Brandt, D., Hind, J. A., . . . Miller Gardner, P. J. (2008). A randomized study of three interventions for aspiration of thin liquids in patients with dementia or Parkinson's disease. *Journal Of Speech, Language, And Hearing Research: JSLHR*, 51(1), 173-183. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18230864&lang=pt-br&site=ehost-live>

Logemann, J. A. (1993). *Manual for the Videofluorographic Study of Swallowing*. San Diego: Pro-Ed.

Logemann, J. A. (1998). *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*. Pro-Ed.

Logemann, J. A., Veis, S., & Colangelo, L. (1999). A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*, 14(1), 44-51. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9828274>

Longo, D. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2013). *Manual de Medicina de Harrison* Rio de Janeiro M. Hill.

Lynch, C. d. S. (2008). *Análise da fisiologia da deglutição por meio da ultrasonografia* (Tese de Doutorado.), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo São Paulo. Retirado de www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5151/tde-24062008.../CinthyadaSilvaLynch.pdf

Macrae, P., Anderson, C., & Humbert, I. (2014). Mechanisms of airway protection during chin-down swallowing. *J Speech Lang Hear Res*, 57(4), 1251-1258. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24686521>

Malagelada, J., Bazzoli, F., Boeckstaens, G., De Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., . . . LeMair, A. (2015). World gastroenterology organisation global guidelines: dysphagia--global guidelines and cascades update September 2014. *J Clin Gastroenterol*, 49(5), 370-378. Retirado de <http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/11/2014-dysphagia.pdf>

Martin-Harris, B., Brodsky, M. B., Michel, Y., Castell, D. O., Schleicher, M., Sandidge, J., . . . Blair, J. (2008). MBS measurement tool for swallow impairment--MBSImp: establishing a standard. *Dysphagia*, 23(4), 392-405. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18855050>

Martin-Harris, B., Brodsky, M. B., Michel, Y., Ford, C. L., Walters, B., & Heffner, J. (2005). Breathing and swallowing dynamics across the adult lifespan. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 131(9), 762-770. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16172351>

Martin-Harris, B., Logemann, J. A., McMahon, S., Schleicher, M., & Sandidge, J. (2000). Clinical utility of the modified barium swallow. *Dysphagia*, 15(3), 136-141. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10839826>

Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756-2763. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16269630&lang=pt-br&site=ehost-live>

Martins, C., Campos, D. J., Balsini, I. D. A., & Meyer, L. R. (2003). *Nutrição e disfagia: guia para profissionais*. Curitiba Nutroclínica.

Matos, A. C. M. (2017). *A experiência de vivenciar a disfagia orofaríngea após o Acidente Vascular Cerebral* (Dissertação de Mestrado.), Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia. Retirado de <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3727/2/ANA%20CL%C3%81UDI%20MAGALH%C3%83ES%20MATOS.pdf>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1), 12-28. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>

Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC Contributos para um envelhecer resiliente*, Loures. Lusodidacta.

Nagaya, M., Kachi, T., Yamada, T., & Igata, A. (1998). Videofluorographic study of swallowing in Parkinson's disease. *Dysphagia*, 13(2), 95-100. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9513304>

Nagy, A., Peladeau-Pigeon, M., Valenzano, T. J., Namasivayam, A. M., & Steele, C. M. (2016). The effectiveness of the head-turn-plus-chin-down maneuver for eliminating vallecular residue. *Codas*, 28(2), 113-117. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27191873>

National Institute on Deafness and other Communication Disorders. (2010). NIDCD Fact Sheet | Voice, Speech, and Language Dysphagia. Retirado de <https://www.nidcd.nih.gov/sites/.../voice/NIDCD-Dysphagia.pdf>

O'Neil, K. H., Purdy, M., Falk, J., & Gallo, L. (1999). The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*, 14(3), 139-145. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10341109>

Okada, S., Saitoh, E., Palmer, J. B., Matsuo, K., Yokoyama, M., Shigeta, R., & Baba, M. (2007). What is the chin-down posture? A questionnaire survey of speech language pathologists in Japan and the United States. *Dysphagia*, 22(3), 204-209. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17436041> doi:10.1007/s00455-006-9073-0

Oliveira, A. R. d. S., Costa, A. G. d. S., Morais, H. C. C., Cavalcante, T. F., Lopes, M. V. d. O., & Araujo, T. L. d. (2015). Fatores clínicos preditores do risco para aspiração e aspiração respiratória em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. *Clinical Factors Predicting Risk for Aspiration and Respiratory Aspiration Among Patients With Stroke.*, 23(2), 216-224. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=103357296&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*, Lisboa. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/.../PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*, Lisboa. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ccer.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2005). *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. Retirado de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf

Padovani, A. R., Moraes, D. P., Mangili, L. D., & Andrade, C. R. F. d. (2007). Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(3), 199-205. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342007000300007&lang=pt

Paiva, K. M. d., Xavier, I. C., & Farias, N. (2012). Envelhecimento e disfagia: uma questão de saúde pública *Journal of aging and innovation* 1(6), 67-77. Retirado de <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-envelhecimento-e-disfagia.pdf>

Palmer, J. B., Drennan, J. C., & Baba, M. (2000). Evaluation and treatment of swallowing impairments. *Am Fam Physician*, 61(8), 2453-2462. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10794585>

Park, Y. H., Han, H. R., Oh, B. M., Lee, J., Park, J. A., Yu, S. J., & Chang, H. (2013). Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatr Nurs*, 34(3), 212-217. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23528180>

Pauloski, B. R. (2008). Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 19(4), 889-928. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2593402/>

Pereira, A. L., & Bachion, M. M. (2006). [Update in systematic literature revision review: strength criteria and degree of recommendation of literature evidences]. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 27(4), 491-498. Retirado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17476954&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ramsey, D., Smithard, D., & Kalra, L. (2005). Silent aspiration: what do we know? *Dysphagia*, 20(3), 218-225. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16362510>

Ribeiro, J. d. C. B. (2013). *O impacto da disfagia na qualidade de vida do paciente com carcinoma da cavidade oral e orofaringe*. (Dissertação de Mestrado.), Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.26/13963>

Ricci Maccarini, A., Filippini, A., Padovani, D., Limarzi, M., Loffredo, M., & Casolino, D. (2007). Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngol Ital*, 27(6), 299-305. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640056/>

Robbins, J., Gensler, G., Hind, J., Logemann, J. A., Lindblad, A. S., Brandt, D., . . . Miller Gardner, P. J. (2008). Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. *Annals Of Internal Medicine*, 148(7), 509-518. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18378947&lang=pt-br&site=ehost-live>

Rofes, L., Arreola, V., Romea, M., Palomera, E., Almirall, J., Cabre, M., . . . Clave, P. (2010). Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterol Motil*, 22(8), 851-858, 230. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20529208>

Roque, A., Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2007). *Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência*. Retirado de <http://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>

Saconato, M., Chiari, B. M., Lederman, H. M., & Gonçalves, M. I. R. (2016). Effectiveness of Chin-tuck Maneuver to Facilitate Swallowing in Neurologic Dysphagia. *International Archives Of Otorhinolaryngology*, 20(1), 13-17. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=26722339&lang=pt-br&site=ehost-live>

Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence.*, 11(1), 83-89. Retirado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=27108806&lang=pt-br&site=ehost-live>

Santoro, P. P. (2008). Editorial II - disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. *Revista CEFAC*, 10(2). Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462008000200002&nrm=iso

Santoro, P. P., Furia, C. L., Forte, A. P., Lemos, E. M., Garcia, R. I., Tavares, R. A., & Imamura, R. (2011). Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. *Braz J Otorhinolaryngol*, 77(2), 201-213. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21537622>

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2011). *Anatomia & Fisiologia*. (8ª ed.). Loures. Lusociência.

Shanahan, T. K., Logemann, J. A., Rademaker, A. W., Pauloski, B. R., & Kahrilas, P. J. (1993). Chin-down posture effect on aspiration in dysphagic patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 74(7), 736-739. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=8328896&lang=pt-br&site=ehost-live>

Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação: Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra. Formasau.

Silva, R. G. (2007). Efficacy of rehabilitation in oropharyngeal dysphagia. *Pro Fono*, 19(1), 123-130. Retirado de www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script=sci_arttext...

Smith, E. E., Kent, D. M., Bulsara, K. R., Leung, L. Y., Lichtman, J. H., Reeves, M. J., . . . Zahuranec, D. B. (2018). Effect of Dysphagia Screening Strategies on Clinical Outcomes After Stroke: A Systematic Review for the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, 49(3), 123-128. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29367332>

Solazzo, A., Monaco, L., Del Vecchio, L., Tamburrini, S., Iacobellis, F., Berritto, D., . . . Grassi, R. (2012). Investigation of compensatory postures with videofluoromanometry in dysphagia patients. *World J Gastroenterol*, 18(23), 2973-2978. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3380325/>

Son, Y. G., Shin, J., & Ryu, H. G. (2017). Pneumonitis and pneumonia after aspiration. *Journal Of Dental Anesthesia And Pain Medicine*, 17(1), 1-12. Retirado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28879323&lang=pt-br&site=ehost-live>

Sousa, N. M. d. (2013). *Prevenção da pneumonia de aspiração: revisão sistemática* (Dissertação de Mestrado.), Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70898/2/30768.pdf>

Steenhagen, C. H. V. A., & Branco da Motta, L. (2006). Deglutição e envelhecimento: enfoque nas manobras facilitadoras e posturais utilizadas na reabilitação do paciente disfágico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9 (3), 89-100. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838771007.pdf>

Sue Eisenstadt, E. (2010). Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 22(1), 17-22. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20074192&lang=pt-br&site=ehost-live>

Tablan, O. C., Anderson, L. J., Besser, R., Bridges, C., & Hajjeh, R. (2004). Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003 recommendations of the CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Respir Care*, 49(8), 926-939. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15048056>

Terré, R., & Mearin, F. (2012). Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study. *Neurogastroenterology And Motility: The Official Journal Of The European Gastrointestinal Motility Society*, 24(5), 414. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22309385&lang=pt-br&site=ehost-live>

The Speech Pathology Association of Australia. (2004). Dysphagia: General Position Paper.

Tohara, H., Saitoh, E., Mays, K. A., Kuhlemeier, K., & Palmer, J. B. (2003). Three tests for predicting aspiration without videofluorography. *Dysphagia*, 18(2), 126-134. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825906>

Tufanaru, C., Munn, Z., Stephenson, M., & Aromataris, E. (2015). Fixed or random effects meta-analysis? Common methodological issues in systematic reviews of effectiveness. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 196-207. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26355603>

Vieira, C. M., & Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*, Loures. Lusodidacta.

Welch, M. V., Logemann, J. A., Rademaker, A. W., & Kahrilas, P. J. (1993). Changes in pharyngeal dimensions effected by chin tuck. *Arch Phys Med Rehabil*, 74(2), 178-181. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=8431103&lang=pt-br&site=ehost-live>

Werner, H. (2005). The Benefits of the Dysphagia Clinical Nurse Specialist Role. *Journal of Neuroscience Nursing*, 37(4), 212-215. Retirado de https://journals.lww.com/jnnonline/Fulltext/2005/08000/The_Benefits_of_the_Dysphagia_Clinical_Nurse.8.aspx

Zheng, L., Li, Y., & Liu, Y. (2014). The individualized rehabilitation interventions for dysphagia: a multidisciplinary case control study of acute stroke patients. *Int J Clin Exp Med*, 7(10), 3789-3794. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238493/>

ANEXOS

Anexo I: Protocolo de pesquisa

PROTOCOLO DE PESQUISA DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

População	Intervenção	Comparação	Resultados
Adultos com a deglutição comprometida	Técnicas posturais	-	Prevenção da aspiração/pneumonia de aspiração

As técnicas posturais previnem a aspiração/pneumonia de aspiração em adultos com a deglutição comprometida?

PERGUNTA DE PARTIDA

Conceitos-chave	Definições
ASPIRAÇÃO	<p><i>“... inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou os pulmões”</i> (International Council of Nurses, 2016).</p> <p>Presença de material orofaríngeo (alimentos - líquidos e sólidos, substâncias orgânicas, secreções orais, tóxicas, entre outras) pela laringe, abaixo das cordas vocais, atingindo os pulmões (Logemann, 2008; Oliveira et al., 2015).</p>
PNEUMONIA DE ASPIRAÇÃO	Infeção aguda ao nível pulmonar que ocorre após aspiração de conteúdo da orofaringe ou gastrointestinal superior em grandes volumes (Son et al., 2017).
DEGLUTIÇÃO	<i>“Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago”</i> (International Council of Nurses, 2016).
TÉCNICAS POSTURAIS	<i>“As técnicas posturais compreendem as alterações da postura do indivíduo que vão afetar o modo como a gravidade impulsiona os alimentos ao longo da faringe”</i> (Hoeman, 2011).
EFICÁCIA	<i>“até que ponto uma intervenção quando usada adequadamente, atinge o efeito pretendido”</i> (Aromataris & Munn, 2017)

OBJETIVO PRINCIPAL	Identificar a eficácia das técnicas posturais (cabeça, pescoço e corpo no global) na prevenção da aspiração em adultos com compromisso da deglutição
BACKGROUND	<p>A disfagia refere-se a uma condição fisiopatológica caracterizada pela dificuldade na deglutição, ou seja, por problemas na passagem de alimento ou líquido da boca para a hipofaringe ou através do esófago. Associa-se também a problemas de nutrição, aspiração e redução da qualidade de vida dos indivíduos (Longo et al., 2013).</p> <p>De acordo com a Organização Mundial de Gastroenterologia (2014) a disfagia é um problema comum, com diversas condições clínicas associadas. A prevalência da disfagia aumenta com a idade e depende da doença a ela associada, podendo abranger todas as faixas etárias (Malagelada et al., 2015).</p> <p>A disfagia associa-se habitualmente a doenças sistêmicas e neurológicas, acometendo 16% a 22% da população acima de 50 anos, 70% a 90% em populações mais idosas e a doenças neurológicas como é, por exemplo, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) com 20% a 40 % e com casos de aspiração até 55% (Santoro, 2008). As complicações que decorrem da disfagia são também altamente relevantes no domínio das políticas vigentes, uma vez que aumentam os custos de saúde em consequência de readmissões hospitalares, idas ao serviço de urgência, internamentos prolongados, necessidade de suporte respiratório e nutricional, muitas vezes dispendioso (American Speech-Language-Hearing Association, 2004; Malagelada et al., 2015).</p> <p>A prevalência da disfagia está diretamente relacionada com as doenças que estão na sua base e com a idade. Neste sentido, a nível mundial é difícil fornecer dados epidemiológicos pois a prevalência da maioria das doenças que causam a disfagia diferem de regiões e continentes (Malagelada et al., 2015).</p> <p>A sua documentação é cada vez mais frequente, e isto pode dever-se por um lado, a uma maior sensibilidade dos profissionais para este problema e, por outro lado, a uma maior frequência deste problema (Santoro, 2008).</p> <p>Os enfermeiros atuam ao nível da prevenção de complicações, nomeadamente da aspiração, que se constitui um foco de atenção dos enfermeiros, cujas intervenções são fulcrais na redução da morbidade e mortalidade associada a pneumonias por aspiração (Hoeman, 2011). As intervenções de enfermagem subjacentes aos indivíduos com disfagia podem situar-se ao nível da</p>

	<p>consistência dos alimentos, das técnicas posturais, das técnicas de deglutição, dos exercícios de deglutição e da estimulação oral e de estruturas faríngea (American Speech-Language-Hearing Association, 2004). As técnicas posturais compreendem as alterações da postura do indivíduo que vão afetar o modo como a gravidade impulsiona os alimentos ao longo da faringe (Hoeman, 2011).</p> <p>A eficácia de algumas técnicas posturais (cabeça, pescoço e do corpo no global) na prevenção da aspiração parece ser um tema controverso, principalmente se comparado com outras intervenções nomeadamente a alteração da consistência dos alimentos (Sue Eisenstadt, 2010).</p> <p>A videofluoroscopia é o exame padrão de ouro para a identificação da aspiração não obstante existem sinais clínicos da ocorrência de aspiração, tais como a tosse, engasgo a comer ou beber, sialorreia, rouquidão, gorgolejo a falar (Sue Eisenstadt, 2010).</p> <p>Face ao descrito, pretende-se compreender se o recurso a estas técnicas é de facto preventivo na aspiração e a longo prazo da prevenção da pneumonia de aspiração.</p>	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	TIPO DE ESTUDOS	<p>Estudos Primários Idioma: português, espanhol, francês ou inglês</p> <p>Estudos primários: correspondem a investigações originais (Bettany-Saltikov, 2012). A inclusão de todos os estudos primários até à data definida deve-se ao facto de se constatar que a existência de estudos de qualidade e em quantidade sobre este tema é escasso.</p>
	CORTE TEMPORAL	Estudos publicados até Dezembro de 2016.
	POPULAÇÃO	<p>Maiores de 18 anos. Com estudo da disfagia validada por Videofluoroscopia (exame padrão-ouro) ou outros exames auxiliares de diagnóstico ou avaliações <i>screening</i> ou <i>assessment</i>.</p>
	INTERVENÇÃO	Estudos que investigam o uso de técnicas posturais (cabeça, pescoço e o corpo no global) na prevenção da aspiração ou pneumonia de aspiração.
	COMPARAÇÃO	-
	RESULTADOS	Os estudos devem avaliar a ocorrência ou não da aspiração ou pneumonia de aspiração.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	TIPO DE ESTUDOS	<p>Estudos Secundários</p> <p>Estudos Secundários: correspondem a revisões das investigações originais (Bettany-Saltikov, 2012)</p>

MÉTODO DE IDENTIFICAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	BASES DE DADOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. CINAHL® complete (EBSCO HOST via ESEP) 2. Cochrane Central Register of Controlled Trials® (EBSCO HOST via ESEP) 3. MEDLINE® (EBSCO HOST via ESEP) 4. SCOPUS 5. SciELO Citation Index®
	OUTROS TERMOS	"postural interventions"; "chin down"; "chin-down"; "chin tuck"; "chin-tuck"; "head turn"; "head-turn"; "side lying"; "side-lying"; "head rotation"; "head-rotation"; flexion; hiperflexion; hiper-flexion"
	DESC TERMS	"Transtornos de Deglutição"; Disfagia; Postura; "Modalidades de Posição"; "Pneumonia Aspirativa "; Aspiração; rotação
	MESH TERMS	dysphagia; "deglutition disorders"; "Swallowing disorders"; "oropharyngeal dysphagia"; position; posture; "patient positioning"; aspiration; pneumonia; "Aspiration pneumonia"; "Respiratory"; "Respiratory Aspiration of Gastric Contents"; patient; client; adult; prevention; control
	FRASE BOOLEANA	((<i>dysphagia OR "deglutition disorders" OR "Swallowing disorders" OR "oropharyngeal dysphagia" OR "swallowing therap*") AND (patient* OR client*) AND adult*</i>) AND ((<i>position OR posture OR "patient positioning" OR "postural interventions"</i>) AND (" <i>chin up" OR "chin down" OR "chin-down" OR "chin tuck" OR "chin-tuck" OR "head turn" OR "head-turn" OR "side lying" OR "side-lying" OR "head rotation" OR "head-rotation" OR "head extension" OR "head flexion" OR "head turn"</i>)) AND (((<i>aspiration AND pneumonia</i>) OR <i>aspiration OR "aspiration pneumonia"</i> OR (<i>respiratory AND aspiration</i>) OR " <i>Respiratory Aspiration of Gastric Contents"</i>) AND (<i>prevention OR control</i>))
MÉTODO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS	<p>Numa fase inicial, será aplicado o Instrumento de Relevância I.</p> <p>Os artigos que preencherem os critérios pretendidos serão depois submetidos ao Instrumento de Relevância II.</p>	<p>A cada estudo será aplicado o Instrumento de Relevância I, em que se procederá à leitura do título e resumo. Este instrumento é constituído por respostas positivas e negativas e pela opção não claro, quando não estão bem explícitos os critérios de inclusão. Assim é possível a leitura integral do estudo não havendo o risco de excluir um estudo potencialmente relevante.</p> <p>Pelo menos uma resposta negativa já exclui o estudo. Passará então posteriormente para o Instrumento de Relevância, que é semelhante ao primeiro no entanto, o artigo é lido na íntegra. Estes instrumentos serão aplicados pelos dois investigadores, de forma independente.</p>
PROCESSO DE SOLUÇÃO PARA DISCORDÂNCIAS ENTRE REVISORES	Existirá um terceiro revisor para a resolução das discordâncias.	O recurso a um terceiro revisor torna-se essencial quando existem divergências quanto à inclusão de um artigo (Pereira & Bachion, 2006).

NA SELEÇÃO DE ARTIGOS		
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA	Serão utilizados os instrumentos de avaliação da qualidade metodológica propostos pelo Joanna Briggs Institute®.	O JBI ® propõe uma série de instrumentos para a avaliação de artigos (Aromataris & Munn, 2017).
MÉTODOS DE EXTRAÇÃO DE DADOS	Preenchimento de uma tabela padrão.	A utilização de instrumentos para auxiliar a extração de dados não só é útil para a sistematização dos dados incluídos em cada artigo, como também obriga a que seja retirado o mesmo tipo de informação de cada estudo (Aromataris & Munn, 2017).
SÍNTESE/ DISSEMINAÇÃO DOS DADOS	Publicação do artigo científico	

Anexo II: Instrumento de relevância I

Instrumento de relevância I

Procedimento: Para cada estudo responder às questões propostas. Caso se verifique pelo menos uma resposta nula “não”, o estudo fica automaticamente excluído. Para o estudo prosseguir deve obter em todas as perguntas a resposta “sim” ou “não claro”.

Identificação do Estudo:	
	Resposta
1. População	Sim/Não/Não claro
Q1: Qual a população de interesse? Incluir: Estudo em que a população se refere a pessoas com mais de 18 anos e com alterações da deglutição (disfagia) confirmada por exames complementares de diagnóstico. Excluir: Estudos cuja população são crianças (idade inferior a 18 anos) Estudos em que não é claro que os doentes apresentam problemas na deglutição Estudos com pessoas saudáveis	
2. Intervenção	Sim/Não/Não claro
Q2: Qual a intervenção de interesse? Incluir: Os estudos devem abordar estratégias compensatórias, nomeadamente o uso de técnicas posturais compensatórias, que podem ser aplicadas no momento da refeição ou em simulação da mesma com vista à prevenção da aspiração. Excluir: Os estudos que abordam estratégias de reabilitação, nomeadamente o treino de exercícios de determinadas estruturas intervenientes na deglutição e num determinado período de tempo), assim como manobras de deglutição (deglutição supraglótica, deglutição super-supraglótica, manobra de Mendelsohn e deglutição em esforço	
3. Resultados	Sim/Não/Não claro
Q3: Qual o resultado de interesse? Incluir: Estudos cujos resultados demonstram que ocorreu/não ocorreu aspiração ou pneumonia de aspiração que pode ser evidenciada através de: <ul style="list-style-type: none">Dados clínicos (tosse, dessaturação, dispneia, taquipneia, taquicardia, crepitações, hipotensão, aumento de secreções, febre baixa)Dados gerados pelos meios auxiliares de diagnóstico (videofluoroscopia; videoendoscopia; esofagoscopia transnasal; ultrassonografia; eletromiografia; cintigrafia; fluoroscopia manométrica, outros...)Diagnóstico de pneumonia ou síndrome de insuficiência respiratória aguda	
4. Tipo de Estudo	Sim/Não/Não claro
Q4: Qual o tipo de estudo? Incluir: Estudos primários Excluir:	

Estudos Secundários (Revisões sistemáticas;Revisões sistemáticas com meta-análise;Guias de boas práticas;Análise de decisões; Relatórios de consensos; Editoriais; Comentários)

5. Idioma

Sim/Não

Q5: Qual o idioma do artigo integral?

Incluir:

Estudos em inglês, português, espanhol e francês

Excluir:

Todos outros idiomas

6. Acesso a *full text*

Sim/Não

Q6: Existe disponibilidade do artigo em *full text*?

Incluir:

Estudos com acesso a *full text*

Anexo III: Resultados do teste de relevância I

Estudo			Q1			Q2			Q3			Q4			Q5		Q6		Passa Teste II		
			Pop.			Int.			Res.			Tipo Estudo			Idioma		Full text				
Nº	Título	Autores	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	S	N	S	N	
E1	Helping your dysphagic patient eat	Hufler, 1987												x							x
E2	Chin-down posture effect on aspiration in dysphagic patients.	Shanahan et al., 1993	x			x			x			x			x		x				x
E3	Approaches to Treating Dysphagia in Patients With Brain Injury.	Avery-Smith et al., 1994												x							x
E4	Behavioral treatment for adults with oropharyngeal dysphagia	Langmore et al., 1994												x							x
E5	Effects of Postural Change on Aspiration in Head and Neck Surgical Patients	Logemann et al., 1994																x			x
E6	Prevention of barium aspiration during videofluoroscopic swallowing studies: Value of change in posture	Rasley et al., 1994			x	x			x			x			x		x		x		x
E7	Treatment efficacy for adults with oropharyngeal dysphagia	Miller et al., 1994																x		x	x
E8	ALS demands diligent nursing care... amyotrophic lateral sclerosis.	Shellerbarger et al., 1995			x			x			x	x			x		x		x		x
E9	Dysphagia: Evaluation and treatment	Logemann et al., 1995												x							x
E10	Videofluorographic analysis of the swallowing disorders in spinocerebellar degeneration	Nagaya et al., 1995														x					x
E11	Dynamic reconstruction of the oropharyngeal swallow using computer based animation	Lin et al., 1996					x														x
E12	Head position and tilt-in-space: A study of headrest preferences in non-disabled adults	Perr A.J., 1996		x																	x
E13	Phoniatric aspects of oropharyngeal dysphagia in deciding on a diagnosis and therapy	Denk D.M., 1996					x									x					x
E14	Screening, diagnosis, and management of neurogenic dysphagia	Logemann J.A., 1996												x							x
E15	Swallowing disorders in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and adjuvant chemotherapy	Lazarus et al., 1996			x			x			x	x			x		x		x		x
E16	Aspiration pneumonia: Strategies for early recognition and prevention	Lomotan et al., 1997												x							x
E17	Eating in side-lying facilitates rehabilitation in neurogenic dysphagia	Drake et al., 1997	x			x			x			x			x		x		x		x
E18	Effect of posture strategies on preventing aspiration	Ohmae et al., 1997														x					x
E19	Laryngeal framework surgery for the treatment of aspiration	Pou et al., 1998					x														x
E20	Radiological evidence of subclinical dysphagia in motor neuron disease	Briani et al., 1998					x														x
E21	Swallowing disorders: Pathophysiology and rehabilitation of neurogenic dysphagia	Schröter-Morasch et al., 1998												x							x
E22	Aspiration: Cause and implications	Lundy et al., 1999	x			x			x			x			x		x		x		x
E23	Videofluoroscopic evaluation in the assessment of swallowing disorders in paediatric and adult populations	O'Donoghue et al., 1999		x																	x
E24	Videomanometric analysis of supraglottic swallow, effortful swallow, and chin tuck in healthy volunteers	Bülow et al., 1999		x																	x
E25	Clinical forum. Therapy for children with swallowing disorders in the educational setting.	Logemann J.A., 2000		x																	x
E26	Evaluation and treatment of swallowing impairments	Palmer et al., 2000												x							x
E27	Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: Insufficient evidence for guidelines	Martino et al., 2000												x							x
E28	Swallowing rehabilitation after oro-pharyngeal resection for squamous cell carcinoma	Zuydam et al., 2000			x	x			x		x				x		x		x		x
E29	Clinical. Dysphagia: the management and detection of a disabling problem.	Perry L., 2001												x							x
E30	Dysphagia: an overview.	Terrado et al., 2001												x							x
E31	Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke.	Westergren et al., 2001			x			x			x	x			x		x		x		x
E32	Electrophysiological evaluation of oropharyngeal swallowing in myotonic dystrophy	Ertekin et al., 2001					x														x
E33	ESA Free Paper Prize Competition.	S/A, 2001												x							x
E34	Management [Prise en charge]	Jacquot, 2001																		x	x
E35	Positioning for stroke patients: A survey of physiotherapists' aims and practices	Chatterton et al., 2001			x			x			x	x			x		x		x		x
E36	Prospective study of swallowing function in patients with cervical dystonia undergoing selective peripheral denervation	Münchau et al., 2001		x			x			x		x			x		x				x
E37	Rapid-sequence intubation in adults: Indications and concerns	Smith C.E., 2001					x														x
E38	The effect of head and neck positions on oropharyngeal swallowing: A clinical and electrophysiologic study	Ertekin et al., 2001	x			x					x	x			x		x		x		x
E39	Critical review on the management of adult oropharyngeal dysphagia	Paik et al., 2002													x						x

Estudo			Q1			Q2			Q3			Q4			Q5		Q6		Passa Teste II	
Nº	Título	Autores	Pop.			Int.			Res.			Tipo Estudo			Idioma		Full text			
			S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	S	N	S	N
E121	Asthma management -- youths >=12 years of age & adults.	S/A, 2009											x							x
E122	Augmentation of deglutitive thyrohyoid muscle shortening by the Shaker Exercise.	Mepani et al., 2009					x													x
E123	Challenges in community rehabilitation.	Conroy et al., 2009											x							x
E124	Chapter 24: caring for the child with a respiratory condition.	S/A, 2009		x																x
E125	Controlled drugs.	S/A, 2009					x													x
E126	Differentiating effortful and noneffortful swallowing with a neck force transducer: implications for the development of a clinical feedback system.	Coulas et al., 2009		x																x
E127	Dysphagia Research Society.	S/A, 2009											x							x
E128	Dysphagia Research Society.	S/A, 2009											x							x
E129	Dysphagia.	Gonzalez-Fernandez et al., 2009											x							x
E130	Effects of age, gender, bolus condition, viscosity, and volume on pharyngeal and upper esophageal sphincter pressure and temporal measurements during swallowing.	Butler et al., 2009						x												x
E131	Effects of food texture and head posture on oropharyngeal swallowing	Tsukada et al., 2009		x																x
E132	Effects of therapy for dysphagia in Parkinson's disease: systematic review.	Bajens et al., 2009											x							x
E133	Effortful swallowing training coupled with electrical stimulation leads to an increase in hyoid elevation during swallowing.	Park J et al., 2009		x																x
E134	Evaluation of hypertension.	S/A, 2009											x							x
E135	Evaluation of insomnia.	S/A, 2009											x							x
E136	Evaluation of manometric measures during tongue-hold swallows.	Doeltgen et al., 2009		x																x
E137	Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part I -- Background and methodology.	Frymark et al., 2009											x							x
E138	Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part III - Impact of dysphagia treatments on populations with neurological disorders	Ashford et al., 2009											x							x
E139	Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part IV -- Impact of dysphagia treatment on individuals' postcancer treatments.	McCabe et al., 2009											x							x
E140	Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part V -- Applications for clinicians and researchers.	Wheeler-Hegland et al., 2009											x							x
E141	Extraction of average neck flexion angle during swallowing in neutral and chin-tuck positions.	Hung et al., 2009		x																x
E142	H. pylori eradication options for peptic ulcer disease.	S/A, 2009											x							x
E143	Hormone replacement therapy.	S/A, 2009											x							x
E144	Insulin administration.	S/A, 2009											x							x
E145	Insulins.	S/A, 2009											x							x
E146	Lipids.	S/A, 2009											x							x
E147	Liver function assessment.	S/A, 2009											x							x
E148	Mood disorders.	S/A, 2009											x							x
E149	Narcotic analgesics.	S/A, 2009											x							x
E150	Oral antidiabetic agents.	S/A, 2009											x							x
E151	Oral calcium channel blockers for hypertension.	S/A, 2009											x							x
E152	Oral contraceptives.	S/A, 2009											x							x
E153	Osteoporosis.	S/A, 2009											x							x
E154	Product monographs	S/A, 2009											x							x
E155	Recommended immunization schedule for ages 0-6 years 2008.	S/A, 2009											x							x
E156	Recommended immunization schedule for ages 7-18 years 2008.	S/A, 2009											x							x
E157	Safety. Preventing aspiration: a common and dangerous problem for patients with cancer.	Guy et al., 2009											x							x
E158	Smoking cessation therapy.	S/A, 2009											x							x
E159	β-blockers.	S/A, 2009											x							x

Estudo			Q1			Q2			Q3			Q4			Q5		Q6		Passa		
			Pop.			Int.			Res.			Tipo Estudo			Idioma		Full text		Teste II		
Nº	Título	Autores	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	S	N	S	N	
E160	Suggested management of GERD.	S/A, 2009													x						x
E161	The effect of lateral shift of cricoid cartilage on pharyngeal swallowing.	Inokuchi et al., 2009		x																	x
E162	The videofluorographic swallowing study	Martin-Harris B. et al., 2009													x						x
E163	Topical steroids.	S/A, 2009													x						x
E164	Treatment of dyslipidemias.	S/A, 2009													x						x
E165	Treatment of hypertension.	S/A, 2009													x						x
E166	Vaginal infection treatments.	S/A, 2009													x						x
E167	Abstracts of the 19th European Stroke Conference. Barcelona, Spain. May 25-28, 2010.	S/A, 2010													x						x
E168	Comments on selected recent dysphagia literature.	Sasaki et al., 2010													x						x
E169	Comments on selected recent dysphagia literature. Body mass index and survival in men and women aged 70 to 75.	Sasaki et al., 2010													x						x
E170	Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults	Sue Eisenstadt E., 2010													x						x
E171	Dysphagia Research Society.	S/A, 2010													x						x
E172	Dysphagia.	Berber et al., 2010													x						x
E173	Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review.	Speyer et al., 2010													x						x
E174	Immediate effects of thermal-tactile stimulation on timing of swallow in idiopathic parkinson's disease	Regan et al., 2010						x													x
E175	Initiation and duration of laryngeal closure during the pharyngeal swallow in post-stroke patients.	Park et al., 2010						x													x
E176	Management of swallowing difficulty in pharyngeal diseases	Oh B.-M. et al., 2010													x						x
E177	Patients with dysphagia: experiences of taking medication.	Kelly et al., 2010						x													x
E178	Preventing Aspiration in the Nursing Home: The Role of Biofilm and Data from the ICU	Drinka P., 2010						x													x
E179	Sequential evaluation of swallowing function in patients with unilateral neck dissection.	Hirai et al., 2010		x																	x
E180	Supracricoid partial laryngectomy: swallowing, voice, and speech outcomes.	Webster et al., 2010						x													x
E181	The mandible advancement may alter the coordination between breathing and the non-nutritive swallowing reflex	Ayuse et al., 2010						x													x
E182	A randomized prospective study of rehabilitation therapy in the treatment of radiation-induced dysphagia and trismus.	Tang et al., 2011						x													x
E183	Abstracts of the Annual Congress of the European Association of Nuclear Medicine. October 15-19, 2011. Birmingham, United Kingdom.	S/A, 2011													x						x
E184	Biomechanical Analysis of Hyoid Bone Displacement in Videofluoroscopy: A Systematic Review of Intervention Effects.	van der Kruis et al., 2011													x						x
E185	CASLPA Conference 2011 Abstracts: Montreal, Quebec April 27 to 30, 2011.	S/A, 2011													x						x
E186	Comments on selected recent Dysphagia literature.	Sasaki et al., 2011													x						x
E187	Comments on selected recent dysphagia literature: Swallowing Dysfunction in Nonneurologic Critically Ill Patients Who Require Percutaneous Dilatational Tracheostomy.	Sasaki et al., 2011													x						x
E188	Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly	Clavé et al., 2011													x						x
E189	Dysphagia research society 2011.	S/A, 2011													x						x
E190	Effect of the reclining position in patients after oral tumor surgery	Umeda et al., 2011	x			x			x			x			x		x				x
E191	ESSD Congress Leiden September 9-10, 2011.	S/A, 2011													x						x
E192	Feeding interventions for children with cerebral palsy: a review of the evidence.	Snider et al., 2011		x																	x
E193	Functional Dysphagia Therapy and PEG Treatment in a Clinical Geriatric Setting.	Becker et al., 2011						x													x
E194	Hyoid displacement in post-treatment cancer patients: preliminary findings.	Zu et al., 2011						x													x
E195	Influence of chin-down posture on tongue pressure during dry swallow and bolus swallows in healthy subjects.	Hori et al., 2011		x																	x
E196	Managing dysphagia in older people with dementia.	Kyle G., 2011													x						x
E197	Nissen vs. Toupet Fundoplication in the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease.	S/A, 2011		x																	x
E198	Omission of dysphagia therapies in hospital discharge communications.	Kind et al., 2011						x													x
E199	Oral feeding options for people with dementia: a systematic review.	Hanson et al., 2011													x						x

Estudo			Q1			Q2			Q3			Q4			Q5		Q6		Passa		
			Pop.			Int.			Res.			Tipo Estudo			Idioma		Full text		Teste II		
Nº	Título	Autores	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	S	N	S	N	
E200	Preventing aspiration in older adults with dysphagia.	Metheny, N., 2011													x						x
E201	Principles of airway management	Finucane et al., 2011													x						x
E202	Surgical management of dysphagia and airway obstruction in patients with prominent ventral cervical osteophytes.	Carlson et al., 2011						x													x
E203	Swallowing Dysfunction in Trauma Patients with Cervical Spine Fractures Treated with Halo-Vest Fixation.	Bradley et al., 2011						x													x
E204	Teledynamic evaluation of oropharyngeal swallowing.	Malandraki et al., 2011						x													x
E205	The management of dysphagia after stroke.	Clarkson, K., 2011													x						x
E206	Variability in execution of the chin-down maneuver by healthy adults	Steele et al., 2011																			x
E207	VII. Rehabilitation	Shinohara et al., 2011													x						x
E208	A Method to Objectively Assess Swallow Function in Adults with Suspected Aspiration.	S/A, 2012													x						x
E209	Abstracts of the 14th British Academic Conference in Otolaryngology. July 4-7, 2012. Glasgow, United Kingdom.	S/A, 2012													x						x
E210	Abstracts of the International Brain Injury Association's Ninth World Congress on Brain Injury, March 21-25, 2012, Edinburgh, Scotland.	S/A, 2012													x						x
E211	Adequate oral fluid intake in hospitalized stroke patients: does viscosity matter?...To earn contact hours, go to www.rehabnurse.org and select the 'EducationGT-' page.	McGrail et al., 2012						x													x
E212	Adverse Effects of Long-Term Proton Pump Inhibitor Use: A Review for the Otolaryngologist.	S/A, 2012													x						x
E213	Application of Classification Models to Pharyngeal High-Resolution Manometry.	Mielens et al., 2012						x													x
E214	Botulinum Toxin Improves Dysphagia Associated with Multiple Sclerosis.	S/A, 2012						x													x
E215	Clinical efficacy and randomized clinical trials in dysphagia.	Logemann, J.A., 2012													x						x
E216	Comments on Selected Recent Dysphagia Literature. Hyoid Displacement in Post-Treatment Cancer Patients: Preliminary Findings.	Sasaki et al., 2012													x						x
E217	Communication and swallowing problems after stroke.	Richards, E., 2012													x						x
E218	Current evaluation of upper oesophageal sphincter opening in dysphagia practice: an international SLT survey.	Regan et al., 2012						x													x
E219	Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations	Sura et al., 2012													x						x
E220	Dysphagia: Research Trends and Resources.	ASHA, 2012													x						x
E221	Effect of posture on deglutitive biomechanics in healthy individuals.	Perry et al., 2012																			x
E222	Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury: A videofluoroscopy study.	Terré et al., 2012	x			x			x			x			x		x		x		x
E223	Effects of Olfactory and Gustatory Stimuli on the Biomechanics of Swallowing.	WahababcRichard et al., 2012													x						x
E224	Effortful swallowing training combined with electrical stimulation in post-stroke dysphagia: a randomized controlled study.	Park et al., 2012						x													x
E225	Evaluation of Upper Esophageal Sphincter Function.	Sharma et al., 2012						x													x
E226	Food Texture Analysis in the 21st Century.	S/A, 2012													x						x
E227	How to recognise dysphagia and provide support.	Morris, H., 2012													x						x
E228	Impact of a Laryngectomy and Surgical Closure Technique on Swallow Biomechanics and Dysphagia Severity.	S/A, 2012						x													x
E229	Ingestive skill difficulties are frequent among acutely-hospitalized frail elderly patients, and predict hospital outcomes	Hansen et al., 2012						x													x
E230	Investigation of compensatory postures with videofluoromanometry in dysphagia patients.	Solazzo et al., 2012	x			x			x			x			x		x		x		x
E231	Laryngeal Penetration and Aspiration in Individuals with Stable COPD.	S/A, 2012						x													x
E232	Lung Volume Measured During Sequential Swallowing in Healthy Young Adults.	S/A, 2012						x													x
E233	Manofluorography in the evaluation of oropharyngeal dysphagia.	Nativ-Zeltzer et al., 2012													x						x
E234	Nasogastric Tubes and Videofluoroscopic Swallowing Studies in Children.	S/A, 2012						x													x
E235	Normalization of temporal aspects of swallowing physiology after the McNeill dysphagia therapy program.	Lan et al., 2012						x													x
E236	Oropharyngeal dysphagia: Pathophysiology and diagnosis for the anniversary issue of Diseases of the Esophagus	Logemann et al., 2012						x													x
E237	Outcomes of a pilot water protocol project in a rehabilitation setting.	Carlaw et al., 2012						x													x
E238	Posters Group 1.	S/A, 2012													x						x
E239	Rehabilitation or compensation: time for a fresh perspective on speech and language therapy for dysphagia and Parkinson's disease?	Smith et al., 2012													x						x

Estudo			Q1			Q2			Q3			Q4			Q5		Q6		Passa		
			Pop.			Int.			Res.			Tipo Estudo			Idioma		Full text		Teste II		
Nº	Título	Autores	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	NC	S	N	S	N	S	N	
E320	Oropharyngeal dysphagia: Manifestations and diagnosis	Rommel et al., 2015																			x
E321	Otolaryngology-head and neck surgery at Johns Hopkins: The first 100 years (1914-2014)	Francis et al., 2015																			x
E322	Saliva management options for difficult-to-wean people with tracheostomy following severe acquired brain injury (ABI): A review of the literature.	Checklin et al., 2015																			x
E323	Swallowing and nutritional complications	Smithard et al., 2015																			x
E324	The blind scientists and the elephant of swallowing: A review of instrumental perspectives on swallowing physiology	Steele C.M. et al., 2015																			x
E325	The Feasibility and Outcome of Oro-esophageal Tube Feeding in Patients with Various Etiologies.	Kim et al., 2015																			x
E326	The Sequence of Swallowing Events During the Chin-Down Posture.	Young et al., 2015																			x
E327	Treatment for Adults	Crary M.A., 2015																			x
E328	Update on management options for dysphagia after acute stroke.	Beavan, J., 2015																			x
E329	What Is the Relationship between Outdoor Time and Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Physical Fitness in Children? A Systematic Review.	Gray et al., 2015																			x
E330	Bioelectrical activity changes of selected muscles of the face and neck in patients with unilateral cancer of the oral cavity before and after surgery	Margula-Jaškowska et al., 2016																			x
E331	Effect of body posture on involuntary swallow in healthy volunteers	Shiino et al., 2016																			x
E332	Effect of three different chin-down maneuvers on Swallowing pressure in healthy young adults	Matsubara et al., 2016																			x
E333	Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: systematic review and meta-analysis	Abdelhamid et al., 2016																			x
E334	European society for swallowing disorders - European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome	Baijens et al., 2016																			x
E335	Feeding/swallowing disorders: Maintaining quality of life in persons with intellectual disability	Riquelme et al., 2016																			x
E336	Functional connectivity patterns of normal human swallowing: difference among various viscosity swallows in normal and chin-tuck head positions	Jestrović et al., 2016																			x
E337	Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting.	Seedat et al., 2016																			x
E338	Knowledge and practice concerning swallowing disorders in hemiplegic patients among nurses of Bobo-Dioulasso urban primary health care centers in Burkina Faso	Diendéré et al., 2016																			x
E339	Multimodal Swallowing Evaluation with High-Resolution Manometry Reveals Subtle Swallowing Changes in Early and Mid-Stage Parkinson Disease	Jones et al., 2016																			x
E340	Neurorehabilitation strategies for poststroke oropharyngeal dysphagia: from compensation to the recovery of swallowing function	Cabib et al., 2016																			x
E341	Orosensory contributions to dysphagia: a link between perception of sweet and sour taste and pharyngeal delay time	Pauloski et al., 2016																			x
E342	Pediatric Feeding/Swallowing: Yesterday, Today, and Tomorrow	Lefton-Greif et al., 2016																			x
E343	Preliminary Evaluation of Functional Swallow After Total Laryngectomy Using High-Resolution Manometry.	Dylan Lippert et al., 2016																			x
E344	Swallowing Dysfunction in Critical Illness.	Guttendorf, J., 2016																			x
E345	Therapeutic intervention in oropharyngeal dysphagia	Martino et al., 2016																			x
E346	Traditional Chinese medicine therapy decreases the pneumonia risk in patients with dementia	Lin et al., 2016																			x

Legenda:

Q1 - Questão 1; Q2 - Questão 2; Q3 - Questão 3; Q4- Questão 4; Q5-Questão 5

Pop. -População; Int. -Intervenção; Res. - Resultados;

Anexo IV: Instrumento de relevância II

Instrumento de relevância II

Procedimento: Para cada artigo responder às questões propostas. Caso se verifique pelo menos uma resposta nula “não”, o estudo fica automaticamente excluído. Para prosseguir terá que obter todas as respostas positivas.

Identificação do Estudo:	
	Resposta
1. População	Sim/Não
Q: Qual a população de interesse? <i>Operacionalização</i> Incluir: Os estudos devem incluir como população doentes com mais de 18 anos e com alterações da deglutição (disfagia) que pode ser diagnosticada clinicamente ou por meios complementares de diagnóstico. Excluir: Crianças (idade inferior a 18 anos). Estudos em que não é claro que os doentes apresentam problemas na deglutição.	
2. Intervenção	Sim/Não
Q: Qual a intervenção de interesse? <i>Operacionalização</i> Incluir: Os estudos devem abordar estratégias compensatórias, nomeadamente o uso de técnicas posturais aplicadas no momento da refeição ou em simulação da mesma com vista à prevenção da aspiração. Excluir: Os estudos que abordam estratégias de reabilitação, nomeadamente o treino de exercícios de determinadas estruturas intervenientes na Os estudos que abordam estratégias de reabilitação, nomeadamente o treino de exercícios de determinadas estruturas intervenientes na deglutição e num determinado período de tempo), assim como manobras de deglutição (deglutição supraglótica, deglutição super-supraglótica, manobra de Mendelsohn e deglutição em esforço.	
3. Resultados	Sim/Não
Q: Qual o resultado de interesse? <i>Operacionalização</i> Incluir: Estudos cujos resultados demonstram que não ocorreu/ ocorreu aspiração que pode ser evidenciada através de: <ul style="list-style-type: none">• Dados clínicos (tosse, dessaturação, dispneia, taquipneia, taquicardia, crepitações, hipotensão, aumento de secreções, febre baixa)• Dados gerados pelos meios auxiliares de diagnóstico (videofluoroscopia; videoendoscopia; esofagoscopia transnasal; ultrassonografia; eletromiografia; cintigrafia; fluoroscopia manométrica)• Diagnóstico de pneumonia ou síndrome de insuficiência respiratória aguda	
4. Tipo de Estudo	Sim/Não
<i>Operacionalização</i> Incluir: Estudos primários Excluir: Estudos Secundários (Revisões sistemáticas; Revisões sistemáticas com meta-análise; Guias de boas práticas; Análise de decisões; Relatórios de consensos; Editoriais; Comentários)	

Anexo V: Emails a autores dos artigos não disponíveis

[E5]

Título: Effects of Postural Change on Aspiration in Head and Neck Surgical Patients

Autores: Logemann, J.A., Rademaker, A.W., Pauloski, B.R., Kahrilas, P.J.

Ano: 1994

FW: Paper inquiry

Gmail - Mariana Santos <mariana.mf.santos@gmail.com>

Enviado: qua 24/09/2014 23:53

Para: 'j-logemann@northwestern.edu'

Dear Dr. Logemann,

I am a nurse student from Portugal, and i'm doing my master on rehabilitation nursing.

At this moment, i'm doing a systematic review about the use of the postural techniques in the prevention of aspiration in dysphagic patients.

Is it possible for you to send this papers below?

- Changes in pharyngeal dimensions effected by chin tuck
- Effects of postural change on aspiration in head and neck surgical patients

Form the abstracts it seems to be very interessant and eligible for my study.

Your's faithfully,

Mariana Santos

[E7]

Título: Treatment efficacy for adults with oropharyngeal dysphagia

Autores: Miller R.M., Langmore S.E.

Ano: 1994

Paper inquiry

Gmail - Mariana Santos <mariana.mf.santos@gmail.com>

Enviado: seg 21/11/2016 11:51

Para: 'langmore@bu.edu'

Dear Dr. Langmore,

I am a nurse student from Portugal, and i'm doing my master on rehabilitation nursing.

At this moment, i'm doing a systematic review about the use of the postural techniques in the prevention of aspiration in dysphagic patients.

Is it possible for you to send this paper below?

Treatment efficacy for adults with oropharyngeal dysphagia 1994

From the abstract it seems to be very interesting and eligible for my study.

Yours faithfully,

Mariana Santos

[E34]

Título: Management [Prise en charge]

Autores: Jacquot J.M., Pouderoux P., Piat C., Strubel D.

Ano: 2001

Paper inquiry

Gmail - Mariana Santos <mariana.mf.santos@gmail.com>

Enviado: qui 24/11/2016 11:25

Para: 'philippe.pouderoux@chu-nimes.fr'

Dear Dr. Pouderoux,

I am a nurse student from Portugal, and i'm doing my master on rehabilitation nursing.

At this moment, i'm doing a systematic review about the use of the postural techniques in the prevention of aspiration in dysphagic patients.

Is it possible for you to send this paper below?

Management [Prise en charge] 2001

Form the abstract it seems to be very interessant and elegible for my study.

Your's faithfully,

Mariana Santos

[E49]

Título: Quality criteria and standards for the diagnosis and treatment of patients with swallowing disorders

Autores: Prosiegel M., Aigner F., Diesener P., Gaß C., George S., Hannig C., Hummel K., Koch F., Mändlen M., Niestroj B., Schelling A., Tucha S., Urban P., Wagner-Sonntag E., Wuttge-Hannig A., Arnold W., Domenico Borasio G., Danek A., Hamann G.F., Hentzsch C., Johannes Limbrock G., Korinthenberg R., Schoors R.

Ano: 2003

FW: Paper inquiry

Gmail - Mariana Santos <mariana.mf.santos@gmail.com>

Enviado: sex 06/07/2018 14:59

Para: 'mario.prosiegel@fachklinik-bad-heilbrunn.de'

Dear Dr. Dr. Mario Prosiegel,

I am a nurse student from Portugal, and i'm doing my master on rehabilitation nursing. At this moment, i'm doing a systematic review about the use of the postural techniques in the prevention of aspiration in dysphagic patients.

Is it possible for you to send this papers below?

"Quality criteria and standards for the diagnosis and treatment of patients with swallowing disorders" – 2003

Form the abstracts it seems to be very interessant and elegible for my study.

Your's faithfully,

Mariana Santos

[E63]

Título: Behavioural treatment of swallowing disorders in adults

Autores: Goeleven A.

Ano: 2005

FW: Paper inquiry

Gmail - Mariana Santos <mariana.mf.santos@gmail.com>

Enviado: qui 24/11/2016 11:40

Para: 'Ann.Goeleven@uz.kuleuven.ac.be'

Dear Dr. Goeleven,

I am a nurse student from Portugal, and i'm doing my master on rehabilitation nursing.

At this moment, i'm doing a systematic review about the use of the postural techniques in the prevention of aspiration in dysphagic patients.

Is it possible for you to send this paper below?

Behavioural treatment of swallowing disorders in adults (2005)

Form the abstract it seems to be very interesting and eligible for my study.

Your's faithfully,

Mariana Santos

[E65]

Título: Oral-pharyngeal dysphagia in the elderly [Disfagia orofaríngea en el anciano]

Autores: Clavé P., Verdaguer A., Arreola V.

Ano: 2005

Paper inquiry

Gmail - Mariana Santos <mariana.mf.santos@gmail.com>

Enviado: ter 03/07/2018 17:06

Para: 'pere.dave@ciberehd.org'

Dear Dr. Pere Clavé,

I am a nurse student from Portugal, and i'm doing my master on rehabilitation nursing.

At this moment, i'm doing a systematic review about the use of the postural techniques in the prevention of aspiration in dysphagic patients.

Is it possible for you to send this papers below?

Oral-pharyngeal dysphagia in the elderly [Disfagia orofaríngea en el anciano] 2005

Form the abstracts it seems to be very interessant and eligible for my study.

Your's faithfully,

Mariana Santos

[E66]

Título: Swallowing disorders in adults. Diagnosis and treatment [Troubles de la déglutition de l'adulte. Prise en charge diagnostique et thérapeutique]

Autores: Lacau St Guily J., Périé S., Bruel M., Roubeau B., Susini B., Gaillard C.

Ano: 2005

paper inquiry

Gmail - Mariana Santos <mariana.mf.santos@gmail.com>

Enviado: qui 24/11/2016 11:52

Para: 'jean.lacau@trn.aphp.fr'

Dear Dr. Lacau,

I am a nurse student from Portugal, and i'm doing my master on rehabilitation nursing.

At this moment, i'm doing a systematic review about the use of the postural techniques in the prevention of aspiration in dysphagic patients.

Is it possible for you to send this paper below?

Swallowing disorders in adults. Diagnosis and treatment 2005

Form the abstract it seems to be very interesting and eligible for my study.

Your's faithfully,

Mariana Santos

[E106]

Título: Pretreatment swallowing exercises improve swallow function after chemoradiation

Autores: Carroll W.R., Locher J.L., Canon C.L., Bohannon I.A., McColloch N.L., Magnuson J.S.

Ano: 2008

FW: Paper inquiry

Gmail - Mariana Santos <mariana.mf.santos@gmail.com>

Enviado: seg 12/12/2016 10:32

Para: 'wcarroll@aub.edu'

Dear Dr. Carroll,

I am a nurse student from Portugal, and i'm doing my master on rehabilitation nursing.

At this moment, i'm doing a systematic review about the use of the postural techniques in the prevention of aspiration in dysphagic patients.

Is it possible for you to send this paper below?

Pretreatment swallowing exercises improve swallow function after chemoradiation. 2008

Form the abstract it seems to be very interessant and elegible for my study.

Your's faithfully,

Mariana Santos

Anexo VI: Avaliação da qualidade metodológica dos artigos

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos de caso

Adaptado de JBI critical appraisal tools Case Reports (JBI 2017)

ESTUDO 17 - Eating in side-lying facilitates rehabilitation in neurogenic dysphagia (Drake et al., 1997)

ESTUDOS DE CASO				
	S	N	NC	NA
1.As características demográficas do participante são claramente descritas?	X			
2.A história do participante foi claramente descrita e apresentada sequencialmente?	X			
3.A situação clínica atual do utente foi claramente descrita na apresentação?	X			
4.Os testes ou métodos de diagnóstico, e respetivos resultados, foram claramente descritos?			X	
5. A(s) intervenção(ões) ou procedimento(s) de tratamento foram claramente descritos?			X	
6. A condição clínica pós-intervenção foi claramente descrita?			X	
7. Foram identificados e descritos eventos adversos (danos) ou eventos imprevistos?	X			
8. O estudo de caso fornece informações aplicáveis?	X			
TOTAL DE "SIM"			5	

Avaliação final: INCLUÍDO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos de caso

Adaptado de JBI critical appraisal tools Case Reports (JBI 2017)

ESTUDO 40 - Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case of dysphagia (Foshang et al., 2002)

ESTUDOS DE CASO				
	S	N	NC	NA
1. As características demográficas do participante são claramente descritas?	X			
2. A história do participante foi claramente descrita e apresentada sequencialmente?		X		
3. A situação clínica atual do utente foi claramente descrita na apresentação?	X			
4. Os testes ou métodos de diagnóstico, e respetivos resultados, foram claramente descritos?	X			
5. A(s) intervenção(ões) ou procedimento(s) de tratamento foram claramente descritos?		X		
6. A condição clínica pós-intervenção foi claramente descrita?	X			
7. Foram identificados e descritos eventos adversos (danos) ou eventos imprevistos?	X			
8. O estudo de caso fornece informações aplicáveis?	X			
TOTAL DE "SIM"		6		

Avaliação final: INCLUÍDO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos de coorte

Adaptado de JBI critical appraisal tools Cohort Studies (JBI 2017)

ESTUDO 350 - Effectiveness of chin-tuck maneuver to facilitate swallowing in neurologic dysphagia (Saconato et al., 2016)

ESTUDO DE COORTE				
	S	N	NC	NA
1. Os dois grupos foram semelhantes e recrutados da mesma população?	X			
2. As exposições foram medidas de forma semelhante de modo a alocar os participantes nos grupos expostos e não expostos?	X			
3. A exposição foi medida de forma válida e confiável para alocação aos grupos?	X			
4. Foram identificados fatores confundentes? Obs: Não se refere			X	
5. Foram declaradas estratégias para lidar com fatores confundentes?	X			
6. Os grupos/participantes não apresentavam o resultado de interesse no início do estudo (ou durante o momento da exposição)?	X			
7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	X			
8. O período de <i>follow-up</i> foi relatado e suficientemente longo para que os resultados ocorram?	X			
9. O <i>follow-up</i> foi completo e, se não, as razões para eventuais perdas para o <i>follow-up</i> foram descritas e exploradas?	X			
10. Foram utilizadas estratégias para o <i>follow-up</i> incompleto?				X
11. Foi utilizada análise estatística apropriada?	X			
TOTAL DE "SIM"			9	

Avaliação final: INCLUÍDO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos descritivos

Adaptado de " MASTARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies " ([Joanna Briggs Institute, 2014](#))

ESTUDO 348 - Experience with the chin tuck maneuver in postesophagectomy aspirators (Lewin et al., 2001)

ESTUDOS DESCRITIVO				
	S	N	NC	NA
1.A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.		X		
2.Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos.		X		
3.Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.				X
4.Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X			
5.Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos.	X			
6.O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.	X			
7.Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise.			X	
8.Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X			
9.A análise estatística utilizada foi apropriada.	X			
TOTAL DE "SIM"		5		

Avaliação final: INCLUÍDO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos descritivos

Adaptado de " MASTARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies " ([Joanna Briggs Institute, 2014](#))

ESTUDO 2 - Chin-down Posture Effect on Aspiration in Dysphagic Patients (Shanahan et al., 1993)

ESTUDOS DESCRITIVO				
	S	N	NC	NA
1.A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.		X		
2.Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos.	X			
3.Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.			X	
4.Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X			
5.Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos.	X			
6.O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.	X			
7.Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise. Obs: Não há relato de desistências				X
8.Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X			
9.A análise estatística utilizada foi apropriada.	X			
TOTAL DE "SIM"		6		

Avaliação final: INCLUÍDO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos descritivos

Adaptado de " MASTARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies " ([Joanna Briggs Institute, 2014](#))

ESTUDO 347 - Changes in Pharyngeal Dimensions effected by chin tuck (Welch et al., 1993)

ESTUDOS DESCRITIVO				
	S	N	NC	NA
1.A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.		X		
2.Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos.	X			
3.Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.			X	
4.Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X			
5.Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos.	X			
6.O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.	X			
7.Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise. Obs: Não há relato de desistências				X
8.Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X			
9.A análise estatística utilizada foi apropriada.	X			
TOTAL DE "SIM"		6		

Avaliação final: **INCLUÍDO**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos descritivos

Adaptado de " MASTARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies " ([Joanna Briggs Institute, 2014](#))

ESTUDO 230 - Investigation of compensatory postures with videofluoromanometry in dysphagia patients (Solazzo et al., 2012)

ESTUDOS DESCRITIVO				
	S	N	NC	NA
1.A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.		X		
2.Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos. Obs: Não há qualquer referência ao longo do estudo		X		
3.Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.	X			
4.Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X			
5.Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos.				X
6.O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.	X			
7.Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise. Obs: Não há relato de desistências				X
8.Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X			
9.A análise estatística utilizada foi apropriada. Obs: Não há referência no estudo da análise estatística adotada				X
TOTAL DE "SIM"		4		

Avaliação final: **INCLUÍDO**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos descritivos

Adaptado de " MASTARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies " ([Joanna Briggs Institute, 2014](#))

ESTUDO 243 - The effect of chin down position on penetration-aspiration in adults with dysphagia (Fraser et al., 2012)

ESTUDOS DESCRITIVO				
	S	N	NC	NA
1.A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.		X		
2.Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos.			X	
3.Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.			X	
4.Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X			
5.Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos.	X			
6.O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.	X			
7.Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise. Obs: Não há relato de desistências				X
8.Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X			
9.A análise estatística utilizada foi apropriada.	X			
TOTAL DE "SIM"		5		

Avaliação final: **INCLUÍDO**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos randomizados

Adaptado de JBI critical appraisal tools Randomized Control Trials (JBI 2017)

ESTUDO 92 - A randomized study of three interventions for aspiration of thin liquids in patients with dementia or Parkinson's disease (Logemann et al, 2008).

ESTUDOS RANDOMIZADOS				
	S	N	NC	NA
1. A atribuição dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória?	X			
2. A alocação aos grupos de tratamento estava oculta? Obs: A natureza das intervenções não permite uma alocação aos grupos cega				X
3. Os grupos de controlo e tratamento são comparáveis ao início do estudo?	X			
4. Os participantes são cegos na alocação ao tratamento? Obs: A natureza das intervenções não permite que os participantes sejam cegos				X
5. Os investigadores que aplicam o tratamento são cegos na alocação dos participantes ao tratamento? Obs: A natureza das intervenções não permite que os investigadores sejam cegos				X
6. Os investigadores que avaliaram os resultados são cegos na alocação ao tratamento?			X	
7. Os grupos são tratados de forma idêntica, com a exceção da intervenção estudada?	X			
8. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	X			
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	X			
10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	X			
11. Os resultados medidos são confiáveis?	X			
12. A análise estatística utilizada foi a adequada?	X			
13. O projeto de teste foi apropriado e todos os desvios do projeto de RCT padrão (aleatorização individual, grupos paralelos) foram responsáveis pela conduta e análise do teste?	X			
TOTAL DE "SIM"			9	

Avaliação final: INCLUÍDO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos randomizados

Adaptado de JBI critical appraisal tools Randomized Control Trials (JBI 2017)

ESTUDO 97 - Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial (Robbins et al., 2008)

ESTUDOS RANDOMIZADOS				
	S	N	NC	NA
1. A atribuição dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória?	X			
2. A alocação aos grupos de tratamento estava oculta?			X	
3. Os grupos de controlo e tratamento são comparáveis ao início do estudo?	X			
4. Os participantes são cegos na alocação ao tratamento? Obs: A natureza das intervenções não permite que os participantes sejam cegos				X
5. Os investigadores que aplicam o tratamento são cegos na alocação dos participantes ao tratamento? Obs: A natureza das intervenções não permite que os investigadores sejam cegos				X
6. Os investigadores que avaliaram os resultados são cegos na alocação ao tratamento?			X	
7. Os grupos são tratados de forma idêntica, com a exceção da intervenção estudada?	X			
8. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	X			
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	X			
10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	X			
11. Os resultados medidos são confiáveis?	X			
12. A análise estatística utilizada foi a adequada?	X			
13. O projeto de teste foi apropriado e todos os desvios do projeto de RCT padrão (aleatorização individual, grupos paralelos) foram responsáveis pela conduta e análise do teste?	X			
TOTAL DE "SIM"			9	

Avaliação final: INCLUÍDO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

Estudos randomizados

Adaptado de JBI critical appraisal tools Randomized Control Trials (JBI 2017)

ESTUDO 222- Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study (Terré et al., 2012)

ESTUDOS RANDOMIZADOS				
	S	N	NC	NA
1. A atribuição dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória? Obs: Os participantes são alocados a 2 grupos (estudo e controlo). Não fica explícito a forma como alocaram indivíduos a um e outro.			X	
2. A alocação aos grupos de tratamento estava oculta? Obs: A natureza das intervenções não permite uma alocação aos grupos cega				X
3. Os grupos de controlo e tratamento são comparáveis ao início do estudo?		X		
4. Os participantes são cegos na alocação ao tratamento? Obs: A natureza das intervenções não permite que os participantes sejam cegos				X
5. Os investigadores que aplicam o tratamento são cegos na alocação dos participantes ao tratamento? Obs: A natureza das intervenções não permite que os investigadores sejam cegos				X
6. Os investigadores que avaliaram os resultados são cegos na alocação ao tratamento?			X	
7. Os grupos são tratados de forma idêntica, com a exceção da intervenção estudada?	X			
8. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	X			
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	X			
10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	X			
11. Os resultados medidos são confiáveis? Obs: O estudo refere limitações na confiabilidade decorrente das interpretações das imagens por VFC que são subjetivas inter e intra avaliadores.		X		
12. A análise estatística utilizada foi a adequada?	X			
13. O projeto de teste foi apropriado e todos os desvios do projeto de RCT padrão (aleatorização individual, grupos paralelos) foram responsáveis pela conduta e análise do teste?	X			
TOTAL DE "SIM"			6	

Avaliação final: INCLUÍDO

Anexo VII: Tabelas de extração dos artigos

ESTUDO: 347

1.Título	Changes in Pharyngeal Dimensions effected by chin tuck Alterações nas dimensões faríngeas verificadas na posição de queixo para baixo
2.Autor (es)	Welch, M. V.; Logemann, J. A.; Rademaker, A. W.; Kahrilas P. J.
3.Local do estudo e ano	EUA (1993)
4.Desenho do estudo/metodologia	Estudo descritivo, correlacional
5.Objetivo do Estudo	Avaliar as dimensões faríngeas e laríngeas com a cabeça na posição neutra e com o queixo para baixo de forma a quantificar os efeitos desta mudança de posição na proteção da via aérea.
6.Caracterização da amostra	n=30 (17 homens e 13 mulheres); Idades:[30-94] anos Idades dos homens: 30-94 anos Idades das mulheres: 45-84 anos Sujeitos com disfagia “Todos os sujeitos foram referenciados para um estudo radiográfico de disfagia orofaríngea por causa das alterações da disfagia”
7.Considerações éticas	Sem informação no estudo
8.Intervenção	Realizadas medições (faríngeas e laríngeas) através de imagens obtidas por exame radiográfico. Feitas medições de cada indivíduo numa posição neutra e de queixo para baixo. A partir daqui surgiram 6 medidas que correspondem a 3 ângulos e 3 dimensões relativas a cada posição. Ressalve-se que estas medidas são identificadas com indivíduos que não estão a fazer uma deglutição ativa. Medições realizadas (6): * Ângulo 1 - ângulo postural (graus): ângulo formado entre a mandíbula e a parede posterior da faringe, traduzindo o grau de inclinação do queixo. * Ângulo 3 - ângulo epiglótico (graus): ângulo formado entre a superfície posterior da epiglote e a parede anterior da traqueia, traduzindo qualquer deslocamento posterior e inferior da epiglote. * Ângulo 2 -ângulo valecular (graus): ângulo formado entre a base da língua e a superfície anterior da epiglote, traduzindo as mudanças na dimensão ântero-posterior da valécula. * Distância 1 : a distância (em milímetros) do ponto mais posterior da epiglote até à parede posterior da faringe, traduzindo qualquer deslocamento posterior da epiglote. * Distância 2 : a distância (em milímetros) da parede anterior do vestíbulo laríngeo até a superfície mais anterior da cartilagem aritenoide, traduzindo as mudanças na dimensão ântero-posterior do vestíbulo laríngeo. Distância 3 : a distância (em milímetros) da superfície mais posterior da cartilagem aritenoide à parede posterior da faringe, traduzindo qualquer alteração na posição da cartilagem aritenoide.

9. Testes Estatísticos	<p>Teste <i>t</i> para dados emparelhados (significância dos efeitos da postura de queixo para baixo; diferenças correlacionadas com o sexo)</p> <p>Coeficiente de correlação de Pearson (diferenças em ângulos e distâncias (posição neutra e para baixo) intercorrelacionadas e correlacionadas com a idade).</p> <p>Significância estatística para valores menores que 0.05</p>
10. Nível de Evidência JBI (2017)	Nível 4
11. Principais encontrados	<p>Resultados</p> <p>As 4 medições que alteraram de forma significativa da posição neutra para a posição de queixo para baixo são: ângulo 1 ângulo 3, distância 1 e distância 2.</p> <p>O ângulo 2 e a distância 3 mantiveram as medidas nas 2 posições.</p> <p>Em geral estes resultados são iguais para homens e mulheres. Contudo, a distância 3 diferiu entre homens e mulheres: no homem diminuiu com a alteração da posição e na mulher manteve-se constante: homem (- 1.9+/- 0.9) e mulher (0.5+/-0.6, $p = 0.04$).</p> <p>A distância 3 diferiu também com a idade: houve correlação negativa com a idade ($r = 0,41$, $p = 0,02$), ou seja, com o aumento da idade, a diferença entre a posição de queixo para baixo e queixo para cima (neutra) diminuiu.</p> <p>As diferenças entre o ângulo 2 e o ângulo 3 foram correlacionadas de forma negativa ($r = -.39$, $p = 0.03$). Quando o ângulo da valécula (Ângulo 2) aumentou (diminuiu), o ângulo da epiglote (Ângulo 3) diminuiu (aumentou).</p> <p>As diferenças na Distância 1 e Distância 3 foram positivamente correlacionadas ($r = 0,50$, $p = 0,004$).</p> <p>Os aumentos (ou diminuições) nessas duas medidas tendem a ocorrer concomitantemente dentro da mesma pessoa.</p> <p>A postura de queixo para baixo fornece proteção adicional às vias aéreas, pois direciona o bolo mais posteriormente quando este passa pela base da língua, além de estreitar o espaço entre as aritenoides e a base da epiglote. Permite também uma posição mais posterior para a base da língua, sendo efetiva para doentes que apresentam redução do contacto da base da língua com a parede posterior da faringe.</p> <p>Os autores reforçam contudo que numa deglutição ativa estas conclusões podem não se verificar. Esta manobra reduz o risco de aspiração laríngea antes da deglutição nos doentes com atraso para iniciar a deglutição faríngea.</p>
12. Observações	<p>Critérios de exclusão:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Participantes que não conseguiam realizar as posições neutra e de queixo para baixo por causa de incapacidade funcional ou dificuldade em receber ordens 3) Participantes com alterações da anatomia da faringe por razões cirúrgicas ou com traqueostomia ou artrite cervical

ESTUDO: 2

1. Título	Chin-down Posture Effect on Aspiration in Dysphagic Patients Efeito da postura de queixo para baixo na aspiração em doentes com disfagia
2. Autor (es)	Shanahan, T. K.; Logemann, J. A.; Rademaker, A. W.; Pauloski, B. R.; Kahrilas, P. J.
3. Local do estudo e ano	EUA (1993)
4. Desenho do estudo/metodologia	Estudo descritivo e correlacional
5. Objetivo do Estudo	Identificar as variáveis que interferem no sucesso ou fracasso do uso da posição de queixo para baixo relativamente à aspiração, em doentes com atraso na deglutição faríngea. Explorar quais as diferenças significativas existentes entre os indivíduos que tiveram sucesso ou fracasso no uso dessa postura.
6. Caracterização da amostra	n=30 (15 homens e 15 mulheres); Idades: [30-87] anos Grupo 1 n=15 (10 homens e 5 mulheres); idades [55-87] anos- não aspiraram Grupo 2 n=15 (5 homens e 10 mulheres); idades [30-84] anos-aspiraram Todos os participantes foram identificados com disfagia orofaríngea. Diagnósticos: AVC, Doença neurónio motor; TCE; Esclerose múltipla; Demência; Depressão
7. Considerações éticas	Protocolo aprovado pelo comité de ética
8. Intervenção	O grupo de 30 indivíduos foi submetido a um teste de deglutição com bário líquido de 1, 3, 5 ou 10 ml e tinham que deglutir na posição neutra. Este grupo foi ainda dividido em 2 grupos de 15 indivíduos (Grupo 1 e Grupo 2). Avaliou-se consecutivamente a ocorrência de aspiração para todos os indivíduos com: a posição de queixo para baixo e com a utilização de material em que se tinha verificado a aspiração com a posição neutra. Recorreu-se a imagens por exame videofluorográfico. O efeito da mudança postural do queixo de posição neutra para a posição de queixo para baixo foi avaliado e comparadas as diferenças em medições verificadas nos sujeitos dos dois grupos. As diferenças nas medidas verificadas nos 30 participantes foram depois também comparadas com um estudo anterior (E347). Medições realizadas (4): *Ângulo postural/ângulo 1 (graus): o ângulo formado pela borda inferior da mandíbula e a parede posterior da faringe (ou seja, o grau de inclinação do queixo).

	<p>*Ângulo epiglótico/ângulo 3 (graus): o ângulo formado pela superfície posterior da epiglote e da parede anterior do vestibulo laríngeo</p> <p>* Distância epiglótica/Distância 1 : a distância em milímetros do ponto mais posterior da epiglote até a parede posterior da faringe;</p> <p>* Distância da entrada na via aérea: a distância em milímetros do ponto mais inferior da cartilagem aritenoide à parede anterior do vestibulo laríngeo.</p> <p>Outras Medições realizadas (6) (E347).</p> <p>Julgamentos clínicos realizados em função de 5 situações:</p> <p>(1) % do bolus aspirado</p> <p>(2) % do bolus localizado na região do seio piriforme</p> <p>(3) % do bolus atingindo as valéculas</p> <p>(4) % do bolus remanescente na cavidade oral no início da elevação laríngea para deglutições de queixo-para baixo</p> <p>(5) fonte do material aspirado (ou seja,, da valécula versus região do seio piriforme).</p> <p>Outras variáveis analisadas:</p> <p>1)Idade</p> <p>2)Gênero</p> <p>3)Atraso da deglutição faríngea (seg.)</p>
<p>9. Testes Estatísticos</p>	<p>Teste de Fisher (gênero, volume de líquido aspirado, origem do material aspirado)</p> <p>Teste t para dados não emparelhados (para as restantes variáveis)</p> <p>O significado estatístico foi definido por dois valores de p de no máximo 0,05.</p>
<p>10. Nível de Evidência JBI (2017)</p>	<p>Nível 4</p>
<p>11. Principais Resultados encontrados</p>	<p>Grupo 1: 15 doentes que com a posição de queixo para baixo aspiravam</p> <p>Grupo 2: 15 doentes que com a posição de queixo para baixo não aspiravam</p> <p>Não houve diferença significativa na % de bolus em que ocorreu a aspiração nos 2 grupos na posição neutra. Os indivíduos do grupo 2 eram significativamente mais novos que os do grupo 1.</p> <p>O grupo 2 teve uma maior incidência significativa de aspiração de material proveniente dos seios periforme (ao invés da região da valécula) nas deglutições em posição neutra.</p> <p>Não houve diferença estatística significativa nos seguintes itens na posição neutra: gênero; Atraso da deglutição faríngea; % bolus aspirado; ângulo postural; ângulo epiglote; distância epiglote; distância da entrada na via aérea.</p> <p>2ª Análise (comparação das medidas faríngeas em posição neutra e de flexão nos 2 grupos): o ângulo postural, a distancia epiglótica e a distância da entrada na via aérea mudaram similarmente nos dois grupos;</p>

	<p>o ângulo epiglótico aumentou significativamente da posição neutra para a de flexão no G2 (não beneficiaram da posição) e no G1 (beneficiaram da posição) manteve-se quase sem mudança (G1 (%): 1,3±4,7 e G2:14,7±4,5; p=0,05;p≤0,05).</p> <p>Comparando os 2 estudos: verificou-se que 3 das 4 dimensões faríngeas mudaram de forma significativa da posição neutra para a de flexão nos 30 indivíduos enquanto a faringe estava em repouso depois da deglutição: o ângulo postural, o ângulo epiglótico e a distância epiglótica. Como esperado o ângulo postural diminuiu significativamente com a posição de flexão. O ângulo epiglótico diminuiu significativamente e a distância epiglótica para a parede posterior da faringe aumentou significativamente com a posição de flexão. A distância da entrada na via aérea tornou-se pequena mas não significativamente.</p> <p>A mudança nas dimensões faríngeas com a posição neutra e de flexão foram comparadas com achados do estudo anterior. Ambos os estudos demonstraram uma diminuição significativa no ângulo postural com a posição de flexão e um aumento significativo no ângulo epiglótico. Cada estudo também concluiu que a distância epiglótica mudou de forma significativa; contudo o primeiro estudo realizado indicou que este diminuiu enquanto o estudo atual aumentou. Os dois estudos diferiram quanto à significância da medida da distância da entrada na via aérea. O estudo anterior indicou uma diminuição significativa com a posição de flexão embora o estudo atual tenha demonstrado um aumento mas estatisticamente pouco significativo.</p>
12. Observações	

ESTUDO: 17

1. Título	Eating in side-lying facilitates rehabilitation in neurogenic dysphagia Comer em decúbito lateral facilita a reabilitação da disfagia neurogénica
2. Autor (es)	Drake, W.; O'Donoghue, S.; Bartram, C. ; Lindsay, J. ; Greenwood, R.
3. Local do estudo e ano	Reino Unido (1996)
4. Desenho do estudo/metodologia	Estudo de Caso
5. Objetivo do Estudo	Analisar o efeito da postura de decúbito lateral na prevenção da aspiração num indivíduo com hematoma subdural à direita com disfagia neurogénica.
6. Caracterização da amostra	n=1 (homem); Idade: 26 anos Diagnóstico: Hematoma subdural à direita (acidente de viação) Apresenta disfagia neurogénica
7. Considerações éticas	Sem informação no estudo
8. Intervenção	Entrou inconsciente no hospital após lesão grave da cabeça (lesão fechada), fez TAC onde se constatou pequeno hematoma subdural com contusão cerebral associado a edema e desvio da linha média. Após 1 semana desenvolveu hemiparesia severa do lado direito, ficou anártrico, afónico, com dano severo da cognição, fraca concentração e com alterações na comunicação espontânea. Fez TAC (grandes áreas de infarte principalmente no hemisfério direito e também algum dano peri-talâmico à esquerda). Também fez a primeira avaliação clínica de reabilitação. A lesão da cabeça ficou sob tratamento conservador, o indivíduo foi ventilado 3 semanas. Alimentado por sonda nasogástrica por 6 semanas. Depois colocaram PEG por não se ter verificado recuperação precoce da deglutição. Antes da colocação da PEG (após 4 semanas de ter entrado no hospital) foi realizada avaliação da deglutição com bário modificado (VFC) na posição de sentado e deitado de lado. As consistências testadas com bário foram semi-sólidos e líquidos espessados.
9. Testes Estatísticos	Sem informação no estudo
10. Nível de Evidência JBI (2017)	Nível 4.d
11. Principais Resultados encontrados	A alimentação oral foi conseguida em posição lateral (45°) e de forma gradual enquanto tinha PEG até aos 9 meses, altura em que foi removida a PEG e reestabeleceu a alimentação oral. Passados 3 meses da remoção da PEG já comia sentado. Neste caso, a posição de decúbito lateral revelou ser a técnica de posicionamento que preveniu a aspiração de conteúdo alimentar. Constatou-se que a componente motora de todos os nervos cranianos estava intacta assim como o mecanismo motor da deglutição reflexa. A deglutição “próxima do normal” foi iniciada quando o bólus atingiu a parede posterior da faringe com o doente em decúbito lateral, contudo o mesmo não ocorreu quando o doente se encontrava em posição verticalizada. Estes acontecimentos explicam que o mecanismo central da deglutição estava intacto mas na posição vertical a transmissão de

	<p>estímulos apropriados foi significativamente reduzida como resultado da fraca elevação e retração da língua causada por uma hipertonicidade pseudobulbar. Isto impediu uma coesão do bolo alimentar e a posterior propulsão no final da fase oral, pelo que a ação faríngea e laríngea não foi imediatamente acionada e a aspiração de resíduos da faringe ocorreu após a deglutição. Na posição de decúbito lateral apesar da ação pouco efetiva da língua, a gravidade facilitou a progressão de um bolo alimentar mais coeso para o receptor localizado nos arcos fauciais e a parede posterior da faringe, provocando assim uma ação coordenada da musculatura faríngea e laríngea.</p>
12.Observações do avaliador	<p>Estudo com diversas fraquezas do ponto de vista metodológico.</p>

ESTUDO: 348

1. Título	Experience with the chin tuck maneuver in postesophagectomy aspirators Experiência da manobra de queixo para baixo em pessoas que aspiraram pós-esofagectomia
2. Autor (es)	Lewin, J.; Hebert, T.; Putman, J.; Dubrow, R.
3. Local do estudo e ano	EUA (2001)
4. Desenho do estudo/metodologia	Estudo descritivo
5. Objetivo do Estudo	Avaliar o uso da postura de queixo para baixo no risco de aspiração durante a avaliação da deglutição; Avaliar o trajeto do conteúdo gástrico em doentes recentemente esofagectomizados.
6. Caracterização da amostra	n= 26 (23 homens; 3 mulheres); Idades: [52-82] anos Diagnósticos: Adenocarcinoma; Ca células escamosas; Esôfago de Barrett com displasia de alto grau n=16 - cirurgia de aproximação transhiatal com anastomose cervical n=5 - cirurgia com esofagectomia em 3 campos (abdômen/tórax/pescoço) com anastomose cervical n=5 - cirurgia com procedimento de Ivor-Lewis com anastomose torácica
7. Considerações éticas	Sem informação no estudo
8. Intervenção	Todos os indivíduos foram submetidos a cirurgias tal como descrito no ponto 6. Em média, a avaliação da deglutição foi realizada ao 13º dia pós-operatório. Foi avaliada a deglutição com bário e VFC e inicialmente verificado se não havia fuga de bário pela anastomose e se o conteúdo gástrico apresentava um trajeto normal. Os indivíduos foram avaliados sentados em posição vertical, num plano lateral para todas as consistências e num plano ântero-posterior para as consistências mais difíceis. Todos os casos utilizaram consistências: 5ml de bário líquido; 5 ml líquido espessado; 5 ml de compota de maçã misturada com bário (puré); 4 biscoitos revestidos com bário. Cada um dos participantes foi avaliado por ordem das consistências apresentadas. Quando detetada aspiração foi utilizada a postura de queixo para baixo e tendo esta sucesso seguiam para as outras consistências da mesma forma. Naqueles casos em que o participante mesmo assim aspira com a utilização da técnica fica sujeito a outras manobras (manobra de Mendelsohn, proteção supraglótica das vias aéreas, limitando o volume de bolus). A partir daí progridem para outras consistências se as referidas manobras foram bem sucedidas relativamente à prevenção da aspiração. Tudo isto foi gravado para ser analisado em câmara lenta. Foi revisto com pelo menos 2 dos autores incluindo terapeuta da fala e radiologista antes da formulação do diagnóstico relativo à deglutição.
9. Testes Estatísticos	Sem informação no estudo

10. Nível de Evidência JBI (2017)	Nível 4
11. Principais encontrados Resultados	<p>A aspiração é um achado comum nos doentes que realizaram esofagectomia posterior.</p> <p>21/26 Participantes aspiravam antes da utilização da técnica</p> <p>17/21 Participantes deixaram de aspirar após a implementação da técnica postural.</p> <p>A deglutição com contraste é frequentemente necessária para que a condução do conteúdo gástrico seja avaliada.</p> <p>Os resultados deste estudo demonstraram que a manobra de flexão do pescoço é uma técnica simples que pode ser utilizada nos doentes que realizaram esofagectomia posterior.</p> <p>Em todos os casos verificou-se aspiração durante a deglutição devido ao compromisso na elevação e movimento anterior do complexo hiolaríngeo; a aspiração após a deglutição deveu-se à retenção de resíduos nos seios periformes (48%).</p> <p>O uso da técnica postural reduziu a aspiração na utilização de consistência puré mas não teve sucesso para líquidos espessados.</p>
12. Observações	<p>Critérios de exclusão:</p> <p>1) Participantes com carcinomas envolvendo outras estruturas do trato aerodigestivo ou com história de doença neurológica.</p>

ESTUDO: 40

1. Título	Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case of dysphagia Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa: um caso de disfagia
2. Autor (es)	Foshang, T.; Mestan, M.; Riggs, L.
3. Local do estudo e ano	EUA (2002)
4. Desenho do estudo/metodologia	Estudo de caso
5. Objetivo do Estudo	Apresentar e discutir as manifestações clínicas, achados radiológicos e tratamento de um doente com Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa (HEID) complicada pela disfagia.
6. Caracterização da amostra	N=1 (homem); Idade: 63 anos Diagnóstico: Hiperostose esquelética idiopática (C3-C6)
7. Considerações éticas	Sem informação no estudo
8. Intervenção	Um homem de 63 anos apresentou dor no pescoço após queda de uma escada. As radiografias demonstraram uma hiperostose extensa atingindo C3-C6; fez ainda TAC para informação adicional do ponto de vista anatômico e funcional. O edema pós traumático gerado pode ser grande o suficiente para atingir a faringe e o esófago ou indiretamente trazer problemas de deglutição. Foi realizado um estudo da deglutição com bário modificado com VFC chamado de MBS - The modified barium swallow. Sentado numa posição lateral foi dado ao doente bário e água misturados numa “fina” consistência para deglutir. A fase oral estava normal, contudo o estadió faríngeo estava marcadamente alterado, caracterizado por uma elevação laringea reduzida, com alterações da função da epiglote e uma imobilidade significativa do bólus. Foi instituído tratamento conservador: com modificações da dieta e utilização de técnicas posturais. Foram usadas técnicas posturais na tentativa de melhorar a deglutição como a técnica de “inclinação” ou rodar a cabeça para a direita e para a esquerda.
9. Testes Estatísticos	Sem informação no estudo
10. Nível de Evidência JBI (2017)	Nível 4.d
11. Principais Resultados encontrados	Teve intervenção de terapeuta da fala para a disfagia. As técnicas introduzidas (técnica de “inclinação” ou rodar a cabeça para a direita e para a esquerda) foram mal sucedidas. Estas alterações estruturais resultantes do edema pós traumático têm efeito direto na elevação laringea, constrição faríngea e na proteção das vias aéreas o que faz criar uma situação de imobilidade e potencial risco de aspiração de comida ou líquidos por causa de uma significativa estase faríngea. Após a resolução do edema a função da deglutição do doente melhorou retomando a alimentação de forma independente com líquidos e adaptações conforme tolerância.
12. Observações	

ESTUDO: 92

1. Título	A randomized study of three interventions for aspiration of thin liquids in patients with dementia or Parkinson's disease Um estudo randomizado de três intervenções para aspiração de líquidos finos em pacientes com demência ou doença de Parkinson
2. Autor (es)	Logemann, J.A.; Gensler, G.; Robbins, J.; Lindblad, A.S.; Brandt, D.; Hind, J.A.; Kosek, S.; Dikeman, K.; Kazandjian, M.; Gramigna, G.D.; Lundy, D.; McGarvey-Toler, S.; Miller, Gardner, P.J.
3. Local do estudo e ano	EUA (2008)
4. Desenho do estudo/metodologia	Ensaio Clínico Randomizado (ECR)
5. Objetivo do Estudo	Identificar quais de três intervenções potencialmente preventivas da aspiração de líquidos finos - postura de queixo para baixo, líquidos engrossados tipo néctar e líquidos engrossados tipo mel - resultam num maior sucesso imediato na eliminação da aspiração de líquidos num estudo videofluorográfico da deglutição em doentes com demência e/ou doença de Parkinson.
6. Caracterização da amostra	n=711 (213 mulheres; 498 homens); Idades: [50-95] anos Diagnósticos: Demência de Alzheimer; Demência (única ou multienfarte); Demência (Outros); Doença de Parkinson (sem demência); Doença de Parkinson (Demência).
7. Considerações éticas	O protocolo geral foi aprovado pelo Conselho de ética da Northwestern University.
8. Intervenção	<p>Os participantes foram referenciados para este estudo pelos seus TF depois de terem realizado uma avaliação clínica/à cabeceira em que a conclusão foi suspeita de aspiração para líquidos. Depois de verificarem junto dos médicos os critérios de diagnóstico e critérios de inclusão/exclusão ficaram a integrar o estudo.</p> <p>Foram depois sujeitos a uma avaliação funcional da deglutição através de videofluoroscopia com utilização de bário para a consistência de líquidos.</p> <p>Todos os participantes tiveram 6 tentativas para realizar este teste que consistia: 3 tentativas para deglutir 3 ml de líquido com uma colher (administrada) e 3 tentativas para deglutir líquidos através de um copo auto-regulado pelo doente. Um copo de 240 ml deveria estar cheio até 180 ml.</p> <p>Se o participante aspirasse 1 ou mais vezes neste teste de deglutição, seria então qualificado para o estudo de forma aleatória.</p> <p>INTERVENÇÃO PROPRIAMENTE DITA: Seguia-se então a intervenção propriamente dita em que cada participante era sujeito de forma aleatória ao seguinte: através de uma colher (administrada) com 3 ml de líquido com a postura de queixo para baixo (3x), auto-ingeria com o copo de 240 ml que deveria estar cheio até 180 ml (3x); com a postura normal ingerir consistência néctar com colher e copo (nas</p>

	<p>mesmas medidas e circunstâncias) (3x) e com a postura normal ingerir consistência mel com colher e copo (nas mesmas medidas e circunstâncias) (3x).</p> <p>Após cada intervenção os participantes com Parkinson apenas eram incentivados a classificar a intervenção em: fácil/agradável, mais ou menos, difícil/desagradável.</p> <p>A severidade das doenças que acometiam os doentes foram avaliadas pelos TF (demência) através do instrumento: Bedford Alzheimer Nursing Severity Scale e pelos neurologistas os doentes de Parkinson com a Hoehn and Yahr Scale.</p>
9. Testes Estatísticos	<p>Teste McNemar</p> <p>Regressão Logística</p> <p>Odds ratios</p>
10. Nível de Evidência JBI (2017)	Nível 1.c
11. Principais Resultados encontrados	<p>Durante as 3 intervenções aspirou 49% da amostra</p> <p>A manobra de flexão do pescoço foi menos eficaz quando comparada com a deglutição de líquido espessado na consistência néctar (68% vs 63%) e quando comparada com a consistência mel (68% vs 53%).</p> <p>Aspiraram mais pacientes com a consistência néctar quando comparada com a consistência mel (63% vs 53%).</p>
12. Observações	<p>Critérios de inclusão: foram referenciados para este estudo pelos seus TF depois de terem realizado uma avaliação clínica/à cabeceira em que a conclusão foi suspeita de aspiração para líquidos. Depois de verificarem junto dos médicos os critérios de diagnóstico e critérios de inclusão e exclusão ficaram a integrar o estudo.</p> <p>Critérios de exclusão:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Não ter história de histórico de problemas médicos potencialmente confusos, incluindo história de hábitos tabágicos ou abuso de álcool 2) Cancro de cabeça/pescoço 3) Mais de 20 anos de uso de insulina por DM 4) Outra doença de início súbito, progressivo, ou doença neurológica infecciosa diferente de todos os tipos de demência ou doença de Parkinson

ESTUDO: E97

1. Título	<p>Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. Comparação de 2 intervenções para aspiração de líquidos na incidência de pneumonia: um ensaio clínico randomizado</p>
2. Autor (es)	<p>Robbins, J.; Gensler, G.; Hind J; Logemann, J.A.; Lindblad, A.S.; Brandt, D.; Baum, H.; Lilienfeld, D.; Kosek, S.; Lundy, D.; Dikeman, K.; Kazandjian, M.; Gramigna, G.D.; McGarvey-Toler, S.; Miller, Gardner, P.J.</p>
3. Local do estudo e ano	<p>EUA (2008)</p>
4. Desenho do estudo/metodologia	<p>Ensaio Clínico Randomizado (ECR)</p>
5. Objetivo do Estudo	<p>Comparar a eficácia da postura de queixo para baixo e de 2 consistências (néctar e mel) de líquidos espessados na incidência cumulativa de 3 meses de desenvolver pneumonia em doentes com demência ou doença de Parkinson.</p>
6. Caracterização da amostra	<p>n=515; Idades: [50-95] anos 178 homens; 81 mulheres Doentes com demência ou doença de Parkinson que aspiram líquidos (demonstrado por VFC). Destes 504 foram seguidos até a morte ou por 3 meses</p>
7. Considerações éticas	<p>Todos os participantes ou os seus representantes forneceram o consentimento informado por escrito. O conselho de ética de cada instituição aprovou o estudo.</p>
8. Intervenção	<p>Os participantes foram de forma aleatória orientados a deglutir líquidos na posição de queixo para baixo (n=259) ou a deglutir consistência nectar (n= 133) ou consistência mel (n= 123) estes últimos com a posição neutra.</p>
9. Testes Estatísticos	<p>Medidas de ocorrência: incidência cumulativa Limite inferior de O'Brien-Fleming Limite superior de Pocock Método da tabela de vida de Kaplan-Meier Regressão de Cox Teste de Fisher</p>
10. Nível de Evidência JBI (2017)	<p>Nível 1.c</p>
11. Principais Resultados encontrados	<p>O principal resultado avaliado foi a presença de pneumonia de aspiração diagnosticada por radiografia ou por 3 sinais/sintomas da clínica. n=52 tiveram pneumonia resultando numa incidência cumulativa global estimada de 3 meses de 11%. A incidência cumulativa de 3 meses de pneumonia foi de 0,098 e 0,116 nos grupos postura fixa e líquida espessada, respectivamente (OR, 0,84 [IC 95%, 0,49 a 1,45]; P = 0,53). A incidência cumulativa de 3 meses de pneumonia foi de 0,084 no grupo consistência nectar em comparação com 0,150 no grupo consistência mel (OR, 0,50 [IC, 0,23-1,09], P = 0,083).</p>

	<p>No grupo que realizou a manobra, a incidência de pneumonia de aspiração foi de 9,8%; nos doentes que realizaram a deglutição de líquido espessado a incidência de pneumonia de aspiração foi de 11,6%; o rupo néctar obteve menos incidência, com 8,4% quando comparado com o grupo mel - 15%.</p> <p>Apresentaram desidratação mais doentes que usaram líquidos espessados do que aqueles designados para a postura de queixo para baixo (6% vs. 2%), infecção do trato urinário (6% vs. 3%) e febre (4% vs. 2%).</p>
12. Observações	<p>Critérios de inclusão:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Diagnóstico médico identificado de demência (Alzheimer, únicou ou multienfarte, ou outros tipos não resolvidos) ou doença de Parkinson e doentes com idades entre os 50-95 anos. <p>Critérios de exclusão:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Doentes com hábitos tabágicos no passado ou hábitos alcoólicos2) História de cancro da cabeça ou pescoço,3) Mais de 20 anos de uso de insulina por DM4) Sonda nasogástrica4) Outra doença progressiva ou doença neurológica infecciosa ou pneumonia com 6 semanas após integrar o estudo <p>Um grupo controle sem tratamento não foi incluído.</p> <p>O seguimento foi limitado a 3 meses.</p> <p>Os prestadores de cuidados não foram cegos e as diferenças na incidência de pneumonia cumulativa entre as intervenções tiveram ICs amplos.</p> <p>Nenhuma conclusão definitiva sobre a superioridade de qualquer uma das intervenções testadas pode ser feita.</p> <p>A incidência cumulativa de 3 meses de pneumonia foi muito menor do que o esperado nesta população idosa frágil.</p> <p>Futuras investigações da postura de queixo para baixo combinadas com líquido espesso de néctar podem ser necessárias para determinar se essa combinação previne melhor a pneumonia do que qualquer intervenção independentemente.</p>

ESTUDO: 222

1. Título	Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study Eficácia da postura de queixo para baixo para evitar a aspiração traqueal na disfagia decorrente de uma lesão cerebral adquirida. Um estudo de videofluoroscopia
2. Autor (es)	Terré, R.; Mearin, F.
3. Local do estudo e ano	Barcelona, Espanha
4. Desenho do estudo/metodologia	Ensaio Clínico Randomizado (ECR)
5. Objetivo do Estudo	Avaliar por VFC a eficácia da posição de queixo para baixo para prevenir a aspiração em doentes com disfagia neurogénica decorrente de lesão cerebral (AVC ou TCE)
6. Caracterização da amostra	n=72 ; Idades [18-76] anos Grupo de estudo: n= 47 participantes com aspiração demonstrado por VFC; 31 homens e 16 mulheres; Idades [18-75]anos; (n=31 AVC; n= 11 TCE) Grupo control: n= 25 total participantes sem aspiração demonstrada por VFC); 19 homens e 6 mulheres; Idades [21-76] anos; (n= 14 AVC;n=11 TCE) [sobre o grupo de controlo: serviu para verificar se a postura de queixo para baixo poderia ser prejudicial e induzir aspiração ou qualquer outro tipo de alteração da deglutição]
7. Considerações éticas	Esta investigação foi aprovada pelo comité de ética do Instituto Guttmann
8. Intervenção	De uma forma aleatória e alternada foi realizado exame por VFC com a posição neutra ou em flexão. Foi realizada uma avaliação biomecânica com bolus de 3 ml, 5ml, 10 ml e 15 ml de consistência pudim, nectar e líquido. Foram avaliados todos os volumes e consistências. No grupo de estudo a avaliação começou com a posição anatómica/neutra em 23 doentes e em posição de flexão em 24 doentes e no grupo de controle em 13 e 12 doentes respetivamente.
9. Testes Estatísticos	Teste qui-quadrado Teste t student Teste ANOVA
10. Nível de Evidência JBI (2017)	Nível 1.c
11. Principais Resultados encontrados	A indicação da posição de queixo para baixo para prevenir a aspiração em doentes com disfagia secundaria a um AVC ou TCE não poderá ser generalizada já que apenas metade dos doentes protegeram-se da aspiração com esta manobra (com 48% de aspirações silenciosas que continuaram a aspirar durante esta manobra).

	Os doentes que continuaram a aspirar durante a posição de queixo para baixo foram aqueles que aspiraram pequenos volumes e sobretudo resíduos faríngeos, com disfunção cricofaríngea e atraso no trânsito faríngeo. A utilização desta manobra deverá ser validada por VFC sempre que se deseja ser indicada.
12.Observações	

ESTUDO: 230

1. Título	Investigation of compensatory postures with videofluoromanometry in dysphagia patients Investigação de técnicas compensatórias com videofluoromanometria em doentes com disfagia
2. Autor (es)	Solazzo, A.; Monaco, L.; Del Vecchio, L.; Tamburrini, S.; Iacobellis, F; Berritto, D.; Pizza, N.L.; Reginelli, A.; Di Martino, N.; Grassi, R.
3. Local do estudo e ano	Itália (2012)
4. Desenho do estudo/metodologia	Estudo descritivo
5. Objetivo do Estudo	Investigar a eficácia das técnicas posturais da cabeça para garantir o trânsito orofaríngeo seguro.
6. Caracterização da amostra	n=321 (171 homens; 150 mulheres); Idades:[18-87] anos Diagnósticos: Esclerose Lateral Amiotrófica; AVC; Esclerose múltipla; Doença de Parkinson; Doentes pós-cirurgia; Alzheimer; Outras doenças entre as quais refluxo gastroesofágico, acalásia, dor no peito, divertículos.
7. Considerações éticas	Todos os doentes assinaram o consentimento informado
8. Intervenção	Todos os doentes foram submetidos a uma avaliação clínica por um TF que colheu dados (medicação; sintomas atuais, padrão alimentar) e a uma avaliação morfológica e funcional de acordo com guidelines recentes. Para além disso todos os doentes foram avaliados por VFM e classificados em grupos de: “transito seguro”; “penetração sem aspiração”; aspiração antes da deglutição”; “aspiração durante a deglutição”; “aspiração depois da deglutição” “múltiplas aspirações”; “sem transito”. Apenas os doentes que aspiraram e do grupo “sem transito” foram submetidos posteriormente a uma avaliação por VFM usando as técnicas compensatórias. O exame por VFM incluía uma avaliação basal (sem contraste) e uma avaliação com contraste (uso de bário com 5-15 ml) que foi otimizado para cada doente através da prévia avaliação do TF. Os doentes foram assim instruídos a manter o bolus na boca por alguns segundos e deglutirem à ordem do operador. Se durante esta avaliação fosse detetada alguma intolerância do bolus ou aspiração do mesmo era realizada uma avaliação para otimizar o tamanho do bolus e a adequação da técnica postural a usar de forma a compensar a disfunção. As técnicas posturais aqui abordadas foram 3: flexão do pescoço; rotação do pescoço e hiperextensão do pescoço.
9. Testes Estatísticos	Sem informação no estudo
10. Nível de Evidência JBI (2017)	Nível 4.d
11. Principais Resultados encontrados	Para cada tipo de aspiração encontrada não existe apenas uma técnica postural a utilizar. Apenas a VFC define com precisão o mecanismo patogénico envolvido na dificuldade da deglutição; ajuda o TF a escolher a técnica compensatória mais efetiva sem tentativas erro; verifica a eficácia ao mesmo tempo. As 3 posturas abordadas são eficazes em algumas alterações da deglutição (88%): flexão cabeça (63,6%); rotação do pescoço (28,8%); hiperextensão (100%).

	Estas posturas podem ser avaliadas durante o próprio exame, são fáceis de aprender e os doentes aderem.
12. Observações	Este estudo refere as suas limitações

ESTUDO: 243

1. Título	The effect of chin down position on penetration-aspiration in adults with dysphagia O efeito da posição de queixo para baixo na penetração-aspiração em adultos com disfagia
2. Autor (es)	Fraser, S.; Steele, C.M.
3. Local do estudo e ano	Canadá (2012)
4. Desenho do estudo/metodologia	Estudo descritivo
5. Objetivo do Estudo	Determinar se a implementação alargada da posição de queixo para baixo é aconselhável e eficaz na gestão do risco de aspiração em doentes agudos.
6. Caracterização da amostra	n=42; Idades (23 homens; 19 mulheres); Idades:[39-92] Anos n=16 AVC; Idades [49-87] anos e media de idades de 73 anos n= 26 “Restantes- doentes de medicina interna” Idades [39-82] anos e media de idades de 77 anos. Diagnósticos: AVC; Esclerose múltipla;DPOC; Problemas renais; fraturas; ICC; DM; Sepsis; Doença de Wilson; Doença gástrica
7. Considerações éticas	Estudo aprovado pelo conselho de ética do hospital
8. Intervenção	Os 42 participantes são doentes internados de unidades de cuidados agudos e de reabilitação que revelaram aspiração durante a deglutição de líquidos (finos) em exame de VFC. Todos seguiram um protocolo de avaliação por VFC que incluía a posição de flexão da cabeça se se verificasse penetração ou aspiração de líquidos finos com uso de colher de chá e/ou copo. Para avaliar a invasão da via aérea foi utilizada uma escala de 4 níveis.
9. Testes Estatísticos	Qui-quadrado
10. Nível de Evidência JBI (2017)	Nível 4
11. Principais Resultados encontrados	Foram verificados resultados positivos no uso da posição de flexão da cabeça durante o uso de copo de beber: através da escala verificou-se que houve melhoria de 1 nível sendo que em 11 doentes foi resolvido o problema de penetração-aspiração. Quando usada a colher de chá a posição de flexão da cabeça não se revelou eficaz na proteção da via aérea. Os clínicos não devem recomendar a posição de flexão do pescoço sem primeiro excluir os efeitos prejudiciais e validar os benefícios por VFC.
12. Observações	Critérios de exclusão: 1) Ausência de quaisquer exemplos disponíveis da manobra de VFC 2) História de cancro de cabeça/pescoço 3) Traqueostomia 4) Dificuldade para seguir instruções sobre a manobra de flexão do pescoço 5) Limitações físicas para se sentar e estar para se sentar na vertical ou flexionar o pescoço

ESTUDO: 350

1. Título	Effectiveness of chin-tuck maneuver to facilitate swallowing in neurologic dysphagia Eficácia da manobra de queixo para baixo para facilitar a deglutição em doentes neurologicos com disfagia
2. Autor (es)	Saconato, M.; Chiari, B. M.; Lederman, H. M.; Gonçalves, M. I. R.
3. Local do estudo e ano	Brasil (2016)
4. Desenho do estudo/metodologia	Estudo de coorte retrospectivo
5. Objetivo do Estudo	Investigar a eficácia da manobra de queixo para baixo em doentes com disfagia neurogénica e os fatores que podem estar associados.
6. Caracterização da amostra	n= 35 doentes (19 homens; 16 mulheres); Idades:[20-89] anos Grupo de estudo-diagnosticados com disfagia neurogenica Diagnóstico: AVC; Doença de Parkinson; esclerose múltipla; miastenia gravis
7. Considerações éticas	O comité de ética da instituição de origem aprovou este estudo.
8. Intervenção	Os participantes foram sujeitos a uma avaliação física acerca de anormalidade verificadas nas funções orofaríngeas. Para realizar a VFC os doentes realizaram o exame sentados e usaram bario com contraste na comida em diferentes consistencias: líquido, líquido espessado na consistencia nectar, mel e pudim (5ml-10ml) e solidos. Neste estudo apenas foi utilizado líquidos e líquidos espessados por se considerer os únicos que levam a penetração/aspiração. Para classificar a severidade da disfagia foi utilizada a escala O'Neil.
9. Testes Estatísticos	Qui-quadrado Teste de regressão logística com nível de significancia de 5%
10. Nível de Evidência JBI (2017)	Nível 3.c
11. Principais Resultados encontrados	As alterações nas estruturas da orofaringe foram significativas na eficácia da técnica postural utilizada. A eficácia desta técnica postural está diretamente relacionada com a severidade da disfagia: quanto mais severa a disfagia menos eficaz é a manobra. A manobra parece beneficiar doentes com disfagia com: atraso no disparo da deglutição; elevação laríngea reduzida e dificuldades para degluti líquidos.
12. Observações	