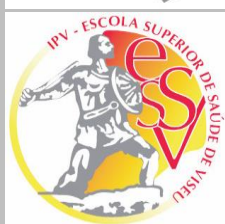


Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Teresa Margarida Marques Dias da Silva

Disfagia no doente com AVC: Prevalência e Determinantes



Agosto de 2015

Teresa Margarida Marques Dias da Silva

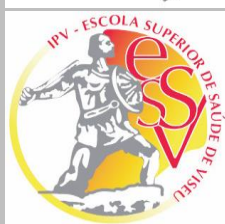
Disfagia no doente com AVC: Prevalência e Determinantes

Relatório Final

IV Edição do Mestrado em Enfermagem de
Reabilitação

Trabalho realizado sob orientação de
Professora Doutora Rosa Martins

Agosto de 2015



Agradecimentos

Assumindo-se como um trabalho importante num ciclo de estudos astuto, diligente, enriquecedor e proficiente pessoal e profissionalmente, resta-me agradecer a todos os que me ajudaram direta ou indiretamente na sua construção. Assim, agradeço...

Ao meu marido, *Bruno*, pela compreensão e apoio nesta etapa.

Aos meus pais, *Filipe e Amélia*, pela confiança nas minhas capacidades.

Às minhas amigas, *Liliana e Marta*, pela força transmitida nos momentos mais intrigantes desta fase.

À *Rita*, por partilhar as emoções deste Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação comigo.

À minha orientadora, *Professora Doutora Rosa Martins*, pela orientação, apoio e encaminhamento neste processo.

Às *administrações das unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, pela aceitação da recolha de dados.

À Enfermeira Especialista em Reabilitação, *Clara*, que me auxiliou na recolha de dados na unidade de convalescença de Cantanhede.

A todos os *doentes e seus cuidadores*, que aceitaram participar neste estudo.

A todos agradeço profundamente, o amparo neste processo!

Resumo

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) assume em Portugal elevadas taxas de morbilidade e reinternamento hospitalar. A disfagia surge como uma complicação frequente deste evento neurológico, com índices de morbilidade elevados pelo risco de desnutrição, desidratação e aspiração broncopulmonar. O diagnóstico e a sua monitorização no processo de reabilitação do doente são ações fundamentais na prevenção de aspirações alimentares, redução do internamento hospitalar e na eficácia da reabilitação do doente.

Objetivo: Identificar e avaliar o grau de disfagia na pessoa com AVC e analisar a relação entre esta, e as variáveis socio-demográficas e clínicas no sentido de poder melhorar futuramente os cuidados de enfermagem de reabilitação.

Métodos: Trata-se de um estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional de carácter quantitativo, que foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 25 doentes com diagnóstico de AVC, internados na Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em unidades de Convalescença e Reabilitação. O instrumento de colheita de dados integra uma seção de caracterização sócio-demográfica e clínica e duas escalas: Escala Gugging Swallowing Screen (GUSS) e Índice de Barthel, a fim de avaliar a disfagia e a funcionalidade, respetivamente.

Resultados: A amostra apresenta uma média de idade de 76,8 anos, sendo 68% do sexo feminino e 32% do sexo masculino. Verificámos que 68% dos participantes apresenta mais de dois antecedentes clínicos e apenas 24% dos participantes não apresenta disfagia. Dos restantes, 12% apresenta disfagia grave, 36% moderada e 28% disfagia ligeira. A área de lesão parece influenciar a deglutição, demonstrando a Artéria Cerebral Média (ACM) e Artéria Cerebral Posterior (ACP) como áreas de maior sensibilidade. Denotou-se que quanto maior o grau de dependência, maior gravidade de disfagia.

Conclusão: Doentes com AVC isquémico apresentam disfagia, com gravidade relacionada com a área vascular. A existência de vários antecedentes clínicos pode gerar perturbações na deglutição do doente. De igual modo, quanto maior for a dependência funcional do doente, maior é o grau de disfagia e o risco de aspiração pulmonar.

Palavras-chave: AVC; Disfagia; Reabilitação.

Abstract

Introduction: In Portugal, stroke events present with high morbidity and hospital readmission rates. Dysphagia frequently occurs as a complication of this neurological event, with high morbidity rates associated with malnutrition, dehydration and bronchopulmonary aspiration. The diagnosis and its monitoring in the rehabilitation process are fundamental to prevent aspiration of food, to reduce hospital stay and ultimately to improve the effectiveness of the patient's rehabilitation.

Goal: Identify and assess the degree of dysphagia in patients that suffered from a stroke as well as analyse the relationship between this and other sociodemographic and clinical variables, in order to improve patient care in rehabilitation nursing.

Methodology: It is a non-experimental, transversal, descriptive and correlational study of quantitative character, which was conducted in a nonprobabilistic sample by convenience, consisting of 25 stroke patients admitted in convalescence and rehabilitation units. The data collection tool integrates both a sociodemographic and clinical characterization section and two scales: Gugging Swallowing Screen Scale (GUSS) and Barthel Index, to assess dysphagia and functionality, respectively.

Results: The sample exhibits a mean age of 76.8 years old, 68% female and 32% male. It was found that 68% of the participants presented with two previous clinical events and only 24% of the participants didn't develop dysphagia. From the remaining, 12% had severe dysphagia, 36% had moderate dysphagia and 28% had mild dysphagia. The area of injury appears to influence deglutition, with the middle and anterior cerebral arteries being the most sensitive areas. It was observed that the higher the degree of dependence, the greatest the severity of the dysphagia.

Conclusion: Patients with history of ischemic stroke present with varying degrees of dysphagia related to the affected vascular area. The presence of several previous clinical events may generate disturbances in the patient's deglutition. Similarly, the greater the functional dependence of the patient, the greater the degree of dysphagia and the risk of pulmonary aspiration.

Keywords: Stroke; Dysphagia; Rehabilitation.

Sumário

Lista de tabelas	13
Lista de gráficos.....	15
Lista de figuras.....	17
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	19
Introdução	21
I PARTE - Revisão da Literatura	
1. Acidente Vascular Cerebral (AVC).....	23
1.1. Circulação do Cérebro	25
1.2. Classificação do AVC.....	28
1.3. Fatores de Risco do AVC.....	30
2. Perturbações na deglutição – Disfagia	31
2.1. Disfagia e AVC.....	34
2.2. Avaliação clínica não invasiva da disfagia.....	35
2.3. Reabilitação da disfagia.....	40
3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).....	42
II PARTE - Estudo Empírico	
1. Metodologia.....	45
1.1. Problemática.....	45
1.2. Variáveis em estudo.....	47
1.3. Amostra.....	48
1.4. Instrumento de colheita de dados.....	48
1.5. Tratamento estatístico.....	49
2. Resultados.....	50
2.1. Amostra.....	50
2.2. Análise Descritiva.....	52
2.3. Análise Inferencial.....	55
3. Discussão de resultados.....	58
Conclusão	63
Referências Bibliográficas	65
Anexos.....	75

Anexo I – Declaração de consentimento informado.....	77
Anexo II – Instrumento de colheita de dados.....	79
Anexo III - Parecer da Comissão de Ética.....	85

Lista de tabelas

Tabela 1 - Classificação do AVC de acordo com a OCSP.....	29
Tabela 2 - Medidas descritivas para escala de avaliação da deglutição, para amostra completa e por sexo.....	52
Tabela 3 - Correlação entre idades e medidas de avaliação da deglutição.....	53
Tabela 4 - Medidas descritivas para idades de participantes em função de categorias de disfagia.....	54
Tabela 5 - Medidas descritivas para escala de avaliação da deglutição, para participantes de diferentes locais de residência.....	55
Tabela 6 - Frequência de classificações cruzadas e escala de avaliação da funcionalidade e escala de avaliação da deglutição.....	57
Tabela 7 - Valores médios de medidas de deglutição em função de categorias de funcionalidade.....	58

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Antecedentes clínicos.....	51
Gráfico 2 - Distribuição de participantes por categoria de disfagia.....	53

Lista de figuras

Figura 1 - Identificação dos córtex cerebrais e suas funções	26
Figura 2 - Vista inferior da circulação do cérebro, com identificação do Polígono de Will.....	27

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

Ex. - exemplo

Nº - Número

p. - Página

Pág. – Página

s/ pág – sem página

ACA – Artéria Cerebral Anterior

ACI – Artéria Carótida Interna

ACM – Artéria Cerebral Média

ACP – Artéria Cerebral Posterior

AIT – Acidente Isquémico Transitório

APER – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

AVC – Acidente Vascular cerebral

DM – Diabetes *Mellitus*

DGS – Direção Geral de Saúde

ECOS – Em casa observamos saúde (projeto)

ESO – European Stroke Organisation

GUSS – Gugging Swallowing Screen Scale

HTA – Hipertensão arterial

INS – Instituto nacional de saúde

LACI – Lacunar Anterior Circulation Infart

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACI – Parcial Anterior Circulation Infart

POCI – Posterior Circulation Infart

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS – Statistic Package for The Social Sciences

SpO2 – Saturação de oximetria periférica

TACI – Total Anterior Circulation Infart

TOR-BSST – Toronto Bedside Swallowing Screening Test

WGOP – World Gastroenterology Organisation Praticce

% - por cento

Introdução

A doença vascular cerebral designa a patologia neurológica com maior dotação de internamento hospitalar, sendo a neuropatologia mais comum no adulto. Enquanto défice neurológico de instalação súbita, o AVC apresenta manifestações globais ou focais no ser humano, sendo comum a alteração nas funções motoras, sensoriais, comportamentais, preceptivas e de linguagem. Monteiro (2011), salienta que cerca de 50% dos doentes que sobrevivem ao AVC, ficam com limitações funcionais que prejudicando as suas atividades de vida diária e conseqüente qualidade de vida.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) em parceria com Direção Geral de Saúde (DGS) (2014), as doenças cerebrovasculares apresentam cerca de 14,3 anos potenciais de vida perdidos. O AVC isquémico exige a maior produção de cuidados hospitalares, relativamente a outras patologias cardiovasculares e a sua letalidade intra-hospitalar, tem vindo a diminuir, graças à manutenção de cuidados de reabilitação diferenciados. Assim, a enfermagem de reabilitação assume um papel preponderante na reabilitação destes doentes, razão pela qual entendemos que mesmo fora do hospital estes cuidados devem ser implementados.

A Comissão de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, descreve o Enfermeiro de Reabilitação como o profissional que projeta e desenvolve intervenções junto da pessoa, família ou comunidade. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) salienta que a procura de respostas adequadas para a situação clínica do cliente, ao longo do ciclo vital, visando o seu projeto individual de vida e saúde, são objetivos da ação deste profissional. Enquanto enfermeira de reabilitação, devo desenvolver e incrementar competências e capacidades para apoiar o cliente a recuperar a saúde ou a gerir a doença, contribuindo para uma melhoria da sua qualidade de vida.

A RNCCI surge em Portugal como um elemento de apoio à prestação de cuidados e apoio social da pessoa. As unidades de internamento preveem a inclusão de pessoas com necessidades de reabilitação contínua, objetivando a sua reintegração social. Para tal, as equipas funcionais das unidades devem ser constituídas por elementos diferenciados como médicos, enfermeiros de reabilitação, enfermeiros de cuidados gerais, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicóloga, animadores sociais, terapeutas ocupacionais ou terapeutas da fala. O funcionamento e a equipa multidisciplinar varia em cada unidade, tendo por base os objetivos instituídos (Ministério da Saúde, 2009).

A deglutição é um processo neuromotor com função de transporte eficiente do bolo alimentar através da faringe, mantendo as vias aéreas inferiores protegidas. Para tal, é necessário a existência de uma coordenação funcional entre o aparelho respiratório e o digestivo. A alteração no padrão de deglutição – *disfagia*, é uma manifestação comum no doente com patologia neurológica, encontrando-se intimamente ligada a aspetos nutricionais, de hidratação, no estado pulmonar e no equilíbrio social da pessoa. A frequência e gravidade da disfagia deriva de doente para doente, pelo que, o seu reconhecimento e planeamento de tratamento apropriado constituem um desafio no processo de reabilitação. Silva, Dantas e Fábio (2010), salientam a importância da realização de avaliações clínicas da disfagia à beira do leito do doente, uma vez que o reabilitador poderá desta forma afilar a capacidade da pessoa para deglutir e a possibilidade da ingesta oral segura, com impacto positivo no seu estado nutricional.

Em Portugal, poucos são os estudos efetuados sobre o impacto, a avaliação e a reabilitação da disfagia no doente pós-AVC. A identificação da disfagia, através de métodos de avaliação normalizados, sequenciais e consensuais na equipa multidisciplinar, é um desafio presente na reabilitação destes doentes. De igual modo, a produção científica na área da enfermagem de reabilitação face à temática presente é diminuta.

Inserido no Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, surge a problemática da avaliação das determinantes e risco de disfagia, no doente com AVC. De forma geral, questiona-se em que medida a disfagia se relaciona com fatores intrínsecos ao doente ou fatores lesionais do AVC. Assim, com o presente estudo objetiva-se a melhoria futura dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Uma vez que o enfermeiro especialista em reabilitação é diferenciado no cuidado à pessoa com deficiência física e incapacidade no seu contexto social e familiar, podendo os seus cuidados ser ministrados em diferentes contextos da prática clínica, como unidades de internamento de agudos, de reabilitação, paliativos ou cuidados na comunidade (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), 2011), considerou-se pertinente a aplicação do presente estudo na RNCCI, nomeadamente, em unidades de convalescença e de reabilitação da região centro.

A presente dissertação de mestrado encontra-se dividida em duas partes: I - Revisão da Literatura; II - Estudo Empírico. Na primeira parte apresenta-se uma revisão integrativa sobre o AVC e a disfagia no AVC, sendo que na segunda, expõe-se a metodologia de investigação e os resultados obtidos, elaborando-se posteriormente a discussão de resultados. Finaliza-se este documento com a apresentação das conclusões.

I PARTE – REVISÃO DA LITERATURA

1. Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O AVC designa uma instalação súbita de um défice neurológico focal, repentino e não convulsivo, determinado por uma lesão cerebral secundária a um mecanismo vascular e não traumático. Ocorre devido a uma interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, provocado por um bloqueio ou hemorragia no vaso sanguíneo, gerando lesão ou morte das células cerebrais (Braga, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014) o AVC é uma síndrome caracterizada por sinais clínicos focais de alteração da função cerebral, de etiologia vascular aguda, permanecendo mais de 24 horas ou levando à morte.

A DGS (2001, p. 5) descreve o AVC como “uma causa comum de morbilidade e mortalidade na Europa, sendo a primeira causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas”. Esta afirmação é validada pelo Instituto Nacional de Saúde (INS, 2014), que estima que em cada hora, 6 pessoas sofrem um AVC, do qual resultam 2 ou 3 óbitos.

Os estudos sobre a prevalência do AVC em Portugal são reduzidos. Em 1992 no concelho de Coimbra, estima-se que a prevalência de AVC foi de 8% para indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos. Em 2007, o estudo VALSIM, para uma amostra de 16 856 utentes adultos, estima a prevalência do problema em 2,1%. Em 2013, o ECOS desenvolveu um estudo transversal de prevalência em Portugal Continental, estimando a prevalência bruta de AVC, em 1,9%. O valor mais elevado verificou-se no sexo masculino 2,6%, sendo a estimativa no sexo feminino 1,3% (Dias & Sousa-Uva, 2014).

A DGS (2013) salienta ainda que nas duas últimas décadas tem ocorrido uma diminuição progressiva das taxas de mortalidade do AVC. A mesma fonte refere a progressiva *adoção de medidas e estratégias preventivas* (como programas de cessação tabágica, controlo de consumo de sal e outras campanhas de promoção de hábitos de vida saudáveis), a *melhoria no diagnóstico e correção de fatores de risco modificáveis* (como a hipertensão arterial (HTA) e a dislipidémia) e os *avanços no tratamento do AVC*, como fatores contribuintes nesta diminuição.

“As doenças neurovasculares manifestam-se por déficits neurológicos permanentes ou transitórios, decorrentes da interrupção de suprimento sanguíneo com nutrientes, por

obstrução ou rompimento dos vasos”, refere Oliveira (2003, p.15). Indo de encontro ao descrito, pode-se considerar dois tipos de AVC: isquémico e hemorrágico.

O AVC isquémico designa o fornecimento inadequado de sangue a uma área do cérebro, como resultado de um baixo fluxo sanguíneo, derivado de um enfarte ou embolismo associado a doenças dos vasos sanguíneos, coração ou sangue. O AVC hemorrágico corresponde à existência de hemorragia espontânea cerebral, dentro ou fora da sua substância (intraparenquimatosa ou subaracnoídea). De referir que quadro agudo com perda da função neurológica numa área cerebral, que regride em menos de 24 horas, com etiologia na insuficiente oxigenação e alimentação sanguínea num território carotídeo ou vertebrobasilar, é designado por Acidente Isquémico Transitório (AIT).

Mausner (1999) reforça que a localização e extensão da lesão provocada pelo AVC demarca o quadro neurológico apresentando por cada utente, sendo a sua sintomatologia habitualmente repentina, podendo ser temporária ou permanente, com instalação leve ou grave.

A presença de compromisso neurológico pode gerar danos a nível das funções motoras, sensoriais, comportamentais, percetivas e linguagem. Os défices motores são caracterizados por paralias completas ou incompletas no hemicorpo oposto ao local da lesão cerebral, ocorrendo hemiplegias ou hemiparesias, respetivamente.

A existência de alterações nas funções sensitivas é também comum, nomeadamente a existência de anestesia, hipoestesia, hiperestesia, analgesia, hipoanalgesia, parestesia, apalestesia, hemianestesia, anosognosia, agnosia e astereognosia, ou alterações visuais como a hemianópsia ou diplopia.

Alterações cognitivas e comportamentais podem também ocorrer, devido a distúrbios na capacidade de reter informação e lembrar fatos, orientação em relação a si, ao meio envolvente, ao tempo e espaço, dificuldade na concentração e na capacidade de julgar.

A fala, na sua capacidade de articular e pronunciar palavras, ou na capacidade de compreender a informação que lhe é transmitida são também, faculdades alteradas aquando do AVC. A fluência, nomeação, compreensão e repetição são elementos essenciais para a execução da fala. Qualquer alteração nestas faculdades altera o padrão comunicacional da pessoa, gerando uma afasia.

As alterações emocionais são também comuns. Sentimentos como ansiedade, labilidade emocional, perda de autocontrolo, medo, hostilidade, fúria ou depressão e isolamento podem ocorrer como resposta ao quadro clínico instituído ou à alteração do quotidiano e vida da pessoa.

Menoita (2012) salienta que os doentes com défices persistentes necessitam de diagnóstico, cuidados urgentes e reabilitação precoce. Os cuidados de reabilitação devem ser iniciados assim que possível, com otimização da intensidade e duração ao doente. O reabilitador deve ter presente também que o prognóstico funcional ou recuperação das funções alteradas varia com o tipo, extensão, localização e gravidade da lesão cerebral. Bem como, fatores intrínsecos ao doente como idade, comorbilidades e motivação, são preponderantes na sua recuperação.

1.1. Circulação do Cérebro

A avaliação neurológica do doente com AVC deverá completar a avaliação das funções superiores (estado mental, fala e linguagem), campos visuais, sensibilidade, coordenação, pares cranianos e motilidade (força muscular, reflexos, tónus muscular, marcha). Como tal, esta avaliação deve ser objetiva, seguindo a semiologia. Na sua base, deve ter-se conhecimento dos territórios vasculares cerebrais e suas funções.

O cérebro (encéfalo) encontra-se dividido em quatro regiões: cérebro, diencefalo (tálamo e hipotálamo), tronco cerebral (mesencéfalo, ponte-de-varólio e medula) e cerebelo. Por sua vez, o cérebro é composto por dois lobos frontais, dois lobos parietais, dois lobos temporais e dois lobos occipitais. Cada um dos lobos referido tem funções distintas. De acordo com Huffstutler *in* Marek, Phipps e Sands (2003) e Goldberg (1992), o *lobo frontal* é responsável pela conceptualização, abstração, capacidade motora, discernimento, capacidade de escrita; o *lobo parietal* é o centro da interação e coordenação para perceção e interpretação das informações sensitivas, bem como o responsável pela capacidade de reconhecer as partes do corpo (esquerda por oposição à direita); *lobo temporal* é o centro da memória, e responsável pela integração de estímulos auditivos; o *lobo occipital* é o centro da visão e responsável pela compreensão da escrita. Na figura 2 apresenta-se a divisão do cérebro, com as funções referidas.

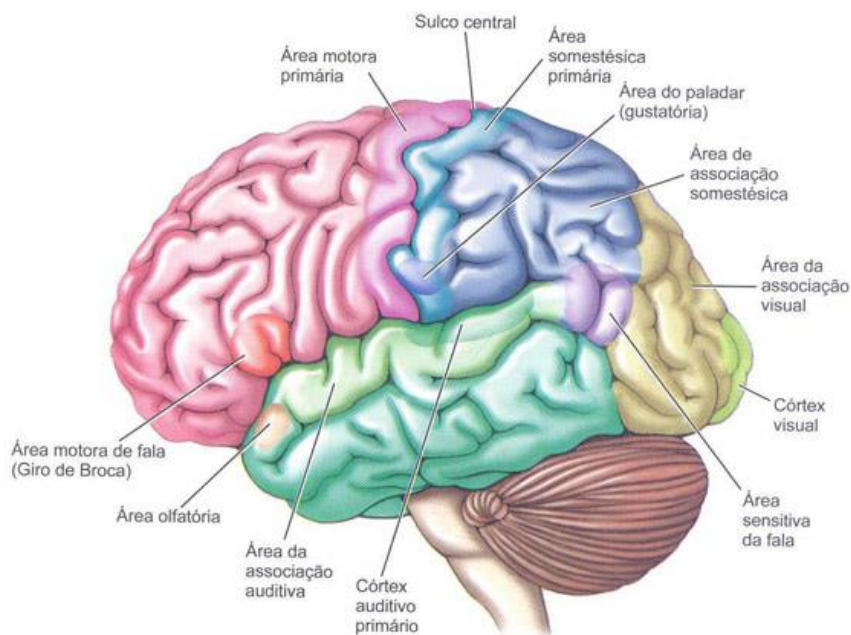


Figura 1: Identificação dos córtex cerebrais e suas funções

Fonte: <http://image.slidesharecdn.com/snc-2ano-2012-120908090916-phpapp02/95/snc-2-ano-2012-34-728.jpg?cb=1347095670>

Relativamente ao diencefalo, o tálamo surge como o responsável pela perceção das sensações (significado, localização e transmissão pelo córtex), bem como aloja o limiar da dor. Por sua vez, o hipotálamo medeia a maior parte das funções autónomas, endócrinas e respostas emocionais.

O tronco cerebral transmite impulsos do córtex cerebral e das estruturas subcorticais através do mesencefalo. Neste, origina-se o reflexo da posição ereta e postura. A ponte-de-varólio alberga o centro pneumotórax, que controla a respiração. Por fim, a medula, controla os centros vitais: cardíaco, respiratório, vasomotor, bem como, deglutição, soluços, reflexo de vômito e tosse. (Huffstutler *cit in* Marek, Phipps & Sands, 2003 e Goldberg, 1992)

O fluxo sanguíneo do cérebro provém da crosse da aorta (via inominada direita), carótida comum esquerda e artérias subclávias esquerdas, incluindo os vasos condutores (carótidas internas) e penetrantes (artérias vertebrais). As artérias condutoras são responsáveis pela irrigação dos hemisférios cerebrais, gânglios basais e dois terços superiores do diencefalo, enquanto que as penetrantes irrigam o tronco cerebral, o terço inferior do diencefalo, o cerebelo e os lobos occipitais. Os dois sistemas de circulação (condutor e penetrante) anastomosam-se no polígono de Willis, que é formado pela interligação das artérias carótida interna, cerebral anterior, comunicante anterior e comunicante posterior (Huffstutler *cit in* Marek, Phipps & Sands 2003), como é apresentado

na figura 2. O polígono de Willis irriga o cérebro bilateral e simetricamente, ajudando na compensação das alterações existentes na circulação e pressão sanguínea.

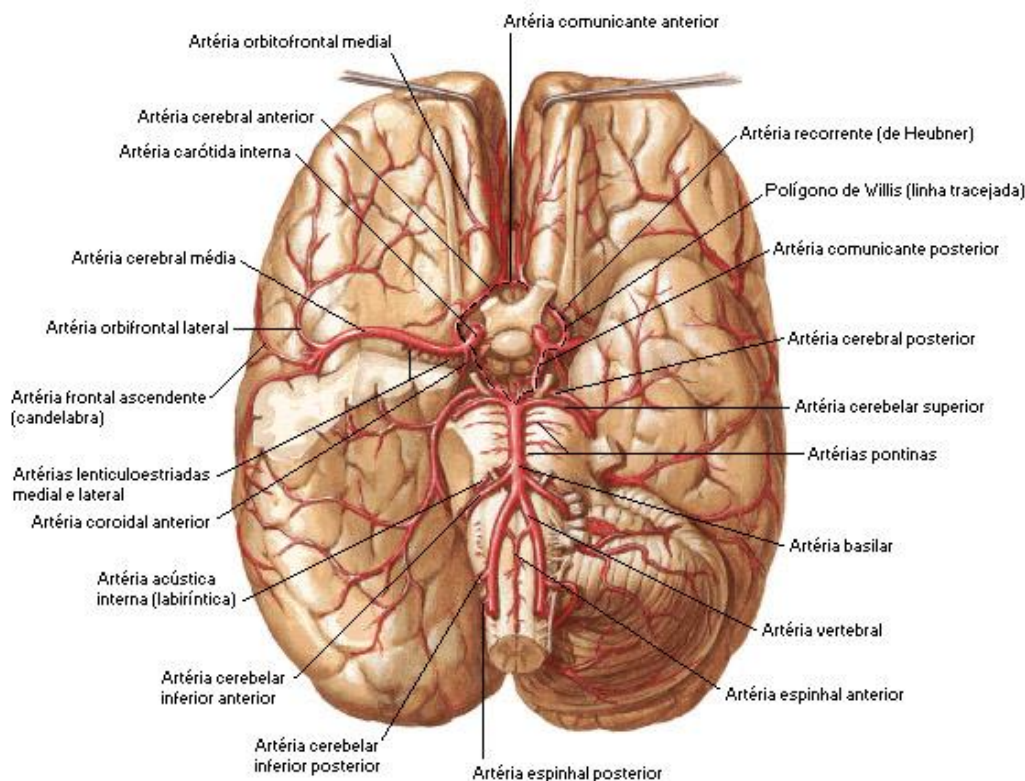


Figura 2: Vista inferior da circulação do cérebro, com identificação do Polígono de Willis

Fonte: <http://www.auladeanatomia.com/neurologia/arteriascerebro.jpg>

Segundo Huffstutler *in* Marek, Phipps e Sands (2003) e Goldberg (1992), as principais artérias cerebrais atingidas por um acidente vascular são: ACA (bifurcação final da carótida interna na circulação anterior), ACM (com um ramo superior e um ramo inferior, bifurcação final da carótida interna na circulação anterior) e ACP (final da artéria basilar, com bifurcação na artéria cerebral posterior direita e esquerda). Cada artéria tem como função nutrir os córtex cerebrais que irrigam, bem como, emitir ramos perforantes para nutrir a parte interna do cérebro. Sucintamente, apresenta-se a zona de irrigação destas artérias tendo por base a literatura referida:

Artérias carótidas internas (ACI):

ARTÉRIA CEREBRAL ANTERIOR (ACA) irriga:

- Superfície central dos lobos frontal e parietal;

Ramos perforantes da ACA:

- Gânglios basais, parte anterior da capsula interna e corpo caloso.

ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA (ACM) irriga:

Ramo superior:

- Superfície lateral do lobo frontal;
- Superfície lateral do lobo parietal;
- Superfície lateral do lobo temporal;
- Circunvalações pós-centrais (motoras);
- Circunvalações postcentrais (sensoriais).

Ramo inferior:

- Lobo parietal;
- Porção lateral do lobo temporal;

Ramos perfurantes da ACM:

- Parte posterior da cápsula interna e núcleos de base.

Artérias vertebrais:

ARTÉRIA BASILAR irriga

- Tronco cerebral;
- Cerebelo.

ARTÉRIA CEREBRAL POSTERIOR (ACP) irriga:

- Partes do lobo occipital;
- Parte medial do lobo temporal.

Ramos perfurantes da ACP:

- Mesencéfalo;
- Parte do tálamo.

1.2. Classificação do AVC

O Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP) classifica o AVC isquémico de acordo com a localização da lesão cerebral, ou seja, identificando o território vascular afetado, através da sintomatologia do doente, e posterior análise dos exames complementares de diagnóstico. Assim, na tabela 1, apresenta-se a classificação da OCSP de acordo com a sintomatologia típica.

Tabela 1: Classificação do AVC de acordo com a OCSP

CLASSIFICAÇÃO AVC	SINTOMATOLOGIA CLINICA
Enfarte total da circulação anterior <i>Total Anterior Circulation Infart</i> (TACI)	Intenso déficit neurológico, com alteração: - Disfunção das funções superiores (afasia, agnosia, alterações visio-espaciais, disgrafia, discalculia); - Hemianópsia homónima; -défice motor/sensorial ipsilateral em pelo menos 2 segmentos corporais (face, membro superior e inferior).
Enfarte parcial da circulação anterior <i>Partial Anterior circulation Infart</i> (PACI)	Défice neurológico moderado, com alteração: - Duas alterações do TACI; Ou - Disfunção das funções superiores isolada; - Défice motor apenas num membro superior ou membro inferior.
Enfarte lacunar da circulação anterior <i>Lacunar Anterior Circulation Infart</i> (LACI)	- Défice motor e/ou sensitivo; - Disartria; - Sem alterações das funções superiores; - Sem alterações de novo dos campos visuais.
Enfarte da circulação posterior <i>Posterior Circulation Infart</i> (POCI)	- Parésias dos pares cranianos/ déficit motor contralateral; - Disfunção cerebelosa; - Hemianopsia homónima isolada; - Défice motor/sensitivo bilateral.

Fonte: Própria, adaptado da OCSP (2003), in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1790389>

Relativamente ao AVC hemorrágico, a classificação tem por base o local da hemorragia, visualizado nos exames complementares de diagnóstico, como tomografia axial computadorizada (TAC) cerebral ou ressonância magnética cerebral. Assim sugere-se:

- Hemorragia Supra-Tentorial (cérebro);
- Hemorragia Infra-Tentorial (cerebelo – tronco cerebral);
- Hemorragia Subaracnoídea (fora da substância do cérebro).

1.3. Fatores de risco do AVC

Segundo Martins (2006), Portugal é o país com a taxa de mortalidade por AVC mais elevada da União Europeia. Ricardo (2012), indo de encontro ao referido, justifica esta taxa devido à prevalência de HTA (incidência em cerca de 50% dos casos), provocada pelos descuidos alimentares, abuso de álcool, obesidade, stress oxidativo, tabagismo e ausência de atividade física, sedentarismo.

O risco individual de desenvolver um AVC deriva de fatores de risco que podem ser modificáveis ou genéticos. Ferreira, Pita, Ferreira, Rodrigues e Cruz (2006), enumeram os fatores de risco modificáveis: HTA, tabagismo, Diabetes *Mellitus* (DM), dislipidemia, fibrilhação auricular, estenose carotídea, AIT ou AVC anterior, alcoolismo, obesidade, distribuição abdominal da gordura corporal, sedentarismo, contraceção oral combinada em mulheres fumadoras, nutrição e dieta.

Branco e Santos (2010) indo de encontro ao defendido por Ferro (2006) refere a HTA como contributo major no AVC. Os autores salientam que a HTA corresponde a um dos principais problemas dos países desenvolvidos, atingindo cerca de 1000 milhões de pessoas em todo o mundo. Como tal ações de sensibilização e de adoção de hábitos de vida saudáveis são fundamentais.

Relativamente aos fatores não modificáveis, Ferreira, Pita, Ferreira, Rodrigues e Cruz (2006) referenciam a idade, o sexo e a hereditariedade. Rocha (2008) salienta que indivíduos em faixas etárias mais avançadas são mais afetados por AVC. Martins (2006) refere que a incidência do AVC é 1,25% mais elevada nos homens que nas mulheres. Relativamente à hereditariedade, Martins (2006) descreve que antecedentes familiares de AVC aumenta a probabilidade da pessoa sofrer este acidente.

A identificação e controlo dos fatores de risco é fundamental para a prevenção do AVC. Deste modo, a existência de programas de adoção de hábitos de vida saudáveis é basilar no seio da população. As Guidellines da European Stroke Organisation (ESO, 2008), nas recomendações para controlo dos fatores modificáveis, referem:

- Controlo de valores séricos de colesterol, através da modificação de hábitos alimentares e administração de terapêutica (estatinas);
- Cessaçãotabágica;
- Consumo de álcool reduzido a moderado, mas controlado;
- Prática de atividade física regular;
- Alimentação com baixo teor de sal e gorduras saturadas, elevado teor de frutos vegetais e rica em fibras;
- Controlo do peso corporal, com incentivo de redução do mesmo em indivíduos com elevado índice de massa corporal.

Deste modo, podemos concluir que a adoção de hábitos de vida saudáveis devem ser potenciados. Para tal é importante o conhecimento dos fatores de risco pela equipa multidisciplinar de saúde, no sentido de promover um estilo de vida saudável, prevenindo acidentes cerebrais.

Alterações no padrão de deglutição podem gerar complicações nutricionais na pessoa. A sinalização e atuação nos fatores de risco ajuda na prevenção do AVC, bem como no planeamento global da reabilitação e da disfagia da pessoa. Assim, torna-se essencial o fomento destes conhecimentos e sua aplicação na intervenção individual.

2. Perturbações na deglutição - Disfagia

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

Este tipo de digestão requer coordenação de seis nervos cranianos (trigêmeo (V), facial (III), glossofaríngeo (IX), vago (X), acessório (XI) e hipoglosso (XII)), tronco cerebral, córtex e músculos da boca, faringe e esófago. Trata-se de uma ação neuromuscular sinérgica iniciada voluntariamente, visando o fornecimento de nutrientes essenciais à manutenção da vida. Para que a deglutição seja eficaz e segura é necessário a preservação do sistema nervoso central e das estruturas envolvidas, o que inclui a sensibilidade e vias motoras (Clara, 2009).

Mahan, Escott-Stumps e Raymond (2013), Silva (2006) e Chiappeta e Oda (2003), dividem a deglutição em quatro fases: fase oral preparatória; fase oral propriamente dita;

fase faríngea; fase esofágica/esofasogástrica. De seguida descreve-se as características de cada fase, de acordo com os autores supracitados.

Fase oral preparatória

É consciente e voluntária. Inicia-se na receção do bolo alimentar na boca, sendo responsável pela preparação do alimento para a sua progressão. Nesta fase este é misturado com a saliva e transformado num bolo homogéneo passível de ser deglutido. Os recetores presentes na boca reconhecem o alimento (consistência, cheiro, gosto e volume). Aqui, a faringe e a laringe encontram-se em repouso, estando a via aérea aberta. A contração do músculo palatoglosso posiciona-se prevenindo uma ação involuntária de progressão do alimento para a faringe.

A ação dos músculos da mastigação (masséter, temporal, pterigóideos medial e lateral e ventre anterior do digástrico), músculos intrínsecos e extrínsecos da língua, orbicular dos lábios, bucinador e músculos orofaciais, é fundamental na integridade desta fase. A duração desta fase depende do tempo de mastigação, uma vez que este varia de pessoa para pessoa.

Fase oral propriamente dita

É consciente e voluntária, tendo como finalidade mover o alimento da parte anterior da boca até aos arcos palatinos, onde o reflexo de deglutição é desencadeado. Este deslocamento do alimento é executado pelo impulso antero posterior da língua e pelo encerramento labial. De igual modo, os músculos temporal, masséter e pterigóideo medial estabilizam a mandíbula, aquando do encerramento labial. A ponta da língua eleva-se, encostando-se entre a papila retroincisal e a face palatina dos incisivos superiores. Seguidamente a sua parte anterior ergue-se contra o palato duro, enquanto a base deprime.

A contração do músculo milo-hioide ocorre neste momento, produzindo uma elevação da parte anterior da língua contra o palato duro, o que gera os movimentos ondulatórios da língua e conseqüente deslize do bolo alimentar. A contração dos músculos estiloglossos e palatoglosso mantêm o palato mole rebaixado, gerando proteção das vias aéreas.

Fase faríngea

É consciente e involuntária. A pressão do bolo alimentar nos pilares anteriores da faringe (na base da língua e palato mole), desencadeia impulsos elétricos, que por via aferente iniciam a ação reflexa da deglutição. Ocorre oclusão da nasofaringe pelo palato mole (evitando a passagem do bolo alimentar para a cavidade nasal), a parede posterior da faringe anterioriza-se comprimindo o bolo alimentar contra o dorso da língua e impedindo a

sua passagem para a cavidade oral, ocorre também o relaxamento do esfíncter esofágico superior, a inibição da respiração com encerramento da glote e deslocamento da laringe (contração dos músculos infra hióideos) e o encerramento da nasofaringe (elevação do palato mole e úvula e contração do musculo superior da faringe). Finalizando ocorre a abertura do músculo cricofaríngeo, que permite a passagem do bolo alimentar para o esófago. De seguida, reinicia-se a respiração, através do relaxamento do constritor superior da faringe e contração do esfíncter faringoesofágico. Como tal, é essencial a existência de coordenação entre a respiração e a deglutição. Prevê-se que esta fase dura cerca de um segundo.

Fase esofágica/esofasogástrica

É inconsciente e involuntária. Através da abertura do esfíncter esofágico superior inicia-se a transferência do bolo alimentar do esófago ao estômago pela ação dos movimentos peristálticos. A musculatura estriada e lisa do esófago, emite ondas peristálticas automáticas que evitam o refluxo esófago-esofágico e/ou gastro esofágico. A ação neuromuscular é exercida com controlo do córtex e tronco cerebral. Prevê-se que o alimento necessita de três a nove segundos para fazer a passagem do esófago para o estômago.

As fibras motoras eferentes e fibras sensoriais dos pares cranianos, as fibras motoras e sensoriais com sinapse no córtex cerebral, tronco cerebral e cerebelo e os outros centros de deglutição (trato solitário e formação reticular ventromedial), designam as componentes de controlo neuronal da deglutição (Chiappeta & Oda, 2003).

A World Gastroenterology Organisation Practice (WGOP) Guidelines (2014) salienta algumas dificuldades sentidas na deglutição aquando de uma alteração. Nomeadamente, na fase oral (preparatória e propriamente dita) a elevação da pressão intracraniana ou lesão do nervo craniano pode gerar enfraquecimento ou descoordenação dos movimentos da língua, bem como, o enfraquecimento dos músculos labiais gera incapacidade na vedação labial. Na fase faríngea, o autor descreve a náusea, engasgar e regurgitação nasofaríngea como sintomas de coordenação insuficiente da deglutição. Relativamente à fase esofágica, cita as obstruções mecânicas como dificuldade no desenrolar desta etapa. Contudo, salienta a presença de uma lesão neurológica com complicação a nível do peristaltismo.

Uma lesão neurológica como o AVC, ao comprometer uma das estruturas envolvidas na mastigação e deglutição, pode gerar um distúrbio na deglutição. A dificuldade da progressão dos alimentos designa-se por disfagia. Cavalcanti (1999, p.8) citando a American Speech and Hearing Association define a disfagia como “uma desordem na deglutição, caracterizada por dificuldades na preparação oral da deglutição ou no ato de

levar o alimento ou a saliva da boca até o estômago”. Garcia e Coelho (2009) definem disfagia como a dificuldade em deglutir, através da alteração do tempo distendido na refeição (aumento), presença de tosse durante a mesma, dificuldade em deglutir a saliva, acumulação de secreções na traqueia, por pneumonias recorrentes ou por perda de peso.

A presença de disfagia está associada a desidratação, desnutrição e/ou aspiração broncopulmonar. Clara (2009) salienta ainda o impacto no prazer alimentar, com prejuízo social do doente.

2.1. Disfagia e AVC

A disfagia é um problema comum em doentes com patologia neurológica, denominando, segundo Abdulmassih, Filho, Santos e Jurkiewicz (2009) a principal causa de morbidade relacionada com complicações respiratórias e desnutrição, no doente após AVC. Paixão, Silva e Camerini (2010), aludem que cerca de metade dos doentes com AVC (50,6%), apresentam seis a dez tipos de incapacidades, sendo a mais prevalente a fraqueza muscular (presente em 77,4%), seguida dos distúrbios da comunicação e linguagem e da disfagia (44,7%). Martins (2006) e a OMS (2003) apresentam a diminuição da força muscular da face, mandíbula e língua como etiologia na incapacidade de mastigar e deglutir adequadamente os alimentos.

Sá (2009) refere que a classificação da disfagia é realizada de acordo com a fase de deglutição alterada, sendo classificada de *oro faríngea* quando existe alteração na fase oral e faríngea ou *disfagia esofágica*, quando ocorre mutações na fase esofágica. A disfagia decorrente de disfunção neurológica, como demência ou AVC, designa-se de *disfagia neurogénica*. Chiappetta e Oda (2003) descrevem a disfagia neurogénica como um sintoma comum nos primeiros dias após AVC. Contudo, a etiologia da lesão pode gerar uma sintomatologia não transitória. Deste modo, os autores salientam que lesões cerebrais no hemisfério direito podem lesar a fase faríngea da deglutição. Por outro lado, lesões cerebrais no hemisfério esquerdo parecem ferir mais a fase oral, devido à dificuldade na programação e execução dos movimentos voluntários da face. Quando a lesão ocorre no tronco cerebral, habitualmente gera alteração na deglutição orofaríngea, devido ao compromisso dos principais centros de controlo da deglutição.

Os sintomas mais frequentes de disfagia no doente pós AVC surgem na alteração do esfíncter labial, na redução do controle da língua, no atraso ou ausência do reflexo de deglutição, no trânsito faríngeo minorado ou na alteração da voz após dieta oral. Estes sintomas refletem respetivamente da incapacidade em iniciar a deglutição, existência de menor propulsão do bolo alimentar, aumento do risco de aspiração, inexistência de pressão

intra-oral e sugestão de penetração laríngea (Chiappetta & Oda, 2003). Resumidamente, Daniels (2006) refere que a disfagia neurogénica pode resultar numa anomalia na preparação oral, transferência oral e motilidade faríngea. O autor salienta ainda, que a cognição comprometida pode gerar também, alterações no padrão de ingestão alimentar, como por exemplo a agnosia.

Marques, André e Rosso (2008) mencionam que a disfagia isolada ou combinada com outras limitações funcionais aumenta ainda situações de pneumonia (15 a 43% das causas de reinternamento hospitalar do doente com AVC), desnutrição, hospitalização prolongada, retardamento de reingresso domiciliar e taxa de mortalidade. Muitas das complicações citadas podem ser prevenidas e reabilitadas através de uma avaliação frequente do padrão de deglutição com planeamento e execução de intervenções apropriadas.

Pires (2012) e Clara (2009) referem que o AVC isquémico, geralmente apresenta consequências menos severas que o AVC hemorrágico. Pereira, Coelho e Barros (2004), narram que o AVC hemorrágico apresenta efeitos mais devastadores na pessoa, podendo existir alteração do estado de consciência, com predomínio da ausência de vigilância do doente. Como tal, a deglutição surge prejudicada, bem como, a estabilização clínica e reabilitação do doente. Tendo por base o descrito, na presente investigação, optou-se por estudar a disfagia nos doentes com AVC isquémico.

2.2. Avaliação clínica não invasiva da disfagia

A avaliação clínica da disfagia tem como objetivo detetar a presença de disfagia, caracterizar a sua seriedade, demarcar as fontes, planificar a reabilitação e avaliar resultados do tratamento. A avaliação clínica não invasiva prevê a anamnese e exame físico, avaliação anatómica, funcional, sensibilidade e reflexos dirigidos à deglutição, com aplicação de teste de ingestão oral (Maccarini et al, 2007). Seguindo a proposta dos autores a idade, o estado clínico geral, o diagnóstico neurológico, as características da respiração, o estado de consciência, a capacidade de comunicação, os hábitos alimentares, a qualidade de fonação e articulação do discurso, a presença de hipersalivação, a duração da refeição e a condição social, são elementos a serem pesquisados pelo avaliador.

De igual modo, a morfodinâmica dos lábios, língua, mandíbula, palato, laringe e controlo muscular cefálico, são elementos estruturais a serem inquiridos. Relativamente à sensibilidade, os autores referem a avaliação peri-bucal nos lábios, boca, língua e palato, a par com a pesquisa de reflexos normais (vómito e tosse) e patológicos (dentada, pontos

cardinais, sucção e deglutição), como elementos chave na avaliação da sensibilidade superficial, profunda e térmica.

A função gustativa deve ser também avaliada com estímulos específicos (azedo, amargo, doce, frio e quente), terminando a avaliação com a ingestão oral de diferentes compostos alimentares (líquidos, semilíquidos, pastoso e semissólido) para avaliação funcional da fase oral (sucção e mastigação) e fase faríngea da deglutição.

Padovani, Moraes, Mangili e Andrade (2007), numa avaliação não invasiva da disfagia propõem igualmente avaliação de elementos como:

- Escape oral anterior (ocorrência de perda do alimento ou líquido pelos lábios, após a captação do bolo. Considera-se *ausente* quando não existe perda do alimento e *presente* quando ocorre salivação pelas comissuras labiais);
- Tempo de trânsito oral (tempo entre a captação completa do bolo e início da ação hiolaringeo determinante no avanço do reflexo de deglutição. Considera-se *adequado* para o tempo máximo de quatro segundos e *lento*, quando é superior a este período);
- Refluxo nasal (vazamento do líquido para a cavidade nasal durante a deglutição, decorrente da incapacidade de fechamento completo velofaríngeo. Considera-se *ausente* quando não há escape do líquido, e *presente* quando ocorre escape do líquido após a sua oferta, para o nariz);
- Número de deglutições (quantidade de deglutições realizadas para completa progressão do bolo alimentar. Deglutição múltipla indica que o doente apenas deglute partes do bolo alimentar, ao invés da sua totalidade. Esta situação surge devido à presença de resíduos na cavidade oral e recessos faríngeos, sinalizando dificuldades na propulsão oral, alteração do reflexo de deglutição e parésia da parede de faringe. A observação da elevação da laringea e realização de auscultação cervical, deve ser realizada a fim de monitorizar o número de deglutições necessárias para passagem completa do bolo alimentar. Considera-se *adequada* quando existe uma única deglutição; *múltiplas* na presença de mais de uma deglutição até um minuto após oferta; *ausente*, quando não existe efetivação da deglutição);
- Elevação laríngea (capacidade de movimentação laríngea anterior e superior durante a deglutição, cuja anomalia aumenta o risco de aspiração. A avaliação visual e digital dessa região, infere o rigor da deglutição bem como indica o trajeto do bolo alimentar. Considera-se *adequada* a elevação laríngea que atinja em média, dois dedos do avaliador; *reduzida* a elevação laríngea que atinja menos de dois dedos; *ausente* na ausência da deglutição);

- Auscultação cervical (escuta de sons associados à deglutição, com recurso ao estetoscópio posicionado na parte lateral da junção da laringe e a traqueia, anterior à carótida. Deve ser realizado antes, durante e após, a fim de identificar presença ou ausência de resíduos na faringe ou laringe. Numa deglutição não comprometida, em geral, ocorre dois cliques audíveis acompanhados de um sopro expiratório. A auscultação dos sons respiratórios (inspiração e expiração) antes da oferta alimentar e observação de períodos de apneia da deglutição - interrupção do fluxo respiratório durante a deglutição, são elementos que permitem uma melhor avaliação do compromisso da deglutição. Considera-se auscultação cervical *adequada* quando ausência de ruídos na sequência da expiração e inspiração, ausência de apneia; *alterada antes e após a deglutição*, na presença de ruídos na respiração antes da deglutição e manutenção dos mesmos após a deglutição; *alterada após a deglutição* quando ocorre presença de ruídos, não observado inicialmente, após a auscultação da deglutição);
- Saturação de oximetria periférica (SpO2) (percentagem de oxigénio arterial na corrente sanguínea, através da mensuração da oximetria periférica. Esta avaliação baseia-se na hipótese que a aspiração de alimentos causa reflexo broncoespasmo, diminuindo a perfusão ventilatória e provocando a queda da saturação de oxigénio. Considera-se *adequada* para a manutenção ou redução até 4% do valor de base do doente; *queda de saturação*, quando ocorre uma diminuição superior a 4% do valor base do doente, após oferta alimentar);
- Qualidade Vocal (conjunto de características que identificam a voz da pessoa em questão, visando identificar a presença ou ausência de alterações de voz, como voz molhada, rouquidão ou pigarro. Considera-se adequada, quando ausência de rouquidão, sopro e voz molhada; rouquidão e/ou afonia, na presença das características descritas anteriormente; voz molhada na presença de um som borbulhante na voz, após ingestão alimentar. Importa salientar, que a presença de voz molhada, pigarro (produzido pela aproximação das pregas vocais, identificado como “*ahem*”), ou voz rouco-soprosa, em associação com outras alterações identificadas, frequentemente indicam aumento do risco de aspiração broncopulmonar);
- Tosse (resposta reflexa do tronco cerebral para proteção da via aérea, aquando da entrada de corpos estranhos, podendo igualmente, ser produzida voluntariamente. Tosse reflexa durante e após a ingestão alimentar é um sinal clássico de aspiração na disfagia orofaríngea, indicando sensibilidade na região laríngea e habilidade de expetorar. A tosse voluntária designa a tosse produzida sob comando, não estando relacionada com aspiração. Esta, determina a capacidade da pessoa expelir material da via aérea, durante a oferta de líquido ou pastoso, se necessário. Na presença de

tosse, deve-se ter em conta três características: desencadeamento (reflexo ou voluntário), força (forte ou fraca) e momento em que ocorre (antes, durante ou depois da refeição). Considera-se *ausente* quando não ocorre tosse reflexa ou voluntária durante a refeição; *tosse reflexa*, na comparência de tosse sem convocação; *tosse voluntária*, na presença de tosse sob solicitação, habitualmente necessário após auscultação cervical alterada ou presença de voz molhada; *tosse forte ou eficaz*, presença de tosse capaz de mobilizar estase de secreções e efetuar limpeza da via aérea; *tosse fraca ou ineficaz*, na presença de tosse incapaz de mobilizar secreções ou efetuar limpeza da via aérea; *tosse antes da deglutição*, presença de tosse após a captação do bolo e antes do desencadeamento do reflexo de deglutição; *tosse durante a deglutição*, na presença de tosse imediatamente após o desenvolvimento do reflexo de deglutição; *tosse após a deglutição*, na presença de tosse até um minuto após o desencadeamento do reflexo de deglutição;

- **Engasgamento** (obstrução do fluxo aéreo, parcial ou completo, devido à penetração de um corpo estranho nas vias aéreas inferiores, podendo gerar cianose e asfixia. Considera-se *ausência*, quando não existe engasgo; *presença com rápida recuperação*, no evento de tosses durante a deglutição, sem cianose e com veloz recuperação da frequência respiratória de base; *presença com difícil recuperação*, na frequência de tosses durante a deglutição, podendo ocorrer cianose, com difícil recuperação da frequência respiratória de base).

Os autores supracitados referem ainda outros sinais como elementos a considerar na avaliação não invasiva da disfagia, como a presença de cianose e/ou broncoespasmo, aquando da ingestão. Mencionam também a alteração dos parâmetros vitais, com mudanças bruscas da *frequência cardíaca* (aumento ou queda excessiva) e a alteração da *frequência respiratória* (aumento ou queda excessiva), derivada da incoordenação da respiração com a deglutição. Na base, o avaliador deve ter presente os valores basais dos sinais vitais do doente.

Ramsey, Smithard e Kalra (2006), num estudo sobre a avaliação da SpO₂ aquando da ingestão alimentar, salientam a falta de especificidade e sensibilidade do mesmo na deteção de disfagia. Contudo reforçam, a sua praticabilidade em conjunto com outras abordagens, que vão de encontro às descritas anteriormente.

Numa revisão sistemática da literatura, realizada por Cardoso, et al (2011), identificam-se duas escalas de avaliação não invasiva da disfagia no AVC: *The Gugging*

Swallowing Screen (GUSS) (Trapl et al, 2007) e *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test* (TOR-BSST) (Martino et al, 2008).

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

O teste TOR-BSST (Martino et al, 2008) é constituído por cinco itens: voz prévia, movimentos da língua, sensibilidade faríngea, deglutição da água, voz posterior. Denotando dificuldades em diferenciar o reflexo de vômito da sensibilidade faríngea, este item acabou por ser excluído da avaliação pelos autores. O presente teste realiza-se através de dois testes orais breves e um teste de deglutição de água.

Ambos os testes são realizados de forma independente por terapeutas, enfermeiros de reabilitação/especialistas em AVC ou neurologistas. Na revisão sistemática elaborada por Cardoso et al (2011), refere-se que ambos os testes apresentam excelente índice de concordância entre terapeutas e enfermeiros. O teste GUSS apresenta elevada fiabilidade (100% de sensibilidade para doentes agudos e em reabilitação) no diagnóstico de disfagia e previsão do risco de aspiração e o teste TOR-BSST apresenta elevada sensibilidade (96,3% para doentes agudos; 80% para doentes em reabilitação) e razoável especificidade (66,7%) no diagnóstico de disfagia, comparando com os resultados da videofluoroscopia (exame de avaliação invasiva da disfagia). No mesmo artigo, os autores referem que ambos os instrumentos de avaliação demonstram elevados índices de validade e fidelidade. Uma das vantagens enunciadas prende-se com a utilização de diferentes consistências na avaliação da capacidade de deglutição, uma vez que estas se aproximam dos hábitos alimentares do quotidiano.

A principal desvantagem dos instrumentos prende-se com a avaliação de falsos positivos, com adoção de um plano alimentar mais complicado que o necessário para o doente em causa. Contudo “a possibilidade de aplicação repetida do teste dada a sua não-invasividade poderá corrigir essa decisão, embora este fato não tenha sido abordado em nenhum dos estudos”, refere Cardoso et al (2011, p.141).

Crary, Carnaby-Mann, Miller, Antonios e Silliman (2006), salientam a importância do diagnóstico de disfagia não apenas na fase aguda do AVC, uma vez que, se as avaliações forem repetidas ao longo da recuperação do quadro clínico do doente, a disfagia poderá ser detetada e reabilitada de forma mais eficaz, prevenindo complicações. Deste modo, a investigação presente prevê a avaliação da disfagia num ambiente de cuidados pós-agudos, onde a reabilitação do doente é valorizada, com intervenção de uma equipa multiprofissional, ideia reforçada por Hincapie-Henao et al (2010) e Lendinez-Mesa et al (2014).

Apesar da avaliação da disfagia demandar uma abordagem multidisciplinar, os enfermeiros, com formação diferenciada e apropriada, desempenham um papel privilegiado na monitorização e observação do doente, pelo seu acompanhamento contínuo. Como tal, o ganho de conhecimentos diferenciados e o seu incremento pessoal e profissional, é um elemento de relevo na avaliação da disfagia do doente com AVC.

Apesar de na literatura não se observarem extrapolação dos dados dos resultados dos testes supracitados para a população portuguesa, para a problemática em estudo, optou-se pela aplicação do teste GUSS, uma vez que traduz um instrumento objetivo, com linhas orientadoras de aplicação e categorização da disfagia.

2.3. Reabilitação da disfagia

Barbosa (2012) salienta a importância de um sistema de saúde adaptado às necessidades reais da pessoa sã ou doente. A existência de uma problemática de saúde, como o AVC e suas consequências, que impedem a pessoa de agir de forma autónoma e independente de terceiros, deve ser tida em conta pelo sistema de saúde existente. Desta forma a reabilitação da problemática de saúde presente deve ser uma prioridade e distribuída equitativamente. Deste modo, um programa de reabilitação deve iniciar-se o mais prematuro possível, assim que o doente se encontre estabilizado clinicamente, através da ação de uma equipa multidisciplinar e da própria família.

A reabilitação funcional do doente pós-AVC é uma das etapas basilares no seu tratamento. Enquanto consequência do AVC, a disfagia como já referido nos anteriores pontos deste documento, apresenta complicações variáveis, como é o caso da desnutrição,

desidratação, risco de aspiração broncopulmonar, isolamento e depressão. Como tal, a sua reabilitação traduz um elemento essencial para o bem-estar e aumento da qualidade de vida da pessoa, após o evento patológico. Importa reforçar que reabilitar o quadro disfágico presente, é sinónimo de trabalhar para conquistar uma deglutição eficaz, sem riscos de complicação.

Segundo as Guidelines da WGOP (2004) a reeducação da deglutição incluem técnicas de exercícios de fortalecimento muscular, *biofeedback* e estimulação térmica e gustativa. Numa revisão da literatura, elaborada por Silva (2007) sobre a reabilitação da disfagia orofaríngea, conclui-se que a sua eficácia depende do planeamento de um programa terapêutico dotado de procedimentos capazes de causar efeitos benéficos na dinâmica da deglutição, reproduzindo-se de forma satisfatória no quadro geral do doente. O autor salienta os seguintes procedimentos:

- *Manipulação de consistência e volume do alimento* (entãoção do desempenho sensório-motor oral e faríngeo da deglutição orofaríngea);
- *Manobras posturais da cabeça* (proteção da via aérea inferior; facilitação do trânsito do alimento quando existe paralisia ou parésia unilateral; auxílio na propulsão oral);
- *Estimulação sensório-motora oral e treino de controlo oral* (facilitação da manipulação, controlo e propulsão oral);
- *Estimulação térmica fria* (potencia aumento do limiar de excitabilidade do reflexo de deglutição);
- *Deglutição múltipla* (remove restos alimentares da cavidade oral e recessos faríngeos);
- *Manobras de Mendelsohn* (consiste na elevação da laringe no momento da deglutição, aumentando a abertura do esfíncter esofágico superior, favorecendo a elevação laríngea durante a deglutição);
- *Deglutição supraglótica* (através de movimentos sequenciais de expiração profunda-sustentação de respiração – apneia – introdução do alimento – ingestão com respiração suspensa – tosse – respiração, protege-se a via aérea inferior, maximizando o encerramento das pregas vocais);
- *Deglutição de esforço* (intensifica a propulsão oral, maximizando a deglutição funcional);
- *Uso de biofeedback indireto* (ensino de exercícios para melhorar a deglutição oral, faríngea e laríngea, sem uso de alimentos, como: engolir saliva e uso de estimulação térmica e sabores);
- *Uso de biodeedback direto* (com recurso a alimentos, ensino de exercícios orais, técnicas de compensação postural, manobras musculares e deglutição com

modificação da dieta; nalguns casos pode ser necessário o recurso a dispositivos que fornecem alimentos, como colheres, borrachas, pratos fundos, etc.).

A revisão elaborada pela autora vai de encontro ao descrito por Nazar, Ortega e Fuentealba (2009). Santoro (2008), acrescenta que existem muitas possibilidades de tratamento para o doente disfágico, desde utilização de vias alternativas de alimentação (sondanasogástrica, gastrostomia, jejunostomia), recurso a reabilitação fonoterápica (engloba a alteração dietética, manobras de proteção e terapias sensoriais) até a condutas clínicas, com uso de fármacos. As condutas cirúrgicas são utilizadas reduzidamente, em situações onde terapias conservadoras falham no controlo do risco de aspiração.

O enfermeiro desempenha um papel importante na reabilitação global do doente com AVC. Os enfermeiros de reabilitação apreendendo os objetivos do processo de reabilitação são elementos privilegiados na implementação de programas efetivos que visem a recuperação global e holística da pessoa, e sua reinserção social. Pelo exposto, considera-se que o enfermeiro de reabilitação constitui uma mais valia na avaliação e melhoria dos cuidados e conseqüente, satisfação e qualidade de vida da pessoa. Assim, considera-se fundamental ampliar conhecimentos na área da deglutição alterada.

3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Cacho, Melo e Oliveira (2004), salientam a importância da reabilitação neurológica de forma precoce continua e adaptada à pessoa. A OMS (2011) reforça que quando a reabilitação é integrada de forma continua, desde a admissão hospitalar até à reinserção na comunidade, possibilita melhores resultados clínicos e menos custos, uma vez que os períodos de hospitalização serão reduzidos, diminuindo o grau de deficiência e melhorando a qualidade de vida da pessoa.

Barbosa (2012) e Ricardo (2012) referem que a reabilitação precoce e intensiva adaptada à resistência do doente, executada pelo enfermeiro de reabilitação e equipa multidisciplinar, de forma coordenada, com reavaliações periódicas e objetivando a alta e reingresso domiciliar do doente, demonstram ganhos efetivos na qualidade de vida do mesmo.

A RNCCI constitui uma resposta na promoção da continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia, centrando-se na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. O

funcionamento da RNCCI alicerça-se nos princípios da integridade, globalidade, interdisciplinaridade, harmonia, equidade, inserção na comunidade e sustentabilidade. Assim, a RNCCI apresenta-se como linha de apoio à reabilitação da pessoa, tendo como principal missão a promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2014). O Diário da República, 1.ª série — N.º 174 — 10 de setembro de 2014, relativamente à referenciação e admissão de doentes na RNCCI, apresenta como critérios para a Unidade de Convalescença:

“pessoas que na sequência de episódio de doença aguda, suscetível de melhoria, em período previsível de 30 dias requeiram i) Cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes; ii) Reabilitação intensiva; iii) Alimentação por sonda nasogástrica; iv) Tratamento de úlceras de pressão e ou feridas; v) Manutenção e tratamento de estornas; vi) Terapêutica parentérica; vii) Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva; viii) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada; ix) Cuidados por apresentarem algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperáveis a curto prazo, nomeadamente, depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e ou segurança da locomoção; x) Cuidados por doença crónica com risco iminente de descompensação; xi) Programa de reabilitação funcional; xii) Cuidados por síndrome de imobilização.”

Relativamente aos critérios para a integração nas Unidades de Reabilitação, o mesmo decreto descreve:

“A situação de dependência que, na sequência de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica, em período previsível de 30 dias a 90 dias, requeira: i) Cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes; ii) Reabilitação intensiva; iii) Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva; iv) Prevenção ou tratamento de úlceras; v) Manutenção e tratamento de estornas; vi) Cuidados por síndromes, potencialmente recuperáveis a médio prazo, designadamente, depressão, confusão, desnutrição, eficiência e ou segurança da locomoção; vii) Programa de reabilitação funcional com duração previsível até 90 dias; viii) Tratamento por síndrome de imobilização.”

Enquanto ramo multidisciplinar, a reabilitação abrange um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que promovem a melhor funcionalidade da pessoa, a sua independência e a máxima satisfação do indivíduo, preservando a sua autoestima e autoconceito. “O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (OE, 2010, p. 1). O seu amplo nível de

conhecimentos permite-lhe desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção da doença e complicações secundárias, tratamento e reabilitação, enfatizando o potencial da pessoa e objetivando a sua qualidade de vida.

Sendo o Enfermeiro Especialista em Reabilitação um elemento constituinte da equipa multiprofissional de saúde de algumas unidades da RNCCI, e estas uma entidade de apoio à reabilitação, readaptação e integração do doente com necessidades de reabilitação intensiva, reabilitação funcional, prevenção de complicações e síndromes de imobilização, as unidades considerou uma mais-valia a aplicação da presente investigação nestas unidades.

II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

No presente capítulo apresenta-se a abordagem metodológica do estudo desenvolvido, sob a temática “*Disfagia no doente com AVC: Prevalência e determinantes*”. A metodologia prevê a descrição sistemática e estruturada das etapas da investigação, do processo racional, técnico e/ou meios utilizados na investigação. Deste modo, os pontos de partida e os respetivos objetivos, além da descrição da amostra, da aplicação e preenchimento de dados serão aqui esboçados.

A investigação descrita adota uma metodologia quantitativa, uma vez que parte da observação dos fenómenos objetivos, comportando um processo sistemático de colheita de dados (observáveis e mensuráveis). Através do processo racional percorreram-se etapas, que vão desde a definição do problema de investigação, aos conceitos e à obtenção de resultados.

A abordagem quantitativa, descritiva-correlacional apresenta-se como a opção metodológica central, uma vez que, se pretende promover reflexão sobre a realidade a retratar, tendo em conta as relações entre as variáveis identificadas. Como refere Fortin (2009, p.174), “o principal objetivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno”, tratando-se de descrever uma realidade e analisar os fatores mediados na sua evolução. Indo de encontro ao definido por Fortin (2009), na metodologia quantitativa, a objetividade, a predição, o controlo e a generalização são elementos basilares, que foram preservados nesta investigação

1.1. Problemática

A dissertação apresentada centra-se na identificação da disfagia no doente com AVC. Como tal, pretende-se averiguar a sua relação com algumas determinantes como: variáveis clínicas, sociodemográficas e funcionalidade, bem como avaliar o grau de disfagia e conseqüente risco de aspiração do doente. A disfagia, sendo uma alteração no padrão da deglutição, poderá gerar complicações respiratórias, funcionais e sociais na pessoa. O enfermeiro de reabilitação é um elo fundamental na equipa multidisciplinar. Como tal, este elemento deve saber identificar, planejar e intervir no risco de aspiração, minimizando o risco de complicação do doente e aumentando a sua qualidade de vida.

Neste contexto, definiram-se as seguintes questões de investigação: *Qual será a prevalência da disfagia no doente com AVC?; Em que medida os fatores sociodemográficos e clínicos interferem na disfagia do doente? Será que o risco de aspiração do doente com AVC é maior no doente com dependência grave ou total?*

No seguimento da elaboração das questões de investigação surgiram as seguintes hipóteses:

H1: Doentes com AVC isquémico apresentam grau elevado de disfagia.

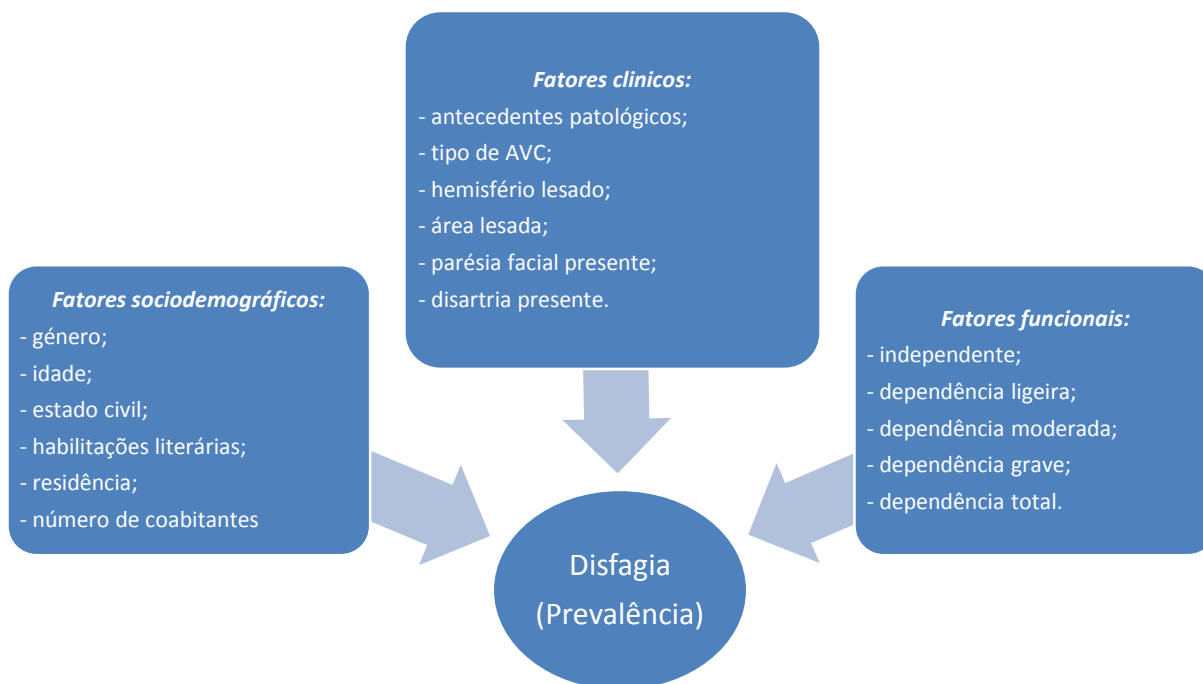
H2: Fatores sociodemográficos e clínicos interferem no grau de disfagia.

H3: Doentes com dependência grave ou total, apresentam maior risco de aspiração.

Em síntese, o objetivo principal do estudo é identificar a prevalência da disfagia na pessoa com AVC em fase pós-aguda, bem como os factores determinantes nessa disfagia, a fim de planear no futuro intervenções de reabilitação que visem a satisfação plena das necessidades do cliente. Como objetivos específicos, enunciam-se:

- Identificar a relação entre os fatores sociodemográficos e a disfagia;
- Identificar a relação entre os fatores clínicos e a disfagia;
- Identificar a relação entre os fatores funcionais e a disfagia;

Modelo conceptual do estudo



1.2. Variáveis em estudo

Segundo Fortin (2009, p.36) “As variáveis são qualidade, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações que são estudadas numa investigação”.

O efeito de uma alteração na variável independente é representado pela variável dependente. Deste modo, a variável dependente do presente estudo é a disfagia.

Operacionalização da variável dependente

Definição conceptual: Disfagia é a alteração no processo de deglutição.

Indicadores: Aplicação da escala GUSS, com avaliação da deglutição, da existência de tosse, da existência de sialorreia e alterações de voz, aquando do teste de deglutição direto.

A variável independente designa o fator selecionado, manipulado e medido pelo investigador, a fim de determinar a sua relação com o fenómeno observado. Assim, no presente estudo as variáveis independentes correspondem às variáveis clínicas e ao grau de dependência do doente.

Operacionalização da variável independente

Definição conceptual: As variáveis clínicas designam os antecedentes patológicos, o tipo de AVC, o hemisfério lesado, a área lesada, a existência de parésia facial e de disartria. De igual modo, o grau de dependência avaliado, tem por base a funcionalidade do doente nos autocuidados.

Indicadores: As variáveis clínicas correspondem à análise de elementos do processo clínico do doente, bem como, à observação do próprio aquando da aplicação do questionário. O grau de dependência, avaliado através do Índice de Barthel, tem por base os autocuidados da vida quotidiana, como: evacuar, urinar, higiene pessoal, uso da sanita, alimentar-se, tomar banho, vestir-se, marcha em escadas, transferências, mobilidade.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, sendo características pré-existentes dos participantes em estudo, designam-se por variáveis atributo. Estas visam obter um perfil demográfico da amostra. No estudo, as variáveis atributo presentes são: o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a residência e o número de coabitantes.

1.3. Amostra

Este estudo foi realizado na RNCCI da região Centro, em unidades com programa de enfermagem de reabilitação ativa. Nomeadamente, Unidade de Convalescença de Cantanhede e Anadia, Unidade de Média Duração e Reabilitação da Mealhada e Ílhavo, após aprovação do conselho de administração das unidades referidas.

A amostra é constituída por 25 doentes com AVC isquémico, internados nas unidades supracitadas, que após leitura e análise do termo de consentimento informado (ANEXO I), aceitaram de forma voluntária a sua inclusão no estudo. Na incapacidade de compreender e/ou assinar o termo referido, foi contactado o familiar de referência, lido o termo, explicada a investigação em curso e posteriormente, inclusão do doente após autorização do cuidador.

O diagnóstico de internamento na RNCCI de AVC isquémico foi fator de inclusão no estudo. Outro diagnóstico, ausência de cuidados de enfermagem de reabilitação ou recusa na participação, foram critérios de exclusão.

Assim, podemos dizer tratar-se de uma amostra não probabilística, acidental por conveniência.

1.4. Instrumento de colheita de dados

Para a realização deste estudo foi elaborado um instrumento de colheita de dados (ANEXO II), sob forma de formulário, dividido em quatro partes:

I- Caracterização sociodemográfica (características pessoais da amostra);

II- Caracterização clínica (pesquisa de antecedentes patológicos, história da doença atual, observação de alterações na anatomia e dinâmica do doente);

III- Avaliação da deglutição (através da escala GUSS, adaptada para português, de Trapl, Enderle, Nowotny, Teuschi, Matz, Dachenhausen e Brainin, 2007) avaliou-se a capacidade de deglutição do doente, avaliando o risco de aspiração e o grau de disfagia. Para tal, efetuou-se primariamente um teste de deglutição indireto, seguindo-se um teste direto, com oferta de alimentos com consistência pastosa, líquida e sólida);

IV- Avaliação da funcionalidade (aplicação do Índice de Barthel adaptada e validada para Portugal por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), para avaliação da funcionalidade do doente, definindo o grau de dependência).

A aplicação do instrumento de colheita de dados decorreu entre 13 de Março de 2015 a 10 de Maio do mesmo ano. A recolha de dados efetuou-se através da análise do

processo clínico da amostra, análise da plataforma informática da RNCCI, observação direta do doente nas atividades de vida diária e autocuidados.

De salientar, que a investigação descrita respeitou as orientações da Comissão de Ética (ANEXO III), dirigidas após o pedido de parecer elaborado. De igual modo, manteve-se respeito nas orientações e modos de trabalho das unidades da RNCCI envolvidas, e os princípios éticos subjacentes ao respeito dos direitos da pessoa.

1.5. Tratamento estatístico

Os dados foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v.21). Considerando o número de participantes no presente trabalho, foram utilizados testes não paramétricos para a análise dos dados. Além de análises descritivas (i.e., frequências, médias e desvios padrão), foram realizadas em concreto, três tipos de análise inferencial: 1) análises de correlação (i.e., testes de correlação de Spearman) para analisar a associação entre duas variáveis medidas numa escala no mínimo intervalar (e.g., idade ou scores nas escalas de medida), 2) análise da distribuição (i.e., teste do qui-quadrado), para analisar a proporção com que os participantes se distribuíam em duas medidas organizadas em categorias (e.g., sexo ou categorias de disfagia), e 3) comparações de média quando pelo menos uma das variáveis estava classificada em categorias. Neste último caso, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis quando a variável incluía mais do que duas categorias (e.g., estado civil ou categorias de disfagia) e o teste de Mann-Whitney quando a variável incluía apenas duas categorias (e.g., sexo ou meio de residência). O teste de Mann-Whitney foi também utilizado para localizar as diferenças entre médias indicadas como significativas pelo teste de Kruskal Wallis, neste caso aplicando a correção de Bonferroni ao nível de significância a considerar, que consiste na divisão do valor de significância aceite dividido pelo número de comparações a realizar (e.g., para a variável estado civil, que inclui quatro categorias, será necessário realizar seis correlações duas a duas para localizar as diferenças entre pares, pelo que o nível de significância a considerar será $p \leq .05/6 \leq .008$). Salvo esta exceção, para todas as restantes análises o nível de significância aceite foi de $p \leq .05$.

2. Resultados

No presente capítulo pretende-se analisar e discutir os dados obtidos estatisticamente, tendo em conta os conteúdos abordados na parte I deste documento.

2.1. Amostra

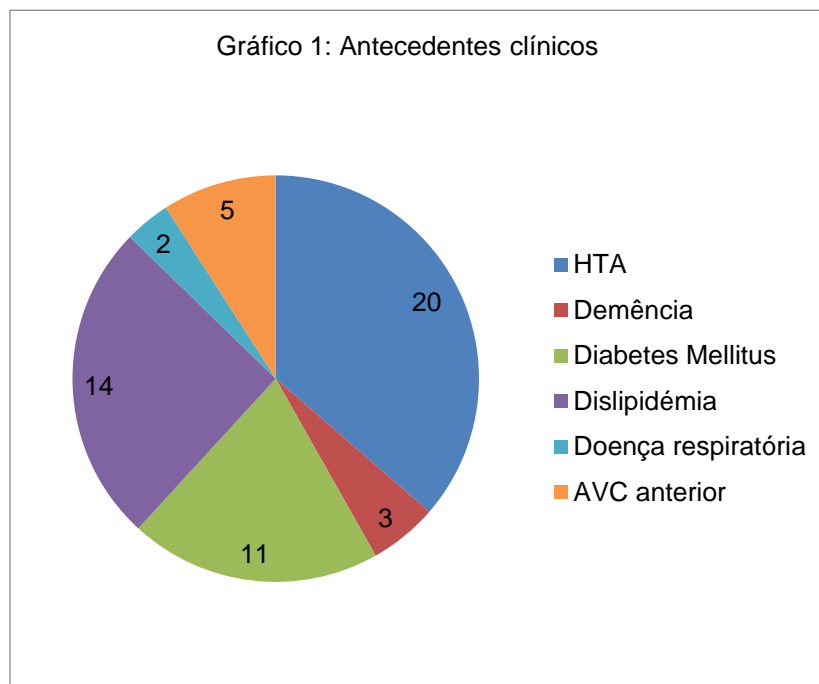
Dados sociodemográficos

A amostra deste estudo foi composta por 25 participantes, com idades compreendidas entre os 61 e os 90 anos ($M = 76.80$, $DP = 6.87$), que haviam sofrido um AVC de tipo isquémico como episódio atual de doença (i.e., no último ano). Dezassete destes participantes eram mulheres (68%), com uma média de idades de 79.18 anos ($DP = 5.62$), e oito eram homens (32%), com uma média de idades de 71.37 anos ($DP = 6.50$). As mulheres eram significativamente mais velhas do que os homens ($z = -2.59$, $p = .007$). Relativamente ao seu estado civil, dezassete participantes descrevem-se como casados (68%), dois como solteiros (8%) e seis como viúvos (4%). A maioria refere possuir habilitações literárias ao nível do 1º ciclo ($n = 16$, 64%), enquanto 28% afirma não saber ler nem escrever ($n = 7$), 4% afirma ter concluído o 2º ciclo ($n = 1$) e os restantes 4% afirma ter concluído o Ensino Superior ($n = 1$). Onze destes participantes provêm de um meio residencial urbano (44%) enquanto catorze procedem de um meio residencial rural (56%). A maioria habita com um coabitante (56%, $n = 14$), enquanto quatro participantes vivem sozinhos (16%), outros quatro vivem com dois coabitantes (16%) e três vivem com três coabitantes (12%). Homens e mulheres estão uniformemente distribuídos por estado civil [$\chi^2(3) = 5.54$, $p = .14$], habilitações literárias [$\chi^2(3) = 2.64$, $p = .45$] e meio residencial de origem [$\chi^2(1) = 0.20$, $p = .65$], bem com referem um número semelhante de coabitantes ($z = 0.84$, $p = .88$).

Antecedentes clínicos

Foi avaliada a presença de história de HTA, demência, diabetes mellitus, dislipidemia, doença respiratória e AVC, anterior ao episódio atual de AVC (i.e., AVC que ocorreram há mais de um ano atrás). Relativamente à existência de AVC anterior, ele ocorreu entre 2 a 11 anos atrás ($M = 6$, $DP = 4.30$), e em apenas um participante (4%) este episódio acarretou sequelas na deglutição.

O gráfico 1 apresenta a frequência de participantes para os quais foi referida a existência de antecedentes clínicos e quais.



De notar que dois participantes (8%) não apresentavam quaisquer antecedentes clínicos, e apenas seis (24%) apresentavam um único antecedente, perfazendo um total de dezassete (68%) participantes a apresentarem entre dois a quatro antecedentes clínicos em simultâneo. Especificamente, cinco participantes (20%) apresentaram dois antecedentes, nove (36%) apresentaram três antecedentes, e 3 (12%) apresentaram quatro antecedentes clínicos em simultâneo. Homens e mulheres estavam uniformemente distribuídos em função de haveram experienciado diferentes números de antecedentes clínicos [$\chi^2(4) = 3.40$, $p = .49$].

Episódio de doença atual

Como mencionado, todos os participantes haviam sofrido no último ano um AVC de tipo isquémico, dezassete dos quais nos últimos três meses (68%) e oito nos últimos seis meses a um ano (32%). Em relação ao hemisfério lesado, em catorze participantes (56%) foi o direito, em nove participantes (36%) foi o esquerdo, e um participante foi lesado no cerebelo (4%); sobre um participante não foi dada informação relativamente ao hemisfério lesado (4%). Quanto à área lesada, para um participante (4%) foi a ACI, para dez participantes (40%) foi a ACM, para três participantes (12%) foi a ACP, para dois participantes (8%) foi a ACA e para um participante (4%) foi a artéria basilar; oito participantes não deram informação sobre a área lesada (32%). Por fim, quanto à designação do evento patológico, sete participantes (28%) sofreram um TACI, um (4%) sofreu um POCI e um (4%) sofreu um LACI; não foi obtida informação sobre a designação do evento para 16 participantes (64%). Em consequência deste episódio recente de AVC,

quinze participantes (60%) apresentam parésia facial e oito participantes (32%) apresentam disartria.

2.2. Análise Descritiva

Níveis de Disfagia

Na tabela 2 estão apresentados os valores médios de disfagia obtidos pelos participantes neste estudo.

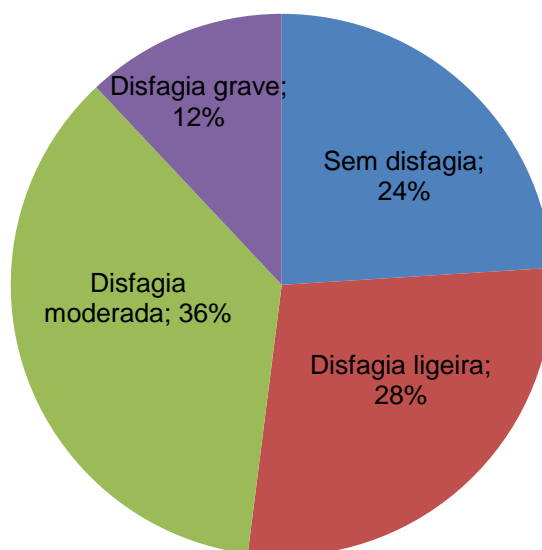
Tabela 2: Medidas descritivas para escala de Avaliação de Deglutição, para amostra completa e por sexo

Tabela 2: Medidas descritivas para escala de Avaliação da Deglutição, para a amostra completa e por sexo

	Amostra completa		Homens		Mulheres	
	M	DP	M	DP	M	DP
Deglutição indireta	4.16	1.07	4.37	0.91	4.06	1.14
Deglutição direta de pastoso	4.56	1.12	4.87	0.35	4.41	1.33
Deglutição direta de líquido	3.00	1.61	3.87	1.56	2.59	1.50
Deglutição direta de sólido	2.52	2.00	3.5	2.00	2.06	1.89
Total	16.92	12.77	16.63	4.31	17.06	15.38

Considerando que os valores nas medidas de deglutição indireta e direta podem variar entre 0 e 5, e o valor do total pode variar entre 0 e 20, com um valor mediano de 2.5 e 10 respetivamente, verificamos que os participantes têm valores elevados de disfagia nas escalas de deglutição indireta, direta de alimentos pastosos, de alimentos líquidos, de alimentos sólidos e total. Além disso, verificamos a seguinte alocação a categorias de risco de aspiração: seis participantes na categoria sem disfagia, sete participantes na categoria de disfagia ligeira, nove participantes na categoria de disfagia moderada e três participantes na categoria de disfagia grave. Conforme pode ser observado no gráfico 2, os participantes estão distribuídos de forma equitativa pelas formas mais graves de disfagia por um lado (grave e moderada) e mais leves por outro (sem disfagia e disfagia leve).

Gráfico 2: Distribuição de participantes por categoria de disfagia



Disfagia e fatores sociodemográficos

Relativamente ao sexo, verificamos que homens e mulheres apresentam médias semelhantes nos subtotais e total da escala de Avaliação da Deglutição (Tabela 2). Adicionalmente, homens e mulheres estão distribuídos de forma semelhante pelas diferentes categorias de disfagia [$\chi^2(3) = 6.24, p = .10$].

Encontrámos correlações significativas e negativas entre a idade e diversas pontuações da escala de Avaliação da Deglutição, a saber: deglutição indirecta, deglutição directa de líquidos, deglutição directa de sólidos e total (Tabela 3). Assim, quanto mais velhos os sujeitos, menor o valor obtido nestas medidas (maior a gravidade da disfagia).

Tabela 3: Correlação entre idade e medidas de Avaliação da Deglutição

Tabela 3: Correlação entre idade e medidas de Avaliação da Deglutição

	Idade
Deglutição indirecta	-.454*
Deglutição directa de pastoso	-.377 ^{ns}
Deglutição directa de líquidos	-.604**
Deglutição directa de sólidos	-.629**
Total	-.472*

** p = .001; * p < .05; ^{ns} = não significativo

Verificamos, ainda, serem significativamente diferentes as médias de idades de participantes incluídos em diferentes categorias de gravidade de disfagia [$\chi^2(3) = 11.54$, $p = .009$]. Em particular, e utilizando um nível de significância corrigido para o total de comparações a realizar ($p \leq .008$), verificámos diferenças significativas na média de idades dos participantes incluídos nas categorias sem disfagia e disfagia ligeira ($z = -2.50$, $p = .008$) e sem disfagia e disfagia moderada ($z = -2.59$, $p = .008$). Os participantes sem disfagia são mais novos ($M = 69.33$, $DP = 5.16$) do que os participantes inseridos na categoria de disfagia ligeira ($M = 77$, $DP = 3.11$) e moderada ($M = 79.44$, $DP = 7.28$), como se demonstra na Tabela 4.

Tabela 4: Medidas descritivas para idade de participantes, em função de categorias de disfagia

Tabela 4: Medidas descritivas para idade de participantes, em função de categorias de disfagia

	Sem disfagia		Disfagia Ligeira		Disfagia moderada	
	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	69.33	5.16	77.00	3.11	89.44	7.28

Os resultados indicam que não existem diferenças significativas nas medidas de deglutição indireta e direta e no total obtido por participantes com diferentes estados civis ou com diferentes níveis de habilitações literárias. De igual modo, participantes com diferentes estados civis estão distribuídos de forma uniforme pelas várias categorias de disfagia [$\chi^2(6) = 4.34$, $p = .63$], bem como o estão os participantes com diferentes níveis de habilitações literárias [$\chi^2(6) = 7.19$, $p = .62$].

Verificámos uma diferença significativa entre residentes em meio urbano e rural apenas no valor do deglutição direta de sólidos ($z = -3.16$, $p = .001$), com os residentes em meio rural a obterem valores mais elevados do que residentes em meio urbano (Tabela 5). Os residentes de meios urbanos ou rurais estão uniformemente distribuídos pelas diferentes categorias de disfagia [$\chi^2(3) = 7.22$, $p = .65$].

Tabela 5: Medidas descritivas para escala de Avaliação da Deglutição, para participantes de diferentes locais de residência

Tabela 5: Medidas descritivas para escala de Avaliação da Deglutição, para participantes de diferentes locais de residência

	Meio Rural		Meio Urbano	
	M	DP	M	DP
Deglutição indirecta	4.43	1.01	3.81	1.08
Deglutição directa de pastoso	4.64	1.33	4.45	0.82
Deglutição directa de líquido	3.28	1.72	2.63	1.43
Deglutição directa de sólido	3.64	1.59	1.09	1.51
Total	16.00	5.01	18.09	18.87

Nota: Os resultados assinalados a negritos indicam uma diferença estatisticamente significativa

Encontrámos correlações positivas mas nunca significativas entre o número de coabitantes e os valores obtidos na escala de Avaliação da Deglutição. Em consonância, participantes com diferentes números de coabitantes estão uniformemente distribuídos pelas diferentes categorias de disfagia [$\chi^2(3) = 1.68$, $p = .64$].

2.3. Análise Inferencial

Disfagia e antecedentes clínicos

Os resultados indicam não existirem diferenças significativas nos valores obtidos nas diferentes medidas da escala de Avaliação da Deglutição por sujeitos que sofreram ou não cada um dos tipos de antecedentes clínicos considerados. De igual modo, os participantes estão distribuídos de forma equitativa pelas diferentes categorias de disfagia quer tenham ou não sofrido HTA [$\chi^2(3) = 1.94$, $p = .58$], demência [$\chi^2(3) = 2.15$, $p = .54$], diabetes mellitus [$\chi^2(3) = 5.64$, $p = .13$], dislipidemia [$\chi^2(3) = 2.94$, $p = .40$], doença respiratória [$\chi^2(3) = 5.59$, $p = .13$], ou AVC anterior [i.e., há mais de um ano; $\chi^2(3) = 3.57$, $p = .31$]. O tempo decorrido desde o último AVC não se correlacionou de forma significativa com qualquer um dos valores das medidas da escala de Avaliação da Deglutição. Igualmente, não se verificaram diferenças na média de anos decorridos desde o último AVC em função dos participantes estarem incluídos em diferentes categorias de disfagia [$\chi^2(1) = 0.88$, $p = .76$]. Relativamente às sequelas decorrentes na deglutição, não é possível fazer comparações de médias, uma vez que apenas um participante afirma experienciar essas sequelas. Meramente em termos descritivos, este participante apresentou um valor mais elevado na deglutição indirecta em comparação com a média de resultados dos cinco participantes que

referem não sofrer sequelas (score = 4 *versus* M = 3.80). Estes, por seu turno, apresentaram valores mais elevados nos subtotais de deglutição indireta de alimentos pastosos (score = 3 *versus* M = 4.80), líquidos (score = 2 *versus* M = 2.20) e sólidos (score = 0 *versus* M = 1.80), bem como no total da escala (score = 9 *versus* M = 12.60).

Verificamos existirem correlações negativas mas sempre não significativas entre o número de antecedentes clínicos sofridos e os valores obtidos na escala de Avaliação da Deglutição. Assim, ainda que este resultado não seja significativo, indica que quanto maior o número de antecedentes clínicos sofrido pelo participante, menor o valor por ele obtido nas medidas da escala de Avaliação da Deglutição (maior gravidade de disfagia).

Disfagia e episódio atual

Participantes denotando diferentes períodos decorridos desde o episódio mais recente de AVC (i.e., últimos três meses *versus* últimos seis meses a um ano), tendo sofrido lesões em hemisférios diferentes, e referindo a existência ou não de parésia facial ou disartria pontuaram de forma semelhante nos subtotais e total da escala de Avaliação da Deglutição. Em consonância, os participantes estão distribuídos de forma equitativa pelas diferentes categorias de disfagia quer tenham sofrido o seu episódio mais recente nos últimos três meses ou nos últimos seis meses a um ano [$\chi^2(3) = 2.09$, $p = .55$], independentemente do hemisfério ou área lesada [$\chi^2(3) = 5.96$, $p = .43$ e $\chi^2(3) = 18.23$, $p = .11$, respetivamente], e quer esteja ou não presente parésia facial [$\chi^2(3) = 2.33$, $p = .51$] ou disartria [$\chi^2(3) = 2.09$, $p = .55$].

Pelo contrário, verificámos existirem diferenças significativas na deglutição direta de sólidos em participantes que sofreram lesões em diferentes áreas [$\chi^2(4) = 10.20$, $p = .037$]. Utilizando um nível de significância corrigido para o total de comparações a realizar ($p \leq .005$), não encontramos nenhuma diferença significativa em concreto, sendo que a que mais se aproximou foi entre participantes lesados em ACM e ACP ($z = -2.46$, $p = .01$). Assim, poderá haver uma tendência para diferentes consequências na deglutição de lesões em ACM e ACP; com amostras maiores, esta tendência poderá ser concretizada numa diferença estatisticamente significativa.

Disfagia e funcionalidade

Verificámos existirem correlações positivas e sempre significativas entre o score total da escala de Avaliação da Funcionalidade e as medidas da escala de Avaliação da Deglutição, a saber, deglutição indireta ($rs = .649$, $p < .001$), deglutição direta de alimentos pastosos ($rs = .508$, $p = .01$), deglutição direta de alimentos líquidos ($rs = .719$, $p < .001$), deglutição direta de alimentos sólidos ($rs = .749$, $p < .001$). Assim, quanto mais independente e funcional for o participante maior a pontuação obtida na escala de Avaliação

da Deglutição (menor a gravidade da disfagia). De igual modo, verificamos uma desproporção entre participantes classificados em diferentes graus de disfagia e participantes incluídos em diferentes categorias de funcionalidade [$\chi^2(12) = 26.54, p = .009$]. De uma forma geral, existem mais participantes do que o estatisticamente esperado classificados simultaneamente como dependentes ou com dependência moderada, e com disfagia grave ou moderada, e mais do que o estatisticamente esperado classificados ao mesmo tempo como moderada ou ligeiramente dependentes ou independentes, e com disfagia ligeira ou sem disfagia (Tabela 6).

Tabela 6: Frequência de classificações cruzadas e escala de Avaliação da Funcionalidade e escala de Avaliação da Deglutição

Tabela 6: Frequência de classificações cruzadas de escala de Avaliação da Funcionalidade e escala de Avaliação da Deglutição

	Disfagia grave	Disfagia moderada	Disfagia ligeira	Sem disfagia
Dependência total	3	5	2	0
Dependência grave	0	3	2	0
Dependência moderada	0	1	2	0
Dependência ligeira	0	0	1	5
Independência	0	0	0	1

Por haver um único participante classificado como dependente total, foi necessário agrupá-lo aos participantes com dependência grave, de forma a poder realizar testes estatísticos de comparação de médias sobre os valores obtidos nas medidas de Avaliação da Deglutição, em função da sua classificação no nível de funcionalidade. De forma semelhante, apenas um participante foi classificado como independente. No entanto, neste caso, e dado o intervalo de score que separa a categoria de dependência ligeira para independência ($\Delta 55$ pontos), este valor não foi agrupado a outra categoria. Assim, as comparações de médias apresentadas em seguida consideram os seguintes grupos de funcionalidade: total ou grave *versus* moderada *versus* ligeira.

Os resultados indicam existirem diferenças significativas entre estes grupos nos resultados médios obtidos na medida de deglutição indireta [$\chi^2(2) = 8.26, p = .016$], deglutição direta de alimentos líquidos [$\chi^2(2) = 13.43, p = .001$], deglutição direta de alimentos sólidos [$\chi^2(2) = 12.78, p = .002$], e total [$\chi^2(2) = 10.69, p = .005$]. De uma forma geral, e conforme pode ser observado na Tabela 7, as participantes com dependência total

ou grave apresentam valores mais baixos nos subtotais de escala de Avaliação da Deglutição, indicando maior gravidade e risco de aspiração. Pelo contrário, os participantes com dependência ligeira apresentam os valores mais altos nestes subtotais, indicando menor gravidade e risco de aspiração. Considerando um nível de significância ajustado para o número de comparações a realizar ($p \leq .016$), as diferenças entre grupos apenas foram estatisticamente significativas para a comparação entre participantes com dependência total ou grave e participantes com dependência ligeira, nas medidas de deglutição indireta ($z = -2.76$, $p = .008$), deglutição direta de alimentos líquidos ($z = -3.41$, $p < .001$), deglutição direta de alimentos sólidos ($z = -3.46$, $p < .001$), e total ($z = -3.06$, $p = .002$).

Tabela 7: Valores médios de medidas de deglutição em função de categorias de funcionalidade

Tabela 7: Valores médios de medidas de deglutição em função de categorias de funcionalidade

	Deglutição direta		Deglutição indireta de alimentos pastosos		Deglutição indireta de alimentos líquidos		Deglutição indireta de alimentos sólidos		Total	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Dependência total ou grave	3.73	1.16	4.27	1.39	2.07	1.16	1.60	1.64	16.13	16.48
Dependência moderada	4.33	0.58	5.00	0.00	3.00	1.00	1.67	1.53	14.00	2.65
Dependência ligeira	5.00	0.00	5.00	0.00	5.00	0.00	4.83	0.41	19.83	0.41

3. Discussão de resultados

Como apresentado no ponto anterior, a amostra estudada é constituída por indivíduos com média de idades de 76,8 anos, sendo a maioria do sexo feminino. A existência de AVC isquémico atual (i.e. últimos três meses) corresponde a 68% da amostra total.

Na presente amostra verificou-se a presença de disfagia em 76% dos casos, correspondendo 48% a casos de disfagia moderada e grave e 28% a casos de disfagia ligeira. Os dados apresentados vão de encontro ao estudo efetuado por Pires (2012), onde o acompanhamento de 162 doentes internados em hospital de agudos com diagnóstico de

AVC, concluiu que 26,7% apresentava disfagia leve e 73,3% disfagia grave. Paixão, Silva e Camerini (2010), referem também a existência de 44,7% de disfagia nos doentes pós-AVC.

Face aos resultados apresentados, podemos concluir que a existência de dificuldades no ato de deglutição, é frequente no doente com AVC isquémico. Apesar da variabilidade no grau de disfagia, podemos considerar que as formas mais graves estão presentes. Assim, aceitamos H1, onde se equaciona que doentes com AVC isquémico apresentam grau elevado de disfagia.

Medin, Windahl, Arbin, Tham e Wredling (2012), numa investigação sobre problemas de deglutição após AVC, concluíram que a maioria dos problemas de deglutição persistem nos três meses após o evento, sendo que, com reabilitação progressiva e diversificada, ocorre melhoria das funções físicas da pessoa, após este período.

Paixão (2009), numa análise sobre os cuidados de enfermagem na prevenção de complicações decorrentes da disfagia após um AVC no atendimento domiciliar refere a presença deste distúrbio em 57% dos 30 doentes estudados. A importância da ação do enfermeiro foi enfatizada pela autora e comprovada pelos cuidadores informais envolvidos.

Deste modo, reforça-se a importância do enfermeiro de reabilitação na avaliação, planeamento, execução e monitorização da pessoa acometida por AVC, não apenas na fase aguda da doença, mas também na manutenção da sua recuperação, quer em unidades de saúde extra hospitalar, quer no domicílio.

Relativamente aos dados sociodemográficos da amostra presente, pelo que foi apresentado anteriormente, não foram encontradas diferenças significativas no total obtido na aplicação da escala GUSS por participantes com diferentes estados civis ou diferentes níveis de habilitações literárias. Contudo, observou-se uma diferença significativa entre residentes em meio urbano e rural, na avaliação da deglutição direta de sólidos, com residentes rurais a obterem valores mais elevados. Participantes com diferentes números de coabitantes estão distribuídos uniformemente pelas categorias de disfagia.

Deste modo, considera-se que não existe relação entre os fatores sociodemográficos e a disfagia. De igual modo, não foram encontrados estudos que validem a relação dos fatores sociodemográficos com o grau de disfagia. Crisan e colaboradores (2014) salientam que doentes com idades mais jovens apresentam maior potencial de recuperação da disfagia, contudo, não descrevem relação entre a idade ou outros fatores sociodemográficos e a presença e categorização de disfagia.

Analogamente, os antecedentes clínicos demonstraram correlações negativas, mas não significativas, entre o número de antecedentes e os valores obtidos na escala GUSS. Observou-se que quanto maior o número de antecedentes clínicos, menor o valor das medidas da escala de avaliação da deglutição, ou seja maior o grau de gravidade de

disfagia e maior risco de aspiração. Assim, na amostra analisada 68% dos participantes apresentam dois ou mais antecedentes clínicos.

As comorbidades são fatores de risco, segundo a ESO (2008). Não existindo na literatura correlação direta entre os fatores de risco vascular e a disfagia, Muller-Nordhorn, Nolte e Rossnagel (2006), salientam que indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com mais que um antecedente clínico, apresentam maior risco e maior potencial de gravidade funcional após AVC. Paixão (2009) nega a existência de relação entre a idade e a disfagia, bem como, a antecedentes de AVC e a disfagia. Contudo, ressalta que os fatores de risco como a HTA e DM apresentam maior prevalência de disfagia para líquidos, do que para sólidos. Por outro lado, Sá (2009) reforça que o envelhecimento traduz alterações fisiológicas e mecânicas no organismo da pessoa, que poderão prejudicar o processo de deglutição após um evento neurológico. A autora descreve que na avaliação do doente, deve realizar-se uma avaliação estrutural, com observação e palpação da face: pesquisa de simetria facial, existência de parésia/paralisia, existência de prótese dentária, avaliação de tônus muscular facial; avaliação dos lábios, bochechas e língua. A autora salienta que a existência de declínio da memória, lentidão psicomotora, diminuição da capacidade funcional, como no caso de Demência, poderá levar o doente a não realizar os movimentos faciais e processo de deglutição adequado, sendo um fator influente na disfagia.

Quanto ao episódio de doença atual, verificou-se que o hemisfério lesionado em 56% dos casos foi o direito, 36% o hemisfério esquerdo, 4% o cerebelo, 4% não tinham informação. Relativamente à área lesionada 40% apresentam a ACM, 12% a ACP, 8% ACA, 4% a ACI, 4% artéria basilar, sendo que 32% dos participantes não tinham informação nos processos clínicos institucionalizados. A falta de informação classificativa do tipo de AVC denotou-se uma dificuldade em 64% dos participantes. Nos restantes observou-se maior frequência de TACI (28%), seguindo-se o POCI (4%) e LACI (4%). A presença de parésia facial foi positiva em 60% dos participantes e a disartria em 32%.

Conforme os dados apresentados anteriormente, a presença de disartria, parésia facial ou diferença de lesão hemisférica não representam elementos distintivos de grau de disfagia. Contudo, na análise dos resultados observaram-se diferenças significativas na deglutição direta de sólidos em participantes que sofreram lesões em diferentes áreas, nomeadamente nas áreas da ACM e ACP. O descrito vai de encontro a pesquisas realizadas, onde se observou maior percentagem de doentes disfágicos com alteração de território carotídeo (Pires, 2012; Itaqui, Faverol, Ribeirol, Bareall, Almeida, & Mancopesll, 2011); Pacironi *et al*, 2008; Barros, Fábio & Furkim, 2006). Barros, Fábio e Furkim (2006), revigoram que acidentes vasculares na ACM afetam áreas representativas da deglutição (como tálamo, cápsula interna, região sub-insular e outras áreas corticais), pelo que refletem o desenvolvimento de disfagia.

Nakajima, Inatomi, Yonehara, Hashimoto e Hirano (2014), reforçam a importância de mais estudos na área da disfagia, nomeadamente, na análise de fatores como idade, sexo, fatores de risco vascular, tipo de AVC e severidade do AVC. Uma vez que os valores não são significativos, não é possível concretizar esta diferença, pelo que se aconselha a realização de estudos com maior população amostral. Sendo os resultados pouco significativos, e não tendo bibliografia recente que corrobore a totalidade de H2, rejeita-se a existência de interferência dos fatores sociodemográficos e clínicos no grau de disfagia.

Relativamente à avaliação da funcionalidade através da aplicação do Índice de Barthel, observou-se uma correlação positiva entre o grau de dependência e a disfagia, uma vez que, quanto maior a independência e funcionalidade da pessoa, maior o score na avaliação da escala de GUSS (menor gravidade de disfagia e menor risco de aspiração).

Liu *et al* (2014) numa investigação sobre a dependência funcional da pessoa concluíram que distúrbios neuropsiquiátricos e neurodegenerativos contribuem para o aumento da dependência funcional na população de adultos velhos e idosos. Os autores salientam que o AVC tem um papel preponderante na alteração do padrão de dependência da pessoa. Como tal, devem ser uma prioridade de atuação. Paixão e Silva (2009) narram que o AVC atinge a maioria das atividades de vida diária da pessoa, gerando alto grau de dependência no doente. Como referido na I parte deste documento, cerca de 50% dos doentes com AVC apresentam incapacidades variáveis, sendo a mais frequente a fraqueza muscular, seguida de distúrbios na comunicação e linguagem e disfagia. (Paixão, Silva & Camerini, 2010). Como tal, aceita-se a relação entre a dependência e o grau de severidade da disfagia, o que nos leva a aceitar H3.

Conclusão

O AVC representa um dos principais problemas neurológicos mundiais. Em Portugal assume proporções assustadoras nas taxas nacionais de morbilidade e reinternamento hospitalar.

A disfagia encontra-se associada a elevados índices de morbilidade após AVC, pelos riscos associados: desnutrição, desidratação, complicações pulmonares, morte. O seu diagnóstico precoce previne aspirações alimentares por via oral, reduz o tempo de internamento hospitalar, promovendo maior recuperação e eficaz reabilitação da pessoa. A elevada incidência de disfagia após AVC, referenciada na literatura, ressalva a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Dotado de conhecimentos especializados e diferenciados, o enfermeiro de reabilitação assume responsabilidade na intervenção junto da pessoa, na sua avaliação, bem como, no planeamento, execução e monitorização do plano de reabilitação. Enquanto ramo multidisciplinar, a reabilitação abrange um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que promovem a melhor funcionalidade da pessoa, a sua independência e a máxima satisfação, preservando a sua autoestima e autoconceito. O seu amplo nível de conhecimentos permite-lhe desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção da doença e complicações secundárias, tratamento e reabilitação, enfatizando o potencial da pessoa e objetivando a sua qualidade de vida. (APER, 2011). O trabalho em equipa multidisciplinar oferece ao doente melhor índice de reabilitação, pelo que, todos os elementos da equipa devem agir unificados em prol do doente.

O autocuidado: alimentar-se, prevê a integridade da capacidade motora, psíquica e funcional, bem como do sistema cerebrovascular. Existindo um compromisso destes componentes é essencial identificar a dificuldade gerada para intervenção persuasiva. Como tal, o incremento de conhecimentos sobre a disfagia e seus fatores contribuintes e de risco é essencial na prática de cuidados de reabilitação. Assim, neste estudo preconizava-se de forma geral a obtenção de conhecimentos sobre a relação dos fatores intrínsecos ao doente e lesionais do AVC e a disfagia.

Ao longo da investigação efetuada, denotaram-se dificuldades na pesquisa de informação clínica dos participantes, uma vez que alguns são internados na RNCCI, sem informação clínica dos territórios cerebrais lesados, isto é, sem informação do hemisfério,

área lesada e denominação do evento. Face a esta dificuldade, foi inconclusiva a correlação entre os fatores clínicos e a disfagia.

De igual modo, houve limitações na amostra, uma vez que as unidades da RNCCI eleitas, no período de recolha de dados, apresentaram reduzida dotação de doentes com as características selecionadas. Assim, a reduzida amostra (n=25) não nos permite obter resultados conclusivos face às questões levantadas, nem generalizar os mesmos para a população portuguesa.

Salienta-se também que, a existência de literatura sobre disfagia é reduzida em Portugal, especialmente, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação. Para tal, recorreram-se a estudos internacionais e noutras valências de reabilitação para sustentar a pesquisa e o trabalho realizado.

Contudo, na presente investigação conclui-se que doentes com AVC isquémico apresentam disfagia, podendo variar a sua severidade como território lesado. De igual modo, a existência de múltiplos antecedentes patológicos, como a HTA, DM e demência podem gerar maior dificuldade na capacidade de deglutição da pessoa, após AVC. A existência de um grau de dependência superior denotou maior défice na capacidade de deglutição e maior risco de aspiração pulmonar, da pessoa com AVC.

Apesar das dificuldades e limitações encontradas, a realização da presente investigação permitiu uma revisão sobre a disfagia no AVC, bem como, sobre a sua avaliação não invasiva. Não existindo um protocolo de avaliação da disfagia uniformizado e adaptado nacionalmente, sugere-se a sua realização posterior, tendo por base a revisão da literatura efetuada.

De igual modo, considera-se que, o presente estudo, se aplicado na globalidade da RNCCI e com um período de tempo superior, os resultados traduziam conclusões fidedignas, podendo-se obter generalizações para a população portuguesa.

Ferreira (2014), num estudo efetuado sobre os ganhos na qualidade de vida do doente com AVC, após intervenção de Enfermagem de Reabilitação, conclui que a intervenção deste profissional contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida da pessoa, na medida em que promove a sua manutenção e reeducação funcional. Posto isto, e enfatizando o papel deste reabilitador, considera-se fundamental o desenvolvimento de investigações que sustentem e corroborem a ação desenvolvida pelos Enfermeiros de Reabilitação.

Referências Bibliográficas

- Abdulmassih, E., Filho, E., Santos, R. & Jurkiewicz, A. (2009). Evolution of patients with oropharyngeal dysphagia in hospital. 13 (1). s/pág. Acedido em: http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_eng.asp?Id=589
- Administração Central do Sistema de Saúde (2014). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Acedido em: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCL/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>
- Antonios, N., Carnaby-Mann, G., Crary, M., Miller, L., Hubbard, H., Hood, K., ... Silliman, S. (2010). Analysis of a physician tool for evaluating dysphagia on an inpatient stroke unit: the modified Mann Assessment of Swallowing Ability. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*. 19 (1): 49–57. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20123227>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25 (2): 59-66. Acedido em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Associação Portuguesa de Enfermeiros (2005). *CIPE/ICNP – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. 3ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Barbosa, M. (2012). Custos e efetividade da reabilitação após acidente vascular cerebral – uma revisão sistemática. Tese de mestrado. Faculdade Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra. Acedido em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/21495>

- Barros, A. F., Fábio, S. R. & Furkim, A. M. (2006). Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com AVC isquémico na fase aguda da doença. *Arquivo Neuropsiquiatria*. 64 (4): 1009-1014. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v64n4/a24v64n4>
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Braga, J. L. Alvarenga, R. M. P., Neto, J. B. & Mascarenhas de Mores. (2014). Acidente Vascular Cerebral. *Blog Moreira Jr*. Acedido em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2245&fase=imprime
- Cavalcanti, H. G. (1999). Disfagia Orofaríngea de Origem Neurológica em adulto. Monografia. Fortaleza. Acedido em: <http://www.cefac.br/library/teses/5aabe1f23b7fbf3ef40ca19dcd00c4d5.pdf>
- Cardoso, A. T., Rainho, 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. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (5). s/ pág. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832011000300014&script=sci_arttext
- Cacho, E., Melo, F. & Oliveira, R. (2004). Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fulg Meyer. *Revista Neurociências*, 12 (2): 94-100.
- Clara, M. C. G. (2009). Evolução do estado Nutricional num doente com disfagia pós-AVC. Estudo de caso. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto. Acedido em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54587>
- Chiappetta, A. L., Oda, A. L. (2003). *Capítulo 7: Disfagia orofaríngea Neurogénica*. Pág. 81-92 . Levy, J.O., Acary, S.B. (2003). Reabilitação em doenças neurológicas. São Paulo: Atheneu.
- Crary, M., Carnaby-Mann, G., Miller, L., Antonios, N. & Silliman, S. (2006). Dysphagia and nutritional status at the time of hospital admission for ischemic stroke. *Journal of*

- Stroke & Cerebrovascular Diseases*. 15 (4): 64-71. Acedido em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17904070>
- Crisan, D., Shaban, A., Boehme, A., Dubin, P., Juengling, J., Schluter L.A., ... Martin-Schild, S. (2014). Predictors of recovery of functional swallow after gastrostomy tube placement for Dysphagia in stroke patients after inpatient rehabilitation: a pilot study. *Annals Rehabilitation Medicine*, 38(4): 467-475. Acedido em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229025>
- Daniels, S. (2006). Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing. *GI Motility online*. Acedido em: <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo34.html>
- Dias, C. M. & Sousa-Uva, M. (2014). *Prevalência do AVC na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Direção Geral da Saúde (2001). *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Doenças cerebrovasculares em números – 2014*. Instituto Nacional de Estatística. Acedido em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2014-pdf.aspx>.
- European Stroke Organization. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC*. The European Stroke Organization- The Executive and Writing Committee. Acedido em: http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf
- Ferreira, C., Pita, F., Ferreira, I., Rodrigues, M. & Cruz, V. T. (2006). Fatores de risco para acidentes vasculares cerebrais. Sociedade portuguesa de AVC online. Acedido em:
<http://spavc2013.lvengine.net/lmgs/pages/FRV%20AVC%20Jan%202011.pdf>
- Ferreira, M. (2014). *Doente com AVC: ganhos na qualidade de vida após intervenção do enfermeiro de reabilitação*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do

Castelo. Acedido em:

http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1290/1/Mariline_Ferreira.pdf

Ferro, J. (2006). *Acidente vascular Cerebral*. Lisboa: Lidel.

Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. 5.^a Edição.

Loures: Lusociência.

Goldberg, S. (1992). *Descomplicando... Neuroanatomia Clínica*. Porto Alegre: Artes

Médicas.

Judith S. (1999). *Introdução à Epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Garcia, C. & Coelho, M. H. (2009). *Neurologia Clínica: princípios fundamentais*. Lisboa:

Lidel.

Hincapie-Henao, L., Lugo, L. E., Ortiz, S. D. & Lopez, M. E. (2010). Prevalencia de disfagia

en unidad de cuidados especiales. *CES Medicine*. 24 (2): s/ pág. Acedido em:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120->

[87052010000200003&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87052010000200003&script=sci_arttext)

Huffstutler, S.Y. (2003). *Capitulo 51: Avaliação do Sistema Nervoso*. Pág. 1889-1920.

Marek, Jane F. Phipps, Wilma J., Sands Judith K. *Enfermagem Médico-Cirúrgica:*

Conceitos e Práticas Clínicas. 6.^a Edição. Loures: Lusociência.

Itaquyl, R. B., Faverol, S. R., Ribeiroll, M. C., Bareall, L. M., Almeidal, S. T. & Mancopesll, R.

(2011). Relato de caso: Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o

grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *Jornal Sociedade*

Brasileira de Fonoaudiologia. 23 (4): s/pág. Acedido em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-

[64912011000400016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912011000400016)

Liu D., Tan J., Guo Y., Ye G., Zhu L., Zhang J.,... Wang L. (2014). The contributing risk

factors, prevention and treatment of functional dependence among the oldest-old

and elderly subjects. *Zhonghua nei ke za zhi*. 53 (10): 772-777. Acedido em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25567147>

- Lendínez-Mesa A., Fraile-Gomez M., García-García E., Díaz-García M., Casero-Alcázar M., Fernandez-Rodríguez N., Fernandes-Ribeiro A. (2014). Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 39 (1): s/ pág. Acedido em: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-disfagia-orofaringea-prevalencia-las-unidades-90338158>
- Mahan, K., Escott-Stump, S. & Raymond, J. (2013). *Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. Terapia Clínica Nutricional nos Distúrbios Neurológicos*. 13ª Edição. São Paulo: Elsevier. Acedido em: <http://blogelseviersaude.elsevier.com.br/wp-content/uploads/2013/07/Mahan-sample2.pdf>
- Macarini, A., Filippini, A., Padovani, D., Limarzi, M., Loffredo, M. & Casolino, D. (2007). Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngologia Italiana*. 27(6): 299-305. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18320836>
- Marques, C., André, C. & Rosso, A. L. (2008). Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre métodos de avaliação. *Ata Fisiátrica*. 15(2): 106-110. Acedido em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=492522&indexSearch=ID>
- Martins, M. M. S. (2002). *Uma crise acidental em família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral – qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D. L. & Diamant, N. E. (2009). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST): development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke*. 40(2): 55-61. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Martino+TOR-BSST+2008>

- Mausner, J. S. (1999). *Introdução à Epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Medin, J., Windahl, J., Arbin, M., Tham, K. & Wredling, R. (2012). Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3): 580-589. Acedido em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21726272>
- Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Muller-Nordhorn, J., Nolte, C.H. & Rossnagel, K. (2006). Knowledge about risk factor for stroke a population-based survey with 28 090 participants. *Stroke*. 37 (4): 946-950. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16514090>
- Nakajima, M., Inatomi, Y., Yonehara, T., Hashimoto, Y., Hirano, T. & Ando, Y. (2014). Temporal trends in oral intake ability 3 months after acute ischaemic stroke: analysis of a single-center database from 2003 to 2011. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(3): 200-205. Acedido em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24240176>
- Oliveira, R. M. C. (2003). *Capítulo 3: Afeções Neurológicas do Sistema Nervoso Central*. Pág. 15-30. Levy, J.A. & Oliveira, A.S.B. 2003. *Reabilitação em doenças neurológicas*. São Paulo: Atheneu.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. (2011, Outubro). Acedido em
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2014). Stroke, Cerebrovascular accident. Acedido em:
http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo a Qualidade de vida após o Acidente Vascular Cerebral*. Porto Alegre: Artmed.
- Oxfordshire Community Stroke Project. (2003). The Oxfordshire Community Stroke Project classification: correlation with imaging, associated complications, and prediction

- of outcome in acute ischemic stroke. *Journal Stroke - Cerebrovascular Disease*. 12(1):1-7. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17903897>
- Paciaroni, M., Mazzota G., Core F., Caso V., Venti M., Milia P.,... Gallai V. (2004). Dysphagia following stroke. *European Neurology*. 51 (3): 162-167. Acedido em: <http://europepmc.org/abstract/med/15073441>
- Padovani, A. R., Moraes, D. P., Mangili, L. D. & Andrade, C. R. F. (2007). Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 12(3):199-205. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v12n3/a07v12n3.pdf>
- Paixão, C. T. (2009). Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral: contribuições do enfermeiro. Tese de Mestrado. Acedido em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=605273&indexSearch=ID>
- Paixão, C. T. & Silva, L. D. (2009). As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. *Enfermeria Global*. s/ volume (15): s/pág. Acedido em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000100019&script=sci_arttext&tlng=pt
- Paixão, C. T. Silva, L. D. & Camerini, F. G. (2010). Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Revista de Rede da Enfermagem do Noroeste*. 11 (1): s/ pág. Acedido em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/362>
- Pereira, S., Coelho, F. & Barros, H. (2004). Acidente vascular cerebral. Hospitalização, mortalidade e prognóstico. *Revista Portuguesa de Educação*. 17 (3): s/pág. Acedido em: <http://ojs.josekarvalho.net/index.php/pubmed2ojs/article/view/1459>
- Pires, C. (2012). Avaliação Nutricional na admissão do doente com AVC. Trabalho de projeto. Bragança: Escola Superior de Saúde de Bragança. Acedido em:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7702/1/Tese%20Final%20C%3%a2ndido.pdf>

Ramsey, D.J., Smithard, D.G. & Kalra, L. (2006). Can pulse oximetry or a bedside swallowing assessment be used to detect aspiration after stroke? *Stroke*. 37(12): 2984-8 Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17095740>

Ricardo, R. (2012). A Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com Intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Saúde. Acedido em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7680/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20ganhos%20em%20sa%C3%BAde%20utilizando%20o%20%C3%8Dndice%20de%20Barthel.pdf>

Rocha, S. (2008). Doença cerebrovascular aguda: avaliação de protocolo de trombólise: Unidade de AVC's. Dissertação de mestrado integrado em Medicina. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em: www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=46235f2e28738840

Sá, J. P. (2009). Deglutição e Envelhecimento. Dissertação de mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/3305>

Santoro, P.P. (2008). Disfagia Orofaringea: Panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. *Revista CEFAC*. 10 (2): s/pág. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462008000200002&script=sci_arttext

Silva, R. G. (2007). A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 19 (1): s/pág. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872007000100014

- Silva, L. M. (2006). Disfagia Orofaringea pós-acidente vascular encefálico no idoso. *Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 15 (2):106-110. Acedido em:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=450316&indexSearch=ID>
- Sundar, U., Pahuja, V., Dwivedi, N. & Yeolekar M. E. (2008). Dysphagia in acute stroke: Correlation with stroke subtype, vascular territory and in-hospital respiratory morbidity and mortality. *Neurology India*, 56 (4): 463-470. Acedido em:
<http://www.neurologyindia.com/text.asp?2008/56/4/463/44828>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschi, Y., Matz, K., Dachenhausen, A. & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*. 38(11): 2948-52. Acedido em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Trapl%2C+Enderle%2C+Nowotny%2C+Teuschi%2C+Matz%2C+Dachenhausen+e+Brainin%2C+2007>
- World Gastroenterology Organisation Praticce. (2014). Guidelines: Dysphagia. Acedido em:
http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/WGO_Dysphagia_Final_EN.pdf

Anexos

Anexo I - Declaração de consentimento Informado

No âmbito do Curso **Mestrado em Enfermagem de Reabilitação** a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema **Disfagia no doente com AVC: Avaliação das determinantes e do risco** e cujo objectivo principal é **Identificar o risco de disfagia do cliente com AVC e fatores determinantes a fim de melhorar a qualidade de vida da pessoa com AVC**. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este (a) **questionário**.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo: [redacted] (localidade),
Data: [redacted]

Nome: [redacted]

Assinatura do participante _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome: [redacted]

BI/CD n.º: [redacted], data/validade [redacted]

Morada: [redacted]

- a. Grau de parentesco ou tipo de representação: [redacted]

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador [redacted]

Assinatura _____

Anexo II - Instrumento de Colheita de dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Saúde de Viseu
 IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



ÁREA CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**ESTUDO: DISFAGIA NOS CLIENTES COM AVC: AVALIAÇÃO DAS
 DETERMINANTES E DO RISCO
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

_____ / _____ / _____
 Unidade de Convalescença
 Unidade Média Duração e Reabilitação

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Antes de começar a responder às questões, que integram este instrumento de colheita de dados, queremos informá-lo que:

- Com o presente estudo pretende-se proceder a uma caracterização sócio demográfica, clínica, dependência no autocuidado e risco de disfagia na pessoa acometida por Acidente Vascular Cerebral.
- As informações colhidas serão apenas utilizadas para o presente estudo, não sendo utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Os dados colhidos são confidenciais.

Obrigado pela sua colaboração.

I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1. Género:

Masculino (1)

Feminino (2)

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil:

Casado/União de Facto Solteiro Divorciado/Separado Viúvo

4. Habilitações Literárias:

Não sabe ler e escrever

1º Ciclo Escolar (4ª Classe)

2º Ciclo Escolar (9º ano ou antigo 5º ano)

3º Ciclo Escolar (12º ano ou antigo 7º ano)

Curso Médio

Curso Superior

5. Residência:

Rural Urbana

6. Número de coabitantes (agregado familiar): _____

II – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

7. Antecedentes (Assinalar as patologias adquiridas)

HTA

Demência

Diabetes Mellitus

Dislipidémia

Respiratória

AVC anterior

8. Doença atual

Data de evento patológico:

Últimos 3 meses

6 meses a 1 ano

Tipo de AVC:

Hemorrágico Isquémico*

* Hemisfério lesado _____

* Área lesada _____

* Designação do acidente _____

Parésia facial presente Sim Não

Disartria presente Sim Não

Se presença de AVC anterior:

Há quanto tempo _____ (tempo em anos)

Sequelas na deglutição Sim Não

III – AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO – Adaptação da Escala GUSS

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

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

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

<i>Parte 2: Teste de deglutição direta</i>	Pastoso (a)	Líquido (b)	Sólido (c)
Material: água destilada, espessante e pão			
<u>Deglutição</u>			
• Impossível	0	0	0
• Lenta (> 3seg; 10seg no sólido)	1	1	1
• Eficaz	2	2	2
<u>Tosse</u> (antes, durante ou após a deglutição – até 3 min após)			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
<u>Sialorreia</u>			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
<u>Alterações de Voz</u> (avaliar a voz antes e após a deglutição – solicite que o utente diga “oh”)			
• Sim	0	0	0
• Não	1	1	1
Subtotal 2			
a) Inicialmente administrar meia colher de chá com água com espessante. Se não se observarem sinais de disfagia, administrar 3 a 5 colheres. b) Iniciar 3, 5, 10, 20 ml de água. Se não se observarem sinais de disfagia continuar com 50 ml. c) Testar com 5 pedaços pequenos de pão seco.			
Score total (Subtotal1 + Subtotal 2)			

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

IV – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE – Índice de Barthel

Escala de Mahoney & Barthel (1965), adaptada e validada para Portugal por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007)

Nesta secção, pretendemos avaliar a dependência do cliente, através da avaliação da sua funcionalidade.

Evacuar	0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam enema)	5 = Acidente ocasional (uma vez por semana)	10= Contigente		
Urinar	0= Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer	5= Acidente ocasional (máximo uma vez em 24 horas)	10= Contigente por mais de sete dias		
Higiene pessoal	0= Precisa de ajuda com cuidado pessoal	5= Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)			
Uso da sanita	0= Dependente	5= Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho	10= Independente		
Alimentar-se	0= Incapaz	5= Precisa de ajuda para cortar, barrar, etc...	10= Independente (a comida é providenciada)		
Tomar banho	0= Dependente	5= Independente (ou no chuveiro)			
Vestir-se	0= Dependente	5= Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	10= Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)		
Escadas	0= Incapaz	5= Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)	10= Independente para subir e descer		
Transferências	0= Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se	5= Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se	10= Pequena ajuda (verbal ou física)	15= Independente	
Mobilidade	0= Imóvel	5= Independente na cadeira de rodas, incluindo cantos, etc..	10= Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	15= Independente (alguns têm ajuda de bengala)	
<u>Dependência:</u>					
Total <20; Grave 20-35; Moderada 35-45; Ligeira >45; Independente =100			Score		

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Anexo III – Parecer da Comissão de Ética



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 1/2015

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "DISFAGIA NOS DOENTES COM AVC: AVALIAÇÃO DAS DETERMINANTES E DO RISCO"

Tendo a estudante Teresa Margarida Marques Dias da Silva, sob a orientação da Prof. Doutora Rosa Maria Lopes Martins, solicitado emissão de parecer sobre o estudo/investigação sobre o tema Disfagia nos doentes com AVC: Avaliação das determinantes e dos riscos, a realizar no âmbito do Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Rede de Cuidados Continuados Integrados da região Centro: Unidade de Convalescença de Cantanhede; Unidade de Convalescença de Anadia; Unidade de Média Duração e Reabilitação da Mealhada; Unidade de Média Duração e Reabilitação de Ílhavo, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos doentes dos serviços das unidades hospitalares acima referidas, a sua participação deve ser voluntária, esclarecida e deve cumprir o estabelecido no consentimento informado. O documento que acompanha o estudo não é totalmente claro nas informações que devem ser prestadas aos doentes. Aconselhamos a melhoria do documento apresentado;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e é garantida a anonimização, contudo recomenda-se que a chave desta codificação deva apenas ser conhecida pela investigadora e que seja efectuada a sua destruição após a discussão do trabalho, assim como se exige o cumprimento do segredo profissional por parte da investigadora no processo administrativo dos questionários e na sua codificação;
- Recomendamos que a investigadora procure obter um parecer das unidades/serviços onde o estudo irá decorrer;

Apesar das recomendações anteriormente referidas, somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e a metodologia científica proposta cumpre com os requisitos estabelecidos.

Viseu, 23 de fevereiro de 2015

A relatora

A presidente da CE da ESSV

