



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pacientes com deglutição comprometida: *Uma Scoping Review*

Vasco André Mota de Sousa



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Vasco André Mota de Sousa

Dissertação de Mestrado

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação em pacientes com deglutição comprometida:
uma *Scoping Review***

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Salomé Ferreira

Março de 2024

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Salomé Ferreira, minha orientadora, pelo seu apoio incondicional, pela sua paciência, pelo seu profissionalismo e pela sua amizade. Destacar ainda a assertividade e o incentivo constante, que aumentaram o grau de desafio e, com isso melhoraram, em toda a medida, a investigação. O meu sincero Obrigado.

Ao Sr. Enfermeiro Gestor António Resende pela compreensão e disponibilidade para que tivesse condições de elaborar o trabalho. O meu sincero Obrigado.

À Sra. Enfermeira Gestora Teresa Trigo, por me ter proporcionado estabilidade no meu local de trabalho e, consequentemente estabilidade emocional para que fosse possível a concretização desta investigação. O meu sincero Obrigado.

Aos meu colegas, em especial os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, pelo seu apoio e encorajamento para que tivesse a calma e o discernimento necessário para que fosse possível. O meu sincero Obrigado.

DEDICATÓRIA

Num ano repleto de circunstâncias pessoais difíceis uma profunda dedicatória à minha esposa, Ana Natário, pelo seu incentivo, ajuda, apoio e preocupação constante que permitiram que tudo isto fosse possível. Sem a menor dúvida que sem ela não teria conseguido, um muito obrigado, isto é de nós os dois como um todo.

Aos meus pais, o meu pilar, sempre presentes e, por me incentivarem a prosseguir e a não desistir dos meus sonhos.

Aos meus padrinhos Pipa e Mota, pelo apoio emocional e, por se tornarem parte da família.

A todos os meus amigos, que sempre se dispuseram a ajudar.

PENSAMENTO

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”*

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

Introdução: A deglutição é um processo dinâmico e complexo, que desempenha um papel fundamental na nutrição e na proteção da via aérea e que quando comprometida tem um impacto biopsicossocial. Na deglutição comprometida, também denominada disfagia ocorre um condicionamento da normal passagem do bolo alimentar em qualquer fase e/ou entre as fases da dinâmica da deglutição, que pode ser congênita ou adquirida, após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogénico. Esta, possui uma elevada prevalência em adultos/idosos institucionalizados e, surge associada a patologias neurológicas, bem como, a patologias localizadas na cabeça e pescoço. O EEER possui o conhecimento e as competências necessárias, para intervir nesta problemática, uma vez que, está presente durante todo o período de internamento, desempenhando um papel crucial no planeamento antecipado do regresso a casa.

Objetivo: Mapear a evidência científica, mais atualizada, sobre a intervenção dos EEER em pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar; *Objetivos específicos:* Identificar intervenções do EEER em adultos com deglutição comprometida, em contexto hospitalar; Descrever as intervenções do EEER identificadas, no paciente adulto com deglutição comprometida, em contexto hospitalar.

Metodologia: Foi realizada uma *scoping review* segundo a metodologia JBI. Tratando-se de um estudo de revisão, obedece a critérios de elegibilidade com base na População, Conceito e Contexto. A pesquisa foi concretizada nas seguintes bases de dados, aplicando a frase booleana definida: EBSCOhost, Cochrane Database, Scopus, Scielo, PubMed, RCAAP e RENATES. Foram incluídos dez estudos: quatro estudos de caso, três estudos quantitativos, duas revisões sistemáticas da literatura e um estudo controlado randomizado.

Resultados: A análise dos dez estudos selecionados de acordo com os critérios de inclusão, permitiu identificar um conjunto de intervenções do EEER, na deglutição comprometida em pacientes hospitalizados. Dos resultados destacou-se que a avaliação da deglutição prévia à administração de alimentos por via oral, a modificação da dieta, a higiene oral, a intervenção psicológica, a educação para a saúde, assim como a reabilitação funcional motora e a reabilitação funcional respiratória são fundamentais para a promoção da funcionalidade e independência e para a qualidade de vida, em pacientes com deglutição comprometida. Por outro lado, permitiu-nos verificar que a intervenção do EEER contribuiu para a diminuição de complicações associadas, nomeadamente, redução do risco de pneumonia e melhor custo-efetividade, resultando na redução do número de dias de internamento hospitalar.

Conclusão: O papel do EEER é fundamental na obtenção de ganhos em saúde no paciente com deglutição comprometida. No entanto, existe uma lacuna na exploração das intervenções do EEER na deglutição comprometida, sendo fundamental o desenvolvimento de novas pesquisas, com amostras mais alargadas, com o objetivo de orientar uma prática mais sistematizada.

Palavras-chave: Deglutição, Disfagia, Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

Introduction: Deglutition is a dynamic and complex process that plays a fundamental role in nutrition and airway protection, and when compromised, it has a biopsychosocial impact. In deglutition disorders, also known as dysphagia, there is impairment in the normal passage of food bolus at any phase and/or between phases of deglutition dynamics, which can be congenital or acquired, following neurological, mechanical, or psychogenic impairment. It has a high prevalence in institutionalized adults/elderly and is associated with neurological pathologies as well as pathologies localized in the head and neck. The rehabilitation specialist nurses possess the knowledge and skills necessary to intervene in this issue, as they are present throughout the hospitalization period, playing a crucial role in the early planning of discharge to return home.

Objectives: Mapping the most current scientific evidence on the intervention of rehabilitation specialist nurses in adult patients with deglutition disorders, in a hospital setting. *Specific objectives:* Identify rehabilitation nursing interventions in adult patients with deglutition disorders, in a hospital setting; Describe the identified rehabilitation nursing interventions in adult patients with deglutition disorders, in a hospital setting.

Method: A scoping review was conducted following the JBI methodology. As a review study, it adheres to eligibility criteria based on Population, Concept, and Context. A boolean phrase was formulated, and the search was conducted in the following databases: EBSCOhost, Cochrane Database, Scopus, Scielo, PubMed, RCAAP, and RENATES. Ten studies were included: four case studies, three quantitative studies, two systematic literature reviews, and one randomized controlled trial.

Results: The analysis of the ten selected studies according to the criteria allowed us to identify a set of interventions by the rehabilitation specialist nurses in adult patients with deglutition disorders, in a hospital setting. The results highlighted that the evaluation of deglutition prior to oral food administration, diet modification, oral hygiene, psychological intervention, health education, as well as motor functional rehabilitation and respiratory functional rehabilitation, are fundamental for promoting functionality, independence, and quality of life in patients with deglutition disorders. On the other hand, it allowed us to verify that the intervention by the rehabilitation specialist nurses contributes to the reduction of associated complications, namely, reducing the risk of pneumonia and improved cost-effectiveness resulting from the reduction of hospitalization days.

Conclusion: The role of the rehabilitation specialist nurses is fundamental in achieving health gains to the patient with deglutition disorders. However, there is a gap in exploring rehabilitation specialist nurses interventions in deglutition disorders, and it is essential to develop new research with larger samples to guide a more systematic practice.

Descriptors: Deglutition, Dysphagia, Rehabilitation Nursing

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABREVIATURAS

et al.	E outros
p.	Página
Vs	Versus

ACRÓNIMOS

APA	<i>American Psychological Association</i>
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EAT-10	<i>Eating Assessment Tool</i>
FOIS	<i>Functional Oral Intake Scale (FOIS)</i>
GUSS	<i>Gugging Swallowing Screen</i>
MASA	<i>Mann Assessment of Swallowing Ability</i>
MER	Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
PRISMA-SrR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses - Scoping Reviews</i>
SWAL-QoL	<i>Swallow Quality of Life</i>
TOR-BSST	<i>The Toronto Bedside Swallowing Screening Test</i>

SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ECG	Escala de Coma de Glasgow
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESS	Escola Superior de Saúde
GC	Grupo de Controlo
GI	Grupo de Intervenção
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IPVC	Instituto Politécnico de Viana do Castelo
JBÍ	<i>Joanna Briggs Institute</i>
MECV-V	Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade
MMASA	<i>Modified Mann Assessment of Swallowing Ability</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PCC	População, Conceito e Contexto
PDEEER	Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
SNA	Sistema Nervoso Autónomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
DEDICATÓRIA	III
PENSAMENTO	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VII
SUMÁRIO	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	IX
INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	6
1.1. DEGLUTIÇÃO: DO CONCEITO À NEUROFISIOLOGIA.....	7
1.1.1. Neurofisiologia da deglutição	8
1.2. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO.....	16
1.3. DISFAGIA	19
1.4. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NA DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA.....	22
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	26
2.1. TIPO DE ESTUDO	27
2.2. PROTOCOLO DE <i>SCOPING REVIEW</i>	29
2.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA	32
2.4. TRIAGEM E SELEÇÃO DAS EVIDÊNCIAS	35
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	38
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
CONCLUSÕES.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Inervação do nervo trigêmeo (V)	9
Figura 2: Inervação do nervo facial (VII).....	10
Figura 3: Inervação do nervo glossofaríngeo (IX)	10
Figura 4: Inervação do nervo vago (X)	11
Figura 5: Inervação do nervo acessório (XI).....	11
Figura 6: Inervação do nervo hipoglosso (XII)	12
Figura 7: Fases da deglutição	14
Figura 8: Consequências da disfagia	22
Figura 9: Diagrama de Fluxo PRISMA.....	36
Figura 10: Síntese da evidência sobre a intervenção do EEER na deglutição comprometida	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Principais causas e sintomas da disfagia, de acordo com as fases da deglutição	21
Tabela 2: Definição dos elementos centrais da mnemónica PPC.....	29
Tabela 3: Definição de conceitos.....	30
Tabela 4: Critérios de inclusão para a seleção dos estudos	31
Tabela 5: Descritores da pesquisa	33
Tabela 6: Estratégia de pesquisa por base de dados, bem como resultados obtidos	34
Tabela 7: Descrição dos estudos.....	44

INTRODUÇÃO

A presente investigação, cujo tema é “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pacientes com deglutição comprometida: uma *Scoping Review*” realiza-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (MER), da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC).

O interesse em investigar esta temática decorre da experiência profissional do investigador. Este, enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), no seu percurso profissional desempenhou funções em diferentes níveis de cuidados, nomeadamente em internamento, intermédios, intensivos e unidade de acidentes vasculares cerebrais (AVC). Tendo-se tornado uma inquietude pessoal esta área, uma vez que nos diferentes contextos a importância atribuída é diferente, valorizada nuns e sobrevalorizada noutros. Torna-se assim pertinente compreender a importância do EEER na avaliação e intervenção na deglutição comprometida, em contexto hospitalar.

A deglutição é definida pelo *International Council of Nurses* (ICN, 2017), como a “passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.” A função de deglutição é caracterizada por uma sequência rápida e coordenada de ações neuromusculares, começando com o encerramento dos lábios e terminando com a abertura do esfíncter esofágico superior (Logemann & Larsen, 2012). Esta desempenha duas funções vitais: facilita a função alimentar ao impulsionar os alimentos da cavidade oral para o estômago, através da faringe e do esófago; e possui um papel protetor contra a aspiração de saliva e alimentos para as vias aéreas superiores (Nishino, 2013). Apesar, de aparentemente simples, é um processo que quando comprometido apresenta importantes condicionantes/riscos para o paciente.

Diversos são os elementos que contribuem para os desafios encontrados na formulação de diretrizes para lidar com indivíduos com deglutição comprometida. Esta, por um lado, não é, por si só, uma condição patológica definida, podendo surgir em várias circunstâncias de doença ou mesmo estar associada ao processo de envelhecimento. A natureza heterogénea da etiologia subjacente significa que geralmente não recebe atenção primária dos profissionais de saúde (Dziewas et al., 2017; Wirth et al., 2016). Por outro prisma, a abordagem multidisciplinar, a diversidade na terminologia, na avaliação diagnóstica e nas opções terapêuticas frequentemente dificultam a

comunicação necessária entre os diversos profissionais envolvidos (Dziewas et al., 2017). Além disso, a evidência disponível sobre questões relacionadas com rastreio, avaliação clínica/instrumental e tratamento da deglutição comprometida é predominantemente de qualidade moderada ou baixa, e geralmente derivada de estudos observacionais, representando um desafio na formulação de diretrizes clínicas (Bath et al., 2018). Consequentemente, a abordagem ao indivíduo com deglutição comprometida tende a focar muito mais nas complicações respiratórias do que no tratamento em si, tanto na prática clínica quanto na pesquisa, resultando em um verdadeiro impacto para o paciente, muitas vezes negligenciado (Cohen et al., 2016; Dziewas et al., 2017; Wirth et al., 2016).

Relativamente aos cuidados do EEER à pessoa com deglutição comprometida estes compreendem a avaliação, algo complexo, à semelhança do próprio ato de deglutir, que se caracteriza por ser dinâmico e rápido, envolvendo um conjunto complexo de estruturas interdependentes comandadas pelo sistema nervoso, bem como a reeducação (Braga, 2016a; Braga, 2016b). A reabilitação,

“enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite (...) maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13565).

O avanço no conhecimento requer que o EEER incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A investigação em enfermagem refere-se ao processo sistemático de procurar, recolher, analisar e interpretar informações relevantes relacionadas com a prática da enfermagem e uma prática baseada em evidência é um conceito central em muitas áreas da saúde, incluindo em enfermagem. A prática baseada em evidência refere-se a uma abordagem sistemática para a tomada de decisões clínicas, que envolve a integração das melhores evidências disponíveis com a experiência clínica do profissional e as preferências do

paciente. Desempenha um papel fundamental na promoção da qualidade dos cuidados de saúde, garantindo que as decisões clínicas sejam baseadas nas melhores evidências disponíveis e focadas em alcançar os melhores resultados de saúde possíveis para os pacientes. Ao analisar um grande volume de evidências, a síntese pode ajudar a identificar tendências, padrões e lacunas no conhecimento. Isso pode levar a novas descobertas, hipóteses de pesquisa e direções para políticas de saúde e práticas clínicas.

Face ao exposto, desconhecendo-se estudos que foquem o papel do EEER na deglutição comprometida e com a finalidade de mapear a evidência científica relativa às intervenções do EEER na deglutição comprometida, optou-se pela realização de uma *scoping review*, tendo por base a questão de investigação “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em pacientes hospitalizados com deglutição comprometida?”, da qual emergem os seguintes objetivos:

1. Objetivo geral:

- a. Mapear a evidência científica, mais atualizada, sobre a intervenção dos EEER em pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar;

2. Objetivos específicos:

- a. Identificar intervenções do EEER em pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar;
- b. Descrever as intervenções do EEER no paciente com deglutição comprometida, em contexto hospitalar.

Face aos objetivos definidos, elegeu-se uma estratégia estruturada e adequada, segundo o modelo conceptual estabelecido pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para a *scoping review* cumprindo-se os preceitos formais e éticos. Assim, confere-se a este trabalho características inovadoras e com valor acrescentado para a comunidade científica.

As *scoping review* são uma abordagem cada vez mais comum para a síntese e análise de evidência científica. Estas podem fornecer informações importantes sobre as características de um conjunto de evidências, as formas, conceitos ou termos usados e, como um tópico foi relatado. As revisões de *scoping* podem fornecer visões gerais de campos de pesquisa e políticas amplos ou específicos, sustentar pesquisas e agendas

políticas, destacar lacunas de conhecimento e identificar áreas para sínteses de evidências subsequentes.

Estruturalmente, o presente trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos de forma a permitir uma melhor compreensão dos conteúdos. O primeiro capítulo, corresponde ao enquadramento conceptual do estudo, através de uma revisão da literatura sobre a deglutição (conceito, neurofisiologia, avaliação e disfagia) e o papel do EEER na deglutição comprometida. No segundo capítulo é descrito o enquadramento metodológico, onde se apresenta o tipo de estudo, o protocolo de *scoping review* (questão de investigação e objetivos delineados), estratégia de pesquisa, triagem e seleção de evidências e extração dos dados. No terceiro capítulo apresentam-se os resultados obtidos, tendo por base os objetivos definidos. No quarto capítulo apresenta-se a discussão dos resultados.

O trabalho culmina com as considerações finais do presente estudo, indicando as principais conclusões retiradas, assim como, as limitações e sugestões para futuros trabalhos de investigação.

Este trabalho foi realizado sob as orientações das normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos da ESS do IPVC, adotando por esse motivo a versão da *American Psychological Association* (APA).

1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Neste primeiro capítulo é apresentado o enquadramento conceptual referente ao tema em estudo: a intervenção do EEER no paciente com deglutição comprometida, tendo por base uma revisão da literatura.

1.1. DEGLUTIÇÃO: DO CONCEITO À NEUROFISIOLOGIA

Existem várias definições sobre o conceito de deglutição. Segundo Hall (2021) a deglutição é um mecanismo complexo principalmente porque a faringe exerce função na deglutição e na respiração. Para Silveira (2013), a deglutição é um processo sinérgico composto por fases intrinsecamente relacionadas e sequenciais, divididas em antecipatória, oral, faríngea e esofágica e, para isto existe uma conexão neurológica e um sincronismo de ações musculares. Segundo Regueiro (2014), pode ser definida como um conjunto de mecanismos neuromotores perfeitamente coordenados, o qual possibilita a passagem do conteúdo oral para o estômago de forma efetiva, com a participação ativa da faringe e do esófago. Para Braga (2016a), a deglutição é um processo sinérgico constituído por diversas fases intrinsecamente relacionadas e sequenciais, podendo ser definida como um conjunto de mecanismos neuromotores que possibilitam a passagem do conteúdo oral para o estômago de forma efetiva, com participação ativa da faringe e esófago. Segundo VanPutte (2016), a deglutição é um processo dinâmico e rápido, envolvendo um conjunto complexos de estruturas interdependentes (orais, respiratórias, faríngeas, laríngeas e esofágicas) comandadas pelo sistema nervoso. O funcionamento eficaz da função de deglutição depende da integridade deste sistema, sendo o controlo neurológico responsabilidade dos gânglios basais, hipotálamo, amígdala, cerebelo, mesencéfalo, tronco cerebral e pares cranianos, com representação cortical bilateral (Braga, 2016a).

Para Malone (2023) a deglutição ou a ação de engolir, é uma função inata do corpo humano. Embora possa parecer uma atividade simples à primeira vista, a deglutição é, na verdade, um processo intrincado e multifacetado que requer a coordenação de diversos músculos e nervos, sendo que, a ação de engolir é o ponto de partida do transporte peristáltico dos alimentos pelo sistema digestivo até o estômago. Numa perspetiva adicional, a alimentação transcende a sua função biológica de nível nutricional, apresentando-se como uma fonte de prazer e ainda com relevante cariz social e cultural (Branco & Portinha, 2017; Dziewas et al., 2017).

Sendo a deglutição, um processo que envolve diversas estruturas anatómicas e requer uma sequência complexa de atividades neuromusculares, importa compreender a sua neurofisiologia, perturbação/disfagia, bem como instrumentos e escalas de avaliação. Só assim se consegue identificar as eventuais alterações à normalidade, implementar intervenções especializadas e prevenir riscos associados.

1.1.1. Neurofisiologia da deglutição

Conforme anteriormente exposto, a deglutição é o processo pelo qual o alimento é impulsionado da boca para o estômago, desempenhando um papel fundamental na nutrição e na proteção da via aérea. O processo de deglutição é controlado por uma complexa rede de nervos e centros nervosos no cérebro, através de uma série de ações neurológicas e musculares, que permitem a ingestão segura e eficiente de alimentos e líquidos. Assim, a deglutição é uma função essencial para o bem-estar humano. A neurofisiologia da deglutição envolve uma complexa interação entre diversas estruturas, nomeadamente: o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso periférico (SNP), estruturas anatómicas (cavidade oral, faringe, laringe e o esófago), 26 pares de músculos e seis pares cranianos (Hoeman, 2011; Malagelada et al., 2014).

O controlo neurológico da deglutição envolve seis componentes: pares cranianos; fibras aferentes e eferentes dos nervos encefálicos; fibras cerebrais do mesencéfalo e cerebelares, responsáveis pelas sinapses com o centro da deglutição no tronco cerebral; o tronco cerebral; o córtex cerebral e os SNC e SNP (Cavalcanti, 1999).

O SNC é constituído pelo encéfalo e a medula espinal, sendo responsável pelo processamento de informação, respostas e integração de processos. O SNP é constituído por todos os tecidos nervosos fora do SNC, incluindo recetores sensoriais (terminações nervosas que detetam estímulos, estão localizados na pele, músculos, entre outros), nervos (feixe de fibras que conectam o SNC a recetores sensoriais, músculos e glândulas), gânglios e plexos. O SNP tem duas unidades funcionais: a sensorial ou aferente, que transmite estímulos elétricos dos recetores sensoriais para o SNC e a motora ou eferente, responsável pelo envio dos estímulos do SNC para órgãos efetores (músculos e glândulas) (VanPutte, 2016). O SNP integra o sistema nervoso somático (voluntário) e o sistema nervoso autónomo (SNA - simpático e parassimpático, responsável pelo controlo dos órgãos internos, tais como esófago, estômago e intestino, bem como por funções como a respiração e a digestão, intervindo nos movimentos

peristálticos e, consequentemente, nas fases involuntárias e inconscientes da deglutição (Almeida et al., 2012).

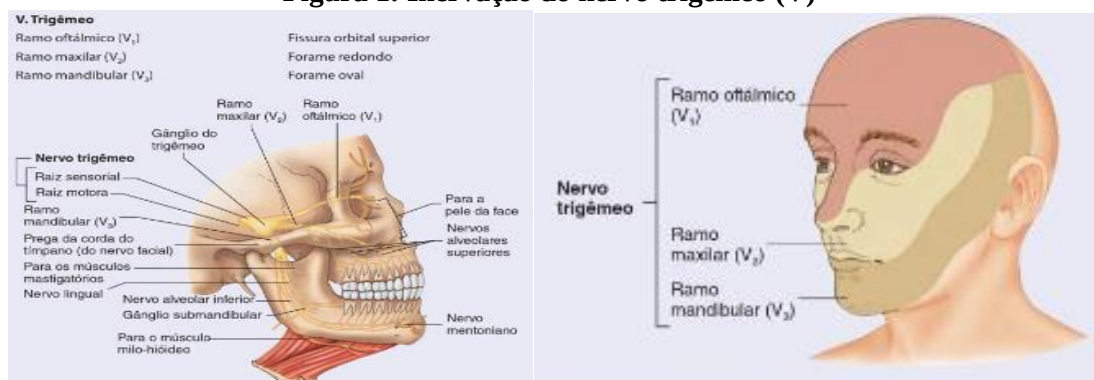
O tronco cerebral conecta o encéfalo à medula espinal. É formado por três estruturas: o mesencéfalo, a ponte e o bulbo. O controlo do processo de deglutição no tronco cerebral é realizado pelo centro da deglutição, localizado na formação reticular bulbar, no bulbo, e desempenha um papel crucial na coordenação dos movimentos involuntários da deglutição (Cavalcanti, 1999; VanPutte, 2016).

O córtex cerebral integra o encéfalo. É constituído pelos sistemas: sensorial (tátil, olfativo, gustativo e propriocetivo); motor (coordenação motora-oral-faríngea; integração entre a respiração e componentes da mastigação; tônus; amplitude de movimento; força muscular), bem como componentes cognitivos, desempenhando um papel fundamental na fase voluntária da deglutição (Yang et al., 2014; VanPutte, 2016). O córtex cerebral juntamente com o tronco cerebral, são responsáveis pela organização e coordenação do processo de deglutição (Cavalcanti, 1999).

Um nervo craniano pode ter uma ou mais das três funções: sensorial, motora somática e parassimpática. As funções sensoriais incluem os sentidos especiais como a visão. As funções motoras somáticas envolvem o controlo dos músculos esqueléticos por neurónios motores. A função parassimpática envolve a regulação de glândulas, músculo liso e músculo cardíaco (VanPutte, 2016).

Os nervos cranianos associados ao processo de deglutição são o trigêmeo (V), o facial (VII), o glossofaríngeo (IX), o vago (X), o acessório (XI) e o hipoglosso (XII). De notar que as estruturas envolvidas no processo de deglutição são pares, tanto anatómica quanto funcionalmente, devido à inervação bilateral. Assim, anatomicamente únicos, a língua, o palato, a faringe e a laringe são pares funcionais, pelo que cada lado possui inervação independente (VanPutte, 2016).

Figura 1: Inervação do nervo trigêmeo (V)

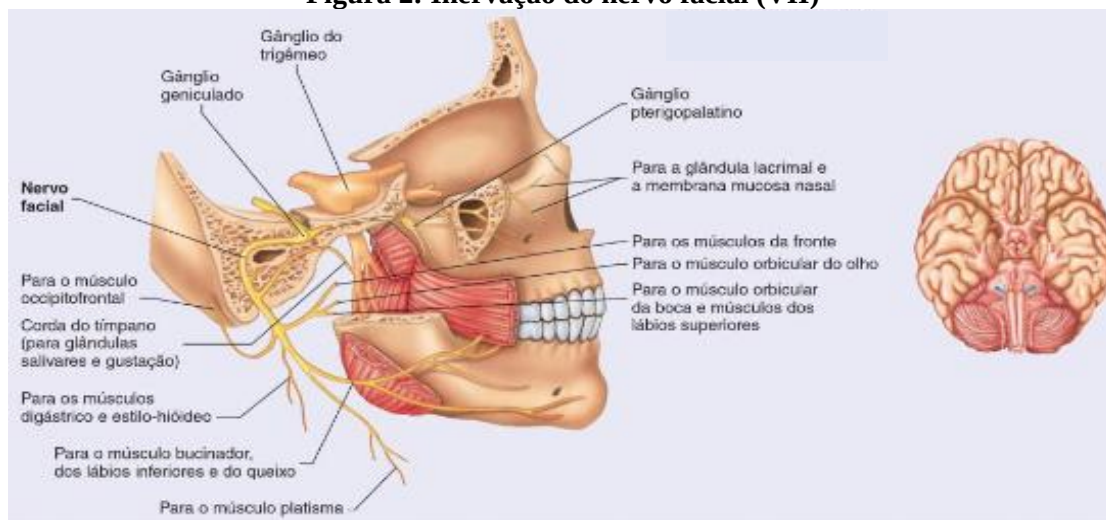


Nota: Adaptado de VanPutte (2016, p. 451)

O nervo trigêmeo (V), (Figura 1), possui funções motoras somáticas, propriocetivas e sensoriais cutâneas, sendo responsável pela inervação dos músculos temporal, masséter, pterigóideo lateral e o músculo pterigóideo medial (VanPutte, 2016).

O nervo facial (VII) (Figura 2) possui funções motoras somáticas, sensoriais e parassimpáticas, nomeadamente, inervar os músculos frontal (testa), o músculo orbicular dos olhos (ao redor dos olhos), o músculo orbicular da boca (ao redor da boca), entre outros; transmitir sensações gustativas dos dois terços anteriores da língua de cada lado, proporcionando inervação sensorial à mucosa das cavidades nasais e palato mole; controlar as glândulas salivares submandibulares e sublinguais, que produzem saliva e controlar o tônus muscular e a modulação da pressão arterial e da frequência cardíaca na região da cabeça e do pescoço (VanPutte, 2016).

Figura 2: Inervação do nervo facial (VII)



Nota: Adaptado de VanPutte (2016, p. 452)

O nervo glossofaríngeo (IX), (Figura 3), possui funções motoras somáticas, sensoriais e parassimpáticas, tais como: contribuir para a percepção sensorial e a sensibilidade e transmitir sensações gustativas da parte posterior da língua; inervar a mucosa da faringe, transmitindo informações sensoriais relacionadas com a deglutição e a sensibilidade na faringe e coordenar os

Figura 3: Inervação do nervo glossofaríngeo (IX)

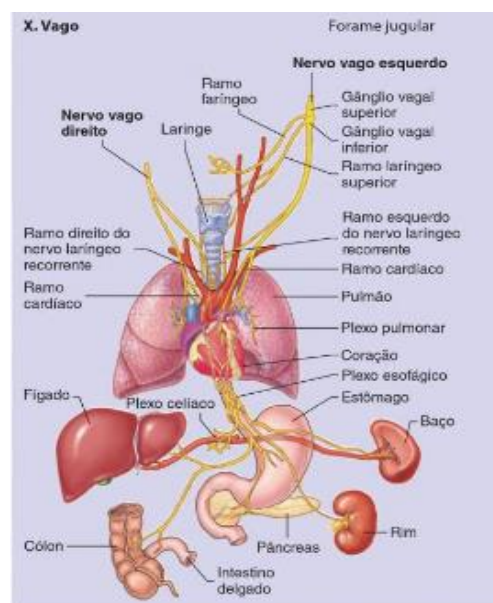


Nota: Adaptado de: VanPutte (2016, p. 453)

movimentos da faringe durante a deglutição. Este nervo está envolvido no reflexo da deglutição, que é desencadeado pela presença de alimentos e/ou líquidos na parte posterior da boca e faringe. Assim, o nervo glossofaríngeo (IX) é responsável por transmitir informações sensoriais ao tronco encefálico para iniciar e coordenar os movimentos necessários para a deglutição segura e eficiente e contribuir para o controle da produção de saliva pelas glândulas salivares submandibulares, através do envio de sinais parassimpáticos que estimulam a produção de saliva em resposta à ingestão de alimentos e à estimulação gustativa (VanPutte, 2016).

O nervo vago (X), (Figura 5), assim como o nervo facial (VII) e o nervo glossofaríngeo (IX), possui funções motoras somáticas, sensoriais e parassimpáticas. O nervo vago (X) é um dos principais nervos envolvidos no processo fisiológico da deglutição, sendo responsável por: inervar os músculos do palato mole, da faringe e da laringe; transmitir sinais ao tronco encefálico, desencadeando uma série coordenada de contrações musculares que empurram o alimento em direção ao esôfago e ao estômago; regular funções autônomas como a frequência cardíaca e a pressão arterial (coordenando a atividade cardiovascular com os movimentos musculares da deglutição) e controlar o funcionamento do esfíncter esofágico inferior (VanPutte, 2016).

Figura 5: Inervação do nervo vago (X)



Nota: Adaptado de VanPutte (2016, p. 454)

Figura 4: Inervação do nervo acessório (XI)



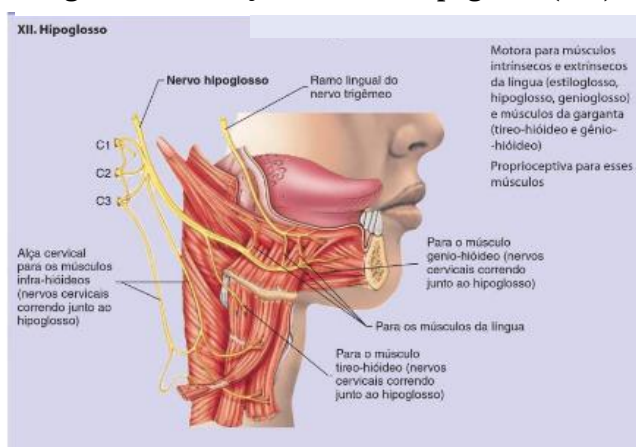
Nota: Adaptado de VanPutte (2016, p. 454)

O nervo acessório (XI), (Figura 4), é um nervo motor somático, que possui raízes cranianas e espinais. A raiz craniana, deste nervo, une-se ao nervo vago e participa nas suas funções, é também responsável pela inervação dos músculos do pescoço e dos ombros, o esternocleidomastóideo e o trapézio, que desempenham um papel crucial na manutenção da postura adequada da

cabeça e do pescoço durante o processo de deglutição, permitindo que a faringe e o esôfago permaneçam alinhados para facilitar a passagem do bolo alimentar (VanPutte, 2016).

Figura 6: Inervação do nervo hipoglosso (XII)

O nervo hipoglosso (XII), (Figura 6), é um nervo motor somático, tem como funções: inervar os músculos extrínsecos (três de quatro) e intrínsecos da língua e, também os músculos tireo-hióideo e genio-hióideo, coordenar os movimentos dos músculos da língua e regular o reflexo da deglutição (VanPutte, 2016).



Nota: Adaptado de VanPutte (2016, p. 455)

O plexo faríngeo, composto pelos nervos glossofaríngeo, vago e acessório (através do nervo vago) é uma rede nervosa importante na região da faringe, considerada responsável pela fase reflexa faríngea, através do envio das informações aferentes da faringe até ao tronco encefálico, gerando estímulos eferentes às estruturas faríngeas envolvidas nesta fase do processo de deglutição. Esta integração de nervos permite a coordenação eficaz de várias funções, como a deglutição, comunicação (expressão verbal) e respiração, garantindo o funcionamento adequado desses processos essenciais para a vida (VanPutte, 2016).

A cavidade oral é delimitada: anteriormente pelos lábios, gengivas e arcadas dentárias superior e inferior; lateralmente pelos músculos bucinadores e masséter, revestidos de mucosa; superiormente pelo palato mole e pelo palato duro; inferiormente pelo pavimento oral e pelos 2/3 anteriores da língua; e, posteriormente pelo istmo faríngeo (Jotz et al., 2009).

A faringe encontra-se dividida em três partes: nasofaringe (parte nasal), orofaringe (parte oral) e hipofaringe (parte laríngea). A nasofaringe localiza-se posteriormente ao nariz e superiormente ao palato mole. A orofaringe, estende-se do palato mole até ao osso hióide e, corresponde à extensão posterior da cavidade oral, é delimitada pelos pilares anteriores e a parede posterior da faringe e, inferiormente pela valécula (espaço entre a base da língua e a epiglote - acumulação da saliva da superfície da língua). A hipofaringe é a porção mais longa da faringe, inicia-se ao nível do osso hióide e

estende-se até ao músculo cricofaríngeo. A hipofaringe comunica anteriormente com a laringe, superiormente com a orofaringe e, inferiormente com o esófago e com a prega ariepiglótica (Jotz et al., 2009).

A laringe é uma estrutura complexa do sistema respiratório, sendo composta pelo osso hióide, músculos e por três cartilagens pares e três cartilagens ímpares. As cartilagens ímpares são a tireoide, a cricoide e a epiglote, enquanto as cartilagens pares são as aritenoides, as cuneiformes e as corniculadas. A laringe, encontra-se dividida em três partes: supraglote, glote e subglote. (Jotz et al., 2009). A supraglote inclui a epiglote, uma estrutura em forma de folha que funciona como uma válvula, com função de proteção das vias aéreas inferiores durante a deglutição. A epiglote fixa-se à língua, à faringe e as suas laterais estão fixadas às cartilagens aritenoides por pregas ariepiglóticas, localiza-se posteriormente ao osso hióide e a sua porção caudal desloca-se no sentido posterior, ocluindo verticalmente a via aérea (Jotz et al., 2009). A mucosa da laringe forma dois pares de pregas. O primeiro par de pregas, o mais superior, forma as pregas vestibulares ou falsas pregas vocais. O segundo par forma as pregas vocais verdadeiras. A glote é a porção localizada entre as pregas vestibular e de cada lado por uma prega vocal. A subglote corresponde à porção inferior da laringe, localizada abaixo das pregas vocais (Jotz et al., 2009). Os músculos da laringe apresentam três funções fundamentais: em abdução, abrem para a glote permitir a passagem do ar; em adução, fecham a glote para proteger a via aérea durante a deglutição; e regulam a tensão das cordas vocais para permitir a fonação (Braga, 2016a).

O esófago é um tubo muscular com cerca de 25 a 30 centímetros de comprimento e com 1,5 a 1,9 centímetros de diâmetro, inicia-se na face inferior do músculo constritor inferior da faringe, sensivelmente ao nível da 6ª ou 7ª vértebra cervical. O esófago apresenta duas inflexões côncavas uma para a direita e outra para a esquerda e estende-se até ao esfíncter esofágico inferior – cárdia, ao nível da 10ª ou 11ª vértebra torácica (Jotz et al., 2009).

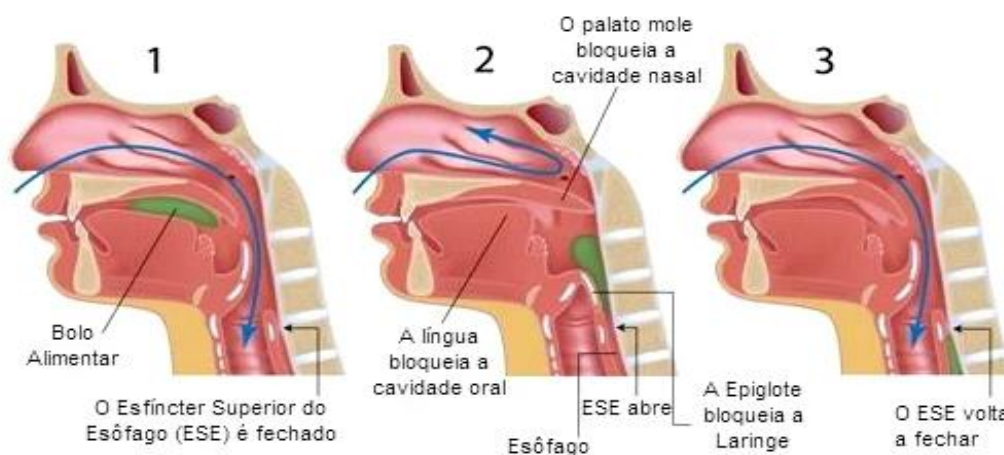
Os músculos da face são responsáveis pela mímica, expressão do olhar, e pelas ações relativas à visão, alimentação e fonação. São músculos inervados pelo VII par craniano e são os seguintes: músculo orbicular da boca; músculo bucinador (responsável pela propulsão do bolo alimentar em direção posterior e pela expulsão do ar da cavidade oral), músculo levantador do lábio e da asa do nariz; músculo levantador do ângulo da boca; músculos zigomáticos maior e menor; músculo risório (responsável pela elevação

do lábio superior e separação das comissuras); músculo abaixador do ângulo da boca; músculo abaixador do lábio inferior e músculo mental (Jotz et al., 2009).

Os músculos da mastigação mobilizam a mandíbula no sentido cefalocaudal e lateralmente. Fazem parte deste grupo de músculos: o músculo temporal (responsável pelo movimento da mandíbula nos processos fonatórios, na oclusão rápida da cavidade oral e na retração da mandíbula); o músculo masséter (responsável pela oclusão da cavidade oral); o músculo pterigóideo lateral, (responsável pelo movimento da mandíbula em sentido anterior e lateral); e o músculo pterigóideo medial (responsável pela oclusão da cavidade oral) (Jotz et al., 2009).

Como constatamos, são várias as estruturas e interações que intervêm na deglutição. Esta função apresenta várias fases. As fases da deglutição podem ser três, quatro ou cinco conforme diferentes autores. Na classificação por três fases estão contempladas a fase oral, a fase faríngea e a fase esofágica (Jancelewicz et al., 2017; Khan et al., 2014; Malagelada et al., 2014). Outros autores consideram quatro fases oral preparatória, oral, faríngea e esofágica. (Altman, 2013; Branco & Portinha, 2017). Recentemente, existem autores que defendem a classificação de cinco fases: antecipatória, oral preparatória, oral, faríngea e esofágica (Cichero, 2006). Optou-se por descrever a classificação mais comumente aceita que ocorre em três fases: fase oral, fase faríngea e fase esofágica (Figura 7).

Figura 7: Fases da deglutição



Nota: Legenda (1) Fase Oral, (2) Fase faríngea, (3) Fase esofágica. Adaptado de: Magalhães (s.d.)

A fase oral é voluntária e consciente, de duração variável, dependendo do sabor, fome, motivação e consciência da pessoa. A fase oral engloba o ato de transportar o alimento até à boca e a sua transformação em bolo alimentar, através do processo motor de

mastigação acionado por uma resposta neurosensorial positiva (Braga, 2016a; Branco & Portinha, 2017). Nesta fase, a faringe e a laringe, encontram-se em repouso e a via aérea está aberta, possibilitando a respiração nasal (Braga, 2016a; Branco & Portinha, 2017). A fase oral termina com o transporte do bolo alimentar até ao arco palatino, através de movimentos ântero-posteriores da língua que promovem o transporte até a porção posterior da cavidade oral, parte faríngea da língua e valécula (Braga, 2016a; Branco & Portinha, 2017; Malagelada et al., 2014). Segue-se, a fase faríngea, ação reflexa e involuntária, que envolve uma sequência de funções complexas organizadas em duas tarefas essenciais: a transição dos alimentos da faringe para o esófago e a proteção da via aérea (coordenação entre a deglutição e a respiração). Nesta fase, é desencadeado o reflexo de deglutição, quando o bolo alimentar passa o pilar amigdalino anterior, dando-se a elevação do palato mole, que contacta com a parede lateral e posterior da faringe, encerrando a nasofaringe (pausa na respiração nasal e evicção de alimentos na cavidade nasal), concomitantemente o bolo alimentar move-se para a faringe por movimento de retropulsão, culminando com a abertura do esfíncter esofágico superior por compressão do bolo alimentar (Braga, 2016a; Malagelada et al., 2014). A última fase, a esofágica, ação reflexa e involuntária, é iniciada pela entrada do bolo alimentar no esófago, os líquidos são transportados por ação gravitacional e os sólidos são auxiliados pelos movimentos peristálticos (contração dos músculos estriados e lisos do esófago). As ondas peristálticas do esófago evitam o refluxo esófago-esofágico e/ou gastroesofágico. Esta fase termina com a passagem do bolo alimentar para o estômago (Branco & Portinha, 2017; Malagelada et al., 2014).

Dada a complexidade dos requisitos para uma deglutição eficaz, conforme descrito, é evidente que as alterações nesta função podem ter diversas causas (Branco & Portinha, 2017). Assim, na presença de alteração das estruturas envolvidas na deglutição, incluindo as neuroanatômicas, existirá como consequência uma alteração em uma ou em várias das fases da deglutição (Dziewas et al., 2017).

O conhecimento das estruturas envolvidas e das relações entre elas é de extrema importância. Avaliações precoces e rigorosas desempenham um papel fundamental na redução da incidência de complicações relacionadas com distúrbios de deglutição (Braga, 2016a). Diante do exposto, a avaliação da função deglutição assume uma importância crucial, comparável à avaliação do estado de consciência. É essencial que a equipa de enfermagem esteja capacitada com o conhecimento necessário para identificar

rapidamente a deglutição comprometida, a fim de iniciar medidas que facilitem o diagnóstico e tratamento das alterações envolvidas (Silva & Grilo, 2018).

1.2. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO

A etapa inicial no processo de enfermagem consiste na avaliação, que envolve a coleta de dados e informações relevantes associadas à pessoa, família ou comunidade. Esta informação é fundamental para identificar os diagnósticos de enfermagem (Kuiper, 2017), sendo crucial o uso de instrumentos de medição confiáveis e validados para esse fim.

A avaliação da deglutição é um procedimento clínico essencial para diagnosticar e monitorizar problemas na deglutição, em pacientes. Esta avaliação envolve a observação e análise da função de deglutição, incluindo a capacidade de mover o alimento da boca para o esófago, a coordenação dos músculos envolvidos no processo e a ausência de sinais de aspiração e/ou penetração de alimentos nas vias respiratórias (Braga, 2016a).

A avaliação da deglutição pode incluir diferentes técnicas, como avaliação clínica, exames de imagem (como videofluoroscopia ou videoendoscopia) e questionários de autorrelato. É fundamental realizar uma avaliação abrangente da deglutição para garantir um tratamento adequado e reduzir o risco de complicações relacionadas com a deglutição comprometida (Braga, 2016a).

Existem diversos instrumentos disponíveis para a avaliação da função deglutição. A revisão sistemática conduzida por Etges et al. (2014) destacou essa mesma heterogeneidade dos instrumentos e escalas de rastreio para avaliação da deglutição. Estes recursos foram desenvolvidos para diferentes populações, incluindo crianças, adultos e idosos, com o objetivo comum de identificar indivíduos com alterações de deglutição. A revisão não encontrou um consenso claro sobre o método mais eficaz ou correto a ser utilizado. Em vez disso, os autores enfatizaram que cabe ao profissional selecionar o instrumento mais apropriado com base na realidade de sua prática clínica, nas características do serviço e no perfil dos pacientes a serem avaliados. Outros autores, tais como Braga, (2016b) e Oliveira et al., (2021) também referem a falta de consenso acerca do instrumento de avaliação da deglutição a utilizar e,

consequentemente a discrepância de valores quanto a números estatísticos da incidência.

Conforme indicado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento n.º 392/2019 (2019), a avaliação do risco de alteração na funcionalidade da alimentação é uma competência específica do EEER. A literatura descreve duas abordagens possíveis na avaliação da deglutição: a avaliação clínica "à beira do leito", na qual o EEER desempenha um papel central devido à proximidade com o paciente e às suas competências, sendo fundamental para um diagnóstico precoce; e a avaliação por meio de técnicas endoscópicas (Braga, 2016b; Cohen et al., 2016).

Existem várias escalas internacionais disponíveis para avaliar e detetar a deglutição comprometida, nomeadamente: *The Mann Assessment of Swallowing Ability* (MASA), *The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability* (MMASA), *The Gugging Swallowing Screen* (GUSS), *The Toronto Bedside Swallowing Screening Test* (TOR-BSST), *Eating Assessment Tool* (EAT-10) e a *Functional Oral Intake Scale* (FOIS), entre outras. No entanto, a OE (2016) recomenda o GUSS e o TOR-BSST, ambos com sensibilidade para o rastreio e, eficazes na prevenção das complicações de deglutição comprometida, quando usados precocemente (Oliveira et al., 2019).

A GUSS foi desenvolvida por Trapel et al. (2007) e de forma rápida (15 a 20 min) e não invasiva permite identificar alterações na deglutição. Foi validada para a população portuguesa em 2017 e é descrita como “um instrumento para a triagem precoce da disfagia, assumindo um carácter quase imperativo para o paciente internado” (Ferreira et al., 2018). A utilização da GUSS não apenas considera a fisiopatologia da ingestão voluntária, mas também permite que os pacientes continuem a alimentação por via oral, de acordo com a consistência indicada. A escala GUSS é uma ferramenta para identificar o risco de deglutição comprometida, dividida em duas fases: Fase 1 - avaliação preliminar ou indireta da deglutição; Fase 2 - avaliação direta da deglutição. É importante realizar estas avaliações em sequência, pois a pontuação da avaliação indireta determina a realização da avaliação direta (Ferreira et al., 2018).

A avaliação indireta monitoriza três itens: estado de vigília, capacidade de tossir voluntariamente e/ou clearance e capacidade de deglutição de saliva (subdivide-se em deglutição bem-sucedida, sialorreia e alterações na voz após a deglutição). Cada item é pontuado, na escala de GUSS, como fisiológico - SIM (1 ponto) ou patológico - Não (0

pontos). A pontuação total varia de 1 (pior desempenho) a 5 (melhor desempenho). A obtenção da pontuação máxima (5) permite a realização da avaliação direta (Ferreira et al., 2018).

A avaliação direta, na escala de GUSS, é composta por quatro itens: deglutição (subdivide-se em deglutição impossível, atraso na deglutição e deglutição bem-sucedida), ocorrência de tosse involuntária, presença de sialorreia e alterações vocais. Cada subitem é pontuado, na escala, como fisiológico - SIM (1 ponto) ou patológico - Não (0 pontos), exceto para o item deglutição, onde 0 pontos indicam incapacidade de deglutir, 1 ponto indica atraso na deglutição e 2 pontos indicam deglutição sem alterações. A avaliação direta é realizada em três testes, sequencialmente, semissólido/textura pastosa, líquido e, por fim, sólido. Assim como na avaliação indireta, a pontuação total varia de 1 (pior desempenho) a 5 (melhor desempenho), em cada teste. A obtenção da pontuação máxima (5), no primeiro teste, é uma condição prévia para a realização do teste seguinte e, assim consecutivamente (Ferreira et al., 2018).

A pontuação obtida indica a gravidade do risco de disfagia, o que permite ao enfermeiro implementar intervenções adequadas, desde a restrição da administração oral até à adequação da dieta, fornecimento de suplementos nutricionais e encaminhamento para avaliações mais detalhadas e instrumentais, como videofluoroscopia ou videoendoscopia (Ferreira et al., 2018).

O TOR-BSST tem sido amplamente adotado como um instrumento de triagem eficaz para avaliar a deglutição em pacientes hospitalizados, tendo sido desenvolvido e validado para pacientes com AVC. O TOR-BSST foi concebido para identificar de forma rápida e precisa os indivíduos com deglutição comprometida, permitindo intervenções precoces para prevenir complicações como a aspiração pulmonar e a desnutrição (Martino et al., 2009).

A avaliação da deglutição, é uma intervenção rigorosa a aplicar a todos os pacientes com alterações reais ou potenciais da deglutição e/ou sinais e sintomas de alerta, de modo a realizar a identificação precoce de deglutição comprometida, também denominada por disfagia e a prevenção das suas complicações.

1.3. DISFAGIA

Os termos "deglutição comprometida", "distúrbios de deglutição" e "disfagia" são frequentemente utilizados de forma intercambiável para descrever a dificuldade no movimento eficaz de alimentos da boca para o estômago. A disfagia representa uma disfunção no processo de deglutição, podendo manifestar-se em qualquer uma das suas fases, tanto do ponto de vista anatômico quanto funcional ou fisiopatológico (Feiteirona, 2020).

A disfagia é caracterizada pela dificuldade em engolir (*National Collaborating Centre for Chronic Conditions*, 2019). Pode ser definida como uma dificuldade nas fases iniciais da deglutição ou como sensação de desconforto e/ou bloqueio de alimentos sólidos e/ou líquidos ao engolir durante a passagem da boca para o estômago. A disfagia é então a “percepção” de um obstáculo à passagem normal do bolo alimentar (Malagelada et al., 2014).

Evidência científica apresenta a disfagia como um mecanismo fisiopatológico, por consistir num distúrbio da deglutição caracterizado por alterações em qualquer fase e/ou entre as fases da dinâmica da deglutição, que pode ser congênita ou adquirida, após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogénico (Almeida, 2009; Baroni et al., 2012; Spadotto, 2009). Esta perturbação na deglutição não apenas afeta diretamente a pessoa, mas também tem implicações que se estendem para aspetos biológicos, psicológicos e sociais (Hausberger, 2014). Fatores como idade avançada, gênero masculino, institucionalização, declínio cognitivo, alimentação por sonda, deficiências neuromusculares, AVC, prevalência de doenças concomitantes e polimedicação aumentam o risco de disfagia (Park et al., 2013).

A disfagia é um problema comum e estima-se que uma em cada 17 pessoas corre o risco de desenvolver disfagia durante a vida. Um estudo de 2011 no Reino Unido mostrou uma prevalência de 11% de disfagia na população em geral (Holland et al., 2011). A deglutição comprometida tem uma incidência de 40-70% nos pacientes após AVC, 60-80% dos pacientes com doença neurodegenerativa, até 13% dos adultos com 65 ou mais anos, superior a 51% dos idosos que vivem em instituições (Lin et al., 2002; Turley & Cohen, 2009), e 60-75% dos pacientes submetidos a radioterapia no cancro de cabeça e pescoço (Malagelada et al., 2014).

Os dados epidemiológicos são difíceis de estabelecer globalmente uma vez que a prevalência de doenças que podem causar disfagia podem diferir entre diferentes regiões e/ou continentes. Consequentemente, apenas aproximações são possíveis em geral. As taxas de prevalência também variam dependendo da idade e do espectro de patologias associadas à disfagia. Em pacientes mais jovens, a disfagia, frequentemente, envolve trauma da cabeça e pescoço ou cancro da boca ou da garganta. Geralmente, a disfagia ocorre em todas as faixas etárias, mas a sua prevalência aumenta com a idade (Malagelada et al., 2014).

Segundo Menoita (2012) os sinais e sintomas associados a potenciais alterações na deglutição são: atenção reduzida, ausência de tosse, presença de tosse se se agrava durante as refeições - tosse imediata e/ou tosse tardia (verificada após a deglutição), engasgamento, pigarro e/ou voz humidificada, excesso de secreções, diminuição de força e dos movimentos orais, alterações na voz (rouquidão, voz entrecortada, nasalada), atraso na propulsão posterior do bolo alimentar (superior a um segundo), deglutição fracionada. As consequências da disfagia podem ser variadas dependendo do grau de severidade das estruturas envolvidas e da causa do compromisso.

Minshall e Pownall (2019) destacam que entre as queixas mais comuns dos pacientes com deglutição comprometida estão a tosse, a sensação de asfixia e/ou de obstrução da garganta por alimentos e/ou líquidos. De acordo com estes autores, no curto prazo, a deglutição comprometida pode se manifestar por voz humidificada, pigarros persistentes, alterações nas vias aéreas superiores e nos padrões respiratórios, enquanto a longo prazo podem ocorrer infecções respiratórias recorrentes, redução na ingestão oral e perda de peso.

A tosse durante a alimentação é considerada um forte indicador de disfagia. No entanto, uma vez que a tosse é uma resposta reflexa que requer estímulo sensorial, em certos distúrbios, ela pode estar ausente; surpreendentemente, 50% dos pacientes com episódios de aspiração não apresentam tosse nem outros sinais externos de penetração de alimentos ou líquidos nas vias aéreas (Minshall e Pownall, 2019). Assim sendo, torna-se crucial reconhecer os sinais e sintomas que alertam para a disfagia (Tabela 1).

Tabela 1: Principais causas e sintomas da disfagia, de acordo com as fases da deglutição

Fase da deglutição	Sinais e sintomas de disfagia
Oral e/ou Faríngea	Sialorreia, assimetria facial, deglutição fracionada, tosse imediata, tosse tardia (verificada após a deglutição), engasgamento, dificuldade de movimento da língua, incapacidade de encerramento completo dos lábios, escape (escorrência dos alimentos ou líquidos pela boca), dificuldade em iniciar o processo de deglutição, atraso na propulsão posterior do bolo alimentar (superior a um segundo), presença de resíduos alimentares, alteração na qualidade de voz, pigarreio, rouquidão, dispneia, perda de peso inexplicável
Esofágica	Eructação ou indigestão resultantes de refluxo esofágico, pneumonia recorrente (aspiração silenciosa), sialorreia, azia, dor no peito, desconforto, perda de peso inexplicável

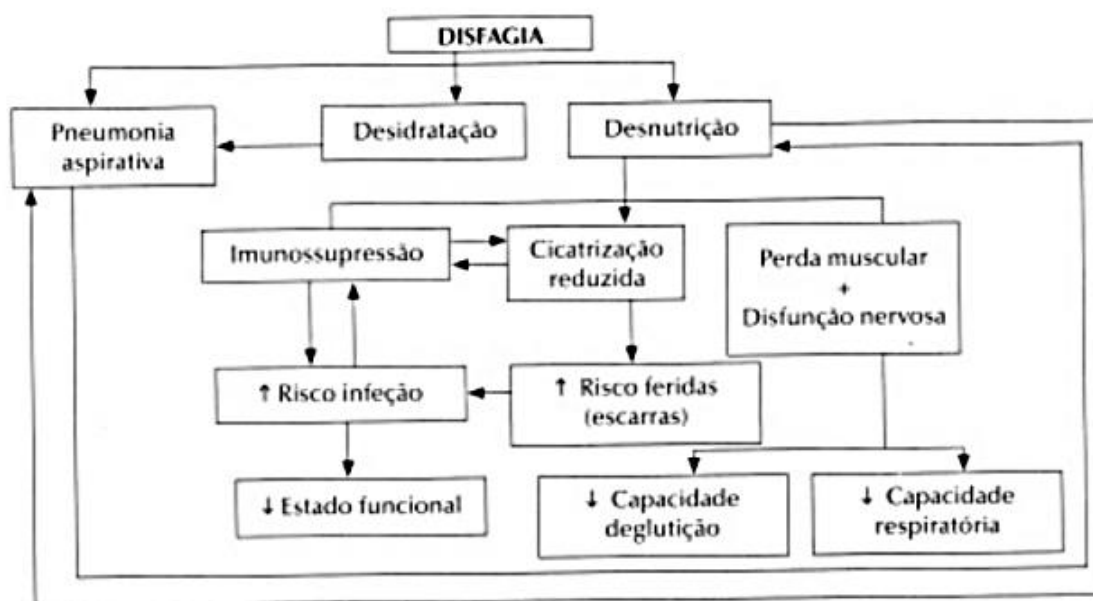
Nota: Adaptado de Branco e Portinha (2017) e Menoita (2012)

A deglutição comprometida pode ser classificada como disfagia orofaríngea, quando abrange as alterações originadas na boca, faringe, laringe e esfíncter esofágico superior, representando aproximadamente 80% dos casos diagnosticados de disfagia, ou como disfagia esofágica relacionada com problemas no esófago superior, corpo esofágico, esfíncter inferior e cárdia, geralmente associados a causas mecânicas, correspondendo aos restantes 20% dos diagnósticos (Espinoza et al., 2019).

Por estar associada a complexos mecanismos neurofisiológicos, resultantes de vários fenómenos fisiopatológicos, a disfagia, é uma condição que pode causar complicações graves (Figura 8), como desidratação, desnutrição, pneumonias de aspiração e, até mesmo asfixia e morte e, é considerada uma condição debilitante, pelo seu impacto biopsicossocial (Malagelada et al., 2014).

A pneumonia de aspiração tem um peso particular, na disfagia, por estar associada ao aumento do tempo de internamento hospitalar, com maior risco de morte e, consequentemente, um aumento no custo de internamento (Almeida et al., 2016).

Figura 8: Consequências da disfagia



Nota: Adaptado de Branco e Portinha (2017)

Após a identificação da disfagia, torna-se essencial desenvolver um plano de cuidados de enfermagem direcionado para a reeducação funcional. Dada a complexidade do processo de deglutição, esse plano requer competências específicas e conhecimentos aprofundados na área de intervenção (Silva & Grilo, 2018).

1.4. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO NA DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

As mudanças no estilo de vida e de hábitos alimentares, o sedentarismo, o consumo de tabaco e o stresse contribuem para o aparecimento de doenças crónicas que podem afetar o indivíduo em qualquer fase da sua vida (Instituto Nacional de Estatística, 2012; Menoita, 2012). Verifica-se que

“com o avanço da tecnologia e do conhecimento na área da Saúde, cada vez mais pessoas sobrevivem às lesões potencialmente fatais (os acidentes de viação e de trabalho, entre outros) e as pessoas com doença crónica vivem mais anos. A necessidade de cuidados nestas populações está em expansão e constitui um desafio para os EEER” (Regulamento n.º 350/2015, 2015, p. 16655).

O EEER emerge, assim como um componente fundamental em todo o processo de reabilitação e além de possuir as competências necessárias, ele está presente durante todo o período de internamento, desempenhando um papel crucial no planeamento

antecipado do regresso a casa. O EEER preocupa-se em compreender não apenas a situação da pessoa em reabilitação, mas também a sua rede de apoio, seja ela familiar ou não, e os recursos estruturais disponíveis. Há um cuidado metucioso no planeamento da transição para casa, garantindo a continuidade dos cuidados e capacitando tanto a pessoa em reabilitação, quanto os seus familiares ou cuidadores informais através do desenvolvimento de habilidades adaptativas. A intervenção do EEER facilita a gestão do processo de transição e promove uma reintegração bem-sucedida na comunidade (Paniagua et al., 2018; Martins, et al., 2018).

Tal como descrito no Regulamento das Competências Específicas o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento n.º 392/2019, 2019. p. 13565). O âmbito de intervenção do EEER assenta, por isso, num processo de tomada de decisão para dar resposta a um problema ou a uma necessidade.

De acordo com a versão de 2015 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a deglutição comprometida está associada a diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados ao foco "deglutir" (OE, 2016a). Por outro lado, no Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (PDCEEER), que serve como uma ferramenta para documentar sistematicamente os cuidados do EEER, a deglutição comprometida é abordada independentemente do autocuidado: comer / beber. O PDCEEER destaca o foco "deglutição", apresentando critérios de diagnóstico, enunciados de diagnóstico e resultados de enfermagem que se aplicam ao foco em si, bem como às dimensões do conhecimento e aprendizagem de capacidades. Destaca-se, portanto, a importância de considerar todas as pessoas com alterações conhecidas ou suspeitas, independentemente da origem, como possíveis portadoras de deglutição comprometida. Assim, uma avaliação rigorosa e antecipada da deglutição torna-se fundamental (Braga, 2016a; OE, 2015).

Identificado o compromisso da deglutição, impõe-se o planeamento dos cuidados de enfermagem visando a reeducação da deglutição. Estes cuidados, pela sua complexidade, requerem competências na área (Braga, 2016b). O contributo do EEER à pessoa com alterações da deglutição passa por uma parceria de cuidados conjunta no sentido do desenvolvimento de processos de adaptação eficazes face ao problema em causa (Regulamento n.º 350/2015, 2015).

De acordo com o Regulamento n.º 392/2019 (2019), avaliar o risco de alteração da funcionalidade a nível da alimentação é competência específica do EEER. A literatura refere duas possíveis abordagens na avaliação da pessoa com alteração da deglutição: a avaliação clínica “à beira da cama”, onde o EEER tem um papel central, pela proximidade à pessoa e competências, sendo esta apreciação essencial para o diagnóstico precoce; e a avaliação através de técnicas endoscópicas (Braga, 2016a; Cohen et al., 2016). A avaliação “à beira da cama” é parte fundamental da intervenção do EEER, tendo como principais objetivos: avaliar o risco de aspiração e a capacidade de proteção da via aérea, determinando a segurança para a alimentação por via oral; adequar a consistência da dieta; e ainda avaliar a necessidade de realização de técnicas de diagnóstico da disfagia (Branco & Portinha, 2017). Esta avaliação pode ser dividida em duas etapas - a avaliação indireta e a avaliação direta da deglutição, salvaguarda-se que nesta apenas é feita uma correta apreciação da fase orofaríngea (Braga, 2016a).

A avaliação da pessoa com risco ou suspeita de alteração da deglutição é um processo complexo, que requer conhecimentos e perícia. Na literatura existe consenso entre vários autores sobre o enfermeiro ser o elemento privilegiado na equipa interdisciplinar para rastrear o risco e realizar a avaliação estruturada e confiável da deglutição (Oliveira et al., 2019; Schwart et al., 2018). Nesta linha de pensamento, através de um olhar mais especializado, o EEER pelas suas competências específicas traduzidas em intervenções autónomas na área da deglutição contribuirá para a redução das complicações da disfagia, diminuindo o tempo de internamento e promovendo ganhos em saúde. O papel do EEER face à pessoa com compromisso da deglutição ultrapassa a linha da avaliação desta alteração, com um enfoque significativo na reeducação deste requisito universal (função de deglutição). O contributo do EEER à pessoa com alterações da deglutição passa por uma parceria de cuidados conjunta no sentido do desenvolvimento de processos de adaptação eficazes face ao problema em causa (Regulamento n.º 350/2015, 2015).

No âmbito dos programas de intervenção do EEER na deglutição distinguem-se duas vertentes de intervenção: a primeira com o objetivo de restaurar a função e a segunda em prevenir complicações minimizando o impacto da incapacidade (OE, 2018). O desenvolvimento de capacidades e competências da pessoa com deglutição comprometida permite a vivência do processo de transição. O papel do EEER centra-se na promoção da autonomia no autocuidado, prevenindo complicações e maximizando

capacidades (OE, 2018). O programa de reabilitação da disfagia deve ser individualizado para cada paciente (Umay et al., 2021).

Malagelada et al. (2014) propõem como intervenções de reabilitação à pessoa com deglutição comprometida modificações posturais, nutricionais e comportamentais adequadas e exercícios de fortalecimento e *biofeedback*. O *biofeedback* consiste no treino de capacidade de gestão de tempo e coordenação da deglutição, uma ferramenta útil para auxiliar no relaxamento muscular, na cooperação e/ou no aprimoramento do padrão de resposta muscular, além de aumentar o recrutamento de unidades motoras durante a atividade muscular (Tang, 2017). O impacto do *biofeedback* está condicionado pelo desempenho das funções corticais e pelo nível de atenção, portanto, pode não ser adequado para todos os pacientes. No entanto, o *biofeedback* quando considerado como parte de tratamentos combinados, demonstra-se ser uma abordagem eficaz e promissora (Easterling, 2017; McGinnis, 2019). Por seu lado, autores como Braga (2016b) e Silva e Grilo (2018) defendem a inclusão de treino de habilidades e a implementação de técnicas de reeducação respiratória (ênfase no padrão e na mecânica ventilatória), com o objetivo de promover a musculatura respiratória e reduzir o risco de aspiração.

Umay et al. (2021) elaboraram um documento de recomendação com o objetivo de sensibilizar e estabelecer um consenso entre médicos especialistas no tratamento de pacientes com AVC que apresentam disfagia. Apesar deste documento ter sido elaborado apenas com base na experiência e conhecimento de médicos especialistas em diversas disciplinas, sendo uma importante limitação, é adotada uma abordagem multidisciplinar. Este documento emana intervenções de primeira linha a implementar, pela sua eficácia, nomeadamente: educação em saúde e informação, higiene oral e cuidados orais (protocolos de higiene oral podem reduzir o risco de aspiração e, consequentemente, o risco de pneumonia), posicionamento, estimulação sensorial oral (pressão térmica (fria)-tátil), exercícios de amplitude de movimento orofaríngea, exercícios de correção de cabeça, pescoço e postura (coluna cervical) e modificações posturais, são outras das intervenções enumeradas.

A eficácia terapêutica é alcançada pela combinação de técnicas compensatórias com exercícios de reabilitação (Easterling, 2018).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Produzir ciência implica gerar conhecimento sobre algum aspeto da realidade. A pesquisa científica é o processo que tem possibilitado ao ser humano, ao longo dos anos, responder a questões em diversos níveis. No passado, era associada exclusivamente às ciências exatas, mas mais recentemente tornou-se transversal a todas as áreas do conhecimento (Vilelas, 2020).

A investigação é uma competência do Enfermeiro Especialista, reconhecida pela OE, pela sua capacidade de aprimorar a prática de enfermagem e promover o avanço da disciplina. Por outro lado, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), a OE afirmar que a pesquisa em enfermagem deve ser um processo sistemático e rigoroso. A investigação permite aumentar o conhecimento na área específica da enfermagem, descodificar, disseminar e conduzir pesquisas relevantes e pertinentes. Este processo, por sua vez, possibilita avançar e aprimorar continuamente a prática da enfermagem. Uma forma de contribuir para o conhecimento científico na prática clínica é através de estudos de revisão, como a *scoping review*.

Neste capítulo, será abordada a metodologia que irá orientar este trabalho de investigação, com o intuito de permitir uma explicação detalhada e rigorosa do percurso desenvolvido no decorrer deste estudo, nomeadamente o tipo de estudo, o protocolo de *scoping review* (questão de investigação e objetivos delineados), estratégia de pesquisa, triagem e seleção de evidências e extração dos dados.

2.1. TIPO DE ESTUDO

O trabalho apresentado é uma *scoping review* cujo objetivo é mapear a evidência científica sobre uma determinada área de pesquisa seguindo as diretrizes metodológicas fornecidas pelo JBI (JBI, 2020). O JBI é reconhecido internacionalmente como um centro de pesquisa e desenvolvimento sem fins lucrativos, vinculado à Faculdade de Saúde e Ciências Médicas da Universidade de Adelaide, colaborando com mais de 70 entidades em todo o mundo, incluindo o *Portugal Centre for Evidence Based Practice*, um centro afiliado ao JBI em Portugal (Apóstolo, 2017).

Dada a explosão do conhecimento e do acesso a uma gama diversificada de fontes de conhecimento ao longo da última década é, agora, quase impossível para os médicos individualmente ou para as equipas clínicas manterem-se a par do conhecimento numa

determinada área. As revisões sistemáticas (também referidas como sínteses de investigação), conduzidas por grupos de revisão com competências especializadas, têm como objetivo recuperar evidências internacionais e sintetizar os resultados desta pesquisa em evidências para informar a prática e as políticas. Os investigadores seguem um processo de pesquisa estruturado que requer métodos rigorosos para garantir que os resultados sejam confiáveis e significativos para os usuários finais (JBI, 2020). Como tal, em qualquer revisão sistemática de qualidade é essencial relatar de forma explícita e abrangente os métodos utilizados na sua síntese. Esta transparência metodológica não apenas é uma exigência fundamental, mas também constitui um indicador distintivo de uma revisão sistemática bem executada. Como empreendimento científico, uma revisão sistemática tem o poder de moldar as decisões relacionadas com a saúde, e, por isso, requer um nível de rigor equiparável ao esperado em todas as áreas de pesquisa (JBI, 2020).

O modelo proposto pelo JBI enfatiza o raciocínio crítico sobre os cuidados de saúde baseados em evidências e procura a melhoria contínua da saúde global (JBI, 2020). Dentro desse contexto lógico e conceitual, a promoção da prática baseada em evidência é essencial para orientar a tomada de decisões clínicas e melhorar os resultados para os pacientes.

A opção pela realização de uma *scoping review* fundamenta-se pelo facto de este ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de investigação, identificar lacunas, e auxiliar na futura realização de revisões sistemáticas do tipo clássico (JBI, 2020).

Pretende-se, assim, mapear, identificar e descrever o que existe na evidência científica acerca da intervenção dos EEER, nas unidades de cuidados de saúde de agudos, relativa ao foco deglutição, bem como agrupar esse conhecimento em forma de uma revisão cientificamente rigorosa e efetiva (JBI, 2020).

Este estudo assume assim relevância, ao elaborar uma revisão ampla sobre a temática anteriormente mencionada, dado que não existem outras publicações semelhantes. Assim, pretende-se um contributo imprescindível para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros de reabilitação e da qualidade dos cuidados prestados já que “a prática dos cuidados de enfermagem de reabilitação incorpora os

resultados da investigação, as orientações das boas práticas dos cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados na evidência” (OE, 2018; p. 7,8).

Um passo essencial no desenvolvimento de uma revisão sistemática é o desenvolvimento de um protocolo de revisão.

2.2. PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

O protocolo é um documento completamente independente do relatório de revisão sistemática (JBI, 2020). Um protocolo de revisão de *scoping review* é importante, pois define o método a ser utilizado, a questão de investigação, os objetivos do estudo, os critérios de inclusão e exclusão, bem como as bases de dados a serem utilizadas na pesquisa. A elaboração deste protocolo permite que o pesquisador monitorize as etapas do processo, evitando possíveis desvios e viés (JBI, 2020). O protocolo desta *scoping review* foi registado na plataforma *Open Science Framework* com o número de registo osf.io/3vc2x.

A primeira etapa, em qualquer revisão de literatura, passa pela definição do título. Este deve ser informativo e indicar claramente o tema da revisão. O título de uma *scoping review* deve sempre incluir a frase “...: uma *scoping review*” para permitir fácil identificação do tipo de documento que representa (JBI, 2020). O título do protocolo (e a revisão subsequente) deve ser estruturado para refletir os elementos centrais da mnemónica PCC (Tabela 2). A sigla PCC representa: População, Conceito e Contexto (JBI, 2020).

Tabela 2: Definição dos elementos centrais da mnemónica PPC

P – População	C – Conceito	C – Contexto
Pacientes com Deglutição Comprometida	Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	Hospital

Desta forma, o título deste estudo é: “Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pacientes com deglutição comprometida: uma *Scoping Review*”.

A etapa seguinte é a definição da pergunta de investigação. A sua definição influencia e guia a formulação de critérios de inclusão específicos. A clareza da questão de revisão ajuda a elaborar o protocolo, simplifica a pesquisa bibliográfica e oferece uma estrutura precisa para a condução da *scoping review*. Assim como o título, a pergunta deve abranger os elementos da mnemónica "PCC".

Neste sentido a questão de investigação que norteou este trabalho é a seguinte:

“Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em pacientes hospitalizados com deglutição comprometida?”

Para cada conceito utilizado na construção da pergunta considerou-se pertinente a clarificação dos conceitos centrais: deglutição, disfagia, EEER, intervenção de enfermagem, apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Definição de conceitos

Conceito-chave	Definição
Deglutição	“Deglutir: Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.” (ICN, 2017)
Disfagia	Dificuldade nas fases iniciais da deglutição (disfagia orofaríngea) ou como sensação de desconforto e/ou bloqueio de alimentos sólidos e/ou líquidos ao engolir durante a passagem da boca para o estômago (disfagia esofágica). (Malagelada et al, 2014).
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	O EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p. 13565)
Intervenção de Enfermagem	“Ação realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a originar um resultado de Enfermagem” (ICN, 2001).

Esta *scoping review* pretende encontrar intervenções de enfermagem de reabilitação em adultos com deglutição comprometida, em contexto hospitalar, com o intuito de aprimorar entendimentos e descobrir elementos para desenvolver um plano de intervenção e/ou protocolo, num futuro prévio, no paciente com deglutição comprometida, adequado ao ambiente de trabalho do pesquisador. Assim, definiu-se

como objetivo geral mapear a evidência científica, mais atualizada, sobre a intervenção dos EEER em pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar e, como objetivos específicos: identificar intervenções do EEER em pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar; descrever as intervenções do EEER no paciente com deglutição comprometida, em contexto hospitalar.

Os critérios de inclusão detalham a base sobre a qual as fontes serão consideradas para inclusão na revisão e devem ser definidos tão claros e inequívocos quanto possível. Estes critérios fornecem um guia para o leitor compreender claramente o que é proposto e, mais importante, um guia para os próprios revisores basearem as decisões sobre as fontes a serem incluídas na *scoping review*. Deve haver uma congruência clara entre o título, a questão de investigação e os critérios de inclusão (JBI, 2020).

Foram incluídos na *scoping review* os critérios de inclusão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4: Critérios de inclusão para a seleção dos estudos

Critérios de Inclusão	<u>População</u>	Adultos (maiores de 18 anos)
	<u>Conceito</u>	Deglutição comprometida Intervenções de enfermagem; de enfermagem de reabilitação
	<u>Contexto</u>	Hospital
	<u>Tipo de estudos</u>	Todo o tipo de estudos, em <i>full text</i> , disponíveis eletronicamente
	<u>Idioma</u>	Português, Inglês e Espanhol
	<u>Corte temporal</u>	2018-2023

Para efeitos de uma *scoping review*, a “fonte” de informação pode incluir qualquer literatura existente, por exemplo, estudos de pesquisa primária, revisões sistemáticas, meta-análises, cartas, diretrizes, sites, blogs, etc. informações “abertas” para permitir a inclusão de todo e qualquer tipo de evidência (JBI, 2020).

Assim sendo, num primeiro momento foram considerados todo o tipo de estudos experimentais e quase-experimentais, incluindo estudos controlados randomizados, estudos controlados não randomizados, estudos “antes e depois” e de séries temporais

limitadas. Adicionalmente, estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, estudos de caso-controle e estudos analíticos transversais foram adicionalmente considerados para inclusão. Esta revisão também incluiu estudos observacionais descritivos, incluindo séries de casos, relatos de casos individuais e estudos transversais descritivos. A abrangência desta revisão estendeu-se também a estudos qualitativos que se concentram em dados qualitativos, incluindo, mas não se limitando a, projetos como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, descrição qualitativa, pesquisa-ação. Por fim, revisões sistemáticas que atenderam aos critérios de inclusão foram consideradas, mediante questão ou questões de investigação.

A seleção dos estudos relevantes foi baseada, essencialmente, nas questões de investigação, e não na avaliação da qualidade metodológica, dado que uma *scoping review* procura mapear toda a literatura disponível (JBI, 2020).

2.3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa para uma *scoping review* deve, idealmente, ter como objetivo ser tão abrangente quanto possível dentro das restrições de tempo e recursos, a fim de identificar fontes primárias de evidências publicadas e não publicadas (literatura cinzenta ou difícil de localizar), bem como revisões (JBI, 2020). A estratégia de pesquisa detalha como se pretende pesquisar e localizar estudos relevantes (JBI, 2020). Conforme recomendado em todos os tipos de revisões do JBI, deve ser utilizada uma estratégia de pesquisa em três fases (JBI, 2020).

A primeira fase consiste em duas etapas:

- a) A identificação de palavras-chave iniciais com base no conhecimento da área para realizar uma pesquisa inicial a partir de títulos e resumos; e
- b) A análise de palavras de texto contidas em títulos e resumos de estudos e de termos de índice utilizados em base de dados bibliográfica para descrever estudos relevantes, a fim de construir uma estratégia de busca abrangente e específica para cada base de dados incluída (JBI, 2020).

Com base no problema definido, foi elaborada uma lista de palavras-chave para possibilitar uma pesquisa suficientemente sensível e específica. Esta lista foi criada utilizando os termos do MeSH® Browser (*medical subject headings*) e do DeCS® (Descritores em Ciências da Saúde), além de um conjunto de palavras-chave

encontradas nos resumos de estudos científicos relacionados ao tema, obtidos por meio de uma pesquisa livre no Google Acadêmico. Os descritores selecionados para esta pesquisa estão detalhados na

Tabela 5.

Tabela 5: Descritores da pesquisa

Deglutição	Deglutition, Deglutition Disorders, Dysphagia, Swallowing Disorder			
Intervenção de enfermagem de Reabilitação	Rehabilitation Intervention	Nursing,	Rehabilitation	Nursing

Assim, identificada a lista de termos é necessário proceder à sua combinação, formando a frase booleana. A junção dos termos é realizada através de dois conceitos: AND e OR. O termo AND combina termos ou frases; o termo OR possibilita a seleção de um ou outro termo/frase. No caso de se pretender excluir termos/frases de uma pesquisa é utilizado o conceito NOT, no entanto deve ser empregue com cautela, pois há o risco de excluir estudos (Craig & Smyth, 2004).

Desta forma, ficou definida a seguinte frase booleana, para este estudo:

((Deglutition OR Deglutition Disorders OR Dysphagia OR Swallowing Disorder) AND (Rehabilitation Nursing OR Rehabilitation Nursing Intervention))

A segunda fase envolve a implementação de pesquisas específicas de banco de dados para cada banco de dados incluído no protocolo (JBI, 2020).

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

Relativamente à procura manual, esta deve ser efetuada em periódicos que não estão indexados nas bases de dados eletrónicas definidas ou que eventualmente foram indexados, mas que a busca não é praticável. A verificação das referências bibliográficas dos estudos permite a identificação de outros estudos de interesse (Bettany-Saltikov, 2012).

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2024 e foram utilizadas as seguintes bases de dados: EBSCOhost, Cochrane Database, Scopus, Scielo e PubMed. Este último é especialmente notável pela sua acessibilidade e constante atualização, servindo como uma fonte de informação referencial. As bases de dados RCAAP e RENATES foram incorporadas para a pesquisa de trabalhos acadêmicos. A Tabela 6 apresenta a estratégia de pesquisa realizada, por base de dados e resultados obtidos.

Tabela 6: Estratégia de pesquisa por base de dados, bem como resultados obtidos

Base de dados: PUBMED Filtro: texto completo gratuito, texto completo, inglês, português, espanhol, adulto: 19+ anos, MEDLINE, de 2018 A 2023 Estratégia de pesquisa: Frase Booleana; descritores no título e/ou resumo Resultados: 46
Base de dados: SCIELO Filtro: inglês, português, espanhol, de 2018 A 2023 Estratégia de pesquisa: Frase Booleana Resultados: 1
Base de dados: EBSCOhost Filtro: texto completo, inglês, português, espanhol, 2018 A 2023 Estratégia de pesquisa: Frase Booleana; descritores no título e/ou resumo Resultados: 11
Base de dados: COCHRANE DATABASE Filtro: 2018 A 2023 Estratégia de pesquisa: Frase Booleana; descritores no título Resultados: 0
Base de dados: SCOPUS Filtro: inglês, português, 2018 A 2023 Estratégia de pesquisa: Frase Booleana; descritores no título e/ou resumo e/ou palavras-chave Resultados: 8

A fase três envolve a revisão das listas de referências de todos os estudos recuperados para avaliação e localização de estudos adicionais (JBI, 2020).

2.4. TRIAGEM E SELEÇÃO DAS EVIDÊNCIAS

A seleção é realizada com base nos critérios de inclusão pré-especificados no protocolo. A seleção (tanto na triagem do título/resumo quanto na triagem do texto completo) é realizada por dois ou mais revisores, de forma independente. Eventuais divergências serão resolvidas por consenso ou por decisão de um terceiro revisor (JBI, 2020). Nesta *scoping*, foi efetuada por dois revisores de forma independente, existindo um terceiro revisor para decisão de divergências.

A seleção dos estudos relevantes foi baseada essencialmente na questão de investigação, “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em pacientes hospitalizados com deglutição comprometida?” e não na avaliação da qualidade metodológica, dado que uma *scoping review* procura mapear toda a literatura disponível (JBI, 2020).

Numa etapa inicial, os revisores realizaram um teste piloto, utilizando 5% do total da amostra, para verificar a existência de consenso. Para avançar, era necessário alcançar no mínimo 75% de concordância entre eles. Neste estudo, foi obtida uma concordância superior a 75%, nesta fase inicial.

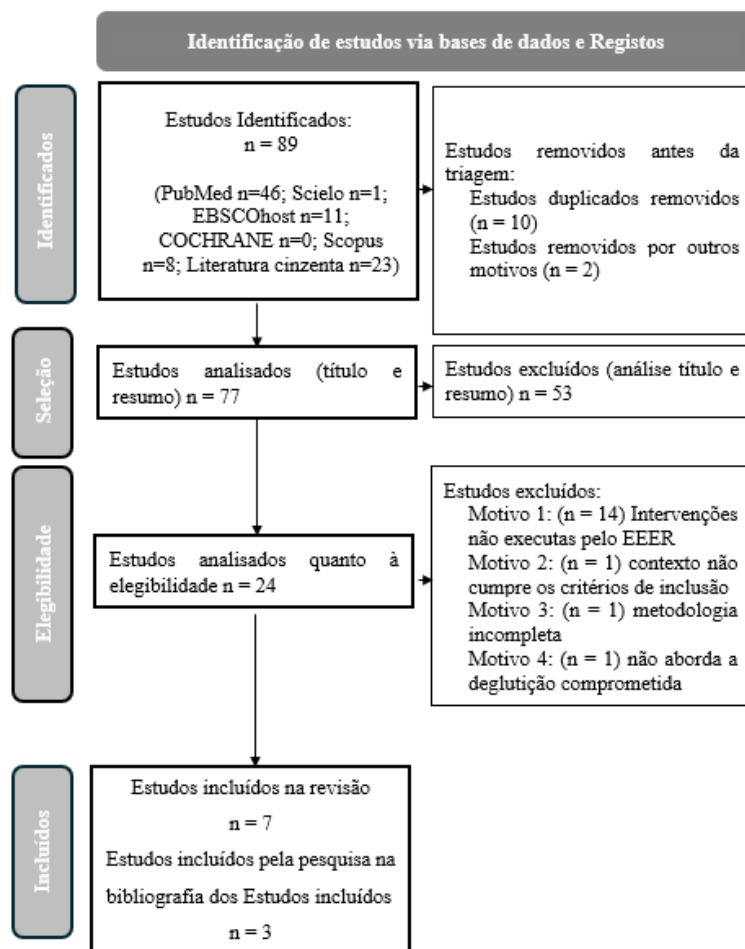
Para organizar as referências foi utilizado o aplicativo *Mendeley - Reference Management Software*[®], uma ferramenta online e gratuita projetada como gerenciador de referências, para simplificar o processo de triagem aos revisores. Todas as referências identificadas foram alocadas no aplicativo. Após a pesquisa, todos os estudos identificados foram analisados de forma a remover as publicações em duplicado (Etapa 1). Após este processo, foi realizada a primeira fase de análise e seleção dos estudos, pela leitura dos respetivos títulos e resumos (Etapa 2). Posteriormente, seguiu-se a fase de análise e seleção dos estudos, selecionados na fase anterior, através da leitura do seu texto completo (Etapa 3). Para esta última etapa foi usado Excel para registo dos motivos de exclusão, por estudo.

Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão dos estudos estão relatados na integra neste trabalho e apresentados num diagrama de fluxo de seleção de estudos para revisões sistemáticas do tipo *scoping*, com a seguinte designação: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses - Scoping Reviews* (PRISMA-ScR).

Tal como é possível observar no diagrama PRISMA-ScR (Figura 9) inicialmente foram identificados 89 estudos, no entanto, após a remoção de dez estudos duplicados, e de

dois estudos que não se encontravam nos idiomas selecionados, obtivemos 77 estudos que foram analisados por título e resumo. Esta triagem resultou na eliminação de 53 estudos, pois não obedeciam aos critérios de inclusão previamente definidos. Deste processo resultaram 24 estudos para análise quanto à sua elegibilidade. De acordo com os critérios de inclusão foram eliminados: 14 estudos, pelo facto de as intervenções não serem realizadas pelo EEER, mas por outros profissionais de saúde; um estudo foi eliminado porque o seu contexto era fora do âmbito hospitalar; um outro estudo por não apresentar a metodologia completa e, por fim um estudo por não abordar a deglutição comprometida. Resultando assim na inclusão de sete estudos para efetuar a presente revisão. A última etapa consistiu na análise das referências bibliográficas dos sete estudos selecionados, conforme definido pela metodologia JBI (2020). Como resultado deste processo, três estudos, que não tinham surgido na pesquisa efetuada nas bases de dados foram acrescentados, porque atendiam aos critérios de inclusão. Em síntese, o estudo contou ao todo, com 10 estudos para análise.

Figura 9: Diagrama de Fluxo PRISMA



Nota: Adaptado do PRISMA Flow Diagram

Os princípios éticos foram observados durante todo o curso da investigação. Na seleção e avaliação dos estudos, não houve conflitos de interesse, pois não havia vínculos entre os revisores e os autores dos estudos. Ao analisar e discutir os resultados, os autores são citados, garantindo a integridade e o conteúdo dos estudos, com o objetivo de não distorcer o discurso original.

2.5. EXTRAÇÃO DOS DADOS

A extração de dados dos estudos refere-se ao levantamento e registo de informações de forma criteriosa e rigorosa do mesmo (Bettany-Saltikov, 2012). Na *scoping review* o processo de extração de dados pode ser denominado “gráfico de dados”. Este processo fornece ao leitor um resumo lógico e descritivo dos resultados que se alinham com o(s) objetivo(s) e pergunta(s) do estudo (JBI, 2020). Para que a extração dos dados seja uniforme e se reduza o risco de viés aconselha-se a utilização de um quadro padrão (Bettany-Saltikov, 2012).

Dos 10 estudos selecionados a extração e síntese dos dados, foi efetuada pelos dois revisores independentes, de forma descritiva, alinhados com o objetivo da revisão, com recurso a tabelas. O intuito final, deste processo de recolha de dados, foi o de efetuar um resumo lógico e descritivo dos resultados, por forma a mapeá-los, dando resposta ao objetivo final do mapeamento dos dados que é identificar, caracterizar e resumir as evidências de pesquisa sobre um tópico, incluindo a identificação de lacunas de pesquisa (Nyanchoka et al., 2019), cujos resultados são apresentados no próximo capítulo.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados é uma etapa essencial no processo de uma revisão exploratória. Conforme definido pelo JBI (2020), espera-se que essa apresentação seja clara e proporcione uma compreensão abrangente da resposta fornecida pela questão de investigação e pelos objetivos definidos.

Assim sendo, os resultados foram apresentados sob forma de tabela, acompanhadas de um breve resumo para facilitar a orientação dos mesmos face à questão de investigação, permitir o mapeamento dos resultados de forma simplificada, bem como a compreensão do leitor sobre os mesmos.

Dando continuidade à metodologia do JBI (2020), foram selecionadas as categorias conceptuais para a tabela de extração de dados, as quais incluem: Código do Estudo, Título do Estudo, Autores e Ano, Objetivo, Orientação Metodológica/Tipo de Estudo, Amostra/Procedimento, Resultados/Ganhos em Saúde, conforme apresentado na Tabela 7.

Os estudos foram codificados para facilitar a identificação pelo leitor. Dos dez estudos selecionados, oito estavam disponíveis com texto completo em português, enquanto dois estavam apenas disponíveis em inglês. Em relação ao ano de publicação, o estudo mais recente é de 2023 e o mais antigo é de 2018.

De todos os estudos selecionados, cada um deles envolveu participantes adultos diagnosticados com deglutição comprometida, com descrição de intervenções do EEER, conforme definido no protocolo de pesquisa. De referir que os dois estudos em inglês (E7 e E10) apesar de não mencionarem especificamente o EEER, referiam a intervenção de enfermeiros especializados, motivo pelo qual se optou pela sua inclusão, que pode ser justificado pelo facto de internacionalmente não existir a figura do EEER.

Relativamente à orientação metodológica dos estudos: quatro estudos de caso múltiplos (E1, E2, E4 e E6), duas revisões sistemáticas da literatura (E3 e E5), dois estudos quantitativos (E7 e E8), um estudo quantitativo retrospectivo (E9) e um estudo controlado randomizado (E10). De realçar, que dos dez estudos analisados cinco tinham enfoque em pacientes com AVC e um em pacientes com cancro do esófago. Da análise efetuada ao contexto, todos cumpriam o critério de inclusão de se aplicarem no hospital.

Foi transversal a todos os estudos analisados a avaliação da deglutição. Esta deve ser realizada tão precoce quanto possível, na admissão e/ou antes do início da administração de alimentação por via oral. No entanto, não reuniu consenso o

instrumento a ser utilizado. Os estudos E6 e E9 identificaram a escala de GUSS como único instrumento utilizado (Mendes, 2023; Sá, 2023). No caso do estudo E1 foi utilizada a EAT-10 em combinação com a V-VST e a FOIS (Silva & Grilo, 2018). O E2 aplicou a escala de GUSS em associação com a escala de coma de Glasgow (ECG) e com a FOIS (Feiteirona, 2020). Por sua vez, o E4 associou a escala de GUSS com o SWAL-QoL (Ferreira, 2022). O E8 aplicou a escala de GUSS com a MECV-V e a ECG (Góis, 2018). Os estudos E3, E5, E7 e E10, apesar de mencionarem a avaliação, não identificaram o instrumento utilizado (Feiteirona & Grilo, 2023; Gomes, 2019; Zeng et al., 2021; Zang & Zu, 2018). De realçar, que no caso em particular do E3, tratando-se de uma revisão sistemática da literatura, referiu que não existiu consenso na seleção de um instrumento de avaliação (Feiteirona & Grilo, 2023).

No que concerne à intervenção do EEER os estudos E1, E2, E8 e E9 definiram programas de intervenção específicos, dirigidos às alterações na deglutição identificadas nos pacientes (Silva & Grilo, 2018; Feiteirona, 2020; Góis, 2018; Sá et al., 2023).

Quanto às intervenções propriamente ditas, a modificação da dieta foi referida em todos os estudos. No caso em particular do E6, na presença de deglutição comprometida com incapacidade de ingestão por via oral, os pacientes apresentavam sonda nasogástrica, de forma a suprimir as necessidades hídricas e nutricionais (Mendes, 2023). Por outro lado, o E2 identificou a ingestão hídrica como um aspeto a que o EEER deve estar atento, no sentido de prevenir a ocorrência de episódios de desidratação (Feiteirona, 2020).

A higiene oral surgiu mencionada nos estudos E2, E3, E6, E7, E8 e E9.

Outra intervenção que foi transversal em todos os estudos foi a necessidade de promover a adesão ao programa definido pelo EEER, através de educação para a saúde (conhecimento e aprendizagem de capacidades).

O estudo E1 definiu programas de exercícios terapêuticos, posturais e técnicas compensatórias da deglutição de acordo com a fase de deglutição com maior número de distúrbios identificados, fase preparatória (programa 1), fase oral (programa 2) ou fase faríngea (programa 3). Assim, de acordo com o programa a implementar este incluía programas de fortalecimento muscular, posturas compensatórias e técnicas compensatórias/ facilitadoras da deglutição, com intervenções e duração específicas para cada fase (Silva & Grilo, 2018).

Os estudos E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10 implementaram exercícios de reabilitação funcional motora, tais como, exercícios orofaciais, exercícios de fortalecimento muscular e de amplitude do movimento, exercícios de coordenação, estimulação sensitiva e/ou sensorial e massagem (Feiteirona, 2020; Ferreira, 2022; Gomes, 2019; Mendes, 2023; Zeng et al., 2021; Góis, 2018; Sá et al., 2023; Zang & Zu, 2018).

Por outro lado, também foi posta em evidência a implementação de intervenções de reabilitação funcional respiratória, nos estudos E8 e E9, como prevenção do risco de aspiração (Góis, 2018; Sá et al., 2023). O E4 referiu a cinesioterapia respiratória como intervenção a implementar, de acordo com a avaliação efetuada (Ferreira, 2022).

A utilização de equipamento adaptativo foi uma estratégia adaptativa a implementar mencionada pelo E8 (Gois, 2018).

Para além das intervenções de reabilitação funcional supracitadas, os estudos E3 e E10 também realçaram a intervenção psicológica nos pacientes, nomeadamente no que se referiu à comunicação e expressão de sentimentos (Feiteirona & Grilo, 2023; Zang & Zu, 2018).

O estudo E1 (Silva & Grilo, 2018), incluiu, sete pacientes, tendo integrado e concluído o programa de intervenção cinco pacientes (o número de sessões foi variável). Todos apresentavam maior número de disfunções na fase faríngea. Dos cinco pacientes, apenas dois finalizaram o programa de intervenção sem sinais de compromisso na segurança e/ou eficácia da deglutição, no entanto, todos eles apresentaram melhoria funcional da deglutição.

No estudo E2 (Feiteirona, 2020), foram avaliados 58 pacientes, para inclusão no estudo, sete cumpriam os critérios de inclusão definidos, no entanto apenas cinco foram incluídos. Foram realizadas 28 sessões tendo-se verificado que três pacientes evoluíram positivamente, em relação à avaliação pela escala de GUSS e dois mantiveram-se no mesmo nível. Todos apresentavam maior número de disfunções na fase faríngea.

O estudo E3 (Feiteirona & Grilo, 2023), uma revisão sistemática da literatura, analisou nove estudos no período temporal de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. Todos incluíram participantes adultos/idosos com deglutição comprometida conforme definido no protocolo de pesquisa, mas nem todos descreviam exclusivamente intervenções de enfermagem. Dos resultados obtidos, destacaram que a avaliação da deglutição antes da administração da alimentação por via oral, a adaptação da dieta, os programas de

higiene oral, bem como a intervenção psicológica e a educação para a saúde são cuidados que podem reduzir o risco de aspiração. Além disso, os exercícios dos músculos da deglutição podem reduzir a gravidade da disfagia, podendo ser potencializados com estimulação elétrica neuromuscular transcutânea, tátil e térmica.

O estudo E4 (Ferreira, 2022), incluiu 12 pacientes. A função de deglutição, avaliada por meio da escala GUSS, demonstrou melhorias significativas. Houve um aumento claro nas médias e medianas entre a primeira e a terceira avaliação, sendo essa melhoria mais acentuada da primeira para a segunda avaliação ($Z=-2,675$; $p=0,007$) e da primeira para a terceira avaliação ($Z=-2,803$; $p=0,05$). Além disso, observou-se uma melhoria entre a segunda e a terceira avaliação, embora menos pronunciada ($Z=-1,730$; $p=0,084$), não sendo estatisticamente significativa devido ao valor de $p>0,05$. Foram também utilizados como indicadores: o índice de Barthel que demonstrou aumento da funcionalidade e independência; a dor, com evolução favorável e a qualidade de vida associada à deglutição através do questionário SWAL-QoL, com uma melhoria acentuada da qualidade de vida associada à deglutição.

O estudo E5 (Gomes, 2019), uma revisão sistemática da literatura, com enfoque na intervenção do EEER no paciente com AVC, incluiu cinco estudos. Dos principais resultados salientam-se: o EEER foi o elemento-chave da equipa no ensino/treino à pessoa/cuidador em todo o processo de reabilitação com resultados positivos; a avaliação e início do processo de reabilitação deve ser realizada o mais precocemente possível; a intervenção funcional do EEER baseou-se em mecanismos de restauração, compensação e adaptação; a combinação de terapias foi mais eficaz que a monoterapia; a rápida identificação das alterações da deglutição foi relacionada com a redução do risco de pneumonia, menor tempo de internamento e melhor custo-efetividade, resultante da redução dos dias de internamento.

O estudo E6 (Mendes, 2023), apresentou três estudos de caso. Foram definidos planos de intervenção individualizados com intuito de aumentar a força muscular, amplitude articular e sensibilidade das estruturas intervenientes na deglutição e de mímica facial. Destes dois pacientes apresentaram evolução favorável para uma deglutição segura e eficaz e um paciente manteve o mesmo grau de disfagia.

No estudo E7 (Zeng et al., 2021), foram incluídos 109 pacientes com cancro de esófago submetidos a radioterapia, divididos em dois grupos. O grupo de controlo (GC) ($n=45$,

receberam intervenção de enfermagem de rotina) e o grupo de intervenção (GI) (n=64, receberam intervenção de enfermagem de reabilitação). Os resultados mostraram que a taxa efetiva total de melhoria da função de deglutição no GI foi de 82,8% (53/64), significativamente superior a 57,8% do GC. Nos outros indicadores avaliados, grau de lesão na mucosa, melhoria da função de deglutição, autocuidado, conhecimento e capacidade e qualidade de vida, os pacientes que integraram o GI apresentaram melhores resultados comparativamente ao GC, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). A incidência de complicações foi menor no GI ($p < 0,05$).

No estudo E8 (Góis, 2018), dos 20 pacientes que compunham a amostra, dez sem disfagia mantiveram deglutição eficaz e dos dez pacientes com disfagia, oito mantiveram o grau de disfagia, um paciente reabilitou e outro paciente agravou o grau de compromisso da deglutição (devido a agravamento geral do estado de saúde). A utilização simultânea dos dois instrumentos (escala de GUSS e MECV-V) e a definição do plano de intervenção do EEER contribuíram para a diminuição de complicações associadas à disfagia, nomeadamente pneumonia por aspiração, e ao mesmo tempo proporcionaram à pessoa com disfagia uma deglutição segura.

No estudo E9 (Sá et al. 2023), definiram um programa de enfermagem de reabilitação que englobou: reeducação da função motora (exercícios orofaciais e estimulação sensitiva motora), reeducação funcional respiratória, estratégias compensatórias/facilitadoras da deglutição (a serem aplicadas durante a alimentação e/ou treinos de deglutição) e higiene oral bidual. Dos pacientes com deglutição comprometida 40,4% apresentaram recuperação da capacidade normal de deglutição, nos restantes, verificou-se uma redução do nível de compromisso da deglutição. Os autores comprovaram os efeitos positivos do programa de reabilitação delineado pelo EEER à pessoa com deglutição comprometida com melhoria ou recuperação da capacidade de deglutição.

No estudo E10 (Zang et al., 2018), compararam-se dois grupos: GC (n= 60, recebeu cuidados de enfermagem baseados na prescrição médica) e GI (n= 60, recebeu cuidados de enfermagem especializados na abordagem da deglutição comprometida). Os dois grupos tiveram melhorias, com percentagens superiores no GI. Foram três os parâmetros avaliados: disfunção da deglutição (96,67% vs 83,33%), satisfação com os cuidados de enfermagem (98,33% vs 88,33%) e taxa de infeção pulmonar menor no GI (1,67% vs 11,67%).

Tabela 7: Descrição dos estudos

Código do Estudo	Título do Estudo (Autor, ano)		
Objetivo	Orientação Metodológica	Amostra/Procedimento	Resultados/Ganhos em Saúde
E1	<u>Deglutição Comprometida: Uma Abordagem de Enfermagem de Reabilitação</u> (Silva & Grilo, 2018)		
Identificar as alterações da deglutição nos pacientes internados com problemas neurológicos num serviço do departamento de medicina de um Centro Hospitalar com escalas próprias de acordo com o estado da arte. Instituir um programa de otimização da deglutição nesses pacientes.	Estudo qualitativo: estudo de caso	Indivíduos adultos e idosos, internados num serviço de medicina de um Centro Hospitalar do SNS. Considerando a fase da deglutição com o maior número de disfunções, foi escolhido um programa de reabilitação que inclui: exercícios para ampliar a amplitude de movimento e fortalecer a musculatura, treinamento em posturas compensatórias e prática de manobras de deglutição direcionadas para as disfunções identificadas. No total foram definidos 3 programas. De 77 pacientes, sete foram incluídos no estudo, de acordo com os critérios de inclusão definidos, tendo durante o estudo dois pacientes foram excluídos. Número de sessões variável.	Dos cinco pacientes, dois finalizaram o programa de intervenção sem sinais de compromisso na segurança e/ou eficácia da deglutição. Todos os pacientes apresentaram melhoria funcional da deglutição Os pacientes que participaram do programa não apresentaram complicações e, inclusive, conseguiram reverter o comprometimento na deglutição, o que contribuiu para aumentar sua autonomia e independência.

E2 Desenvolver programas de intervenção de ER personalizados e holísticos para a prestação de cuidados a pacientes com Deglutição Comprometida	<u>Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Paciente Adulto/Idoso com Deglutição Comprometida</u> (Feiteirona, 2020) Estudo aplicado num serviço de medicina, em Portugal. Avaliação inicial de 58 pacientes, incluídos no estudo 5 pacientes. Foram realizadas 28 sessões. Definido um programa de intervenção do EEER individualizado, que incluía: Estudo de casos múltiplos - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, treino de posturas compensatórias e treino de manobras de deglutição compensatórias direcionadas - Alteração da consistência da dieta - Cinesioterapia respiratória - Cuidados ao sistema sensório-motor oral (higiene oral) Três pacientes evoluíram positivamente, em relação à avaliação pela escala de GUSS e dois mantiveram-se no mesmo nível. Todos apresentavam maior número de disfunções na fase faríngea. A maioria dos pacientes apresentou uma melhoria funcional da deglutição. As intervenções de enfermagem do EEER foram eficazes nos pacientes com compromisso na deglutição, na prevenção de complicações e na maximização da sua autonomia.
E3 Identificar os cuidados de enfermagem prestados a pacientes com deglutição comprometida em diferentes contextos de cuidados e melhorar o conhecimento sobre eles.	<u>Cuidados de Enfermagem ao Paciente Adulto/Idoso com Deglutição Comprometida: Revisão Integrativa da Literatura</u> (Feiteirona & Grilo 2023) Revisão integrativa da literatura Pesquisa de estudos científicos a partir do motor de busca B-on, com os termos de pesquisa, <i>swallowing disorders, elderly, nursing care</i>, no período de outubro a dezembro de 2019. Os nove estudos científicos foram selecionados e analisados. Todos incluíram participantes adultos/idosos com deglutição comprometida Dos resultados obtidos, salienta-se que a avaliação da deglutição antes da administração da alimentação por via oral, a modificação da dieta, os programas de higiene oral, tal como a intervenção psicológica e a educação para a saúde são cuidados que podem diminuir o risco de aspiração. Os exercícios dos músculos da deglutição podem diminuir a severidade da deglutição comprometida, podendo ser potenciados com as estimulações

conforme definido no protocolo de pesquisa, mas elétrica neuromuscular transcutânea, tátil e térmica. nem todos descreviam exclusivamente intervenções de enfermagem.

E4	<u>A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Avaliação e Intervenção na Pessoa com Deglutição Comprometida</u> (Ferreira, 2022)		
Implementar um programa de intervenção que incide sobre os cuidados à pessoa com deglutição comprometida, pelo EEER, procurando perceber se as intervenções realizadas tiveram impacto.	Estudo de casos múltiplos	Estudo aplicado numa unidade de Medicina Interna, de um hospital do SNS, em Portugal. Amostra não probabilística dos participantes, foram seleccionadas 12 pacientes.	A função de deglutição, avaliada por meio da escala GUSS, demonstrou melhorias significativas. Outros indicadores avaliados: índice de Barthel demonstrou aumento da funcionalidade e independência; a dor, com evolução favorável e a qualidade de vida associada à deglutição através do questionário SWAL-QoL, com uma melhoria acentuada da qualidade de vida associada à deglutição. A implementação de intervenções de fortalecimento muscular, amplitude e coordenação, bem como técnicas de melhoria do padrão respiratório e mecânica ventilatória que se relacionam com a reeducação da função deglutição, traduziu-se num aumento da funcionalidade. A intervenção do EEER pode trazer contributos para a melhoria da intervenção na pessoa com deglutição comprometida.
E5	<u>A Efetividade da Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Deglutição Comprometida em Pacientes pós Acidente Vascular Cerebral</u> (Gomes, 2019)		
A Efetividade da Intervenção do EEER na Deglutição Comprometida em Pacientes	Revisão sistemática da literatura	Revisão incluiu 5 estudos (estudos experimentais e quasi-experimentais, Revisões sistemáticas com e sem metanálise, Estudos de caso, Estudos	O EEER é o elemento-chave da equipa no ensino/treino à pessoa/cuidador em todo o processo de reabilitação com resultados positivos.

pós AVC

randomizados controlados), com enfoque na intervenção do EEER no paciente com AVC.
A análise dos estudos incluídos foi realizada por dois investigadores e a extração de dados foi realizada de forma descritiva.

Avaliação é o início do processo de reabilitação, devendo ser realizada o mais precocemente possível.
A intervenção funcional do EEER baseia-se em mecanismos de restauração, compensação e adaptação.
O método combinado da manobra de Mendelsohn e da deglutição de esforço têm um efeito positivo na disfagia.
A combinação de terapias é mais eficaz que a monoterapia.
A rápida identificação das alterações da deglutição está relacionada com a redução do risco de pneumonia, menor tempo de internamento e melhor custo-efetividade, resultante da redução dos dias de internamento.

E6	<u>A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa com Deglutição Comprometida</u> (Mendes, 2023)
Implementar programas de treino motor; diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções do EEER	Estudo de caso Três estudos de caso realizados na Unidade de AVC, de um hospital do SNS, em Portugal. Critérios de inclusão definidos: pessoas com idade superior a 18 anos; pacientes com alterações na deglutição; e terem sido realizadas pelo menos duas sessões de reabilitação. Foram definidos planos de intervenção individualizados com intuito de aumentar a força muscular, amplitude articular e sensibilidade das estruturas intervenientes na deglutição e de mimica facial. Estudo de Caso A: As intervenções realizadas, ao nível da promoção do aumento da funcionalidade na deglutição, foram eficazes por ter apresentado um aumento da força muscular e amplitude de movimentos dos músculos da face. Estudo de Caso B: as intervenções realizadas foram eficazes na promoção de uma deglutição segura e eficaz, tendo a paciente retomado a ingestão oral (exceção para os sólidos). Estudo de Caso C: Após a implementação do plano de intervenção não se obtiveram alterações ao nível da paresia facial ou da deglutição.

E7 Aferir a melhoria da intervenção de enfermagem de reabilitação na disfagia e na qualidade de vida dos pacientes com cancro do esófago submetido à radioterapia.	Estudo quantitativo	<u>Rehabilitation Nursing Intervention Can Improve Dysphagia and Quality of Life of Patients Undergoing Radiotherapy for Esophageal Cancer</u> (Zeng et al., 2021) Amostra de 109 pacientes com cancro de esófago submetidos a radioterapia. De acordo com a tabela de números aleatórios, eles foram separados em GC e GI, com 45 casos no GC e 64 casos no GI. No GC, os pacientes receberam intervenção de enfermagem de rotina, enquanto os do GI receberam intervenção do EEER.	O grau de lesão no GC foi maior que no GI. A melhoria de a função de deglutição no GI foi melhor que no GC. Os resultados de capacidade de autocuidado e qualidade de vida no GI foram superiores aos do GC, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). A incidência de complicações no GI foi obviamente menor do que no GC ($p < 0,05$). Os resultados mostraram que a taxa efetiva total de melhoria da função de deglutição no grupo de intervenção foi de 82,8% (53/64), significativamente superior a 57,8% no GC
E8 Demonstrar que o EEER ao avaliar, na admissão, a deglutição da pessoa com AVC através da escala de GUSS e do MECV-V consegue implementar um plano de intervenção que vise prevenir complicações e, concomitantemente, promover uma deglutição	Estudo Quantitativo	<u>Avaliação precoce da deglutição à pessoa com acidente vascular cerebral, na Prevenção de Complicações: Contributos do Enfermeiro de Reabilitação</u> (Góis, 2018) Amostra: 20 pacientes com diagnóstico de AVC, internados num serviço de medicina interna, de um hospital do SNS. O plano de intervenção do EEER (após avaliação da deglutição, utilização das escalas de GUSS e MECV-V) baseou-se na implementação de um programa de estratégias de intervenção profissional baseadas no tipo de dieta, viscosidade de líquidos, forma de administração da medicação, posicionamento, exercícios orofaciais, exercícios de Reabilitação Funcional Respiratória,	Dez pacientes sem disfagia mantiveram deglutição eficaz, dos dez pacientes com disfagia, oito mantiveram o grau de disfagia, uma reabilitou e outra agravou o grau de disfagia. A utilização simultânea dos dois instrumentos (escala de GUSS e MECV-V) e a definição do plano de intervenção do EEER contribuíram para a diminuição de complicações associadas à disfagia, nomeadamente pneumonia por aspiração, e ao mesmo tempo que proporcionaram à pessoa com disfagia uma deglutição segura.

segura e eficaz.		manobras facilitadoras da deglutição, assim como em momentos formativos.	
E9	<u>Programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório</u> (Sá et al., 2023)		
Analisar os efeitos de um programa desenvolvido por EEER na reeducação funcional da pessoa com deglutição comprometida em contexto de AVC.	Estudo quantitativo, exploratório, descritivo e retrospectivo	O programa do EEER englobou: reeducação da função motora (exercícios orofaciais e estimulação sensitiva motora); reeducação funcional respiratória; estratégias compensatórias/facilitadoras da deglutição (a serem aplicadas durante a alimentação e/ou treinos de deglutição) e higiene oral bidual.	40,4% das pessoas com deglutição comprometida apresentaram recuperação da capacidade normal de deglutição com redução da percentagem nos restantes níveis de compromisso da deglutição. A maioria das pessoas apresentou melhoria na capacidade de deglutição após a intervenção do enfermeiro de reabilitação através de um programa de reabilitação estruturado. Comprovou-se os efeitos positivos do programa de reabilitação delineado pelo EEER à pessoa com deglutição comprometida com melhoria ou recuperação da capacidade de deglutição.
E10	<u>Clinical improvement of nursing intervention in swallowing dysfunction of elderly stroke patients</u> (Zhang & Zu, 2018)		
Verificar os efeitos de uma intervenção de enfermagem especializada na reeducação da deglutição nas pessoas idosas com AVC e deglutição comprometida.	Estudo controlado Randomizado	120 pacientes com AVC e deglutição comprometida, internados num hospital. GC (n= 60): recebe cuidados de enfermagem baseados na prescrição médica. GI (n= 60): recebe cuidados de enfermagem especializados na abordagem da deglutição comprometida (Intervenção psicológica, educação para a saúde, exercícios de reabilitação, intervenção na dieta).	Os dois grupos tiveram melhorias, com percentagens superiores no GI: - Disfunção da deglutição (96,67% e 83,33%), - Satisfação com os cuidados de enfermagem (98,33% e 88,33%). Taxa de infeção pulmonar menor no GI (1,67% e 11,67%).

Indicadores de resultado: Avaliação da disfunção da deglutição, qualidade de vida, taxa de infecção pulmonar e satisfação com os cuidados de enfermagem.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os objetivos desta revisão *scoping* eram: mapear a evidência científica, mais atualizada, sobre a intervenção dos EEER em pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar; identificar intervenções do EEER em pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar e descrever as intervenções do EEER em pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar. Assim, no presente capítulo realizou-se uma análise dos resultados obtidos, após a concretização do percurso metodológico da *scoping review*, através da confrontação com a literatura e a evidência científica.

Da análise dos estudos analisados sobressaiu que a intervenção do EEER se divide em duas fases: numa primeira fase, a avaliação da deglutição e a identificação precoce da disfagia e, numa segunda etapa a elaboração de um programa de intervenção do EEER personalizado.

No que diz respeito à avaliação da deglutição e à sua importância descrita nos estudos analisados constatou-se a mesma evidência nas evidências. No entanto, relativamente ao instrumento de avaliação da deglutição a utilizar manteve-se a falta de consenso, identificada por Feiteirona e Grilo (2023), e observada nos restantes estudos. Segundo, Donovan et al. (2013) a ausência de recomendação para a utilização de um instrumento específico pode estar associada à dificuldade em identificar instrumentos validados que possuam as propriedades psicométricas ideais, tais como, sensibilidade adequada, especificidade e força preditiva, uma vez que, estes devem permitir a deteção meticulosa da disfagia e aspiração quando utilizados por qualquer profissional de saúde. Além disso, a seleção de um instrumento de rastreamento depende da consideração de diversos fatores, como organizacionais, estruturais, clínicos e a disponibilidade de profissionais e recursos. Portanto, um único instrumento pode não ser adequado para todos os contextos clínicos (Oliveira et al., 2019). Por outro lado, as equipas de enfermagem não se encontram dotadas de conhecimento adequado sobre a deglutição, uma vez que as intervenções de enfermagem nesta área são atribuídas aos EEER com formação específica. Assim, a presença destes especialistas é considerada um fator facilitador na avaliação da deglutição (Braga, 2016a). No entanto, nos contextos experienciados pelo investigador, o EEER, está presente, essencialmente no turno da manhã, isto justifica a necessidade de uniformizar os procedimentos na avaliação da deglutição, em protocolo, envolvendo todos os elementos da equipa de enfermagem.

No estudo analisado, da autoria de Feiteirona e Grilo (2023), uma revisão sistemática da literatura, destacou-se a importância da avaliação precoce, especialmente em pacientes que pertencem a grupos de risco, particularmente aqueles com alto risco de incidência devido à existência de comorbidades. Neste estudo, foi defendido que um protocolo específico para triagem e gestão da deglutição comprometida, associado à existência de uma equipa com conhecimento especializado, são fundamentais, reconhecendo-se que estas duas variáveis estão relacionadas com menores taxas de pneumonia de aspiração. Por outro lado, foi considerado provável que muitos idosos hospitalizados por pneumonia apresentem um problema subjacente de disfagia, facto que está associado a uma maior probabilidade de comprometimento da deglutição em idades mais avançadas (Carrión et al., 2017; Ortega et al., 2017). Apesar do reconhecimento de que entre 44% e 55% das pessoas admitidas com pneumonia podem ter disfagia, e de que esta é uma sequela comum da descompensação da fragilidade ou de outras comorbidades, a sua presença não é rastreada de forma rotineira e muitas vezes é tratada de forma inadequada (Smithard et al., 2019). Os custos associados à disfagia foram previamente quantificados, demonstrando um aumento de 40,36% nos custos de saúde e um prolongamento médio de internamento em 4,73 dias (Attrill et al., 2018). Torna-se clara a importância que a intervenção do EEER na deglutição comprometida possui na redução da incidência de episódios de aspiração e, consequentemente de pneumonias de aspiração.

Como segunda etapa do EEER no paciente com deglutição comprometida, após a avaliação, surge a formulação de um programa de intervenção específico e adaptado às necessidades específicas. Esta etapa foi identificada em todos os estudos analisados, o que vai de encontro às orientações internacionais. Na pessoa com disfagia, é altamente recomendável estabelecer um plano terapêutico individualizado, com a implementação precoce de intervenções comportamentais, isto inclui estratégias de reabilitação e estratégias compensatórias (Burgos et al., 2018; Stroke Foundation, 2019). Segundo, Bath et al. (2018) as estratégias compensatórias compreendem técnicas posturais e manobras compensatórias, modificações alimentares e educação sobre deglutição segura, por sua vez, as estratégias de reabilitação incluem exercícios de fortalecimento, resistência e treino de habilidades. As estratégias compensatórias têm como objetivo garantir a hidratação e nutrição adequadas de forma segura, prevenindo complicações. Entre as técnicas posturais mais comuns estão a flexão, extensão, rotação e inclinação

da cabeça e do pescoço em direções específicas, conforme descrito por Branco e Portinha (2017). A elevação da cabeceira superior a 60° ou, preferencialmente a posição sentada, conforme destacado por Kagaya et al. (2011), auxilia na manutenção da vigília do paciente, reduzindo o risco de aspiração. Além disso, permanecer numa dessas posições por duas horas após a refeição pode prevenir o refluxo gastroesofágico e o risco de aspiração associado (Kagaya et al., 2011).

Por sua vez, as manobras compensatórias incluem: deglutição múltipla (minimiza o apósito de resíduos orais e faríngeos) (Silva, 2007), deglutição forçada (esforço muscular para deglutir) (Easterling, 2017), manobra de Mendelsohn (prolongamento voluntário da excursão laríngea resultando num aumento no tempo de abertura do esfíncter cricofaríngeo) (Pauloski, 2008), deglutição supraglótica (respiração profunda e, posteriormente, de forma consciente um período de apneia enquanto se deglute o bolo alimentar) (Kagaya et al., 2011), deglutição super-supraglótica (distingue-se da manobra anterior pelo incentivo à tosse após deglutir) (Pauloski, 2008), manobra de Masako (protração da língua, prendendo-a entre os dentes incisivos, deglute-se com a língua nesta posição) (Logemann, 2008). Nos estudos de caso analisados, foram implementadas técnicas posturais e compensatórias de acordo com as inúmeras na literatura.

As estratégias de reabilitação visam principalmente a recuperação da função (Wirth et al., 2016). Segundo a OE (2018) quanto à reabilitação funcional, o EEER elabora programas de intervenção visando capacitar os pacientes por meio do desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e fatores adaptativos. O objetivo é minimizar o impacto das alterações na deglutição, procurando alcançar equilíbrio e bem-estar dentro das limitações identificadas. Os exercícios de reabilitação funcional motora têm como objetivo aprimorar a amplitude, força, precisão e velocidade das funções de várias estruturas anatómicas envolvidas na deglutição orofaríngea, incluindo os lábios, a língua, a laringe e a mandíbula, através de exercícios de amplitude e fortalecimento muscular (Braga, 2016a; Easterling, 2017).

As referências supracitadas de estratégias/técnicas são concordantes com os achados na análise dos estudos, onde se identificaram programas de intervenção do EEER que incluíam como estratégias a implementar na abordagem ao paciente com deglutição comprometida: posturas compensatórias e técnicas compensatórias/ facilitadoras da

deglutição, a educação para a saúde sobre disfagia, fortalecimento muscular e a reabilitação funcional motora.

Dois dos estudos analisados, associado às intervenções supracitadas incluíram a reabilitação funcional respiratória (exercícios de expiração forçada, tosse assistida e dirigida) e um estudo incluiu a cinesioterapia respiratória como intervenções a implementar. Estes três estudos, justificaram a associação destas intervenções com a reabilitação funcional motora e as estratégias compensatórias pelo seu contributo para a prevenção da pneumonia por aspiração e otimização da condição ventilatória do paciente. De acordo com a literatura a reabilitação funcional respiratória tem impacto na função de deglutição (Park et al., 2016), uma vez que diminui a ocorrência de penetração/aspiração (Park et al., 2016), aumenta a pressão inspiratória/expiratória máxima (Reyes et al., 2015), fortalece a musculatura hióidea (Park et al., 2016) e melhora o padrão de tosse (Hegland et al., 2016).

A modificação da dieta, é uma intervenção do EEER, no domínio das estratégias compensatórias, no paciente com deglutição comprometida a ser implementada de acordo com o resultado da avaliação. O EEER sugere à equipa multidisciplinar esta alteração a implementar, fundamentada com o resultado obtido na avaliação da deglutição efetuada. Pode-se verificar que todos os estudos analisados a identificaram. No entanto, na literatura, constatou-se que apesar da alteração da consistência alimentar e o espessamento de líquidos serem provavelmente as estratégias compensatórias mais comuns em pessoas com disfagia, a recomendação para a sua utilização é amplamente baseada num consenso de boa prática, em vez de evidência proveniente de investigação (Beck et al., 2018; McCurtin et al., 2020). Contudo, numa revisão sistemática das diretrizes clínicas publicadas sobre a utilização de espessantes, que abrangeu 13 diretrizes clínicas internacionais com qualidade metodológica variável, concluiu-se que há um consenso relativo quanto ao uso de espessantes, apesar da evidência limitada que o fundamente (McCurtin et al., 2020). Por outro lado, segundo Beck et al., (2018) o aumento da viscosidade do bólus aumenta a segurança da deglutição e o uso de espessantes diminui a penetração/aspiração, no entanto, aumenta o resíduo pós-deglutório o que pode resultar na invasão pós-deglutória da via aérea. Minshall e Pownall (2019) argumentam a favor da adoção de terminologia das texturas dietéticas para alimentos líquidos e sólidos, conforme padronizado pela *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*. No entanto, ainda não existe consenso quanto à

terminologia e classificação das texturas dietéticas recomendadas para o tratamento de pacientes com disfagia, como destacado pela *European Society for Swallowing Disorders* (2013).

A higiene oral, uma estratégia compensatória, foi identificada em seis estudos, como uma das intervenções no paciente com deglutição comprometida, na análise efetuada. Esta identificação é concordante com as diretrizes internacionais que enfatizam a importância de programas de higiene oral, que podem variar nas especificidades da intervenção. A evidência salienta ainda que estes programas devem incluir informações sobre a frequência dos cuidados de higiene oral, tipos de dispositivos e produtos a serem utilizados e, enfatizam a sua relevância na redução da pneumonia de aspiração (Boulanger et al., 2018; Powers et al., 2018; Stroke Foundation, 2019).

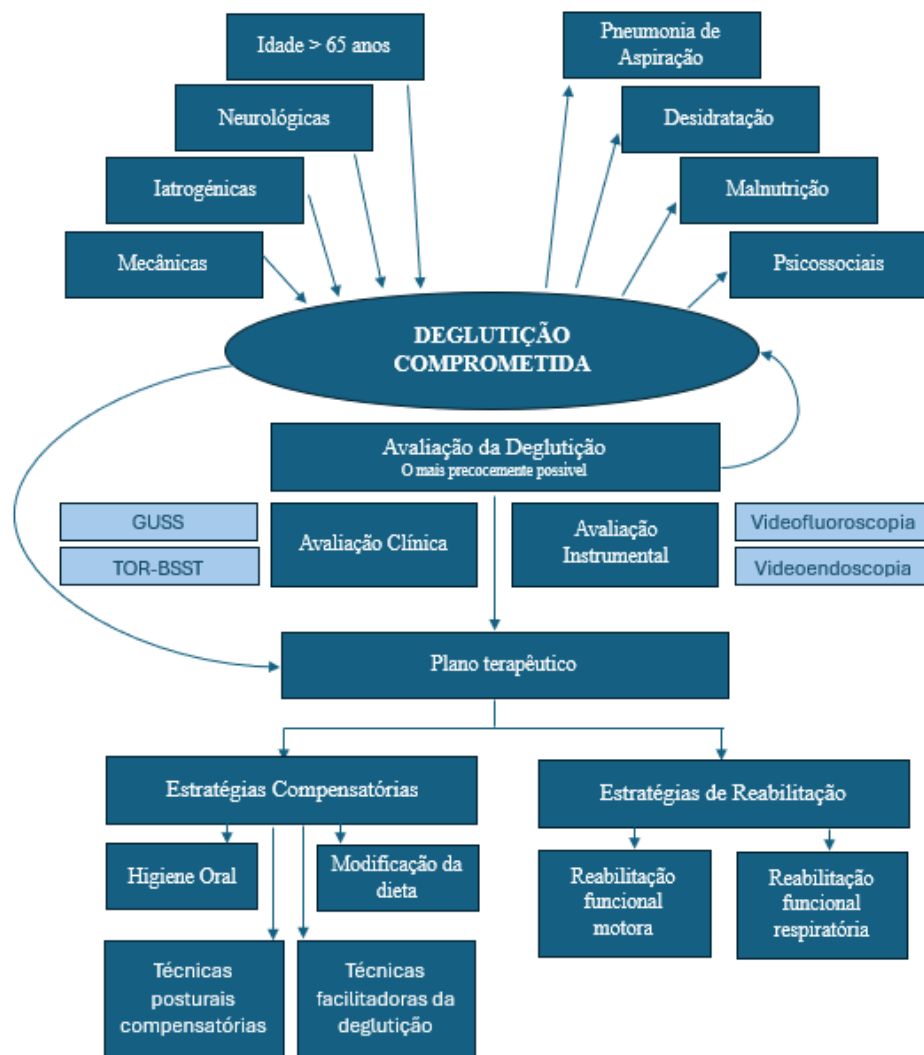
A educação para a saúde foi identificada em todos os estudos analisados, o que está em concordância com a literatura, uma vez que o conhecimento promove a adesão ao regime terapêutico e, a aprendizagem de capacidades, promovem a autonomia do paciente. A reabilitação da deglutição requer a participação ativa do paciente e do seu familiar e/ou cuidador, sendo essencial fornecer orientações sobre métodos seguros de deglutição. A educação para a saúde destes intervenientes desempenha um papel fundamental na reabilitação funcional da deglutição. Portanto, ambos devem estar familiarizados com o tipo de dieta adequada, o uso de dispositivos de assistência, os riscos associados e as medidas de emergência em caso de obstrução da via aérea (Glenn-Molali, 2011).

A integração de estratégias compensatórias e de reabilitação que foram observadas nos diferentes estudos vão de encontro à evidência que refere que a efetividade terapêutica passa pela combinação das técnicas compensatórias com os exercícios de reabilitação (Easterling, 2018).

A literatura identifica a electroestimulação neuromuscular como uma abordagem recente na reabilitação da disfagia (Branco & Portinha, 2017). É administrada através de elétrodos colocados na pele, visando estimular os músculos supra-hióideos e laríngeos, promovendo também a contração dos grupos musculares diretamente envolvidos na deglutição, conforme descrito por Branco e Portinha (2017). Nos estudos analisados não se verificou a aplicação desta técnica.

Para uma melhor síntese da evidência apresenta-se de seguida, na Figura 10, uma esquematização sobre a deglutição comprometida, em que se destacam as principais causas e consequências/repercussões da disfagia e a intervenção do EEER, através da avaliação e da definição do plano terapêutico.

Figura 10: Síntese da evidência sobre a intervenção do EEER na deglutição comprometida



A análise dos dez estudos que fazem parte desta *scoping review* permitiu aferir a importância da intervenção do EEER, em pacientes com deglutição comprometida em contexto hospitalar. De uma forma generalista a evidência encontrada demonstrou a importância de se continuar a desenvolver investigação sobre esta temática.

CONCLUSÕES

O desafio enfrentado pela disciplina e profissão de enfermagem, bem como pelos enfermeiros e pelos sistemas de saúde de forma mais ampla, reside no desenvolvimento de intervenções que incorporem a melhor evidência disponível e sejam adaptadas aos contextos de prática clínica e à população-alvo. A investigação conduzida por enfermeiros adquire cada vez mais reconhecimento como uma abordagem significativa para, de forma prática, eficaz e custo-efetiva, reduzir erros, diminuir custos desnecessários e aumentar os ganhos em saúde.

O foco que deu origem à realização deste trabalho de investigação, foi a intervenção do EEER no paciente com deglutição comprometida, em contexto hospitalar. Apesar do reconhecimento crescente que o impacto da deglutição comprometida tem nos pacientes internados em contexto hospitalar, este problema tem sido subestimado e está subdiagnosticado.

Considerando a intervenção do EEER na deglutição comprometida e diante do contínuo envelhecimento da população, é provável que o peso económico e as consequências da disfagia para a pessoa, família e/ou cuidadores aumentem significativamente nos próximos anos. Isto valida a importância deste estudo e dos seus resultados para a prática profissional dos enfermeiros, uma vez que, a sistematização das intervenções de enfermagem com base na melhor evidência disponível é amplamente influenciada pelo envolvimento e participação dos profissionais nos contextos de prática clínica.

A Enfermagem de Reabilitação vai além de ser apenas uma especialidade dentro das Ciências de Enfermagem. Ela é uma filosofia de cuidado que reflete um genuíno interesse pela pessoa, sem diminuí-la à sua condição de saúde ou características individuais (Santos et al., 2014). O EEER, através das suas intervenções, é o responsável pela obtenção de ganhos em saúde (APER, 2010). No âmbito de atuação do EEER, dada a sua ampla abrangência e as necessidades de cuidados especializados em áreas emergentes, é crucial desenvolver continuamente o conhecimento. Isso, inclui a especificação das competências de acordo com o alvo e o contexto de intervenção. Reconhece-se a importância de incorporar constantemente novas descobertas da pesquisa na prática, promovendo uma abordagem baseada na evidência e orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Além disso, é essencial participar em projetos de pesquisa que visam aumentar o conhecimento e o desenvolvimento de

competências dentro da área de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

A realização desta revisão de *scoping* permitiu responder à questão de investigação formulada "Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, em pacientes hospitalizados com deglutição comprometida?", e atingir o objetivo geral mapear a evidência científica, mais atualizada, sobre a intervenção do EEER em pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar e os objetivos específicos identificar intervenções do EEER em pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar e descrever as intervenções do EEER no pacientes com deglutição comprometida, em contexto hospitalar, através da inclusão de dez estudos, tendo possibilitado a síntese do conhecimento existente e a identificação dos tipos de evidência, além de ter sido possível a identificação de algumas lacunas, que poderão servir de reflexão e de inspiração a futuros trabalhos de investigação.

No que concerne à avaliação da deglutição esta revisão de *scoping*, demonstrou a importância dada a esta etapa, dado que surgiu em todos os estudos analisados. De facto, este deve ser primeiro passo para a identificação de um possível compromisso da deglutição. Apesar de não definirem o *timing* de realização, é consensual que esta avaliação deve ser realizada o mais precocemente possível. Outra constatação foi a existência de vários instrumentos de avaliação, não existindo um consenso sobre o método mais eficaz e/ou correto a ser utilizado. Assim, torna-se fundamental a elaboração de diretrizes que orientem as equipas, em função do contexto clínico e das características dos pacientes.

Relativamente às intervenções do EEER sobressaíram nesta revisão a elaboração de programas individualizados com estratégias compensatórias (a modificação de dieta, a higiene oral, técnicas posturais compensatórias e técnicas facilitadoras da deglutição) e estratégias de reabilitação (a reabilitação funcional motora e a reabilitação funcional respiratória). Todas estas intervenções, concorreram para a redução/minimização das consequências associadas à deglutição comprometida, tais como as pneumonias de aspiração. É, ainda, importante destacar que a deglutição comprometida tem como consequência a diminuição da ingestão alimentar e a diminuição da ingestão hídrica, o que conduz a malnutrição e desidratação. Estas, associadas ao processo de

envelhecimento e comorbilidades, geram um aumento de custos em saúde que poderiam ser desnecessários. Torna-se fundamental a formação às equipas de enfermagem e a educação para a saúde aos pacientes, familiares e cuidadores sobre a deglutição comprometida como os estudos demonstraram. Assim como, a intervenção psicológica, no sentido de adesão aos programas definidos.

Da análise efetuada, os resultados alcançados com a intervenção do EEER incrementaram ainda a segurança e a funcionalidade do paciente com deglutição comprometida. No entanto, pelo carácter contínuo dos cuidados de enfermagem é de realçar que na atual organização dos cuidados o EEER se encontra, maioritariamente, apenas presente no turno da manhã, deste modo é fundamental envolver toda a equipa de profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros generalistas e os assistentes operacionais, dotando-os de conhecimento e capacidades, uma competência do EEER, ser facilitador dos processos de aprendizagem e simultaneamente, desenvolver uma prática pedagógica.

A realização desta revisão de *scoping* visou o mapeamento da evidência científica mais atualizada sobre a intervenção do EEER no paciente com deglutição comprometida em contexto hospitalar. Da análise efetuada constatou-se que estudos publicados por EEER são escassos. Assim, apesar do contributo que estes profissionais proporcionam, através de ganhos em saúde e melhoria na qualidade de vida dos seus pacientes, na prática clínica, é fundamental sensibilizá-los para a importância da investigação e divulgação dos resultados, quer pela visibilidade da importância do seu papel, bem como credibilidade enquanto profissão com práticas baseada em evidência.

Uma das principais limitações deste estudo encontra-se associada à inexistência da figura do EEER no contexto internacional, apesar de os estudos demonstrarem que é fundamental a avaliação e intervenção na deglutição por profissionais especializados. Outra limitação identificada na procura realizada é a constatação que o enfoque está na identificação da deglutição comprometida. Por outro lado, com a evolução tecnológica, nomeadamente na área da saúde, prever-se-ia a existência de estudos recentes sobre a intervenção na disfagia o que não aconteceu. Eventualmente, se não se tivesse restringido à intervenção do EEER e, incluído outros profissionais de saúde, os resultados seriam diferentes e mais abrangentes, mas de facto, o nosso foco eram as

intervenções efetuadas pelo EEER. Outra condicionante identificada, prende-se com o facto de os estudos realizados a nível nacional, serem realizados com amostras reduzidas e, sobretudo no âmbito académico.

Seria crucial, a realização de mais estudos primários, sobre esta temática (intervenção do EEER no paciente com deglutição comprometida), com o recurso a amostragens mais amplas e representativas, com implementação de programas individualizadas numa janela temporal mais alargada e, publicação dos respetivos resultados. Por outro lado, apesar de se concluir que a intervenção do EEER em pacientes com deglutição comprometida pode ter um efeito clínico significativo na melhoria da funcionalidade, autonomia e na prevenção de complicações existem poucos estudos que abordem este tema. Portanto, é necessário o desenvolvimento de novas pesquisas para orientar uma prática com base na melhor informação disponível, bem como a identificação de indicadores sensíveis à intervenção do EEER no paciente com deglutição comprometida. A criação de um documento de recomendação, baseado em diretrizes e, fundamentado na melhor evidência disponível é uma possível ferramenta a ser desenvolvida na otimização da intervenção do EEER na deglutição comprometida.

A frequência do curso do MER representou uma fase de enriquecimento pessoal do investigador, caracterizada por uma vasta gama de novos conhecimentos e oportunidades de desenvolvimento avançadas, nomeadamente, no que se refere à investigação. Este processo também cultivou uma mentalidade visionária em relação à prática profissional futura, com o objetivo contínuo de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados, assim como, a partilha do conhecimento e o envolvimento da equipa de enfermagem, na problemática da deglutição comprometida no paciente, em contexto hospitalar. Com base em todas as aprendizagens adquiridas, aptidões desenvolvidas e competências aprimoradas, pode-se afirmar com confiança que foram atingidos todos os objetivos estabelecidos, cumprindo integralmente os requisitos para a obtenção do grau de mestre.

Em suma, espera-se com este trabalho a sensibilização dos EEER para a importância do seu papel, na abordagem da pessoa com deglutição comprometida, nos contextos da prática clínica e na promoção da qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. E. M., de Castro Alcântara, A. C., de Lima, F. A. M., Rocha, H. A. L., Junior, J. R. C., & Costa, H. J. M. (2016). Prevalência de risco moderado e alto de aspiração em pacientes hospitalizados e custo-efetividade da aplicação de protocolo preventivo. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 8(3), 216-220. DOI: 10.21115/JBES.v8.n3.p216-220
- Almeida, L., Alves, A., Fernandes, H. & Remondes-Costa, S. (2012). Sistema Nervoso Autônomo: Mecanismo Não Mecânico Fonte Do Equilíbrio Corporal. *Revista Psicologia na Atualidade*. https://www.academia.edu/36326836/Sistema_Nervoso_Aut%C3%B3nomo_Mecanismo_o_N%C3%A3o_Mec%C3%A2nico_Fonte_Do_Equil%C3%ADbrio
- Almeida, E. O. (2009). *Frequência e fatores relacionados à disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais] Repositório Aberto Universidade Federal de Minas Gerais. <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-8AFM2W>
- Altman, K. W. (2013). Understanding dysphagia: a rapidly emerging problem. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 13-16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24262966>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). ISBNp: 978-989-99426-5-3
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) (2010). *Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016*. Acedido em <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Attrill, S., White, S., Murray, J., Hammond, S., & Doeltgen, S. (2018). Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18(594), 18. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3376-3>
- Baroni, A. F. F. B., Fábio, S. R. C., & Dantas, R. O. (2012). Risk factors for swallowing dysfunction in stroke patients. *Arquivos de gastroenterologia*, 49 (2), 118-124. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032012000200005>
- Bath, P.M., Lee, H.S., & Everton, L.F. (2018). Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD000323. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3>
- Beck, A.M., Kjaersgaard, A., Hansen, T., & Poulsen, I. (2018). Systematic review and evidence-based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia - An updated clinical guideline. *Clinical Nutrition*, 37(6), 1980–1991. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.002>
- Bettany-Saltikov, J. (2012). *How To Do a Systematic Literature Review in Nursing: A Step-By-Step Guide: A Step-By-Step Guide*. McGraw-Hill Education (UK). ISBN 978-0333-5242-27-6

- Boulanger, J.M., Lindsay, M.P., Gubitz, G., Smith, E.E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., Heran, M.K.S., Kanya-Forster, N., Lang, E., Lavoie, P., McClelland, M., O'Kelly, C., Pageau, P., Pettersen, J., Purvis, H., ...Butcher, K. (2018). Canadian stroke best practice recommendations for acute stroke management: Prehospital, emergency department, and acute inpatient stroke care, 6th Edition, update 2018. *International Journal of Stroke*, 13(9), 949-984. <http://dx.doi.org/10.1177/1747493018786616>
- Braga, Ricardo (2016a). Avaliação da Função Deglutição. In Marques-Vieira, Cristina; Sousa, Luís. *Cuidados de enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. 1ª ed. Loures: Lusodidacta, pp. 181-188. ISBN 978-989-8075-73-4
- Braga, Ricardo. (2016b). Reeducação da Deglutição. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. 1.ª ed. Loures. Lusodidacta. Pp. 263-270. ISBN 978-989-8075-73-4
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto: da teoria à prática*. Lisboa. Papa-Letras. ISBN: 9789898214621
- Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J.C., Dziewas, R., Genton, L., Gomes, F., Jésus, P., Leischker, A., Muscaritoli, M., Poulia, K.-A., Peiser, J.C., Marck, M.V., Wirth, R., Singer, P., & Bischoff, S.C. (2018). ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clinical Nutrition*, 37(1), 354-396. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.003>
- Carrión, S., Roca, M., Costa, A., Arreola, V., Ortega, O., Palomera, E., Serra-Prat, M., Cabré, M., & Clavé, P. (2017). Nutritional status of older patients with oropharyngeal dysphagia in a chronic versus an acute clinical situation. *Clinical Nutrition*, 36(4), 1110-1116. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.009>
- Cavalcanti, H. G. (1999). *Disfagia Orofaríngea de origem neurológica em adulto*. Monografia (Especialização em Motricidade Orofacial). CEFAC, Fortaleza.
- Cichero, J A Y (2006). Swallowing from infancy to old age. Dysphagia: *Foundation, Theory and Practice*. Edited by J. Cichero and B. Murdoch. Chichester, UK: John Wiley & Sons.26-46.
- Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., ... Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, 11(4), 399–411. <https://doi.org/10.1177/1747493016639057>
- Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência Manual para Enfermeiros*. Lisboa. Lusociência. ISBN: 978-972-8383-61-9
- Donovan, N.J., Daniels, S.K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., & Summers, D. M., & Mitchell, P.H. (2013). Dysphagia screening: State of the art. *Stroke*, 44(4), e24-e31. <http://dx.doi.org/10.1161/STR.0b013e3182877f57>
- Dziewas, R., Beck, A. M., Clave, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S. E., Leischker, A., Martino, R., Pluschinski, P., Roesler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C.S.,

- Volker, D. & Wirth, R. (2017). Recognizing the importance of dysphagia: stumbling blocks and stepping stones in the twenty-first century. *Dysphagia*, 32, 78-82. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9746-2>
- Easterling, C. (2018). Management and treatment of patients with dysphagia. *Current physical medicine and rehabilitation reports*, 6 (4), 213-219. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40141-018-0196-7>
- Easterling C. (2017) 25 anos de reabilitação da disfagia: o que fizemos, o que estamos fazendo e para onde vamos? *Disfagia*. 32(1):50–54. DOI: 10.1007/s00455-016-9769-8
- Espinoza, M. K. T., Samerón, W. A. V., López, L. C. S. & Aquino, P. A. B. (2019). Diagnóstico Diferencial de la disfagia. *Revista Científica de Investigación del Mundo de las Cièncias* 3(1), pp. 587-617. [http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(1\).enero.2019.587-617](http://dx.doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.587-617)
- Etges, C. L., Scheeren, B., Gomes, E., & Barbosa, L. D. R. (2014). Screening tools for dysphagia: a systematic review. *CoDAS*, 26(5), 343-349. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20142014057>
- European Society for Swallowing Disorders (2013). Position Statements and Meeting Abstracts Uniting Europe Against Dysphagia. *Dysphagia*, 28 (2), 280–335. DOI 10.1007/s00455-013-9455-z
- Feiteirona, J., & Grilo, E. (2023). Cuidados De Enfermagem Ao Doente Adulto/Idoso Com Deglutição Comprometida: Revisão Integrativa De Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 9(3), 9-32. [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9\(3\).598.9-32](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(3).598.9-32)
- Feiteirona, J. (2020). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no doente adulto/Idoso com deglutição comprometida*. [Dissertação de Mestrado, ESS – Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum, RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/33218>
- Ferreira, B. A. M. (2022). *A intervenção do enfermeiro de reabilitação na avaliação e intervenção na pessoa com deglutição comprometida*. [Dissertação de mestrado, ESS – Instituto Politécnico de Beja]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5569>
- Ferreira A.M.S., Pierdevara, L., Ventura, I.M., Gracias A.M.B., Marques J.M.F., Reis M.G.M. (2018) Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 16 - JAN./FEV./MAR. pp.85-94 <https://doi.org/10.12707/RIV17090>
- Góis, S. D. R. R. V. C. D. (2018). *Avaliação precoce da deglutição à pessoa com acidente vascular cerebral, na prevenção de complicações: contributos do enfermeiro de reabilitação*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23445>
- Gomes, S. I. F. (2019). *A efetividade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na deglutição comprometida em doentes pós acidente vascular cerebral*

[Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu] Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/5553>

- Hall, J. E. (2021). Guyton & Hall. *Tratado de fisiología médica*. 14ª Edição. Elsevier Health Sciences. ISBN: 978-8413820132
- Hausberger, C. (2014). *Impacto de um serviço de diagnóstico e tratamento da disfagia para pacientes com acidente vascular encefálico e disfagia*. [Dissertação de mestrado, Universidade Tuiuti do Paraná] Repositório Aberto Universidade Tuiuti do Paraná. <http://tede.utp.br:8080/jspui/handle/tede/1427>
- Hegland, KW, Davenport, PW, Brandimore, AE, Singletary, FF e Troche, MS (2016). Rehabilitation of Swallowing and Cough Functions Following Stroke: An Expiratory Muscle Strength Training Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97 (8), 1345-1351. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.027>
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Lusodidacta: Loures. ISBN: 9789898075314
- Holland, G., Jayasekeran, V., Pendleton, N., Horan, M., Jones, M., & Hamdy, S. (2011). Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: A self-reporting questionnaire survey. *Diseases of the Esophagus*, 24(7), 476-480. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2011.01182.x>
- Instituto Nacional De Estatística (2012). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. Dia Internacional das Pessoas com Deficiência (3 de dezembro). ISBN 978-989-96107-2-9 https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=149447974...
- International Council of Nurses (ICN) (2017). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- International Council of Nurses (ICN) (2001). *International Classification for Nursing Practice – Beta 2 Version*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Jancelewicz, T., Lopez, M. E., Downard, C. D., Islam, S., Baird, R., Rangel, S. J., Williams, R. F., Arnold, M. A., Lal, D., Renaud, E., Grabowski, J., Dasgupta, R., Austin, M., Shelton, J., Cameron, D. & Goldin, A. B. (2017). Surgical management of gastroesophageal reflux disease (GERD) in children: A systematic review. *Journal of pediatric surgery*, 52(8), 1228-1238. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2016.09.072>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Aromataris, E., & Munn, Z, editors. ISBN: 978-0-6488488-0-6. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>
- Jotz, G., Schneider, A., Oliveira, V., Leão, H., Oliveira, F., Costa, R., & Galvagni, C. (2009). Anatomia da Cavidade Oral, Orofaringe, Hipofaringe, Laringe e Esófago. In Jotz, G., Carrara-De-Angelis, E. & Barros, A. P. B. (Eds.), *Tratado da Deglutição e Disfagia: No adulto e na criança* (pp. 3–15). Thieme Revinter. ISBN: 978-8537202180

- Kagaya, H., Inamoto, Y., Okada, S. & Saitoh, E. (2011). Body positions and functional training to reduce aspiration in patients with dysphagia. *Japan Medical Association Journal* 54 (1):35-38. https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2011_01/035_038.pdf
- Khan, A., Carmona, R., & Traube, M. (2014). Dysphagia in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(1), 43-53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24267601>
- Kuiper, R. (2017). *The essentials of clinical reasoning for nurses: using the outcome-present state test model for reflective practice*. 1ª Edição. Sigma Theta Tau International. ISBN: 9781945157097
- Lin Lc, Wu Sc, Chen Hs, Wang Tg & Chen My. (2002). Prevalência de deglutição prejudicada em idosos institucionalizados em Taiwan. *Journal of the American Geriatrics Society*; 50 (6), 1118–23. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50270.x>
- Logemann, J.A., & Larsen, K. (2012). Oropharyngeal dysphagia: Pathophysiology and diagnosis for the anniversary issue of Diseases of the Esophagus. *Diseases of the Esophagus*, 25(4), 299-304. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2050.2011.01210.x>
- Logemann, J. (2008). Treatment of oral and pharyngeal dysphagia. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19 (4), 803–816. DOI: 10.1016/j.pmr.2008.06.003
- Malagelada, J., Bazzoli, F., Boeckstaens, G., De Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., Lindberg, G., Malfertheiner, P., Salis, G., Sharma, P., Sifrim, D., Vakil, N. & Lemair, A. (2014). *World gastroenterology organisation global guidelines: dysphagia--global guidelines and cascades update* September 2014. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/dysphagia/dysphagia-french>
- Malone JC, RAN. Anatomia, Cabeça e Pescoço, Deglutição. [Atualizado em 14 de agosto de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): *Publicação StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554405/>
- Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, DL, & Diamant, NE (2009). The Toronto bedside swallowing screening test (TOR-BSST) development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Curso*, 40 (2), 555-561. DOI: 10.1161/STROKEAHA.107.510370
- Martins, M. M., Ribeiro, O. & Ventura da Silva, J. (2018). O Contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a Qualidade dos Cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 22-29. <http://dx.doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>
- McCurtin, A., Boland, P., Kavanagh, M., Lisiecka, D., Roche, C., & Galvin, R. (2020). Do stroke clinical practice guideline recommendations for the intervention of thickened liquids for aspiration support evidence-based decision making? A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1744-1760. <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13372>

- McGinnis CM, Homan K, Solomon M, Taylor J, Staebell K, Erger D & Raut N. (2019). Dysphagia: Interprofessional management, Impact and Patient-centered Care. *Nutrition in Clinical Practice*. 34(1), 80–95. <https://doi.org/10.1002/ncp.10239>
- Mendes, I. F. D. S. (2023). *A intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na capacitação da pessoa com deglutição comprometida*. [Dissertação de Mestrado, ESS – Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum, RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/46682>
- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC Contributos para um envelhecer resiliente*. 2.^a Edição. Lusociência. ISBN: 978-972-8930-78-3
- Minshall, S., & Pownall, S. (2019). Management of swallowing problems in community settings. *British Journal of Community Nursing*, 24(7), 323-327. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.7.323>
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. (2019). *Stroke: National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA)*. Royal College of Physicians. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128>
- Nishino, T. (2013). The swallowing reflex and its significance as an airway defensive reflex. *Frontiers in Physiology*, 3, 489. <http://dx.doi.org/10.3389/fphys.2012.00489>
- Nyanchoka, L., Tudur-Smith, C., Thu, V. N., Iversen, V., Tricco, A. C., & Porcher, R. (2019). A scoping review describes methods used to identify, prioritize and display gaps in health research. *Journal of clinical epidemiology*, 109, 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.01.005>
- Oliveira, I. de J., Rodrigues Couto, G., Moreira, A., Gonçalves, C., Marques, M., & Lopes Ferreira, P. (2021). A versão portuguesa do rastreio de deglutição: resultados da sua aplicação. *Millenium - Revista de Educação, Tecnologias e Saúde*, 2 (16), 93–101. <https://doi.org/10.29352/mill0216.24585>
- Oliveira, I., da Mota, L. A. N., Freitas, S. V., & Ferreira, P. L. (2019). Dysphagia screening tools for acute stroke patients available for nurses: A systematic review. *Nursing Practice Today*, 6(3), 103-115. <https://doi.org/10.18502/npt.v6i3.1253>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dospadr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de Reabilitação - Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem

de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

- Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, State of the Art. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 576–582. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>
- Paniagua, D. V., Ribeiro, M. P. H., Correia, A. M., Cunha, C. R. F., Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2018). Project K: Training for hospital-community safe transition. *Revista brasileira de enfermagem*, 71 (supl 5), 2264-2271. <https://www.scielo.br/j/reben/a/ntVBbrZhHGcbY9xDFDRCK4j/abstract/?lang=pt>
- Park, J. S., Oh, D. H., Chang, M. Y., & Kim, K. M. (2016). Effects of expiratory muscle strength training on oropharyngeal dysphagia in subacute stroke patients: a randomised controlled trial. *Journal of Oral Rehabilitation*, 43(5), 364-372. <https://doi.org/10.1111/joor.12382>
- Park, YH., Han, HR., Oh, BM, Lee, J., Park, JA, Yu, S.J. & Chang, H. (2013). Prevalência e fatores associados à disfagia em residentes de asilos. *Enfermagem Geriátrica*, 34 (3), 212-217. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.02.014>
- Pauloski, B. (2008). Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19 (4), 889– 928. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.05.010>
- Powers, W.J., Rabinstein, A.A., Ackerson, T., Adeoye, O.M., Bambakidis, N.C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B.M., Hoh, B., Jauch, E.C., Kidwell, C.S., Leslie-Mazwi, T.M., Ovbiagele, B., Scott, P.A., Sheth, K.N., Southerland, A.M., Summers, D.V., & Tirschwell, D.L. (2018). 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke - A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), e46-e110. <http://dx.doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>
- Regueiro, M. R. K. B. (2014). *Avaliação videofluoroscópica da duração dos eventos da deglutição orofaríngea em homens e mulheres de diferentes estaturas* [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo] Repositório Aberto Universidade de São Paulo. roo.fmrp.usp.br/teses/2014/marcia-regueiro.pdf
- Regulamento n.º 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, II Série, n.º 85/2019 de 2019-05-03, pp. 13565 - 13568 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série, n.º 26 de 2019-02-06, pp. 4744 - 4750 <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 350/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República,

- Reyes, A., Cruickshank, T., Nosaka, K., & Ziman, M. (2015). Respiratory muscle training on pulmonary and swallowing function in patients with Huntington's disease: a pilot randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 29(10), 961-973. <https://doi.org/10.1177/0269215514564087>
- Sá, N. M. P., de Oliveira, F. M., Sacramento, C. L. G., dos Santos Oliveira, M. I., & Almeida, F. L. T. (2023). Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com Deglutição Comprometida em contexto de AVC: Estudo Exploratório. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 6(1), e265. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.265>
- Santos, A., Pêla, J., Ferreira, M., & Trindade, N. (2014). O Papel da Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Paliativos in Costa, A. & Othero, M. *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusodidacta. ISBN – 9789898075-41-3
- Schwarz, M., Coccetti, A., Murdoch, A., & Cardell, E. (2018). The impact of aspiration pneumonia and nasogastric feeding on clinical outcomes in stroke patients: A retrospective cohort study. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e235–e241. <https://doi.org/10.1111/jocn.13922>
- Silva, P. C. L., & Grilo, E. N. (2019). Deglutição Comprometida: Uma Abordagem de Enfermagem de Reabilitação. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(3), 1498. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(3\).1498](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(3).1498)
- Silva, R. (2007). A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19 (1), 123–130. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872007000100014>
- Silveira, F. R. (2013). *Relação da doença pulmonar obstrutiva crônica com transtorno de deglutição*. [Trabalhos Académicos, Universidade Federal de Santa Catarina] Repositório Aberto Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/169699>
- Smithard, D., Westmark, S., & Melgaard, D. (2019). Evaluation of the prevalence of screening for dysphagia among older people admitted to medical services – Na international survey. *OMB Geriatrics*, 3(4), 1904086. <http://dx.doi.org/10.21926/obm.geriatr.1904086>
- Spadotto, A. A. (2009). *Análise quantitativa do sinal da deglutição* [Dissertação de Doutorado, Escola de Engenharia de São Carlos]. Repositório Aberto Escola de Engenharia de São Carlos. <https://doi.org/10.11606/T.18.2009.tde-21092009-144642>
- Stroke Foundation. (2019). *Clinical guidelines for stroke management*. <https://informme.org.au/en/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management>
- Tang, Y., Lin, X., Lin, X. J., Zheng, W., Zheng, Z. K., Lin, Z. M., & Chen, J. H. (2017). Therapeutic efficacy of neuromuscular electrical stimulation and electromyographic biofeedback on Alzheimer's disease patients with dysphagia. *Medicine*, 96(36), e8008. 1-5. DOI: 10.1097/MD.00000000000008008

- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke. Journal of Cerebral Circulation*, 38(11), 2948–2952. <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- Turley, R., & Cohen, S. (2009). Impact of voice and swallowing problems in the elderly. *Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 140(1), 33–36. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2008.10.010>.
- Umay, E., Eyigor, S., Ertekin, C., Unlu, Z., Selcuk, B., Bahat, G., Karahan, A. Y., Secil, Y., Gurcay, E., Kiylioglu, N., Keles, B. Y., Giray, E., Tikiz, C., Gezer, I. A., Yalman, A., Sen, E. I., Vural, M., Saylam, G., Akaltun, M. S., Sari, A., ... Karaahmet, O. (2021). Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey-Part II: Rehabilitation. *Dysphagia*, 36(5), 800–820. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10218-8>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª edição). Lisboa. Edições Sílabo. ISBN: 978-989-561-097-6
- VanPutte, C., Regan, J., & Russo, A. (2016). *Anatomia e Fisiologia de Seeley-10ª Edição*. McGraw Hill Brasil. ISBN: 9780073403632
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S., Leischker, A. H., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons - from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical interventions in aging*, 11, 189–208. <https://doi.org/10.2147/CIA.S97481>
- Yang, H., Guan, C., Chua, K. S., Chok, S. S., Wang, C. C., Soon, P. K., Tang, C. K., & Ang, K. K. (2014). Detection of motor imagery of swallow EEG signals based on the dual-tree complex wavelet transform and adaptive model selection. *Journal of neural engineering*, 11(3), 035016. <https://doi.org/10.1088/1741-2560/11/3/035016>
- Zeng, X., Li, L., Wang, W., & Zhu, L. (2021). Rehabilitation Nursing Intervention Can Improve Dysphagia and Quality of Life of Patients Undergoing Radiotherapy for Esophageal Cancer. *Journal of oncology*, 2021, 3711699. <https://doi.org/10.1155/2021/3711699>
- Zhang, R., & Ju, X. M. (2018). Clinical improvement of nursing intervention in swallowing dysfunction of elderly stroke patients. *Biomedical Research*, 29(6), 1099-1102. <https://www.alliedacademies.org/articles/clinical-improvement-of-nursing-intervention-in-swallowing-dysfunction-of-elderly-stroke-patients.pdf>