



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Segurança do Doente à Alimentação

## Intervenção de Enfermagem na Capacidade de Deglutição

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem Comunitária

Alexandra Leonor Roque do Carmo Carvalho

(LISBOA, 2013)





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Segurança do Doente à Alimentação

## Intervenção de Enfermagem na Capacidade de Deglutição

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem Comunitária

Alexandra Leonor Roque do Carmo Carvalhal

Sob orientação de Teresa Rasquilho Vidal

(LISBOA, Fevereiro 2013)



*A toda a equipa da UCC Gentes de Loulé agradeço a indispensável colaboração prestada durante a realização deste trabalho.*

*À enfermeira Emiliana Martins e à enfermeira orientadora Teresa Rasquilho Vidal um especial bem-hajam.*



## Resumo

As alterações da capacidade de deglutição constituem um problema de alta morbilidade, mortalidade e custos, frequentemente relacionado com consequências graves na saúde dos afectados mas que não tem merecido particular atenção, tanto por parte de programas de gestão de risco ou de qualidade de cuidados.

Os enfermeiros são profissionais de saúde que pelo seu perfil técnico e de proximidade com os utentes podem intervir de forma eficaz na diminuição do risco de complicações e assim aumentar a segurança à alimentação dos utentes.

A nossa intervenção em saúde foi desenvolvida junto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Gentes de Loulé, Portugal.

Na implementação deste projecto estabeleceu-se como meta desenvolver as competências da equipa de enfermagem da ECCI na sua intervenção na capacidade de deglutição, aumentando para 20% a frequência de registo dessa intervenção, até Janeiro 2013.

Foram definidos os seguintes objectivos:

1. Implementar um programa de formação sobre a capacidade de deglutição de forma a desenvolver competências teórico-práticas de intervenção de enfermagem nesta área, obtendo 60% de taxa de respostas correctas em questionário de avaliação teórica e 60% de concordância na avaliação prática;
2. Criar um instrumento de suporte à intervenção e registo de enfermagem relacionado com a capacidade de deglutição e testa-lo;
3. Melhorar a frequência de registo das intervenções de enfermagem relacionadas com a capacidade de deglutição, passando de 6,3% para 20%.

Foi seguida a metodologia de planeamento em saúde. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura sobre metodologia de avaliação clínica da capacidade de deglutição. Realizaram-se dois estudos epidemiológicos, um de diagnóstico e outro de avaliação. Foi criado um instrumento de apoio à intervenção de enfermagem que foi testado nos seus atributos de validade de conteúdo e confiabilidade pela objectividade inter-observadores. Implementou-se um programa de formação teórica e prática que foi avaliado. Realizaram-se reuniões formais e informais com a ECCI.

Quanto a resultados, na avaliação do programa de formação obteve-se 37% de taxa de melhoria de conhecimentos teóricos e proporção de concordância de 93,4% na avaliação da prática. Na testagem do instrumento obtiveram-se os seguintes resultados globais: Po = 93,4%, excelente; ICC = 0,927, excelente; Kendall  $\tau - b$  = 0,875, excelente; Kappa (p) = 1,000, excelente. Da revisão da literatura efectuada concluiu-se não haver consenso nem na metodologia mais adequada nem nos itens a incluir para avaliação da capacidade de deglutição. Os estudos epidemiológicos efectuados mostraram, entre outros dados, que 86% da população da ECCI apresenta antecedentes de risco para alterações na capacidade de deglutição. A prevalência daquela alteração foi, no 1º estudo, de 6,8% e de 18,3% no 2º estudo. A frequência de registo de intervenções de enfermagem relacionadas com as alterações da deglutição aumentou para 37%.

Concluiu-se que os objectivos e a meta foram alcançados. Acreditamos que o valor da intervenção de enfermagem na alimentação pode ser capaz de traduzir ganhos em segurança, logo em qualidade de cuidados e portanto, ganhos em saúde das pessoas, o que, por sua vez, pode representar ganhos económicos significativos no SNS.

Palavras-chave: capacidade de deglutição, intervenção de enfermagem, segurança à alimentação



## Abstract

The swallowing dysfunction constitutes a problem of high morbidity, mortality and costs, often associated with serious consequences for the health of those affected, however it has not deserved a particular attention, both by risk management and quality of care programs.

Nurses are the health professionals that due to their technical profile and patients' proximity who can further and effectively interfere in order to reduce the risk of complications and, thus, increasing the patient safety to feeding.

Our health intervention was developed with a home team of long term health care (ECCI) of the Community Care Unit (CCU) *Gentes de Loulé*, Portugal.

With the implementation of this project the goal was to develop the nursing team skills regarding its intervention in swallowing capacity, and increasing up to 20% the registration frequency of intervention, until January 2013.

The objectives were defined as follows:

1. To implement a training program on swallowing capacity in order to develop theoretical and practical nursing skills intervention in the area, achieving a rate of correct answers of 60% through a theoretical evaluation questionnaire and 60% of agreement in the practical assessment;
2. To create a tool to support nursing intervention and registration related to swallowing capacity and to test it;
3. To improve recording frequency of nursing interventions related to swallowing capacity, going from 6,3% to 20%.

It was followed the health planning methodology. It was carried out a systematic review of the literature on clinical evaluation methodology concerning swallowing capacity. They were held two epidemiological studies, one diagnostic and other for evaluation. It was created a tool to support nursing intervention that has been tested regarding its attributes of content validity and interrater reliability. It was implemented a program of theoretical and practical training that has been evaluated. They were held formal and informal meetings with the ECCI.

As results, in the evaluation of the training program, it was achieved 37% of theoretical knowledge improvement rate and an agreement proportion of 93.4% in the evaluation of the procedures. Testing the tool, the following overall results were obtained: Po = 93.4%, excellent; ICC = 0.927, excellent; Kendall's  $\tau - b = 0.875$ , excellent; Kappa ( $p$ ) = 1.000, excellent. The literature review concluded that there is no consensus regarding the most appropriate methodology and about the items to be included to evaluate the swallowing capacity. The epidemiological studies have shown, among other data, that 86% of the ECCI population presents antecedents considered of risk concerning swallowing dysfunction. The prevalence of this dysfunction was, in the first study, of 6.8% and 18.3% in 2nd study. The frequency of registration of nursing interventions related to swallowing disorders increased to 37%.

As conclusions, the objectives and the goal were achieved. We believe that the value of nursing intervention in feeding may be converted into gains in safety, thus in care quality, and therefore, gains in peoples health, which, in turn, may represent significant economic gains for the NHS.

Keywords: swallowing capacity, nursing intervention, patient safety to feeding



## Índice

Índice de Figuras -----	5
Índice de Gráficos -----	5
Índice de Tabelas -----	5
Lista de Abreviaturas -----	5
<b>Introdução -----</b>	<b>6</b>
<b>Parte I – Planeamento -----</b>	<b>8</b>
<b>1 - Caracterização da UCC Gentes de Loulé-----</b>	<b>8</b>
<b>2 – Enquadramento Teórico do Problema -----</b>	<b>10</b>
2.1 - Aspectos Anatomo Fisiológicos da Deglutição -----	10
2.2 – Conceitos -----	11
2.3 – Etiologia e Epidemiologia-----	14
2.4 – Morbilidade-----	16
2.5 – Avaliação da Capacidade de Deglutição-----	19
2.5.1. - Revisão Sistemática – Metodologia de Avaliação da Capacidade de Deglutição -----	20
2. 6. Reabilitação e Controlo do Risco -----	21
2.6.1 – Adaptação da Consistência da Dieta -----	22
2.7 – Intervenção de Enfermagem -----	23
<b>3 – Diagnóstico da Situação -----</b>	<b>25</b>
3.1 - Determinação das Necessidades e Prioridades de Intervenção -----	25
3.1.1 - Questionário de Diagnóstico da Situação -----	25
3.1.2 - Questionário na World Wide Web -----	26
3.1.3 - Análise dos Registos -----	27
3.1.4 - Estudo Epidemiológico Diagnóstico-----	28
3.1.5 - Grelha de Análise de Prioridades de Intervenção -----	29
3.1.6 - Reunião com ECCI-----	30
<b>Parte II – Intervenção -----</b>	<b>31</b>
<b>4 - Estratégias de Intervenção -----</b>	<b>31</b>
4.1 – Meta -----	31
4.2 – Objectivos -----	31
4.3 – Operacionalização -----	31
4.3.1 – Implementar Programa de Formação -----	32
4.3.2 – Criar Instrumento de Apoio à Intervenção de Enfermagem -----	33
4.3.3 – Aferir a Frequência de Registo das Intervenções -----	34
4.4 – Cronograma -----	35
<b>5 – Avaliação-----</b>	<b>36</b>
5.1 - Estudo Epidemiológico de Avaliação -----	36
5.2 – Instrumento de Apoio à intervenção de Enfermagem -----	37
5.2.1 - Descrição -----	37
5.2.2 – Validação de Conteúdo -----	38
5.2.3 – Confiabilidade - Objectividade – Fidelidade -----	39
5.2.4 – Proposta para Dietas Adaptadas -----	43
5.3 – Avaliação dos Objectivos-----	45
5.3.1 – Implementação do Programa de Formação-----	45
5.3.2 –Aplicação do Instrumento de Apoio à Intervenção de Enfermagem -----	46
5.3.3 – Análise da Frequência de Registo das Intervenções de Enfermagem-----	47
5.4 – Reunião com ECCI -----	48
5.5 – Avaliação Quanto à Meta -----	49
<b>Apreciação Final -----</b>	<b>50</b>
<b>Referências Bibliográficas -----</b>	<b>52</b>

<b>Anexos</b> -----	<b>58</b>
Anexo I - Revisão Sistemática-----	60
Anexo II - Questionário de Diagnóstico da Situação-----	62
Anexo III - Questionário na World Wide Web-----	64
Anexo IV – Estudos Epidemiológicos-----	66
1º Estudo – Diagnóstico-----	66
2º Estudo – Avaliação-----	66
Anexo V - Grelha de Análise de Prioridades de Intervenção -----	68
Anexo VI - Instrumento de Apoio à Intervenção de Enfermagem – DDERI-----	70
Anexo VII – Questionários de Avaliação da Formação Teórica -----	72
Questionário de Avaliação Inicial -----	72
Questionário de Avaliação Final -----	72

## Índice de Figuras

**Figura 1:** ACES do Algarve

**Figura 2:** Concelho Loulé

## Índice de Gráficos

**Gráfico 1:** Resultados por variável do DDERI

## Índice de Tabelas

**Tabela 1:** Prevalência de alterações da deglutição por grupos etiológicos e/ou patologias

**Tabela 2:** Áreas de intervenção, necessidades detectadas e respectivas prioridades

**Tabela 3:** Operacionalização do objectivo 1

**Tabela 4:** Operacionalização do objectivo 2

**Tabela 5:** Operacionalização do objectivo 3

**Tabela 6:** Cronograma das actividades a desenvolver

**Tabela 7:** avaliação do objectivo 1

**Tabela 8:** avaliação do objectivo 2

**Tabela 9:** avaliação do objectivo 3

## Lista de Abreviaturas

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**ECCI** - Equipa Comunitária de Cuidados Continuados

**DDERI** – Deglutição: Decisão de Enfermagem, Risco e Intervenção

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

## Introdução

Este documento pretende responder ao proposto no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa quanto a objectivos e competências a adquirir na área, bem como apresentar, de forma sistematizada, todo o processo da intervenção em saúde realizado.

O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “Gentes de Loulé”, em Loulé, Algarve. Aqui, no âmbito da intervenção de enfermagem relacionada com a segurança do doente à alimentação e particularmente na capacidade de deglutição, recorrendo à metodologia do planeamento em saúde, bem como a algumas metodologias de investigação, foi elaborado e implementado o nosso projecto de intervenção.

Este relatório apresenta o trabalho desenvolvido de forma a responder ao anteriormente anunciado. Encontra-se organizado em duas partes, onde, na primeira, é apresentado todo o trabalho de planeamento realizado e, na segunda, são apresentadas as intervenções cumpridas, assim como a avaliação dos resultados alcançados. Por último, a apreciação final deste relatório compreende a conclusão geral do trabalho, aponta as limitações e constrangimentos encontrados, apresenta sugestões de desenvolvimento posteriores e anuncia projectos futuros.

Constituindo uma preocupação profissional anterior e convergindo com necessidades detectadas, pretendeu-se intervir na área da segurança do doente à alimentação.

Sendo a alimentação dos seres vivos uma necessidade básica e sua característica comum, ela difere nas formas como o processo se conclui. No que se refere à alimentação dos seres humanos este processo é bastante mais complexo que o simples acto fisiológico que tem a finalidade de assegurar a sobrevivência pelo fornecimento de nutrientes. Com efeito, para além da ingestão de alimentos através do acto da deglutição, existem associados aspectos sensitivos como o tacto, o gosto, o aspecto visual ou o olfacto.

A alimentação é também um comportamento aprendido através da socialização de cada pessoa e por isso, deve ser compreendido como uma forma ampla de expressão de valores e crenças culturais próprios. Como acto social a alimentação permite a interacção, a partilha de experiências relacionais e afectivas. Assim, infere-se que a aptidão para todos os processos relacionados com a satisfação da necessidade básica alimentação está intimamente relacionada com a qualidade de vida das pessoas.

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde que procuram “....prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procuram a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades, procuram a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores...” (Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, p.5, Ordem dos Enfermeiros, 2003), têm um papel fundamental nas intervenções relacionadas com a alimentação das pessoas a quem prestam cuidados. Acreditamos que a prática dos enfermeiros baseada em evidência e que a sua intervenção na prevenção de complicações, pela diminuição do risco associado a alterações na capacidade de deglutição, pode promover a segurança do doente e influenciar a sua qualidade e vida.

Através da análise do diagnóstico da situação realizada, verificou-se que a maioria da população assistida em cuidados domiciliários pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) apresentava antecedentes de risco para alterações da capacidade de deglutição. No entanto, esse risco não estava a ser aferido pelos enfermeiros da ECCI nem se observavam registos de intervenções tendentes ao seu controlo. Verificou-se também que os enfermeiros, durante a sua formação académica e percurso profissional, não haviam desenvolvido competências nesta área. Assim, a intervenção na área da segurança do doente à alimentação pretendeu o desenvolvimento de competências dos enfermeiros da ECCI da UCC Gentes de Loulé no que respeita à intervenção de enfermagem relacionada com a capacidade de deglutição.

Como suporte aquela intervenção foi criado e testado um instrumento de apoio à decisão de enfermagem que se baseia no risco aferido e na implementação de intervenções de enfermagem tendentes ao controlo daquele risco. Este instrumento foi denominado DDERI, sendo a sigla para “Deglutição: Decisão de Enfermagem, Risco e Intervenção”. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre metodologia de avaliação da capacidade de deglutição com o objectivo de validar o conteúdo do instrumento. Outro atributo do instrumento testado foi a sua confiabilidade, testada pela objectividade, na fidelidade entre observadores.

Foi igualmente proposta uma classificação e definição para diferentes consistências de dietas adaptadas à capacidade de deglutição demonstrada e ao risco aferido.

De forma a caracterizar a população sob cuidados da ECCI, determinar a carga de doença relacionada com alterações da capacidade de deglutição, avaliar as intervenções registadas e avaliar o nosso projecto de intervenção em saúde, foram realizados dois estudos epidemiológicos, um de diagnóstico, outro de avaliação.

É nossa convicção que os enfermeiros são profissionais de saúde que pelo seu perfil técnico e de proximidade com os utentes, podem intervir de forma eficaz na diminuição do risco de complicações e assim aumentar a sua segurança à alimentação. Ao especialista em enfermagem comunitária acresce a responsabilidade de estabelecer e avaliar programas e projectos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados nas pessoas, grupos ou comunidades. É nossa convicção que a intervenção aqui documentada demonstra este nível competência.

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade está relacionada com a segurança na forma como estes são prestados. Para tal, a gestão do risco, entendida como a percepção, determinação e controlo do risco, deve ser encarada pelos enfermeiros como meio para atingir essa mesma qualidade.

A problemática em estudo poderá constituir uma abordagem inicial a um problema de saúde que apresenta indicadores de morbilidade muito significativos, onde os enfermeiros poderão desenvolver competências de intervenção, antecipando-se, assim, a possibilidade de traduzir ganhos em saúde importantes.

Na redacção deste documento não foi adoptado o novo acordo ortográfico.



*1 — A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.*

*2 — A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.*

*3 — A UCC participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua.*

*4 — À UCC compete constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho.*

A UCC Gentes de Loulé possui uma equipa constituída por profissionais com diferentes perfis, assim distribuídos: 15 enfermeiros, 3 fisioterapeutas, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 higienista oral, 2 médicos, 5 assistentes operacionais e 2 assistentes técnicos. Esta equipa multidisciplinar intervém no âmbito de vários programas de saúde definidos no PNS. Integra também a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da ECCI.

No Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, que cria a RNCCI como “...um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar”, a ECCI, no Artigo 27º, é caracterizada, como: “...equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.” Quanto a serviços da ECCI, na mesma legislação, no seu Artigo 28º, define-se que assegura:

*“a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa;*

*b) Cuidados de fisioterapia;*

*c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;*

*d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;*

*e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;*

*f) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;*

*g) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária;*

*h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.”*

## **2 – Enquadramento Teórico do Problema**

A alimentação deve ser compreendida, para além das questões biológicas da sobrevivência, como uma forma ampla de expressão de valores e crenças culturais, reveladora da socialização do indivíduo. Por isso a capacidade de deglutição, enquanto processo fisiológico fundamental da alimentação, está relacionada também com todos os aspectos da vida da pessoa, desde a interacção social, ao trabalho, aos tempos livres, apresentando grande impacto potencial na qualidade de vida, (Davis & Lori, 2007).

Em termos estritamente fisiológicos, a deglutição é um acto que visa satisfazer a necessidade humana básica da alimentação. Para que a deglutição seja realizada de forma eficaz é necessário que todas as estruturas anatómicas e mecanismos fisiológicos estejam mantidos, assim como o seu controlo neurológico que é fundamental para o correcto desenrolar do processo.

Outros factores podem ser importantes para a eficácia da deglutição como o tamanho das partículas dos alimentos, a quantidade de líquido e de saliva, bem como o gosto, a forma ou a quantidade.

Quando ocorre alguma alteração nas estruturas e mecanismos acima referidos existe uma perturbação da deglutição, que pode manifestar-se por comprometimento mais ou menos grave da sua eficácia. Este compromisso é muitas vezes identificado na prática clínica e na literatura como “dysfagia”. Ao longo deste trabalho é usada preferencialmente a terminologia “alteração da capacidade de deglutição” porque a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, (Ordem dos Enfermeiros, 2011), define, como foco ou seja, área relevante para a enfermagem, a “Capacidade para Deglutir”, (CIPE código 10000236). Esta preferência relaciona-se também com dificuldades de definição de conceitos como adiante estão expostas.

### **2.1 - Aspectos Anatómicos Fisiológicos da Deglutição**

A deglutição começa ainda na fase intra-uterina e os seus mecanismos estão entre os mais complexos da neurofisiologia, (Jacobi, Levy, & Silva, 2003). Envolve uma actividade coordenada de várias estruturas anatómicas, em processos automáticos e outros voluntários, onde os alimentos são transportados desde a boca, através da faringe e do esófago, até ao estômago. São diversas as estruturas anatómicas implicadas na deglutição.

Este é um processo contínuo mas habitualmente e para efeitos de sistematização das descrições fisiológicas e fisiopatológicas, é dividida em quatro fases: fase oral preparatória, fase oral, fase faríngea e fase esofágica, (Hardy & Robinson, 1993; Logemann J., 1988).

A fase oral preparatória é consciente e voluntária. Inicia-se com a recepção sensorial (visual, olfactiva e táctil) do alimento na boca, pelo encerramento labial. Com alimentos líquidos a língua toma a forma côncava e com alimentos sólidos move-se lateralmente, juntamente com a mandíbula, (Hardy & Robinson, 1993).

A fase oral, também voluntária, consiste na preparação do bolo alimentar, através da produção de saliva, da mastigação e dos movimentos da língua e músculos faciais. Quando o bolo

alimentar se encontra homogéneo é colocado no dorso da língua e os movimentos de retropulção impulsionam-no para a faringe. Durante este processo ocorre uma pausa respiratória que visa proteger a via aérea de possível penetração laríngea e/ou aspiração de alimentos, (Logemann J., 1988).

A fase faríngea é involuntária, complexa e ainda é pouco conhecido o seu mecanismo exacto, (Hardy & Robinson, 1993). Vários mecanismos e estruturas anatómicas são recrutados e ocorrem simultaneamente: o encerramento velofaríngeo, que previne a entrada dos alimentos na rinofaringe; a retracção da base da língua em direcção à parede faríngea, o que cria pressão sobre o bolo e o impulsiona através dela; a elevação do hióide e o encerramento da laringe, pela epiglote, de forma a proteger a via aérea e a abertura do esfíncter cricofaríngeo, permitindo a passagem do bolo alimentar para o esófago, (Logemann J., 1988; Hardy & Robinson, 1993).

A fase esofágica da deglutição, involuntária, requer entre 8 a 20 segundos a completar. Nesta fase o peristaltismo esofágico transporta o bolo alimentar até ao estômago, (Hardy & Robinson, 1993).

## **2.2 – Conceitos**

Há que distinguir entre alguns conceitos que muitas vezes são usados como sinónimos no que refere a alterações da capacidade de deglutição. Assim, no âmbito deste trabalho, adopta-se a terminologia de vários autores, ex. Logemann, (1988), Hardy e Robinson, (1993) ou Head, (2012), que distinguem entre “penetração laríngea”, “aspiração” e “disfagia”.

Quando existe “penetração laríngea”, muitas vezes apenas identificada como “penetração”, referimo-nos à entrada de alimentos, líquidos, saliva ou outras substâncias na laringe, acima das cordas vocais. Esta entrada na laringe pode aumentar o risco de aspiração se o indivíduo não possuir um reflexo de tosse eficaz, (Hardy & Robinson, 1993; Rosenbek, Robbins, Roecker, Coyle, and Wood, 1996). Se este reflexo estiver intacto é possível expelir o material para a faringe onde, com deglutição adicional, este pode ser encaminhado para o esófago ou mesmo expulso. É um evento que pode ocorrer acidental e esporadicamente, estando ou não associado a alteração da capacidade de deglutição mas pode ser um sinal desta. Os sinais clínicos incluem a tosse, dor e alterações das características da voz.

Quanto à “aspiração” refere-se à entrada de material na laringe abaixo das cordas vocais, (Rosenbek, Robbins, Roecker, Coyle, and Wood, 1996). Também pode ocorrer acidentalmente, sem associação a alterações da deglutição. Foi sugerido por Shifrin e Choplin (1996), citado por Head (2012), que 45% da população sem alterações da deglutição aspiram regularmente secreções e conteúdo gástrico durante o sono e anestesia, sem consequências. Os sinais clínicos de aspiração incluem: a tosse, antes, durante ou depois da deglutição; alterações das características da voz, muitas vezes identificadas por “voz molhada” dado ao gorgolejar produzido pela presença de líquidos nas cordas vocais; dificuldade respiratória, mais ou menos acentuada dependendo da quantidade e volume do material aspirado, podendo causar asfixia e constituir uma emergência. Neste caso os autores falam em “aspiração maciça”, (Jacobi, Levy et al, 2003, citado por Sá, 2007) que é definida como a aspiração de material com tosse,

sibilos, dispneia, edema pulmonar, hipotensão, hipoxia e evolução para insuficiência respiratória aguda.

Existe uma outra entidade clínica denominada “aspiração silenciosa”, descrita por vários autores, que não produz sinais observáveis como os descritos acima. É frequente acontecer quando há diminuição da sensibilidade da laringe, (Hardy & Robinson, 1993). Num estudo comparativo entre a avaliação clínica da deglutição e a avaliação através de videofluoroscopia, (Logemann J., 1988), os resultados mostraram que cerca de 40% dos indivíduos que aspiravam regularmente não apresentavam sinais clínicos, ou seja, faziam aspiração silenciosa.

Quanto a “disfagia”, é um conceito que é usado de várias formas, mais ou menos precisas ou abrangentes. A sua etimologia é grega e refere-se a dificuldade, “*dis*,” na alimentação, “*phageo*”. Frequentemente é entendida como qualquer dificuldade de deglutição, congénita ou adquirida, decorrente de processo agudo ou progressivo, que interfere no transporte do bolo alimentar da boca ao estomago, (Logemann J., 1998; Royal College of Speech and Language Therapist, 2005). Recentemente alguns autores alargaram a definição de disfagia de forma a incluir aspectos comportamentais, sensoriais e motores da deglutição assim como factores cognitivos de reconhecimento visual dos alimentos (Leopold & Kagel, 1996; Cichero & Murdoch 2006, citados por Head, 2012). Nesta abrangência, o *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopédes de L’Union Européenne, 2004* (CPLOL) define disfagia, numa abordagem funcional, como uma condição que resulta ou da interrupção no prazer em comer ou na manutenção da nutrição e hidratação.

Alguns autores usam os termos disfagia e aspiração de forma indiferenciada (Martino, Foley, Bhogal, & Diamant, 2005 ou Lim, Lieu, & al, 2001, citado por Head, 2012) porque consideram que a aspiração é disfagia em grau severo. No entanto referem que todos os doentes que aspiram têm disfagia mas nem todos os disfágicos aspiram, logo os conceitos não podem ser equivalentes.

A maioria dos autores referem a disfagia como factor de risco para aspiração (Gordon et al. 1987; Horner et al, 1988; Jonhon et al 1993; Holas et al, 1994; Kidd et al, 1995; Simthard et al, 1996; Ding and Logemann, 2000, citados por Vanin, 2004) , reconhecendo assim os conceitos como entidades diferentes.

Apesar de grande variação na definição do conceito, existe quase sempre a ideia de disfagia associada a complicações tais como desnutrição, pneumonia de aspiração ou penetração laríngea, (Logemann J., 1988; Odderson and Mckenna, 1993 citados por Sá, 2007). Portanto a disfagia não se apresenta apenas como um sintoma de determinadas doenças mas tem associada a noção de risco.

A Organização Mundial de Saúde, (OMS), na sua “Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente”, (CISD – *Conceptual framework for the international classification for patient safety*), (Direcção Geral da Saude, 2011), define risco como: “A combinação da probabilidade de ocorrência de dano com a gravidade desse dano”, (p.135), e também “A possibilidade de acontecer algo que terá um impacto nos indivíduos e/ou organizações”, (p.135). É medido em termos de probabilidade e consequência”.

Entre as classes de conceitos que constituem os tipos de incidente da CISD encontramos o tipo de incidente de “dieta/alimentação”, (p.39) e, especificamente, a “consistência errada”, “prescrição errada”, “administração errada”, entre outros problemas. No mesmo documento encontramos como definição de segurança “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável”, (p.14) e como definição de segurança do doente “evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou danos que têm origem nos processos de cuidados de saúde (...) A segurança do doente é um subconjunto da qualidade dos cuidados de saúde”,(p.136), (Direcção Geral da Saude, 2011).

A *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10ª revisão (ICD-10), reconhece a disfagia como um sinal ou sintoma de doença ao incluí-la no capítulo XVII, sob o código R13 (Organização Mundial de Saúde, 2010).

A mesma organização, a OMS, incluiu a disfagia na *International Classification of Functioning, Disability and Health*, (ICF), no capítulo “*Body Functions*”, com os códigos b510 e b5105, (Organização Mundial de Saúde, 2001).

A Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, ICPC-2 (WONCA, 2011), não apresenta entrada para disfagia mas sim “problemas de deglutição”, (código D21), inserindo-a nos sinais e sintomas do aparelho digestivo.

Também na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), (Ordem dos Enfermeiros, 2011), igualmente reconhecida pela OMS desde 2008, a disfagia não existe como termo. Existe, como foco, a “Capacidade para Deglutir”, (código 10000236), “Deglutir”, (código 10019347), “Capacidade para se Alimentar”, (código 10000166) e “Aspiração”, (código 10002656), esta identificada também no eixo diagnóstico e com o conceito definido como:

“Processo do sistema respiratório comprometido: Inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou os pulmões”. Depreende-se que a CIPE considera a aspiração e a disfagia como sinónimos, tanto mais que no eixo diagnóstico surgem entradas como “Risco de Aspiração”, (código 10015024) ou “Deglutição Comprometida”, (código 10001033) e no eixo das intervenções muitas são direccionadas para a avaliação das capacidades de alimentação, de deglutição e de redução do risco de aspiração. Verifica-se, no entanto, que o reflexo de deglutição não está definido nem se encontra qualquer entrada relacionada com a sua avaliação .

A *North American Nursing Diagnosis Association*, (NANDA 2008), também não inclui o conceito de disfagia. Antes apresenta o diagnóstico de “Deglutição prejudicada” (p.95) que é definida como: “Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associado a *deficit* na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica”. As características definidoras deste diagnóstico encontram-se igualmente divididas em “Prejuízo” por fases da deglutição, ou seja, prejuízo na fase oral, prejuízo na fase faríngea, prejuízo na fase esofágica. Os factores relacionados listam apenas “Defeitos congénitos” e “Problemas neurológicos”.

A NANDA define também o diagnóstico de enfermagem “Risco para aspiração” como: “Risco de entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas”,(p.37). Nos factores relacionados é apresentada uma lista de etiologias

pouco abrangente. Assim, depreende-se que a NANDA considera a disfagia como sinónimo de deglutição prejudicada. Também não faz referência ao reflexo de deglutição.

Na Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification* - NIC), (McCloskey & Bulechek, 2004), o conceito de disfagia também não está presente na sua taxonomia. Podemos encontrar “precauções contra aspiração”, (p.243), “terapia para deglutição”, (p.341), definida como “facilitação da deglutição e prevenção de complicações relacionadas à deglutição prejudicada”, que remete para a NANDA, assim como “risco para aspiração”, (p.884). A NIC não apresenta taxonomia relacionada com a avaliação da capacidade de deglutição nem de reflexo de deglutição. Existem intervenções que pressupõem aquela avaliação, ex: “planeamento de dieta”, (p.359), “dieta prescrita”, (p.360) ou “alimentação”, (p.197) mas sem intervenções claramente definidas. Infere-se que também a NIC considera disfagia e aspiração conceitos semelhantes.

A Classificação dos Resultados de Enfermagem, *Nursing Outcomes Classification* – NOC, (Johnson, Maas, & Moorhead, NOC, 2004), apresenta resultados que podem ser relacionados com o conceito de disfagia, nomeadamente os resultados de “Autocuidado Alimentação”, (p.167), “Controle de Broncoaspiração”, (p.261) mas, principalmente, “Estado da Deglutição” (p.341), definida como: “A extensão da passagem segura de líquidos e/ou sólidos da boca ao estômago”. Este diagnóstico tem associados os diagnósticos do estado de deglutição por fases da deglutição, “Estado da deglutição fase esofágica”, (p.343), “Estado da deglutição fase faríngea”, (p.345) e “Estado da deglutição fase oral”, (p.347). As escalas de medida associadas a estes diagnósticos pressupõem a avaliação de vários parâmetros que permitem decidir sobre o grau de compromisso da deglutição. Assim, das classificações estudadas, é a NOC a que melhor permite descrever, diagnosticar, planejar e avaliar a capacidade de deglutição.

Para efeitos de sistematização e dependendo das fases de deglutição envolvidas, a disfagia é dividida habitualmente em dois grandes grupos: a disfagia orofaríngea e a disfagia esofágica.

A disfagia orofaríngea engloba alterações da deglutição da fase oral preparatória, da fase oral e da fase faríngea. Os sinais e sintomas mais comuns compreendem a dificuldade de controlo da saliva e do bolo alimentar, as associadas a consistência dos alimentos, limitação das funções orofaciais, tosse antes, durante ou após a deglutição, regurgitação nasal, deglutições repetidas, alterações na qualidade da voz ou engasgamento.

A disfagia esofágica está associada a alterações da deglutição da fase esofágica, sendo os sinais e sintomas mais comuns, dor, vômito, sensação de peso, alimentos “presos” no esófago. Outra classificação da disfagia muito comum é a classificação associada à etiologia. Assim é frequente a disfagia ser classificada em neurogénica, mecânica (inclui as congénitas, as traumáticas e as obstrutivas), decorrente da idade, psicogénica e induzida por drogas. (Macedo-Filho, Evaldo, Gomes, & Furkim, 2000; Terrado, Russell, & Brwman, 2001).

### **2.3 – Etiologia e Epidemiologia**

As alterações da capacidade de deglutição podem estar presentes em todos os grupos etários, desde aos recém-nascidos aos mais idosos. O problema pode apresentar-se de forma aguda ou sofrer agravamento progressivo, no decorrer de processos patológicos, (CPLOL 2004).

Decorrente das pesquisas efectuadas e de forma a sistematizar os dados, foi elaborada a tabela abaixo que pretende relacionar a etiologia das alterações da deglutição com as patologias de risco para alterações da deglutição e a sua prevalência.

Este resumo não pretende ser exaustivo por isso são listadas as situação mais prevalentes e que são encontradas frequentemente na prática de enfermagem. Deve ser referido que os estudos de prevalência de disfagia variam muito nos resultados, dependendo das técnicas de avaliação usadas, do tipo ou fases da doença (inicial ou avançada, aguda ou progressiva), etc. Assim, procurámos usar os dados publicados de entidades e autores de referência.

Etiologia	Patologias	Prevalência	Referências
<b>Neurogénica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acidente Vascular Cerebral (AVC)</li> <li>Parkinson (PK)</li> <li>Esclerose Múltipla (EM)</li> <li>Demências/Alzheimer (D/ALZ)</li> <li>Doenças do Neurónio Motor (DNM) ex. Esclerose lateral amiotrófica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AVC- entre 27% a 80% ; 37% (clínica) e 78% (instrumental);</li> <li>PK – 35% a 82% em várias fases da doença</li> <li>EM- 33% a 75% em várias fases da doença</li> <li>D/ALZ- 24% a 50%</li> <li>DNM – até 70% /90%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AVC - (Joint Commission, 2007), (Martino, Foley, &amp; Bhogal ; Stoke 2005) (Ramsey, Smithard, &amp; Kalra, 2003), (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004)</li> <li>PK - (Langmore 1998), (Kalf, Swart, Bloem, &amp; Munneke, 2012)</li> <li>EM- (Marchese-Ragona, 2006), (Poorjavad, 2010)</li> <li>D/ALZ - (Chouinard, 2000), (Head, 2012)</li> <li>DNM - (Skelton, 1996 citado por Head 2012)</li> </ul>
<b>Mecânica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alterações congénitas (AC)</li> <li>Lesões estruturais decorrentes de cirurgias ex: cardíacas (C), pescoço - tiróide (T)</li> <li>Relacionadas com intubação traqueal (IT)</li> <li>Processos oncológicos da cabeça/pescoço (PO)</li> <li>Radioterapia (R)</li> <li>Processos agudos inflamatórios e infecciosos (PAI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AC – sem dados disponíveis</li> <li>C- 3,6%</li> <li>T- 10%</li> <li>IT- 3% a 62% em intubação prolongada; 81% nas 1ª 6h pós extubação;</li> <li>PO- 28% a 72% (dependente de fase e tratamento)</li> <li>R - dados muito variáveis, dependentes de fases da doença e de tratamentos associados</li> <li>PAI – dados não encontrados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>C - (Hogue 1995 citado por Vanin, 2004)</li> <li>T- (Gonçalves-Filho citado por Senise, 2009)</li> <li>IT- (Skoretz, Flowers, &amp; Martino, 2010), (Meer, Ferreira, &amp; Look, 2010)</li> <li>PO - (International Society of Oral Oncology, 2012)</li> <li>R - (International Society of Oral Oncology 2012)</li> <li>PAI – (Groher 1997 citado por Terrado, 2001)</li> </ul>
<b>Decorrente da idade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idade ≥ 75 anos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>45% dos indivíduos ( sem outros factores de riscos)</li> <li>70% a 90% ( com outros factores de risco)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(CPLOL, 2004), (Finiels, 2001) , (Jacobi 2003), (Wright, 2010)</li> </ul>
<b>Psicogénica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doença mental ex: doença bipolar, esquizofrenia (DM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>27% / 35% ( ambulatório / internamento)</li> <li>9%/42% ( por subgrupos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DM- (Regan, 2006), (Aldridge &amp; Taylor, 2012)</li> </ul>
<b>Induzida por drogas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sedativos, diuréticos, relax. musculares, antipsicóticos, antibióticos e outros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dados não encontrados</li> <li>mecanismos variáveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(Terrado, 2001)</li> <li>(Stoschus 1993)</li> <li>(Balzer, 2000)</li> </ul>

**Tabela 1: Prevalência de alterações da deglutição por grupos etiológicos e/ou patologias.**

Como se pode observar pela análise da tabela acima, a disfagia é um problema com prevalência muito elevada e presente em contextos patológicos diversos.

## 2.4 – Morbilidade

As alterações da capacidade de deglutição, como factor de risco para diferentes processos mórbidos, têm sido estudadas de forma mais intensiva desde os finais da década de 80. Verifica-se que este aumento de interesse pela temática está associado ao desenvolvimento da intervenção dos terapeutas da fala, assim como ao desenvolvimento de métodos clínicos e instrumentais de avaliação da deglutição. Verifica-se também que a temática tem sido abordada através do desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS).

Em nossa opinião, esta problemática poderia também ser aferida através de programas de gestão de risco e de qualidade, numa abordagem transdisciplinar.

Estudos descrevem a disfagia como um *deficit* de alta morbilidade, mortalidade e custos, pois frequentemente está relacionada com consequências graves, (Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003).

Entre as consequências das alterações da capacidade de deglutição mais frequentes estão a desnutrição, desidratação, pneumonia de aspiração, factores sociais e psicológicos, factores económicos, alterações da qualidade de vida e aumento da mortalidade.

De entre a morbilidade associada a alterações da capacidade de deglutição destaca-se a pneumonia de aspiração, senão a complicação mais frequente, pelo menos a mais estudada.

A pneumonia de aspiração aparece em muitos estudos de morbilidade associada ao AVC porque a prevalência de alterações da capacidade de deglutição é elevada nesta patologia e o seu diagnóstico precoce, associado a medidas de redução do risco de aspiração, é preconizado em todas as guidelines pelas vantagens clínicas e económicas já comprovadas, (American Heart/Stroke Association, 2013; SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization, 2007; Martino, Foley, & Bhogal, 2005; Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, 2010; Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003, entre outros).

Em Portugal, de entre as causas de morte consideradas como sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde, é identificada a pneumonia, com uma taxa padronizada de Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), por 100.000 habitantes, de 58,5, em 2009, (PNS 2012-2016). Verifica-se que a média dos 5 melhores países da União Europeia é de 19 AVPP por pneumonia, pelo que o PNS 2012-2016 estabelece como meta 31,0 para a mortalidade evitável por esta causa, ao longo dos anos de vigência deste PNS.

Também nos dados divulgados no relatório da Morbilidade Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde de 2009, (Direcção Geral da Saúde, 2009), podemos observar que nesse ano se verificaram 8083 óbitos por pneumonia, sendo 460450 os dias de internamento hospitalar atribuídos só a este diagnóstico, com uma demora média de 10,6 dias.

Dada a prevalência das alterações da capacidade de deglutição associada a várias doenças, conforme exposto no capítulo anterior e o seu potencial de risco para pneumonia de aspiração, acreditamos que muitos dos números acima se referem a esta morbilidade. Não foram encontrados dados nacionais referentes especificamente a pneumonia de aspiração.

As alterações da capacidade de deglutição constituem-se também como factor de risco para desidratação e desnutrição, com elevado potencial de dano por agravamento do estado de saúde do indivíduo. O funcionamento de órgãos vitais pode ficar comprometido, pode aumentar o risco de infecção pelo comprometimento do sistema imunitário, aumenta custos de tratamento e prolonga a duração de internamentos, (Elia, Stratton, & Russell, 2005; Matos, et al., 2007).

Existem estudos que revelam que existe uma forte associação entre risco nutricional e disfagia principalmente em idosos, (Maciel, Oliveira, & Tada, 2008).

Está descrito que a frequência de desnutrição associada à doença afecta cerca de 30 a 60% dos doentes no momento da admissão hospitalar e cerca de 10% dos indivíduos na comunidade, (Matos, et al., 2007). Este estudo realizado em 6 hospitais portugueses revelou que a frequência de risco nutricional variou entre os 28,5% e 47,3%, enquanto que a frequência de desnutrição antropométrica oscilou entre 6,3% e 14,9%, (Matos, et al., 2007). Em alguns países, o rastreio nutricional realizado a todos os doentes admitidos nos hospitais é um procedimento padrão.

De acordo com a Resolução ResAp (2003) 3, do Conselho Europeu (Council of Europe, 2003), ratificada por Portugal, “todos os doentes devem ser regularmente submetidos à avaliação do risco nutricional, desde o período prévio à admissão hospitalar até ao final do seu internamento”, (ponto 1.1 - v), (tradução nossa). A referida Resolução recomenda também que “os registos médicos e de enfermagem de admissão, alta e de ambulatório, devem conter informação acerca do estado nutricional de cada doente, assim como do estado físico e mental em relação à sua capacidade de ingestão de alimentos”, (ponto 1.3 - vii), (tradução nossa). Mas e de primordial importância no âmbito deste trabalho, é também indicado naquela resolução que “a nível nacional devem ser desenvolvidas normas práticas de avaliação e modificação de dieta para doentes com disfagia. Devem ser desenvolvidos descritores nacionais para as consistências de dietas modificadas”, (ponto 1.3 - x), (tradução nossa). Não foram encontradas evidências de que em Portugal tais determinações tivessem sido já implementadas.

A desidratação pode surgir como consequência de alterações da capacidade de deglutição especialmente para a consistência dos líquidos, (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2011). Vários estudos revelam que a prevalência da desidratação nos mais idosos e em doentes internados nos hospitais é muito elevada e está associada a maior taxa de mortalidade, (Gasper, 1999; Whelan, 2001; citados por Head, 2012). A incidência de desidratação nos idosos associada à disfagia pode chegar aos 32%, (Botella, 2002; citado por Fraga, Calvitti, Lima, & Leitão).

A desidratação é também um factor de risco para pneumonia pela diminuição da produção de saliva e consequente aumento da flora bacteriana na orofaringe, (Palmer et al, 2001; Leibovitz et al, 2003; citados por Head, 2012). Foi considerada também como um significativo factor de risco independente para Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico e para embolia pulmonar, (Nadev et al, 2002; Kelly et al, 2004; citados por Head, 2012).

À desidratação está também associado risco de desenvolver outros problemas clínicos como obstipação, infecções do trato urinário, úlceras por pressão, desequilíbrios metabólicos e hipotensão ortostática, resultando num aumento de quedas, (Xiau, H et al, 2004; citado por Fraga, Calvitti, Lima, & Leitão).

Poucos estudos têm examinado a questão dos custos associados a alterações da capacidade de deglutição, (Waters, et al., 2004; Souza & Sousa, 2007; Altman, Yu, & Schaefer, 2010;). No entanto, sabe-se que intervenções que possam diminuir a demora média hospitalar têm grande possibilidade de ser custo-efectivas devido à redução do gasto e a melhores resultados clínicos, (Souza & Sousa, 2008). Em 2004, Waters et al., calcularam que evitando-se um único internamento hospitalar por pneumonia de aspiração, poupava-se, à data, em média, 6000 dólares só em custos directos. É evidente que esta prevenção também representa benefícios, não calculados neste estudo, na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida das pessoas.

As morbilidades psico-sociais associadas a alterações da capacidade de deglutição estão relacionadas com a dificuldade em participar nas refeições, como evento social e familiar, seja por dificuldade em controlar a saliva, por regurgitação nasal, tosse frequente ou necessidades de adaptação da dieta, por exemplo. Estes constrangimentos têm um efeito negativo no bem estar psíquico, podendo desencadear processos depressivos, (Cichero and Murdoch, 2006, citado por Head, 2012). As pessoas podem experimentar situações de isolamento social e podem ver a sua vida familiar e afectiva severamente perturbada, com repercções obvias na sua qualidade de vida, (Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hannig, and Ortega, 2002).

Os enfermeiros devem, por isso, estar alerta para estas potenciais repercções na socialização e auto estima das pessoas com alteração da capacidade de deglutição e devem procurar intervir no sentido de minimizar estes potenciais efeitos.

A qualidade de vida associada a alterações da capacidade de deglutição tem sido objecto de estudo de vários autores principalmente pelo desenvolvimento de escalas de auto avaliação. Verifica-se que muitas vezes estas avaliações pretendem conhecer e apreciar a qualidade de vida de determinado grupo de doentes, como sejam os doentes com carcinoma da cabeça ou do pescoço, por exemplo com a *MD Anderson Inventory –MDADI*, (Chen A, 2001).

Dispomos também de escalas mais abrangentes, focadas na incapacidade e não na patologia de base, como a *Deglutition Handicap Index*, (Woisard, Andrieux, & Puech, 2006), a escala *Quality of life in swallowing disorders (SWAL-QOL)*, (McHorney C, 2002), muito usada a nível académico mas pouco na clínica pela sua dimensão, ou a recentemente validada, mais simples, *The Dysphagia Handicap Index*, (Silbergleit, Schultz, Jacobson, and Beardsley, 2012). Conhecer os indicadores de qualidade de vida relacionados com a capacidade de deglutição é de todo o interesse para os enfermeiros como forma de avaliação quer para as suas intervenções quer para o estado de saúde das pessoas.

Quanto a aumento da mortalidade, a disfagia tem sido identificada como um factor preditor independente para mortalidade, (Martino, Foley, & Bhogal, 2005; Smithard, O'Neill, Park, & Morris, 1996), muitas vezes associada a risco aumentado de pneumonia mas igualmente a risco nutricional, por situações de desnutrição e desidrataçao graves.

## 2.5 – Avaliação da Capacidade de Deglutição

Avaliar a capacidade de deglutição antes da administração de alimentação ou medicação por via oral é fundamental para aferir e controlar o risco associado à deglutição. Embora seja consensual nas várias *guidelines*, compêndios ou entre os autores de referência sobre a temática, (American Heart/Stroke Association, 2013; Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopédes de L'Union Européenne, 2004; Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization, 2007; SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; entre outros), a forma de fazer essa avaliação e a responsabilidade dessa determinação não o é. No entanto, aos enfermeiros, pelas competências e condições próprias da sua profissão, cabe, sem dúvida, parte daquela responsabilidade.

Na literatura identificam-se 3 tipos de avaliação da capacidade de deglutição: a triagem, a avaliação clínica e a avaliação instrumental. Muitas vezes não é explícita a diferença entre triagem e avaliação clínica.

As orientações e *guidelines* existentes têm origem em contextos de sistemas de saúde muito diferentes do português, onde existem diferentes níveis de formação e diferenciação dos enfermeiros, onde as competências desses enfermeiros, dos médicos, dos nutricionistas e dos terapeutas da fala estão definidas, (Boaden, Davies, Storey, & Watkins, 2006). Nestes contextos, habitualmente compete aos enfermeiros e aos médicos fazer a triagem da capacidade de deglutição e aos terapeutas da fala a sua avaliação clínica, mais ou menos completa, remetendo de novo aos médicos a avaliação instrumental. Mesmo assim e como não existem instrumentos de avaliação consensuais, depende das instituições de saúde determinar qual o processo a adoptar para o seu contexto próprio de assistência, resultando numa diversidade de procedimentos e testes disponíveis na literatura, mais ou menos validados, mais ou menos fiáveis.

Outro aspecto a considerar é a diversidade de testes e escalas de triagem e avaliação da capacidade de deglutição desenvolvidos e/ou testados para situações clínicas específicas, ex: doentes com AVC ou com carcinomas da cabeça e do pescoço. No entanto, existem autores que defendem testes de avaliação clínica da capacidade de deglutição generalistas, isto é, focados na capacidade de deglutição demonstrada e não na patologia de base, à semelhança dos testes instrumentais, (Cranfield, Tai, & Pattison, 2005; Cichero, Heaton, & Bassett, 2009; Murray, Milich, & Ormerod, 2011; Maccarini, Filippini, Padovani, Limarzi, Loffredo, & Casolino, 2007; entre outros). Partilhamos deste ponto de vista uma vez que para aferir da capacidade de deglutição, os itens de observação e avaliação são comuns, independentemente da patologia ou condição que origina o compromisso da deglutição. Somos de opinião que as intervenções de redução do risco ou de reabilitação a implementar é que devem considerar a patologia associada e contemplar protocolos específicos para cada contexto de assistência.

Consideramos que a avaliação da capacidade de deglutição é fundamental mas é apenas um dos aspectos que os enfermeiros devem ponderar no que refere ao foco de atenção alimentação, na consideração do risco associado a esta actividade de vida, inerente às suas competências.

Especificamente sobre a problemática da avaliação clínica da capacidade de deglutição e dos testes disponíveis efectuámos uma revisão sistemática da literatura, (anexo I), da qual se apresentam, no ponto seguinte, um resumo e os principais resultados.

### **2.5.1. - Revisão Sistemática – Metodologia de Avaliação da Capacidade de Deglutição**

A complexidade da problemática associada a alterações da capacidade de deglutição, tanto pela diversidade das suas causas ou das suas manifestações, como pelas consequências graves que daí podem resultar, levam a que cada vez mais investigação seja produzida, almejando colmatar as deficiências no conhecimento científico que não têm permitido consensos sobre quais as melhores metodologias de abordagem do problema.

Efectivamente, diferentes grupos de profissionais de saúde têm procurado estudar as práticas mais adequadas ao controlo e prevenção de complicações associadas à alteração da capacidade de deglutição, em diferentes contextos de cuidados, dirigidas a determinado grupo de doentes ou as efectivas independentemente da patologia que origina o défice.

Várias metodologias têm sido propostas, diferentes testes, protocolos e *guidelines* têm sido produzidos mas continuam a subsistir dúvidas sobre a sua efectividade. No entanto, o consenso é conseguido quanto à necessidade de identificar alterações da capacidade de deglutição precocemente pois este é o passo fundamental para prevenir complicações.

O teste ideal de avaliação clínica de enfermagem da capacidade de deglutição deveria ser rápido, simples de aplicar, requerer treino mínimo, seria não invasivo e fiável, conforme opinião partilhada com diversos autores, Logemann, por exemplo. Tal teste deveria permitir o diagnóstico pela severidade das alterações encontradas, permitir tomar decisões quanto a estratégias a implementar, de compensação e controlo do risco, assim como identificar as situações que necessitariam de mais investigação e outro acompanhamento.

Reconhecendo a necessidade de melhorar as práticas de enfermagem em Portugal quanto às intervenções independentes a pessoas com alteração da capacidade de deglutição, bem como para sustentar a intervenção em saúde no âmbito do estágio efectuado, foi decidido empreender uma revisão sistemática sob o tema: Metodologia para Avaliação da Capacidade de Deglutição, (anexo I).

É apresentado, seguidamente, o resumo do trabalho efectuado.

*Título:* Metodologia para Avaliação da Capacidade de Deglutição.

*Problemática:* Avaliação das alterações da capacidade de deglutição.

*Objectivo:* Conhecer a metodologia publicada e testada sobre avaliação clínica não instrumental da capacidade de deglutição que possa ser utilizada por enfermeiros na sua intervenção independente a pessoas com antecedentes de risco para alteração dessa capacidade.

*Desenho:* Revisão sistemática da literatura

*Método:* PICO e pesquisa bibliográfica suplementar, realizada em Março de 2012, nas bases de dados EBSCO, PubMed, CINAHL, Cochrane, Medline, Scielo, Lilacs, B-On e Academic Search Complete. Foi feita actualização da pesquisa em 20 Julho de 2012. Esta pesquisa foi complementada com uma pesquisa simples na “literatura cinzenta” no Google ([www.google.pt](http://www.google.pt)),

refinada no Google Scholar. Foi pesquisado também o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Os estudos foram analisados quanto ao seu tipo, objectivos, participantes, intervenções principais, itens de avaliação do método, resultados e conclusões principais, identificadas as limitações principais e foi atribuído o nível de evidência ao estudo.

*Resultados:* Obtivemos 2.831 resultados, sendo seleccionados 201 trabalhos e artigos para análise. Após esta análise foram seleccionados 26 artigos para a revisão.

*Conclusão:* A maioria da literatura foca-se na identificação de aspiração ou do seu risco. A população mais estudada é composta por doentes com AVC. A confiabilidade dos testes é habitualmente procurada de duas formas: por comparação com um exame instrumental ou por comparação com alterações no estado de saúde. A maioria dos testes e protocolos analisados sobrepõem os itens de avaliação, independentemente de serem desenhados para uma determinada patologia ou destinado a uso genérico. Contextos de saúde muito diferentes do Português, grande diversidade de populações estudadas, bem como distintos objectivos e metodologias de análise, dificultam a extrapolação de resultados. Como tal, concluiu-se não haver consenso nem na metodologia mais adequada nem nos itens a incluir para avaliação da capacidade de deglutição. A maioria dos testes analisados podem ser utilizados por enfermeiros.

*Palavras chave:* deglutition, dysphagia evaluation, screening tool.

## **2. 6. Reabilitação e Controlo do Risco**

A intervenção no processo de reabilitação de indivíduos com alterações da capacidade de deglutição deverá ser sempre individualizada, atendendo a todos os aspectos, sejam de morbilidade, etiologia, factores socio-psicológicos ou de dependência.

Segundo DePippo et al (2004), o objectivo da reabilitação em disfagia é estabilizar o aspecto nutricional e eliminar os riscos de aspiração e complicações associadas.

Pela natureza das alterações da deglutição, falar em reabilitação significa, mais que o restabelecimento da deglutição normal, a melhoria da qualidade de vida do indivíduo pela maximização do potencial funcional ou compensatório, conforme referiu Karhilas et al (2002), citado por Silva, (2007). Sendo estes os objectivos reais da reabilitação em deglutição, muitas vezes os doentes, os seus cuidadores e familiares, têm alguma dificuldade em entender a natureza das intervenções propostas, (Silva, 2007). Assim, o que se procura é conquistar a deglutição segura, logo eficiente e eficaz.

A utilização do conceito de eficiência deve ser compreendido como a capacidade que um procedimento terapêutico possui para produzir efeitos benéficos na dinâmica da deglutição, (Lazzaus et al, 1993, citado por Silva, 2007). A eficácia, no entanto, está relacionada com as melhorias do quadro geral do indivíduo, independentemente da permanência do distúrbio, desde que os procedimentos garantam a ingestão oral segura, a manutenção da condição nutricional e estabilização de comprometimentos pulmonares, (Langmore, 1994; Langmore, 1995; Silva, 1999, Prosiegel et al, 2005, citados por Silva, 2007).

Actualmente a produção científica sobre a temática divide-se nestes 2 grandes grupos: os que tentam provar a eficiência de um procedimento terapêutico em especial e outros que discutem

os critérios para o controlo da eficácia da reabilitação, (Silva, 2007). Em nossa opinião, a intervenção de enfermagem pode enquadrar-se tanto num como noutra grupo.

Assim, a reabilitação das alterações da deglutição depende da elaboração de um programa terapêutico individualizado que eleja um grupo de procedimentos capazes de causar efeitos benéficos, eficazes e/ou eficientes. De entre vários procedimentos referidos na literatura podemos evidenciar aqueles que reforçam os comportamentos adequados à situação, sejam os chamados posturais compensatórios, sejam exercícios para melhorar os controlos motores. Existem também várias técnicas passivas que podem ser usadas, assim como exercícios de resistência muscular, exercícios de controlo do bolo alimentar, exercícios para protecção da via aérea. De entre as várias intervenções possíveis, as modificações da consistência e volume dos alimentos têm sido bastante estudadas e provaram ser efectivas e eficazes no controlo do risco associado a estes problemas. Alguns aspectos relacionados com a adaptação da consistência das dietas a alterações da capacidade de deglutição são discutidos a seguir.

### **2.6.1 – Adaptação da Consistência da Dieta**

As mudanças na consistência e volume do bolo alimentar possuem efeito directo no trânsito orofaríngeo e são eficazes para o controle oral e para o controle da aspiração, (Groher, 1987; Ekberg et al., 1988; Dantas et al., 1990; Perlman et al., 1993; Stachler et al., 1994; Preiksaitis et al., 1996; Power et al., 1997; Bisch et al., 1994, citados por Silva, 2007).

As alterações na consistência dos alimentos e líquidos tem sido prática comum entre os profissionais de saúde que assistem pessoas com alteração da capacidade de deglutição, bem como se constituem como das primeiras medidas de auto protecção adoptadas, num processo de senso comum. No entanto, assiste-se a grande variação nos conceitos, processos e terminologias utilizadas, (McCullough, Pelletier, & Steele, 2003). Têm sido apresentadas e descritas na literatura diversas propostas de uniformização, sendo a *National Dysphagia Diet* (NDD), (American Dietetic Association, 2002) uma das que recolhe maior aceitação. A NDD divide os alimentos em 8 categorias, consoante as suas propriedades reológicas. Estabelece uma hierarquia de níveis de dieta baseados em diferentes consistências dos alimentos. Recomenda também que seja usada uma escala de avaliação da severidade da disfagia, como a *Dysphagia Outcome and Severity Scale*, (DOSS), (O'Neil, Purdy, Falk, & Gallo, 1999). A DOSS para além de classificar a disfagia, apresenta também recomendações para o nível de dieta. Actualmente ainda não é consensual esta correlação mas concordamos que a existência de descritores tipo para dietas adaptadas é útil para controlar o risco de aspiração em situações de alteração da capacidade de deglutição. Pensamos que a uniformização de nomenclaturas associadas a diferentes consistências de alimentos permite melhor prescrição de intervenções e melhor transmissão de informação entre profissionais de saúde, doentes e seus cuidadores.

No mesmo sentido se interpreta a Resolução ResAp (2003) 3, do Conselho Europeu, ratificada por Portugal, que recomenda que “a nível nacional devem ser desenvolvidas normas práticas de avaliação e modificação de dieta para doentes com disfagia. Devem ser desenvolvidos descritores nacionais para as consistências de dietas modificadas”, (ponto 1.3 – x), (tradução

nossa). Não foi encontrada evidência que esta recomendação tenha sido já implementada em Portugal. Neste sentido, apresentaremos uma proposta inicial de descritores de dietas adaptadas, (ponto 5.2.4 deste trabalho).

Pelas suas competências e responsabilidades, os enfermeiros devem intervir na adaptação da dieta das pessoas com alteração da capacidade de deglutição sob seu cuidado, com o objectivo de proporcionar a melhor deglutição funcional possível, atendendo à gestão e ao controlo do risco, na tentativa de prevenir complicações. A natureza destas intervenções será abordada resumidamente abaixo.

## **2.7 – Intervenção de Enfermagem**

A complexidade e abrangência dos problemas relacionados com a capacidade de deglutição requerem, por isso, uma abordagem multiprofissional, dependente e ajustada à situação de cada pessoa afectada. Os enfermeiros, enquanto membros desta equipa, devem ter um papel fundamental em todo este processo, decorrente das suas competências profissionais para “prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença (...) a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como para a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”, (Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, p.5, Ordem dos Enfermeiros, 2003) .

Muitos teóricos de enfermagem fazem especial referência à alimentação e à responsabilidade dos enfermeiros no cuidado relacionado com os seus múltiplos aspectos, em especial os teóricos orientados para as necessidades e problemas, como Addallah, Henderson, Orem ou Watson. Já Florence Nightingale relatava que a atenção proporcionada ao doente afectava o modo como ele comia e que os muito doentes podiam ficar famintos devido a incapacidades para se alimentarem, (George, 2000).

As oportunidades de intervenção de enfermagem relacionada com a capacidade de deglutição são várias e abrangem todas as fases do processo de enfermagem, seja na investigação inicial, no diagnóstico de enfermagem, no planeamento, implementação ou na avaliação das intervenções.

Tendo como objectivo desta intervenção a procura da deglutição funcional, segura, eficaz e eficiente, podemos sugerir algumas intervenções de enfermagem, sistematizadas por fases do processo.

Assim, na investigação inicial, os enfermeiros devem colher dados relacionados com alimentação, patologias que possam ser consideradas como antecedentes de risco para alterações da deglutição, estado nutricional, grau de dependência e capacidade de deglutição da pessoa, de forma a permitir a síntese que leve a um ou vários diagnósticos de enfermagem. Podem usar instrumentos sistematizados porque estes proporcionam um método de recuperação de informação e servem como meio de comunicação entre profissionais de saúde, (George, 2000). Nesta fase devem ser considerados aspectos sociais, culturais e psicológicos da pessoa relacionados com a alimentação.

Na fase do diagnóstico devem ser identificados os problemas, as incapacidades e serão seleccionadas as intervenções de enfermagem necessárias, por ordem de prioridades, para que se chegue aos resultados pretendidos. Segundo George, (2000), a prioridade de diagnósticos deve ser desenvolvida com base no grau de ameaça ao nível de saúde do doente, e acrescentamos, com base na capacidade instalada no contexto de intervenção. Assim, nesta fase, sugerimos que deve ser aferido o grau de risco à alimentação e o nível de dependência demonstrado nesta actividade de vida. Deve ser identificada a capacidade de deglutição para diferentes consistências de alimentos e para deglutição de terapêutica per-os, decidido o tipo de consistência de dieta adequada e definido o nível e tipo de acompanhamento necessário, bem como definidas as necessidades de intervenção para capacitação do cuidador ou de auto-cuidado. Deverá ser determinada a necessidade de iniciar intervenções interdependentes pela referenciação ou colaboração com outros profissionais.

O planeamento das intervenções a implementar deve ser elaborado depois de serem estabelecidas metas e objectivos das intervenções.

A implementação consiste em colocar em prática todas as acções planeadas. Não devem ser esquecidos toda uma série de procedimentos de segurança antes, durante e após a alimentação como sejam o posicionamento correcto, a higiene oral, a vigilância de resíduos nos recessos da boca ou a vigilância de sinais e sintomas de complicações, como aparecimento de febre, tosse ou alterações no Índice de Massa Corporal, (IMC).

Na fase de avaliação deve ser feita a estimativa das modificações na pessoa resultantes da acção do enfermeiro, o que muitas vezes origina o reinício do processo de enfermagem, com novos diagnósticos a necessitar de planeamento de novas acções, ao encontro dos problemas não resolvidos. Devem ser comparados os resultados alcançados com os objectivos estabelecidos, (George, 2000).

Existe um outro nível de avaliação das intervenções de enfermagem que se prende com a necessidade de produção de indicadores que monitorizem a qualidade dos cuidados. Têm sido apresentadas várias propostas e diferentes aspectos da temática têm sido discutidos. Todos parecem concordar que só com a produção de indicadores fiáveis é possível tornar visível na sociedade o espaço importante da intervenção de enfermagem para a qualidade de saúde das populações. Algumas destas propostas constam no “Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde”, (Ordem dos Enfermeiros, 2007), ou nos “Indicadores de Desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade”, (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010) mas em nenhum destes documentos foram encontradas propostas relacionadas com as intervenções de enfermagem na segurança à alimentação, onde se pode incluir a capacidade de deglutição, excepto na proposta da Ordem dos Enfermeiros. Aqui existe o foco “aspiração”, com fórmulas definidas para indicadores que pressupõem a determinação do número de doentes em risco e o número dos que desenvolvem aspiração, assim como a avaliação dos ganhos em conhecimento dos prestadores de cuidados. Parece-nos ser da maior importância para a profissão a implementação deste indicador, apesar de neste momento e pelas dificuldades anteriormente apontadas, não ser possível recolher dados para o seu cálculo.

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade está relacionada com a segurança na forma como são prestados. Para tal, a gestão do risco, entendida como a percepção, determinação e controlo do risco, deve ser encarada pelos enfermeiros como meio para atingir aquela qualidade, num processo a que Lucília Nunes, (Nunes, 2006) chamou “pedagogia do risco”.

### **3 – Diagnóstico da Situação**

Desde há uns anos que os problemas da capacidade de deglutição dos utentes têm constituído uma nossa preocupação profissional pois verificou-se que as complicações associadas à deglutição comprometida são frequentes, conduzindo muitas vezes a consequências graves. Muitos dos utentes do nosso contexto profissional apresentam um risco elevado à alimentação devido aquele tipo de problemas. Constatou-se também que os enfermeiros não parecem estar suficientemente alerta para intervir, o que coloca questões importantes na área da segurança do doente. Assim, foi elaborado projecto de intervenção em saúde nesta área de forma a actualizar, desenvolver e aplicar os conhecimentos adquiridos.

Pretendendo um correcto diagnóstico da situação acerca da intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição, na ECCI da UCC Gentes de Loulé, procuraram-se resposta para as questões:

- Qual é a prevalência de indivíduos com antecedentes de risco para alteração da capacidade de deglutição na população assistida pela ECCI?
- Qual é a prevalência de alterações da capacidade de deglutição diagnosticada naquela população?
- Qual a prática actual dos enfermeiros da ECCI na avaliação da capacidade de deglutição?
- Que formação possuem estes enfermeiros sobre avaliação da capacidade de deglutição?
- Que tipo de registos são efectuados quanto a intervenções de enfermagem?
- Que necessidades identificam no âmbito da intervenção na capacidade de deglutição?

#### **3.1 - Determinação das Necessidades e Prioridades de Intervenção**

De forma a obter resposta para as questões acima formuladas foram utilizadas diferentes metodologias de recolha de informação que incluíram: entrevistas informais a vários elementos da ECCI, elaboração e distribuição de um questionário individual, análise dos diferentes tipos de registos, levantamento epidemiológico sobre factores de risco para alterações da capacidade de deglutição, aplicação do método de grelha de análise de prioridades, (Imperatori & Giraldes, 1993) e reunião com a ECCI para apresentação, discussão e aprovação do projecto de intervenção.

##### **3.1.1 - Questionário de Diagnóstico da Situação**

Os objectivos do questionário construído, (anexo II), dirigido aos enfermeiros da ECCI, foram:

- Caracterizar a equipa de enfermagem;
- Conhecer as suas competências na avaliação da capacidade de deglutição e em que âmbito foram adquiridas;
- Conhecer a sua prática na avaliação da capacidade de deglutição;
- Conhecer a sua experiência com situações de urgência por aspiração e/ou asfixia;

A metodologia adoptada consistiu na elaboração de questionário, composto por 10 perguntas fechadas. Os questionários foram distribuídos em reunião de serviço, na 1ª semana de Maio de 2012 e foram devolvidos até dia 12 do mesmo mês.

Foram tratados através de testes estatísticos descritivos, no programa informático Excel. Os principais resultados podem ser consultados no anexo II deste trabalho.

Depois de analisados os questionários podemos concluir que os dados do questionário são representativos dos enfermeiros que compõem a UCC, com uma taxa de resposta de 87%.

A equipa é constituída por elementos com diferente experiência profissional, sendo que a maioria (76%) não desenvolveu competências na avaliação da capacidade de deglutição. No entanto, afirmam avaliar essa capacidade e consideram que assiste pessoas em risco, (77%).

A sua formação base foi adquirida em diferentes escolas do país. 46% dos enfermeiros referiu que não foi de todo abordada a temática da avaliação da capacidade de deglutição durante esta etapa da sua formação.

Grande parte dos enfermeiros, (38%), já presenciou situações de aspiração de alimentos ou medicação nas quais foi necessária intervenção imediata para a sua resolução e também já foram presenciadas situações que tiveram como consequência o óbito, (8%).

Da aplicação deste questionário aos enfermeiros da UCC Gentes de Loulé concluímos que a proposta de intervenção na formação da equipa era pertinente.

### **3.1.2 - Questionário na World Wide Web**

Com o objectivo de verificar se o diagnóstico de situação efectuado com o questionário aos enfermeiros da UCC não podia apenas traduzir uma situação particular e de forma a permitir sustentar, de forma mais abrangente, a pertinência da temática de intervenção, o mesmo questionário foi colocado na *World Wide Web*, a 14 de Outubro de 2012, através do site da *surveymonkey*, ([www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com)). O *link* foi enviado a enfermeiros por correio electrónico e igualmente colocado no *Facebook*, na página “enfermeiros”. Foi também criada uma entrada no “Fórum enfermagem”, ([www.forumenfermagem.org](http://www.forumenfermagem.org)) a solicitar colaboração de colegas. Esteve disponível até 14 de Novembro de 2012.

Obtivemos 218 respostas que foram tratadas através de testes estatísticos descritivos do próprio site. Os principais resultados podem ser consultados no anexo III deste trabalho.

Depois de analisados os dados podemos concluir que os resultados do questionário dos enfermeiros da UCC de Loulé não configuram uma situação particular uma vez que os resultados do questionário *on-line*, com amostra maior, são muito semelhantes.

Esta amostra foi constituída por enfermeiros com diferente experiência profissional, numa distribuição equilibrada pelos diferentes intervalos etários. A sua formação base foi adquirida

em diferentes escolas de Norte a Sul do país (47% escolas do sul, 23% do centro e 30% do norte).

A maioria dos enfermeiros, (54%), referiu que não foi abordada a temática da avaliação da capacidade de deglutição durante a sua formação base, nem foram adquiridas competências na área durante o seu exercício profissional, (58%). No entanto, grande parte refere que no seu exercício profissional actual avaliam a capacidade de deglutição no 1º contacto, (36%) e antes da alimentação, (25%), sendo que apenas uma pequena percentagem afirma avaliar aquela capacidade antes da administração de medicação per-os, (4%). A maioria dos enfermeiros considera que assiste pessoas em risco para alterações da capacidade de deglutição, (76%).

Salienta-se que 77% dos enfermeiros já presenciou situações de aspiração de alimentos ou medicação onde foi necessária intervenção imediata para a sua resolução e uma percentagem elevada, (24%), afirma que já presenciou situações que tiveram como consequência o óbito.

Apesar do tamanho da amostra não permitir extrapolar conclusões à população (que neste caso deveria contemplar os 65467 enfermeiros inscritos na ordem dos enfermeiros e para tal necessitaríamos de 382 respostas em vez das 218 obtidas), as suas características de distribuição etária e geográfica e as afirmações quanto à formação, ao risco nos seus contextos profissionais e principalmente à elevada taxa de ocorrência de situações de emergência, (77%) e óbitos presenciados, (24%), demonstra que a nossa preocupação é pertinente. Mais, permite detectar um problema nacional de défice na segurança do doente à alimentação, bem como na aquisição de competências na formação base que, em nossa opinião, é muito relevante.

### **3.1.3 - Análise dos Registos**

Dada a problemática que se pretendeu tratar, o foco de atenção em relação aos registos centrou-se nos efectuados ou relacionados com a prestação de cuidados pela ECCI. Assim, verificou-se que existiam processos clínicos em suporte de papel activos, processos electrónicos com o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) instalado, o sistema electrónico Gestcare, exclusivo da RNCCI e ainda outras fontes constituídas maioritariamente por informações produzidas por outras instituições, como notas de alta ou transferência e relatórios de meios complementares de diagnóstico.

Quanto ao processo clínico em suporte de papel continha igualmente registos de outros profissionais que não enfermeiros, (médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos). Também se encontraram neste formato dados de enfermagem específicos a determinadas áreas de intervenção, como registos de transmissão de informação a outros profissionais, dados relacionados com terapêutica, calendarizações de acções específicas e outros como índices de Katz, Lawton e outras escalas.

No SAPE verificámos que a parametrização de intervenções frequentes e específicas ainda é incipiente o que dificulta a sua utilização. Para planear intervenções na área da deglutição, por exemplo, é necessário aceder ao foco de atenção “ser humano”, seleccionar “indivíduo”, aceder ao menu “função”, da lista seleccionar “digestão” e só aí aparece a deglutição. Então podem ser identificadas e planeadas intervenções mas com grande limitação de opções.

No Gestcare os registos de enfermagem são extremamente limitados. No que se refere à alimentação e deglutição verificamos que no campo “diagnósticos de enfermagem” existe “risco de aspiração” e “risco de desidratação”. No campo “ intervenções de enfermagem” não existe nenhuma relacionada com alimentação e/ou deglutição, assim como no campo “ensinar doente/cuidador”. No separador geral, no “Instrumento de Avaliação Integrada” (IAI) que pode ser preenchido por profissional de qualquer perfil, existe o campo da “autonomia física”, constituído pelas avaliações do índice de Katz, onde é avaliada, entre outras, a dependência física à alimentação. Esclarece-se que o Gestcare não é um sistema de registo do tipo processo clínico mas sim um sistema de registo de evolução e por isso é actualizado periodicamente, quando as condições clínicas se alteram, quando é necessário proceder a transferências dentro da RNCCI ou proceder a alta, terminar episódio.

Desta análise concluímos que os enfermeiros são confrontados com muitas dificuldades de acesso e de dispêndio de tempo para manter os vários sistemas de registo actualizados porque esses sistemas não se encontram a funcionar de forma a responder eficazmente às necessidades dos seus registos. Os resultados da nossa análise aos registos específicos sobre as intervenções dos enfermeiros da ECCI na deglutição são apresentados juntamente aos resultados do estudo epidemiológico realizado.

### **3.1.4 - Estudo Epidemiológico Diagnóstico**

Para aferir a pertinência da temática da intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição e permitir fazer um diagnóstico da situação baseado em evidência, foi elaborado um estudo epidemiológico descritivo, na população assistida pela ECCI, com os objectivos:

- Identificar a população em risco para complicações associadas a alterações da capacidade deglutição;
- Conhecer a prevalência de alterações da capacidade de deglutição diagnosticada;
- Conhecer as intervenções planeadas tendentes a diminuir e controlar o risco de complicações associadas a deglutição comprometida;
- Conhecer a frequência de registo das intervenções de enfermagem relacionadas com a capacidade de deglutição da população em risco.

Os passos metodológicos adoptados e resultados podem ser consultados no anexo IV.

Deste estudo pudemos concluir que foi representativo da população da ECCI no período em estudo dado que foram analisados todos os processos. Esta população, (n=191), apresenta características etárias e de morbilidade específicas, sendo constituída na sua grande maioria por idosos, (87% com idade  $\geq$  70 anos), com média de idades de 82 anos.

A prevalência de antecedentes de risco para alterações na capacidade de deglutição global desta população foi muito elevada, (86%), mesmo depois de excluído o factor de risco “idade  $\geq$  70 anos”. No entanto, a taxa de prevalência encontrada de alterações da capacidade de deglutição diagnosticada foi baixa, (6,8%), quando comparada com aquela elevada prevalência de factores de risco na população. Podemos inferir que esta prevalência está subestimada, tanto mais que foram detectados problemas de não concordância nos registos.

Observamos que os enfermeiros são o grupo profissional que mais regista alterações da capacidade de deglutição e intervenções tendentes à redução ou controlo do risco, (85%). Estas intervenções são constituídas por modificação ou suspensão da dieta mas a frequência destes registos foi baixa, (6,3%). Não foram encontrados registos de outras intervenções tendentes a reduzir ou controlar o risco, como a capacitação do cuidador ou posicionamentos. Não foram encontrados registos de enfermagem ou de outros profissionais de saúde de avaliação da capacidade de deglutição a indivíduos sem diagnóstico de alterações da capacidade de deglutição, o que pode revelar que o risco não é avaliado de forma sistemática apesar da prevalência elevada de antecedentes de risco na população. Desta análise concluímos que a temática da intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição é pertinente na ECCI.

### 3.1.5 - Grelha de Análise de Prioridades de Intervenção

Através dos vários métodos de recolha de informação acima descritos foram detectados problemas na área da segurança do utente à alimentação na ECCI. Da análise desses problemas surgiram as seguintes áreas prioritárias de intervenção:

- Registos de intervenções de enfermagem;
- Actualização de conhecimentos;
- Recursos e materiais de apoio.

Assim, para cada área de intervenção foram definidas necessidades consideradas prementes. Na tabela seguinte são apresentadas as necessidades detectadas por área de intervenção, assim como o grau de prioridade atribuído após a aplicação da nossa grelha de análise de prioridades. Para a construção da grelha, (anexo V), foi seguida a metodologia descrita por Imperatori, (Imperatori & Giraldes, 1993), onde foram definidos os seguintes critérios :

- Importância da necessidade detectada para a resolução do problema;
- Relação com o problema a resolver;
- Capacidade técnica de intervenção;
- Exequibilidade.

Área de Intervenção	Necessidade de Intervenção	Grau de Prioridade
Registos de intervenções de enfermagem	Parametrização de intervenções específicas da capacidade de deglutição no SAPE	8 <sup>a</sup>
	Melhorar a frequência de registos de intervenções no SAPE	1 <sup>a</sup>
	Melhorar a frequência de registos de intervenções no Gestcare	2 <sup>a</sup>
	Expandir as opções de registo de intervenções no Gestcare	8 <sup>a</sup>
	Expandir as opções de registo de diagnósticos no Gestcare	8 <sup>a</sup>
Actualização de conhecimentos	Criar instrumento de registo e apoio para usar em domicilio	1 <sup>a</sup>
	Desenvolver as competências de intervenção de enfermagem	1 <sup>a</sup>
	Uniformizar práticas através de protocolo multidisciplinar	16 <sup>a</sup>
Recursos e materiais de apoio	Desenvolver acções de capacitação de cuidador	7 <sup>a</sup>
	Aferir com os serviços farmacêuticos a disponibilização de espessante	5 <sup>a</sup>
	Aferir com a indústria a disponibilização de espessante para formação	1 <sup>a</sup>
	Melhorar a articulação interdisciplinar	12 <sup>a</sup>
	Criar folhetos informativos para utentes e cuidadores	10 <sup>a</sup>

*Tabela 2: áreas de intervenção, necessidades detectadas e respectivas prioridades*

Assim, o projecto de intervenção na área da segurança à alimentação na ECCI da UCC Gentes de Loulé contemplou as necessidades aferidas como 1ª prioridade:

- Melhorar a frequência de registos de intervenções relacionadas com a capacidade de deglutição;
- Criar um instrumento de registo e apoio à intervenção para usar em domicilio;
- Desenvolver competências de intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição;
- Aferir com a indústria a disponibilização de espessante alimentar para formação.

### **3.1.6 - Reunião com ECCI**

Num processo de partilha de experiências e negociação, num ambiente informal, foi realizada uma reunião com os enfermeiros da ECCI onde foram apresentados os resultados do diagnóstico da situação efectuado. Esta teve também como objectivo aferir a operacionalização proposta para a nossa intervenção às expectativas da equipa e aos contributos que seriam necessários recrutar. Os enfermeiros manifestaram interesse pela temática proposta e discutiram as metodologias utilizadas por cada elemento na avaliação da capacidade de deglutição, referindo novamente as dificuldades na aquisição de competências para intervir, tanto na formação base como no decorrer do seu exercício profissional.

Foi recolhida informação pertinente sobre o planeamento diário dos cuidados prestados em domicilio pelos enfermeiros e funcionamento das equipas.

Foi discutida a taxa de prevalência de antecedentes de risco para alterações na capacidade de deglutição encontrada na população, (86%), mesmo depois de excluído o factor de risco “idade  $\geq 70$  anos”. Os enfermeiros confirmaram ter conhecimento subjectivo desta elevada prevalência. Da mesma forma confirmaram a percepção que muitas infecções respiratórias na população pudessem estar relacionadas com aquelas alterações da deglutição.

Quando confrontados com a baixa taxa de prevalência registada, (6,8%), apontaram as dificuldades de registo nos diferentes sistemas electrónicos de informação da UCC, o SAPE e o Gestcare. Os enfermeiros afirmaram que muitas das intervenções planeadas e instituídas relacionadas com as alterações da capacidade de deglutição não foram registadas. Referiram que, com frequência, implementaram intervenções de capacitação de cuidador relacionadas com o posicionamento e a consistência dos alimentos que não foram registadas nem monitorizadas devido às dificuldades dos sistemas referidas.

Apesar de ter sido manifestado interesse pelo nosso projecto, verificámos que foram apontadas algumas dificuldades que se prenderam com o tempo necessário à avaliação da capacidade de deglutição, actividade que está na base da intervenção proposta. Foi manifestada também preocupação quanto ao elevado custo dos espessantes alimentares que não beneficiam de comparticipação do SNS. Foram referidos exemplos de grandes dificuldades económicas por que passam actualmente muitos dos utentes da ECCI. Informámos que partilhamos desta preocupação mas que existem estratégias de adaptação da dieta que não passam pela aquisição daqueles produtos e que seriam discutidas no programa de formação.

De forma geral considerámos que os enfermeiros da ECCI revelaram entusiasmo pelo projecto mas a sua motivação estava condicionada às diferentes dificuldades apontadas.

## **Parte II – Intervenção**

Esta parte do relatório apresenta toda a intervenção realizada bem como a sua avaliação.

A intervenção passou pela implementação de programa de formação teórica e prática sobre intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição, pela criação de instrumento de apoio aquela intervenção, na testagem de alguns dos seus atributos e por intervir na qualidade e frequência dos registos relacionados com a temática.

De forma a permitir a avaliação do projecto foi elaborado estudo epidemiológico de avaliação, questionários de avaliação da formação e os objectivos foram avaliados através dos indicadores especificamente definidos para cada actividade. Foi também realizada reunião com a ECCI que permitiu a apresentação dos resultados, a discussão sobre a forma como o projecto decorreu e quais as expectativas e possibilidades de este ter continuidade.

### **4 - Estratégias de Intervenção**

Depois do diagnóstico da situação, da análise do problema e da determinação de necessidades e prioridades de intervenção foi necessário planear as estratégias de intervenção para execução do projecto. Identificámos a meta, os objectivos e a sua operacionalização. Foi elaborado o cronograma das actividades que foi cumprido, apesar de pequenos acertos de ajustamento de datas.

#### **4.1 – Meta**

Com a implementação deste projecto pretendeu-se desenvolver as competências da equipa de enfermagem da ECCI na sua intervenção na capacidade de deglutição, aumentando para 20% a frequência de registo dessa intervenção, até Janeiro 2013.

#### **4.2 – Objectivos**

Foram definidos os seguintes objectivos:

1. Implementar um programa de formação sobre capacidade de deglutição de forma a desenvolver competências teórico-práticas de intervenção de enfermagem na área, obtendo 60% de taxa de respostas correctas em questionário de avaliação teórica e 60% de concordância na avaliação prática, até Janeiro de 2013;
2. Criar um instrumento de suporte à intervenção e registo de enfermagem relacionado com a capacidade de deglutição e testa-lo;
3. Melhorar a frequência de registo das intervenções de enfermagem relacionadas com a capacidade de deglutição, passando de 6,3% para 20%, até Janeiro de 2013.

#### **4.3 – Operacionalização**

Para efeitos de sistematização são apresentadas nas tabelas seguintes a operacionalização das actividades desenvolvidas, por objectivos.

### 4.3.1 – Implementar Programa de Formação

Objectivo 1 - Implementar um programa de formação sobre capacidade de deglutição de forma a desenvolver competências teórico-práticas de intervenção de enfermagem na área, obtendo 60% de taxa de respostas correctas em questionário de avaliação teórica e 60% de concordância na avaliação prática, até Janeiro de 2013;

Actividades	Objectivos	Recursos	Início	Fim
1- Elaboração de projecto da formação em 3 fases: teórica, teórico-prática e prática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear as acções de formação.</li> <li>• Validar o projecto com as Enfermeiras orientadoras</li> </ul>	Computador Slide show	21/9/12	6/10/12
2- Realização de formação teórica com suporte de apresentação em <i>PowerPoint</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver competências teóricas na avaliação do risco, na avaliação clínica, decisão de dieta e outras intervenções tendentes à diminuição do risco associado à capacidade de deglutição</li> </ul>	Computador Slide show	8/10/12	31/10/12
3- Realização de formação teórico-prática com suporte de apresentação em <i>PowerPoint</i> e instrumento DDERI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver competências práticas na avaliação do risco, avaliação clínica, decisão de dieta e outras intervenções tendentes à diminuição do risco associado à capacidade de deglutição</li> </ul>	Computador Slide show, espessante	16/10/12	8/11/12
4- Realização de formação prática, em contexto real, pela avaliação da capacidade de deglutição a pessoas assistidas pela ECCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar competências na avaliação do risco, avaliação clínica, decisão de dieta e outras intervenções tendentes à diminuição do risco associado à capacidade de deglutição, em contexto real.</li> </ul>	espessante	9/11/12	17/11/12
5- Aferição com indústria a disponibilização de espessante alimentar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testar consistências de alimentos e aplicar instrumento DDERI em contexto de formação prática.</li> </ul>	Contacto telefónico Reunião	29/9/2012	26/10/2012
6- Preparação e distribuição de documentação de suporte teórico para os enfermeiros da ECCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir aprofundar conhecimentos sobre a temática</li> </ul>	Fotocopiadora CD	21/9/12	8/11/12
7- Elaboração e aplicação de questionário de avaliação inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar os conhecimentos antes da formação de forma a possibilitar a avaliação da acção formativa</li> </ul>	Fotocopiadora	6/10/12	31/10/12
8- Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos final	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar os conhecimentos após a formação de forma a possibilitar a avaliação da acção formativa</li> </ul>	Fotocopiadora	8/11/12	8/11/12
9- Avaliação do objectivo 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir o grau de efectividade entre o planeado e o realizado. Calcular indicadores de resultado</li> </ul>	Computador	12/11/12	19/1/13

Tabela 3: Operacionalização do objectivo 1

#### 4.3.2 – Criar Instrumento de Apoio à Intervenção de Enfermagem

Objectivo 2 - Criar instrumento de suporte à intervenção de enfermagem relacionada com a capacidade de deglutição e testa-lo;

Actividades	Objectivos	Recursos	Início	Fim
1- Revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação da capacidade de deglutição	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conhecer a metodologia publicada e testada sobre avaliação clínica não instrumental da capacidade de deglutição.</li> </ul>	Computador	10/5/12	30/7/12
2- Realização de pesquisa bibliográfica suplementar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obter instrumentos e protocolos de variadas instituições internacionais. Consultar teses de mestrado e doutoramento sobre a temática.</li> </ul>	Computador	10/5/12	30/7/12
3- Construção de instrumento de suporte à decisão de enfermagem relacionada com a capacidade de deglutição e risco associado (DDERI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoiar a decisão de enfermagem na avaliação do risco, na avaliação clínica, decisão de dieta e outras intervenções tendentes à diminuição do risco associado à capacidade de deglutição</li> </ul>	Computador	20/9/12	20/10/12
4- Validação de conteúdo do DDERI através de pesquisa bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validar conteúdo do instrumento</li> </ul>	Computador Entrevistas	20/9/12	30/10/12
5- Testa a objectividade do DDERI em contexto real, recolha de dados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Testar o instrumento quanto à sua objectividade/fidelidade</li> </ul>	Fotocopiadora	9/11/12	17/11/12
6- Tratamento estatístico dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Testar o instrumento DDERI e apresentar resultados</li> </ul>	Computador	18/11/12	2/1/13
7- Avaliação do objectivo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aferir o grau de efectividade entre o planeado e o realizado. Calcular indicadores de resultado</li> </ul>	Computador	18/11/12	19/1/13

*Tabela 4: Operacionalização do objectivo 2*

#### 4.3.3 – Aferir a Frequência de Registo das Intervenções

Objectivo 3 - Melhorar a frequência de registo das intervenções de enfermagem relacionadas com a capacidade de deglutição, passando de 6,3% para 20%, até Janeiro de 2013;

Actividades	Objectivos	Recursos	Início	Fim
1- Realização de estudo epidemiológico na população assistida pela ECCI ,segundo a metodologia utilizada no estudo de Maio de 2012.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a população em risco para complicações associadas a alterações da capacidade deglutição;</li> <li>• Conhecer a prevalência de alterações da capacidade de deglutição diagnosticada;</li> <li>• Conhecer as intervenções planeadas tendentes a diminuir e controlar o risco de complicações associadas a deglutição comprometida ;</li> <li>• Conhecer a frequência da avaliação de enfermagem da capacidade de deglutição da população em risco.</li> </ul>	Computador	2/1/13	9/1/13
2- Comparação dos resultados com estudo elaborado em Maio de 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calcular a frequência dos registos de enfermagem relacionados com intervenções em estudo</li> </ul>	Computador	9/1/13	16/1/13
3- Realização de reunião com a ECCI com apresentação <i>PowerPoint</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar os resultados obtidos</li> <li>• Discutir aspectos da implementação do projecto</li> <li>• Detectar oportunidades de melhoria</li> <li>• Detectar necessidades de outras intervenções</li> <li>• Agradecer a colaboração dispensada</li> </ul>	Computador <i>Slide show,</i>	19/1/13	19/1/13
4- Avaliação do objectivo 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir o grau de efectividade entre o planeado e o realizado. Calcular indicadores de resultado</li> </ul>	Computador	12/1/13	19/1/13

**Tabela 5: Operacionalização do objectivo 3**

#### 4.4 – Cronograma

O cronograma das actividades planeadas respeitou o cronograma académico da UCP e o planeamento das actividades pelos objectivos definidos.

Actividades Planeadas	Setembro		Outubro					Novembro				Dezembro		Janeiro		
	20 22	24 29	1 6	8 13	15 20	22 27	29 3	5 10	12 17	19 24	26 30	3 7	10 15	3 5	7 12	14 19
Elaborar projecto da formação em 3 fases	21		6													
Contactos com indústria de espessantes alimentares		29					30									
Fazer formação teórica com apresentação em PowerPoint				8			31									
Fazer formação teórico-prática com PowerPoint e DERI					16			8								
Fazer formação prática em contexto real								9	17							
Preparar e fornecer documentação de suporte	21							8								
Elaborar e aplicar questionário de avaliação de conhecimentos inicial			6				31									
Aplicar questionário de avaliação de conhecimentos final								8								
Actividades de avaliação do objectivo 1									12							19
Construir instrumento de suporte à intervenção de Enf.	20				20											
Validar conteúdo do instrumento	20						30									
Testar a objectividade (fidelidade interpares) em contexto real								9	17							
Tratar estatisticamente os resultados do instrumento									18					2		
Actividades de avaliação do objectivo 2									18							19
Elaborar estudo epidemiológico														2	9	
Comparar resultados com estudo anterior															9	16
Realizar reunião com a ECCI																19
Actividades de avaliação do objectivo 3															12	19

*Tabela 6: Cronograma das actividades desenvolvida*

## **5 – Avaliação**

Apesar dos objectivos definidos se complementarem tendo em vista a meta a atingir, foram avaliados individualmente por questões de sistematização de apresentação de resultados.

Importa igualmente proceder à apresentação de resultados específicos relevantes para a avaliação dos objectivos, decorrentes de trabalho desenvolvido. Assim, procederemos à apresentação das principais conclusões do estudo epidemiológico de avaliação efectuado, do programa de formação implementado, bem como do desenvolvimento do novo instrumento de apoio de apoio à intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição criado.

### **5.1 - Estudo Epidemiológico de Avaliação**

Conforme planeado, foi realizado outro estudo epidemiológico descritivo, na população assistida pela ECCI, no período de 4 a 11 de Janeiro de 2013, seguindo a metodologia usada no estudo epidemiológico de diagnóstico, realizado em Maio de 2012, (anexo IV).

Aos objectivos anteriores foi acrescentada a comparação entre os resultados dos estudos.

Os principais resultados podem ser consultados no anexo IV.

Desde estudo comparativo de avaliação podemos concluir, através da análise dos dados demográficos, que a população sob cuidado da ECCI mantém as mesmas características e por isso são equivalentes. No entanto, verificou-se que no último estudo existiu maior equilíbrio na distribuição por sexos e aumento da população em estudo, (n=224). A média de idades, (82 anos), e a prevalência de indivíduos na população com idade superior ou igual a 70 anos, (88%), mantiveram-se. Da mesma forma a prevalência de antecedentes de risco para alterações da capacidade da deglutição na população manteve-se muito elevada, (100%) e a distribuição das frequências dos factores de risco para alterações da capacidade de deglutição foram semelhantes. Quanto à taxa de prevalência de alterações da capacidade de deglutição registada/diagnosticada na população em estudo, em Janeiro de 2013 foi de 18,3%, enquanto que em Maio de 2012 a mesma prevalência foi de 6,8%.

A relação entre a prevalência das alterações da deglutição registadas/diagnosticadas e a prevalência da população em risco aproximou-se, assim, dos valores esperados, de acordo com as prevalências descritas na literatura, ( ver tabela 1 deste trabalho).

O registo/diagnóstico destas alterações da capacidade de deglutição foi encontrado maioritariamente no SAPE da ECCI, (66%), o que corresponde a registo/diagnóstico de enfermagem. Assim, constatámos que se registou no SAPE um aumento de registo/diagnóstico de 44% relativamente à mesma variável no estudo de Maio de 2012. Quanto ao registo de intervenções de enfermagem relacionadas com as alterações da deglutição, observamos, no último estudo de Janeiro de 2013 uma frequência de 37%. Em relação ao estudo de Maio de 2012 que apresentou frequência de 6,3%, observou-se um aumento de 487%. Assim, podemos inferir que a nossa intervenção realizada junto da equipa de enfermagem de ECCI contribuiu para os resultados alcançados.

## **5.2 – Instrumento de Apoio à intervenção de Enfermagem**

Conforme descrito anteriormente, um dos nossos objectivos foi “Criar um instrumento de suporte à intervenção e registo de enfermagem relacionado com a capacidade de deglutição e testa-lo”. Abaixo apresentamos alguns aspectos relacionados com o instrumento criado, nomeadamente será feita a sua descrição e serão apresentados dados referentes à testagem realizada a alguns dos seus atributos .

O instrumento, aspectos metodológicos da testagem de atributos e resultados estatísticos podem ser consultados no anexo VI.

Este instrumento insere-se no âmbito da segurança do doente à alimentação e destina-se a ser aplicado por enfermeiros, em todos os contextos de cuidados, a indivíduos com idade igual ou superior a 14 anos, com antecedentes ou sintomatologia que possa ser considerada factor de risco para alterações da capacidade da deglutição.

Foi definido como objectivo específico do instrumento: “Apoiar a decisão de enfermagem na avaliação do risco, na avaliação clínica, decisão de dieta e outras intervenções tendentes à diminuição do risco associado à capacidade de deglutição”.

O instrumento foi nomeado “DDERI” como mnemónica baseada em “Deglutição: Decisão de Enfermagem, Risco e Intervenção”.

Deve ser referido que o propósito da testagem dos atributos do instrumento se constituiu como uma primeira abordagem metodológica dadas as limitações ao tempo do estágio. É nosso propósito desenvolver este trabalho noutro contexto. Em termos conceptuais foi seguida a metodologia de investigação proposta por Sampieri, (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). Para classificação e metodologia de testagem de instrumentos foi seguida a recomendada por Manuel Luís Capelas, (Capelas, 2011). Assim, o DDERI foi testado quanto aos atributos de validade, pela validação de conteúdo e de confiabilidade pela testagem da sua objectividade, através da fidelidade inter-observadores.

O tempo médio da sua aplicação foi estimado em 10 minutos mas esta característica não constituiu um objectivo do presente estudo.

### **5.2.1 – Descrição**

O DERI é constituído por 4 partes que abrangem as fases do processo de enfermagem, investigação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento e implementação, avaliação das intervenções.

O cabeçalho apresenta campos para registos de identificação do contexto de cuidados, do utente e do responsável pela avaliação, bem como de registo da data e hora.

- Parte A: Antecedentes de risco – são listados os antecedentes mais frequentes que constituem factores de risco para alterações da capacidade de deglutição. Permite registos de outros não listados e observações;
- Parte B: Avaliação – permite a avaliação objectiva e classificação de 11 itens com maior validade preditiva para risco de aspiração, descritos na literatura (consciência, orientação,

qualidade do discurso, equilíbrio sentado a 90°, Katz na alimentação, funções motoras orofaciais, avaliação da sensibilidade intra-oral, reflexos, qualidade da deglutição da saliva, qualidade da deglutição para diferentes consistências de alimentos e líquidos, dor à deglutição e sensação de obstrução). Concomitantemente à avaliação dos itens é apresentada informação orientadora, tanto para a progressão da avaliação, como para a decisão diagnóstica. De acordo com o grau de compromisso das avaliações, é aferido o risco de aspiração.

- Parte C: Decisão – compreende a tabela de prescrição da consistência da dieta, diferenciando entre a consistência adequada a alimentos e a líquidos. Com o propósito de auxiliar esta decisão de enfermagem, é solicitada uma apreciação de todas as avaliações anteriores e dos factores de risco identificados. Esta parte integra também uma matriz de risco “dieta pela interacção entre risco de aspiração para sólidos e risco de aspiração para líquidos”, de forma a permitir sintetizar uma parte daquelas avaliações. Para além da prescrição de dieta é solicitada a decisão e registo de outras intervenções planeadas, como a promoção do auto cuidado, vigilância de peso e/ou IMC, a referência a outro profissional de saúde ou outras. Contém campos de registo de observações e solicita a programação da reavaliação.
- Parte D: Reavaliação – inclui todos os itens da parte B e C. Permite o registo de 2 reavaliações da capacidade de deglutição. Assim, esta parte do DDERI constitui-se como um registo de evolução porque permite a comparação entre 3 avaliações em tempos diferentes.

### **5.2.2 – Validação de Conteúdo**

A validação refere-se ao grau em que um instrumento de medição mede realmente o que pretende medir, (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). A validação de conteúdo foi baseada na pesquisa bibliográfica, na revisão sistemática sobre metodologias de avaliação da capacidade de deglutição, (anexo I), na experiência profissional anterior, bem como na integração de conhecimentos adquiridos com a pós-graduação que detemos como Técnico Superior de Higiene e Segurança no Trabalho.

A área da segurança do doente tem constituído uma preocupação profissional anterior à presente etapa académica que convergiu com necessidades detectadas na prática de enfermagem da ECCI onde decorreu o estágio. Nesta área da segurança do doente à alimentação, o nosso foco de atenção e pesquisa centrou-se na intervenção independente de enfermagem relacionada com a capacidade de deglutição. Alterações nesta capacidade fisiológica constituem problemas com prevalência muito elevada e presentes em contextos patológicos diversos, (tabela 1 deste trabalho). Estas alterações não se apresentam apenas como um sintoma de determinadas doenças mas igualmente tem associada a noção de risco.

Para aferir e controlar o risco associado à deglutição é consensual na literatura que a avaliação daquela capacidade deve ser realizada antes da administração de alimentos ou medicação por via oral. Porém, a metodologia, a responsabilidade e a competência para realizar essa

avaliação não se encontra claramente definida. No entanto, aos enfermeiros, pelas competências e condições próprias da sua profissão, cabe parte daquela responsabilidade. No enquadramento teórico desenvolvido, (ponto 2 deste trabalho), constam os referenciais teóricos que consubstanciam esta inferência.

Através de pesquisa bibliográfica, operacionalizada na metodologia de revisão sistemática, foi investigada a metodologia para avaliação da capacidade de deglutição, (ponto 2.5.1 deste trabalho e anexo I). Concluiu-se não haver consenso nem na metodologia mais adequada nem nos itens a incluir para avaliação da capacidade de deglutição. Não foram encontrados publicados instrumentos usados em Portugal mas existe grande diversidade de testes sistematizados e usados em diferentes contextos de saúde internacionais.

A maioria dos testes e protocolos analisados sobrepõem os itens de avaliação, independentemente de serem desenhados para doentes com uma determinada patologia ou destinado a uso genérico, focado nas alterações da deglutição observadas. Quase todos envolvem a avaliação da qualidade da deglutição de água mas as quantidades, as consistências, os tempos e a sequência desta avaliação são muito variáveis. Apesar destas diferenças, quase todos os testes procuram observar os mesmos sinais de dificuldade, sejam eles alterações na qualidade da voz, na respiração ou sinais de engasgamento. Assim, os critérios de inclusão dos itens de avaliação no DDERI resultaram das pesquisas descritas e englobaram os itens com maior validade preditiva para risco de aspiração descrita na literatura. Pelo exposto, consideramos que o conteúdo do DDERI se encontra validado.

### **5.2.3 – Confiabilidade - Objectividade – Fidelidade**

A confiabilidade refere-se ao grau em que a aplicação repetida de um instrumento produz iguais resultados, (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). A testagem dos atributos de confiabilidade do DDERI, nomeadamente quanto à sua objectividade, foi testada pela fidelidade inter-observadores. Pretendeu-se aferir se o instrumento permite a diferentes observadores chegarem às mesmas conclusões e se o seu conteúdo é interpretado da mesma forma. O resultado é uma medida de concordância, obtida pelo grau de homogeneidade e consenso nas avaliações dos diferentes observadores, (Uebersax, 2010). O conjunto das observações efectuadas pelos enfermeiros da ECCI foram consideradas como observador 1. As nossas observações foram consideradas como observador 2. Esta actividade teve o duplo propósito de testar a confiabilidade do instrumento e contribuir para a avaliação das competências adquiridas pelos enfermeiros através do programa de formação implementado.

Os principais passos metodológicos consistiram:

- Construção preliminar de diferentes versões do instrumento para verificação da linguagem e terminologia, bem como do aspecto gráfico;
- Aplicação em contexto de domicílio a pessoas com factores de risco para alterações da capacidade de deglutição, seleccionadas de entre os utentes atribuídos ao enfermeiro da ECCI no dia em o acompanhamos (amostra aleatória);

- Cada enfermeiro da ECCI foi acompanhado individualmente e teve oportunidade de aplicar o DDERI sob nossa supervisão para efeitos de formação prática. A última avaliação foi realizada independentemente (2 observadores) para efeitos de investigação;
- Decisão da estratégia de tratamento estatístico através de estudo individual sobre diferentes metodologias, seguida do tratamento e análise estatística em si, (anexo VI);
- Foi usado o programa SPSS, versão 21 para MAC, disponibilizado pela UCP;
- Construção da base de dados, codificação das variáveis e introdução das observações;
- Usados testes inferenciais, não paramétricos, organizados em tabelas de contingência;
- Análise e discussão dos resultados;
- Elaboração das conclusões.

As variáveis do DDERI foram consideradas categóricas, ordinais e algumas dicotómicas, (IBM SPSS). Assim, foram usados os testes estatísticos:

- Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) que é uma estimativa da fracção da variabilidade total de medidas devido a variações entre os indivíduos, (Uebersax, 2010);
- Proporção de Concordância point by point (Po) que é um índice que mede o grau de concordância simples de dois ou mais observadores na interpretação de um determinado resultado, (Wikipédia, 2013; Faculdade de Medicina do Porto);
- Coeficiente de Correlação Kendall Tau-b ( $\tau$ ) medida de concordância entre dois conjuntos de classificações relativas a um conjunto de objectos ou experiências, (Hall);
- Índice de Concordância K de Cohen ( $\kappa$ ), que mede o grau de concordância entre 2 observadores, corrigido para a quantidade de concordância esperada pelo acaso. Compara dois avaliadores que apenas atribuam uma classificação dicotómica aos objectos em causa, (Landis & Koch, 1977).

Os principais resultados globais da testagem da confiabilidade do DDERI pela fidelidade inter-observadores foram os seguintes:

- A Proporção de Concordância foi excelente,  $Po = 93,4\%$ , com variação entre  $73,3\%$  e  $100\%$ ;
- O Coeficiente de Correlação Intra-classe apresentou correlação excelente entre os observadores,  $ICC = 0,927$ ,  $N=15$ , com intervalo de confiança de  $95\%$ ;
- Coeficiente de Correlação Kendall tau-b apresentou correlação excelente,  $\tau - b = 0,875$ ,  $N=15$ , com intervalo de confiança de  $95\%$ ;
- Índice de Concordância K, obtido nas variáveis dicotómicas, foi excelente,  $Kappa (\kappa) = 1,000$ ,  $N=15$ .

Os resultados dos testes por variável podem ser observados no gráfico seguinte. Outros podem ser consultados no anexo VI.

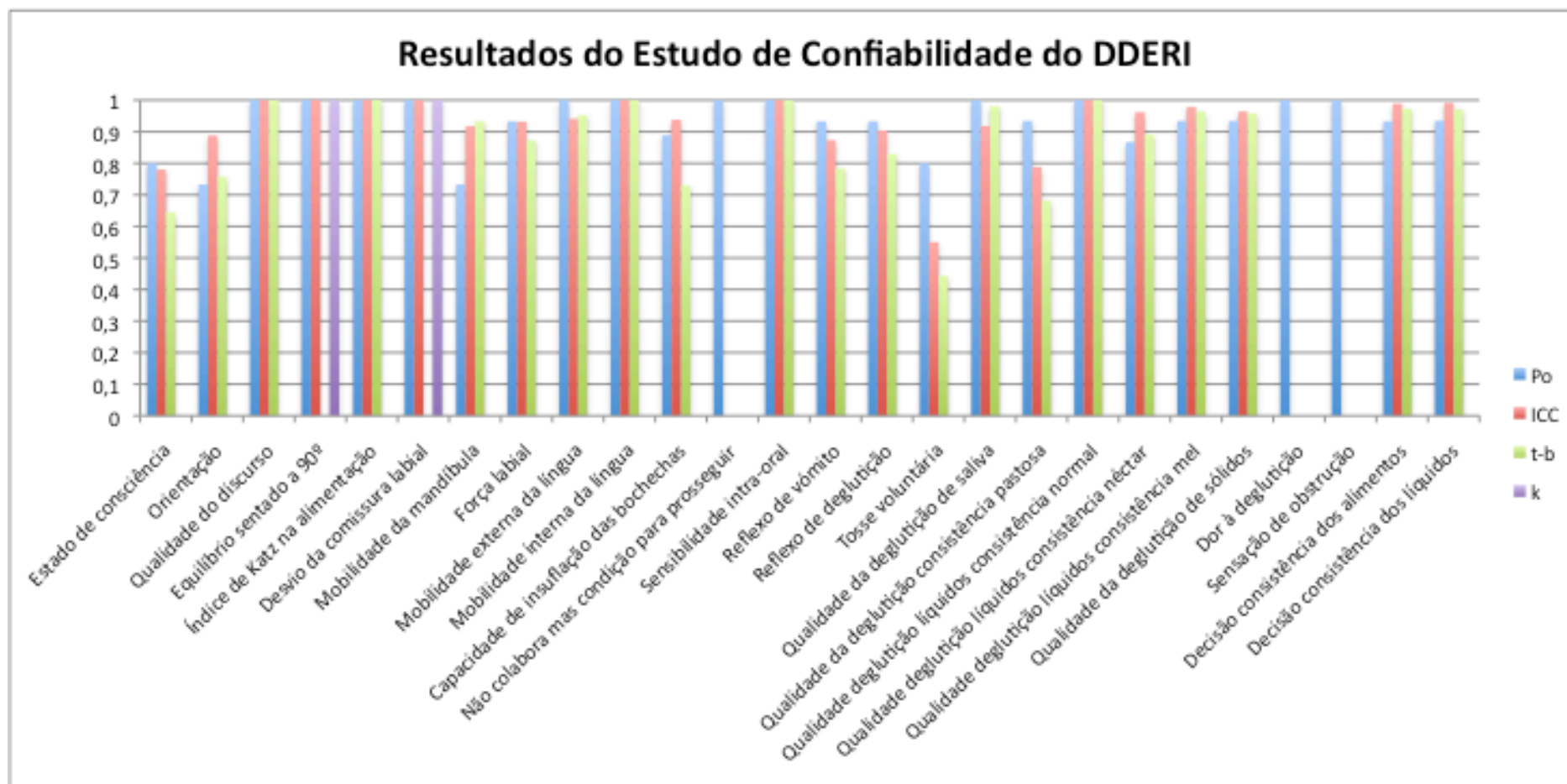


Gráfico 1 – Resultados por variável do DDERI

Da discussão efectuada, (anexo VI), salienta-se o seguinte:

O estudo de confiabilidade do DDERI mostra excelentes resultados globais de correlação entre os observadores 1 e 2. Porém, os resultados de algumas correlações de variáveis apresentaram diferentes graus de concordância. Assim, verificou-se que 17 correlações inter-observadores apresentaram concordância Kappa e tau-b de Kendall excelentes, (de 0,81 a 1), 5 apresentaram concordância substancial (de 0,61 a 0,80) e 1 apresentou concordância em grau moderado, (entre 0,41 e 0,60).

Verificou-se que em 3 variáveis dicotómicas não foi possível qualquer estudo de correlação uma vez que se apresentaram como constantes, isto é, receberam classificação igual por todos os observadores, por isso obtiveram 100% de proporção de concordância.

Já quanto ao ICC verificou-se que 20 variáveis apresentaram concordância excelente, 2 apresentaram concordância substancial e 1 apresentou concordância em grau moderado.

Quanto à proporção de concordância entre observadores verificou-se que variou entre 73,3% e 100%, com um resultado total de 93,4%.

Como limitações do estudo foram atribuídas responsabilidades ao programa de formação implementado pela deficiente definição de alguns conceitos que podem ter levado a maior variação de classificações de variáveis entre observadores.

A variável com grau inferior de concordância em todos os testes efectuados foi a avaliação da qualidade da tosse voluntária, que apenas obteve concordância moderada. Atribuímos este resultado a alguma inexperiência dos observadores e a provável deficiência do programa de formação implementado porque não definiu os conceitos associados a esta variável. Da mesma forma atribuímos igual responsabilidade ao programa de formação quanto à variação da classificação observada nas variáveis “orientação” e “estado de consciência”, apesar de terem obtido concordância substancial.

Da mesma forma o facto das observações se terem realizado imediatamente após a formação prática dos enfermeiros da ECCI, pode ter influenciado os resultados positivamente.

Salienta-se a correlação das variáveis relacionadas com o diagnóstico da qualidade da deglutição das diferentes consistências, bem como as variáveis de decisão da consistência da dieta a implementar, que apresentaram concordâncias excelentes. Isto significa que apesar de alguma variação nas observações, o DDERI permitiu aos enfermeiros diagnosticarem e decidirem em concordância.

Em conclusão, este estudo sugere que o DDERI é potencialmente válido e confiável na sua utilização como apoio à decisão dos enfermeiros relacionada com alterações da capacidade de deglutição.

O uso deste instrumento pode facilitar a identificação de alterações da capacidade de deglutição em pessoas com diferentes antecedentes de risco. Pode também auxiliar ao reconhecimento do grau de risco apresentado para alimentos sólidos e líquidos. Assim, a decisão de enfermagem quanto a medidas tendentes à diminuição daquele risco a implementar, pode ser facilitada pela utilização do DDERI.

Este instrumento apresenta-se igualmente útil como meio de registo e monitorização da evolução do problema.

Futuros estudos deverão considerar outros testes aos atributos do DDERI, bem como outros contextos de cuidados.

#### **5.2.4 – Proposta para Dietas Adaptadas**

Decorrente da problemática apresentada anteriormente relacionada com dificuldade na uniformização de conceitos para adaptação de dietas a dificuldades de deglutição, (ponto 2.6.1. deste trabalho) e reconhecendo a necessidade dessa uniformização para uma melhor prescrição de intervenções e melhor transmissão de informação entre profissionais de saúde, doentes e seus cuidadores, apresentamos uma proposta de descritores para dietas adaptadas ao risco de aspiração identificado no DDERI. Esta proposta constitui-se como uma primeira abordagem, sendo necessário um melhor desenvolvimento teórico e prático que nos propomos realizar, noutra contexto. A seguir apresentamos alguma da conceptualização efectuada e a descrição dos níveis de dieta adaptada a alterações da capacidade de deglutição que constituem a nossa proposta.

Esta nossa abordagem baseia-se nos níveis de dietas adaptadas descritos na *National Dysphagia Diet* (NDD), (American Dietetic Association, 2002) mas pretende simplificar as suas definições.

Foram definidas algumas características que pretendem facilitar a prescrição tendo em conta o risco a alimentos sólidos e a líquidos demonstrado.

Diversos autores apresentam descritores de dieta baseados em diferentes propriedades reológicas como viscosidade, consistência, textura, coesão ou elasticidade. Adoptámos o termo “consistência” por, em português, poder ser aplicado tanto para descrever sólidos como líquidos.

Na nossa definição de diferentes consistências de alimentos sólidos foram considerados 5 níveis de dieta adaptada: alimentos consistência normal, alimentos consistência mole, alimentos consistência mole disfagia, alimentos consistência passada e alimentos consistência líquida. Foram considerados também 4 níveis de dieta adaptada para líquidos: líquidos consistência normal, líquidos consistência espessada fina, líquidos consistência espessada média e líquidos consistência espessada grossa.

Esta classificação foi elaborada diferenciando alimentos sólidos de alimentos líquidos. Esta distinção foi baseada na consistência habitual dos alimentos. No entanto, e com o objectivo de simplificar a terminologia a usar, quando nos referimos a “alimentos” referimo-nos a alimentos que no seu estado habitual se apresentam com consistência sólida, (ex: maçã), independentemente do seu nível de resistência. Quando nos referimos a “líquidos” referimo-nos a alimentos que habitualmente se apresentam na consistência líquida, (ex: leite, água), independentemente da sua densidade ou espessura.

Sem preocupação de definições completas das diferentes consistências e partindo do princípio de senso comum que todos identificamos a terminologia adoptada devido à sua simplicidade, passamos a breve descrição dos níveis de dieta propostos:

- Dieta Normal -os alimentos são apresentados na sua consistência habitual, sem restrições;
- Dieta Mole - os alimentos são processados para consistência que requeira mastigação mínima;
- Dieta Mole Disfagia - os alimentos são processados para consistência que requeira mastigação mínima e de forma a responder aos seguintes 4 requisitos: evitar alimentos que se fragmentem em pequenas partículas, (ex. tostas ou arroz), evitar mistura de consistências, (ex. frutas sumarentas ou sopa com diferentes consistências), evitar grande volume por porção, (ex. recomenda uso de colher pequena e apresentação de alimentos cortados) e evitar alimentos muito secos que requeiram maior produção de saliva, (ex. carne seca);
- Dieta Passada – os alimentos são processados de forma a apresentar consistência homogénea. Não requer mastigação. É equivalente à consistência espessada grossa tipo pudim para líquidos;
- Dieta Líquida – os alimentos são processados de forma a apresentar consistência líquida, podendo esta variar consoante o risco a líquidos aferido;
- Líquidos Normais – sem alteração da sua consistência, tipo água. Podem ser bebidos através de copo ou palhinha;
- Líquidos “espessado fino” – os líquidos são espessados à consistência tipo néctar. É possível o uso de palhinha e podem ser bebidos através de copo;
- Líquidos “espessado médio” – os líquidos são espessados à consistência tipo mel. Não é possível o uso de palhinha nem podem ser bebidos através de copo. Requerem o uso de colher;
- Líquidos “espessado grosso” – os líquidos são espessados à consistência tipo pudim. Requerem o uso de colher. É equivalente à consistência passada dos alimentos, na dieta passada.

De forma a facilitar a identificação do nível de dieta mais adequado à capacidade de deglutição demonstrada, foi elaborada e incluída no DDERI a matriz de risco “Dieta pela interacção entre risco de aspiração para sólidos e risco de aspiração para líquidos”, abaixo reproduzida.

<b>RISCO A SÓLIDOS</b>					<b>RISCO A LÍQUIDOS</b>
<b>RISCO B</b>	<b>ELEVADO</b>	LÍQUIDA	PASSADA LÍQUIDOS MEL/NÉCTAR	SNG ZERO	
	<b>MODERADO</b>	MOLE LÍQUIDOS NORMAIS	MOLE DISFAGIA LÍQUIDOS MEL/NÉCTAR	PASSADA LÍQUIDOS PUDIM	
	<b>REDUZIDO</b>	NORMAL	MOLE DISFAGIA LÍQUIDOS MEL/NÉCTAR	MOLE DISFAGIA LÍQUIDOS PUDIM	
		<b>REDUZIDO</b>	<b>MODERADO</b>	<b>ELEVADO</b>	

## 5.3 – Avaliação dos Objectivos

### 5.3.1 – Implementação do Programa de Formação

O objectivo 1 foi definido como: “Implementar um programa de formação sobre capacidade de deglutição de forma a desenvolver competências teórico-práticas de intervenção de enfermagem na área, obtendo 60% de taxa de respostas correctas em questionário de avaliação teórica e 60% de concordância na avaliação prática”. Foi realizada avaliação por actividades planeadas, aferindo o resultado obtido, recorrendo a indicadores, conforme a tabela abaixo.

Actividades Planeadas	Tipo de Avaliação/Indicador	Resultado Obtido	Observações
1- Elaboração de projecto da formação em 3 fases	Efectividade – Realização Efectiva	100% - formação em 3 fases realizada	Conforme cronograma
2- Realização de formação teórica (fase 1)	Efectividade – Realização Efectiva Nº Enf. Formandos/nº Enf. ECCI	100% - formação teórica realizada 90% =Taxa de participação	Nº Enf. UCC= 15 Nº Enf. ECCI =10
3- Realização de formação teórico-prática para aplicação do DDERI (fase 2)	Efectividade – Realização Efectiva Nº Enf. Formandos/nº Enf. ECCI	100% - formação teórico-prática realizada 90% =Taxa de participação	Cronograma alterado por conveniência do serviço
4- Realização de formação prática em contexto real (fase 3)	Efectividade – Realização Efectiva Nº Enf. Formandos/nº Enf. ECCI	100% - formação prática realizada 80% =Taxa de participação	Cronograma alterado por conveniência do serviço. Não foi possível participação de 2 Enf.
5- Aferição com indústria a disponibilização de espessante	Efectividade – Realização Efectiva	0% - não foram realizados contactos directos mas sim indirectos	Contactos através de Enf. ECCI
6- Preparação e distribuição de documentação de suporte teórico aos enfermeiros da ECCI	Efectividade – Realização Efectiva Nº Enf. Formandos/ nº Enf.º que receberam documentação	100% - Documentação distribuída 100% = Taxa distribuição	Enviada em suporte electrónico
7- Elaboração e aplicação de questionário de avaliação inicial	Efectividade – Realização Efectiva Nº respostas certas/nº total respostas	100% - questionário aplicado 37% = Taxa de respostas certas	Dados em anexo VII
8- Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos final	Efectividade – Realização Efectiva Nº respostas certas/nº total respostas Taxa certas final/taxa certas inicial	100% - questionário aplicado 74% = Taxa de respostas certas 37%= Taxa melhoria conhecimentos	Dados em anexo VII
9- Avaliação da formação prática	Efectividade – Realização efectiva Proporção de Concordância(Po)	100% - Avaliação realizada Po = 93,4% (entre 73,3% e 100%)	Dados em anexo VI

**Tabela 7: Avaliação do objectivo 1**

### 5.3.2 –Aplicação do Instrumento de Apoio à Intervenção de Enfermagem

O objectivo 2 foi definido como: “Criar um instrumento de suporte à intervenção e registo de enfermagem relacionado com a capacidade de deglutição e testa-lo”.

Foi realizada avaliação por actividades planeadas, aferindo o resultado obtido, recorrendo a indicadores, conforme a tabela abaixo.

Actividades Planeadas	Tipo de Avaliação/Indicador	Resultado Obtido	Observações
1- Revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação da capacidade de deglutição	Efectividade – Realização Efectiva	100% - revisão sistemática realizada	Conforme cronograma Dados em anexo I
2- Realização de pesquisa bibliográfica suplementar	Efectividade – Realização Efectiva	100% - realizada pesquisa bibliográfica suplementar	Conforme cronograma
3- Construção de instrumento de suporte à intervenção de enfermagem relacionada com a capacidade de deglutição e risco associado –DDERI	Efectividade – Realização Efectiva	100% - instrumento construído. Foi ajustado o conteúdo a 3 versões até à versão final	Conforme cronograma Dados em anexo VI
4- Validação de conteúdo através de pesquisa bibliográfica	Efectividade – Realização Efectiva	100% - validação de conteúdo realizada	Conforme cronograma Dados em anexos I e VI
5- Testagem da confiabilidade pela objectividade –fidelidade inter-observadores, em contexto real – recolha de dados	Efectividade – Realização Efectiva Nº Enf. observadores/nº Enf. ECCI	100% - testagem da confiança realizada 80% = Taxa de participação N observações =15	Cronograma alterado Não foi possível participação de 2 Enf. Dados em anexo VI
6- Tratamento estatístico dos resultados	Efectividade – Realização Efectiva Proporção de concordância (Po) Coeficiente de correlação intraclassa (ICC) Coeficiente de correlação Kendall tau-b ( $\tau$ ) Índice de concordância K de Cohen (p)	100% - análise estatística realizada Resultados globais: Po = 93,4%, excelente ICC= 0,927, excelente $\tau - b = 0,875$ , excelente Kappa (p) = 1,000, excelente	Cronograma alterado Outros dados em anexo VI

**Tabela 8: Avaliação do objectivo 2**

### 5.3.3 – Análise da Frequência de Registo das Intervenções de Enfermagem

O objectivo 3 foi definido como: “Melhorar a frequência de registo das intervenções de enfermagem relacionadas com a capacidade de deglutição, passando de 6,3% para 20%, até Janeiro de 2013”.

Foi realizada avaliação por actividades planeadas, aferindo o resultado obtido, recorrendo a indicadores, conforme a tabela abaixo.

Actividades Planeadas	Tipo de Avaliação/Indicador	Resultado Obtido	Observações
1- Realização de estudo epidemiológico na população assistida pela ECCI seguindo a metodologia utilizada no estudo de Maio de 2012.	Efectividade – Realização Efectiva	100% - estudo epidemiológico realizado	Conforme cronograma Dados em anexo IV
2- Comparação dos resultados com estudo elaborado em Maio de 2012	Efectividade – Realização Efectiva Taxa de registos do SAPE Taxa de registo de intervenções de enfermagem Taxa de prevalência de alterações da deglutição	100% - comparação dos resultados realizada Taxa SAPE aumentou para 44% Taxa registos de intervenção de enfermagem aumentou para 37% Taxa de prevalência 18,3% ( Taxa em Maio = 6,8%)	Conforme cronograma Dados em anexo IV
3- Realização de reunião com a ECCI	Efectividade – Realização Efectiva	100% - reunião realizada	Conforme cronograma

**Tabela 9: Avaliação do objectivo 3**

Da análise das tabelas anteriores podemos concluir que os objectivos propostos foram atingidos na totalidade.

#### 5.4 – Reunião com ECCI

Esta reunião realizou-se com a finalidade de apresentar os resultados e discutir aspectos relacionados com a nossa intervenção. Agradecemos toda a colaboração recebida, não só da parte dos enfermeiros da ECCI mas igualmente de todos os outros profissionais da UCC. Valorizámos o seu empenho crescente durante as várias fases de implementação de projecto, compreendendo que a motivação para nos envolvermos em novas actividades está sempre dependente dos resultados que se pretendem alcançar e dos meios disponíveis. Neste sentido, foram de novo discutidas as dificuldades relacionadas com os registos das intervenções de enfermagem relacionadas com a capacidade de deglutição no SAPE e no Gestcare. Foi referido que o DDERI permite colmatar algumas das dificuldades de registo apontadas aqueles sistemas de informação electrónicos.

Foram referidas igualmente dificuldades relacionadas com o tempo da avaliação da deglutição no contexto organizacional da ECCI, dado que a equipa assiste diariamente muitos utentes. Foi decidido pela enfermeira coordenadora da UCC que a avaliação da deglutição, sempre que possível, poderá ser programada e serão reduzidas o nº de visitas diárias, pelo menos nesta fase inicial em que os enfermeiros necessitam de mais tempo dada a pouca experiência na avaliação. Foi sugerido que aquela avaliação constasse da avaliação inicial, efectuada quando é recebido novo utente.

Os enfermeiros salientaram as competências adquiridas através do programa de formação implementado e voltaram a ser discutidos aspectos da formação base de enfermagem que apresenta lacunas nesta área. Foram também comentados os resultados do inquérito *on-line* quanto à elevada percentagem de colegas que referiram ter assistido a situações de emergência e óbitos por aspiração de alimentos. Concordámos que este problema está sob avaliado e que constitui uma ameaça à segurança do doente, em diferentes contextos de cuidados.

Quanto ao DDERI foi referido que a sua aplicação foi mais fácil do que antecipado durante a formação teórica. No entanto mencionaram que necessitam de maior experiência na avaliação da deglutição de forma a permitir maior confiança na decisão das intervenções tendentes à diminuição do risco a implementar. Disponibilizámo-nos para continuar a apoiar a ECCI sempre que for considerado necessário. Sugerimos colaboração na continuidade deste projecto na ECCI através da elaboração de folheto onde possa ser deixada orientação escrita ao doente e seu cuidador quanto às intervenções de redução do risco prescritas, nomeadamente quanto à consistência da dieta, ao posicionamento e outras. Subsiste o problema da disponibilização de espessante alimentar para as avaliações. Foi comunicado que fizemos uma primeira abordagem ao conselho clínico do ACES Central, reforçada pela enfermeira coordenadora da UCC. Aguarda-se a sua resolução. Até lá a ECCI contará com a colaboração da indústria farmacêutica.

Concordámos em relação à possibilidade do nosso projecto ter continuidade na ECCI, apesar das dificuldades identificadas.

## 5.5 – Avaliação Quanto à Meta

Na implementação deste projecto foi definida a meta: desenvolver as competências de intervenção na capacidade de deglutição da equipa de enfermagem da ECCI, aumentando para 20% a frequência de registo dessa intervenção, até Janeiro 2013.

Na persecução desta meta foram definidos objectivos, operacionalizados em actividades que foram desenvolvidas durante o estágio que realizamos na ECCI da UCC Gentes de Loulé.

A forma como foram desenvolvidas aquelas actividades bem como os resultados alcançados foram anteriormente relatados. No entanto e de maneira a melhor justificar o efeito global do nosso trabalho, apresentamos a seguir uma síntese dos resultados atingidos.

Assim, a nossa intervenção decorreu até Janeiro de 2013, logo no prazo estipulado.

Quanto ao desenvolvimento de competências de intervenção na capacidade de deglutição da equipa de enfermagem da ECCI os resultados superaram os esperados. Efectivamente, tanto a avaliação da formação teórica como da formação prática realizada apresentaram taxas de efectividade óptimas. As apreciações qualitativas realizadas pelos enfermeiros foram igualmente muito motivadoras.

Quanto à melhoria na frequência dos registos de enfermagem que nos tínhamos proposto atingir foi também superada, o que demonstra que a nossa intervenção foi efectiva tanto quanto aos objectivos traçados, quanto à forma como foi capaz de envolver os enfermeiros da ECCI.

Há que referir a importancia do trabalho desenvolvido de acordo com a metodologia de investigação aplicada em diferentes fases do nosso projecto. Efectivamente tivemos oportunidade de usar diferentes metodologias de pesquisa bibliográfica, com destaque para a revisão sistemática da literatura. Os estudos epidemiológicos de diagnóstico e de avaliação realizados foram uma oportunidade de colocar em prática conhecimentos anteriormente adquiridos. A construção e testagem do instrumento de apoio à intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição, DDERI, constituiu um desafio levado a cabo com alguma dificuldade que só com grande empenho conseguimos superar.

Pelo exposto consideramos que a nossa meta foi atingida.

Existe neste trabalho uma outra meta implícita constituída pela obtenção de competências de enfermeiro especialista em saúde comunitária. Conforme o Regulamento nº 128/2011, (Diário da República, 2ª série — Nº 35, 2011), cabe ao enfermeiro especialista em saúde comunitária estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário, na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde e ainda realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico.

Pelo relatado neste trabalho estamos convictos que reunimos as competências necessárias à obtenção daquele título.

## Apreciação Final

A área temática aqui abordada, intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição, inserida no contexto da segurança do doente, tem constituído nossa preocupação profissional desde há muito. Por isso, a concretização deste trabalho representa, antes de tudo, um motivo de grande satisfação pessoal. A forma próxima, entusiasta e motivadora com que a nossa intervenção foi recebida pela equipa de enfermeiros da ECCI foi fundamental para o resultado atingido.

Certamente poderão ser apontadas a este trabalho deficiências de ordem metodológica ou outras que cremos poderem ser relevadas, em parte, pela honestidade e pelo empenhamento com que nos entregámos à sua realização. Efectivamente esta foi uma experiência enriquecedora para além da vertente científica e profissional. A oportunidade de contacto com o contexto geriátrico, económico e social da população sob cuidado da ECCI foi, para nós, novidade e permitiu compreender a importância e a dificuldade da prestação de cuidados de enfermagem naqueles contextos particulares. Permitiu inferir no elevado nível de competências profissionais que são necessárias aos enfermeiros deger, quer a nível científico, quer a nível ético ou psicológico. Foi igualmente uma oportunidade de contactar com um nível de realidade pelo qual o nosso país está a passar difícil de entender e descrever.

A intervenção em saúde realizada cumpriu os objectivos a que nos propusemos e consequentemente, a meta definida foi alcançada. Esta intervenção centrou-se no desenvolvimento das competências de intervenção na capacidade de deglutição da equipa de enfermagem da ECCI. Dados os resultados obtidos e após aferidas com a equipa as possibilidades de continuidade do projecto desenvolvido, pensamos que as perspectivas das competências trabalhadas serem aplicadas são favoráveis. Tanto mais que o instrumento de apoio criado foi disponibilizado à ECCI e existe a possibilidade de colaboração futura.

Por outro lado, o problema do registo das intervenções de enfermagem relacionadas com a capacidade de deglutição poderá subsistir enquanto não forem resolvidos muitos dos problemas associados aos sistemas de informação electrónicos em uso e aos vários sistemas de classificação da prática de enfermagem onde aqueles assentam. Conforme anteriormente descrito, constatámos que todas as diferentes classificações da prática de enfermagem apresentam limitações nas descrições disponíveis relacionadas com a capacidade de deglutição, sendo a NOC a que melhores recursos disponibiliza. Porém, a maioria das instituições de saúde do país utiliza o SAPE que se baseia na CIPE e por isso apresenta todas as limitações daquela classificação, anteriormente referidas. No entanto, os sistemas de informação electrónicos de registo são abertos a alterações e podem sempre ser modificados de forma a responder às necessidades dos enfermeiros. Nesse sentido, a enfermeira coordenadora da UCC já apresentou uma proposta de melhor parametrização de intervenções de enfermagem no SAPE da ECCI, com o objectivo de facilitar o registo específico de intervenções relacionadas com a capacidade de deglutição. O instrumento de apoio de enfermagem criado, DDERI, permite o desejável nível de registo de intervenção e

monitorização e o desenvolvimento dum a sua versão electrónica faz parte dos nossos projectos.

Outro propósito, a desenvolver, talvez, em colaboração com os enfermeiros da ECCI Gentes de Loulé, consta da elaboração de suporte escrito, onde possam ser especificadas as prescrições individualizadas. Provavelmente será um folheto com orientação escrita e imagens que será deixado ao doente e seu cuidador, quanto às intervenções de redução do risco prescritas, nomeadamente quanto à consistência da dieta, ao posicionamento e outras.

É também nossa ambição testar outros atributos do DDRI e noutros contextos de cuidados.

Creemos que existe muito trabalho a ser realizado no âmbito da intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição, como parte importante da segurança à alimentação, entendida como a protecção devida a todas as pessoas. A segurança é essencial à saúde e à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Esta problemática é por demais abrangente para poder ser estudada de forma completa no âmbito académico a que este trabalho reporta. No entanto, pensamos que este pode ser considerado um contributo para a visibilidade de um problema de alta morbilidade, mortalidade e custos, frequentemente relacionado com consequências graves na saúde dos afectados mas que não tem merecido particular atenção, tanto por parte de programas de gestão de risco clínico ou da qualidade de cuidados.

Pensamos que este trabalho pode igualmente permitir detectar um problema quanto às competências de intervenção dos enfermeiros relacionada com a alimentação e concretamente na avaliação da capacidade de deglutição, não adquiridas na sua formação básica. Seria importante que as escolas de enfermagem a incluíssem nos seus conteúdos programáticos.

A dimensão do problema parece-nos claramente sob avaliada. Recordam-se os resultados do nosso questionário onde 24% dos enfermeiros afirmam ter assistido a pelo menos um óbito por aspiração e 77% afirma que já presenciou situações de aspiração de alimentos ou medicação onde foi necessária intervenção imediata para a sua resolução. Os dados da prevalência de alterações da deglutição associados a diferentes morbilidades e ao processo geriátrico também deviam constituir motivo para alerta.

Em nossa opinião parece necessário implementar um programa concertado entre várias entidades de forma a capacitar os enfermeiros para efectivamente intervir na capacidade de deglutição das pessoas a seu cuidado. Depois, seria necessário abordar a forma como são registadas aquelas intervenções, porque a produção de indicadores é sempre resultado da produção de documentação. Seria ainda necessária a produção de dados a nível do diagnóstico de aspiração e risco de aspiração, entre outros. Certamente que os dados produzidos deveriam ser estudados de forma a monitorizar os processos e os resultados ao longo do tempo. Dado o nosso interesse na área estamos disponíveis para contribuir no que nos for possível para melhorar o que se nos afigura como problema.

Acreditamos que o valor da intervenção de enfermagem na alimentação pode ser capaz de traduzir ganhos em segurança, logo em qualidade de cuidados e, portanto, ganhos em saúde das pessoas, o que, por sua vez, pode representar ganhos económicos significativos no SNS.

## Referências Bibliográficas

Aldridge, K. J., & Taylor, N. F. (2012). *Dysphagia is a Common and Serious Problem for Adults with Mental Illness: A Systematic Review*. *Dysphagia*, 124-137.

American Heart/Stroke Association. (2013, 31-Jan). *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke : A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. Acedido em 2013, 1-Fev de Stroke: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2013/01/31/STR.0b013e318284056a>

American Dietetic Association. (2002). National Dysphagia Diet: Standardization for Optimal Care. *National Dysphagia Diet Task Force*.

ARS Algarve, IP. (2012). *Administração Regional de Saude Algarve*. Acedido em 2012 jun de [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46&Itemid=59&lang=pt](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=59&lang=pt)

ASHA. (2006). *American Speech-Language-Hearing Association*. Acedido em 2012 10-jun de <http://www.asha.org/>

Altman, K.W.; Yu, Gou-Pei; Schaefer, S. D. (2010) Consequence of Dysphagia in the Hospitalized Patient Impact on Prognosis and Hospital Resources. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;136(8): pp.784-789

Balzer, K. M.(2002). *Drug-Induced Dysphagia*. *International Journal of MS Care*, pp.40-62

Boaden, E., Davies, S., Storey, L., & Watkins, C. L. (2006). *Interprofessional Dysphagia Framework Executive Summary On behalf of the National Dysphagia Competence Steering Group*. UK: On behalf of the National Dysphagia Competence Steering Group.

Capelas, M. (2011, Set). Métodos de Investigação, documentação de apoio. Lisboa. UCP, não publicado.

Chen A, F. R.-L. (2001 Jul). The development and validation of a dysphagia- specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol. Head Neck Surg* (127), pp. 870-876.

Chouinard, J. (2000). *Dysphagia in Alzheimer disease: a review*. Acedido em 2012 20-jun de pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11115803>

Cichero, J., Heaton, S., & Bassett, L. (2009). Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing* (18), pp.1649-1659.

Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopédes de L'Union Européenne. (2004). *Dysphagia Review*. CPLOL prevention commission. UE: CPLOL.

Council of Europe. (2003, 12-Nov). *Resolution ResAP (2003) 3 on food and nutritional care in hospitals*. Acedido em 2012, 7-Jul de COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>

Cranfield, E., Tai, V., & Pattison, G. (2005). Developing a generic dysphagia screening tool. *ACQuiring Knowledge in speech, language and hearing*, 7 (2), 69-70.

Davis, E., & Lori, A. (2007). *Quality of Life Issues Related to Dysphagia. Topics in Geriatric Rehabilitation*. Lippincott Williams & Wilkins.

Decreto-Lei nº 101/2006. (n.d.). Portugal.

Decreto-Lei nº 28/2008. (n.d.). Portugal.

Diário da República, 2.ª série — N.º 35. (2011, 18-Fev). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Ordem dos Enfermeiros* .

Direcção Geral da Saúde (2009). *Morbilidade Hospitalar - Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em 2012, 6-Julho de DGS: [http://www.rcmpharma.com/sites/default/files/news/Morbilidade%20Hospitalar\\_Serviço%20Nacional%20de%20Saúde%202009.pdf](http://www.rcmpharma.com/sites/default/files/news/Morbilidade%20Hospitalar_Serviço%20Nacional%20de%20Saúde%202009.pdf)

Direcção Geral da Saúde -Normas clínicas e Graus de Recomendação e Níveis de Evidência. (n.d.). *Ministério da Saude Portugal*. Acedido em 2012, 6-junho de Direcção Geral de Saude: <http://www.dgs.pt/>

Direcção Geral da Saude. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saude. Lisboa: DGS.

Direcção Geral de Saude. (2011). *Departamento da Qualidade em Saude*. Acedido em 2012, 11-Dezembro de Divisão para a Segurança do Doente: <http://www.dgs.pt/>

Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and Psychological Burden of Dysphagia: Its Impact on Diagnosis and Treatment. *Dysphagia* (17), pp. 139-146.

European Union. (2009, Junho). *COUNCIL RECOMMENDATION of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01)*. Acedido em 2011, 23-Dezembro de 3.7.2009 OfficialJournaloftheEuropeanUnion: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf)

Facebook. (s.d.). *www.facebook.com*. Obtido em Out de 2012, de <http://www.facebook.com/groups/enferm/>

Faculdade de Medicina do Porto. (n.d.). *Métodos de estimação de reprodutividade de medidas*. Acedido em 2013, 16-Fev de <http://users.med.up.pt/joakim/intromed/coeficientecorrelacaointraclasse.htm>

Forumenfermagem. (Out de 2012). *www.forumenfermagem.org*. Obtido de <http://www.forumenfermagem.org/>

Fraga, Calvitti, Lima & Leitão (n.d). Nutrição na maturidade- Aspectos da disfagia. Acedido em 2012, 7 Junho de [www.nestle.com.br/healthcarenutrition](http://www.nestle.com.br/healthcarenutrition)

Garcia, J.M; Chambers, E.(2010). *Managing Dysphagia Through Diet Modifications*. American Journal of Nursing, Vol 110, nº11, Novembro 2010, pp.26-33

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à Prática Profissional* (4ª edição ed.). (Artmed, Ed., & A. M. Thorell, Trans.) Porto Alegre, BR: Artmed.

Hall, A. O. (n.d.). *Associação entre variáveis*. Acedido em 2013, 16-Fev de Departamento de Matemática, Universidade de Aveiro, Portugal.: <http://www2.mat.ua.pt/pessoais/AHall/TEA/Capcorrel.pdf>

Hardy, E., & Robinson, N. M. (1993). *Swallowing Disorders Treatment Manual*. (C. Drolet, & C. Gilles- Brown, Eds.) Bisbee, Arizona, USA: Imaginart Communication Products.

Head, K. (2012, 16-Mai). *The Design and Evaluation of a Valid Dysphagia Screening Tool for Acute Stroke Patients*. Acedido em 2012, 10-Jun de Research Repository, University of Glamorgan: <http://dspace1.isd.glam.ac.uk/dspace/handle/10265/564>

IBM SPSS. (n.d.). *IBM SPSS Statistics*. Acedido em 2013, 14-Fev de [http://publib.boulder.ibm.com/infocenter/spssstat/v20r0m0/index.jsp?topic=%2Fcom.ibm.spss.statistics.help%2Fidh\\_corr.htm](http://publib.boulder.ibm.com/infocenter/spssstat/v20r0m0/index.jsp?topic=%2Fcom.ibm.spss.statistics.help%2Fidh_corr.htm)

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde* (3ª edição ed.). (E. d. saude, Ed.) Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Sude Pública.

International Society of Oral Oncology (ISOO). (2012). Swallowing dysfunction in cancer patients - systematic review. *Support Care Cancer* , 433-443.

Jacobi, J., Levy, D., & Silva, L. (2003). Disfagia: avaliação e tratamento. *Revinter* . Rio de Janeiro.

Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2004). *NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem* (2ª edição ed.). (R. Garcez, Trans.) Sao Paulo, Brazil: Artmed Editora.

Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization. (2007). *Stroke performance measurement implementation guide*. IL: Oakbrook Terrace.

Kalf, J., Swart, B., Bloem, B., & Munneke, M. (2012). Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: A meta-analysis. *Parkinsonism & Related Disorders* , 18 (4), 311-315.

Landis, J., & Koch, G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometric* , 33 (1), 159-174.

Logemann, J. (1988, Nov). *Swallowing physiology and pathophysiology*. (O. C. Am., Producer) Acedido em 2012, 9-Jun de PubMed.org: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3054716#>

Logemann, J. (1998, Nov). *Swallowing physiology and pathophysiology*. Acedido em 2012, 10-jun de Otolaryngologic Clinics of North America: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list\\_uids=3054716](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list_uids=3054716)

Maccarini, A. R., Filippini, A., Padovani, D., Limarzi, M., Loffredo, M., & Casolino, D. (2007). Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* , 27 (6), 299-305.

Macedo-Filho, Evaldo, D. d., Gomes, G. F., & Furkim, A. M. (2000). *Manual de Cuidados do Paciente com Disfagia* (1ª edição ed.). São Paulo, Brazil: Lovise.

Maciel, J., Oliveira, C., & Tada, C. (2008, Jul). Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. *Revista de Nutrição* (21), pp. 411-421.

Matos, L., Teixeira, M., Henriques, A., Tavares, M., Álvare, L., Antunes, A., et al. (2007). *MENÇÕES SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL Nos Registos Clínicos de Doentes Hospitalizados*. Acedido em 2012, 7-jul de ActaMedPort2007; 20 503-510: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/827/1/503-510.pdf>

McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (3ª edição ed.). (R. Garcez, Trans.) Porto Alegre, Brazil: Artmed Editora S.A.

McCullough, G., Pelletier, C., & Steele, C. (2003, 4-Nov). National Dysphagia Diet: What to Swallow? *The ASHA Leader* .

McHorney C, R. J. (2002). The SWAL-QOL and SWAL-CARE out-comes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*. (17), pp. 94-114.

Meer, G., Ferreira, Y., & Look, J. (2010, Setembro). The S/Z ratio: A simple and reliable clinical method of evaluating laryngeal function in patients after intubation. *Journal of Critical Care*, 25 (3), pp. 489-492.

Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006, 12-4). Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiares. Portugal.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2010). *Indicadores de Desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Lisboa.

Murray, J., Milich, A., & Ormerod, D. (2011). Screening for dysphagia. *Australian Nursing Journal*, 18 (11), 44-46.

North American Nursing Diagnosis Association. (2008). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA 2007/2008*. (R. Garcez, Trans.) Porto Alegre, Brazil: Artmed Editora.

Nunes, L. (2006). Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. *Revista Portuguesa de Enfermagem* (3).

O'Neil, K., Purdy, M., Falk, J., & Gallo, L. (1999). Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia* (14), pp. 139-145.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2 Classificação internacional para a prática de enfermagem* (ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros ed.). Portugal: Lusodidata.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2007, out). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido em 2012, 11-Jul de Ordem dos enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf)

Ordem Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros sobre Segurança do Cliente*. Acedido em 2012,7-Dezembro de [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2010). *International Classification of Diseases*. Acedido em 2012, 10-jun de WHO.org: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Organização Mundial de Saúde. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Acedido em 2012, 15-jun de World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

Organização Mundial de Saude. (2011). *Estrutura concetual da Classificação Internacional sobre segurança do doente*. Direção Geral de Saúde, Departamento de Qualidade em Saúde, Divisão de segurança do doente. DGS.

PNS 2012-2016. (2012, Janeiro). *Plano Nacional de Saúde - Objectivos para o Sistema de Saúde- Obter Ganhos em Saude*. Acedido em 2012, 6-Julho de DGS: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>

Ramsey, D. J., Smithard, D. G., & Kalra, L. (2003). *Early Assessments of Dysphagia and Aspiration Risk in Acute Stroke Patients*. King's College, Department of Stoke Medicine. Londres: Americam Stoke Association.

Rosenbek, J., Robbins, J., Roecker, E., Coyle, J., & Wood, J. (1996). A Penetration-Aspiration Scale. *Dysphagia* (11), pp. 93-98.

Royal College of Nursing. (2006). *The Nursing Management of Patients with Venous Leg Ulcers practice guidelines*. Acedido em 2011, 30-11 de <http://www.tagungsmanagement.org/icc/images/stories/PDF/vasa%20suppl%20ebm.pdf>

Royal College of Speech and Language Therapist. (2005). Acedido em 2012, 15-jun de Guidellines: [http://www.healthcareworkforce.nhs.uk/nimhe/component/option.com\\_docman/task.doc\\_view/gid,71/Itemid,412/](http://www.healthcareworkforce.nhs.uk/nimhe/component/option.com_docman/task.doc_view/gid,71/Itemid,412/)

Sá, J. P. (2007). *Deglutição e Envelhecimento*. (U. d. Aveiro, Editor) Acedido em 2012, 9-Jun de Repositório de teses: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3305>

Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa*. S. Paulo: McGraw Hill. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2004). *Management of Patients with Stroke: identification and management of dysphagia*. Royal College of Physicians. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline*. NHSScotland. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Silbergleit, A., Schultz, L., Jacobson, B., & Beardsley, T. J. (2012). The Dysphagia Handicap Index: Development and Validation. *Dysphagia* (27), pp. 46-52.

Silva, R. G. (2007, Jan). A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica* , 19 (1), pp. 123-130.

Skoretz, S. A., Flowers, H. L., & Martino, R. (2010). *The Incidence of Dysphagia Following Endotracheal Intubation A Systematic Review*. Acedido em 2012, 20-jun de CHEST - American College of Chest Physicians: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/137/3/665.full.pdf>

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (2011). *I Consenso Brasileiro de NUTRIÇÃO E DISFAGIA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS*. Acedido em 2012, 8-Jul de Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: <http://www.sbgg.org.br/admin/arquivo/Consenso Brasileiro de Nutricao.pdf>

Steele, C., Molfender, S., Bailey, G., Polacco, R., Waito, A., Zoratto, D., et al. (2011). Exploration of the utility of a brief swallow screening protocol with comparison to concurrent videofluoroscopy. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology* , 35 (3).

Stoschus, B., & Allescher, D. (1993). Drug-Induced Dysphagia. *Dysphagia* , 154-159.

Stroud, A., Lawrie, B., & Wiles, C. (2002, Set). Inter and intra-rater reliability of cervical auscultation to detect aspiration in patients with dysphagia. *Clinical Rehabilitation* (16), pp. 640-645.

Terrado, M., Russell, C., & Brwman, J. (2001, out). Dysphagia: an Overview. *MEDSURG Nursing* , 10 (5).

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., et al. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients : The Gugging Swallowing Screen. *STROKE* (38), 2948-2952.

Uebersax, J. (2010, Abr). *Statistical Methods for Rater and Diagnostic Agreement*. Acedido em 2013, 14-Fev de John Uebersax Enterprises LLC: <http://www.john-uebersax.com/stat/agree.htm#recs>

Vanin, G. d. (2004). *Avaliação da frequência de sinais sugestivos de disfagia em pacientes de um centro de tratamento intensivo*. tese mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Rio Grande do Sul, Brasil.

Waters, T., Logemann, J. A., Pauloski, B., Rademaker, A. W., Lazarus, C. L., Newman, L. A., et al. (2004). Beyond Efficacy and Effectiveness: Conducting Economic Analyses During ClinicalTrials, Dysphagia. *Dysphagia* (19), pp. 109-119.

Wikipedia. (2012). *Loulé*. Acedido em 2012, jun de <http://pt.wikipedia.org/wiki/Loulé>

Wikipédia. (n.d.). *Wikipédia português*. Acedido em 2010, 23-Dezembro de Wikipédia: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Tipos\\_de\\_estudo\\_epidemiológico#Tipos\\_de\\_estudo\\_epidemiol.C3.B3gicos](http://pt.wikipedia.org/wiki/Tipos_de_estudo_epidemiológico#Tipos_de_estudo_epidemiol.C3.B3gicos)

Wilkinson, A. H., Burns, S. L., & Witham, M. D. (2012, 23-Março). Aspiration in older patients without stroke: a systematic review of bedside diagnostic tests and predictors of pneumonia. *European Geriatric Medicine* , pp. 145-152.

Woisard, V., Andrieux, M., & Puech, M. (2006, Mai). Validation of a self-assessment questionnaire for swallowing disorders -Deglutition Handicap Index. *Rev Laryngol Otol Rhinol* (127), pp. 315-325.

WONCA. (2011). *ICPC-2*. Portugal: ACSS.

World Health Organization. (n.d.). *Patients Safety*. Acedido em 2011, 7-dezembro de <http://www.who.int/patientsafety/en/>

Wright, K. J. (2010). Administering medication to adult patients with dysphagia: part 2. *NURSING STANDARD* , 24 (26), 61-68.

www.surveymonkey.com. (n.d.). *www.surveymonkey.com - Avaliação da capacidade de deglutição*. Acedido em 2012, 14- de [http://pt.surveymonkey.com/MySurvey\\_EditorFull.aspx?sm=sWLaS8uk1oGKqJ5wr1p13bZY11qxaFHpMF\\_2FKuWkKpEU\\_3D](http://pt.surveymonkey.com/MySurvey_EditorFull.aspx?sm=sWLaS8uk1oGKqJ5wr1p13bZY11qxaFHpMF_2FKuWkKpEU_3D)

Zhou, Z., Salle, J., Daviet, J., Stuit, A., & Nguyen, C. (2011, setembro). Combined approach in bedside assesment of aspiration risk post stoke: PASS. *European Journal of Phisical and Rehabilitation Medicine* , 47 (3), pp. 441-446.

## **Anexos**



## **Anexo I - Revisão Sistemática**



## Anexo I – Revisão sistemática – Metodologia para avaliação da capacidade de deglutição

### Sumário

Resumo.....	1
1 - Introdução.....	2
2 - Objectivo.....	2
3 - Metodologia.....	3
4 - Resultados.....	4
5 - Discussão.....	16
6 - Conclusão.....	16
7 - Referências Bibliográficas.....	16

### Resumo

**Problemática:** Avaliação das alterações da capacidade de deglutição

**Objectivo:** Conhecer a metodologia publicada e testada sobre avaliação clínica não instrumental da capacidade de deglutição que possa ser utilizada por enfermeiros na sua intervenção independente a pessoas com antecedentes de risco para alteração dessa capacidade.

**Desenho:** Revisão sistemática da literatura

**Método:** PICO e pesquisa bibliográfica suplementar, realizada em Março de 2012, nas bases de dados EBSCO, PubMed, CINAHL, Cochrane, Medline, Scielo, Lilacs, B-On e Academic Search Complete. Foi feita actualização da pesquisa em 20 Julho de 2012. Esta pesquisa foi complementada com uma pesquisa simples na “literatura cinzenta” no Google ([www.google.pt](http://www.google.pt)), refinada no Google Shcollar. Foi pesquisado também o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Os estudos foram analisados quanto ao seu tipo, objectivos, participantes, intervenções principais, itens de avaliação do método, resultados e conclusões principais, identificadas as limitações principais e foi atribuído o nível de evidência ao estudo.

**Resultados:** Obtivemos 2.831 resultados, sendo seleccionados 201 trabalhos e artigos para análise. Após esta análise foram seleccionados 26 artigos para a revisão.

**Conclusão:** A maioria da literatura foca-se na identificação de aspiração ou do seu risco.

A população mais estudada é composta por doentes com AVC.

A exactidão dos testes é habitualmente procurada de duas formas: por comparação com um exame instrumental ou por comparação com alterações no estado de saúde.

A maioria dos testes e protocolos analisados sobrepõem os itens de avaliação, independentemente de serem desenhados para uma determinada patologia ou destinado a uso genérico, isto é, focados na incapacidade demonstrada, independentemente da patologia de base.

Contextos de saúde muito diferentes do Português, grande diversidade de populações estudadas, bem como distintos objectivos e metodologias de análise, dificultam a extrapolação de resultados. Como tal, concluiu-se não haver consenso nem na metodologia mais adequada nem nos itens a incluir para avaliação da capacidade de deglutição mas a maioria dos testes analisados podem ser utilizados por enfermeiros.

**Palavras chave:** deglutition, dysphagia evaluation, screening tool.

## **1 - Introdução**

A complexidade da problemática associada a alterações da capacidade de deglutição, tanto pela diversidade das suas causas ou das suas manifestações, como pelas consequências graves que daí podem resultar, levam a que cada vez mais investigação seja produzida, almejando colmatar as deficiências no conhecimento científico que não têm permitido consensos sobre quais as melhores metodologias de abordagem do problema.

Efectivamente, diferentes grupos de profissionais de saúde têm procurado estudar as práticas mais adequadas ao controlo e prevenção de complicações associadas à alteração da capacidade de deglutição, em diferentes contextos de cuidados, dirigidas a determinado grupo de doentes ou as efectivas independentemente da patologia que origina o défice.

Várias metodologias têm sido propostas, diferentes testes, protocolos e guidelines têm sido produzidos mas continuam a subsistir dúvidas sobre a sua efectividade. No entanto, o consenso é conseguido quanto à necessidade de identificar alterações da capacidade de deglutição precocemente pois este é o passo fundamental para prevenir complicações.

O teste ideal de avaliação clínica de enfermagem da capacidade de deglutição deveria ser rápido, simples de aplicar, requerer treino mínimo, seria não invasivo e fiável, conforme opinião partilhada com diversos autores, por exemplo Logemann, (1998). Tal teste deveria permitir o diagnóstico pela severidade das alterações encontradas, permitir tomar decisões quanto a estratégias a implementar, de compensação e controlo do risco, assim como identificar as situações que necessitariam de mais investigação e outro acompanhamento.

Reconhecendo a necessidade de melhorar as práticas de enfermagem em Portugal quanto às intervenções independentes a pessoas com alteração da capacidade de deglutição, bem como para sustentar a intervenção no âmbito de estágio de curso que frequentamos, decidimos empreender a presente revisão .

## **2 - Objectivo**

Para orientar a nossa revisão sistemática foi definido o seguinte objectivo:

- Conhecer a metodologia publicada e validada sobre avaliação clínica não instrumental da capacidade de deglutição que possa ser utilizada por enfermeiros na sua intervenção independente a pessoas com antecedentes de risco para alteração dessa capacidade.

### 3 - Metodologia

Foi utilizada a metodologia PICO de pesquisa, (Higgins & Green, 2009).

Foi definida como pergunta de investigação:

- Que métodos são usados na avaliação clínica da capacidade de deglutição?

A pesquisa foi conduzida em inglês, utilizando as seguintes palavras chave: Deglution, dysphagia evaluation, screening tool.

Foram procurados resultados em inglês, português, francês e espanhol.

Não foram colocados limites temporais de pesquisa.

A pesquisa realizou-se a 10 de Março de 2012, através do site da Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, acesso a membros e do acesso da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa. Obtivemos acesso às seguintes bases de dados: EBSCO, PubMed, CINAHL, Cochrane, Medline, Scielo, Lilacs, B-On e Academic Search Complete. Foi feita actualização da pesquisa em 20 Julho de 2012.

Obtivemos 2.831 resultados, sendo seleccionados 201 trabalhos e artigos para análise. Esta pesquisa foi complementada com uma pesquisa simples na “literatura cinzenta” no Google ([www.google.pt](http://www.google.pt)), refinada no Google Shcollar, onde tivemos acesso a instrumentos e protocolos das mais variadas instituições internacionais. Foi pesquisado também o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, (RCAAP) onde obtivemos acesso a teses de mestrado e doutoramento sobre a temática.

Como critérios de selecção e de acordo com a metodologia PICO, foram definidos:

Critérios de Selecção dos Estudos		
(PICO)	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instrumentos aplicados por profissionais de saúde em qualquer contexto de cuidados</li><li>• Participantes estratificados ou não por patologia ou idade</li><li>• Maiores de 14 anos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doentes pediátricos</li><li>• Instrumentos de auto - avaliação</li></ul>
<b>Intervenção</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Triagem da capacidade de deglutição</li><li>• Avaliação da capacidade de deglutição</li><li>• Risco de disfagia e/ou aspiração</li><li>• Diagnóstico de disfagia e/ou aspiração</li><li>• Decisão de dieta adaptada</li><li>• Estratégias de redução do risco e/ou compensação do défice</li><li>• Avaliação de resultados de intervenções</li><li>• Revisões sistemáticas da literatura</li><li>• Guidelines com graus de evidência</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abordagem não sistematizada em metodologia científica</li><li>• Avaliação apenas instrumental</li></ul>
<b>Controlo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estudos com tipo de intervenção descrita e/ou graus de evidencia aferidos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estudos sem intervenção descrita e/ou graus de evidencia aferidos</li></ul>
<b>Outcome (resultado)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Com resultados de validade e/ou confiabilidade</li><li>• Descrição do método utilizado</li><li>• Com descrição dos itens avaliados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os que não cumpriram os critérios de inclusão</li></ul>

Foram analisados os vários trabalhos e artigos quanto ao tipo de estudo, objectivos, participantes, principais intervenções, itens de avaliação do método em estudo, resultados e conclusões principais.

Foi igualmente elaborada uma breve apreciação crítica de cada estudo, centrada nas principais limitações identificadas e atribuído o “Nível de Evidência”(NE) demonstrado. Para tal, baseamo-nos nas orientações da Direcção Geral da Saúde, (DGS-Normas clínicas e Graus de Recomendação e Níveis de Evidência, 2012).Assim, o NE foi atribuído de acordo com os critérios da tabela abaixo.

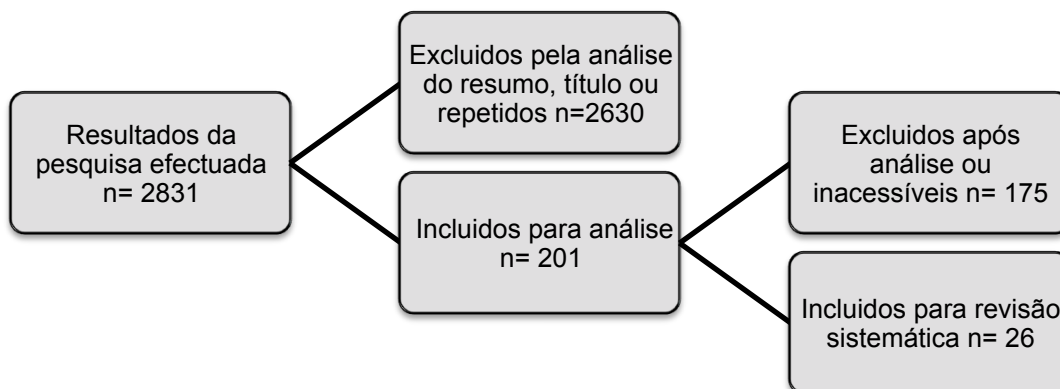
**Tabela 2: Níveis de Evidência**

Nível de evidência	Descritivo
A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises.
B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.
C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos.

Fonte: adaptado e traduzido de [www.escardio.org](http://www.escardio.org)

DGS – Normas Clínicas e Graus de Recomendação e Níveis de Evidência, 2012

#### 4 - Resultados



A tabela das páginas seguintes apresenta o resumo da análise realizada

**Tabela de evidência – Que métodos são usados na avaliação clínica da capacidade de deglutição?**

Referência	Estudo	Objectivo	Participantes	Intervenções principais	Itens de avaliação do método	Resultados e Conclusões principais	Análise crítica Nível de Evidência (NE)
(Wilkinson, Burns, & Witham, 2012) Reino Unido “Aspiration in older patients without stroke: a systematic review of bedside diagnostic tests and predictors of pneumonia”	Revisão sistemática	Determinar a validade dos testes para predição e prevenção de pneumonia de aspiração na população geriátrica (sensibilidade, especificidade e valores preditivos)	Incluídos 14 estudos caso-controlo e revisões sistemáticas onde: Idade ≥ 65 anos; estudos com comparação com “Gold standard test”. Excluídos indivíduos com AVC agudo, Parkinson e pós extubados;	Pesquisa nas bases de dados de referência, realizada por 2 autores independentes; pesquisa na “literatura cinzenta”. A sensibilidade, especificidade, os valores preditivos positivos e negativos para cada teste clínico foram calculados se não se encontrassem directamente acessíveis; usada QUADAS para avaliar a qualidade dos estudos.	Analisados estudos de testes de deglutição de água, de tosse, checklists de factores de risco, oximetria de pulso, auscultação pulmonar e outros, comparados com videofluoroscopia, endoscopia, cintigrafia, ecografia e manometria.	Grande variedade de testes é usada e com objectivos diferentes. A sensibilidade, especificidade, valores preditivos e QUADAS foram muito variáveis e nenhum apresentou valores elevados em todos os parâmetros. A evidência existente é insuficiente para suportar a eficácia do uso de testes preditivos de pneumonia de aspiração na população geriátrica. É necessária mais investigação nesta área.	Estratificação amostral com exclusão de AVC, Parkinson e pós extubados onde as alterações da capacidade de deglutição são prevalentes; NE= A
(Momosaki, Abo, Kakuda, & Kobayashi, 2012) Japão “Applicability of the Two-Step Thickened Water Test (TTWT) na identificação de doentes com disfagia pós-avc em risco de aspiração de alimentos passados.”	Analítico	Determinar a validade e utilidade clínica do Two-Step Thickened Water Test (TTWT) na identificação de doentes com disfagia pós-avc em risco de aspiração de alimentos passados.	110 Doentes consecutivos pós-avc, com graus diferentes de gravidade e diferentes défices que apresentavam engasgamento na deglutição de água	Avaliação clínica por 2 observadores independentes. Controlo efectuado com a endoscopia dos mesmos indivíduos para diagnóstico de aspiração com a Penetration Aspiration Scale (PAS). Calculada a sensibilidade e especificidade do TTWT. Também calculada a	Protusão da língua, deglutição de saliva, qualidade da vocalização, tosse voluntária, deglutição de água espessada, deglutição de pasta de abóbora e deglutição de água normal.	O TTWT apresentou valores de sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo e negativo para aspiração de alimentos passados altos. Concluíram que os resultados do estudo indicam que o TTWT é uma ferramenta útil para avaliação da aspiração de alimentos passados	Deficiente definição de conceitos, por exemplo entre disfagia e aspiração. Apenas incluídos AVC. Limitação de consistências. NE= C

				sensibilidade e especificidade para deglutição de água normal. Calculada a prevalência de disfagia no grupo. Classificado o grau de disfagia com a Functional Oral Intake Scale (FOIS)		em doentes com disfagia pós-avc. A deglutição segura de alimentos passados pode antecipar extubação nasogástrica, permitir retirar infusões venosas e melhorar a nutrição destes doentes.	
(Head, K; 2012) Reino Unido “ The Design and Evaluation of a Valid Dysphagia Screening Toll for Acute Stoke Patients”	Tese Doutoramem to	Validação inicial de novo instrumento de avaliação a doentes com AVC Head Dysphagia Screen for Stroke (HeDSS)	150 Indivíduos com AVC	A autora aplicou um multi-método de pesquisa: inquérito a práticas em Inglaterra e Escócia, focus grup com enfermeiros, diferentes estudos de confiabilidade inter-observadores entre terapeutas da fala e enfermeiros, estudo de validade preditiva entre avaliação por terapeutas da fala(goldstandart) e enfermeiros. N° doentes= 30+20+100	Consciência, equilíbrio sentado,, cronometragem de ingestão de 50 cc de água, elevação da laringe por observação, tosse.	As práticas de avaliação de disfagia são muito variadas em Inglaterra e na Escócia. O HeDSS apresenta bons resultados de validade e confiabilidade para disfagia. Deve ser replicado.	Apenas a doentes com AVC. Tria para terapeutas da fala. Apenas testa uma consistência e apenas com critério temporal de ingestão. NE= C
(Cardoso, Raínho, Quitério, Cruz, Magano, & Castro, 2011) Portugal “Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC”	Revisão sistemática	Identificar que métodos de avaliação não-invasiva da disfagia na pessoa com AVC existem com validade e fidelidade demonstradas	Incluídos 2 estudos: o Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) e o The Gugging Swallowing Screen (GUSS). Excluídos os	Pesquisa nas bases de dados em 2009 por estudos primários publicados desde 2005, com pressupostos de validade científica. Usada a metodologia da Cochrane.	Comparação das características das amostras, dos objectivos, das técnicas de avaliação utilizadas, dos resultados e das principais conclusões dos estudos seleccionados.	Concluíram que “ambos os estudos demonstraram elevados índices de validade e fidelidade dos instrumentos utilizados”; que “a utilização destes instrumentos permite de forma segura adequar a dieta a	Critérios de inclusão e exclusão dos estudos não são claros. As conclusões não se associam directamente ao estudo. NE= B

			estudos que testavam a eficácia de instrumentos não-invasivos no diagnóstico de aspiração ou pneumonia e revisões sistemáticas.		Os itens de avaliação dos estudos incluíram ingestão de líquidos, semissólidos e sólidos	cada doente” e que “os resultados prevêem ganhos em saúde com a utilização destas escalas, ainda que seja necessário treino e estudos posteriores para obtenção de uma amostra significativa”	
(Murray, Milich, & Ormerod, 2011) Austrália “Screening for dysphagia”	Analítico	Criar instrumento genérico de avaliação de enfermagem do risco de disfagia, the Dysphagia Assessment Risk Tool (DART)	Doentes de centro de reabilitação, com demência e outras patologias pós agudas. Enfermeiros e terapeuta da fala de centro de reabilitação	Desenho do instrumento com base em consulta bibliográfica. Testada a fiabilidade pela concordância percentual entre enfermeiros e terapeutas da fala. Formação a enfermeiros.	Checklist com 15 pontos de avaliação dicotômica sim/não que inclui a história do doente, avaliações específicas e observação da refeição. O resultado recomenda a consistência adequada dos alimentos, o nível de supervisão às refeições e determina se é necessário acompanhamento por dentista, dietista ou terapeuta da fala.	Fiabilidade: Boa concordância entre enfermeiros e terapeutas da fala, (90%). O DART introduziu melhoria na eficiência dos cuidados holísticos aos doentes. O trabalho em equipa é necessário para atender aos doentes com risco de disfagia.	O DART é mais um instrumento de triagem de risco de disfagia do que de avaliação. Não são claros os critérios de prescrição da dieta. NE= C
(Steele, et al., 2011) Canadá “Exploration of the utility of a brief swallow screening protocol with comparison to concurrent	Analítico	Verificar se os sinais clínicos de dificuldade na deglutição estão associados com o diagnóstico de aspiração ou disfagia na videofluoroscopia	Amostra de conveniência de 40 adultos com diferentes patologias de base, em condição de dar o seu consentimento	Comparação entre o resultado de protocolo de triagem de deglutição e a videofluoroscopia. Gravação em vídeo da avaliação clínica. Comparação entre julgamento clínico	Lateralização da língua, tosse voluntária, qualidade vocal, sequência de 3 deglutições de pequena quantidade de água seguida de deglutição de água	Sensibilidade e especificidade do teste clínico baixas. Concluíram que as decisões baseadas no teste de triagem utilizado não têm boa utilidade clínica na detecção de	Reduzido nº de itens de avaliação clínica, só testa uma consistência, grupo de observadores não têm experiência na avaliação da deglutição. Problemas na

videofluoroscopy		e verificar se esta associação tem utilidade clínica.	para o estudo.	de enfermeiros sem outra formação além da formação base e por terapeutas da fala, através das imagens gravadas. A videofluoroscopia foi avaliada por terapeutas da fala com a Penetration Aspiration Scale e a escala Eisenhuber	por copo.	aspiração ou disfagia.	amostra. Observadores sem contacto directo com sujeitos. NE= C
(Zhou, Salle, Daviet, Stuit, & Nguyen, 2011) França "Combined approach in bedside assesment of aspiration risk post stoke: PASS"	Analítico	Desenvolver e validar um esquema composto de diferentes tipos de avaliação da deglutição – Praticall Aspiration Screening Sheme (PASS)	Doentes com AVC isquémico, em condição de dar o seu consentimento para o estudo, 41 indivíduos na 1ª fase do estudo, 107 na 2ª fase.	Os doentes foram avaliados com a Clinical Predicative Scale os Aspiration (CPSA), o teste da deglutição de 3 onças de água (3 oz WT) e o teste de Burke. A videofluoroscopia foi o teste usado quando havia discrepância entre as 2 avaliações clínicas e como "gold standard" na validação do esquema proposto.	Reflexos, deglutição voluntária, qualidade da voz, ingestão de 90 ml água por copo sem interrupção.	O PASS apresentou valores de sensibilidade e especificidade altos quando comparado com a CPSA e 3 oz WT individualmente. Concluíram que os sinais físicos e a ingestão de líquidos são complementares na avaliação da aspiração em doentes com AVC e que o esquema proposto aumenta a eficácia da triagem de aspiração.	A pertinência do estudo é comprometida por critérios de amostragem, pelo reduzido nº de itens de avaliação clínica e por só testar líquidos em grande quantidade. NE= C
(Ickenstein, et al., 2010) Alemanha Pneumonia and in-hospital mortality in the context of neurogenic oropharyngeal dysphagia (NOD) in stroke and a new NOD step-wise concept	Analítico	Desenvolver um conceito para investigação de disfagia orofaríngea neurogénica (NOD) que possa ser usado quer por enfermeiros, terapeutas da fala ou médicos, o NOD step-wise	114 Doentes com AVC em fase aguda admitidos na unidade de AVC.	Todos os doentes foram avaliados 1º por enfermeiros com o Modified Swallowing Assesment (MSA) no dia de admissão. Depois todos foram avaliados por terapeuta da fala com Clinical Swallowing Examination (CSA)	MAS- respostas dicotómicas sim/não a disartria, disfonia, tosse voluntária, controlo da saliva, qualidade da respiração, ingestão de água por colher, ingestão de 90 ml de água por copo. CSA inclui avaliação completa	Correlação significativa entre diminuição da taxa de incidência de pneumonia, de consumo de antibióticos e da mortalidade com o NOD-NSC num período de 2 anos (2007-2009). Concluem que o	A triagem de enfermagem testa só a consistência líquida e requer avaliação de terapeuta da fala em caso de alterações. Não são claros os critérios de prescrição da dieta. NE= C

		concept (NSC).		nas 1ª 72 h .Depois todos foram avaliados por médicos através de endoscopia transnasal, (FTS) no espaço de 5 dias.	neurológica FTS- testou consistência passada e líquidos	conceito NSC mostra uma significativa melhoria na qualidade da assistência aos doentes da unidade de AVC. O programa deve começar na fase aguda do AVC e envolver vários grupos profissionais, em 1º lugar enfermeiros.	
(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010) Escócia "Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. a national clinical guideline 119"	Guideline	Recomendar práticas baseadas na evidência actual para identificação e gestão da disfagia pós AVC	Indivíduos com AVC	Avaliar a deglutição e nutrição após AVC	Avaliação do estado de consciência, do controlo postural, higiene oral, controlo das secreções, teste de deglutição com água. Avaliação instrumental com endoscopia ou videofluoroscopia.	Todos os doentes com AVC devem ser triados para disfagia antes da administração de alimentos. Um instrumento estandardizado deve ser utilizado e deve incluir: avaliação do estado de consciência, do controlo postural, higiene oral, controlo das secreções, teste de deglutição com água. Devem ser instituídas modificações na dieta e estabelecidas estratégias de compensação.	Apenas dirigidas a doentes com AVC. Os níveis de evidência são maioritariamente D. Não recomendam nenhum instrumento específico. Não referem a avaliação com diferentes consistências de alimentos. NE= A
(Antonios, et al., 2010) Estados Unidos da América "Analysis of a Physician Tool for Evaluating Dysphagia on a	Analítico	Validação inicial de novo instrumento de avaliação a doentes com AVC –Modified Mann Assessment Swallowing Ability	150 Doentes com AVC	Médicos neurologistas aplicaram o MMASA a 150 doentes com AVC eTerapeutas da Fala aplicaram o MASA. Comparados resultados	Consciência, cooperação, respiração, qualidade do discurso, compreensão, disartria,, saliva, movimento da	O MMASA é um instrumento que aplicado por médicos é potencialmente válido e fiável para triagem de doentes com disfagia pós AVC.	Apenas a doentes com AVC. Resultado por score numérico. Não testa qualquer consistência. Prescreve dieta normal ou zero. Tria

inpatient Stroke Unit: The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability”		(MMASA ) e Mann Assessment Swallowing Ability (MASA)			língua,, tosse voluntária, reflexo de vômito, movimento do palato.		para terapeuta da fala. NE= C
(Edmiaston, Connor, Loehr, & Nassief, 2010) United States of América “Validation of a Dysphagia Screening Tool in Acute Stroke Patients”	Analítico	Desenhar e validar um instrumento de triagem de disfagia e risco de aspiração em doentes com AVC agudo para uso de profissionais de saúde não terapeutas da fala, the Acute Stroke Dysphagia Screen - ASDS	300 Doentes com AVC	Comparação entre a avaliação com ASCS realizada por enfermeiros e avaliação com MASA (Mann Assessment Swallowing Ability ) por terapeutas da fala.	Escala de Glasgow, assimetria facial, assimetria movimento da língua, assimetria do palato, sinais de aspiração na ingestão de 90 ml de água	O ASDS é fácil de administrar e é um instrumento fiável, com sensibilidade suficiente para disfagia e risco de aspiração em doentes com AVC em fase aguda. É o melhor teste de triagem actualmente disponível.	Apenas dirigidas a doentes com AVC em fase aguda. Comparação entre terapeutas e enfermeiros com mais de 24 h de intervalo. Não testa diferentes consistências. Só testa líquidos em grande quantidade. NE= C
(Martino, et al., 2008) Canadá The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) : Development and Validation of a Dysphagia Screening Tool for Patients With Stroke	Analítico	Desenhar e validar um instrumento de avaliação do risco para disfagia para doentes com AVC em fase aguda e de reabilitação, The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST)	311 Doentes com AVC	Validação por videofluoroscopia e por teste –reteste. Implementado programa de formação teórica e prática para enfermeiros	Consciência, equilíbrio, compreensão, qualidade da voz, movimento da língua, deglutição de água.	O TORR-BSST é um instrumento simples, fiável na identificação de doentes com disfagia pós AVC, independentemente da severidade	É instrumento de triagem. Só testa uma consistência. A decisão nos positivos consiste na referência para terapeuta da fala. NE=B
(Marques, André, & Rosso, 2008) Brasil “Bedside Assessment of Swallowing in stroke: Water Tests are Not Enough”	Analítico	Comparar 2 métodos de avaliação da disfagia, com líquidos e semi-sólidos.	26 Doentes com AVC em fase aguda	Avaliação prospectiva aos 7 dias e 30 dias pós AVC	Utilizados testes com água e consistência pudim. Voz molhada, diminuição da Spo2, avaliação por neurologista, tosse, reflexo de vômito	Os testes com água e pudim apresentaram fraca correlação. Testes com água com maior sensibilidade para problemas de protecção da laringe e o pudim mais sensíveis para a análise funcional da	Amostra pequena. Bom desenho de investigação. Apenas doentes com AVC. NE=C

						disfagia. Os 2 métodos devem ser usados.	
(Marques, André, & Rosso, 2008) Brasil Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre método de avaliação	Revisão sistemática	Analisar os testes clínico-funcionais para avaliação da disfagia orofaríngea em pacientes na fase aguda do AVE	Seleccionados 133 resumos de estudos	Pesquisa nas bases de dados de referência. Revisão no período de 1980 a 2007.	Foram divididos os resultados em testes com líquidos (água) e testes conjugados (diferentes consistências ou viscosidades).	A videofluoroscopia é aceite como método-ouro na avaliação da disfagia mas apresenta importantes limitações. A videoendoscopia pode ser uma alternativa. Existe grande variedade de métodos. Os testes conjugados são amplamente utilizados não parecendo haver riscos para os pacientes	Apenas apresentados alguns testes para discussão. Análise realizada pelos resumos dos estudos. NE=B
(Sydney South West Area Health Service, 2008) Austrália Swallowing Difficulties: identification and Management of Adults with Suspected Swallowing Difficulties. Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA	Guideline	Guideline e Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA (ASSIST)	Doentes com AVC ou AIT	Guideline mandatória para a área de Sydney South West	Consciência, equilíbrio sentado, postura da cabeça, alterações da face, tosse, controlo da saliva, qualidade da voz, dificuldade respiratória, diferentes quantidades de água,	Avaliação pelo risco de aspiração, risco de malnutrição e desidratação, risco de aumento hospitalar	A decisão é apenas de triar para terapeuta da fala. É uma guideline obrigatória que revela a importância dada ao problema da disfagia. NE=B
(Trapl, et al., 2007) Áustria Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: Gugging Swallowing Screen	Analítico	Validação do Gugging Swallowing Screen (GUSS) no risco de aspiração	50 Doentes com AVC na fase aguda	Compara com a fibroendoscopia. Testa confiabilidade inter-observadores entre terapeutas da fala e enfermeiros. Atribui score risco.	Consciência, tosse voluntária, controlo da saliva, qualidade da voz, testa diferentes consistências	O GUSS permite identificar doentes com disfagia e risco de aspiração. Permite aos doentes uma forma mais adaptada de alimentação.	Não avalia funções orofaciais. Apreciações subjectivas. Permite a adaptação da dieta de acordo com o risco. NE=C

(Maccarini, Filippini, Padovani, Limarzi, Loffredo, & Casolino, 2007) Itália Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia	Exploratório	Criar instrumento de triagem e avaliação da disfagia, determinar a severidade, planejar a reabilitação e avaliar o resultado do tratamento	Doentes do foro neurológico (AVC, trauma craneano, doenças degenerativas) e doentes do foro cirúrgico (disfagia com causa em alterações anatómicas de estruturas e pós intubação orotraqueal)	Não são apresentados dados de testagem	Anamnese, condição física e nutricional geral, avaliação neurológica, avaliação orofacial, funções e reflexos, movimento, comunicação, diferentes consistências de alimentos, funções gustativas	Proposta de avaliação e monitorização de doentes com disfagia de causa neurogénica ou cirurgica	Avaliação muito completa. Não se insere no âmbito de intervenção de enfermagem geral. NE=C
(Wu, Chang, Wang, & Lin, 2004) Taiwan Evaluating Swallowing Dysfunction Using a 100 ml Water Swallowing Test	Analítico	Validação de teste WST – 100 ml Water Swallowing Test	59 doentes de ambulatório com suspeita de disfagia	Comparação do resultado do teste WST com videofluoroscopia.	Rapidez de ingestão de 100 ml de água e sinais clínicos de engasgamento ( tosse e voz molhada)	Sensibilidade do WST =85,5%. Especificidade = 50%. Conclui que a velocidade de ingestão é um indicador sensível para identificação de doentes em risco de disfunção da deglutição. O engasgamento com 100 ml de água pode ser indicador específico para aspiração.	É instrumento de triagem. Aparenta elevado risco na sua aplicação. Reduzido nº de itens de avaliação. NE=C
(Ramsey, Smithard, & Kalra, 2003) Inglaterra Early Assessments of Dysphagia and Aspiration Risk in Acute Stroke Patients	Revisão sistemática	Identificar os méritos e limitações de vários métodos de avaliação clínica de disfagia na fase aguda de AVC.	Diferentes estudos analisados, agrupados por tipo de avaliação	Pesquisa em diversas bases científicas on-line e outras fontes.	Tipo de avaliação clínica, diferentes itens incluídos, diferentes consistências de alimentos testadas, comparação com testes instrumentais muito variável.	Os testes clínicos são seguros, relativamente simples de aplicar de reproduzir. Apresentam sensibilidade, especificidade e confiabilidade muito variáveis. Apresentam	Análise apenas dirigida a estudos com doentes de AVC.Recomendam que outros profissionais que não terapeutas da fala sejam envolvidos NE=B

						deficiência na detecção da aspiração silenciosa. A videofluoroscopia dá informação anatômica e funcional mas testam em condições ideais, só alguns doentes e com fidelidade, muitas vezes fraca. É necessário pesquisa para desenvolver a exactidão dos testes.	
(Massey & Jedlicka, 2002) Estados Unidos da América The Massey bedside swallowing screen.	Exploratório	Validação do teste The Massey bedside swallowing screen (MDSS)	25 Doentes com AVC	Testa confiabilidade (objectividade entre-observadores). Validade preditiva baseada avaliação clínica prospectiva. Validade conteúdo por questionário.	Check list : consciência, afasia, disartria, funções oro-motoras, reflexo de vômito, ingestão de água por colher e por copo	O MDSS pode ser um instrumento de avaliação de enfermagem da disfagia eficaz para uso diário.	Amostra pequena e de conveniência. Só testa uma consistência. É triagem. A única decisão para positivos é enviar para terapeuta da fala. NE=C
(Mann, 2002) (Carnaby-Mann & Lenius, 2008) USA "The Mann Assessment of Swallowing Ability"	Analítico	Validação do MASA: The Mann Assessment of Swallowing Ability(2002)	128 Doentes com AVC	Compara avaliação clínica de disfagia realizada por terapeuta da fala com avaliação instrumental por videofluoscopia	O MASA avalia 24 itens de funções oromotoras e sensoriais. Cada uma é medida com uma escala de pontos e cria uma avaliação final numérica. Acresce uma escala subjectiva de risco (ORR-ordinal risk rating) que reflecte a opinião do terapeuta sobre o risco de aspiração.	O MASA é um instrumento válido e fiável na avaliação da disfagia em doentes com AVC.	Avaliação subjectiva, complexa, baseada na experiência do avaliador. As consistências de testagem não se encontram definidas. Apenas validado para AVC NE= C

(Perry, 2001) Reino Unido Screening swallowing function of patients with acute stroke: II, detailed evaluation of the tool used by nurses.	Exploratório	Avaliar o teste de triagem de disfagia Standardized Swallowing Assessment (SSA) descrito por Ellul e tal, 1993.	200 Doentes com AVC	Implementado programa de formação para enfermeiros. Depois testado o SSA na confiabilidade inter-observadores	Consciência, equilíbrio sentado, controlo da cabeça, tosse, controlo da saliva, mobilidade externa da língua, função respiratória, qualidade da voz, ingestão de água por colher e por copo. Se o doente falhar nalgum item é referenciado para terapeuta da fala.	A concordância entre observadores foi muito boa. É discutido que itens podem não ser incluídos	É triagem para terapeuta da fala. Apenas testa consistência líquida. Não compara com outro tipo de avaliação. NE= C
(Daniels, McAdam, Braley, & Foundas, 1997) USA Clinical Assessment of Swallowing and Prediction of Dysphagia Severity	Analítico	Avaliar o resultado do uso de um sistema de triagem de disfagia em doentes com AVC na fase aguda	56 doentes na fase aguda de AVC	Comparação entre resultados de 2 grupos de doentes. Os doentes que realização videofluoroscopia foram referenciados pelo instrumento de triagem de disfagia.	Avaliação de pneumonia e estado nutricional na alta. Diferentes volumes de água, elevação laríngea, qualidade da voz, tosse e disartria. Mais que 2 itens alterados predizem disfagia severa.	O uso desta triagem clínica pode objectivamente identificar doentes na fase aguda de AVC que não necessitam de outros estudos diagnósticos	É instrumento de triagem para videofluoroscopia. Apenas testa com uma consistência. Apenas em doentes de fase aguda de AVC. NE= C
(DePippo, Holas, & Reding, 1994) The Burke Dysphagia Screening Test: validation of its use in patients with Stroke	Analítico	Validar um teste de triagem de disfagia :The Burke Dysphagia Screening Test (BDST)	131 Indivíduos com AVC na fase de reabilitação	Comparação da avaliação com teste de Burke e morbilidade desenvolvida ( pneumonia, obstrução das vias aéreas ou morte)	Ingestão de água Tosse Tempo á refeição prolongado	Identificou 11 em 12 doentes que desenvolveram pneumonia, obstrução das vias aéreas ou morte. Pode ser válido para identificar doentes em risco.	Reduzido nº de itens de avaliação clínica, só testa uma consistência. NE= C
(Ellul, Barer, & Group, 1993) Detection and management of dysphagia in patients with acute stroke	Analítico	Validação do teste: Standardized Swallowing Assessment (SSA)	Em 1993 -156 doentes na fase aguda de AVC. Em 1997 – 8 observadores e 9 doentes	Em 1993 calculada a validade preditiva do SSA. Em 1997 calculada a confiabilidade inter observadores. Programa de formação teórica de	Consciência, controlo postural, tosse, controlo da saliva, qualidade da voz e da respiração, capacidade de beber água em diferentes	Sensibilidade, especificidade e confiabilidade elevadas, quando SSA usado por enfermeiros.	Limitações no desenho e investigação e selecção da amostra detectadas. É triagem. Só testa uma consistência. Tem sido muito

(Ellul, Barer, & Fall, 1997) Improving detection and management of swallowing problems in acute stroke: a multi-center study				1 dia e formação prática.	quantidades		usado em diferentes contextos, até à actualidade. NE=C
(DePippo, Holas, & Reding, 1992) Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke.	Analítico	Validar um teste de triagem de disfagia "3-oz water test"	44 Doentes com AVC na fase de reabilitação com sinais de disfagia	Ingestão contínua de 3 oz (90 cc) de água. Diagnosticados positivos os que apresentaram sinais de engasgamento ou tosse durante ou até 1 minuto após. Comparação com videofluoroscopia	Tosse ou engasgamento	O teste apresenta boa sensibilidade e especificidade para diagnóstico de disfagia	Testado em doentes com sinais de disfagia. Avalia poucos itens e só uma consistência. Apenas a doentes com AVC. NE=C

## 5 - Discussão

Limitações desta revisão – tentámos minimizar o viés amostral pela pesquisa em diferentes bases de dados e em várias línguas, assim como pela pesquisa na literatura cinzenta. No entanto, dificuldades na obtenção de alguns artigos e a forma incompleta e heterogénea de outros pode significar que não conseguimos obter todos os dados relevantes para o nosso estudo.

É difícil comparar resultados entre os diferentes testes e protocolos analisados devido à grande variedade de objectivos e critérios utilizados.

A maioria da literatura foca-se na identificação de aspiração ou do seu risco.

A população mais estudada é composta por doentes com AVC.

A exactidão dos testes é habitualmente procurada de duas formas: por comparação com um exame instrumental ou por comparação com alterações no estado de saúde (taxas de pneumonia, demora média de internamento)

A maioria dos testes e protocolos analisados sobrepõem os itens de avaliação, independentemente de serem desenhados para uma determinada patologia ou destinado a uso genérico. Quase todos envolvem a avaliação da qualidade da deglutição de água mas as quantidades, as consistências, os tempos e a sequência desta avaliação são muito variáveis. Apesar destas diferenças, quase todos os testes procuram observar os mesmos sinais de dificuldade, sejam eles alterações na qualidade da voz, na respiração ou sinais de engasgamento.

A maioria dos testes, apesar de referirem o propósito da avaliação da disfagia, apresentam-se como triagem e a única decisão para que remetem é a referenciação a terapeutas da fala.

## 6 - Conclusão

A maioria da literatura foca-se na identificação de aspiração ou do seu risco.

A população mais estudada é composta por doentes com AVC.

A confiabilidade dos testes é habitualmente procurada de duas formas: por comparação com um exame instrumental ou por comparação com alterações no estado de saúde.

A maioria dos testes e protocolos analisados sobrepõem os itens de avaliação, independentemente de serem desenhados para uma determinada patologia ou destinado a uso genérico.

Contextos de saúde muito diferentes do Português, grande diversidade de populações estudadas, bem como distintos objectivos e metodologias de análise, dificultam a extrapolação de resultados. Como tal, concluiu-se não haver consenso nem na metodologia mais adequada nem nos itens a incluir para avaliação da capacidade de deglutição.

A maioria dos testes analisados podem ser utilizados por enfermeiros

## 7 - Referências Bibliográficas

Antonios, N., Carnaby-Mann, G., Crary, M., Miller, L., Hubbard, H., Hood, K., et al. (2012 Janeiro). Analysis of a Physician Tool for Evaluating Dysphagia on a inpatient Stroke Unit: The Modified Mann Assessment of Swallowing Ability. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* , 19 (1), pp. 49-57.

Cardoso, A. T., Rainho, J. M., Quitério, P. C., Cruz, V., Magano, A. M., & Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC-revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência* , III (5), 135-143.

Carnaby-Mann, G., & Lenius, K. (2008). The bedside examination in dysphagia. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* , 19, pp. 747-768.

- Cichero, J., Heaton, S., & Bassett, L. (2009). Triaging dysphagia: nurse screening for dysphagia in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing* (18), 1649-1659.
- Cohen, A. K. (2008). *MGH-Swallow Screening Tool Validation and Implementation in acute neuro patients*. Acedido 2012, 10-jul de [www.docstoc.com](http://www.docstoc.com): [http://www.docstoc.com/docs/21656737/MGH--Swallow-Screening-Tool-\(MGH-SST\)-Validation-and#](http://www.docstoc.com/docs/21656737/MGH--Swallow-Screening-Tool-(MGH-SST)-Validation-and#)
- Courtney, A., & Flier, A. (2009 fevereiro). RN Dysphagia Screening, a Stepwise Approach. *Journal of Neuroscience Nursing* , 41 (1), pp. 28-38.
- Daniels, S., McAdam, C., Braley, K., & Foundas, A. (Novembro de 1997). Clinical Assessment of Swallowing and Prediction of Dysphagia Severity. *AMJ Speech Lang Path* (6), pp. 17-24.
- DePippo, K., Holas, M., & Reding, M. (1994). The Burke Dysphagia Screening Test: validation of its use in patients with Stroke. *Arch. Phys. Med. Rehabilitation* (75), 1284-1286.
- DePippo, K., Holas, M., & Reding, M. (1992). Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Archives of Neurology* (49), pp. 1259-1261.
- DGS -Normas clínicas e Graus de Recomendação e Níveis de Evidencia. (2012). *Ministério da Saude Portugal*. Acedido em 2012, 6-junho de Direcção Geral de Saude: <http://www.dgs.pt/>
- Dias, M. O. (2008). *Manual de Sugestões para Estudantes: Estudar e fazer trabalhos académicos com método* (1ª edição ed.). Viseu, Portugal: Psicosoma.
- Edmiaston, J., Connor, L., Loehr, L., & Nassief, A. (2010). Validation of a Dysphagia Screening Tool in Acute Stroke Patients. *American journal of Critical Care* , 19 (4), 357-364.
- Ellul, J., Barer, D., & Group, N. W. (1993). Detection and management of dysphagia in patients with acute stroke. *Age and Ageing* (22), p. Suppl 2.
- Ellul, J., Barere, D., & Fall, S. (1997). Improving detection and management of swallowing problems in acute stroke: a multi-center study. *Cerebrovascular diseases* , 7 (18), Suppl.4.
- Head, K. (2012, 16-Mai). *The Design and Evaluation of a Valid Dysphagia Screening Tool for Acute Stroke Patients*. Acedido em 2012, 10-Jun de Research Repository, University of Glamorgan: <http://dspace1.isd.glam.ac.uk/dspace/handle/10265/564>
- Higgins, J. P., & Green, S. (2009). *Cochrane handbook for systematic reviews os interventions: version 5.0.2*. Acedido em 2012, 8-outubro de [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org)
- Ickenstein, G., Riecker, A., Hohlig, C., Muller, R., Becker, U., Reichmann, H., et al. (2010). Pneumonia and in-hospital mortality in the context of neurogenic oropharyngeal dysphagia (NOD) in stroke and a new NOD step-wise concept. *Journal of Neurology* (257), pp. 1492-1499.
- Logemann, J. (1998 Nov). *Swallowing physiology and pathophysiology*. Acedido em 2012, 10-jun de Otolaryngologic Clinics of North America: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list\\_uids=3054716](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list_uids=3054716)
- Maccarini, A. R., Filippini, A., Padovani, D., Limarzi, M., Loffredo, M., & Casolino, D. (2007). Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* , 27 (6), 299-305.
- Mann, G. (2002). *MASA: The Mann Assessement of Swalloing Ability*. USA: Cengage Learning.
- Marques, C., André, C., & Rosso, A. (2008 July-August). Bedside Assessment of Swallowing in stroke: Water Tests are Not Enough. *Topics in Stroke Rehabilitation* .
- Marques, C., André, C., & Rosso, A. (2008). Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre método de avaliação. *Acta Fisiatria* (15), pp. 106-110.
- Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D., et al. (2008). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) : Development and Validation of a Dysphagia Screening Tool for Patients With Stroke. *STROKE* (40), 555-561.

- Massey, R., & Jedlicka, D. (2002). The Massey bedside swallowing screen. *Journal of Neuroscience Nursing*. (34), pp. 252-260.
- Momosaki, R., Abo, M., Kakuda, W., & Kobayashi, K. (2012). Applicability of the Two-Step Thickened Water Test in patients with poststroke dysphagia: A novel assessment tool for paste food aspiration. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, pp. 1-5.
- Murray, J., Milich, A., & Ormerod, D. (2011). Screening for dysphagia. *Australian Nursing Journal*, 18 (11), 44-46.
- Perry, L. (2001). Screening swallowing function of patients with acute stroke: II, detailed evaluation of the tool used by nurses. *Journal of Clinical Nursing* (10), pp. 474-481.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise - Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. (Formasau, Ed.) Coimbra, Portugal: Formasau.
- Ramsey, D. J., Smithard, D. G., & Kalra, L. (2003). *Early Assessments of Dysphagia and Aspiration Risk in Acute Stroke Patients*. King's College, Department of Stroke Medicine. Londres: American Stroke Association.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010 junho). *SIGN Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. a national clinical guideline 119*. Acedido em 2012, 7-junho de Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign119.pdf>
- Steele, C., Molfender, S., Bailey, G., Polacco, R., Waito, A., Zoratto, D., et al. (2011). Exploration of the utility of a brief swallow screening protocol with comparison to concurrent videofluoroscopy. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 35 (3).
- Steele, C., Molfender, S., Bailey, G., Polacco, R., Waito, A., Zoratto, D., et al. (2011). Exploration of the utility of a brief swallow screening protocol with comparison to concurrent videofluoroscopy. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 35 (3).
- Sydney South West Area Health Service. (2008 May). Swallowing Difficulties: identification and Management of Adults with Suspected Swallowing Difficulties. Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA. *Policy Directive n° SSW-PD2008-26*. Austrália.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., et al. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. *STROKE* (38), 2948-2952.
- Wilkinson, A. H., Burns, S. L., & Witham, M. D. (2012 23-Março). Aspiration in older patients without stroke: a systematic review of bedside diagnostic tests and predictors of pneumonia. *European Geriatric Medicine*, pp. 145-152.
- Wu, M., Chang, Y., Wang, T., & Lin, L. (2004). Evaluating Swallowing Dysfunction Using a 100 ml Water Swallowing Test. *Dysphagia*, 19, pp. 43-47.
- Zhou, Z., Salle, J., Daviet, J., Stuit, A., & Nguyen, C. (2011 setembro). Combined approach in bedside assessment of aspiration risk post stroke: PASS. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 47 (3), pp. 441-446.

## **Anexo II - Questionário de Diagnóstico da Situação**



## Anexo II - Questionário de Diagnóstico da Situação

### Exemplar do Questionário:

Exmo. Colega Enfermeiro/a

Com o objectivo de recolher informação de suporte a trabalho académico no âmbito do curso de especialização em Enfermagem Comunitária, solicito a sua colaboração através da resposta ao questionário abaixo sobre “avaliação da capacidade de deglutição”.

Estima-se que o tempo necessário para a resposta seja de 5 minutos.

Toda a informação obtida é confidencial e será tratada como tal.

Em nenhuma parte das respostas será necessária a sua identificação.

Solicito que as suas respostas traduzam a sua efectiva experiência sobre a temática.

Muito agradecida pela sua disponibilidade

Atenciosamente *Alexandra Carvalhal*

Pergunta	Resposta
1- Há quanto tempo exerce enfermagem?	≤ 1 ano > 1 ≤ 5 anos > 5 ≤ 10 anos > 10 ≤ 15 anos > 15 ≤ 20 anos > 20 anos
2- Em que instituição de ensino fez a formação base (licenciatura, bacharelato, curso geral)?	R:
3- Durante a formação base em enfermagem qual foi a metodologia ensinada para avaliar a capacidade de deglutição?	Não foi abordada esta temática <input type="checkbox"/> Teste da deglutição de água <input type="checkbox"/> Teste da deglutição de saliva <input type="checkbox"/> Teste dos “ 4 dedos” <input type="checkbox"/> Outro teste padronizado <input type="checkbox"/> Qual?
4- No decurso do seu exercício profissional adquiriu outras competências para avaliar a capacidade e deglutição ?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
5- Em que âmbito?	Não adquiri outras competências <input type="checkbox"/> Formação em serviço <input type="checkbox"/> Curso de especialização Enf. <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Qual?
6- Em que consistiram essas competências?	Não adquiri outras competências <input type="checkbox"/> Teste da deglutição de água <input type="checkbox"/> Teste da deglutição de saliva <input type="checkbox"/> Teste dos “ 4 dedos” <input type="checkbox"/> Outro teste padronizado <input type="checkbox"/> Qual?
7- No seu contexto profissional actual quando avalia a capacidade de deglutição das pessoas sob o seu cuidado?	Não avalio <input type="checkbox"/> No 1º contacto <input type="checkbox"/> Antes da alimentação <input type="checkbox"/> Antes da administração de medicação per-os <input type="checkbox"/> Em presença de sinais de engasgamento <input type="checkbox"/>
8- No seu contexto profissional actual assiste pessoas em risco de aspiração por alterações da capacidade de deglutição?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/>
9- No decurso do seu exercício profissional presenciou situações de aspiração de alimentos ou medicação onde foi necessária intervenção imediata para a sua resolução?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
10- No decurso do seu exercício profissional presenciou situações de aspiração de alimentos ou medicação que tiveram como consequência o óbito?	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>

Os objectivos do questionário construído foram:

- Caracterizar a equipa de enfermagem;
- Conhecer as suas competências na avaliação da capacidade de deglutição e em que âmbito foram adquiridas;
- Conhecer a sua prática na avaliação da capacidade de deglutição;
- Conhecer a sua experiência com situações de urgência por aspiração e ou asfixia.

A metodologia adoptada consistiu na elaboração de questionário, composto por 10 perguntas de resposta fechada.

Os questionários foram distribuídos em reunião de serviço na 1ª semana de Maio de 2012 e foram devolvidos até dia 12 do mesmo mês.

Foram tratados através de testes estatísticos descritivos.

Depois de analisados os questionários, os principais resultados podem ser resumidamente apresentados e discutidos da forma seguinte:

- Obteve-se uma taxa de resposta de 87%. Os questionários não respondidos corresponderam a licença de férias e de licença de maternidade;
- A equipa de enfermagem é constituída por elementos com diferente experiência profissional, sendo que 38% possui mais de 20 anos de exercício, apenas 1 elemento possui entre 1 e 5 anos e os restantes dividem-se pelos intervalos  $> 5 \leq 10$  anos e  $> 10 \leq 15$  anos;
- 46% dos enfermeiros concluiu a sua formação base em enfermagem em escolas de Lisboa, 30% na escola de Faro e os restantes noutras cidades;
- 46% dos enfermeiros referiu que não foi abordada a temática da avaliação da capacidade de deglutição durante a sua formação de base, 46% referiu que a metodologia ensinada foi o teste de deglutição de água e 8% o teste da deglutição de saliva. Não foram referidas outras metodologias;
- 70% dos enfermeiros não adquiriu competências para a avaliação da capacidade de deglutição no decorrer do seu exercício profissional;
- Dos 30% que adquiriu competências na área foi a nível da Formação em Serviço; destes, 75% referiu como metodologia ensinada o teste da água e 25% o teste da saliva;
- No âmbito do exercício profissional actual 23% dos enfermeiros não avalia a capacidade de deglutição, 30% refere avaliar a capacidade de deglutição no 1º contacto com o utente, 38% antes da alimentação e 8% em presença de engasgamento; antes da administração de terapêutica per-os não foi referido;
- 23% dos enfermeiros, no seu contexto profissional actual, considera que não assiste pessoas em risco de aspiração por alterações da capacidade de deglutição e 77% considera que assiste;
- 38% dos enfermeiros referiu que no decurso do seu exercício profissional presenciou situações de aspiração de alimentos ou medicação onde foi necessária intervenção imediata para a sua resolução;

- 8% referiu que no decurso do seu exercício profissional presenciou situações de aspiração de alimentos ou medicação que tiveram como consequência o óbito.

Podemos concluir que os dados do questionário são representativos dos enfermeiros que compõem a UCC. A equipa constituída por estes elementos é experiente mas não desenvolveu competências na avaliação da capacidade de deglutição. No entanto a maioria afirma avaliar essa capacidade.

Grande parte dos enfermeiros já presenciou situações de aspiração de alimentos ou medicação onde foi necessária intervenção imediata para a sua resolução e também já foram presenciadas situações que tiveram como consequência o óbito.

Da aplicação deste questionário aos enfermeiros da UCC Gentes de Loulé concluímos que a proposta de intervenção na formação da equipa era pertinente.



### **Anexo III - Questionário na World Wide Web**



## Anexo III - Questionário na World Wide Web

Com o objectivo de verificar se o diagnóstico de situação efectuado com o questionário aos enfermeiros da UCC não podia apenas traduzir uma situação particular e de forma a permitir sustentar, de forma mais abrangente, a pertinência da temática de intervenção, o mesmo questionário foi colocado na World Wide Web, a 14 de Outubro de 2012, através do site da surveymonkey.

O link foi enviado a enfermeiros por email e igualmente colocado no facebook em páginas de grupos de enfermeiros, assim como foi criada uma entrada no "Fórum enfermagem" a solicitar colaboração de colegas. Esteve disponível até 14 de Novembro de 2012.

Abaixo o texto de divulgação:

**Avaliação da capacidade de deglutição**  
« em: Outubro 15, 2012, 08:25:59 am » Citar

---

Exmo. Colega Enfermeiro/a

Com o objectivo de recolher informação de suporte a trabalho académico no âmbito do curso de especialização em Enfermagem Comunitária, solicito a sua colaboração através da resposta ao questionário abaixo sobre "avaliação da capacidade de deglutição".  
Estima-se que o tempo necessário para a resposta seja inferior a 2 minutos.  
Toda a informação obtida é confidencial e será tratada como tal.  
Em nenhuma parte das respostas será necessária a sua identificação.  
Solicito que as suas respostas traduzam a sua efectiva experiência sobre a temática.

Muito agradecida pela sua disponibilidade

Atenciosamente

Alexandra Carvalhal

<http://www.surveymonkey.com/s/69DFDZB>

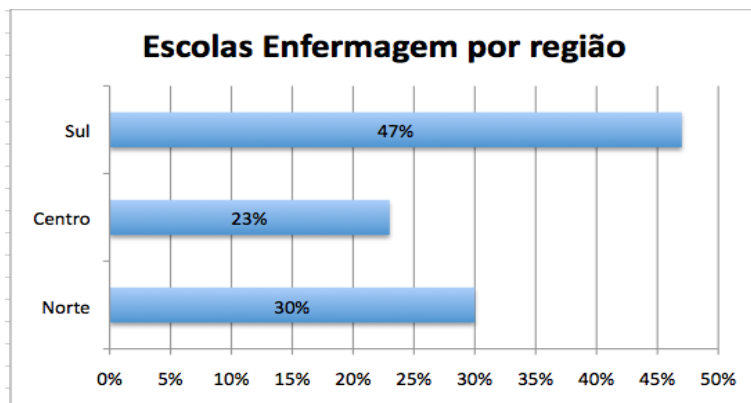
Obtivemos 218 respostas de enfermeiros que foram tratados através de testes estatísticos descritivos do próprio site. Os resultados podem ser consultados a seguir.

### Avaliação da Capacidade de Deglutição



Há quanto tempo exerce enfermagem?		Response Percent	Response Count
≤ 1 ano		14,7%	32
> 1 ≤ 5 anos		25,2%	55
> 5 ≤ 10 anos		18,8%	41
> 10 ≤ 15 anos		9,6%	21
> 15 ≤ 20 anos		14,2%	31
> 20 anos		17,4%	38
answered question			218
skipped question			0

Os respondentes foram agrupados por regiões do país de acordo com as escolas onde foi obtida a formação base em enfermagem. Essa distribuição é a que consta no gráfico abaixo.



### Avaliação da Capacidade de Deglutição



**Durante a formação base em enfermagem qual foi a metodologia ensinada para avaliar a capacidade de deglutição?**

		Response Percent	Response Count
Não foi abordada esta temática		53,7%	117
Teste da deglutição de água		35,3%	77
Teste da deglutição de saliva		8,7%	19
Teste dos " 4 dedos"		0,5%	1
Outro teste padronizado		1,8%	4
	Qual (especifique)		4
		<b>answered question</b>	<b>218</b>
		<b>skipped question</b>	<b>0</b>

### Avaliação da Capacidade de Deglutição



**No decurso do seu exercício profissional adquiriu outras competências para avaliar a capacidade e deglutição ?**

		Response Percent	Response Count
Sim		41,7%	91
Não		58,3%	127
		<b>answered question</b>	<b>218</b>
		<b>skipped question</b>	<b>0</b>

## Avaliação da Capacidade de Deglutição



Em que âmbito?			
		Response Percent	Response Count
Não adquiri outras competências		59,4%	111
Formação em serviço		35,8%	67
Curso de especialização Enf.		4,8%	9
	Outro (especifique)		19
		<b>answered question</b>	<b>187</b>
		<b>skipped question</b>	<b>31</b>

## Avaliação da Capacidade de Deglutição



Em que consistiram essas competências?			
		Response Percent	Response Count
Não adquiri outras competências		56,9%	124
Teste da deglutição de água		23,9%	52
Teste da deglutição de saliva		9,6%	21
Teste dos " 4 dedos"		3,7%	8
Outro teste padronizado		6,0%	13
	Qual (especifique)		11
		<b>answered question</b>	<b>218</b>
		<b>skipped question</b>	<b>0</b>

## Avaliação da Capacidade de Deglutição



No seu contexto profissional actual quando avalia a capacidade de deglutição das pessoas sob o seu cuidado?			
		Response Percent	Response Count
Não avalio		16,1%	35
No 1º contacto		36,2%	79
Antes da alimentação		25,2%	55
Antes da administração de medicação per-os		4,1%	9
Em presença de sinais de engasgamento		18,3%	40
		<b>answered question</b>	<b>218</b>
		<b>skipped question</b>	<b>0</b>

### Avaliação da Capacidade de Deglutição



No seu contexto profissional actual assiste pessoas em risco de aspiração por alterações da capacidade de deglutição?

		Response Percent	Response Count
Não		23,4%	51
Sim		75,7%	165
Não sei		0,9%	2
answered question			218
skipped question			0

### Avaliação da Capacidade de Deglutição



No decurso do seu exercício profissional presenciou situações de aspiração de alimentos ou medicação onde foi necessária intervenção imediata para a sua resolução?

		Response Percent	Response Count
Não		22,9%	50
Sim		77,1%	168
answered question			218
skipped question			0

### Avaliação da Capacidade de Deglutição



No decurso do seu exercício profissional presenciou situações de aspiração de alimentos ou medicação que tiveram como consequência o óbito?

		Response Percent	Response Count
Não		76,1%	166
Sim		23,9%	52
answered question			218
skipped question			0

## **Anexo IV – Estudos Epidemiológicos**

***1º Estudo – Diagnóstico***

***2º Estudo – Avaliação***



## Anexo IV – Estudos Epidemiológicos

### 1º Estudo – Diagnóstico

Para aferir da pertinência da temática da intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição e permitir fazer um diagnóstico de enfermagem baseado em evidência, foi elaborado um estudo epidemiológico descritivo na população assistida pela ECCI, com os objectivos:

- Identificar a população em risco para complicações associadas a alterações da capacidade de deglutição;
- Conhecer a prevalência de alterações da capacidade de deglutição diagnosticada;
- Conhecer as intervenções planeadas tendentes a diminuir e controlar o risco de complicações associadas a deglutição comprometida;
- Conhecer a frequência de registo das intervenções de enfermagem relacionadas com a capacidade de deglutição da população em risco.

Os principais passos metodológicos adoptados consistiram:

- Recolha de informação em todas as fontes disponíveis: SAPE, Gestcare, processo clínico em papel, notas de alta e transferência, exames complementares, registos de enfermagem ou de outros profissionais de saúde não enfermeiros;
- Construção de base de dados no programa informático Excel onde foi feito o registo directo da informação recolhida;
- O espaço temporal da pesquisa dos dados compreendeu o intervalo entre dia 11 e 16 de Maio;
- A amostra coincidiu com a população de utentes em assistência pela ECCI naquele período;
- Os dados foram tratados através de testes estatísticos descritivos;
- As variáveis pesquisadas incluíram os dados de morbilidade identificados na literatura como principais antecedentes de risco para alterações na capacidade de deglutição e foram: a idade, AVC com menos de 1 semana de evolução, AVC entre 1 semana e 1 mês de evolução, AVC entre 1 mês e 6 meses, AVC entre 6 meses e 1 ano, AVC com mais de 1 ano de evolução, doença de Alzheimer ou outras demências, doença de Parkinson, outras doenças neurológicas que constituem factor de risco para alterações da deglutição (ex: artrite reumatóide, tetraplegia, esclerose múltipla...), doenças oncológicas da cabeça, boca, pescoço, esófago e vias respiratórias, radioterapia da cabeça, boca, pescoço, esófago e vias respiratórias, traqueostomia actual ou encerrada, sonda nasogástrica actual (SNG), gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) actual, trauma ou cirurgia da cabeça, boca, pescoço, esófago e vias respiratórias, desnutrição e desidratação, infecções respiratórias frequentes ( pelo menos 2 episódios em 6 meses);
- Outras variáveis pesquisadas incluíram o registo de avaliação e/ou alteração da capacidade de deglutição, fonte onde foi efectuado o último registo da avaliação e/ou alteração da capacidade de deglutição, por quem foi efectuado esse registo, Katz da alimentação, registo de adaptação de dieta. Foi igualmente registado o sexo dos indivíduos para efeitos de caracterização da população.

De seguida apresentam-se os principais resultados:

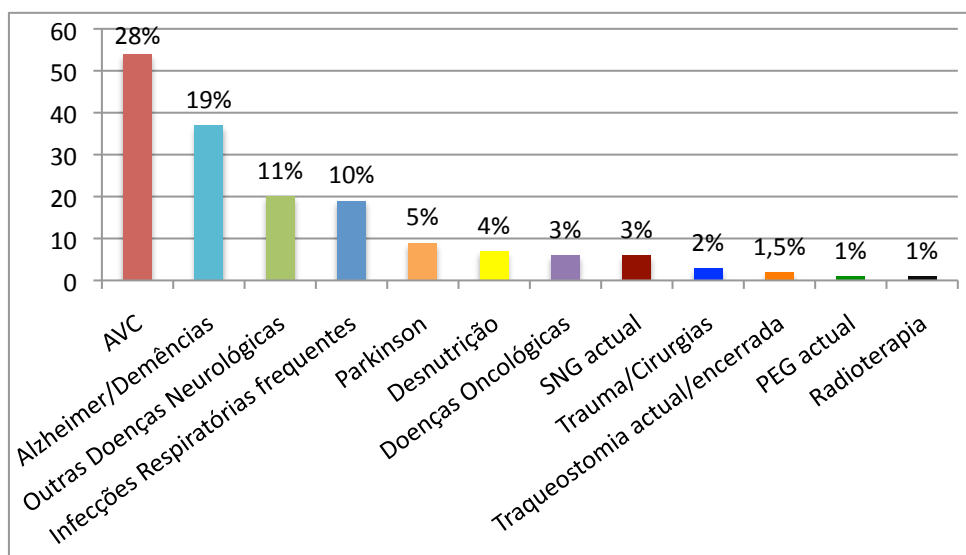
- Foram avaliados os registos existentes de 191 indivíduos, sendo 62% do sexo feminino e 38% do masculino, o que está de acordo com os dados do Perfil da Saúde do Algarve (ARS Algarve, IP, 2011) que reconhece a maior longevidade da população feminina associada a maior morbilidade;
- A prevalência de indivíduos na população com idade superior ou igual a 70 anos foi de 87% com uma média de idades de 82 anos; nesta distribuição os outliers identificados foram 30 anos e 101 anos (Tabela 1);

<b>Tab 1: Dados demográficos</b>		
n	191	100%
Femininos	119	62%
Masculinos	72	38%
média idades	82 anos	
idade ≥ 70anos	166	87%
outliers	30 e 101 anos	

- A prevalência de antecedentes de risco para alterações na capacidade de deglutição global foi de 174%, incluindo o factor de risco “idade igual ou superior a 70 anos.” Esta taxa indica que diversos indivíduos possuem mais que um factor de risco para alterações da capacidade de deglutição (Tabela 2);
- Calculada a prevalência de antecedentes de risco para alterações na capacidade de deglutição, excluindo o factor de risco “idade” por ser considerado variável de confundimento dado que 87% da população se encontra neste escalão etário, foi encontrada a prevalência de 86% da população em risco para alterações da capacidade de deglutição (Tabela 2);

<b>Tab 2: Antecedentes de Risco para Alterações da Capacidade de Deglutição</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
AVC	54	28%
Alzheimer/Demências	37	19%
Parkinson	9	5%
Outras Doenças Neurológicas	20	11%
Doenças Oncológicas	6	3%
Radioterapia	1	1%
Traqueostomia actual/encerrada	2	1%
SNG actual	6	3%
PEG actual	1	1%
Trauma/Cirurgias	3	2%
Desnutrição	7	4%
Infecções Respiratórias frequentes	19	10%
<b>Total</b>	<b>165</b>	<b>86%</b>
idade ≥ 70anos	<b>166</b>	<b>87%</b>
<b>Total</b>	<b>331</b>	<b>174%</b>

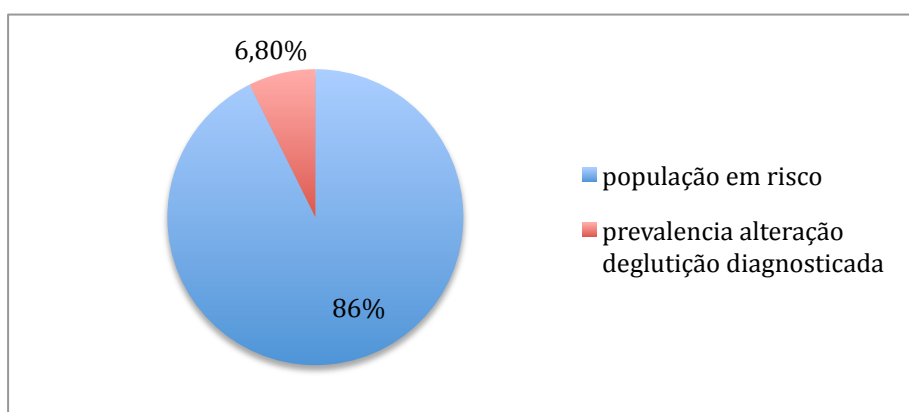
- A distribuição das frequências dos factores de risco identificados, excluindo a idade superior ou igual a 70 anos, foi a apresentada no gráfico seguintes;



- A taxa de prevalência de alterações da capacidade de deglutição registada/diagnosticada na população em estudo foi de 6,8% (Tabela 3);

Tab. 3: Registos Alteração da Capacidade Deglutição		
Variáveis	n	%
Com registo	13	6,80%
Nota alta	3	23%
Sape ECCI	6	46%
Gestcare	4	31%
Outro	0	0%
Registo avaliação sem alt. deglutição	0	0%
Enfermeiro	11	85%
Médico	2	15%
Outro prof. Saúde	0	0%

- Esta prevalência é baixa dada a prevalência de factores de risco identificada na população (86%);
- No gráfico abaixo verificamos a relação entre a prevalência de alterações da capacidade da deglutição diagnosticada (6,8%) e a prevalência da população em risco para alterações da capacidade de deglutição (86%);



- Não foram encontrados registos de enfermagem ou de outros profissionais de saúde de avaliação da capacidade de deglutição a indivíduos sem diagnóstico de alterações da capacidade de deglutição;
- O registo de alterações da capacidade de deglutição foi encontrado maioritariamente no SAPE da UCC (46%), em 31% no Gestcare e em 23% em notas de alta ou transferência;
- O registo da alterações da capacidade de deglutição foi efectuado por enfermeiros em 85% e 15% efectuados por médicos;
- A frequência de registos de intervenções relacionadas com a capacidade de deglutição da população em risco foi de 6,3%, verificando-se que é inferior á taxa de prevalência de alterações da capacidade de deglutição calculada,(6,8%);
- Estas intervenções foram de 2 tipos: modificações na dieta e posicionamento (Tabela 4);

<b>Tab 4: Intervenções</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dietas Modificadas	11	5,70%
Outras (posicionamento)	1	0,50%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>6,30%</b>

- Verificou-se que 25% dos registos de intervenções tendentes à redução ou controlo do risco não correspondem ao registo das alterações deglutição, isto é, verificámos que existem registos de intervenções em indivíduos sem registo de diagnóstico de alteração da capacidade de deglutição;
- Das intervenções registadas tendentes à redução ou controlo do risco do tipo modificação na dieta, 91% foram de enfermeiros e 9% de médicos;
- Das intervenções registadas tendentes à redução ou controlo do risco do tipo posicionamentos 100% foi de fisioterapeuta (1 registo);
- Quanto á dependência na alimentação traduzida pelo parâmetro “ alimentação” do índice de Katz, pela mesma razão do factor de risco” idade” não foi incluído para cálculo da prevalência de antecedentes de risco para alterações na capacidade de deglutição na população em estudo. Contudo, por ser identificado na literatura por vários autores (Cavalcanti, 2011) como directamente dependente para risco de aspiração, foi tratado independentemente; Isto é, quanto mais dependente o individuo é na alimentação, maior é o risco de aspiração;
- Verificamos que 42% da população apresenta índice de Katz de “0”, ou seja, é completamente dependente para as actividades da alimentação; 26% apresenta Katz de “1”, é parcialmente dependente e 32%, com Katz de “2” é independente nas actividades da alimentação (Tabela 5);

<b>Tab 5: Katz na Alimentação</b>		
<b>Grau Katz</b>	<b>n</b>	<b>% da pop.</b>
2	61	32%
1	50	26%
0	80	42%
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100%</b>

Podemos concluir que o estudo efectuado representa a população da ECCI no período. Esta população apresenta uma taxa de prevalência de alterações da capacidade da deglutição registada baixa, (6,8%), quando comparada com a elevada prevalência de factores de risco na população, (86%). Podemos inferir que aquela prevalência está subestimada, tanto mais que foram detectados problemas de não concordância nos registos.

Observamos que os enfermeiros são o grupo profissional que mais regista alterações da capacidade de deglutição e intervenções tendentes à redução ou controlo do risco . Estas intervenções são constituídas por modificação ou suspensão da dieta.

Não foram encontrados registos de enfermagem de outras intervenções tendentes a reduzir ou controlar o risco, como a capacitação do cuidador ou posicionamentos.

Não foram encontrados registos de enfermagem ou de outros profissionais de saúde de avaliação da capacidade de deglutição a indivíduos sem diagnóstico de alterações da capacidade de deglutição, o que pode revelar que o risco não é avaliado de forma sistemática apesar da prevalência elevada de antecedentes de risco na população.

Desta análise concluímos que a temática da intervenção de enfermagem na capacidade de deglutição é pertinente na ECCI.

## 2º Estudo – Avaliação e Comparação de Resultados

Foi realizado outro estudo epidemiológico descritivo, na população assistida pela ECCI, no período de 4 a 11 de Janeiro de 2013, seguindo a metodologia usada no 1º estudo epidemiológico, realizado em Maio de 2012, para diagnóstico da situação.

Aos objectivos anteriores foi acrescentada a comparação entre os resultados dos estudos.

Os principais resultados são apresentados e discutidos abaixo.

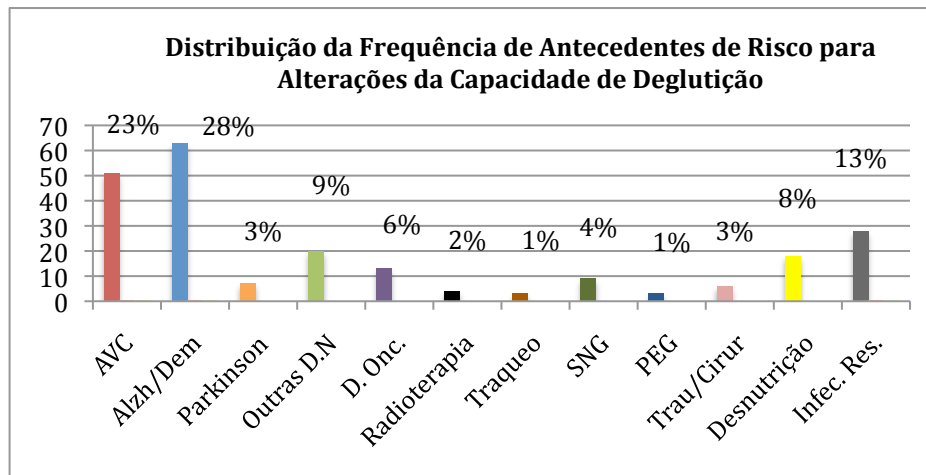
- Foram avaliados os registos existentes de 224 indivíduos, sendo 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Em comparação com estudo anterior, verificou-se agora maior equilíbrio na distribuição por sexos e aumento da população em estudo, mais 33 indivíduos;

<b>Tab 1: Dados demográficos</b>		
n	224	100%
Femininos	124	55%
Masculinos	100	45%
média idades	81 anos	
idade ≥ 70anos	196	88%
outliers	32 e 102 anos	

- A média de idades da população estudada em Janeiro foi de 81 anos, semelhante aos 82 anos da média de idades de Maio, sendo os outliers identificados agora de 32 e 102 anos;
- A prevalência de indivíduos na população com idade superior ou igual a 70 anos foi agora de 88%, semelhante a 87% em Maio;

Dados Demográficos		
Variáveis	Maio/12	Janeiro/13
n	191	224
Femininos	119	124
F %	62%	55%
Masculinos	72	100
M %	38%	45%
idade média	82 anos	81 anos
idade ≥ 70anos	87%	88%
outliers	30 e 101	32 e 102

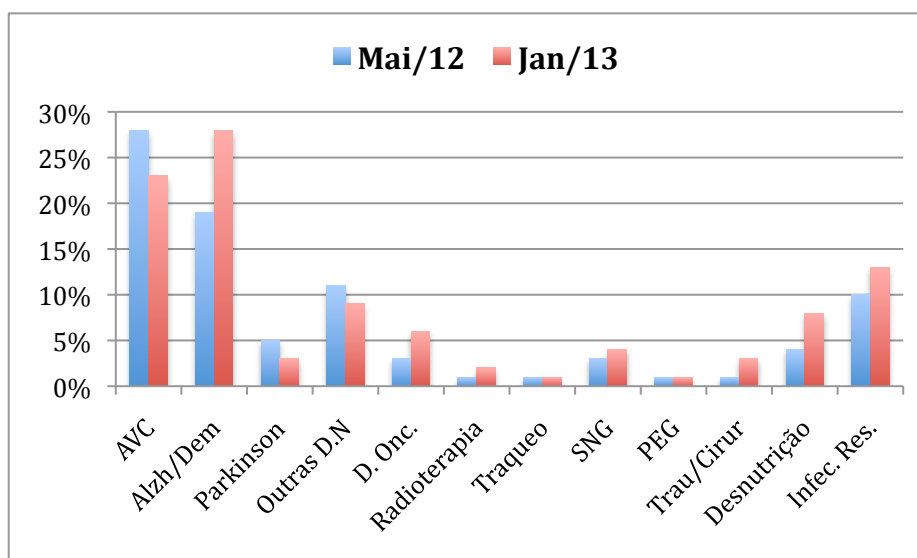
- A prevalência de antecedentes de risco para alterações da capacidade da deglutição global foi de 188%, incluindo o factor de risco “idade igual ou superior a 70 anos” e de 100% excluída esta variável. Esta taxa indica que muitos indivíduos apresentam mais que um daqueles factores de risco. A mesma evidência foi observada no estudo de Maio, (174%), sendo que esta prevalência é mais elevada em Janeiro;
- A distribuição das frequências dos factores de risco para alterações da capacidade de deglutição em Janeiro foi a apresentada abaixo



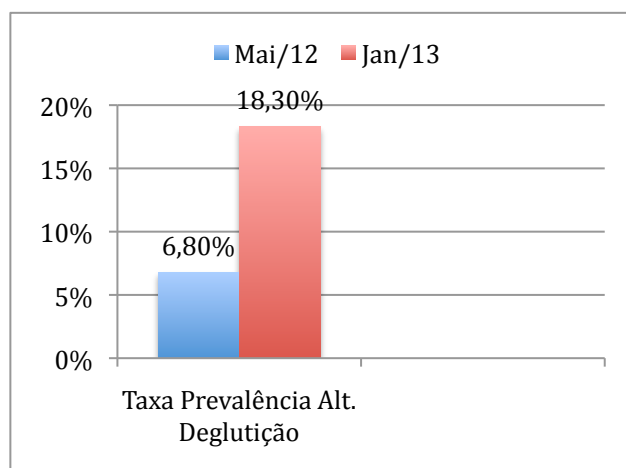
Distribuição da Frequência de Antecedentes de Risco para Alterações da Capacidade de Deglutição		
	n	%
AVC	51	23%
Alzheimer/Demências	63	28%
Parkinson	7	3%
Outras Doenças Neurológicas	20	9%
Doenças Oncológicas	13	6%
Radioterapia	4	2%
Traqueostomia actual/encerrada	3	1%
SNG actual	9	4%
PEG actual	3	1%
Trauma/Cirurgias	6	3%
Desnutrição	18	8%
Infecções Respiratórias frequentes	28	13%
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100%</b>
idade ≥ 70anos	<b>196</b>	<b>88%</b>
<b>Total</b>	<b>421</b>	<b>188%</b>

- A comparação entre a distribuição das frequências dos factores de risco identificados nos estudos de Maio e de Janeiro foi a apresentada na tabela e gráfico seguintes:

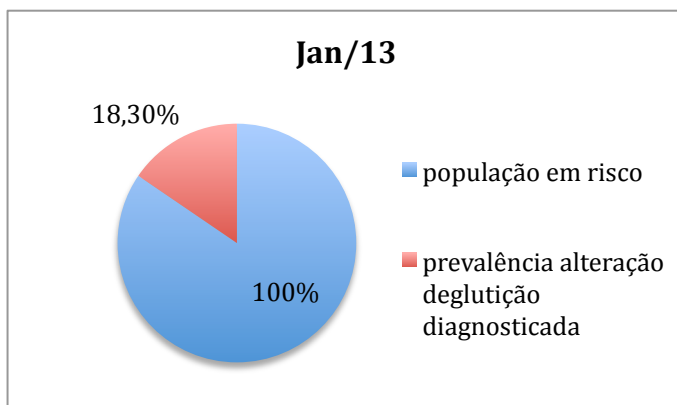
Antecedentes de Risco para Alterações da Capacidade de Deglutição	Maio/12	Janeiro/13
	%	%
AVC	28%	23%
Alzheimer/Demências	19%	28%
Parkinson	5%	3%
Outras Doenças Neurológicas	11%	9%
Doenças Oncológicas	3%	6%
Radioterapia	1%	2%
Traqueostomia actual/encerrada	1%	1%
SNG actual	3%	4%
PEG actual	1%	1%
Trauma/Cirurgias	1%	3%
Desnutrição/Desidratação	4%	8%
Infecções Respiratórias frequentes	10%	13%
<b>Total</b>	<b>86%</b>	<b>100%</b>
<hr/>		
idade ≥ 70anos	87%	88%
<b>Total</b>	<b>174%</b>	<b>188%</b>



- Podemos observar que os factores de risco mantêm a mesma ordem de prevalência nos dois estudos mas verificou-se que a prevalência mais elevada em Janeiro pertence aos antecedentes de doença de Alzheimer e outras Demências, ao contrário de Maio onde predominavam os antecedentes de AVC;
- Quanto à taxa de prevalência de alterações da capacidade de deglutição registada/diagnosticada na população em estudo, em Janeiro foi de 18,3% enquanto que em Maio a mesma prevalência foi de 6,8%. Registou-se, portanto, um aumento de 170% na frequência de registo/diagnóstico das alterações da capacidade de deglutição, com 11,5 pontos percentuais de diferença. No gráfico abaixo é representada essa variação:



- A relação entre a prevalência das alterações da capacidade de deglutição registadas/diagnosticadas (18,3%) e a prevalência da população em risco (100%) aproxima-se dos valores esperados, de acordo com as prevalências descritas na literatura e anteriormente apresentadas na tabela 1 deste trabalho. O gráfico abaixo representa esta relação:

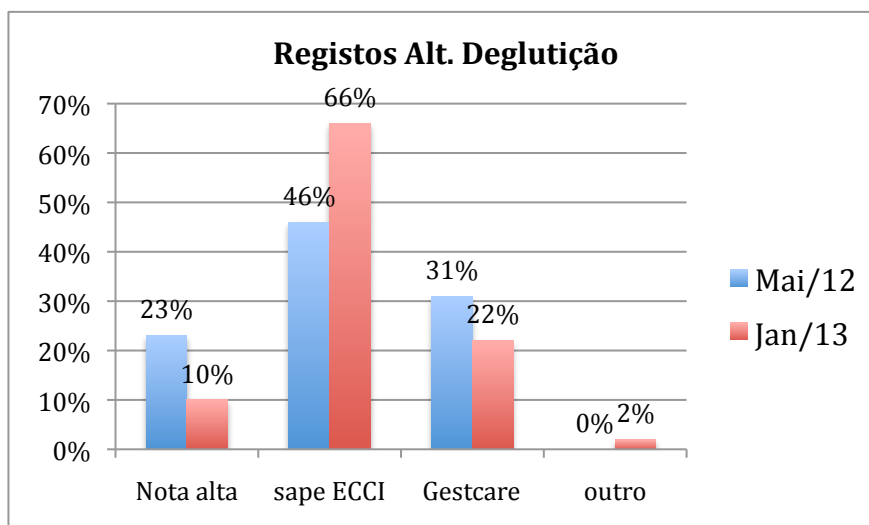


- O registo/diagnóstico de alterações da capacidade de deglutição foi encontrado maioritariamente no Sape da ECCI (66%), em 22% no Gestcare, 10% em Notas de Alta ou Transferência e 2% noutros registos (notas de fisioterapeuta da ECCI).

Registos Alt. Capacidade Deglutição		
Variáveis	n	%
Com registo	41	18,30%
Nota alta	4	10%
Sape ECCI	27	66%
Gestcare	9	22%
Outro	1	2%
Registo avaliação sem alt. deglutição	2	5%
Enfermeiro	34	83%
Médico	6	15%
Outro prof. Saúde	3	7%

Outro prof. Saúde	
Fisioterapeuta ECCI	1
Dietista UCCI	1
Ter. Fala UCCI	1

- Comparativamente ao estudo de Maio verificou-se aumento de registo/diagnóstico de alterações da deglutição no Sape da ECCI, o que corresponde a registo/diagnóstico de enfermagem. O gráfico abaixo representa essas relações:



- Assim, constatamos que se registou no Sape um aumento de registo/diagnóstico de 44% relativamente à mesma variável no estudo de Maio, com 20 pontos percentuais de diferença;
- A frequência de registos da alteração da deglutição foi efectuada por enfermeiros em 83%, em 15% por médicos e 7% por outros profissionais de saúde;
- No estudo de Janeiro foram encontrados 5% de registos de avaliação da capacidade de deglutição em indivíduos sem diagnóstico de alteração, o que pode revelar que o risco foi aferido de forma sistemática. Em Maio não foram encontrados registos deste tipo;
- Quanto ao registo de intervenções de enfermagem relacionadas com as alterações da deglutição da população em risco, observamos uma frequência de 37%. Em relação ao estudo de Maio que apresentou frequência de 6,3%, observou-se um aumento de 487%, com 30,7 pontos percentuais de diferença;

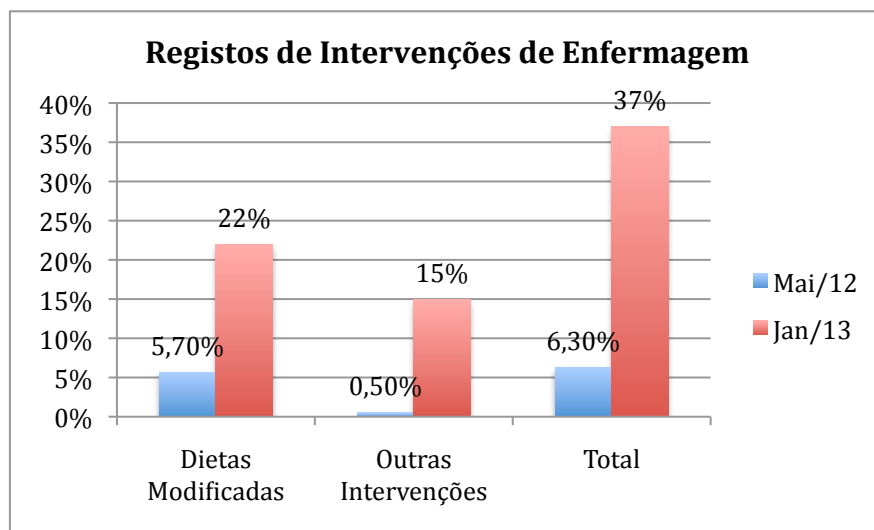
Registos Alt.Capacidade Deglutição				
Variáveis	Maio/12		Janeiro/13	
	n	%	n	%
Com registo	13	6,80%	41	18,30%
Nota alta	3	23%	4	10%
Sape ECCI	6	46%	27	66%
Gestcare	4	31%	9	22%
Outro	0	0%	1	2%
Registo avaliação sem alt. deglutição	0	0%	2	5%
Enfermeiro	11	85%	34	83%
Médico	2	15%	6	15%
Outro prof. Saúde	0	0%	3	7%

- As intervenções de enfermagem registadas foram agrupadas em 2 categorias: as relacionadas com “Diets Modificadas” e de “Outro Tipo”, onde se incluíram intervenções de capacitação de cuidador, posicionamento, adaptação de instrumentos, controlo do

volume, etc. Em termos metodológicos apenas foi contabilizada uma entrada por categoria independentemente do número de intervenções registadas na categoria “Outro Tipo”:

<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Dietas modificadas	50	61%
Outras intervenções	32	39%
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100%</b>

- No estudo de Janeiro, nesta categoria apenas se observaram registos relacionados com o posicionamento. O gráfico abaixo representa essas relações:



<b>Registo de intervenções de enfermagem</b>		
	<b>Maio/12</b>	<b>Janeiro/13</b>
<b>Tipo Intervenção</b>	<b>% população</b>	<b>% população</b>
Dietas modificadas	5,70%	22%
Outras intervenções	0,50%	15%
<b>Total</b>	<b>6,30%</b>	<b>37%</b>

- Quanto à dependência na alimentação traduzida pelo parâmetro “alimentação” do índice de Katz verificamos que no estudo de Janeiro 50% da população apresenta índice de Katz “0”, 30% é parcialmente dependente com Katz de “1” e 20% é independente nas actividades da alimentação com Katz “2”. Em relação ao mesmo parâmetro em Maio, observamos um agravamento da dependência nas actividades da alimentação, conforme apresentado na tabela abaixo:

<b>Katz alimentação</b>	<b>Maio/12</b>	<b>Janeiro/13</b>
<b>2</b>	32%	20%
<b>1</b>	26%	30%
<b>0</b>	42%	50%

Da análise dos dados acima apresentados e discutidos podemos concluir que os estudos efectuados representam a população da ECCI nos períodos.

Esta população encontra-se na faixa etária mais idosa da população portuguesa, com elevada prevalência de antecedentes de morbilidades que constituem factores de risco para alterações da capacidade de deglutição. No entanto, no 1º estudo efectuado em Maio, a taxa de prevalência de alterações da deglutição registada/diagnosticada era baixa, verificando-se um aumento muito significativo desta taxa no 2º estudo de Janeiro, aproximando-se dos valores de prevalência encontrados na literatura.

Dado que se observou, entre os estudos, um aumento dos registos das alterações da deglutição no Sape que correspondem a registo/diagnóstico de enfermagem, bem como acréscimo muito significativo de intervenções de enfermagem tendentes a diminuir ou controlar o risco, podemos inferir que a intervenção realizada junto da equipa de enfermagem de ECCI, constante do nosso projecto de estágio, contribuiu para os resultados alcançados.



## **Anexo V - Grelha de Análise de Prioridades de Intervenção**



## Anexo V - Grelha de análise de prioridades de intervenção

Problema Intervenção	Critério 1º Importância	Critério 2º Relação	Critério 3º Capacidade	Critério 4º Exequibilidade	Ordem de Prioridade
( X )	( + )	( + )	( + )	( + )	1ª
			( - )	( - )	2ª
			( + )	( + )	3ª
			( - )	( - )	4ª
		( - )	( + )	( + )	5ª
			( - )	( - )	6ª
			( + )	( + )	7ª
			( - )	( - )	8ª
	( - )	( + )	( + )	( + )	9ª
			( - )	( - )	10ª
			( + )	( + )	11ª
			( - )	( - )	12ª
		( - )	( + )	( + )	13ª
			( - )	( - )	14ª
			( + )	( + )	15ª
			( - )	( - )	16ª

### Crítérios da Grelha de Análise

1º - Importância da necessidade detectada para a resolução do problema;

2º - Relação com o problema a resolver;

3º - Capacidade técnica de intervenção;

4º - Exequibilidade.



**Anexo VI - Instrumento de Apoio à Intervenção de Enfermagem – DDERI**



## Anexo VI - Instrumento de Apoio à Intervenção de Enfermagem – DDERI

### Sumário

<b>Âmbito</b> .....	<b>1</b>
<b>Objectivo geral</b> .....	<b>1</b>
<b>Objectivo específico</b> .....	<b>1</b>
<b>Descrição</b> .....	<b>1</b>
<b>Testagem dos atributos do instrumento</b> .....	<b>2</b>
<b>Validação de conteúdo</b> .....	<b>2</b>
<b>Confiabilidade - Objectividade - Fidelidade</b> .....	<b>3</b>
<b>Principais passos metodológicos</b> .....	<b>3</b>
<b>Principais Resultados</b> .....	<b>5</b>
<b>Discussão</b> .....	<b>6</b>
<b>Conclusão</b> .....	<b>6</b>
<b>Referências Bibliográficas Principais</b> .....	<b>7</b>
<b>Exemplar DDERI</b> .....	<b>7</b>

### Âmbito

Segurança do doente à alimentação.

### Objectivo geral

Ser aplicado por enfermeiros, em todos os contextos de cuidados, (hospitalares, cuidados de saúde primários e cuidados continuados), a indivíduos com idade igual ou superior a 14 anos, com antecedentes ou sintomatologia que possa ser considerada factor de risco para alterações da capacidade da deglutição.

### Objectivo específico

Apoiar a decisão de enfermagem na avaliação do risco, na avaliação clínica, decisão de dieta e outras intervenções tendentes à diminuição do risco associado à capacidade de deglutição.

### Descrição

O DDERI apresenta-se como mnemónica baseada em “Deglutição: Decisão de Enfermagem, Risco e Intervenção”. É constituído por 4 partes que abrangem as fases do processo de enfermagem, investigação inicial, diagnóstico de enfermagem, planeamento e implementação, avaliação das intervenções.

O cabeçalho apresenta campos para registos de identificação do contexto de cuidados, do utente e do responsável pela avaliação, bem como de registo da data e hora.

**Parte A:** Antecedentes de risco – são listados os antecedentes mais frequentes que constituem factores de risco para alterações da capacidade de deglutição. Permite registos de outros não listados e observações;

**Parte B:** Avaliação – permite a avaliação objectiva e classificação de 11 itens com maior validade preditiva para risco de aspiração descrita na literatura, (consciência, orientação, qualidade do discurso, equilíbrio sentado a 90°, Katz na alimentação, funções motoras orofaciais, avaliação da sensibilidade intra-oral, reflexos, qualidade da deglutição da saliva, qualidade da deglutição para as diferentes consistências de alimentos e líquidos, dor à deglutição e sensação de obstrução). Concomitantemente à avaliação dos itens é apresentada informação orientadora tanto para a progressão da avaliação como para a decisão diagnóstica, num processo algorítmico. De acordo com o grau de compromisso das avaliações, é aferido o risco de aspiração.

**Parte C:** Decisão – compreende a tabela de prescrição da consistência da dieta, diferenciando entre a consistência adequada a alimentos e a líquidos. Com o propósito de auxiliar esta decisão de enfermagem, é solicitada uma apreciação de todas as avaliações anteriores e dos factores de risco identificados. Esta parte integra também uma matriz de risco “dieta pela interação entre risco de aspiração para sólidos e risco de aspiração para líquidos”, construída de forma a permitir sintetizar uma parte daquelas avaliações. Para além da prescrição de dieta é solicitada a decisão e registo de outras intervenções planeadas, como a promoção do auto cuidado, vigilância de peso e/ou índice de massa corporal (IMC), a referenciação a outro profissional de saúde ou outras. Contém campos de registo de observações e solicita a programação da reavaliação.

**Parte D:** Reavaliação – inclui todos os itens da parte B e C. Permite o registo de 2 reavaliações da capacidade de deglutição. Assim, esta parte do DDERI constitui-se como um registo de evolução porque permite a comparação entre 3 avaliações em tempos diferentes.

### **Testagem dos atributos do instrumento**

Em termos conceptuais foi seguida a metodologia de investigação proposta por Sampieri (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). Para classificação e metodologia de testagem de instrumentos foi seguida a recomendada por Manuel Luís Capelas (Capelas, 2011). Assim, o DDERI foi testado quanto aos atributos de validade, pela validação de conteúdo e de confiabilidade pela testagem da sua objectividade, através da fidelidade inter-observadores.

### **Validação de conteúdo**

A validação de conteúdo foi baseada na pesquisa bibliográfica, na revisão sistemática sobre metodologias de avaliação da capacidade de deglutição, na experiência profissional anterior, bem como na integração de conhecimentos adquiridos na pós-graduação que detemos como Técnico Superior de Higiene e Segurança no Trabalho.

A área da segurança do doente à alimentação tem constituído, uma preocupação profissional anterior à presente etapa académica que convergiu com necessidades detectadas na prática de enfermagem da ECCI onde decorreu o estágio. Nesta área da segurança do doente à alimentação, o nosso foco de atenção e pesquisa centrou-se na intervenção independente de enfermagem relacionada com a capacidade de deglutição. Alterações nesta capacidade fisiológica constituem problemas com prevalência muito elevada e presentes em contextos patológicos diversos. Estas alterações não se apresentam apenas como um sintoma de determinadas doenças mas igualmente tem associada a noção de risco.

Para aferir e controlar o risco associado à deglutição é consensual na literatura que a avaliação daquela capacidade deve ser realizada antes da administração de alimentos ou medicação por via oral. Porém, a metodologia, a responsabilidade e a competência para realizar essa avaliação não se encontra claramente definida. No entanto, aos enfermeiros, pelas competências e condições próprias da sua profissão, cabe parte daquela responsabilidade.

Através de pesquisa bibliográfica, operacionalizada na metodologia de revisão sistemática, foi investigada a metodologia para avaliação da capacidade de deglutição. Concluiu-se não haver consenso nem na metodologia mais adequada nem nos itens a incluir para avaliação da capacidade de deglutição. Não foram encontrados publicados testes usados em Portugal mas existe grande diversidade de testes sistematizados e usados em diferentes contextos de saúde internacionais. No entanto, por não existir consenso entre os autores e porque os contextos de saúde são muito diferentes do português, não foi possível, seleccionar nenhum teste que se adequasse às necessidades da ECCI. A maioria dos testes e protocolos analisados sobrepoem os itens de avaliação, independentemente de serem desenhados para doentes com uma determinada patologia ou destinado a uso genérico, focado nas alterações da deglutição observadas. Quase todos envolvem a avaliação da qualidade da deglutição de água mas as quantidades, as consistências, os tempos e a sequência desta avaliação são muito variáveis. Apesar destas diferenças, quase todos os testes procuram observar os mesmos sinais de dificuldade, sejam eles alterações na qualidade da voz, na respiração ou sinais de engasgamento. Assim, os critérios de inclusão dos itens de avaliação no DDERI resultaram das pesquisas descritas e englobaram os itens com maior validade preditiva para risco de aspiração descrita na literatura.

Pelo exposto, consideramos que o conteúdo do DDERI se encontra validado.

### **Confiabilidade - Objectividade – Fidelidade**

A testagem dos atributos de confiabilidade do DDERI, nomeadamente quanto à sua objectividade, foi testada pela fidelidade inter-observadores. Pretendeu-se aferir se o instrumento permite a diferentes observadores chegarem às mesmas conclusões e se o seu conteúdo é interpretado da mesma forma. O resultado é uma medida de concordância, obtida pelo grau de homogeneidade e consenso nas avaliações dos diferentes observadores, (Uebersax, 2010).

O conjunto das observações efectuadas pelos enfermeiros da ECCI foram consideradas como observador 1. As nossas observações foram consideradas como observador 2.

### **Principais passos metodológicos**

- Construção preliminar de diferentes versões do instrumento para verificação da linguagem e terminologia, bem como do aspecto gráfico;
- Aplicação em contexto de domicílio a pessoas com factores de risco para alterações da capacidade de deglutição, seleccionadas de entre os utentes atribuídos ao enfermeiro da ECCI no dia em o acompanhamos (amostra aleatória);
- Cada enfermeiro da ECCI foi acompanhado individualmente e teve oportunidade de aplicar o DDERI sob nossa supervisão para efeitos de formação prática. A última avaliação foi realizada independentemente (2 observadores) para efeitos de investigação;

- Decisão da estratégia de tratamento estatístico através de estudo individual sobre diferentes metodologias;
- Foi usado o programa SPSS, versão 21 para MAC, disponibilizado pela UCP;
- Construção da base de dados, codificação das variáveis e introdução das observações;
- Usados testes inferenciais, não paramétricos, organizados em tabelas de contingência;
- Análise e discussão dos resultados
- Conclusões

As variáveis do DDERI foram consideradas categóricas, ordinais e algumas dicotómicas. Assim, foram usados os testes estatísticos não paramétricos:

- Coeficiente de Correlação Intra-classe (ICC) - estimativa da fracção da variabilidade total de medidas devido a variações entre os indivíduos, (Wikipédia, 2013; Uebersax, 2010). O ICC pode variar entre 0,0 (não há correlação) e 1,0 (correlação perfeita);
- Proporção de Concordância point by point (Po) - índice que mede o grau de concordância simples de dois ou mais observadores na interpretação de um determinado resultado, (Faculdade de Medicina do Porto; Wikipédia, 2013). É obtida pelo cálculo do nº de observações que receberam a mesma classificação pelos 2 observadores a dividir pelo nº total de observações efectuadas pelos 2 observadores, expressa em percentagem. Não tem em conta o grau de concordância devido ao acaso, nem permite qualquer outra inferência.
- Coeficiente de Correlação Kendall tau-b ( $\tau$ ) - medida de concordância entre dois conjuntos de classificações relativas a um conjunto de objectos ou experiências, (Hall), para variáveis num nível de medição ordinal. Permite calcular o nº de concordâncias e discordâncias entre observadores, admitindo empates, tendo em conta a ordem atribuída por cada um. Foram comparadas as avaliações dos observadores enfermeiros da ECCI com as nossas, partindo do pressuposto que estas seriam mais correctas dada a nossa experiência. Este coeficiente de correlação pode variar entre -1 ( correlação negativa perfeita) e +1 (correlação perfeita).
- Índice de Concordância K de Cohen ( $\kappa$ ) - mede o grau de concordância entre 2 observadores corrigido para a quantidade de concordância esperada pelo acaso. É calculado em tabelas 2 x 2, ou seja, para comparar dois avaliadores e que apenas atribuam uma classificação dicotómica aos objectos em causa. Varia geralmente de 0-1 (embora os números negativos sejam possíveis), onde valores próximos de 1 significam maior confiabilidade e valores próximos ou menores que zero sugerem que o acordo é atribuível ao acaso. A interpretação do k de Cohen mais frequente em estudos de confiabilidade é a dada por Landis e Koch (1977) traduzida na tabela abaixo. Esta tabela é igualmente muito usada na literatura para referir valores de tau-b de Kendall e ICC.

Valor Índice Kappa (K)	Concordância
0	Pobre
0 a 0,20	Ligeira
0,21 a 0,40	Considerável
0,41 a 0,60	Moderada
0,61 a 0,80	Substancial
0,81 a 1	Excelente

## Principais Resultados

A testagem da confiabilidade do DDERI pela fidelidade inter-observadores obteve os seguintes resultados globais:

- A Proporção de Concordância foi excelente,  $P_o = 93,4\%$ , com variação entre 73,3% e 100%;
- O Coeficiente de Correlação Intra-classe apresentou correlação excelente entre os observadores, com  $ICC = 0,927$ ,  $N=15$ , com intervalo de confiança de 95%;
- Coeficiente de Correlação Kendall tau-b apresentou correlação excelente, com  $\tau - b = 0,875$ ,  $N=15$ , com intervalo de confiança de 95%;
- Índice de Concordância K de Cohen, obtido nas variáveis dicotômicas, foi excelente, com  $Kappa (p) = 1,000$ ,  $N=15$ . Os resultados dos testes por variável podem ser observados na tabela seguinte.

Resultados Estudo de Confiabilidade do DDERI					
Variáveis	Coeficientes e Índices				
	Po %	ICC (CI=95%)	$\tau$ -b	K	Sig (p de $\tau$ -b)
Estado de consciência	80	0,780	0,645	-	0,002
Orientação	73,3	0,888	0,757	-	<0,001
Qualidade do discurso	100	1,000	1,000	-	<0,001
Equilíbrio sentado a 90°	100	1,000	-	1,000	-
Índice de Katz na alimentação	100	1,000	1,000	-	0,265
Desvio da comissura labial	100	1,000	-	1,000	-
Mobilidade da mandíbula	73,3	0,917	0,933	-	<0,001
Força labial	93,3	0,932	0,873	-	<0,001
Mobilidade externa da língua	100	0,941	0,953	-	<0,001
Mobilidade interna da língua	100	1,000	1,000	-	0,044
Capacidade de insuflação das bochechas	88,9	0,938	0,730	-	0,225
Não colabora mas condição para prosseguir	100	a)	-	a)	a)
Sensibilidade intra-oral	100	1,000	1,000	-	0,001
Reflexo de vômito	93,3	0,873	0,784	-	0,076
Reflexo de deglutição	93,3	0,904	0,829	-	0,012
Tosse voluntária	80	0,550	0,443	-	0,271
Qualidade da deglutição de saliva	100	0,918	0,981	-	0,073
Qualidade da deglutição consistência pastosa	93,4	0,788	0,681	-	0,267
Qualidade deglutição líquidos consistência normal	100	1,000	1,000	-	<0,001
Qualidade deglutição líquidos consistência néctar	86,7	0,962	0,891	-	<0,001
Qualidade deglutição líquidos consistência mel	93,4	0,978	0,964	-	<0,001
Qualidade da deglutição de sólidos	93,4	0,964	0,959	-	<0,001
Dor à deglutição	100	a)	-	a)	a)
Sensação de obstrução	100	a)	-	a)	a)
Decisão consistência dos alimentos	93,3	0,989	0,973	-	<0,001
Decisão consistência dos líquidos	93,5	0,991	0,971	-	<0,001
<b>Total</b>	<b>93,4%</b>	<b>0,927</b>	<b>0,875</b>	<b>1,000</b>	

Legenda:

**P<sub>o</sub>** –proporção de concordância ; **ICC**- Coeficiente de Correlação Intraclasse com Intervalo de Confiança (CI) de 95%;  **$\tau$  b** -Tau-b de Kendall ;**K**- Cohen k; **Sig.(p de  $\tau$ -b)**- significância de Tau-b de Kendall.  
**a)** nenhuma medida de associação pode ser computada porque a variável é uma constante (variância zero)

## **Discussão**

O estudo de confiabilidade do DDERI efectuado mostra excelentes resultados globais de correlação entre os observadores 1 e 2. Porém, os resultados de algumas correlações de variáveis apresentaram diferentes graus de concordância. Verificou-se que 17 correlações inter-observadores apresentaram concordância Kappa e tau-b de Kendall excelentes, (de 0,81 a 1), 5 apresentaram concordância substancial, (de 0,61 a 0,80) e 1 apresentou concordância em grau moderado, (entre 0,41 e 0,60).

Já quanto ao ICC verificou-se que 20 variáveis apresentaram concordância excelente, (de 0,81 a 1), 2 apresentaram concordância substancial, (de 0,61 a 0,80) e 1 apresentou concordância em grau moderado, (entre 0,41 e 0,60).

Verificou-se que em 3 variáveis dicotómicas não foi possível qualquer estudo de correlação uma vez que se apresentaram como constantes, isto é, receberam classificação igual por todos os observadores, por isso obtiveram 100% de proporção de concordância.

Quanto à proporção de concordância entre observadores verificou-se que variou entre 73,3% e 100% , com um resultado total de 93,4%.

A variável com grau inferior de concordância em todos os testes efectuados foi a “avaliação da qualidade da tosse voluntária”, que apenas obteve concordância moderada. Atribuímos este resultado a alguma inexperiência dos observadores e a provável deficiência do programa de formação implementado porque não definiu os conceitos associados a esta variável. Pela mesma razão atribuímos igual responsabilidade ao programa de formação quanto à variação da classificação observada nas variáveis “orientação” e “estado de consciência”, apesar de terem obtido concordância substancial.

Apesar do desenho do estudo ser adequado metodologicamente, o facto das observações se terem realizado imediatamente após a formação prática dos enfermeiros da ECCI, pode ter influenciado os resultados positivamente. Assim, e por ter sido identificada como limitação, em futuros estudos o espaço que medeia entre as observações e a formação deverá ser maior. Outra limitação do estudo observado foi a relacionada com o nº de observações, N=15. Em futuros estudos de confiabilidade deverá ser procurada uma maior amostra.

É de salientar que a correlação das variáveis relacionadas com o diagnóstico da qualidade da deglutição das diferentes consistências, bem como as variáveis de decisão da consistência da dieta a implementar, apresentaram concordâncias excelentes. Isto significa que apesar de alguma variação nas observações, o DDERI permitiu aos enfermeiros diagnosticarem e decidirem em concordância.

## **Conclusão**

Este estudo sugere que o DDERI é potencialmente válido e confiável na sua utilização como apoio à decisão dos enfermeiros relacionada com alterações da capacidade de deglutição.

Assim, o uso deste instrumento pode facilitar a identificação de alterações da capacidade de deglutição em pessoas com diferentes antecedentes de risco. Pode também auxiliar ao reconhecimento do grau de risco apresentado para alimentos sólidos e líquidos. Por isso, a decisão de enfermagem quanto a medidas tendentes à diminuição daquele risco a implementar, pode ser facilitada pela utilização do DDERI.

Este instrumento apresenta-se igualmente útil como meio de registo e monitorização da evolução do problema.

Futuros estudos deverão considerar outros testes aos atributos do DDERI bem como outros contextos de cuidados.

### **Referências Bibliográficas Principais**

Capelas, M. (2011 Setembro). Métodos de Investigação. *Apontamentos da Aulas de Investigação - UCP Lisboa*. Lisboa.

Faculdade de Medicina do Porto. (n.d.). *Métodos de estimação de reprodutividade de medidas*. Acedido em 2013 16-Fev de <http://users.med.up.pt/joakim/intromed/coeficientecorrelacaointraclasse.htm>

Hall, A. O. (n.d.). *Associação entre variáveis*. Acedido em 2013 16-Fev de Departamento de Matemática, Universidade de Aveiro, Portugal.: <http://www2.mat.ua.pt/pessoais/AHall/TEA/Capcorrel.pdf>

Landis, J., & Koch, G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometric*, 33 (1), 159-174.

Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa*. S. Paulo: McGraw Hill.

Uebersax, J. (2010 Abr). *Statistical Methods for Rater and Diagnostic Agreement*. Acedido em 2013 14Fev de John Uebersax Enterprises LLC: <http://www.john-uebersax.com/stat/agree.htm#recs>

### **Exemplar DDERI**

Apresentado nas páginas seguintes.





SERVIÇO (ETIQUETA OU REGISTAR)

NOME

PROCESSO N°

SERVIÇO CAMA

DATA: / / HORA: :

RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO E DECISÃO:

## A. ANTECEDENTES DE RISCO (ASSINALE TODOS OS QUE SE APLIQUEM)

IDADE  $\geq 75$  [ ]    DISFAGIA CONHECIDA [ ]    INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS FREQUENTES [ ]    TRAQUEOTOMIA [ ]  
 PARKINSON [ ]    ALZHEIMER [ ]    DEMÊNCIA [ ]    RECUSA ALIMENTAR [ ]  
 AVC < 24H [ ]    >1 DIA  $\leq$  1 MÊS [ ]    >1 MÊS  $\leq$  6 MESES [ ]    > 6 MESES [ ]    OUTRA DOENÇA NEUROLÓGICA/QUAL? [ ]  
 EXTUBAÇÃO TRAQUEAL < 1H [ ]     $\geq 1H \leq 3H$  [ ]    > 3H  $\leq 24H$  [ ]    > 24H [ ]  
 DOENÇA ONCOLÓGICA VIAS RESPIRATÓRIAS/BOCA/ESÓFAGO/CABEÇA [ ]    RADIOTERAPIA VIAS RESPIRATÓRIAS/BOCA/ESÓFAGO/CABEÇA [ ]  
 TRAUMATISMO / CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO [ ]    ESPECIFIQUE:  
 OUTROS ANTECEDENTES RELEVANTES/OBSERVAÇÕES:

## B. AVALIAÇÃO (AVALIAR COM DOENTE NA POSIÇÃO SENTADO A 90°) ORIENTAÇÃO

### 1. CONSCIÊNCIA:

ALERTA [ ]    SONOLENTO MAS ALERTA POR PERÍODOS  $\geq 10$  MINUTOS [ ]    MUITO SONOLENTO [ ]

RISCO ELEVADO PARA SÓLIDOS E LÍQUIDOS. PASSAR AO PONTO C.

### 2. ORIENTAÇÃO:

ORIENTADO [ ]    DESORIENTADO [ ]    COMPREENSÃO MANTIDA [ ]    COMPREENSÃO PERTURBADA [ ]

### 3. QUALIDADE DO DISCURSO:

SEM ALTERAÇÕES [ ]    DISARTRIA LIGEIRA [ ]    DISARTRIA MODERADA/SEVERA [ ]    AFASIA [ ]

### 4. EQUILÍBRIO SENTADO A 90°

BOM [ ]    PERTURBADO [ ]

### 5. KATZ ALIMENTAÇÃO

INDEPENDENTE [ ]    PARCIALMENTE DEPENDENTE [ ]    DEPENDENTE [ ]

DEPENDÊNCIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL AUMENTA O RISCO PARA SÓLIDOS E LÍQUIDOS.

### 6. FUNÇÕES MOTORAS (FM)

DESVIO DA COMISSURA LABIAL (AO SORRIR) AUSENTE [ ]    PRESENTE [ ]

MOBILIDADE DA MANDÍBULA (ABERTURA / ENCERRAMENTO):

MANTIDA [ ]    LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ]    SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]

MOBILIDADE/FORÇA LABIAL (SOPRAR / PREENSÃO DE ESPÁTULA):

MANTIDA [ ]    LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ]    SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]

MOBILIDADE EXTERNA DA LÍNGUA:

MANTIDA [ ]    LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ]    SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]

MOBILIDADE INTERNA DA LÍNGUA:

MANTIDA [ ]    LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ]    SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]

CAPACIDADE DE INSUFLAÇÃO DAS BOCHECHAS:

MANTIDA [ ]    LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ]    SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]

NÃO COLABORA MAS APRESENTA CONDIÇÃO PARA PROSSEGUIR

SIM [ ]    NÃO [ ]

RISCO ELEVADO PARA SÓLIDOS E LÍQUIDOS. EM PRESENÇA DE 3 OU MAIS FM SEVERAMENTE PERTURBADAS PASSAR AO PONTO C. SE ATÉ 2 FM SE APRESENTAM SEVERAMENTE PERTURBADAS PROSSEGUIR A AVALIAÇÃO

### 7. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE INTRA-ORAL

(TOQUE NA ZONA POSTERIOR DA LÍNGUA E INTERIOR DAS BOCHECHAS)

MANTIDA [ ]    DIMINUÍDA [ ]    AUSENTE [ ]

SENSIBILIDADE DIMINUÍDA OU AUSENTE AUMENTA RISCO PARA SÓLIDOS E LÍQUIDOS. PROSSEGUIR A AVALIAÇÃO CAUTELOSAMENTE

**8. REFLEXOS:**

REFLEXO VÔMITO:            PRESENTE [ ]        DIMINUÍDO [ ]        AUSENTE [ ]  
 DEGLUTIÇÃO VOLUNTÁRIA: PRESENTE [ ]        DIMINUÍDO [ ]        AUSENTE [ ]  
 TOSSE VOLUNTÁRIA:        PRESENTE [ ]        FRACA [ ]            AUSENTE [ ]

RISCO ELEVADO PARA SÓLIDOS E LÍQUIDOS COM REFLEXOS DIMINUIDOS, AUSENTES OU NÃO COLABORA. PROSSEGUIR CAUTELOSAMENTE

**9. QUALIDADE DA DEGLUTIÇÃO**
**SALIVA:**

SAÍDA PELAS COMISSURAS LABIAIS        NÃO [ ]                SIM [ ]  
 AO FALAR TEM UMA VOZ “MOLHADA”    NÃO [ ]                SIM [ ]  
 MOVIMENTO DA LARINGE À DEGLUTIÇÃO (PALPAR) MANTIDO [ ]        REDUZIDO [ ]        AUSENTE [ ]  
 PRESENÇA DE TOSSE    NÃO [ ]        APÓS [ ]            DURANTE [ ]

DIAGNÓSTICO: DEGLUTIÇÃO DE SALIVA SEM COMPROMISSO OU COMPROMETIDA EM GRAU REDUZIDO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE SALIVA COMPROMETIDA EM GRAU MODERADO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE SALIVA COMPROMETIDA EM GRAU ELEVADO [ ]

RISCO ELEVADO PARA LÍQUIDOS. PROSSEGUIR CAUTELOSAMENTE

**CONSISTÊNCIA PASTOSA: (USAR ÁGUA COM ESPESSANTE, CONSISTÊNCIA “PUDIM” = ESPESSADO GROSSO)**

SAÍDA PELAS COMISSURAS LABIAIS        NÃO [ ]        SIM [ ]  
 AO FALAR TEM UMA VOZ “MOLHADA”    NÃO [ ]        SIM [ ]  
 MOVIMENTO DA LARINGE À DEGLUTIÇÃO (PALPAR) MANTIDO [ ]        REDUZIDO [ ]        AUSENTE [ ]  
 PRESENÇA DE TOSSE    NÃO [ ]        APÓS [ ]        DURANTE [ ]

Nº DE DEGLUTIÇÕES POR COLHER/PORÇÃO:

DIAGNÓSTICO: DEGLUTIÇÃO DE PASTOSOS SEM COMPROMISSO OU COMPROMETIDA EM GRAU REDUZIDO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE PASTOSOS COMPROMETIDA EM GRAU MODERADO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE PASTOSOS COMPROMETIDA EM GRAU ELEVADO [ ]

RISCO ELEVADO PARA SÓLIDOS E LÍQUIDOS. SE QUALIDADE DE DEGLUTIÇÃO DE SALIVA COMPROMETIDA EM GRAU ELEVADO PASSAR AO PONTO C

**LÍQUIDOS: (AVALIAÇÃO EM 3 FASES)**
**FASE 1 (DAR UMA COLHER DE CHÁ DE ÁGUA; REPETIR O PROCEDIMENTO ALGUMAS VEZES)**

SAÍDA PELAS COMISSURAS LABIAIS        NÃO [ ]                SIM [ ]  
 AO FALAR TEM UMA VOZ “MOLHADA”    NÃO [ ]                SIM [ ]  
 MOVIMENTO DA LARINGE À DEGLUTIÇÃO (PALPAR) MANTIDO [ ]        REDUZIDO [ ]        AUSENTE [ ]  
 PRESENÇA DE TOSSE    NÃO [ ]        APÓS [ ]            DURANTE [ ]  
 FICA “SUFOCADO”        NÃO [ ]        SIM [ ]

DIAGNÓSTICO: DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS 1 SEM COMPROMISSO OU COMPROMETIDA EM GRAU REDUZIDO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS 1 COMPROMETIDA EM GRAU MODERADO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS 1 COMPROMETIDA EM GRAU ELEVADO [ ]

PASSAR À FASE 3

RISCO ELEVADO PARA LÍQUIDOS. PASSAR À FASE 2. DETERMINAR A CONSISTÊNCIA ADEQUADA

**FASE 2 (USAR ESPESSANTE E COLHER DE CHÁ; REPETIR O PROCEDIMENTO ALGUMAS VEZES)**
**CONSISTÊNCIA “MEL” (ESPESSADO MÉDIO)**

SAÍDA PELAS COMISSURAS LABIAIS        NÃO [ ]                SIM [ ]  
 AO FALAR TEM UMA VOZ “MOLHADA”    NÃO [ ]                SIM [ ]  
 MOVIMENTO DA LARINGE À DEGLUTIÇÃO (PALPAR) MANTIDO [ ]        REDUZIDO [ ]        AUSENTE [ ]  
 PRESENÇA DE TOSSE    NÃO [ ]        APÓS [ ]            DURANTE [ ]  
 FICA “SUFOCADO”        NÃO [ ]        SIM [ ]

DIAGNÓSTICO: DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS “MEL” SEM COMPROMISSO OU COMPROMETIDA EM GRAU REDUZIDO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS “MEL” COMPROMETIDA EM GRAU MODERADO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS “MEL” COMPROMETIDA EM GRAU ELEVADO [ ]

PASSAR À AVALIAÇÃO NÉCTAR

CONSIDERAR AVALIAÇÃO ANTERIOR DA CONSISTÊNCIA PUDIM. PASSAR À AVALIAÇÃO DE SÓLIDOS

**CONSISTÊNCIA “NÉCTAR” (ESPESSADO FINO)**

SAÍDA PELAS COMISSURAS LABIAIS        NÃO [ ]                SIM [ ]  
 AO FALAR TEM UMA VOZ “MOLHADA”    NÃO [ ]                SIM [ ]  
 MOVIMENTO DA LARINGE À DEGLUTIÇÃO (PALPAR) MANTIDO [ ]        REDUZIDO [ ]        AUSENTE [ ]  
 PRESENÇA DE TOSSE    NÃO [ ]        APÓS [ ]            DURANTE [ ]  
 FICA “SUFOCADO”        NÃO [ ]        SIM [ ]

DIAGNÓSTICO: DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS “NÉCTAR” SEM COMPROMISSO OU COMPROMETIDA EM GRAU REDUZIDO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS “NÉCTAR” COMPROMETIDA EM GRAU MODERADO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS “NÉCTAR” COMPROMETIDA EM GRAU ELEVADO [ ]

PASSAR À AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA DEGLUTIÇÃO DE SÓLIDOS

FASE 3 (DAR COPO COM ÁGUA COM ± 60 ML)

CONSEGUIU BEBER TODA A ÁGUA SIM [ ] NÃO [ ]  
 SAÍDA PELAS COMISSURAS LABIAIS NÃO [ ] SIM [ ]  
 AO FALAR TEM UMA VOZ “MOLHADA” NÃO [ ] SIM [ ]  
 REGURGIÇÃO NASAL NÃO [ ] SIM [ ]  
 PRESENÇA DE TOSSE NÃO [ ] APÓS [ ] DURANTE [ ]  
 FICA “SUFOCADO” NÃO [ ] SIM [ ]  
 TEMPO QUE DEMOROU A BEBER ADEQUADO [ ] AUMENTADO [ ]

DIAGNÓSTICO: DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS 3 SEM COMPROMISSO OU COMPROMETIDA EM GRAU REDUZIDO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS 3 COMPROMETIDA EM GRAU MODERADO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS 3 COMPROMETIDA EM GRAU ELEVADO [ ]

RISCO MODERADO / ELEVADO PARA LÍQUIDOS. USAR ESPESANTE. DETERMINAR A CONSISTÊNCIA ADEQUADA NA FASE 2. PASSAR A AVALIAÇÃO DE SÓLIDOS.

SÓLIDOS (TESTAR COM PEQUENA QUANTIDADE DE PÃO)

DENTIÇÃO ADEQUADA PARA MASTIGAÇÃO SIM [ ] NÃO [ ]  
 PRÓTESE DENTÁRIA FUNCIONAL SIM [ ] NÃO [ ]  
 CAPACIDADE DE TRITURAÇÃO MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 MOVIMENTO DA LARINGE À DEGLUTIÇÃO (PALPAR) MANTIDO [ ] REDUZIDO [ ] AUSENTE [ ]  
 PRESENÇA DE TOSSE NÃO [ ] APÓS [ ] DURANTE [ ]  
 FICA “SUFOCADO” NÃO [ ] SIM [ ]  
 ACUMULAÇÃO DE ALIMENTO NOS VESTÍBULOS NÃO [ ] SIM [ ]  
 Nº DE DEGLUTIÇÕES POR BOLO ALIMENTAR:

RISCO MODERADO / ELEVADO PARA SÓLIDOS. PROSSEGUIR CAUTELOSAMENTE.

DIAGNÓSTICO: DEGLUTIÇÃO DE SÓLIDOS SEM COMPROMISSO OU COMPROMETIDA EM GRAU REDUZIDO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE SÓLIDOS COMPROMETIDA EM GRAU MODERADO [ ]

DEGLUTIÇÃO DE SÓLIDOS COMPROMETIDA EM GRAU ELEVADO [ ]

RISCO MODERADO/ ELEVADO PARA SÓLIDOS. ADAPTAR CONSISTÊNCIA DA DIETA

10. DOR À DEGLUTIÇÃO NÃO [ ] SIM [ ]

11. SENSAÇÃO DE OBSTRUÇÃO NÃO [ ] SIM [ ]

RISCO MODERADO/ ELEVADO PARA SÓLIDOS.

## C. DECISÃO

CONSIDERE TODAS AS AVALIAÇÕES ANTERIORES E OS ANTECEDENTES DE RISCO.

CONSIDERE A MATRIZ DE RISCO : DIETA PELA INTERACÇÃO ENTRE RISCO DE ASPIRAÇÃO PARA SÓLIDOS E RISCO DE ASPIRAÇÃO PARA LÍQUIDOS.

DECIDA A CONSISTÊNCIA DA DIETA ADEQUADA ÀS ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE DE DEGLUTIÇÃO DIAGNOSTICADAS.

PLANEJE OUTRAS INTERVENÇÕES DE ACORDO COM AS NECESSIDADES IDENTIFICADAS

RISCO A SÓLIDOS

	LÍQUIDA	PASSADA LÍQUIDOS MEL/NÉCTAR	SNG ZERO
ELEVADO			
	MOLE LÍQUIDOS NORMAIS	MOLE DISFAGIA LÍQUIDOS MEL/NÉCTAR	PASSADA LÍQUIDOS PUDIM
MODERADO			
	NORMAL	MOLE DISFAGIA LÍQUIDOS MEL/NÉCTAR	MOLE DISFAGIA LÍQUIDOS PUDIM
REDUZIDO			
	REDUZIDO	MODERADO	ELEVADO

RISCO A LÍQUIDOS

### PRESCRIÇÃO DA CONSISTÊNCIA DA DIETA

ALIMENTOS	LÍQUIDOS
NORMAL [ ]	NORMAL [ ]
MOLE [ ]	ESPESSADO FINO (NÉCTAR) [ ]
MOLE DISFAGIA [ ]	ESPESSADO MÉDIO (MEL) [ ]
PASSADA [ ]	ESPESSADO GROSSO (PUDIM) [ ]
LÍQUIDA [ ]	SNG [ ]
SNG/ZERO [ ]	

### OUTRAS INTERVENÇÕES PLANEADAS:

PROMOÇÃO DE AUTOCUIDADO [ ] OBS:

CAPACITAÇÃO DE CUIDADOR [ ] OBS:

VIGILÂNCIA DE PESO/ IMC [ ]

REFERENCIAÇÃO A OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE/QUEM:

OUTRAS:

### OUTROS REQUISITOS (EX: DIABÉTICA)

OBS:

REAVALIAR A (DATA):

## D. REAVALIAÇÃO

DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

**1. CONSCIÊNCIA** ALERTA [ ] SONOLENTO MAS ALERTA POR PERÍODOS ≥ 10 MINUTOS [ ] MUITO SONOLENTO [ ]  
**2. ORIENTAÇÃO** ORIENTADO [ ] DESORIENTADO [ ] COMPREENSÃO PERTURBADA [ ]  
**3. QUALIDADE DO DISCURSO** SEM ALTERAÇÕES [ ] DISARTRIA LIGEIRA [ ] DISARTRIA MODERADA/SEVERA [ ] AFASIA [ ]  
**4. EQUILÍBRIO SENTADO A 90°** BOM [ ] PERTURBADO [ ]  
**5. KATZ ALIMENTAÇÃO** INDEPENDENTE [ ] PARCIALMENTE DEPENDENTE [ ] DEPENDENTE [ ]  
**6. FUNÇÕES MOTORAS:**  
 DESVIO DA COMISSURA LABIAL: AUSENTE [ ] PRESENTE [ ]  
 MOBILIDADE DA MANDÍBULA: MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 MOBILIDADE/FORÇA LABIAL: MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 MOBILIDADE EXTERNA DA LÍNGUA: MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 MOBILIDADE INTERNA DA LÍNGUA: MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 CAPACIDADE DE INSUFLAÇÃO DAS BOCHECHAS: MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 NÃO COLABORA MAS APRESENTA CONDIÇÃO PARA PROSEGUIR SIM [ ] NÃO [ ]

**7. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE INTRA-ORAL** MANTIDA [ ] DIMINUÍDA [ ] AUSENTE [ ]  
**8. REFLEXOS:**  
 REFLEXO VÔMITO: PRESENTE [ ] DIMINUÍDO [ ] AUSENTE [ ]  
 REFLEXO DE DEGLUTIÇÃO: PRESENTE [ ] DIMINUÍDO [ ] AUSENTE [ ]  
 TOSSE VOLUNTÁRIA: PRESENTE [ ] FRACA [ ] AUSENTE [ ]

**9. QUALIDADE DA DEGLUTIÇÃO DE SALIVA**  
 SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]

**10. QUALIDADE DA DEGLUTIÇÃO DE CONSISTÊNCIA PASTOSA = PUDIM**  
 SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]

**11. QUALIDADE DA DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS**  
**NORMAL:** SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]  
**NÉCTAR:** SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]  
**MEL:** SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]

**12. QUALIDADE DA DEGLUTIÇÃO DE SÓLIDOS**  
 SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]

**13. DOR À DEGLUTIÇÃO** NÃO [ ] SIM [ ] **14. SENSAÇÃO DE OBSTRUÇÃO** NÃO [ ] SIM [ ]

**15. DECISÃO: CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS** NORMAL [ ] MOLE [ ] MOLE DISFAGIA [ ] PASSADA [ ] LÍQUIDA [ ] SNG/ ZERO [ ]  
 CONSISTÊNCIA DOS LÍQUIDOS NORMAL [ ] NÉCTAR [ ] MEL [ ] PUDIM [ ] SNG/ZERO [ ]  
 OUTROS REQUISITOS \_\_\_\_\_ OUTRAS INTERVENÇÕES PLANEADAS: \_\_\_\_\_ REAVALIAR A (DATA): \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

**1. CONSCIÊNCIA** ALERTA [ ] SONOLENTO MAS ALERTA POR PERÍODOS ≥ 10 MINUTOS [ ] MUITO SONOLENTO [ ]  
**2. ORIENTAÇÃO** ORIENTADO [ ] DESORIENTADO [ ] COMPREENSÃO PERTURBADA [ ]  
**3. QUALIDADE DO DISCURSO** SEM ALTERAÇÕES [ ] DISARTRIA LIGEIRA [ ] DISARTRIA MODERADA/SEVERA [ ] AFASIA [ ]  
**4. EQUILÍBRIO SENTADO A 90°** BOM [ ] PERTURBADO [ ]  
**5. KATZ ALIMENTAÇÃO** INDEPENDENTE [ ] PARCIALMENTE DEPENDENTE [ ] DEPENDENTE [ ]  
**6. FUNÇÕES MOTORAS:**  
 DESVIO DA COMISSURA LABIAL: AUSENTE [ ] PRESENTE [ ]  
 MOBILIDADE DA MANDÍBULA: MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 MOBILIDADE/FORÇA LABIAL: MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 MOBILIDADE EXTERNA DA LÍNGUA: MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 MOBILIDADE INTERNA DA LÍNGUA: MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 CAPACIDADE DE INSUFLAÇÃO DAS BOCHECHAS: MANTIDA [ ] LIGEIRAMENTE PERTURBADA [ ] SEVERAMENTE PERTURBADA [ ]  
 NÃO COLABORA MAS APRESENTA CONDIÇÃO PARA PROSEGUIR SIM [ ] NÃO [ ]

**7. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE INTRA-ORAL** MANTIDA [ ] DIMINUÍDA [ ] AUSENTE [ ]  
**8. REFLEXOS:**  
 REFLEXO VÔMITO: PRESENTE [ ] DIMINUÍDO [ ] AUSENTE [ ]  
 REFLEXO DE DEGLUTIÇÃO: PRESENTE [ ] DIMINUÍDO [ ] AUSENTE [ ]  
 TOSSE VOLUNTÁRIA: PRESENTE [ ] FRACA [ ] AUSENTE [ ]

**9. QUALIDADE DA DEGLUTIÇÃO DE SALIVA**  
 SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]

**10. QUALIDADE DA DEGLUTIÇÃO DE CONSISTÊNCIA PASTOSA = PUDIM**  
 SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]

**11. QUALIDADE DA DEGLUTIÇÃO DE LÍQUIDOS**  
**NORMAL:** SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]  
**NÉCTAR:** SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]  
**MEL:** SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]

**12. QUALIDADE DA DEGLUTIÇÃO DE SÓLIDOS**  
 SEM COMPROMISSO/COMPROMETIDA GRAU REDUZIDO [ ] COMPROMETIDA GRAU MODERADO [ ] COMPROMETIDA GRAU ELEVADO [ ]

**13. DOR À DEGLUTIÇÃO** NÃO [ ] SIM [ ] **14. SENSAÇÃO DE OBSTRUÇÃO** NÃO [ ] SIM [ ]

**15. DECISÃO: CONSISTÊNCIA DOS ALIMENTOS** NORMAL [ ] MOLE [ ] MOLE DISFAGIA [ ] PASSADA [ ] LÍQUIDA [ ] SNG/ ZERO [ ]  
 CONSISTÊNCIA DOS LÍQUIDOS NORMAL [ ] NÉCTAR [ ] MEL [ ] PUDIM [ ] SNG/ZERO [ ]  
 OUTROS REQUISITOS \_\_\_\_\_ OUTRAS INTERVENÇÕES PLANEADAS: \_\_\_\_\_ REAVALIAR A (DATA): \_\_\_\_\_

## **Anexo VII – Questionários de Avaliação da Formação Teórica**

***Questionário de Avaliação Inicial***

***Questionário de Avaliação Final***



## Anexo VII – Questionários de Avaliação da Formação Teórica

Com a finalidade de avaliar a formação teórica sobre avaliação da capacidade de deglutição, o mesmo questionário foi aplicado imediatamente antes da acção de formação e imediatamente após. Abaixo é apresentado o exemplar de questionário elaborado e aplicado, bem como a avaliação realizada.

Exmo. Colega Com o objectivo de avaliar a acção de formação sobre “Intervenção de Enfermagem na Capacidade de Deglutição”, solicito a sua colaboração através da resposta ao questionário. Toda a informação obtida é confidencial e será tratada como tal. Atenciosamente (Alexandra Carvalho)	
Questão	Resposta
1 - São considerados antecedentes de risco para alteração da capacidade de deglutição (assinale todos os que considerar correctos)	AVC ( ) Traumatismo craniano ( ) Quimioterapia ( ) Cirurgia cervical ( ) Alzheimer ( ) Radioterapia hepática ( ) Todos os anteriores ( ) Nenhum dos anteriores ( )
2 - Habitualmente considera-se que o acto de deglutição se pode dividir nas fases	Oral preparatória, oral, faríngea, esofágica ( ) Orofaringea, esofágica ( ) Ambas estão erradas ( )
3 - Disfagia significa	Qualquer alteração na capacidade de deglutição ( ) Qualquer alteração na capacidade de deglutição que implique aspiração de alimentos para a via aérea ( ) Ambas estão erradas ( )
4 - Podem ser sinais e/ou sintomas de aspiração (assinale todos os que considerar correctos)	Tosse após a deglutição ( ) Regurgitação nasal ( ) Vómito ( ) Febre ( ) Todos os anteriores ( ) Nenhum dos anteriores ( )
5 - Para avaliar o risco de aspiração devem-se avaliar as consistências na seguinte ordem	Líquidos, pastosos, sólidos ( ) Pastosos, sólidos, líquidos ( ) Pastosos, líquidos, sólidos... ( ) Sólidos, pastosos, líquidos ( )
6 - A posição adequada para alimentação na cama é	Sentado a 90° ( ) Reclinado a 45° ( ) Com o pescoço em hiper-extensão ( ) Sentado na posição mais confortável ( ) Nenhum dos anteriores ( )
7 – Quando existe risco moderado de aspiração de líquidos algumas das medidas de redução do risco que podem ser instituídas são (assinale todos os que considerar correctos)	Usar espessante alimentar ( ) Usar palhinha ( ) Usar colher de sopa ( ) Usar seringa ( ) Todos os anteriores ( ) Nenhum dos anteriores ( )
8 – A avaliação instrumental da capacidade de deglutição inclui (assinale todos os que considerar correctos)	Videoendoscopia ( ) Videofluoroscopia ( ) Manometria ..( ) Auscultação cervical ( ) Todos os anteriores ( ) Nenhum dos anteriores ( )

## Base dados e resultado dos Questionários de Avaliação da Formação

Codificação:

1= certa

0= errada

Questionário Inicial										
questão nº	IQ1	IQ2	IQ3	IQ4	IQ5	IQ6	IQ7	IQ8	IQ9	total certas
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	0	1	0	1	1	1	0	6
3	1	0	1	1	1	1	1	0	1	7
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
6	0	1	0	1	1	1	1	1	0	6
7	0	0	1	1	0	1	0	1	1	4
8	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
total certas	2	1	2	4	4	5	3	4	2	<b>27</b>
% certas										<b>37%</b>

72 possível

Questionário Final										
questão nº	FQ1	FQ2	FQ3	FQ4	FQ5	FQ6	FQ7	FQ8	FQ9	total certas
1	1	0	1	0	1	0	0	0	nr	3
2	1	1	1	1	1	1	1	1	nr	8
3	1	1	1	1	1	1	1	1	nr	8
4	0	0	0	0	0	0	0	0	nr	0
5	1	0	0	1	1	1	1	1	nr	6
6	1	1	1	1	1	1	1	1	nr	8
7	1	1	1	1	1	1	0	1	nr	7
8	1	0	1	1	1	1	1	1	nr	7
total certas	7	4	6	6	7	6	5	6		<b>47</b>
										<b>74%</b>

64 possível

